

## Rassegna del 23/04/2014

### SANITA' REGIONALE

|          |                  |    |  |                     |    |
|----------|------------------|----|--|---------------------|----|
| 01/04/14 | SALUTE & SANITA' | 7  | Quale futuro ci dobbiamo aspettare in campo sanitario?                       | Spina Mauro         | 1  |
| 01/04/14 | SALUTE & SANITA' | 12 | Ipersensibilita' al veleno di imenotteri                                     | Caracciolo Donna    | 2  |
| 01/04/14 | SALUTE & SANITA' | 14 | Maledetto polline  | Cosco Valentina     | 4  |
| 01/04/14 | SALUTE & SANITA' | 19 | Intervista a Nasso Giuseppe - Un intervento che salva la vita                | Caracciolo Cassio   | 6  |
| 01/04/14 | SALUTE & SANITA' | 17 | Cure fai da te ahi,ahi,ahi...  | Noce Alessandro     | 8  |
| 01/04/14 | SALUTE & SANITA' | 21 | Intervista a Caporale Roberto - Al cuor non si comanda                       | Cannataro Francesca | 10 |
| 01/04/14 | SALUTE & SANITA' | 51 | Se a staccarsi è la spina  | Palazzo Giuseppe    | 11 |
| 01/04/14 | SALUTE & SANITA' | 45 | Intervista a Paolillo Antonio - Celiachia Scende in campo anche il tecnologo | Ioffrida Raffaele   | 13 |

### SANITA' LOCALE

|          |   |    |   |                    |    |
|----------|---|----|---|--------------------|----|
| 23/04/14 | Gazzetta del Sud Catanzaro                    | 23 | Giovedì il sindaco incontra Federfarma                              | ...                | 14 |
| 23/04/14 | Gazzetta del Sud Catanzaro                    | 35 | «Bisogna potenziare il pronto soccorso montano»                     | Sa.inc             | 15 |
| 23/04/14 | Gazzetta del Sud Catanzaro                    | 35 | Esposito è stato eletto segretario regionale Smi                    | Sa.inc             | 16 |
| 23/04/14 | Gazzetta del Sud Catanzaro                    | 35 | Il servizio di cure primarie affidato al dottore Scalzo             | Incamicia Sarah    | 17 |
| 23/04/14 | Quotidiano della Calabria Catanzaro e Crotona | 22 | Celiachia, pressing del Comune                                      | Corasaniti Edoardo | 19 |
| 23/04/14 | Quotidiano della Calabria Catanzaro e Crotona | 31 | Medico in ferie, stop agli esami                                    | P.r.               | 20 |
| 23/04/14 | Quotidiano della Calabria Catanzaro e Crotona | 31 | Prenotazioni esami ospedalieri e pagamento ticket alle Poste        | ...                | 21 |
| 23/04/14 | Quotidiano della Calabria Vibo e provincia    | 26 | Attacchi di panico, come combatterli                                | Lo Duca Francesco  | 22 |
| 23/04/14 | Quotidiano della Calabria Vibo e provincia    | 34 | Medico in ferie, stop agli esami                                    | P.r.               | 23 |
| 23/04/14 | Quotidiano della Calabria Vibo e provincia    | 34 | Prenotazioni esami ospedalieri e pagamento ticket alle Poste        | ...                | 24 |
| 01/04/14 | SALUTE & SANITA'                              | 23 | Intervista a Abenavoli Ludovico - Alcol il grande nemico del fegato | Ioffrida Raffaele  | 25 |



Il nostro Esperto

Dott. Mauro Spina  
Consulente amministrativo  
e manager strutture sanitarie

# QUALE FUTURO CI DOBBIAMO ASPETTARE IN CAMPO SANITARIO?

**N**el numero precedente di marzo abbiamo analizzato tecnologia, Europa unita e benessere in campo sanitario, i punti che ci apprestiamo ad analizzare per concludere il nostro "viaggio" in questo settore sono: vulnerabilità dei membri che appartengono alla società; privatizzazione delle cure sanitarie compreso il finanziamento delle stesse. Per quanto concerne il primo dei due, difficilmente vedremo, da parte di tutti i governi europei, la volontà di assicurare a tutti le cure sanitarie adeguate alle proprie necessità, ma ogni governo avrà come fine quello di spostare, in parte, le risorse a propria disposizione verso quelle categorie maggiormente a rischio.

Ma in futuro quali sono le categorie a maggior rischio? Prima di qualsiasi altra categoria, i più a rischio sono le persone anziane che nel tempo tendono ad aumentare, a discapito di altre persone che lamentano disturbi mentali, cardiaci, alimentari, con handicap vari, sino a finire ad intere popolazioni e qui facciamo riferimento ai paesi dell'Est con basse aspettative di vita. La domanda da porsi è: perché avere maggiore attenzione per alcune categorie e non per altre? La risposta è facile: perché bisogna investire verso quelle categorie che hanno bisogno di migliorare la propria qualità di vita, al fine che le stesse possano assicurare all'interno della società sia il contributo economico, sia le risorse economiche da destinare alla sanità utilizzandole per altri comparti di uguale importanza.

Ed in questa ottica l'Europa si sta già muovendo, portando avanti il programma "Determine 2007/2010" finanziato dalla Ue dal quale si svilupperà la legge europea a supporto della vulnerabilità.

Il programma mette appunto in evidenza l'importanza di migliorare la salute delle categorie più a rischio; il rapporto conclusivo ha portato alla luce come la disparità esistente tra le varie categorie di persone riduce le aspettative di vita sana, ma le disparità non possono essere risolte da un singolo sistema sanitario, bensì dall'integrazione di tutti i sistemi sanitari con una politica condivisa e comune.

Nel 2030 l'Europa collegherà le cure sanitarie in una visione diversa da quella attuale, dando un ruolo fondamentale ai servizi sociali. Saranno creati dei sistemi di comunicazione all'avanguardia e messi a disposizione dei servizi sociali per raggiungere le parti anche più remote creando contestualmente un'unica banca dati, con tutti i dati di ogni singola persona, capace di dare tutti quei parametri di cui i governi hanno bisogno per, attraverso un'attenta programmazione, dare servizi sempre più mirati e capaci di soddisfare i parametri di efficienza, efficacia, qualità. Quanto descritto prevede, come conseguenza, la ristrutturazione e riorganizzazione di tutti i servizi territoriali dedicati alle prestazioni sanitarie in modo da fornire alle figure sanitarie, medici di base-specialisti, ecc., strumenti capaci di interagire in modo immediato e funzionale tra di loro e utilizzare tutte le risorse a disposizione.

Anche le figure professionali a supporto dei medici, infermieri, assistenti sociali, educatori, ecc., dovranno essere opportunamente formati al fine di applicare tutte le procedure messe a loro disposizione in modo efficiente e contestualmente svolgere un'attività di orientamento ai servizi più idonei per ogni singola categoria. Sicuramente la nuova legislazione denominata Eavs, legge europea a supporto della vulnerabilità, creerà delle positività per le categorie a rischio ma di contro permetterà di creare maggiore ricchezza da utilizzare in modo da compensare totalmente gli investimenti pubblici effettuati.

Non ci sarà più differenza tra il fondo sociale e quello sanitario, così come i finanziamenti previsti, perché dovranno essere un'unica cosa specialmente nell'attuazione dei programmi. In Italia si dovrà fare i conti con un cambiamento a dir poco totale in particolar modo dal punto di vista culturale.

Le risorse pubbliche scarse, inoltre, a disposizione possono creare sistemi paralleli totalmente differenti che darebbero origine a differenze qualitative enormi non accettabili da un paese come il nostro il cui principio fondamentale è quello di una parità di accesso e trattamento alle cure.

Dunque, la sfida è incominciata da tempo; sicuramente siamo un Paese capace di raccogliere e risolvere qualsiasi sfida in un futuro non lontano in cui bisognerà fare i conti con cambiamenti, di cui alcuni già in atto, radicali in ogni settore pubblico.

## Allergologia



Servizio di **Donna Caracciolo**  
in collaborazione con

**Dott. Domenico Calabrò**  
Direttore della Struttura  
complessa di Allergologia  
e Immunologia clinica

**Dott. Angelo Santi Forestieri**  
Dirigente medico  
della Struttura di Allergologia  
e Immunologia clinica  
Ospedale di Locri (Rc)



**D**urante la bella stagione i pollini non sono l'unico problema e fonte di disturbo per gli allergici: alcuni soggetti sono molto sensibili al veleno di una classe di insetti, gli imenotteri, e per questo motivo devono stare molto attenti a non farsi pungere per evitare il peggio. Fanno parte degli imenotteri, l'ape comune, il bombo, i diversi tipi di vespe e calabroni. Anche la puntura di alcune specie di formiche (per ora presenti solo in America settentrionale) è in grado di assicurare reazioni allergiche importanti.

Ne parliamo col **dottore Domenico Calabrò, direttore della Struttura complessa di allergologia e immunologia clinica, Centro di eccellenza regionale, che si trova all'interno dell'ospedale di Locri.**

«Nelle regioni a clima temperato - spiega lo specialista - la percentuale di soggetti che sono stati punti da un imenottero almeno una volta nella vita è superiore al 90%. La frequenza delle reazioni allergiche a tipo reazione locale estesa nella popolazione generale varia tra il 2 e il 26%. Le reazioni sistemiche negli adulti, in Europa hanno una prevalenza compresa tra 0,3 e il 7,5% e spesso si manifestano con sintomi gravi, soprattutto nelle persone anziane. In popolazioni esposte a più elevato rischio di essere punti come gli apicoltori, agricoltori, giardinieri, soggetti che svolgono attività all'aperto, la frequenza delle reazioni locali estese e sistemiche aumenta. Le reazioni sistemiche, di regola, si verificano repentinamente, raramente oltre i 30 minuti, e la rapidità dell'insorgenza è quasi sempre correlata alla gravità della manifestazione».

### Come avviene la reazione immunologica?

«Sia la reazione immunologica sistemica che quella locale è causata da reazioni Immediate».

Per essere sensibilizzato, un soggetto deve subire una prima puntura in cui viene a contatto con il veleno; la sensibilizzazione è più probabile a seguito di più punture simultanee o successive verificatesi in un breve periodo di tempo.

Avvenuta la sensibilizzazione, una ulteriore esposizione del soggetto al veleno provoca la degranulazione dei mastociti e dei basofili, evento che porta al rilascio di

istamina e di altri mediatori dell'infiammazione responsabili sia di reazioni anafilattiche che locali».

### Le reazioni possono essere di varia gravità?

«Sì. Ci sono reazioni locali con edema (gonfiore) superiore a 5 cm nella sede della puntura che dura per almeno 24-48 ore. Le reazioni generalizzate vengono suddivise secondo Mueller in quattro gradi di gravità: orticaria generalizzata, prurito, malessere generale, ansia e stato di agitazione; al secondo grado troviamo tutti i sintomi appena descritti, con l'aggiunta di angioedema, vertigini, nausea e vomito; potrebbero verificarsi anche e, siamo al terzo stadio, dispnea, secchezza delle fauci, disfagia, disartria, obnubilamento, angoscia con senso di morte imminente; infine, nell'ultimo grado potrebbero presentarsi cianosi, ipotensione, collasso, perdita della coscienza, incontinenza sfinterica.

È quindi indispensabile che la persona che accusa una reazione generalizzata o una reazione locale-estesa, si rivolga ad un centro specializzato per fare una corretta

diagnosi e per stabilire in base alla gravità della reazione riportata e al grado di rischio, la strategia preventivo-terapeutica.

La nostra struttura complessa, per tale patologia è altamente specializzata, sia per il personale qualificato e sia anche per la sede. La presenza presso il presidio di Locri di un reparto di Rianimazione ben attrezzato e pronto per ogni intervento in urgenza, consente di effettuare sia la diagnosi in vivo che l'immunoterapia specifica per veleni ed affrontare eventuali problemi emergenti.

Di recente è stato avviato un importante progetto-screening con la Sezione regionale Fai (Federazione apicoltori italiani) presieduta dal presidente Francesco Artese, al fine di individuare eventuali soggetti a rischio di reazioni severe».

### Dottore Calabrò, quali sono le raccomandazioni da seguire per i pazienti a rischio?

«Ci sono alcune norme da eseguire in casa: gli odori degli alimenti attraggono la maggior parte degli insetti, pertanto è consigliabile evitare di cucinare e mangiare



*Ecco cosa fare in caso di punture di vespe, api e calabroni per evitare il peggio. È stato avviato un progetto-screening in collaborazione con la sezione regionale Fai (Federazione apicoltori italiani) per scongiurare reazioni severe in soggetti a rischio*

# SENSIBILITÀ

## VELENO DI IMENOTTERI



all'aperto. Tenere sempre il cibo coperto fino al momento del consumo. Una precauzione è quella di pulire i bordi delle pattumiere; evitare gli abiti di colori vivaci o neri, lozioni spray per capelli e cosmetici profumati poiché attraggono gli insetti.

È utile inoltre non indossare zoccoli o sandali e non camminare a piedi nudi soprattutto sui prati e sulle spiagge. Il giardinaggio dovrebbe essere praticato con estrema cautela, indossando sempre i guanti e prestando particolare attenzione all'utilizzo di falciatrici elettriche che potrebbero inavvertitamente disturbare o rompere nidi di insetti nascosti nelle siepi, negli alberi o nel terreno. È bene stare lontani dalle siepi, dalle aree adibite alla raccolta dei rifiuti, premunirsi di un insetticida da tenere in auto da utilizzare dopo esserne usciti, contro eventuali insetti penetrati accidentalmente dai finestri. Le persone allergiche non dovrebbero esser mai sole nelle attività ricreative o lavorative all'aria aperta. Buona norma preventiva è in ogni caso quella di non agitarsi e di non compiere movimenti

repentini qualora si venga avvicinati da un insetto».

### **È vero che è importante rimuovere il pungiglione?**

«Sì, è vero. L'ape è il sole insetto dell'ordine degli imenotteri che lascia il pungiglione e il sacco velenifero attaccato alla pelle del soggetto punto. Affinché tutto il veleno venga iniettato occorrono da due ai tre minuti e pertanto rimuovere il pungiglione attraverso un rapido raschiamento con l'unghia o con una lama, evitando di comprimere il sacco velenifero con le dita è davvero importante. Naturalmente il paziente allergico al veleno di imenotteri deve evitare ulteriori punture e rispettando queste semplici precauzioni, il rischio di esser punto diminuisce notevolmente».

### **Qual è la strategia diagnostica e terapeutica dopo una puntura di imenotteri?**

«La diagnosi - afferma il **dottore Angelo Santi Forestieri, dirigente medico nella stessa struttura complessa del presidio ospedaliero**

**Locrese** - si basa sulla storia clinica riportata dal soggetto (riconoscimento dell'insetto pungitore; numero delle punture; tipo di sintomi; latenza di tempo tra puntura ed inizio dei sintomi) e sui test cutanei e di laboratorio, per accertare l'esistenza di un'allergia IgE mediata. I test cutanei con estratti purificati di veleno di imenotteri consentono di formulare una diagnosi corretta e vanno eseguiti non prima di 2-4 settimane dalla puntura, presso centri allergologici specializzati.

Vengono eseguiti con la metodica del prick-test e dell'intradermoreazione, utilizzando i veleni dell'ape, vespa, polistino, calabrone. I risultati delle indagini diagnostiche sono prive di valore prognostico, non esiste cioè nessun rapporto tra grado di positività, gravità della reazione e rischio futuro.

A completare la diagnostica è l'indagine in vitro attraverso il dosaggio delle IgE specifiche. Ai pazienti che hanno manifestato orticaria, soffocamento e collasso cardiocircolatorio e comunque pazienti con reazioni severe e con documentata positività dei test diagnostici, viene raccomandata l'immunoterapia specifica con veleni purificati, che rappresenta l'unico terapia possibile in grado di garantire una protezione pressoché completa in caso di nuova puntura.

L'immunoterapia specifica con veleno (Its) viene proposta con svariati protocolli, da quelli convenzionali a quelli rapidi (cluster, rush, ultrarush); questi ultimi consentono di raggiungere, in pochi giorni o in poche ore, il dosaggio di mantenimento che generalmente è di 100 microgrammi di veleno (corrispondente all'incirca alla quantità di veleno inoculato da un'ape o da 2 vespe). La durata del trattamento generalmente raccomandata è di cinque anni».

### **Cosa fare in caso di reazione anafilattica?**

«In generale possiamo dire che in caso di insorgenza di sintomi premonitori (prurito, calore diffuso, disfonia, etc.) viene consigliata la somministrazione di antistaminici ed, eventualmente cortisonici. In caso di grave reazione sistemica con coinvolgimento respiratorio e/o cardiovascolare e nell'impossibilità di raggiungere il pronto soccorso, è indispensabile l'utilizzo dell'adrenalina autoiniettabile.

La somministrazione tempestiva di tale farmaco nelle prime fasi dell'anafilassi severa migliora le possibilità di sopravvivenza e di rapido recupero grazie alla sua azione rapida e potente. Dopo l'autosomministrazione, il soggetto deve ricorrere al pronto soccorso in quanto il farmaco ha un'azione di breve durata. L'adrenalina è ottenibile gratuitamente da parte del paziente con diagnosi di anafilassi dietro prescrizione in fascia H di uno specialista in allergologia e immunologia clinica».

Allergologia

# MALEDETTO POLLINE

*Con la primavera compaiono le intolleranze a graminacee, olivo, betulle e cipresso. A contrastare tali disturbi ci pensa l'antistaminico*

**A**rriva la primavera che annuncia la bella stagione con paesaggi fioriti ma per molte persone è l'inizio di un incubo: l'allergia. Tale disturbo è quasi sempre dovuto ai primi pollini, che provoca problemi respiratori, raffreddori, tosse, pressione al petto e difficoltà agli occhi nel caso di congiuntivite.

## **Ma come si può combattere l'allergia?**

Ne parliamo con l'allergologo cosentino Saverio Daniele.

«L'allergia rappresenta una reazione esagerata, mediata dal sistema immunitario del nostro organismo, verso sostanze "innocue", definite allergeni, che nella maggior parte degli individui esposti non produce nessuna reazione clinica.

Questa risposta in eccesso dei nostri an-

ticorpi è geneticamente determinata, frutto di una sorta di squilibrio del sistema immunitario che, a differenza di quanto normalmente accade verso nemici "veri" (vedi virus, batteri, cellule tumorali) riconosce come pericolose e quindi attacca sostanze estranee (pollini, muffe, epiteli di animali, alimenti) che però non rappresentano un reale pericolo».

## **Si può manifestare in diverse età della vita?**

«Sì, e senza una schematizzazione precisa. Ad esempio la dermatite atopica, tipica della fascia pediatrica della popolazione, può esordire (seppur più raramente) in età adulta e la sensibilizzazione ai pollini, più frequente come esordio nella giovinezza, può iniziare nei primi anni di vita o in età francamente adulta».

## **Quali sono le piante che por-**

## **tano allergie?**

«In Italia meridionale sono quelli di parietaria, graminacee, olivo, composite; seguono i pollini di betulle, cipresso, ontano, pioppo, platano, piantaggine. Anche la sensibilizzazione a spore fungine può a volte mimare una pollinosi, come ad esempio quella verso *Alternaria* che ha maggiore proliferazione proprio in primavera».

## **Che cos'è la sindrome orale allergica?**

«È una conseguenza dell'indigestione di frutti e ortaggi che hanno una reattività crociata verso alcuni pollini, e che è caratterizzata da prurito a livello della mucosa orale e faringea.

Tipica è la sensibilizzazione crociata tra polline di betulla con la mela, quella tra graminacee ed anguria e melone, tra parietaria e basilico, tra composite e carote».

## Allergologia

Servizio di **Valentina Cosco**  
in collaborazione con



Dott. **Saverio Daniele**  
Allergologo  
Cosenza

## PER SAPERNE DI PIÙ

**Il prick test può essere effettuato** in qualsiasi periodo dell'anno ed è attendibile anche nei bambini molto piccoli (già intorno ai 5 mesi di vita quando è presente l'indicazione clinica). Ovviamente il paziente non dovrà, nello stesso tempo, assumere farmaci che possono influenzare la risposta cutanea (antistaminici e corticosteroidi).

**Mai autogestire la propria malattia allergica** seguendo consigli o utilizzando cure di amici e parenti. La terapia deve essere prescritta e strettamente monitorata dallo specialista allergologo che la stabilirà in modo personalizzato a seconda del caso clinico in esame.

**Esiste in molti casi la possibilità di guarigione clinica completa** delle manifestazioni allergiche e comunque è molto agevole, grazie ai presidi terapeutici oggi a disposizione, ottenere il controllo dei sintomi. Occorre non dimenticare che la storia naturale di una malattia allergica è verso il progressivo peggioramento e va ricordato in particolare come la malattia asmatica tende verso una diminuzione della funzionalità polmonare e può anche avere esito letale.

**Come si diagnostica?**

«L'esame diagnostico di prima istanza è rappresentato dal test cutaneo (prick test) che è di basso costo, sicuro, di elevata attendibilità nei confronti delle allergopatie di tipo inalatorio (diverso è il discorso inerente alle allergie di tipo alimentare). È proprio importante rimarcare che la diagnosi di malattia allergica è essenzialmente non effettuabile solo con esami diagnostici strumentali».

**La si può prevenire?**

«Per ciò che concerne la prevenzione primaria (atta ad evitare l'insorgenza di malattia allergica) che secondaria (riguardante il controllo delle manifestazioni cliniche a malattia conclamata) l'unico fattore che riveste una responsabilità scientificamente provata è il fumo di sigaretta, sia diretto che passivo».

**Come è possibile affrontarle?**

«Attualmente esistono farmaci efficaci e sicuri che possono tenere sotto controllo la sintomatologia clinica riducendo l'infiammazione allergica e contrastando l'azione dei mediatori chimici allergici.

Gli antistaminici oggi in commercio sono sostanzialmente privi degli effetti collaterali (sonnolenza e aumento dell'appetito) che erano tipici degli antistaminici di prima generazione. I corticosteroidi locali sono privi di importanti effetti collaterali muscolari e generali ed hanno il merito di contrastare efficacemente la flogosi allergica. I bronco dilatatori, in associazione ai corticosteroidi inalatori, commercializzati con sistemi erogatori più efficienti, consentono il controllo della malattia asmatica. Gli antagonisti dei leucotrieni (altra classe di infiammatori al-

lergici) sono di importante ausilio nella terapia di fondo dell'asma bronchiale. Quando poi è chiaro il rapporto causa-effetto con l'allergene responsabile è possibile iniziare, per il paziente affetto da pollinosi, una immunoterapia specifica, l'unica in grado di modificare la storia naturale della malattia allergica e di "riequilibrare" il sistema immunitario del soggetto allergico. Sono ormai numerosi gli studi clinici effettuati con estremo rigore scientifico che ne hanno definitivamente sancito l'efficacia, sia a breve che a lungo termine e dimostrato l'assenza di effetti collaterali gravi dei vaccini. L'unico "neo" è costituito dal loro costo economico e dal fatto che in Calabria, a differenza di quanto avviene in molte altre regioni, esso è completamente a carico del paziente nonostante il carattere "sociale" delle allergopatie».

## Cardiologia

Servizio di Cassio Caracciolo  
in collaborazione con



**Dott. Giuseppe Nasso**  
Direttore di Cardiologia  
e Chirurgia cardio-  
toraco-vascolare  
Villa Torri Hospital  
Bologna

# UN INTERVENTO CHE SALVA LA VITA

*Il bypass coronarico si esegue quando si verifica l'occlusione o il restringimento delle arterie. Oggi l'operazione si effettua evitando un taglio al torace molto grande e, soprattutto, senza fermare il muscolo cardiaco, cioè a "cuore battente"*



Il bypass coronarico o Cabg (Coronaryartery bypass graft) è il più comune intervento di cardiologia. **Ma perché viene eseguito?** Ne parliamo con il **dottore Giuseppe Nasso co-direttore della cardiologia di Anthea Hospital di Bari, e, da poco nominato direttore della cardiologia e chirurgia cardio-toraco-vascolare di Villa Torri Hospital di Bologna.**

«Questa procedura chirurgica si effettua quando si verifica l'occlusione o stenosi (restringimenti) delle arterie coronarie, i vasi sanguigni che portano al cuore l'ossigeno e il nutrimento. Consiste nel creare dei "ponti" in cui il sangue utilizza altre vie per arrivare a portare nutrimento al cuore. Il cuore infatti come tutti gli organi ha bisogno di nutrimento ed ossigeno e questo viene portato tramite le coronarie. Qualsiasi problematica a carico delle coronarie determina problematiche di ischemia e di infarto e pertanto è causa di patologie tutte purtroppo potenzialmente mortali. Diversamente dagli altri muscoli, il cuore non si riposa mai e richiede un apporto di nutrimento costante, giorno e notte.

Quando il cuore è notevolmente ischemico (quando cioè la mancanza di nutrimento è molto critica), il muscolo va in necrosi. Questo è un attacco cardiaco o infarto cardiaco. In questi casi intervenire immediatamente è l'unico modo per poter salvare la vita al paziente. Un intervento cardiologico di bypass aorto coronarico è un intervento al cuore definito sal-

## Cardiochirurgia



vavita, ma che ha dei rischi, anche se, grazie alle nuove tecnologie, i pericoli per i pazienti si sono notevolmente abbassati aggirandosi attorno all'1-2%».

### **Dottore Nasso, è vero che anche per bypass coronarico è possibile utilizzare tecniche minimamente invasive?**

«Sì, oggi si riesce a fare questo tipo di operazione evitando un taglio al torace molto grande, e soprattutto senza fermare il cuore, cioè eseguire l'intervento "a cuore battente"».

### **Quali sono le ultime innovazioni in questo campo?**

«Innanzitutto dobbiamo dire che ancora oggi dobbiamo ancora molto ai primi risultati della "Cleveland Clinic" negli Stati Uniti che hanno dimostrato come per il bypass l'utilizzo delle arterie mammarie è fondamentale per avere dei risultati ottimi anche dopo decenni, fatta questa premessa c'è da dire che oggi per fortuna moltissimi centri italiani sono all'avanguardia su questo tipo di procedura anzi sono talmente innovativi da fare "scuola" al mondo intero. Il nostro gruppo ha eseguito, ad esempio, uno studio molto importante che si chiama "Standard Trial" che ha dimostrato come l'utilizzo delle arterie mammarie e dell'arteria radiale a prescindere da qualsiasi conformazione utilizzata porta dei vantaggi importanti rispetto all'utilizzo della vena grande safena. Nel nostro studio si evince come l'utilizzo di due arterie mammarie è vantaggioso

non solo se utilizzate "in situ" ma lo stesso vantaggio si mantiene anche se i condotti vengono utilizzati con conformazione da "Y" cioè unire le due arterie tra di loro in modo da creare diversi rami ed ognuno di questi utilizzabile per eseguire un bypass. Oggi è infatti possibile fare più bypass utilizzando solamente dei "condotti arteriosi" invece di utilizzare la vena che si preleva dalla gamba del paziente.

L'utilizzo delle arterie, sia le mammarie che l'arteria radiale si è visto essere vantaggioso perché le arterie al contrario della vena safena anche dopo tanto tempo rimangono funzionanti, mentre la vena tende purtroppo con il tempo a chiudersi.

Nella nostra casistica pubblicata che si avvale di oltre 13mila interventi di bypass aorto coronarico abbiamo dimostrato come anche l'arteria radiale è un condotto ottimo con dei risultati a lungo termine straordinari».

### **Come sta un paziente dopo questo intervento?**

«Un paziente sottoposto ad intervento di bypass aorto coronarico è un soggetto che è guarito, ma è doveroso spiegare al paziente che deve eliminare tutti i fattori di rischio che lo hanno portato alla malattia. Deve pertanto smettere di fumare, abbassare i valori della pressione arteriosa, eliminare assolutamente i grassi ed abbassare i valori del colesterolo e trigliceridi, mentre se un paziente è diabetico è fondamentale che sia seguito in maniera capillare dal centro diabetologico in modo da mantenere la glicemia sempre entro i valori di normalità. Se non si eliminano questi fattori di rischio qualsiasi bypass nel tempo non funzionerà ma ancora peggio si avrà una progressione della malattia sulle altre coronarie».

### **Parliamo delle tecniche mi-**

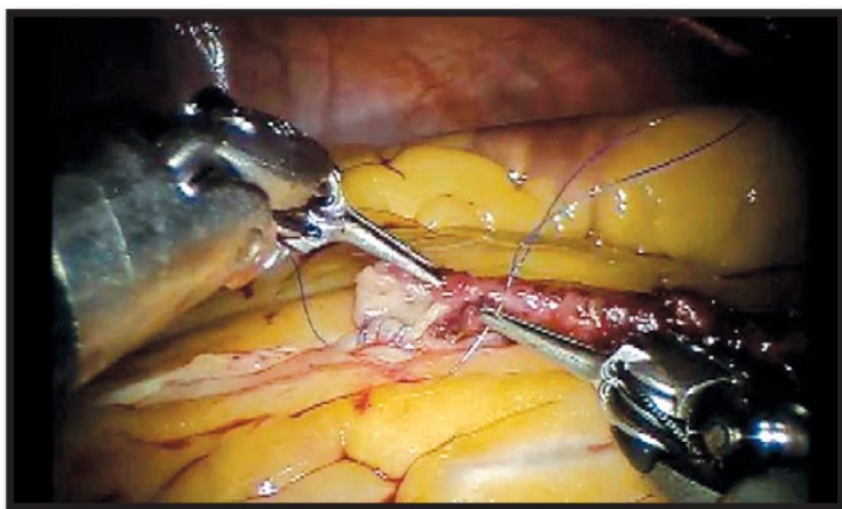
### **nimamente invasive e robotiche.**

«Il Midcab e il Tecab, questi sono i due acronimi che indicano la chirurgia coronarica con tecnica minimamente invasiva (Minimally Invasive Direct Coronary Artery Bypass) e robotica (Total endoscopic Coronary artery bypass).

Con tali metodiche oggi riusciamo ad eseguire un intervento di rivascularizzazione miocardica senza eseguire la sternotomia (cioè senza eseguire il taglio al centro del petto) ma basta uno o due piccoli tagli sulla parete laterale (definita minitoracotomia) per poter eseguire l'intervento. Tali tecniche prevedono molto spesso anche l'assenza della circolazione extracorporea, cioè il bypass a cuore battente. Oggi tali tecniche in mani esperte sono assolutamente sicure e il paziente ha l'enorme vantaggio di un recupero immediato».

### **Che cos'è l'approccio ibrido?**

«È l'unione del bypass aorto coronarico con l'angioplastica percutanea, un approccio di questo tipo prevede che i cardiocirurghi e i cardiologi parlino la stessa lingua e che si parli realmente di "Heart Team". Tale approccio prevede che il cardiocirurgo esegua con tecnica minimamente invasiva il bypass sul ramo più importante del cuore che è l'arteria discendente anteriore e poi il cardiologo emodinamista faccia l'angioplastica percutanea sulle altre arterie, insomma un vero lavoro di squadra. I risultati di questo approccio sono realmente interessanti e soprattutto per pazienti molto anziani o con tante problematiche può essere una vera arma in più che il team del cuore può possedere».





Attualità in sanità



Servizio di Alessandro Noce  
in collaborazione con

Dott. Vincenzo Defilippo  
Presidente Federfarma  
Calabria

# CURE FAI DA TE

## AHI, AHI, AHI...

In Italia un anziano su due di età superiore ai 65 anni, cioè quasi 7,5 milioni di persone, assume dai 5 ai 9 farmaci al giorno. Sono, invece, 1,4 milioni, cioè l'11% della popolazione anziana, coloro che assumono oltre 10 farmaci al dì.

Lo attesta uno studio dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) che denuncia i rischi di scarsa aderenza alla terapia e di effetti collaterali, evidenziando anche come oltre il 60% dei farmaci a carico del Servizio sanitario nazionale sia utilizzato da persone anziane.

«Il problema principale per questi soggetti - dice il **dottore Vincenzo Defilippo, presidente Federfarma Calabria** - è l'aderenza alle terapie, (la cosiddetta compliance), cioè il rispetto dei tempi di somministrazione e delle dosi dei farmaci prescritti dal medico o dai medici curanti (medico di famiglia, specialista, medico ospedaliero): circa il 50% dei pazienti ipertesi o con osteoporosi ha un'aderenza bassa e le percentuali sono ancora più elevate per i farmaci antidiabetici e per i farmaci antidepressivi. Non rispettare le indicazioni del medico fa sì che i pazienti non traggano tutto il beneficio possibile dai farmaci che assumono (controllo dei valori pressori, controllo dei valori glicemici, prevenzione delle fratture ecc.), con la conseguenza che la patologia si aggrava e la qualità della vita peggiora».

**Se la vita del paziente peggiora a causa di un inter-**

*Prima di assumere un farmaco è bene consultare sempre il medico, perché l'uso concomitante di uno o più medicinali può provocare effetti dannosi*

**vento poco incisivo, cosa accade?**

«Aumentano anche i costi a carico del Servizio sanitario nazionale, perché c'è la necessità di ricorrere ad interventi terapeutici più pesanti ed invasivi e a ricoveri ospedalieri a seguito della necessità di ricorrere a interventi terapeutici più pesanti e invasivi e a ricoveri ospedalieri, assai più costosi delle terapie farmacologiche. Basti pensare che una giornata di ricovero ospedaliero costa tra 800 e 1.000 euro, mentre un anno di cure farmacologiche per ciascun cittadino italiano costa in media circa 154 euro».

**Un altro dato importante riguarda l'uso concomitante di farmaci?**

«Sì, l'associazione di uno o più medicinali possono provocare interazioni dannose (aumentando ad esempio il rischio di sanguinamento ed emorragie oppure di aritmie o insufficienza renale) e che, sebbene percentualmente basso (in genere minore dell'1%), coinvolge tuttavia un numero rilevante di pazienti (ad esempio, circa 100.000 pazienti anziani hanno ricevuto associazioni di farmaci che possono aumentare il rischio di sanguinamento ed altri 36.000 pazienti sono stati esposti all'uso contemporaneo di due o più farmaci che aumentano l'intervallo QT e, quindi, potenzialmente favoriscono l'insorgere di aritmie cardiache).

Considerazioni simili valgono per gli indicatori relativi ai farmaci che non do-

**Attualità in sanità**

vrebbero essere utilizzati nei pazienti anziani: le percentuali sono basse (0,4-0,7% della popolazione) ma i numeri assoluti importanti (47.000-87.000 pazienti).

Si tratta di dati preoccupanti, anche in considerazione dell'elevato rischio di interazioni tra farmaci e tra farmaco e patologia, se si tiene conto del fatto che l'uso di alcuni medicinali, sebbene indicato per il trattamento di una certa malattia, potrebbe essere controindicato o avere effetti negativi su altre patologie coesistenti.

Inoltre negli anziani la funzionalità renale è ridotta e la capacità dell'organismo di "smaltire" i farmaci non è ottimale.

Mettere in pratica delle strategie per migliorare l'uso dei farmaci è quindi un obiettivo importante non solo per eliminare l'incidenza di rischi prevenibili e migliorare la qualità di vita dell'anziano, ma anche per ridurre i costi della spesa sanitaria».

**La farmacia può svolgere un ruolo importante su questo fronte?**

«In parte già oggi questa attività viene svolta dai farmacisti che conoscono i propri pazienti, soprattutto quelli più assidui, quali sono gli anziani. Sanno quali farmaci assumono e possono intervenire per evi-



**ziente che cosa consentirebbe?**

«Una verifica stringente del rispetto della terapia. Attività questa particolarmente utile nel caso di pazienti affidati a badanti straniere che non conoscono bene l'italiano e possono essere indotte in errore.

La farmacia di controllare le sovrapposizioni dannose. Tale intervento può essere però strutturato meglio e reso più articolato, mettendo in grado la farmacia di monitorare i singoli pazienti cronici e verificarne la compliance.

Affidare alla farmacia i pazienti cronici in politerapia del proprio territorio di riferimento, attraverso un meccanismo di "presa in carico", consentirebbe al farmacista di registrare, meglio su un supporto informatico (quale il fascicolo sanitario elettronico, che dovrà contenere una sezione apposita per i farmaci, chiamata dossier farmaceutico), i medicinali via via assunti, verificare in base ai consumi il rispetto delle terapie, contattare il medico in caso verificati casi di mancata assunzione o di errore.

Va anche ricordato che la normativa sulla farmacia dei servizi, costituita dalla legge n. 69 del 2009 e dal successivo decreto legislativo n. 153 del 2009, hanno delineato questa attività, prevedendo anche il coinvolgimento della farmacia nell'assistenza domiciliare integrata».

**L'intervento periodico del farmacista a casa del pa-**

L'attività di controllo delle terapie rientra nell'ambito della pharmaceutical care, cioè del processo di cura farmacologica affidato al farmacista, che è stato sviluppato in ambito anglosassone e che, dove è stato sperimentato, ha prodotto risultati importanti. Il miglioramento dell'aderenza alle terapie, in caso di intervento del farmacista, è dimostrato, come anche il risparmio per il sistema.

È evidente che per ottenere questo risultato è necessaria una stretta collaborazione tra medico e farmacista che devono scambiarsi informazioni e operare a stretto contatto per "seguire" il paziente.

È inoltre essenziale che tutti i farmaci del SSN (Servizio sanitario nazionale) siano erogati dalle farmacie, con l'eccezione di quelli che richiedono particolari cautele in fase di somministrazione e devono essere assunti sotto controllo medico. In questo modo infatti farmacia e medico di medicina generale potranno svolgere al meglio il proprio ruolo di controllo sull'andamento della terapia».



Cardiologia



# AL CUOR NON SI COMANDA!

*“La morte improvvisa da fibrillazione ventricolare è spesso causata da alterazioni genetiche. Uno screening preventivo può individuare in anticipo i fattori che espongono i giovani a questo rischio”, dice il dottore Roberto Caporale, cardiologo all’ospedale di Cosenza*

**A**rriva come un fulmine a ciel sereno, da un momento all’altro il cuore va in fibrillazione (ventricolare), smette di battere e se non c’è un defibrillatore a portata di mano per farlo ripartire, è molto difficile sopravvivere...

Non sono tanti i giovani colpiti dalla cosiddetta “morte improvvisa”, ma l’evento è così drammatico e spesso avviene sotto gli occhi di tanti che non può che lasciare sgomenti. Ne parliamo con il **dottore Roberto Caporale, cardiologo dell’ospedale “Annunziata” di Cosenza.**

***E purtroppo capitato a tutti di aver sentito di qualcuno che è morto improvvisamente. Perché ciò avviene?***

«La morte improvvisa è un evento naturale dovuto a cause cardiache, preceduto da un’improvvisa perdita di coscienza, che si verifica entro un’ora dall’inizio della sintomatologia, in un soggetto che poteva anche avere una cardiopatia nota, ma in cui l’epoca e la modalità di morte sono imprevedibili. Si stima che avvenga in 1 caso su 1000 all’anno, quindi in Italia se ne verificano circa 60.000 all’anno. In 2/3 dei casi avviene fuori dall’ospedale, spesso in assenza di testimoni. È la terza causa di morte, dopo infarto ed ictus, responsabile di più morti del tumore del colon e della mammella messi insieme. L’evento che più frequentemente la determina è la fibrillazione ventricolare (da non confondere con la più diffusa ed assai più benigna fibrillazione atriale). L’attività elettrica del muscolo cardiaco all’improvviso “impazzisce”, facendo sì che ogni cellula cardiaca si attivi da sé irregolarmente; ciò causa inefficacia della funzione di pompa del cuore, perdita di coscienza in pochi secondi e

morte in pochi minuti. Avviene più frequentemente in conseguenza di una malattia delle coronarie, tra i 45 ed i 70 anni. La maggior parte dei soggetti ha spesso avuto un infarto o ha fattori di rischio per malattie cardiovascolari. Qualche volta si tratta proprio di un infarto in corso a scatenare l’aritmia».

***E quando questo evento si verifica in un giovane, da cosa dipende?***

«Nelle fasce di età più giovani la morte improvvisa da fibrillazione ventricolare è spesso invece dovuta ad alterazioni genetiche che interferiscono con i circuiti elettrici del cuore, o ad alterazioni congenite del muscolo cardiaco, che può essere più debole o invece “ipertrofico”. Spesso queste condizioni di ipertrofia sono difficili da distinguere dal “cuore d’atleta”, anch’esso ipertrofico ma per l’allenamento intenso».

***Come intervenire in emergenza e salvare una vita?***

«A fronte della drammaticità della fibrillazione ventricolare, sorprende quanto sia semplice ed efficace il suo trattamento. È infatti sufficiente utilizzare il defibrillatore, che con una scarica elettrica “resetta” il ritmo del cuore. Tale procedura è risolutiva se effettuata tempestivamente, mentre perde di efficacia in pochi minuti. Sono oggi disponibili defibrillatori automatici utilizzabili anche da personale laico, che consentono di diagnosticare se la causa dell’arresto è un’aritmia ventricolare; con avviso vocale registrato suggeriscono se e come utilizzare il defibrillatore e verificano, una volta emessa la scarica, se la terapia è stata efficace o se è opportuno un ulteriore tentativo. Il pronto utilizzo del defibrillatore consente ogni giorno di salvare delle vite, e la sua diffusione nei luo-

ghi di maggior concentrazione di persone (aeroporti, stadi, manifestazioni) va incoraggiata».

***In che modo è possibile prevenire?***

«La pratica sportiva rappresenta una delle migliori forme di prevenzione delle patologie cardiovascolari. Tuttavia lo stress indotto dallo sforzo può determinare un arresto cardiaco in soggetti predisposti in presenza di una cardiopatia non diagnosticata. La legislazione medico-sportiva italiana è tra le più attente allo screening negli sportivi agonisti. Negli sportivi amatoriali, giovani e meno giovani, anche se non specificamente richiesto è comunque consigliabile effettuare una visita medica ed un semplice elettrocardiogramma per identificare condizioni sospette da approfondire eventualmente con ecocardiografia ed elettrocardiogramma da sforzo».

La cardiologia dell’Annunziata effettua da tempo screening con Ecg nelle scuole su migliaia di ragazzi, e la Provincia di Cosenza ha donato negli ultimi anni 150 defibrillatori automatici a società sportive.

L’onlus “Per il tuo cuore” dell’Associazione nazionale Medici cardiologi ospedalieri (Anmco) ha effettuato in febbraio una campagna su “la prevenzione della morte improvvisa nel giovane e nello sportivo”, con un testimonial d’eccellenza quale il Ct della Nazionale Cesare Prandelli. Si sono raccolti fondi per acquistare defibrillatori da donare a società sportive di serie minori, formare operatori del settore al loro utilizzo, diffondere i temi della prevenzione di quest’evento estremamente raro nel giovane, ma drammatico e frequentemente fatale se non conosciuto e prontamente trattato».

## Ortopedia



Servizio di Giuseppe Balzano  
in collaborazione con

Dott. Giancarlo Tripodi  
Dirigente della Struttura  
di Chirurgia Artroscopica  
ospedale "Pugliese-Ciaccio"  
Catanzaro

# SE A STACCARSI È LA SPINA

*È quella tibiale.  
E quando la lesione  
si verifica occorre  
intervenire  
chirurgicamente*

**L**a rottura del legamento crociato anteriore del ginocchio è una lesione frequente negli adulti. Tra le cause, al primo posto, si trovano i traumi sportivi e gli incidenti stradali. A causa di una brusca e importante distorsione dell'articolazione, il legamento si rompe e il ginocchio diviene "instabile". I pazienti lamentano continui e fastidiosi cedimenti del ginocchio anche durante i movimenti articolari della vita quotidiana.

Il chirurgo ortopedico viene chiamato in causa per "sostituire" il legamento leso, generalmente con dei tendini prelevati allo stesso paziente e posizionati, con le tecniche artroscopiche, all'interno del ginocchio al posto del legamento rotto. Anche i bambini e gli adolescenti sono esposti al rischio di traumi che portano alla rottura del legamento. In questi giovani pazienti afferma, il **dottor Giancarlo Tripodi, dirigente della Struttura di Chirurgia Artroscopica dell'ospedale "Pugliese Ciaccio" di Catanzaro**, avviene una lesione atipica, particolare.

«Il legamento, a quell'età, è molto più resistente dell'osso e quindi la lesione av-

viene con un vero e proprio "strappo" del tessuto osseo della tibia su cui è inserito il legamento crociato anteriore. Questa porzione ossea si chiama appunto "spina tibiale" (fig. 1)».

### **Cosa fa il chirurgo in questi casi?**

«Le tecniche chirurgiche, utilizzate per trattare questa importante lesione, sono mirate a reinserire la spina distaccata nella tibia ripristinando l'ottimale tensione del legamento crociato anteriore.

L'artroscopia, nelle mani dei chirurghi esperti, si è rivelata insostituibile nel trattare con precisione e con minima invasi-

vità queste lesioni nei bambini. In molti casi il chirurgo, dopo aver riposizionato il frammento osseo nella sua sede naturale, lo fissa con una piccola vite metallica che permette la guarigione dell'osso in poche settimane (fig. 2).

Ho eseguito in passato decine di interventi simili, tutti andati a buon fine. Ma questa tecnica presenta un problema».

### **Quale?**

«La vite: essa è molto piccola (8 circa 3mm di diametro) per non intralciare o danneggiare il ginocchio, ma ciò ne rende la rimozione praticamente impossibile già pochi mesi dopo l'intervento».

### **Che tipo di problemi comporta la permanenza della vite nel ginocchio?**

«Tra i più frequenti l'impossibilità di eseguire una buona risonanza magnetica del ginocchio se, in futuro, il bambino divenuto adulto ne avesse necessità».

### **Oppure?**

«Il chirurgo potrebbe incontrare difficoltà se dovesse intervenire nuovamente sull'articolazione operata, anche a distanza di anni. La vite metallica potrebbe disturbare l'esecuzione di tunnel ossei o

## Ortopedia

altre manovre chirurgiche che potrebbero rendersi necessarie negli anni.

È per questi motivi che abbiamo pensato di proporre un intervento chirurgico ancor meno invasivo che ha incontrato il favore di molti chirurghi ortopedici, in Italia e all'estero».

### Di cosa si tratta?

«Quello che ha definitivamente risolto il problema è un piccolo chiodo in materiale riassorbibile che non disturba l'esecuzione della risonanza magnetica e che scompare dal tessuto osseo dopo circa due anni dall'intervento (fig. 3). Esso si posiziona in artroscopia e, "fissando" il frammento osseo che si è distaccato, ne consente la rapida guarigione (la formazione del callo osseo) con un trauma davvero minimo per i nostri piccoli pazienti che recuperano davvero in fretta (fig. 4)».

### Quanti interventi avete eseguito con questa tecnica innovativa?

«Circa venti da quando abbiamo iniziato, dal 2008.

Tutti i piccoli pazienti sono guariti senza, in pratica, avere nessun tipo di complicanza se si esclude la mobilizzazione di un chiodo a distanza di due mesi (a guarigione avvenuta) che è stato poi rimosso senza difficoltà, in anestesia locale».

### In quali Paesi viene utilizzata la vostra tecnica?

«Tenendo conto che il chiodo (o pin, come viene chiamato tra gli addetti ai lavori) è tra i dispositivi monouso che ogni chirurgo ha già in sala operatoria, abbiamo ricevuto tantissime richieste di chiarimenti da medici europei e nordame-

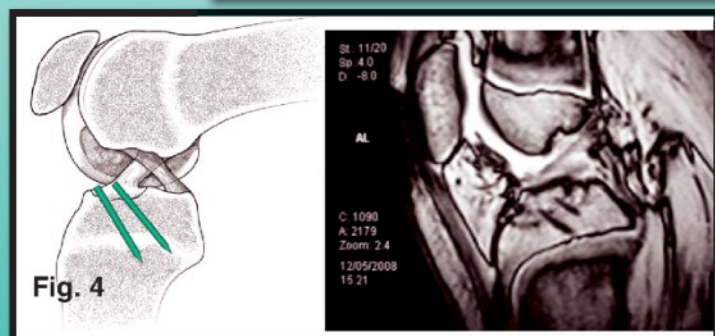
ricani già fin dalla prima presentazione della tecnica ad una riunione di specialisti a Chicago nel 2010.

Oggi viene eseguita, con grande nostra soddisfazione, in diversi ospedali italiani, europei e anche negli USA dove ha avuto l'approvazione della severa Food and Drug Administration».

### Prevede maggiori sviluppi della tecnica in futuro?

«Quando la tecnologia riuscirà a consentire alle fabbriche di dispositivi medici di produrre piccole viti cannulate del diametro adatto, circa 3mm, in materiale riassorbibile e resistente, avremo raggiunto l'optimum del trattamento.

Almeno fino a quando non verranno proposte altre tecniche e materiali ancora più adatti. È il (fortunato) destino dei pazienti e dei chirurghi del futuro».



**FIG. 1:** La freccia indica il distacco della spina nel ginocchio di una bambina di otto anni (TAC tridimensionale)  
**FIG. 2:** Vite metallica che mantiene in posizione la spina tibiale distaccata in un bambino di undici anni  
**FIG. 3:** Due chiodini (pin) in materiale riassorbibile del diametro di 2,7mm accanto alla vite di 3mm  
**FIG. 4:** Schema del posizionamento dei chiodini che stabilizzano la spina tibiale e l'immagine corrispondente della RMN

Nutrizione

# CELIACHIA?

## SCENDE IN CAMPO ANCHE IL TECNOLOGO

*Si tratta di un esperto che ha il compito di elaborare formulati alimentari e guidare le aziende verso la produzione di cibo sano e non rischioso per i soggetti affetti da questa malattia*

**L**a celiachia è una malattia complessa diagnosticata dai medici soprattutto in età adulta, si stima che l'intolleranza al glutine colpisca un italiano su cento (fonte Aic). Il Tecnologo alimentare ha il compito di individuare ed elaborare nuovi formulati alimentari indirizzati all'alimentazione per celiaci, guidando le aziende dietetiche nella produzione di alimenti sani e senza rischi per i soggetti in questione.

«Così come i nuovi esercizi commerciali espongono la spiga sbarrata, simbolo che accomuna i prodotti gluten-free destinati a un'alimentazione per soggetti che presentano un enteropatia da glutine, - afferma il **dottor Antonio Paolillo, nutrizionista** anche i ristoratori che espongono tale simbolo, devono prendere in seria considerazione corrette procedure per somministrare prodotti senza glutine».

Il glutine fa parte della porzione proteica di alcuni cereali e in particolare del frumento. Responsabili dell'insorgere della malattia celiaca sono un gruppo di proteine, presenti nei cereali, dette prolamine; le prolamine costituiscono la frazione proteica dei cereali che può essere estratta in soluzioni acquose di etanolo.

Quelle del frumento sono suddivise in  $\alpha$ ,

$\beta$ ,  $\gamma$  e  $\omega$ -gliadina e sono caratterizzate da pesi molecolari che variano tra 20 e 75 KDaltons.

La caratteristica che le accomuna è la presenza di sequenze peptidiche ad elevato contenuto di glutammina e prolina.

Ad esempio il frumento contiene il 36% Gln e il 20% Pro, questa composizione è molto tossica per i soggetti celiaci.

I soggetti affetti da celiachia devono necessariamente seguire una dieta priva di glutine».

### Come produrre alimenti privi di glutine?

«Uno dei problemi più critici da affrontare è la resa tecnologica delle farine senza glutine che ha un ruolo fondamentale per la panificazione e per la "tenuta alla cottura" della pasta. Le azioni da intraprendere al fine di perseguire questo obiettivo da un punto di vista tecnologico sono diverse:

- Utilizzare farine di frumento o altri cereali che sono tossici per i celiaci ed estrarre da questi la frazione solubile in etanolo (gliadine), strategia relativamente complessa e costosa;

- Utilizzare farine di frumento geneticamente modificato, in cui sia eliminata la frazione gliadinica, strategia che lascia ampio spazio alle controversie morali e naturalistiche;

- Utilizzare enzimi che riducano la tossicità di miscele di cereali contenenti glutine, in studio da tempo ma senza esiti ancora convincenti;

- Utilizzare miscele di cereali non tossici, opportunamente dosate per ottenere una resa tecnologica accettabile, strategia, questa, ritenuta più efficace e messa in atto da molte aziende dietetiche».

### Quali le farine da utilizzare e quelle da evitare?

«Da evitare in assoluto le farine di grano tenero, grano duro, farro, kamut, orzo, segale, spelta. Da utilizzare: amaranto (pseudo cereale) castagne, grano saraceno, legumi (ceci, soia, ecc.) mais, miglio, patata, quinoa (pseudo cereale) riso, sesamo, sorgo, tapioca.

Grande interesse in questo settore è dedicato agli pseudo cereali, quinoa ed amaranto, che potrebbero rappresentare un'alternativa "non tossica" al frumento.

Queste piante oltre ad essere prive di glutine presentano una frazione proteica particolarmente interessante dal punto di vista nutrizionale. (Evangelisti-Restani).

La quinoa, pianta di origini andine, studiata dalla Nasa come alimento per gli astronauti, possiede proteine con un contenuto ben bilanciato di aminoacidi e non mostra la carenza di lisina propria dei cereali».



**Alimenti per celiaci****Giovedì il sindaco  
incontra Federfarma**

L'assessore Celestino ha chiesto chiarimenti al direttore dell'Asp

«Il sindaco Sergio Abramo ha alla sua attenzione la questione che riguarda la distribuzione dei prodotti per celiaci». Lo ha sottolineato l'assessore alle Politiche sociali, Gabriella Celestino, incaricata direttamente dal primo cittadino di approfondire la vicenda.

«Proprio questa mattina – ha spiegato l'assessore Celestino – mi sono messa in contatto con il direttore generale dell'Asp, Gerardo Mancuso, il quale mi ha spiegato che l'Azienda si sta muovendo in linea e in attuazione delle disposizioni regionali che prevedono due diversi canali di presentazione delle fatture ai fini del rimborso: una relativa ai prodotti senza glutine previa presentazione dei buoni e una seconda relativa ai farmaci (ricetta rossa). Una procedura questa – ha proseguito la Celestino – che Federfarma Catanzaro contesta e che sta portando al blocco della distribuzione dei prodotti a coloro che manifestano intolleranza permanente al glutine determinando così gravi disfunzioni ai soggetti interessati. Mancuso mi ha assicurato

che si sta adoperando per risolvere positivamente e in maniera celere la situazione».

L'amministrazione comunale, ha inoltre contattato la presidente regionale dell'associazione italiana celiaci, Anna Cannizzaro, per manifestare l'attenzione e il sostegno alle persone che soffrono di questa intolleranza alimentare per la vicenda che si è venuta a creare nel capoluogo. Abramo ha, quindi, convocato per giovedì il presidente di Federfarma Catanzaro per arrivare nell'immediato a una soluzione della problematica e per evitare ulteriori e pesanti difficoltà ai cittadini che hanno vitale necessità di tali prodotti, considerato l'elevato numero dei soggetti interessati. ◀



**Gabriella Celestino.** L'assessore sta approfondendo la questione



L'incontro a Catanzaro Il direttore generale Mancuso insieme ai sindaci del Reventino

**IL PRESIDENTE DEL COMITATO "PRO OSPEDALE" MAIDA**

**«Bisogna potenziare il pronto soccorso montano»**

«Spesso i pazienti del Reventino vengono trasferiti in altre strutture»

**SOVERIA MANNELLI**

Il reparto di Radiologia dell'ospedale di Soveria Mannelli non funziona perchè spesso è guasta l'attrezzatura e manca anche il personale. A sostenerlo è il presidente del comitato "Pro ospedale del Reventino" Antonello Maida. Sta di fatto che per questa precaria situazione i pazienti vengono dirottati altrove. «I trasferimenti in altri nosocomi - affermano dal comitato

- si devono fare anche per altre patologie, alcune potenzialmente gravi e quasi sempre si rendono problematici poiché gli ospedali di riferimento sono sempre allo stremo, impossibilitati a dare accoglienza, costringendo pazienti e operatori a vorticosi giri di telefonate che spesso durano ore se non intere giornate».

Il presidente Maida riferisce di alcuni casi: «Un paziente con coliche alla colecisti impossibilitato a ulteriori consulenze chirurgiche o un altro con problemi al fegato dirottato a Reggio Calabria o

un altro ancora che ha stazionato al Pronto soccorso un'intera mattina per capire se e dove poteva trovare accoglienza, cose che mettono a dura prova pazienti e familiari, questi ultimi che spesso rasantano equilibri emotivi a causa dello stress. La sanità è stata smembrata senza crea-

re le soluzioni al problema. I grandi Hub non reggono la domanda e gli spoke vengono depotenziati per la spendig review, mentre qui nei piccoli ospedali rimasti, le attenzioni latitano».

Per il presidente del comitato Antonello Maida «la soluzione potrebbe essere definita con l'attuazione di un Pronto soccorso-Obi con ciò che ne consegue dotandolo delle tre consulenze più ovvie: ortopedia, chirurgia e ostetricia; l'unica soluzione per rendere questo territorio con un minimo di garanzia». ◀ (Sa.Inc.)



**L'ospedale di Soveria Mannelli dovrebbe diventare in futuro una "casa della salute"**





A conclusione del congresso del sindacato

## Esposito è stato eletto segretario regionale Smi

Si è svolto l'ottavo congresso regionale del sindacato dei medici

### CONFLENTI

Francesco Esposito è il nuovo segretario regionale del sindacato dei medici italiani (Smi). La sua elezione è avvenuta al termine dell'ottavo congresso dell'organizzazione sindacale al quale, tra gli altri, ha preso parte anche il segretario nazionale Smi Salvo Calì secondo il quale lo stato di salute della sanità «è precario».

«I tempi della crisi economica – ha dichiarato Calì – hanno segnato pesantemente il settore della sanità che va riordinata. Bisogna recuperare un disegno unitario anche per altre ragioni: siamo di fronte ad un riordino di tutta l'area dell'assistenza territoriale con particolare riferimento ai pazienti cronici e c'è bisogno di una organizzazione territoriale che risponda a

**«Bisognerebbe riorganizzare i servizi sul territorio per migliorare la sanità territoriale»**

queste esigenze». Esposito, nel commentare la sua elezione, ha sottolineato che «si assume l'impegno di segretario regionale dello Smi in un momento in cui sindacalmente ci sono delle grosse difficoltà».

«La Regione Calabria – ha aggiunto – nel settore sanità, trovandosi con il piano di rientro e soprattutto commissariata, ha difficoltà notevoli, ha poca capacità di spesa. Il sindacato deve rinnovare il proprio modo di fare sindacato andando a propugnare iniziative per poter utilizzare le spese allocate nel bilancio regionale e rimodulare forte-

mente quelle che sono attualmente degli sprechi per cercare di indirizzarli verso novità. Ci troveremo a dover fare delle sfide: l'aver ridotto in maniera drastica i posti letto impone una riorganizzazione territoriale veramente forte».

Altre questioni sul tappeto sono anche quelle del precariato oltre che della stabilizzazione dei medici di guardia: «Sempre nel rispetto del piano di rientro – ha spiegato il neo segretario regionale Smi – è una necessità che bisogna portare avanti. Sono tutti obiettivi raggiungibili perché sono in linea con quello che prevede il piano di rientro ma che sono in forte ritardo. La sanità, infatti, è peggio di quello che si vede. Da medico di base, invece, dico che la situazione è drammatica: oggi abbiamo difficoltà a ricoverare anche gli acuti e questo è un campanello d'allarme». Ecco perché per Esposito è importante muoversi per potenziare i servizi territoriali, riorganizzando il territorio «attraverso le nuove forme di organizzazione, che sono le Aft e le Uccp, fare un buon filtro e consentire agli ospedali di ridurre le liste di attesa, ma anche riuscire a riservare i posti realmente agli acuti in ospedale». ◀ (Sa.Inc.)



Esposito insieme ad altri medici



**Il dg dell'Asp Mancuso ha incontrato i sindaci del Reventino**

# Il servizio di cure primarie affidato al dottore Scalzo

## L'attività dell'Uccp era stata sospesa dall'Azienda sanitaria perchè si erano verificate alcune procedure irregolari

**Sarah Incamicia**  
**DECOLLATURA**

Il direttore generale dell'Asp di Catanzaro, Gerardo Mancuso, affiancato dal Dott. Giovanni Paladino, direttore del Distretto del Lametino e del Reventino, ha incontrato nel Poliambulatorio di Decollatura i sindaci dei Comuni del Reventino per comunicare loro la ripresa dell'attività dell'Unità di Cure Complesse Primarie (UCCP), sospesa dopo che si erano verificate alcune procedure irregolari nella gestione delle attività.

Il servizio extraospedaliero, di cui usufruiscono i comuni di Decollatura, Serrastretta, Carlipoli, Soveria Mannelli, Motta Santa Lucia, Martirano Lombardo, Martirano Antico, Conflenti, San Mango D'Aquino, è stato affidato al dottor Luigi Scalzo, dopo le dimissioni del dott. Francesco Esposito, che ne coordinerà le attività. L'UCCP è stato avviato il 2 gennaio 2014, a seguito delle deliberazioni n. 760 del 01/10/2013 e n. 993 del 09/12/2013, solo che dopo quasi tre settimane, a seguito di palese violazione del protocollo operativo, l'ASP ha proceduto, con delibera n. 46 del 30/01/2014, alla sospensione delle attività e dell'accordo con l'UCCP del Reventino. L'Azienda

sanitaria provinciale di Catanzaro ha poi proceduto alla verifica di quanto accaduto e messo in luce le motivazioni per cui si è giunti alla sospensione. Nei giorni scorsi, dopo le dovute verifiche e su proposta del Responsabile del procedimento, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica, amministrativa, documentale dell'atto resa dal direttore del Distretto, il direttore generale Mancuso ha predisposto la riapertura delle attività dell'UCCP del Reventino.

L'Unità di Cure complesse primarie è un servizio erogato attraverso aggregazioni strutturali multi-professionali, che affrontano le criticità e le neces-



**L'Unità di cure primarie del Reventino ha sede nel comune di Decollatura**

### L'Uccp

#### L'avvio del servizio la sospensione e la riattivazione

- L'attività sperimentale dell'Unità di cure primarie del Reventino è stata avviata il 2 gennaio 2014.
- Ad istituire il nuovo servizio è stata l'Azienda sanitaria provinciale di Catanzaro con le deliberazioni numero 760 del primo ottobre del 2013 e numero 993 del nove dicembre del 13.
- Dopo appena tre settimane dall'avvio dell'attività, a seguito di palese violazione del protocollo operativo, l'Azienda sanitaria provinciale ha proceduto, con delibera numero 46 del 30 gennaio 2014, alla sospensione delle attività e dell'accordo con l'Uccp del Reventino.
- Il 18 aprile scorso il direttore generale dell'Asp Mancuso ha incontrato i sindaci del Reventino per informarli della nuova riapertura del servizio, che sarà coordinato dal dottor Luigi Scalzo.

sità assistenziali dei cittadini con molteplici obiettivi: ridurre gli accessi con il "codice bianco" nei pronto soccorso, potenziare la prevenzione, arginare il trattamento ospedaliero di patologie croniche come diabete e ipertensione.

Il servizio infatti garantirà la presenza in un'unica sede di medici di famiglia, medici di guardia medica e specialisti, che garantiranno, 24 ore su 24, l'assistenza a un bacino di circa 77 mila persone, pari al 22.8% della popolazione residente nella provincia. «All'interno di questa struttura – ha sottolineato Mancuso – il paziente avrà la possibilità di trovare sempre il proprio medico di famiglia, che è colui che conosce perfettamente la sua storia clinica, insieme ad altre professionalità come i medici di continuità assistenziale (ex guardie mediche) e degli specialisti. E questo a differenza di quanto potrebbe accadere con un accesso in una struttura ospedaliera dove non si ha contezza del pregresso del paziente. In questo modo si realizza una sanità vincente e più rispondente ai bisogni della collettività. Il progetto va incontro alla necessità di una sanità sempre più vicina al cittadino». Soddisfazione espressa da tutti i sindaci del Reventino. ◀





L'incontro a Catanzaro Il direttore generale Mancuso insieme ai sindaci del Reventino

## IL CASO L'Azienda provinciale si sta muovendo. Cresce la preoccupazione

# Celiachia, pressing del Comune

*Il sindaco convoca Federfarma ma l'associazione fa lo stesso la conferenza stampa*

Contestata  
la procedura  
ipotizzata

di **EDOARDO CORASANITI**

«LA REGIONE Calabria non è in grado di fare concertazione». Il grido di battaglia lanciato da Federfarma Catanzaro è ormai collaudato. Il presidente Vincenzo Defilippo torna a suonare la carica convocando una conferenza stampa per questa mattina nella sede di via Italia. L'ordine del giorno viaggia sul binario caldo dell'interruzione dell'erogazione dei prodotti per la celiachia, iniziata lo scorso 18 aprile. Oltre a Defilippo interverranno Vitaliano Corapi (presidente dell'Ordine dei farmacisti di Catanzaro), Maria Cristina Murone (rappresentante Rurali Federfarma Catanzaro), Stefano Raspa (segretario Federfarma Catanzaro).

Tutti convinti che «la perdurante ed inammissibile indisponibilità da parte dell'Assessorato alla Salute della Regione Calabria ad avviare concretamente un costruttivo confronto sulle problematiche inerenti all'erogazione». Intanto il sindaco Sergio Abramo, sollecitato anche dall'associazione "Il pungolo", chiama a raccolta De Filippo. È fissato per domani un incontro «per arrivare nell'immediato a una soluzione positiva della problematica e per evitare ulteriori e pesanti difficoltà ai cittadini che hanno vitale necessità di tali prodotti, considerato altresì l'elevato numero dei soggetti interessati in città e nel distretto sanitario di competenza». Con lui, l'assessore alle politiche sociali

Gabriella Celestino, incaricata direttamente dal primo cittadino di approfondire la vicenda. Ieri mattina, infatti, ha contattato il direttore generale dell'Asp Catanzaro Gerardo Mancuso. A quanto pare, quest'ultimo ha rassicurato palazzo de Nobili. «Mancuso mi ha spiegato che l'azienda provinciale si sta muovendo in linea e in at-

tuazione delle disposizioni regionali che prevedono due diversi canali di presentazione delle fatture ai fini del rimborso: una relativa

ai prodotti senza glutine e una seconda relativa ai farmaci (cd ricetta rossa). Una procedura questa - ha continuato l'assessore Celestino - che Federfarma Catanzaro contesta e che sta portando al blocco della distribuzione dei prodotti a coloro che manifestano intolleranza permanente al glutine determinando così gravi disfunzioni ai soggetti interessati. Il direttore mi ha assicurato che si sta adoperando per risolvere positivamente e in maniera celere la situazione».

Al di là della diafrasi, a farne le spese sono i celiaci, costretti dal 18 aprile a trovare le porte chiuse delle farmacie. Dopo l'allarme lanciato dal presidente regionale dell'associazione italiana celiaci (Aic), Anna Cannizzaro, l'amministrazione comunale ha manifestato l'attenzione e il sostegno alle persone «che soffrono di questa intolleranza per la vicenda che si è venuta a creare nel capoluogo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## ■ SOVERIA MANNELLI Il presidente del Comitato pro ospedale: «Attrezzature pure in tilt»

# Medico in ferie, stop agli esami

*Maida: «Fino al 30 aprile sarà impossibile anche effettuare ecografie»*

SOVERIA MANNELLI - IL radiologo (l'unico in servizio) è in ferie e sarà impossibile effettuare gli esami anche le ecografie fino al 30 aprile, anche perché l'attrezzatura per fare le radiografie «è in avaria da oltre una settimana e non si comprende quando verrà riparata».

A denunciarlo è il presidente del Comitato pro ospedale Antonello Maida, secondo il quale «in pratica nel reparto i tecnici fanno quel che possono, probabilmente solo le Tac». Ma se questa situazione - spiega ancora Maida - «da si correla alle attività di Pronto soccorso, si comprende bene che in mancanza di tale ausilio in questo periodo anche per una banale contusione o un dolore addominale da accertare si stanno inviando i pazienti altrove, in pratica in giro per gli ospedali che possono accogliere ulteriori pazienti». «Fosse solo per le diagnosi radiologiche saremmo al minimo - rimarca Maida - di fatto i trasferimenti interessano anche altre patologie, alcune potenzialmente gravi e quasi sempre si rendono problematici poiché gli ospedali di riferimento sono sempre allo stremo, impossibilitati a dare accoglienza, costringendo pazienti e operatori a vorticosi giri di telefonate che spesso durano ore se non intere giornate. Ne sa qualcosa un paziente con coliche alla colecisti - ricorda Maida - impossibilitato ad ulteriori consulenze chirurgiche o un altro con

problemi al fegato diretto a Reggio Calabria o un altro ancora che ha stazionato al Pronto soccorso un'intera mattina per capire se e dove poteva trovare accoglienza, cose che mettono a dura prova pazienti e familiari, questi ultimi che spesso rasentano equilibri emotivi a causa dello stress». Per il presidente del Comitato pro ospedale, insomma, «la sanità qui è stata smembrata senza creare le soluzioni al problema. I grandi hub non reggono la domanda e gli spoke - evidenzia ancora Maida - vengono depotenziati per la spending review, mentre qui nei piccoli ospedali rimasti, le attenzioni latitano. Nessuno osa occuparsi del problema - aggiunge Maida - come se uno stato di precarietà rimane l'ovvia conclusione di uno stato generale delle cose. Come sé, quello che accade, non dovesse accadere a ognuno ma rimane un problema altrui». Ennesima denuncia quindi del Comitato pro ospedale sul nosocomio di Soveria Mannelli per il quale Maida ribadisce che «qui, e lo ripetiamo, la soluzione potrebbe essere definita con l'attuazione di un Pronto soccorso Obi con ciò che ne consegue dotandolo delle tre consulenze più ovvie: ortopedia, chirurgia e ostetricia; l'unica soluzione - conclude il presidente del Comitato - per rendere questo territorio con un minimo di garanzia».

**p.r.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## ■ **DECOLLATURA** Il servizio dopo la riapertura dell'Uccp Prenotazioni esami ospedalieri e pagamento ticket alle Poste



Gerardo Mancuso

**DECOLLATURA** - La riapertura dell'Uccp (Unità complessa cure primarie) del Reventino è avvenuta dopo le dovute verifiche e su proposta del responsabile del procedimento, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica, amministrativa, documentale dell'atto resa dal direttore del distretto. Così il direttore generale dell'Asp, Gerardo Mancuso, ufficializza la riapertura del servizio extra-ospedaliero, di cui usufruiscono i comuni di Decollatura, Serrastretta, Carlopoli, Soveria Mannelli, Motta Santa Lucia, Martirano Lombardo, Martirano Antico, Conflenti, San Mango D'Aquino. Servizio che è stato affidato a Luigi Scalzo, dopo le dimissioni di Francesco Esposito, che ne coordinerà le attività e che, come si ricorda, era stato temporaneamente sospeso a febbraio scorso dopo che si erano verificate alcune procedure ir-

regolari nella gestione delle attività. L'Azienda sanitaria provinciale di Catanzaro ha poi proceduto alla verifica di quanto accaduto e messo in luce le motivazioni per cui si è giunti alla sospensione. Ora la riapertura che Mancuso ha comunicato ai sindaci nel corso di un incontro svoltosi al Poliambulatorio di Decollatura, sede dell'Uccp. «All'interno di questa struttura - ha spiegato il dg Mancuso - il paziente avrà la possibilità di trovare sempre il proprio medico di famiglia, che è colui che conosce perfettamente la sua storia clinica, insieme ad altre professionalità come i medici di continuità assistenziale (ex guardie mediche) e degli specialisti». E Mancuso ha confermato che a breve sarà attivato un altro servizio, in collaborazione con l'ente Poste, con il quale si potrà, in tutti gli Uffici postali, prenotare esami ospedalieri, pagamenti di ticket e altri servizi.



## IL CONVEGNO Alfredo Altomonte al convegno della "Dante Alighieri" sulla logoterapia

# Attacchi di panico, come combatterli

*Il senso della vita e le teorie di Viktor Frankl al convitto "Gaetano Filangieri"*



Un momento dell'incontro con Alfredo Altomonte

«Sensazione  
che riconduca  
alla vita»

di FRANCESCO LO DUCA

«HO trovato il senso della mia vita nell'aiutare gli altri a trovare un senso nella loro vita». L'espressione di Viktor Frankl, il fondatore della logoterapia, ha fatto da leit motiv nella relazione del giovane psicoterapeuta vibonese, Alfredo Altomonte nell'ultimo incontro culturale della Dante Alighieri. Il tema trattato, "Attacchi di panico: una questione di senso - Importanza della logoterapia", è stato introdotto dalla presidente della Dante Alighieri vibonese, Maria Liguori Baratteri e dal rettore emerito del convitto "Gaetano Filangieri", Francesco Loriggio.

Perché attacchi di panico e come affrontare un attacco di pani-

co? «L'analisi esistenziale - ha espresso Altomonte - è l'orientamento per la persona perché acquisisca gli elementi sostanziali della sua esistenza e dei suoi valori fondamentali». Dopo un'introduzione alla teoria frankliana, è stato spiegato che la logoterapia e analisi esistenziale tendono a incrementare nelle persone «la capacità di autodistanziamento, a ristabilire la loro naturale autotrascendenza nella dedizione a valori e compiti esistenziali e a mobilitare la forza di resistenza dello spirito a fronte delle situazioni-limite dell'esistenza». La logoterapia tende a liberare la persona nei confronti della nevrosi, mobilitando la capacità di autodistanziamento. L'analisi esistenziale, facendo leva su tale libertà, tende a fargli scoprire le possibilità di significato insite nella sua esperienza, sollecitando la capacità di autotrascendenza. Entrambi, dovrebbero facilitare il «riorientamento esistenziale della persona». E' riduttivo per Viktor Frankl chiedersi qual è il senso della propria vita. Alla vita si ri-

sponde non con le parole, ma con l'agire responsabile. L'uomo - ha sostenuto Altomonte - non è certo libero da condizionamenti biologici,

psicologici e sociologici, «ma, è e resta pur sempre libero di prendere in qualche modo posizione rispetto a tutti questi condizionamenti, sia che si sottometta ad essi, sia che li superi, avvalendosi della forza di resistenza dello spirito». Le conclusioni sono state che il panico non può non essere considerato una questione di senso «nella consapevolezza che non è un episodio che porta alla morte ma qualcosa che può e deve ricondurre alla vita e che è parte di essa».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## ■ SOVERIA MANNELLI Il presidente del Comitato pro ospedale: «Attrezzature pure in tilt»

# Medico in ferie, stop agli esami

*Maida: «Fino al 30 aprile sarà impossibile anche effettuare ecografie»*

SOVERIA MANNELLI - IL radiologo (l'unico in servizio) è in ferie e sarà impossibile effettuare gli esami e anche le ecografie fino al 30 aprile, anche perchè l'attrezzatura per fare le radiografie «è in avaria da oltre una settimana e non si comprende quando verrà riparata».

A denunciarlo è il presidente del Comitato pro-ospedale Antonello Maida, secondo il quale «in pratica nel reparto i tecnici fanno quel che possono, probabilmente solo le Tac». Ma se questa situazione - spiega ancora Maida - «la si correla alle attività di Pronto soccorso, si comprende bene che in mancanza di tale ausilio in questo periodo anche per una banale contusione o un dolore addominale da accertare si stanno inviando i pazienti altrove, in pratica in giro per gli ospedali che possono accogliere ulteriori pazienti». «Fosse solo per le diagnosi radiologiche saremmo al minimo - rimarca Maida - di fatto i trasferimenti interessano anche altre patologie, alcune potenzialmente gravi e quasi sempre si rendono problematici poiché gli ospedali di riferimento sono sempre allo stremo, impossibilitati a dare accoglienza, costringendo pazienti e operatori a vorticosi giri di telefonate che spesso durano ore se non intere giornate. Ne sa qualcosa un paziente con coliche alla colecisti - ricorda Maida - impossibilitato ad ulteriori consulenze chirurgiche o un altro con

problemi al fegato diretto a Reggio Calabria o un altro ancora che ha stazionato al Pronto soccorso un'intera mattina per capire se e dove poteva trovare accoglienza, cose che mettono a dura prova pazienti e familiari, questi ultimi che spesso rasentano equilibri emotivi a causa dello stress». Per il presidente del Comitato pro-ospedale, insomma, «la sanità qui è stata smembrata senza creare le soluzioni al problema. I grandi hub non reggono la domanda e gli spoke - evidenzia ancora Maida - vengono depotenziati per la spending review, mentre qui nei piccoli ospedali rimasti, le attenzioni latitano. Nessuno osa occuparsi del problema - aggiunge Maida - come se uno stato di precarietà rimane l'ovvia conclusione di uno stato generale delle cose. Come sé, quello che accade, non dovesse accadere a ognuno ma rimane un problema altrui». Ennesima denuncia quindi del Comitato pro-ospedale sul nosocomio di Soveria Mannelli per il quale Maida ribadisce che «qui, e lo ripetiamo, la soluzione potrebbe essere definita con l'attuazione di un Pronto soccorso Obi con ciò che ne consegue dotandolo delle tre consulenze più ovvie: ortopedia, chirurgia e ostetricia; l'unica soluzione - conclude il presidente del Comitato - per rendere questo territorio con un minimo di garanzia».

**p.r.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA





## ■ **DECOLLATURA** Il servizio dopo la riapertura dell'Uccp Prenotazioni esami ospedalieri e pagamento ticket alle Poste



Gerardo Mancuso

DECOLLATURA - La riapertura dell'Uccp (Unità complessa cure primarie) del Reventino è avvenuta dopo le dovute verifiche e su proposta del responsabile del procedimento, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica, amministrativa, documentale dell'atto resa dal direttore del distretto. Così il direttore generale dell'Asp, Gerardo Mancuso, ufficializza la riapertura del servizio extra-ospedaliero, di cui usufruiscono i comuni di Decollatura, Serrastretta, Carlopoli, Soveria Mannelli, Motta Santa Lucia, Martirano Lombardo, Martirano Antico, Conflenti, San Mango D'Aquino. Servizio che è stato affidato a Luigi Scalzo, dopo le dimissioni di Francesco Esposito, che ne coordinerà le attività e che, come si ricorda, era stato temporaneamente sospeso a febbraio scorso dopo che si erano verificate alcune procedure ir-

regolari nella gestione delle attività. L'Azienda sanitaria provinciale di Catanzaro ha poi proceduto alla verifica di quanto accaduto e messo in luce le motivazioni per cui si è giunti alla sospensione. Ora la riapertura che Mancuso ha comunicato ai sindaci nel corso di un incontro svoltosi al Poliambulatorio di Decollatura, sede dell'Uccp. «All'interno di questa struttura - ha spiegato il dg Mancuso - il paziente avrà la possibilità di trovare sempre il proprio medico di famiglia, che è colui che conosce perfettamente la sua storia clinica, insieme ad altre professionalità come i medici di continuità assistenziale (ex guardie mediche) e degli specialisti». E Mancuso ha confermato che a breve sarà attivato un altro servizio, in collaborazione con l'ente Poste, con il quale si potrà, in tutti gli Uffici postali, prenotare esami ospedalieri, pagamenti di ticket e altri servizi.

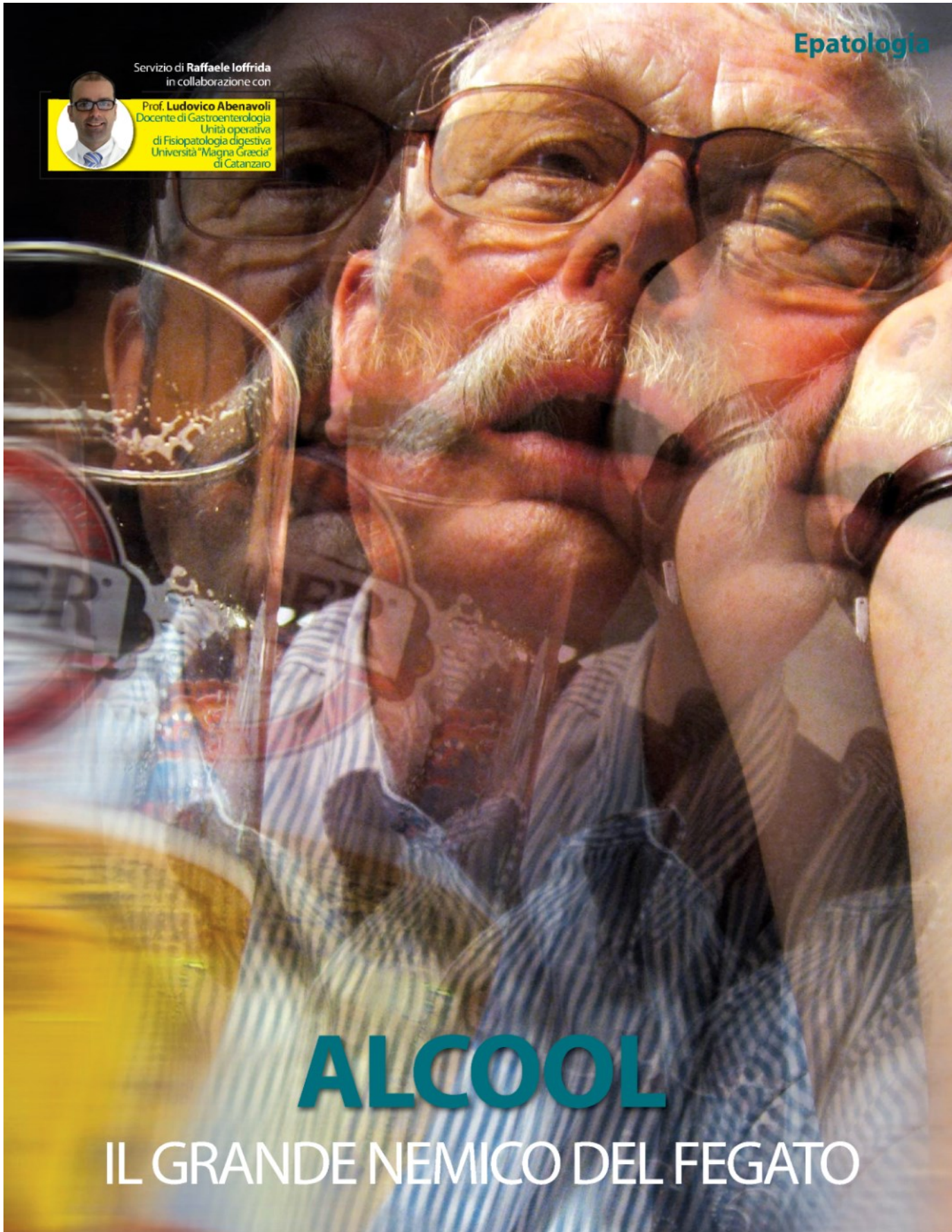


Epatologia

Servizio di Raffaele Ioffrida  
in collaborazione con



Prof. Ludovico Abenavoli  
Docente di Gastroenterologia  
Unità operativa  
di Fisiopatologia digestiva  
Università "Magna Graecia"  
di Catanzaro



# ALCOOL

## IL GRANDE NEMICO DEL FEGATO

## Epatologia

Il nostro fegato è in grado di metabolizzare solo una certa quantità di alcol indipendentemente dalla quantità ingerita; l'assorbimento dipende dal contemporaneo consumo di alimenti essendo lento nei pasti con molti lipidi e veloce a stomaco vuoto.

Per questo motivo, l'alcoemia è più elevata nelle donne che negli uomini, ciò dipende sia dal minore contenuto idrico nel sesso femminile che da una ridotta attività enzimatica dell'Adh; questi fenomeni spiegano i danni epatici, cardiaci e cerebrali di maggiore entità che l'alcol arreca alle bevtrici.

Il consumo eccessivo di alcol può generare numerose malattie a carico del fegato che vanno dalla steatosi, caratterizzata dall'accumulo di grasso nell'organo, all'epatite alcolica, fino a forme più rilevanti e progressive come la cirrosi, condizioni in cui le funzioni del fegato sono gravemente compromesse.

Fegato grasso, epatite e cirrosi possono sovrapporsi ed essere anche presenti contemporaneamente: è il caso di chi, già ammalato di cirrosi, continua a bere alcolici.

**Al professore Ludovico Abenavoli, docente di gastroenterologia, presso l'Unità operativa di Fisiopatologia digestiva, all'università "Magna Graecia" di Catanzaro, abbiamo chiesto quali sono i fattori che influenzano l'evoluzione della malattia di fegato alcol-relata.**

«Innanzitutto la modalità di assunzione, la quantità di alcol consumato, lo stile di vita associato e l'eventuale concomitante presenza di altre malattie, come ad esempio l'infezione da virus dell'epatite B e C, sono tutti fattori che possono far ammalare questo importante organo.

Il limite massimo giornaliero di alcol che una persona in buona salute può concedersi, è sceso progressivamente ed in modo netto nel corso degli anni. Dagli 80 grammi al giorno per l'uomo e 60 per la donna che si ritenevano accettabili in pas-

sato, siamo scesi oggi a 20/40 grammi al giorno. Tuttavia, è difficile parlare di dose massima, intesa come quantità giornaliera da non superare e quanto la dose accettabile debba essere considerata nel contesto medico di ogni singolo paziente.

Recentemente è emerso che, se la dose è bassa il rischio è minimo, forse anche vicino allo zero, ma non è mai lo zero assoluto! E lo stesso concetto, molto stressato sui media, se-

2 Ua al giorno per l'uomo, di 1-2 Ua per le donne e di una sola Ua per gli anziani.

Per gli adolescenti fino a 15 anni viene raccomandata l'astensione totale da questo tipo di bevande. Tutte le quantità di alcol che eccedono questi parametri, vengono considerate potenzialmente dannose per il nostro organismo».

### **Come si valuta lo stato di salute del nostro fegato?**

«In genere basta un'analisi delle transaminasi e della gamma-GT, che si effettuano attraverso un semplice prelievo di sangue. Se questi parametri risultano alterati è opportuno affidarsi ad uno specialista.

Lo scopo a questo punto, è quantificare il danno subito, valutare cioè se e quanto il fegato abbia perso la capacità di funzionare correttamente e se il quadro è reversibile. Di solito in questi casi, è opportuno eseguire anche un'ecografia epatica.

Anche l'anamnesi e cioè la raccolta dei dati del paziente è fondamentale. Spesso infatti si è portati a sottostimare la quantità di alcol che si assumono ed a dichiararne una quantità decisamente inferiore. Inoltre bisogna considerare nuovi stili di vita, come la "moda" del "binge drinking" e cioè l'assunzione di grandi quantità di alcol solo nel week end, diffusa tra i più giovani, che interessa ormai anche la fascia di età compresa tra i 12 e i 14 anni».

### **Quale terapia?**

«Il fulcro nel trattamento del danno epatico da alcol è rappresentato dall'astensione, che determina il miglioramento del quadro specie nelle fasi iniziali della malattia. Un altro presidio terapeutico è rappresentato dall'adeguato supporto nutrizionale con una dieta bilanciata, arricchita da integratori multivitaminici e anti-ossidanti. L'utilizzo di farmaci corticosteroidi ad alto dosaggio, è invece limitato alle forme severe di epatite acuta, in cui solo un pronto intervento terapeutico può tentare di limitare il danno».

*Il consumo eccessivo di superalcolici può generare numerose patologie. L'Organizzazione mondiale della Sanità ha stabilito un valore di consumo indicativo: 80 grammi per gli uomini e 60 per le donne. Per gli adolescenti è consigliata l'astensione totale*

condo cui una quantità moderata di alcol farebbe bene alla salute è molto pericoloso, in quanto la parola "moderata" è variabile a seconda della percezione individuale di ognuno di noi».

### **Che cosa dice l'Oms a riguardo?**

«L'Organizzazione mondiale della Sanità indica con il termine di unità alcolica (Ua), la quantità di alcol contenuta in un bicchiere di vino di media gradazione, o in una lattina di birra di media gradazione o in un bicchierino di superalcolico. Un consumo moderato può essere indicato entro