

# SALUTE *più*

[www.salutepiu.it](http://www.salutepiu.it) | [info@salutepiu.it](mailto:info@salutepiu.it)

HEALTH MAGAZINE | MEDICINA | SCIENZA | AMBIENTE

**MEDICINA  
TECNOLOGIA**  
La chirurgia  
robotica oggi



**FONDAZIONE  
ITALIA  
IN SALUTE**

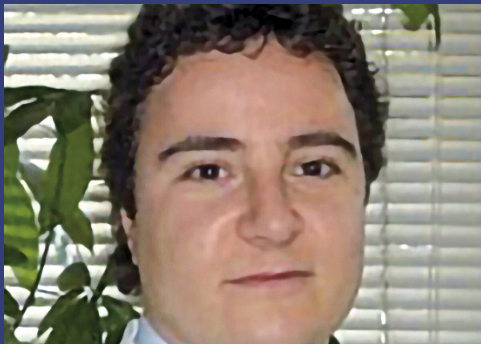
**CONVEGNI**

Le infezioni correlate all'assistenza:  
il 18 dicembre all'Auditorium  
Fondazione CR Firenze



**GINECOLOGIA**  
Papilloma virus  
Oggi esiste  
un vaccino  
efficace

Prof. Vincenzo Coscia



Prof. Alberto Pansadoro

**UROLOGIA**  
Iperplasia prostatica



**ANTROPOLOGIA CULTURALE**  
Storia della medicina



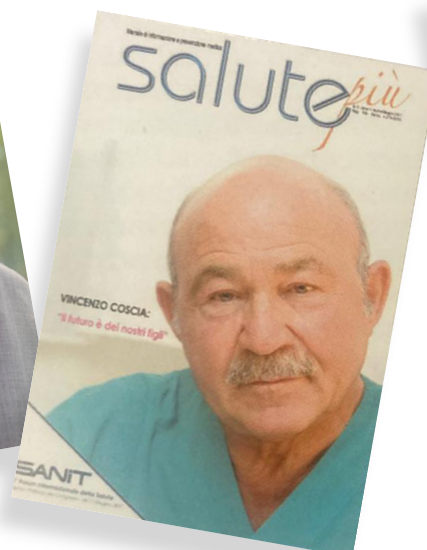
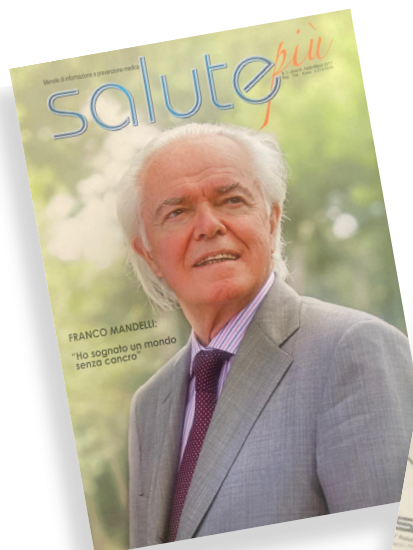
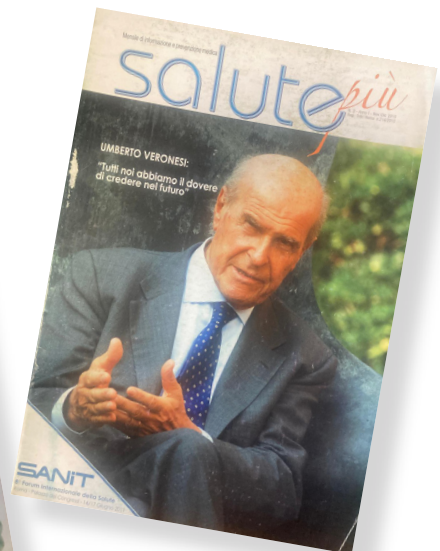
**AMBIENTE & SOCIETÀ**  
Dogs e Cats

# SALUTE *più*

INFO@SALUTEPIU.IT

HEALTH MAGAZINE | MEDICINA | SCIENZA | AMBIENTE

## Nascita di Salutepiu 2010 Il primo Comitato Scientifico



# EDITORIALE

Roberto Scenna Biagioli

## «Una finestra sulla sanità»

È il titolo del Forum sulla salute svoltosi il 24 Giugno 2010 al Palazzo dei Congressi a Roma. Proprio in quell'occasione veniva presentato il n° 0 di una nuova rivista medico sanitaria "SALUTEPIU.IT".  
Relatore e presentatore della rivista il giornalista, amico e collega, Giovanni Tagliapietra.



**Direttore responsabile**  
Roberto Scenna Biagioli

**Direttore Comunicazione e PR**  
Carmen Marini

**Redazione**  
Giuliano Valeri  
Carmen Marini  
Patrizia Pioppo

**Direzione editoriale e amministrativa**  
Via Braccio da Montone, 36  
00176 Roma  
Tel. 06.27800060

**Ideazione grafica e impaginazione**  
Start Cantiere Grafico

**Concessionaria esclusiva di pubblicità**  
info@startcantierigrafico.it

**Editore**  
RSB & GROUP  
info@salutepiu.it  
Tel: +39 3273898756

.....  
Tutto il materiale, articoli, foto e lettere, inviatoci resterà di proprietà dell'editore. Degli articoli e lettere firmate sono esclusivamente responsabili gli Autori. È vietata la riproduzione totale o parziale di ogni contenuto di questa pubblicazione senza il consenso dell'editore. Tutte le collaborazioni giornalistiche alla rivista **Salutepiu**, sono da considerarsi ad esclusivo titolo gratuito, salvo accordi sottoscritti con ogni singolo autore.



Una grande occasione per informare le famiglie sui nuovi progetti e prevenzione sulle nuove frontiere e nuove scoperte della medicina.

La rivista ha ospitato nomi eccellenti del mondo medico unitamente a molte strutture pubbliche e private.

Nel 2011, a causa di una precedente registrazione cartacea proprio in salutepiu.it siamo stati costretti ad interrompere la pubblicazione della rivista. Nel contempo, però, la registrazione, salutepiu.it on line è rimasta in nostro possesso.

Abbiamo, così, cambiato la testata della rivista con saluteplus.it. Da quel momento la nuova rivista è stata stampata e diffusa nel Lazio.

Fino al 2023 abbiamo diretto e gestito saluteplus dopo di che, con tutto lo staff, abbiamo "alienato" e trasferito la rivista ad un nuovo editore e direttore.

L'esperienza e la passione per la medicina ci ha spronati a far rivivere l'esperienza iniziale: far rivivere rilanciare il primo "amore", salutepiu.it.

Da dicembre potremmo rivedere, unitamente al nuovo portale,

il nuovo progetto editoriale.

Salutepiu ed il portale non tratteranno solo e specificatamente medicina, ma ci saranno approfondimenti sul mondo della scienza e i cambiamenti climatici, problematiche che riguardano l'intero globo.

Il nuovo progetto non sarà altro che la rinascita della rivista nata nel 2010. La rivista la potremo leggere e stampare nel contesto di un portale, [www.salutepiu.it](http://www.salutepiu.it) (mail: [info@salutepiu.it](mailto:info@salutepiu.it)).

Tutto il nuovo progetto verrà lanciato nei maggiori social internazionali, come le collaborazioni e le nuove firme saranno di conseguenza.

Il mondo si sta evolvendo ad una velocità astrale e noi vogliamo essere presenti e cogliere tutte le informazioni del cambiamento che ci riguarda, così da poter dare alle famiglie una ampia informazione su ciò che il futuro ci riserverà per poter migliorare e prolungare la vita di ognuno di noi.

Sarà nostra intenzione mettere a disposizione un collegamento mail per quanti vorranno usufruire delle nostre aggiornate notizie.

# SOMMARIO

**6** La chirurgia robotica oggi

---

**8** Iperplasia prostatica benigna

---

**10** Consigli dietetici per la diverticolosi del colon

---

**12** Le infezioni correlate all'assistenza: prevenzione, responsabilità ed equo risarcimento

---

**14** Celiachia impariamo a convivere

---

**16** Vorrei che donaste tutti i miei giocattoli ai bambini meno fortunati

---



# 18

Apocalisse  
climatica  
arriverà  
nei prossimi  
anni?

---



# 20

Papilloma virus  
oggi esiste  
un vaccino efficace

---



# 22

Omeopatia  
cosa è  
e come  
funziona

---

# 26

Storia della  
medicina  
dall'antichità  
ad oggi

---



# 28

Dogs & cats  
in the family

---

S  
O  
M  
M  
A  
R  
I  
O

# LA CHIRURGIA robotica oggi



Intervista al Dr. *Filippo Gabbia*, manager della C.M.R. Surgical  
di *Giuliano Valeri*

**Dr. Gabbia perché scegliere oggi per un ospedale il sistema robotico nella chirurgia?**

Potrei rispondere con una risposta secca: perché rappresenta sicuramente il futuro della medicina!

**Si può spiegare meglio?**

Prima di tutto per la semplice ragione che i robot attuali sono e rappresentano il modo più semplice, più preciso, anzi precisissimo oltre ad ogni immaginazione per numerosi tipologie di interventi. Poi, in futuro, lo sviluppo digitale consentirà ulteriori evoluzioni che consentiranno ulteriori capacità di sicurezza.

**Può farmi un esempio?**

La prima utilizzazione del robot è ovviamente nell'ambito della medicina generale poi sicuramente nella chirurgia ginecologica in quella urologica (in questo settore c'è stato un vero exploit di interventi in tutta Italia) e nel settore ortopedico.

**Quanti sono oggi i Robot in funzione in Italia**

Nel momento in cui le rilascio l'intervista sono circa 200 quelli



già collocati negli ospedali italiani e, ovviamente, in continuo aumento.

**Sa dirmi, se conosce il dato, quanti italiani hanno optato per la chirurgia robotica dal 1999, anno in cui venne presentato il primo robot?**

Sempre nel momento in cui rilascio l'intervista, si può stimare siano oltre 350 mila, ma non escludo si possa arrivare a 450/500 mila nei prossimi mesi vista la crescita progressiva.

**Secondo lei tutti il personale medico è in grado di far funzionare un robot?**

Ovviamente no, ma contemporaneamente alla installazione di un Robot noi ci assicuriamo che il personale preposto, chirurghi compresi, abbiamo frequentato specifici corsi di formazione per approfondire il funzionamento di una tecnologia svolta come, ad esempio, la conoscenza del funzionamento dei bracci robotici e/o della consolle, viene simulata



una sala operatoria utile al personale infermieristico per allestire e preparare tutta la strumentazione necessaria per l'intervento in programma. Qui, inoltre, gli stessi medici possono prendere confidenza con la "Consolle al comando ed i relativi Joystick".

**Chiarissimo e, per finire, può sintetizzarmi i vantaggi che ottiene il paziente optando x un intervento robotico rispetto a quello tradizionale!**

Il principale vantaggio per lui della chirurgia robotica è che il suo intervento sarà meno invasivo e, rispetto alla laparoscopia, perché rappresenta una evoluzione sia per la precisione ottenuta sia per la durata dell'intervento e del post-intervento. Basti pensare che il chirurgo ha sullo schermo il punto da operare ingrandito di Dieci Volte rispetto ad un intervento tradi-

zionale a tutto vantaggio della precisione millimetrica.

### Possibili imprevisti?

No, prima di tutto il robot non si stanca, i suoi bracci sono a dimensione anche dopo aver fatto 100 interventi in un solo giorno, anche se dovesse mancare l'energia elettrica, generatori d'emergenza sono sempre pronti a fornirgli il voltaggio Ampere (Ah) necessari al suo funzionamento.

### È difficile collocare un robot in un ospedale tradizionale per le sue dimensioni e/o per i suoi costi?

No, oggi con la miniaturizzazione un robot e d'ultima generazione è molto competitivo e può stare tranquillamente in in qualsiasi sala operatoria.

### Ovvero, può spiegare come questo sia possibile?



Infatti il National Health System del Regno Unito, paragonabile, rispetto, al nostro Servizio Sanitario Nazionale, è stato, ed è attualmente, il fiore all'occhiello dello Stato assistenziale con oltre un milione di dipendenti e una organizzazione di altissima eccellenza: praticamente il primo datore di lavoro (non militare) di tutta Europa, anche se dal 31 gennaio 2020 l'Inghilterra è uscita dalla Unione Europea.

P.s. Nel 2022 il nostro SSN costava 625.282 dipendenti tra il personale delle ASL, degli Istituti di ricovero pubblici e/o equiparati. (ASL, Aziende Ospedaliere regionali e universitarie o integrate).

### La cosa più importante: i costi?

Non ci crederà ma con il robot che le ho descritto, preciso, modernissimo, indolore e con una brevissima degenza post-operatoria il costo è molto inferiore a quanto si pensi se l'intervento è privato, ovvero, al contrario se a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

# IPERPLASIA PROSTATICA benigna

Intervista al Dott. Alberto Pansadoro

di Roberto Scenna Biagioli



**U**na Patologia molto comune negli uomini soprattutto dopo il raggiungimento dai 70 anni agli 80. Per conoscere meglio questa patologia abbiamo incontrato il dott. Alberto Pansadoro, specialista in Urologia, Direttore della Struttura Complessa di Urologia dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni.

**Dott. Pansadoro cosa è la Prostata e cosa è Iperplasia prostatica benigna.**

La Prostata è una ghiandola che fa parte dell'apparato genitale maschile; la sua funzione principale è quella di produrre ed emettere il liquido seminale che contiene gli elementi necessari a nutrire e veicolare gli spermatozoi.

La ghiandola è una componente

essenziale del sistema riproduttivo maschile e si trova tra la vescica e l'uretra. Con il termine Iperplasia Prostatica Benigna (IPB) noi urologi indichiamo un ingrandimento benigno di questa ghiandola che avviene fisiologicamente in tutti gli uomini ad una certa età, in maniera sintomatica solitamente dopo i 50 anni.

**Quali sono le cause dell'Iperplasia Prostatica Benigna?**

Esistono alcune teorie, nessuna delle quali ha trovato completo accordo da parte dei ricercatori. Il principale fattore, comunque rimane l'invecchiamento e i cambiamenti ormonali nell'età adulta, lo stile di vita.

**Dott. Pansadoro, quali sono i sintomi dell'Iperplasia Prostatica Benigna?**

Come la Prostata si ingrandisce, l'adenoma che esiste nella sua porzione centrale comprime l'uretra che attraversa il centro della ghiandola e, nel tempo limita il flusso di urina. Inizialmente i sintomi sono lievi e, anche se fastidiosi, sono tollerati. Come la condizione si aggrava, i sintomi iniziano a incidere sull'attività quotidiana e sulla qualità di vita. Si inizia, così, ad andare spesso ad urinare anche di notte, ad

avere un flusso urinario debole e uno sforzo nella minzione con un getto che si interrompe una o più volte, nell'urgenza di dover andare ad urinare a tal punto così forte che, alle volte, si incorre proprio in una vera incontinenza da urgenza.

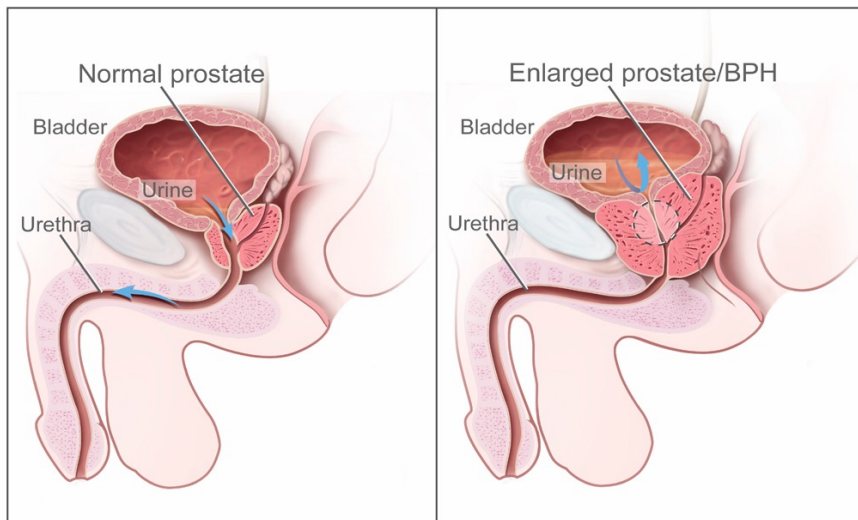
**Quali sono i sintomi da ritenersi pericolosi.**

Principalmente il disagio di stare insieme ad altri, doversi scusare frequentemente per la necessità di usufruire di un bagno, dormire male la notte per il fatto di essersi svegliati più volte e pertanto passare le giornate poi stanchi e affaticati. Quando si avvertono questi disagi la necessità di far visita ad un Urologo, specializzato in malattie dell'apparato urinario e genitale. Una volta che una diagnosi sintomatica è confermata, urge un trattamento adeguato.

**Quali sono, Dott. Pansadoro, oggi le terapie mediche disponibili?**

Con l'aiuto di un urologo ogni uomo troverà insieme allo specialista di fiducia la terapia migliore per la sua situazione. Inizialmente ci si affida ad una terapia farmacologica o nutraceutica ossia fatta di integratori. Le





classi di farmaci più impiegate sono gli alfa-1 bloccanti che agiscono sui recettori alfa disposti sulla muscolatura liscia della prostata; gli inibitori delle 5 alfa riduttasi che agiscono col tempo riducendo le dimensioni della prostata e gli inibitori delle fosfodiesterasi che determinano un aumento della vascolarizzazione periferica migliorando il flusso urinario. Ognuno di questi ovviamente ha le sue indicazioni e le sue controindicazioni che andranno discusse con il proprio urologo. Infatti tra i possibili effetti collaterali legati all'utilizzo di alcuni di questi si registra una eiaculazione retrograda, calo di pressione e un possibile riduzione calo del desiderio sessuale.

### Prima del trattamento chirurgico esistono interventi miniminvasivi?

Se la terapia medica non funziona, oggi sono disponibili per i pazienti una serie di trattamenti miniminvasivi soprannominati MIST. Questo acronimo comprende una serie di trattamenti che vengono di volta in volta selezionati per il quadro clinico specifico del paziente. Si arriva così ad un trattamento sempre più "tai-

lored" ossia sartoriale, su misura per il paziente in questione. Negli anni recenti sono stati sviluppati ad esempio dispositivi quali l'i-Tind, l'Urolift e il Rezum che usa il vapore acqueo. Queste sono tutte tecniche che trovano oggi indicazioni in quadri clinici precisi e in base anche alle esigenze del paziente. Per questo è sempre bene discutere con lui tutti i vantaggi e gli svantaggi di ogni tecnica onde non deluderne le aspettative.

### E la chirurgia tradizionale?

La chirurgia tradizionale è stata soppiantata dalle tecniche endoscopiche, meno invasive senza necessità di un taglio chirurgico, l'Urologo interviene in anestesia locoregionale eliminando per via transuretrale l'adenoma che è la causa dei disturbi minzionali. Questa procedura richiede circa 60-90 minuti, in base alle dimensioni dell'adenoma, e il paziente può essere dimesso uno o due giorni dopo l'intervento. Questo intervento oggi può essere svolto in diverse maniere impiegando differenti fonti di energia, ad esempio il resettore bipolare, oppure un laser a Holmio, o ancora un laser a Tullio o

un laser verde "Greenlaser". Il fine ultimo di tutte queste tecniche è di asportare l'adenoma ricreando un canale di passaggio dell'urina. Ognuna di queste fonti di energia, che si sono dimostrate tutte efficaci, ha i suoi pro e i suoi contro. Consentono tutte un rapido ritorno alle attività quotidiane risolvendo il problema in maniera sicura ed efficace.

### Dott. Pansadoro, l'intervento influisce sulla potenza sessuale?

L'intervento non agisce sui nervi deputati all'erezione che pertanto viene assolutamente conservata anche successivamente allo stesso. Ovviamente non si ha più l'emissione del liquido seminale in quanto manca gran parte della prostata che lo produce. In casi selezionati è possibile eseguire tecniche cosiddette "ejaculation sparing" che nella maggioranza dei pazienti consentono il mantenimento della eiaculazione.

### Nel futuro, dott. Pansadoro, che succederà?

Nel futuro magari avremo delle macchine in grado di calcolare in maniera automatica e computerizzata l'adenoma da rimuovere e poi di provvedere alla rimozione dello stesso in maniera precisa e sofisticata.

Dr. Alberto Pansadoro MD Specialista in Urologia – Direttore Struttura Complessa Urologia A.O. Santa Maria (Terni) Casa di Cura Pio XI Fondazione Vincenzo Pansadoro (Roma) – Dr. di ricerca in Tecnologia Avanzate in Chirurgia – Docente al Blocco Operatorio presso Centro Internazionale IRCAD-ETTS strasburgo

[www.albertopansadoro.it](http://www.albertopansadoro.it)

# CONSIGLI DIETETICI PER LA diverticolosi del colon

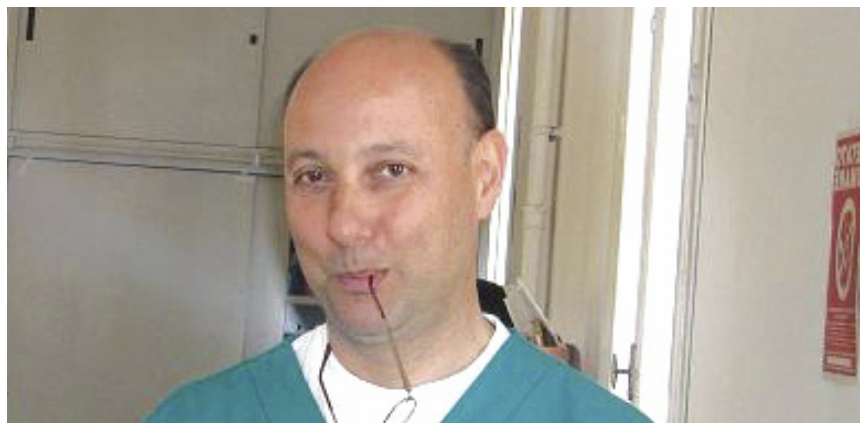
Intervista al Prof. *Massimo Chiaretti*

di *Roberto Scenna Biagioli*

**L'**eziologia della diverticolosi del colon è multifattoriale, è molto diffusa nella popolazione dei paesi occidentali, sia maschile che femminile, aumentando d'incidenza con l'aumentare dell'età da circa il 10% nella quarta decade, fino a superare l'incidenza del 70% nella settima decade. Per approfondire l'argomento, abbiamo intervistato il prof. Massimo Chiaretti, (specializzato in Chirurgia Generale, specialista in Scienza dell'Alimentazione, medico Ricercatore, Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico Umberto I", Sapienza Università di Roma) con il quale abbiamo discusso il tema della Nutrizione Clinica nel paziente con "Malattia Diverticolare" (o diverticolosi).

## Prof. Chiaretti, cosa sono i diverticoli?

I diverticoli sono estroflessioni digitiformi (come dita di un guanto) consistenti in erniazioni di mucosa e sottomucosa che si inoltrano dal lume intestinale, attraverso le fibre muscolari degli strati circolare e longitudinale fino ad affiorare al rivestimento esterno (sierosa o peritoneo viscerale). Queste estroflessioni si osservano dove i vasi (provenienti e diretti al mesocolon), penetrano nella parete



colica formando delle zone di "debolezza strutturale" della parete intestinale. Hanno l'aspetto di un piccolo sacchetto e sono più frequentemente localizzati nel grosso intestino (colon).

## Prof. Chiaretti quali le cause della malattia?

La diverticolosi può essere correlata da una predisposizione congenita (per un difetto strutturale del collagene), insieme all'alimentazione inadatta hanno pesanti implicazioni). Infatti, la dieta costituita esclusivamente da proteine animali (carni, insaccati, formaggi), povera o priva di fibre vegetali (verdura a foglia larga e frutta), scarsa ed irregolare assunzione di acqua ma sempre e solo di bevande frequentissimamente

gassate e zuccherate, determinano la costituzione di masse fecali insufficienti ai fini della propulsione intestinale. Le feci ristagnano nell'intestino, a livello colico sono compattate e disidratate aumentando di consistenza. Il contenuto intestinale, esposto all'azione dei batteri, fermenta con produzione di gas. Il conseguente aumento della pressione all'interno del lume intestinale produce un incremento di tensione sulla parete colica che non favorisce la progressione di feci dure. Questo concorso di cause può determinare la lenta, progressiva formazione dei diverticoli che inizialmente non sono sintomatici.

**Quindi il consiglio è che, fin da giovani, per prevenire la formazione dei diverticoli intestinali, è necessario orien-**

| PASTO           | PRIMO MENU   | SECONDO MENU  |
|-----------------|--|---|
| Prima colazione | 1 tazza di latte con cereali integrali   | Tè con biscotti secchi  |
| Spuntino        | 1 yogurt alla frutta o un pacchetto di crackers integrali                                  | 1 cappuccino con 2 fette biscottate integrali                                     |
| Pranzo          | Risotto con carciofi<br>Pesce spada alla griglia<br>Insalata di pomodori<br>Pane integrale | Carote e finocchi in pinzimonio<br>Penne con zucchine<br>1 Pera<br>Pane integrale |
| Spuntino        | 1 mela   | 1 yogurt  |
| Cena            | Minestrone di verdure<br>Fettina di vitello alla pizzaiola<br>Macedonia di frutta fresca   | Pasta e ceci<br>Ricotta fresca<br>Radicchio trevigiano<br>Frutta di stagione      |

## Tare le proprie scelte nutrizionali sulla base di una informazione corretta?

Questa è senz'altro la partenza giusta per iniziare ad adottare per tutta la famiglia, una dieta adeguata (per quantità e qualità), variata (contenente tutti i nutrienti), equilibrata nei rapporti e nelle frequenze.

Partiamo dall'aumentare il consumo di fibre vegetali:

- prodotti a base di cereali integrali (pane, fette biscottate, biscotti), soprattutto a colazione.
- 2/3 porzioni di verdura ogni giorno: l'utilità delle varietà più ricche di fibre (importantissime per la capacità di trattenere le feci morbide, pastose, umide e di massa sufficiente a stimolare la peristalsi intestinale. Le verdure interessanti a questo scopo sono cicoria, bieta, spinaci agretti asparagi, cavolfiore carciofi funghi, broccoli, melanzane.
- due, tre porzioni al giorno di frutta, mela, arancio, pera, e cocomero sono tra le varietà in grado di trattenere maggiori quantità di acqua.

I legumi (fagioli, ceci, lenticchie, fave, piselli) sono consigliabili

non oltre due volte a settimana, preferibilmente passati per evitare un eccessivo sviluppo di gas intestinale.

## Prof. Chiaretti, come deve essere il consumo di fibre vegetali?

Il consumo deve essere gradualmente per evitare o attenuare la tensione addominale talora provocata dal brusco aumento dell'assunzione

di questi cibi. Oltre che dagli alimenti, la fibra può essere assunta tramite integratori dietetici, per esempio crusca, gelatina di psillio. Questi prodotti vanno però assunti sempre insieme a quantità adeguata di acqua e lontano dai pasti, per evitare l'interferenza con l'assorbimento di altri nutrienti importanti come ferro, calcio e vitamine.

## Prof. Chiaretti abbiamo parlato dell'importanza dell'assunzione dell'acqua, in che termini esatti.

L'azione delle fibre vegetali è strettamente legata all'acqua, è quindi indispensabile che la dieta sia accompagnata dall'assunzione di circa 2 litri di liquidi – al giorno – sotto forma essenzialmente di acqua, preferibilmente lontano dai pasti. Oltre all'acqua può essere utile – ma senza eccedere – assumere tè, tisane, brodo vegetale, succhi e spremute di frutta.

Se si beve acqua minerale è opportuno controllare sull'etichetta il contenuto di sodio, che non dovrebbe mai superare i 20 mg per litro.

In oltre, l'acqua gassata può

provocare acidità di stomaco e formazione di gas intestinale.

## Cosa e perché bisogna evitare assolutamente tra gli alimenti per prevenire complicanze in chi è portatore della malattia diverticolare?

Per prevenire la malattia diverticolare, è fondamentale evitare di assumere alimenti contenenti semi perché i semi possono entrare nel diverticolo e provocare l'infiammazione la diverticolite, il sanguinamento e/o la perforazione intestinale. Quindi i portatori devono astenersi dall'assunzione di: pomodoro, zuccina, peperone, fichi, kiwi, fragole, frutta secca, frutti di bosco.

## Poiché si è parlato di consigli dietetici, fibre e acqua, cosa può consigliare circa lo stile di vita?

Per prevenire la malattia diverticolare, sono di grande importanza:

- evitare una vita troppo sedentaria e impegnarsi nello svolgere attività fisica;
- mantenere un ritmo alimentare equilibrato, non saltare i pasti principali alternandoli con piccolo spuntini (uno a metà mattina e uno a metà pomeriggio per non arrivare ai pasti principali troppo affamati);
- moderare il consumo di carne (all'adulto 1 volta a settimana può bastare) e di cibi troppo raffinati, o sofisticati.
- modificare la propria alimentazione sempre in maniera graduale soprattutto per quanto riguarda l'aumento delle fibre.
- non interrompere la dieta se compaiono gonfiore alla pancia, meteorismo o flatulenza, perché in genere questi disturbi si risolvono in poco tempo.

# “LE INFEZIONI CORRELATE ALL’ASSISTENZA: PREVENZIONE, RESPONSABILITÀ ED EQUO RISARCIMENTO”

di *Avv. Maurizio Hazan*, Presidente

**FONDAZIONE  
ITALIA  
IN SALUTE**



Questo è il titolo del convegno che – promosso e organizzato dalla Fondazione Italia in Salute – si terrà il prossimo 18 dicembre presso l’Auditorium Fondazione CR Firenze.

Nel solco del percorso di ricognizione che la FIS ha intrapreso da tempo per promuovere gli obiettivi di sicurezza delle cure perseguiti dalla legge 24/2017 e per monitorarne i concreti effetti sul comparto sanitario, l’evento sarà l’occasione per svolgere alcune riflessioni aggiornate sulla delicata materia delle infezioni nosocomiali (di grande impatto attuale e, soprattutto, prospettico) e su talune ricadute teoriche e pratiche della norma, riletta alla luce dei recenti approdi interpretativi dottrinali e, soprattutto, giurisprudenziali. In particolare il convegno ai

pone l’obiettivo di comprendere a che punto si sia strutturato, sino ad oggi, quel sistema di sanità “responsabile e sostenibile” introdotto dalla legge e fondato sulla sicurezza delle cure e sulla prevenzione del rischio a protezione degli operatori sanitari e a tutela dei pazienti; ciò con un particolare focus proprio sul tema delle infezioni correlate all’assistenza, che sarà indagato sia sotto il profilo clinico che sul piano giuridico, con ogni necessario approfondimento sulle responsabilità organizzative della struttura, nell’ambito del rapporto contrattuale con i propri pazienti.

Al centro del dibattito sarà la recente presa di posizione con cui la Cassazione (sentenza n. 6386/2023 – Pres. Travaglino) ha voluto compiere un deciso passo in avanti, nella ricerca di

un giusto equilibrio tra la legittima aspettativa di tutela dei pazienti (in caso di danno da infezione) e l’esigenza di non mortificare il sereno svolgimento dell’attività sanitaria con l’attribuzione in capo alle strutture di responsabilità sostanzialmente oggettive, come assai frequentemente in passato avveniva, allorché queste ultime erano tenute al risarcimento del danno per il sol fatto dell’effettiva riconducibilità causale dell’infezione alla attività di cura prestata al paziente all’interno del nosocomio.

In particolare, la Suprema Corte ha perentoriamente escluso che la responsabilità della struttura, ancorché contrattuale, possa considerarsi oggettiva, riconducendola invece alla violazione (colposa) di regole di condotta diligente, con particolare riferimento all’allestimento e all’effettivo rispetto di determinati protocolli di sicurezza. In sostanza, a fronte di rischi di infezione endemici impossibili ad azzerarsi in sede nosocomiale (atteso il naturale accumulo di agenti infettivi nel sito ospedaliero) la Cassazione afferma, da un lato, l’inopportunità di seguire severi modelli di imputazione di responsabilità oggettiva e, dall’altro, la necessità di promuovere la cultura della sicurezza delle cure pretendendo l’allestimento dei migliori presidi di prevenzione e

gestione del rischio infettivo ed ancorando eventuali responsabilità risarcitorie alla mancata o carente adozione degli stessi. L'affermata responsabilità non oggettiva della struttura deve tuttavia confrontarsi con gli oneri della prova che la Cassazione pone in capo alla struttura al fine di liberarsi da eventuali addebiti.

Con specifico riferimento alle infezioni nosocomiali, spetterà alla struttura provare di aver adottato tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle *leges artis*, al fine di prevenire l'insorgenza di patologie infettive e di aver, poi, davvero applicato i protocolli di prevenzione delle infezioni nel caso specifico. Al riguardo, l'ormai celebre sentenza della Suprema Corte si prende la "briga" – decisamente impegnativa – di elencare (in 13 punti) le singole misure di prevenzione che la struttura dovrà dimostrare di aver adottato – con riferimento alle concrete casistiche infettive – al fine di adempiere alla propria prestazione di sicurezza ed evitare addebiti di responsabilità. Proprio attorno a tale elenco – e alla effettiva adottabilità, in continuo e per ogni paziente, di quelle misure preventive – si è acceso un vivo dibattito tra gli operatori del diritto e, soprattutto, tra quelli della sanità; questi ultimi preoccupati – a fronte di una paventata impossibilità di allestire davvero il programma di prevenzione prescritto dalla Cassazione – di veder rientrare dalla "porta di servizio" gli spauracchi di una responsabilità oggettiva soltanto apparentemente "usciti" da quella principale. Trattasi di temi complessi, sia dal punto di vista clinico e organizzativo che da quello dell'inquadramento giu-

ridico della fattispecie e dello sforzo probatorio richiesto per dimostrare di aver tenuto una condotta diligente e di aver davvero messo in atto una condotta conforme agli standard di diligenza attesa. Ciò anche nel quadro generale della legge 24/2017, anche in considerazione di quanto previsto dall'art. 3, in relazione alle linee di indirizzo e buone pratiche sulla sicurezza che l'Osservatorio nazionale deve elaborare, indicando i protocolli di sicurezza da rispettare.

Sullo sfondo, ed anzi in primo piano, si stagliano le concorrenti ricadute sulle cariche apicali delle strutture (direttore generale e direttore sanitario, in primis), direttamente responsabili nei confronti dei pazienti per non aver adottato, o comunque vagliato sulla corretta applicazione delle regole di prevenzione indicate dalla Suprema Corte.

A latere di tali indubbe difficoltà operative e – prima ancora – giuridiche, altre importanti questioni si stanno riproponendo all'orizzonte, specie sul versante del danno risarcibile e dell'equo indennizzo.

Ed invero, laddove la struttura fosse davvero in grado – magari appoggiandosi alle sofisticazioni proprie delle nuove tecnologie – di dimostrare la propria perfetta proattività nel perseguire le buone pratiche di prevenzione dalle ICA, ci troveremo innanzi ad un danno (quello subito dal paziente colpito dall'infezione) non risarcibile, in mancanza di colpa e di imputabilità del pregiudizio alla struttura.

In questa situazione il paziente (o i suoi parenti), comunque danneggiati dalla ICA, resterebbe potenzialmente privo di

ogni tutela risarcitoria. Ecco la ragione per cui al dibattito si affacciano ulteriori e diverse suggestioni, tra le quali quelle volte a considerare la possibilità, in quelle casistiche, di dar corso ad un sistema indennitario "alla francese", volto a regolamentare i cosiddetti casi di "alea terapeutica", intesa quale parte non eliminabile di rischio che da luogo ad eventi avversi endemicamente connessi alla sanità ma indipendenti dalla violazione delle *leges artis* (cause ignote, eventi inevitabili o infezioni in cui la prova della colpa risulta particolarmente complessa).

Viene dunque presa in considerazione la possibilità di emulare la soluzione adottata in Francia con un modello indennitario (ONIAM) che potrebbe essere rimodellato e esteso nei suoi contenuti, ricomprendendo ogni ipotesi, individuata dal legislatore, in cui si ponga, almeno in termini generali, un possibile caso di alea terapeutica.

Diversamente si potrebbe pensare ad un intervento sul Fondo di garanzia istituito dall'art. 14 della legge 24/2017 (e a tutt'oggi non attuato, in assenza del relativo decreto attuativo) anche se con logiche di funzionamento e finalità del tutto diverse. Di questo, e di molto altro, si parlerà dunque nel corso del convegno del 18 dicembre prossimo al quale parteciperanno, in veste di relatori, alcune illustri personalità tra le quali l'On. Federico Gelli, il Prof. Walter Ricciardi, l'Avv. Maurizio Hazan, il Prof. Pierluigi Viale, il Dott. Michele Tancredi Loiudice, il Dott. Giacomo Travaglino, il Dott. Fabrizio Genni, il Prof. Pasquale Giuseppe Marci, il Dott. Francesco Venneri, l'Avv. Daniela Zorzit, la Dott.ssa Michela Maielli.

# CELIACHIA

## impariamo a convivere

Sono oltre 600.000 gli italiani celiaci

di Roberto Scenna Biagioli

### Che cosa è la Celiachia?

La celiachia, o malattia celiaca, è una infiammazione permanente della mucosa del duodeno provocata dall'ingestione di glutine, in soggetti geneticamente predisposti

### Cos'è il Glutine?

Il glutine è la frazione proteica del grano. La principale proteina del glutine è la gliadina. Sebbene il termine glutine indichi propriamente solo il complesso proteico alcool solubile estratto dal grano, questo termine viene comunemente esteso alle corrispondenti proteine della segale e dell'orzo, che si chiamano, rispettivamente, secalina e ordeina.

### In cosa consiste la predisposizione genetica della Celiachia?

La predisposizione alla celiachia consiste nella presenza nel corredo genetico degli alleli DQ2 e/o DQ8 del sistema di incompatibilità di seconda classe (HLA). La presenza di almeno di una delle molecole codificate da questi alleli sulla superficie delle cellule presentanti l'antigene è condizione necessaria, ma non sufficiente, per sviluppare la malattia. Solo le molecole HLA codificate dagli alleli DQ2/DQ8 sono in grado di alloggiare nella propria tasca i

peptidi della gliadina, della secalina e dell'ordeina e quindi presentarli ai linfociti T che sono le cellule effetttrici della risposta immunitaria.

### Come si manifesta clinicamente la celiachia?

La celiachia può manifestarsi a qualsiasi età e in forme cliniche diverse, sia per localizzazione che per severità.

**Forma classica:** più rara, associata ad un esordio nei primi anni di vita con sintomi caratterizzati da diarrea, vomito, addome globoso, ipotonia ed atrofia muscolare e scarso accrescimento.

**Forma atipica:** più frequente, con esordio in età adulta e colpisce prevalentemente le donne.

**Forma potenziale:** caratterizzata dalla presenza di anticorpi specifici nel sangue periferico (anti-endomisio, anti-trans-glutaminasi) in assenza di lesioni della mucosa duodenale.

### Quali sono i sintomi e i segni più frequenti della celiachia?

1. Disturbi intestinali cronici (dolore addominale, stipsi, diarrea, meteorismo)
2. Stomatite aftosa ricorrente
3. Ipoplasi dello smalto dentario
4. Ipostaturalità
5. Ipertransaminasemia

6. Sideropenia (con o senza anemia)
7. Stanchezza cronica
8. Rachitismo, osteopenia, osteoporosi
9. Alopecia
10. Anomalie dello sviluppo puberale
11. Orticaria ricorrente
12. Disturbi della fertilità (poliabortività spontanea, menarca tardiva, menopausa precoce, infertilità)
13. Disturbi della gravidanza
14. Epilessia con calcificazioni endocraniche ed altre patologie neurologiche (ataxia, polineurite, etc.)
15. Disturbi del comportamento alimentare (anoressia nervosa, bulimia)
16. Dermatite erpetiforme
17. Anemia (sideropenica, megaloblastica)

### Come si fa diagnosi di celiachia?

Il primo step per la diagnosi di celiachia è il sospetto clinico posto dal medico curante in seguito al riscontro di segni e sintomi suggestivi.

### Qual è la terapia per la celiachia?

L'unica terapia, ad oggi disponibile, è rappresentata da un corretto e rigoroso regime alimentare. I soggetti celiaci de-

## ALIMENTI PER CELIACI



vono escludere dalla dieta tutti gli alimenti a base di cereali contenenti glutine compresi quelli dove questo è aggiunto come additivo durante i processi industriali di trasformazione.

Si ricorda che gli alimenti contenente glutine, sia come ingredienti sia come additivo, devono obbligatoriamente indicare in etichetta la presenza del glutine.

### La celiachia è transitoria?

NO. La celiachia può esordire in qualsiasi età e una volta manifestatasi non regredisce. Pertanto anche la dieta senza glutine va seguita per tutta la vita. detergenti?

### I celiaci devono evitare il glutine contenuto nei cosmetici e nei detergenti?

NO. Il glutine è tossico per i celiaci solo se viene a contatto

con la mucosa duodenale, quindi se ingerito: il glutine non attiva la risposta infiammatoria se messo a contatto con la cute.

### La celiachia è diversa dalla sensibilità al glutine?

Con il termine "sensibilità al glutine" o anche "Gluten Sensibility" si definisce una sindrome caratterizzata dalla presenza, in rapporto all'ingestione di alimenti contenenti glutine, di sintomi intestinali ed extra intestinali in pazienti in cui la celiachia, e l'allergia alle proteine del frumento siano già state escluse. Anche se c'è un numero sempre crescente di soggetti che riferiscono di soffrire di sensibilità al glutine, l'esistenza di questa sindrome è messa in dubbio da numerosi e autorevoli esperti. È fondamentale combattere l'autodiagnosi ed evitare che pa-

zienti escludano il glutine dalla dieta prima di un consulto medico. Tale comportamento impedisce l'accertamento della vera celiachia.

### In presenza di sintomi suggestivi di celiachia, si può escludere il glutine dalla dieta "per prova", senza avere effettuato gli accertamenti per celiachia?

NO: Il glutine non va mai escluso dalla dieta senza aver prima effettuato gli accertamenti previsti per la celiachia. Al paziente che sospende il glutine dalla dieta gli accertamenti per la celiachia risulteranno negativi e questo comportamento preclude la corretta diagnosi di celiachia.

*(Fonte direzione generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e nutrizione - Ministero Salute)*

# VORREI CHE DONASTE TUTTI i miei giocattoli ai bambini meno fortunati

La storia della piccola Giulia Zedda

di Roberto Scenna Biagioli



**G**iulia Zedda aveva appena dieci anni, dopo aver combattuto contro un tumore cerebrale, un Medulloblastoma, nel 2018 è volata in cielo. Una battaglia durata quattro anni, chemioterapie, 50 sedute di radioterapia, due operazioni al cranio e tantissime trasfusioni.

Una Bambina coraggiosa, generosa e sempre con il sorriso speciale che tutti coloro che hanno avuto modo di conoscerla non potranno mai dimenticare.

Una malattia, che fino all'età di sei anni, nessuno poteva immaginare che Giulia venisse col-

pita così duramente da una malattia inesorabile.

Fino al febbraio del 2104, Giulia era una normale bambina piena di vita e di interessi, con una energia particolare, le piaceva cantare, dipingere, plasmare il fimo, una spiccata predisposizione artistica che la



portava a realizzare piccoli capolavori con qualsiasi materiale che le sue mani toccassero. Improvvisamente arrivano i primi segnali della malattia: fortissimi mal di testa che dopo una risonanza magnetica, le fu diagnosticato un tumore cerebrale maligno. Così inizia la "via crucis" di questa dolce bambina, quattro anni difficili che hanno segnato Giulia profondamente nel fisico e nella mente. E qui che assistiamo alla metamorfosi di questa bambina eccezionale, poco prima di volare in cielo, il suo ultimo desiderio: "mamma, vorrei che donasse tutti i miei giocattoli ai bambini meno fortunati".

Oggi, grazie, a questo appello fatto in punto di morte alla mamma, tantissimi bambini hanno ricevuto i suoi giochi. Ma il sogno di Giulia era solo iniziato, infatti, quattro mesi dopo la sua morte i suoi genitori, insieme ad un gruppo di amici hanno voluto iniziare il vero "sogno di Giulia".

In una piccola portineria di un Convitto a Cagliari, della comunità Don Oreste Benzi, regalare tutti i suoi giocattoli ai bambini meno fortunati. Decine di mamme si sono fatte avanti e sono iniziate le richieste di chi aveva difficoltà economiche, nasce così la voglia di aiutare e tendere una mano a chi bussava a quella porta.

La forza della generosità e la voglia di fare del bene prossimo ha fatto iniziare una catena di dare e ricevere. Oltre i giocattoli molte persone portavano vestiti, giochi e quant'altro per aiutare in maniera più corposa quante più famiglie si fossero rivolte a questo piccolo centro.

Nel 2019, pian piano e nata la necessità di trovare una sede più grande in quanto, l'iniziativa stava raggiungendo dimensioni



sempre più grandi, si sono aggiunti nuovi benefattori.

La mamma di Giulia con il marito Alfio hanno iniziato a pensare in grande, dopo la nuova sede era oramai indispensabile dare vita ad una Associazione, iniziano così tantissime iniziative, non solo quello di donare vestiti, oggetti e giocattoli, ma iniziative importanti: a luglio del 2022 il progetto "Kaleidos coloriamo il mondo", arredando una stanza di oncematologia pediatrica dell'Ospedale San Pietro di Sassari. Due poltrone letto ignifughe comode e colorate per le mamme che assistono i bambini e dormono al loro fianco con altri accessori e TV.

Un nuovo progetto che si chiama "un gancio in mezzo al cielo" dove vengono aiutati economicamente bambini che fanno

viaggi fuori regione, al Gaslini, al Meyer e al bambino Gesù.

Nel luglio del 2023 dopo una cospicua raccolta fondi è stata consegnata all'Ospedale San Michele (G. Brotzu) di Cagliari un'ambulanza pediatrica tutta colorata e con tutti gli accessori per il trasporto e messa in sicurezza dei bambini.

Un nuovo progetto CI PENSA GIULIA che serve per acquistare attrezzature per gli ospedali, presidi medici chirurgici e tutto ciò che manca nei reparti e che serve per far stare meglio i bambini.

Una favola. No una realtà di come da una malattia inesorabile che ha spezzato la vita di una dolce bambina potesse diventare, da un sorriso e da un suo desiderio, "vorrei che donaste tutti i miei giocattoli ai bambini meno fortunati", un grande segnale d'amore per il prossimo.

# APOCALISSE CLIMATICA arriverà nei prossimi anni?

di Roberto Scenna Biagioli

**A**nni di dibattiti sul clima tra pro e contro, oramai l'orologio segna l'ora secondo il quale sarà improrogabile raggiungere Emissione Zero per il clima.

Quasi quotidianamente assistiamo a terremoti, alluvioni, trombe d'aria e ondate di calore hanno e stanno devastando interi paesi in tutta Europa.

Dopo il disastro alluvionale dell'Emilia Romagna, con morti e miliardi di danni, assistiamo alla catastrofe di Valencia, oltre 200 morti e danni incalcolabili. L'aumento globale dei cambiamenti climatici sono devastanti, questi cambiamenti non solo alterano gli ecosistemi naturali, ma, da non sottovalutare, l'in-

cidenza profonda e il a rischio per nostra salute con i cambiamenti della qualità dell'aria che respiriamo, il cibo che mangiamo e problemi respiratori e cardiovascolari.

L'Italia è al primo posto tra i 27 Paesi dell'Unione Europea ad aver avuto i peggiori danni economici causati dagli eventi climatici estremi negli ultimi dieci anni, si parla di oltre 50 miliardi di euro.

L'Italia oltre ai rischi climatici è aggravata dalla scarsa manutenzione per la difesa del territorio nonostante il sostegno avuto dal PNRR. Oltre al mancato intervento operato per la messa in sicurezza dei fiumi, quella delle "falle" sulle infra-

strutture del sistema idrico, dove si riscontra una perdita di acqua dalle condotte obsolete di circa il 45%.

Secondo Andrea Minutolo, responsabile dell'ufficio scientifico di Legambiente, per il caso italiano cambiamento climatico e dissesto idrogeologico " sono due facce della stessa medaglia. È evidente come qualsiasi pianificazione territoriale dovrebbe tenere in forte considerazione la componente climatica, che amplifica eventi naturali quali le frane e le alluvioni e si somma a una serie di fattori come consumo di suolo, impermeabilizzazione, espansione urbanistica, erosione costiera, conservazione delle aree naturali: tutti elementi che devono necessariamente rientrare in una logica di programmazione efficace".

Proprio molte città italiane, dunque, si sono trovate spesso a dover fronteggiare gli effetti del cambiamento climatico carente di una corretta pianificazione territoriale.

Per uscire da questa situazione, secondo Lega Ambiente per cambiare le regole d'intervento, è necessario un patto tra Governo, Regioni e Comuni, sotto forma dell'approvazione di una legge dello Stato che consenta di assumere decisioni non più





procrastinabili per mettere in sicurezza territori e persone. Per "Lega Ambiente, dieci sono gli obiettivi che dovrebbero porsi il provvedimento il provvedimento di legge".

1. Vietare qualsiasi edificazione nelle aree a rischio idrogeologico e in quelle individuate da Enea (l'Agenzia nazionale per le nuove tecnologie, l'energia e lo sviluppo economico sostenibile) come aree di esondazione al 2100 per l'innalzamento del livello dei mari.
2. Delocalizzare gli edifici che si trovano in aree classificate ad elevato rischio idrogeologico.
3. Salvaguardare e ripristinare la permeabilità dei suoli nelle aree urbane.
4. Vietare l'utilizzo dei piani interrati per abitazioni.
5. Mettere in sicurezza le infrastrutture urbane, isolandole dai fenomeni meteorologici estremi.
6. Vietare l'intubamento dei corsi d'acqua e pianificare la riapertura di quelli tombati nel passato.
7. Recuperare, riutilizzare, risparmiare l'acqua in tutti gli interventi edilizi.
8. Utilizzare materiali capaci di ridurre l'effetto "isola di calore nei quartieri, ovvero un microclima più caldo all'interno di determinate aree urbane rispetto alle zone circostanti.
9. Creare, in tutti gli interventi che riguardano gli spazi pubblici (come piazze e parcheggi, ma anche nell'edilizia privata) vasche sotterranee di recupero e trattamento delle acque piovane.
10. Prevedere risorse statali per mettere a dimora alberi e boschi urbani.

"Nel Rapporto 2020 di Città-Clima abbiamo tracciato un bilancio degli ultimi dieci anni con numeri e una mappa aggiornata degli impatti nel territorio italiano", ha spiegato Edoardo Zanchini, Vicepresidente di Legambiente". L'intento è oggi quello di far capire come serva un cambio delle politiche di fronte ai fenomeni di questa portata. L'Italia è oggi l'unico grande Paese europeo senza un piano di adattamento al clima, per cui continuiamo a rincorrere le emergenze senza una strategia chiara di prevenzione.

# PAPILLOMA VIRUS

## oggi esiste un vaccino efficace

Intervista al Professor *Vincenzo Coscia*,  
di *Roberto Scenna Biagioli*

**S**pecialista in Ostetricia e Ginecologia. Dal 1978 fino al '97 all'Istituto di clinica ostetrica e ginecologia dell'Università di Roma "La Sapienza" con incarico di chirurgia Ginecologica. Ad oggi, ha all'attivo più di 20 mila interventi. Nel gennaio 2005 ha fondato la G.I.C.A, Associazione di ginecologia e chirurgia avanzata di cui è stato presidente.

Siamo lieti di incontrare il Professor Vincenzo Coscia per parlare del Papilloma Virus (HPV), l'agente virale che può essere causa di infezioni genitali femminili e a lunga distanza anche del tumore della cervice uterina malattia che causa ogni anno più di mille morti.

**L'infezione HPV quale incidenza ha nella popolazione femminile?**

Da un punto di vista epidemiologico si tratta di infezioni ad alta prevalenza nella popolazione giovanile. Si stima che il 20% della popolazione mondiale sia portatore dell'HPV e che ogni anno si verificano circa 1 milione di infezioni.

Attualmente si considera che nella popolazione mondiale 300 milioni di donne sono affette da HPV.

A seguito dell'infezione le manifestazioni cliniche sono molteplici: si va da lesioni relativamente benigne come condilomi genitali o papillomatosi laringea provocate dai ceppi 6 o 11 a lesioni maligne come il carcinoma della cervice uterina provocato più comunemente dai ceppi 16, 18, 31 e 45.

**Come viene contratta l'infezione?**

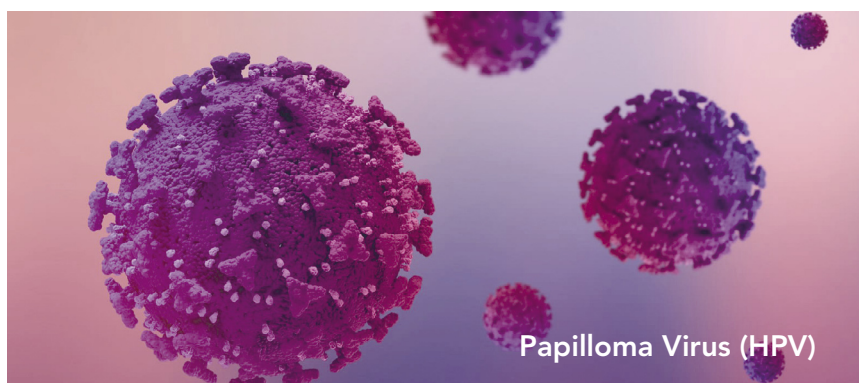


La trasmissione avviene per via sessuale con rapporti non protetti.

L'utilizzo del profilattico protegge da queste infezioni e l'educazione al suo utilizzo è fondamentale per cercare di arginare infezioni non solo virali, basti pensare alla sifilide e alla gonorrea che sono tutt'altro che patologie d'altri tempi.

**Lo screening periodico attraverso il PAP test attualmente raccomandato per le donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni, potrà essere sostituito dalla vaccinazione?**

Assolutamente no, in quanto le patologie femminili si restringono solo alle infezioni da HPV, ma le donne vaccinate avranno un'incidenza minore rispetto ai soggetti non vaccinati.



Papilloma Virus (HPV)



**Secondo le informazioni scientifiche oggi disponibili la vaccinazione contro l'HPV è sicura e ben tollerata. Ma è un vaccino che protegge che protegge al 100% dall'infezione?**

La copertura di questo vaccino è circa il 70%

**Quindi possiamo considerarlo un vaccino sicuro?**

Sì, perché un'infezione naturale è in grado di dare una buona risposta immunitaria cellulare per proteggere le giovani pazienti.

**Il vaccino potrà essere impiegato come forma di prevenzione in tutta la popolazione? A quale fascia di pazienti va rivolto?**

Come dicevo, le candidate al vaccino sono donne in età adolescenziale, che vanno sottoposte al trattamento prima del primo incontro sessuale della loro vita.

**Professor Coscia, se lei avesse una figlia in questa fascia di età, la sottoporrebbe al trattamento vaccinale preventivo contro l'infezione da HPV?**

Ovviamente sì. Il compito di un medico deve essere quello di curare, informare educare, ascoltare consigliare e se è il caso ammonire.

Grazie Professore per la sua disponibilità e per le preziose informazioni su problematiche che riguardano migliaia di adolescenti.

**Prof. Vincenzo Coscia**

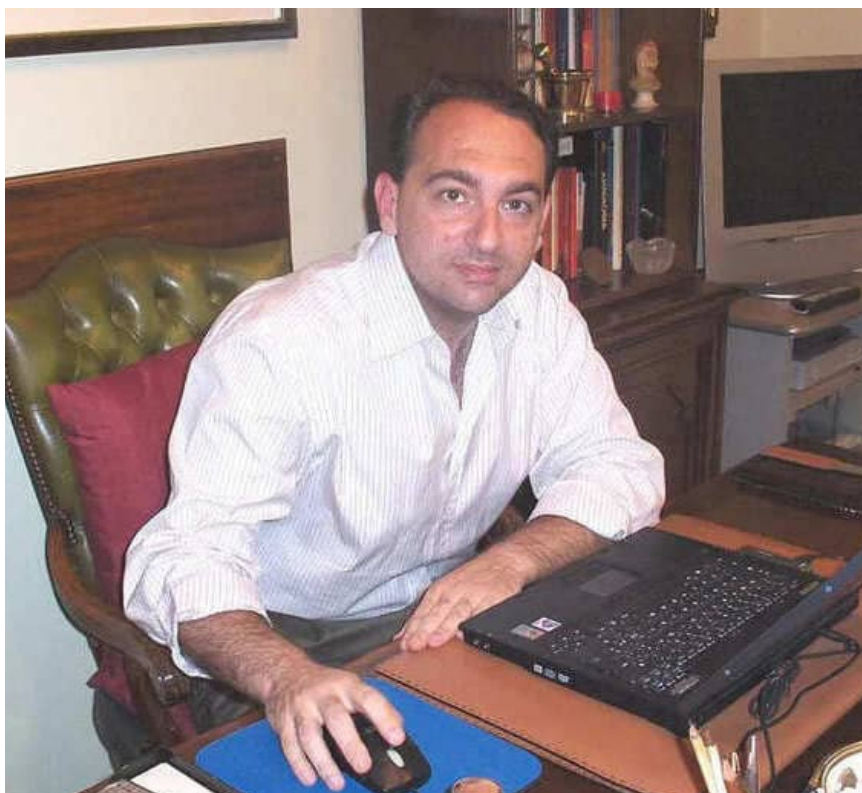
Chirurgo Ginecologo – Endoscopia Diagnostica – Oncologia operativa – Casa di Cura Privata " SANATRIX" – Via di Trasone, 61 – 00199 Roma – Mail: profcoscia@libero.it

# OMEOPATIA

## Cosa è e come funziona

Intervista al Dr. *Francesco Candeloro*

di *Roberto Scenna Biagioli*



Per saperne di più abbiamo intervistato il Dr. *Francesco Candeloro*. Da diversi anni insegna Omeopatia. Più volte ha preso parte a trasmissioni radio-televisive come esperto della materia e, sempre in qualità di omeopata, è frequente autore di articoli e conferenze a carattere scientifico-divulgativo.

**Dr. Candeloro l'Omeopatia, cos'è e come funziona.**

L'Omeopatia è un metodo di cura e prevenzione delle malattie, una pratica di medicina alternativa basata sui principi formulati da C.F.S. HAHNEMAN (Meissen 1755-Parigi 1843) agli inizi del XIX secolo.

Suo principio fondamentale è la LEGGE DI SIMILITUDINE: ogni malattia può essere guarita utilizzando a piccole dosi quella sostanza che, somministrata ripetutamente

*"L'Omeopatia è il metodo più avanzato e più raffinato per curare il paziente in modo economico e non violento".*

(M. Gandhi)

ad un individuo sano, è in grado di provocare sintomi simili a quelli da curare. L'Omeopatia si propone di curare sintomi e malattie con rimedi che rispettano il corpo, non eliminando il sintomo, ma stimolando l'individuo a vincere la malattia. Vengono utilizzate dosi infinitesimali delle sostanze che in dosi maggiori provocherebbero gli stessi disturbi o malattie in soggetti sani. Le sostanze comunemente utilizzate a scopo terapeutico – i rimedi Omeopatici – provengono dai tre regni della natura: Vegetale, Animale e Minerale.

Le sostanze comunemente uti-



lizzate a scopo terapeutico – i rimedi Omeopatici – provengono dai tre regni della natura: Vegetale, Animale e Minerale. Tutte sono sottoposte ad un particolare processo di diluizione e scuotimento, che ha il fine di eliminare le proprietà tossicologiche, esaltandone quelle terapeutiche.

### Quale l'efficacia della medicina Omeopatica

La medicina Omeopatica risulta efficace in casi di carattere organiche, funzionali, acute e croniche. Tra i disturbi più comuni trattati omeopaticamente ci sono disturbi psichici, malattie dell'apparato respiratorio, della cute, dell'apparato di-

gerente e genito-urinario, malattie endocrine e nutrizionali, malattie del sistema osteo-muscolare, del sistema nervoso, del sistema circolatorio, ecc.

### Quali i limiti?

Pur non rappresentando contro indicazioni apprezzabili, la medicina Omeopatica non è applicabile in quelle malattie caratterizzate da una pesante ereditarietà genetica e nelle malattie in fase terminale. È inoltre difficilmente attuabile ogni qualvolta la persona in esame presenti una storia clinica caratterizzata dal frequente e continuo ricorso a quelle sostanze chimiche che, pur eliminando parzialmente

o totalmente i sintomi, agiscono in maniera contraria alla naturale forza vivificatrice presente in ogni essere vivente, finendo per indebolirla e rendendola scarsamente evocabile anche da una terapia omeopatica correttamente eseguita.

### Dr. Candeloro come si sviluppa la sua attività di medico Omeopata?

La mia attività, principalmente, si sviluppa su tre diversi campi di applicazione:

1. *Divulgazione dell'Omeopatia*  
L'obiettivo è quello di porre in rilievo in modo corretto la medicina omeopatica hahne-

manniana e i temi della salute in generale, facendo conoscere ai più le peculiarità e i principi di questa disciplina medica, con la pubblicazione di considerazioni e concetti di filosofia omeopatica, casi clinici e rimedi omeopatici, informazioni su lezioni e corsi di omeopatia, comunicati stampa e conferenze tenute nel corso degli anni.

## 2. Didattica e formazione

Le lezioni di omeopatia proposte, si rivolgono principalmente alla Formazione Avanzata in omeopatia, quella, per intenderci, di

quanti vogliono diventare omeopati e, avendo già effettuato un corso base di omeopatia, desiderano migliorare le loro conoscenze e la loro pratica clinica con dei corsi avanzati. Le lezioni proposte, infatti, traggono origine dall'esperienza professionale e offrono una materia certamente più agile e aggiornata per l'apprendimento delle molte nozioni dalla dottrina omeopatica

## 3. Clinica omeopatica

La clinica omeopatica è diretta alla cura di tutti quei disturbi a carattere cronic-

recidivante, o cronico-degenerativo, per i quali la medicina tradizionale non può che offrire una terapia sintomatica e/o palliativa, nella maggior parte dei casi addirittura contrastante la tendenza dell'organismo a riportarsi spontaneamente in salute.

Studio di Medicina Omeopatica  
del Dr. Francesco Candeloro  
Via Sacco Pastore, 37 - Roma  
Piazza Tuscolo, 17 - Roma  
Per Appuntamenti:  
tel. 06 99335754  
sito: [www.omeopata.org](http://www.omeopata.org)





# Maria Grazia Chiominto

medico chirurgo specialista in ortopedia e traumatologia pediatrica e dell'adulto



## **INFILTRAZIONE PERIARTICOLARE**

Consiste nell'iniettare il farmaco direttamente nei siti di interesse che di volta in volta possono essere borse sierose, tendini e legamenti, spesso sede di processi infiammatori su base traumatica, reumatica o degenerativa. Tra i diversi farmaci utilizzati: acido ialuronico, sostanze steroidee, miscela di Ossigeno-Ozono.

## **INFILTRAZIONE ENDOARTICOLARE**

Consiste nell'iniettare il farmaco direttamente nell'articolazione attraverso specifiche vie di accesso. Come per le infiltrazioni periarticolari i farmaci utilizzati possono essere diversi.

## **INFILTRAZIONE PARAVERTEBRALE**

Consiste nell'iniettare la miscela di Ossigeno-Ozono in regione paravertebrale, alla distanza di circa due cm dalla linea mediana delle apofisi spinose vertebrali, in modo da permettere la diffusione del gas nelle strutture profonde dello spazio intervertebrale (lo spazio tra due vertebre). La somministrazione dell'ozono viene eseguita lentamente e a diversi livelli di profondità: muscolare e sottocutaneo. Trova applicazione nella patologia degenerativa (artrosi) e nel conflitto radicolare (protrusioni ed ernie discali).

# STORIA DELLA MEDICINA dall'antichità ad oggi

La storia di Sammy Basso: il bambino nato vecchio! Morto a 28 anni ma è come se, in realtà, ne avesse avuto 90!

di Giuliano Valeri

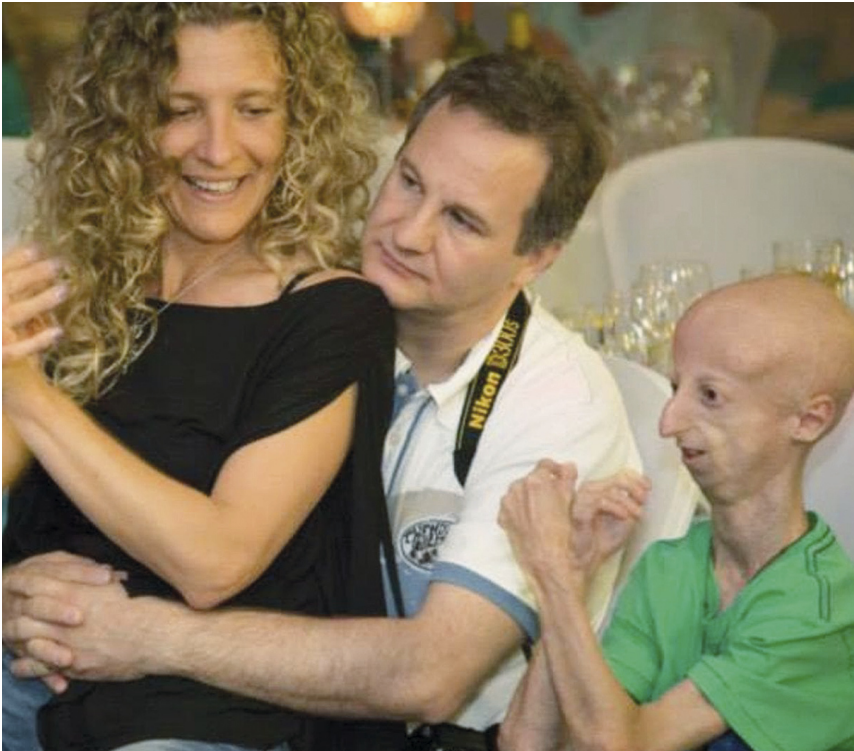


**L**a storia di Sammy Basso: il bambino nato vecchio! Morto a 28 anni ma è come se, in realtà, ne avesse avuto 90! Malgrado Sammy Basso sia morto a soli 28 anni, è stato comunque il più longevo dei suoi omologhi (circa 350 in tutto il mondo di cui 5 in Italia) per i quali la vita non supera, in genere, i 13-14 anni di età. Peraltro, non essendo diagnosticabile nel corso del periodo di gravidanza, la PROGERIA viene scoperta solo dopo i primi 2 o 3 anni di vita del bambino, come infatti è successo per Sammy. Lui, Sammy, nato il 1° dicembre 1995 a Schio, era praticamente come un anziano inserito diabolicamente ed inspiegabilmente, nel corpo di un bambino o, viceversa, come se fosse



stato un bambino entrato nel corpo di un anziano (infatti i suoi 28 anni di vita corrispondono praticamente ai 90 anni di una persona normale). Questa anomalia, per la quale la scienza non ha trovato a tutt'oggi alcuna spiegazione, né ovviamente esiste una cura specifica né un vaccino specifico, mina irrimediabilmente il si-

stema cardiovascolare, la pelle, la consistenza delle ossa ma contemporaneamente e fortunatamente, lascia intatto il cervello e le capacità cognitive della persona colpita, ovvero una persona su milioni di nati. Questo, infatti, lo dimostra il suo percorso culturale che comprende ben 2 lauree: una in Scienze naturali e la seconda,



Magistrale, in Biologia Molecolare addirittura in lingua Inglese. La Progeria è nota anche come la Sindrome di Hutchinson Gilford, ovvero come la malattia di Benjamin Bulton.

Conscio della irreversibilità del suo destino "sfigato", Sammy ne ha preso atto dimostrando a tutti il suo pragmatismo ad una non comune forza di volontà: *"non sono un esempio, ma se i ragazzi possono imparare qualcosa da me è che si può sbagliare ma che si può dare il giusto valore al fallimento che si può non essere perfetti fisicamente, ma questo non può essere un impedimento per fare qualcosa di utile per l'umanità...!"*

Sammy concluse con questa breve frase lapidaria il suo intervento veneziano. *"La Progeria rappresenta solo una parte di quello che sono"*.

Coerente con le sue affermazioni pubbliche, Sammy ha fondato l'Associazione Italiana

Progeria Sammy Basso entrando contemporaneamente nel primo Gruppo di studio dei Clinicaltrial con Lonafarnib della (ORF), Progeria Research Foundation.

Però, malgrado l'incessante attività divulgativa svolta in Italia da Sammy, la sua notorietà, la conoscenza del suo caso ha avuto una svolta decisiva dopo la messa in onda del Docu-Film National Geographic dal titolo, *"Il Viaggio di Sammy"* basato sul viaggio lungo la Route 66, negli Stati Uniti da Chicago a Los Angeles, poi descritto dettagliatamente dal libro omonimo.

Sammy è stato per tutti una grande lezione di vita, ma soprattutto per chi decide oggi le sorti e il futuro dell'umanità.

Oggi Sammy, se non fosse morto il 5 ottobre 2024, sarebbe un testimonial eccezionale unico se potesse andare in mondo visione e potesse ribadire il suo pensiero.

*"Se i potenti della terra capissero cosa significa lottare per la vita, credo che non avrebbero il coraggio di fare le guerre...!"*

LA PROGERIA NON SI TRASMETTE DAI GENITORI AL FIGLIO PER LA SEMPLICE RAGIONE CHE LA PERSONA COLPITA NON VIVE ABBASTANZA PER POTER AVERE CON IL PARTNER, PERALTRO DIFFICILE DA TROVARE E/O PER IMPOTENZA

ATTUALMENTE CI SONO CIRCA 350 CASI DI PROGERIA NEL MONDO DI CUI SOLO 4 IN ITALIA + SAMMY

A TUTT'OGGI NON ESISTONO CURE SPECIFICHE PER LA PROGERIA E, PURTROPPO (A PARTE SAMMY), TUTTI MUOIONO PRIMA DI AVERE COMPIUTO 20 ANNI

L'ETÀ MEDIA DI SOPRAVVIVENZA DELLA PERSONA COLPITA DA PROGERIA SI AGGIRA SUI 14-15 ANNI DI MEDIA

NELL'OTTOBRE DEL 2005 È STATA FONDATA DA SAMMY BASSO L'ASSOCIAZIONE ITALIANA PROGERIA ALLO SCOPO DI FAR CONOSCERE LA SUA MALATTIA E PROMUOVERE LA RICERCA IN TAL SENSO

# DOGS & CATS in the family

di Patrizia Pioppo



Il cane, “il migliore amico dell’uomo”, è l’animale domestico di molte famiglie nel mondo.

In Italia, su una popolazione di circa 59 milioni di abitanti, dati Istat, si stima che 15 milioni di cani vivono nelle famiglie. In termini percentuali, secondo dati Eurispes 2024, circa 4 italiani su 10 ospitano un cagnolino.

Da migliaia di anni l’amicizia tra cani e umani è stata costante. Questo legame è stato immortalato fin dall’antichità.

I Faraoni egizi sono stati rappresentati in affreschi in compagnia di cani, insieme a giocattoli e perfino a mummie di cani a dimostrazione di quanto fossero importanti per loro.

## 15 MILIONI DI CANI IN ITALIA

Anche per i Greci, la figura del cane era molto apprezzata, addirittura, i cani venivano tenuti nei templi di guarigione per le loro capacità terapeutiche.

Nel Medioevo, molti nobili d’Europa avevano relazioni molto strette con i loro cani, che accompagnavano sia nella caccia sia come accessori per le nobili dame, che sfoggiavano eleganti cagnolini alla moda. L’Inghilterra dal periodo Vittoriano vide anche le famiglie meno agiate iniziare ad accettare la presenza di un cane, ritenuto un elemento utile per insegnare ai propri figli a essere più disciplinati e responsabili. Proprio in Gran Bretagna, a



Newcastle, a metà del XIX secolo, fu istituito un centro di allevamento di cani, un luogo in cui si svolsero le prime mostre canine ufficiali competitive. Il rapporto tra l'uomo e il cane va oltre il ruolo ludico ed affettivo. Molte razze di cani svolgono un ruolo di "aiutanti" immensamente importanti e insostituibili nella nostra società moderna.

### 4 ITALIANI SU 10 OSPITANO UN CAGNOLINO

Pensiamo ai servizi di assistenza per le persone disabili, alla Pet Therapy, ai cani da guardia e da sorveglianza che coadiuvano l'uomo nella difesa di beni pubblici e privati, e ai cani da rilevamento di resti umani sulle scene di cri-

mini, disastri ambientali ecc. Quindi una miriade di servizi viene eseguita "gratuitamente" dai nostri amici a quattro zampe.

Ricercatori britannici pubblicarono sul *British Medical Journal* i primi studi sulla capacità diagnostica dei cani.

I ricercatori addestrarono i cani a distinguere, annusandole, le urine di pazienti con cancro alla vescica da quelle di individui sani. Ogni volta che i cani individuavano correttamente le urine dei malati, venivano premiati fino al completamento dell'addestramento.

Il cane è universalmente riconosciuto non solo come un compagno di famiglia, ma anche come partner scientifico in diverse diagnosi sull'essere umano.



**FIRENZE**

AUDITORIUM DELLA FONDAZIONE CR FIRENZE - VIA FOLCO PORTINARI N.5

**18 DICEMBRE 2024**

# LE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

PREVENZIONE, RESPONSABILITÀ ED EQUO RISARCIMENTO

**ORE 9.30**

**Registrazione partecipanti**

**ORE 10.00**

**Apertura convegno**

**Federico GELLI**

Direttore Sanità Welfare e  
Coesione Sociale Regione Toscana

**ORE 10.20**

**Lettura Magistrale Presidente Comitato  
Scientifico Fondazione Italia in Salute**

**Walter RICCIARDI**

Professore Ordinario di Igiene e  
Direttore della Scuola di  
Specializzazione di Igiene e Salute  
pubblica - Università Cattolica del  
Sacro Cuore, Chair della Mission  
Board for Cancer - Commissione  
Europea

**ORE 10.40**

**Ica e obblighi di sicurezza: verso nuovi  
modelli di responsabilità e di indennizzo**

**Maurizio HAZAN**

Avvocato e Presidente Fondazione  
Italia in Salute

**ORE 11.10**

**La realtà clinica del rischio infettivo  
correlato all'assistenza**

**Pierluigi VIALE**

Professore Ordinario Malattie  
Infettive - Università di Bologna

**ORE 11.30**

**Prevenzione delle ICA e onere probatorio**

**Michele Tancredi LOIUDICE**

Responsabile UOS "Rischio clinico e  
sicurezza delle cure" presso Agenas

**ORE 11.50**

**Infezioni nosocomiali: responsabilità  
(non) oggettive, protocolli di  
prevenzione e danno risarcibile**

**Giacomo TRAVAGLINO**

Presidente della Terza Sezione  
Civile della Cassazione

FIRENZE

AUDITORIUM DELLA FONDAZIONE CR FIRENZE - VIA FOLCO PORTINARI N.5

18 DICEMBRE 2024

# LE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

PREVENZIONE, RESPONSABILITÀ ED EQUO RISARCIMENTO

**ORE 12.10**

**Il supporto delle piattaforme informatiche nel contrasto alle ICA e all'antibiotico resistenza**

**Massimo ANDREONI**

Direttore Scientifico della Società Italiana di Malattie Infettive Tropicali

**ORE 12.30 - TAVOLA ROTONDA**

**Le ICA: profili di responsabilità di gestione del rischio clinico**

**Coordinano:**

**Michela MAIELLI** Responsabile Settore Assistenza ospedaliera, qualità e reti cliniche Regione Toscana

**Maurizio HAZAN** Avvocato e Presidente Fondazione Italia in Salute

**Partecipano:**

**Fabrizio GEMMI** Coordinatore dell'Osservatorio per la Qualità ed Equità, Agenzia Regionale di Sanità Toscana

**Pasquale Giuseppe MACRI'** Direttore Dipartimento Medicina Legale e Tutela dei Diritti in Sanità, Direttore UOC Medicina Legale ASL sud est, Coordinatore Centro Regionale Rischio Clinico Regione Toscana

**Francesco VENNARI** Chirurgo, Direttore Rischio Clinico Asl Toscana Centro

**Daniela ZORZIT** Avvocato Studio Legale Associato THMR

**ORE 13.05**

**Chiusura dei lavori**

**Federico GELLI**

Direttore Sanità Welfare e Coesione Sociale Regione Toscana

**ORE 13.15**

**Light lunch - Auguri di Natale**

# START

#CANTIEREGRAFICO



#GRAFICA E STAMPA

ALLESTIMENTI PER CONVEGNI  
**CREARE** BRAND IDENTITY  
VISUAL STAND E FIERE **GRAFICA**  
WEB DESIGNER PUBBLICITÀ

VIA BRACCIO DA MONTONE, 36 | 00176 ROMA | TEL. 06.27800060  
info@startcantieregrafico.it