AURES
Strategie e politiche di comunicazione

Rassegna Stampa

AMCLI
associazione microbiologi clinici italiani

Rassegna Stampa realizzata da SIFA
Servizi **I**ntegrati **F**inalizzati alle **A**ziende
20129 Milano – Via Mameli, 11
Tel. 02/43990431 – Fax 02/45409587
help@sifasrl.com

Rassegna dal 21/12/2018 al 16/01/2019

AMCLI

La Nuova Venezia	1, 14	Scarparo batte chimaera	Valentina Calzavara	1
Il Mattino Di Padova	1, 14	Atterio killer, dal veneto , protocollo per batterlo	Valentina Calzavara	3
Tribuna Di Treviso	1, 2	Offensiva contro il batterio killer	Valentina Calzavara	5
Corriere Delle Alpi	1, 12	Batterio killer, dal veneto il protocollo per batterlo	Valentina Calzavara	8
Video.gelocal.it	Web	Nel laboratorio dell'ospedale di Treviso dove si combatte il batterio killer		10
Notizieinunclick.it	Web	Mycobacterium chimaera, dal Veneto una duplice risposta all'infezione	Notizie In Un Click	12
Pharmastar		Iter diagnostico per le infezioni sostenute da ntm: il primo passo è l'indagine microbiologica		15
Donnainsalute.it	Web	Come preservare la fertilità in caso di tumori o infezioni	Paola Trombetta	16
Panorama	34, 3	Entrare in ospedale (per ammalarsi)		19

SCARPARO BATTE CHIMAERA

Protocollo contro il batterio killer dal primario dell'Usl 3 Serenissima

CALZAVARA / A PAG. 14

SANITÀ E RICERCA

Batterio killer, ecco come combatterlo

Presentato a Treviso il documento per sconfiggere il Chimaera. È firmato dal dottor Scarparo (Usl 3 Serenissima)

Valentina Calzavara

TREVISO. «Siamo di fronte a un evento nuovo. Per sconfiggere il micobatterio Chimaera è necessario unire le nostre forze e condividere le conoscenze». Non ha dubbi il dottor Claudio Scarparo, primario dell'Usl 3 Serenissima, l'esperto che a livello mondiale ha identificato per primo nel 2004 il pericoloso patogeno, risultato poi letale per 9 pazienti operati al cuore ricorrendo al macchinario per la circolazione extracorporea del sangue (ecmo). La casistica nota riguarda solo Veneto ed Emilia Romagna, ma il problema Chimaera potrebbe essere molto più ampio, visto che i dispositivi finiti sotto accusa sono 218 in Italia. «Per trovare il micobatterio occorre cercarlo attentamente», aggiunge Scarparo.

Il Veneto è la regione che in tale ambito ha fatto i maggiori passi avanti al riguardo. Ora la sfida è di evitare che il nostro Paese viaggi a velocità diverse, in termini di diagnosi e cura del Chimaera: proprio per questo, l'Associazione dei Microbiologi Clinici Italiani (Amcli) ha realizzato un documento con tutte le conoscenze acquisite fino ad oggi sul minaccioso germe.

Il testo è stato presentato ieri mattina in anteprima nazionale all'ospedale Ca' Foncello di Treviso, dove opera Roberto Rigoli, primario dell'Usl di Marca nonché vicepresidente dell'Amcli, che ha riunito Scarparo e altri otto esperti per stilare il vademecum che verrà utilizzato dai medici e dai microbiologi di tutti gli ospedali italiani.

IL DOCUMENTO

«Il nostro gruppo di lavoro, composto da clinici e universitari, ha ideato delle linee guida per mettere in comune le informazioni e dare una traccia utile a tutti i colleghi in Italia», spiega Scarparo. Il documento sarà inviato alle 50 microbiologie d'Italia e ai laboratori che vi afferiscono. Un corredo di indicazioni preziose per mettere in sicurezza le sale operatorie con gli apparecchi per l'ecmo, ma anche una serie di ragguagli sui sintomi e sui pazienti a rischio. Notizie che sono il frutto di 15 anni di lavoro. Tutto ha avuto inizio nel 2004, quando il dottor Scarparo ha isolato per la prima volta il Chimaera.

LA SCOPERTA

«All'epoca avevamo 12 casi di pazienti anziani con patologie respiratorie, e ci siamo concentrati su alcuni ceppi di batteri non tubercolari riscontrati nel loro organismo. Le analisi molecolari ci misero di fronte a dei dati discrepanti: quei batteri avevano caratteristiche del complesso avium e intracellulare, ma non erano perfettamente sovrapponibili né all'uno né all'altro», ricorda Scarparo. Indagandone il Dna gli esperti si sono trovati davanti a un fatto inedito: la scoperta di un nuovo micobatterio. «Abbiamo scelto di chiamarlo Chimaera come l'animale mitologico con testa di leone, ventre di capra e coda di drago, per via dell'aspetto multiforme», prosegue Scarparo. In quel periodo non era ancora esploso il caso dei macchinari per l'ecmo contaminati da Chimaera e il micobatterio non aveva manifestato caratteristiche letali ma solo la sua propensione ad albergare in alcuni pazienti con malattie polmonari. La mappatura del germe ha fornito ulteriori risposte.

«Il Chimaera è ubiquitario, cioè si trova nell'ambiente, è subdolo perché crea un biofilm (cioè una sorta di pellicola che può fare da scudo alla sanificazione ndr) ed è opportunista, cioè genera patologia quando ha l'opportunità di farlo», prosegue il luminare. La

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile. Il logo della testata e il contenuto dell'articolo appartengono ai legittimi proprietari.

chance, purtroppo, è arrivata attraverso i macchinari per l'ecmo. «Il Chimaera ha contaminato le vasche d'acqua degli apparecchi e quando si è creato aerosol all'interno della sala operatoria, paziente e ferri chirurgi sono stati esposti alla contaminazione. È così che il Chimaera finisce nell'organismo del paziente a cuore aperto e ha l'opportunità di sviluppare una grave infezione». Il meccanismo, scoperto nel 2016, continua a essere oggetto di studio. Ma la vera incognita da superare riguarda la cura dell'infezione da Chimaera, che spesso si rivela fatale. «Dobbiamo capire quale sia l'approccio terapeutico ottimale», conclude Scarparo, «stiamo studiando il mix di antibiotici che può vincere la resistenza. Non abbiamo ancora il quadro completo». —

Da sinistra i medici Claudio Scarparo e Roberto Rigoli

la Nuova

SCARPARO BATTE CHIMAERA

Autonomia rinviata a febbraio

BASKET

Festa Reyer al Taliercio con 1500 ragazzi delle squadre giovanili

Il Patriarca su Venezia «Mose e navi, decidete»

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile. Il logo della testata e il contenuto dell'articolo appartengono ai legittimi proprietari.

del 22 Dicembre 2018

il mattino di Padova

estratto da pag. 1, 14

ATTERIO KILLER, DAL VENETO
. PROTOCOLLO PER BATTERLO

LZAVARA / A PAG. 14

SANITÀ E RICERCA

Batterio killer, ecco come combatterlo

Presentato a Treviso il documento per sconfiggere il Chimaera. È firmato dal dottor Scarparo (Usl 3 Serenissima)

Da sinistra i medici Claudio Scarparo e Roberto Rigoli

Valentina Calzavara

TREVISO. «Siamo di fronte a un evento nuovo. Per sconfiggere il micobatterio Chimaera è necessario unire le nostre forze e condividere le conoscenze». Non ha dubbi il dottor Claudio Scarparo, primario dell'Usl 3 Serenissima, l'esperto che a livello mondiale ha identificato per primo nel 2004 il pericoloso patogeno, risultato poi letale per 9 pazienti operati al cuore ricorrendo al macchinario per la circolazione extracorporea del sangue (ecmo). La casistica nota riguarda solo Veneto ed Emilia Romagna, ma il problema Chimaera potrebbe essere molto più ampio, visto che i dispositivi finiti sotto accusa sono 218 in Italia. «Per trovare il micobatterio occorre cercarlo attentamente», aggiunge Scarparo.

Il Veneto è la regione che in tale ambito ha fatto i maggiori passi avanti al riguardo. Ora la sfida è di evitare che il nostro Paese viaggi a velocità diverse, in termini di diagnosi e cura del Chimaera: proprio per questo, l'Associazione dei Microbiologi Clinici Italiani (Amcli) ha realizzato un documento con tutte le conoscenze acquisite fino ad oggi sul minaccioso germe.

Il testo è stato presentato ieri mattina in anteprima nazionale all'ospedale Ca' Foncello di Treviso, dove opera Roberto Rigoli, primario dell'Usl di Marca nonché vicepresidente dell'Amcli, che ha riunito Scarparo e altri otto esperti per stilare il vademecum che verrà utilizzato dai medici e dai microbiologi di tutti gli ospedali italiani.

IL DOCUMENTO

«Il nostro gruppo di lavoro, composto da clinici e universitari, ha ideato delle linee guida per mettere in comune le informazioni e dare una traccia utile a tutti i colleghi in Italia», spiega Scarparo. Il documento sarà inviato alle 50 microbiologie d'Italia e ai laboratori che vi afferiscono. Un corredo di indicazioni preziose per mettere in sicurezza le sale operatorie con gli apparecchi per l'ecmo, ma anche una serie di ragguagli sui sintomi e sui pazienti a rischio. Notizie che sono il frutto di 15 anni di lavoro. Tutto ha avuto inizio nel 2004, quando il dottor Scarparo ha isolato per la prima volta il Chimaera.

LA SCOPERTA

«All'epoca avevamo 12 casi di pazienti anziani con patologie respiratorie, e ci siamo concentrati su alcuni ceppi di batteri non tubercolari riscontrati nel loro organismo. Le analisi molecolari ci misero di fronte a dei dati discrepanti: quei batteri avevano caratteristiche del complesso avium e intracellulare, ma non erano perfettamente sovrapponibili né all'uno né all'altro», ricorda Scarparo. Indagandone il Dna gli

www.sifasrl.com - Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

esperti si sono trovati davanti a un fatto inedito: la scoperta di un nuovo micobatterio. «Abbiamo scelto di chiamarlo Chimaera come l'animale mitologico con testa di leone, ventre di capra e coda di drago, per via dell'aspetto multiforme», prosegue Scarparo. In quel periodo non era ancora esploso il caso dei macchinari per l'ecmo contaminati da Chimaera e il micobatterio non aveva manifestato caratteristiche letali ma solo la sua propensione ad albergare in alcuni pazienti con malattie polmonari. La mappatura del germe ha fornito ulteriori risposte.

«Il Chimaera è ubiquitario, cioè si trova nell'ambiente, è subdolo perché crea un biofilm (cioè una sorta di pellicola che può fare da scudo alla sanificazione ndr) ed è opportunista, cioè genera patologia quando ha l'opportunità di farlo», prosegue il luminare. La chance, purtroppo, è arrivata attraverso i macchinari per l'ecmo. «Il Chimaera ha contaminato le vasche d'acqua degli apparecchi e quando si è creato aerosol all'interno della sala operatoria, paziente e ferri chirurgi sono stati esposti alla contaminazione. È così che il Chimaera finisce nell'organismo del paziente a cuore aperto e ha l'opportunità di sviluppare una grave infezione». Il meccanismo, scoperto nel 2016, continua a essere oggetto di studio. Ma la vera incognita da superare riguarda la cura dell'infezione da Chimaera, che spesso si rivela fatale. «Dobbiamo capire quale sia l'approccio terapeutico ottimale», conclude Scarparo, «stiamo studiando il mix di antibiotici che può vincere la resistenza. Non abbiamo ancora il quadro completo». —

il mattino di Padova

Giordani: «Ruspe in via Anelli»

www.sifasrl.com - Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

SANITÀ E RICERCA

Offensiva contro il batterio killer

Al Ca' Foncello nasce il protocollo d'intervento diretto a tutti i biologi degli ospedali italiani per sconfiggere il pericoloso germe Chimaera

«Per sconfiggere il micobatterio Chimaera è necessario unire le nostre forze e condividere le conoscenze». Non ha dubbi il dottor Claudio Scarparo, l'esperto che a livello mondiale ha identificato per primo nel 2004 il pericoloso patogeno, risultato poi letale per 9 pazienti operati al cuore. L'Associazione dei Microbiologi Clinici Italiani (Amcli) ha presentato ieri in anteprima nazionale al Ca' Foncello un documento con tutte le conoscenze acquisite fino ad oggi sul germe.

CALZAVARA / PAGINE 2 E 3

Sanità e ricerca

Parte dal Ca' Foncello il "libretto d'istruzioni" contro il batterio killer

Presentato a Treviso il documento che aiuterà i medici a sconfiggere Chimaera È firmato dal dottor Scarparo che l'ha scoperto e battezzato: «Lo studio continua»

Il protocollo verrà usato da tutte le Microbiologie degli ospedali italiani

Valentina Calzavara

TREVISO. «Siamo di fronte a un evento nuovo. Per sconfiggere il micobatterio Chimaera è necessario unire le nostre forze e condividere le conoscenze». Non ha dubbi il dottor Claudio Scarparo, primario dell'Usl 3 Serenissima, l'esperto che a livello mondiale ha identificato per primo nel 2004 il pericoloso patogeno, risultato poi letale per 9 pazienti operati al cuore ricorrendo al macchinario per la circolazione extracorporea del sangue (ecmo). La casistica nota riguarda solo Veneto ed Emilia Romagna, ma il problema Chimaera potrebbe essere molto più ampio, visto che i dispositivi finiti sotto accusa sono 218 in Italia. «Per trovare il micobatterio occorre cercarlo attentamente», aggiunge Scarparo.

Il Veneto è la regione che in tale ambito ha fatto i maggiori passi avanti al riguardo. Ora la sfida è di evitare che il nostro Paese viaggi a velocità diverse, in termini di diagnosi e cura del Chimaera: proprio per questo, l'Associazione dei Microbiologi Clinici Italiani (Amcli) ha realizzato un documento con tutte le conoscenze acquisite fino ad oggi sul minaccioso germe.

Il testo è stato presentato ieri mattina in anteprima nazionale all'ospedale Ca'Foncello di Treviso, dove opera Rober-

www.sifasrl.com - Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

to Rigoli, primario dell'Usl di Marca nonché vicepresidente dell'Amcli, che ha riunito Scarparo e altri otto esperti per stilare il vademecum che verrà utilizzato dai medici e dai microbiologi di tutti gli ospedali italiani.

IL DOCUMENTO

«Il nostro gruppo di lavoro, composto da clinici e universitari, ha ideato delle linee guida per mettere in comune le informazioni e dare una traccia utile a tutti i colleghi in Italia», spiega Scarparo. Il documento sarà inviato alle 50 microbiologie d'Italia e ai laboratori che vi afferiscono. Un corredo di indicazioni preziose per mettere in sicurezza le sale operatorie con gli apparecchi per l'ecmo, ma anche una serie di ragguagli sui sintomi e sui pazienti a rischio. Notizie che sono il frutto di 15 anni di lavoro. Tutto ha avuto inizio nel 2004, quando il dottor Scarparo ha isolato per la prima volta il Chimaera.

LA SCOPERTA

«All'epoca avevamo 12 casi di pazienti anziani con patologie respiratorie, e ci siamo concentrati su alcuni ceppi di batteri non tubercolari riscontrati nel loro organismo. Le analisi molecolari ci misero di fronte a dei dati discrepanti: quei batteri avevano caratteristiche del complesso avium e intracellulare, ma non erano perfettamente sovrapponibili né all'uno né all'altro», ricorda Scarparo. Indagandone il Dna gli esperti si sono trovati davanti a un fatto inedito: la scoperta di un nuovo micobatterio. «Abbiamo scelto di chiamarlo Chimaera come l'animale mitologico con testa di leone, ventre di capra e coda di drago, per via dell'aspetto multiforme», prosegue Scarparo. In quel periodo non era ancora esploso il caso dei macchinari per l'ecmo contaminati da Chimaera e il micobatterio non aveva manifestato caratteristiche letali ma solo la sua propensione ad albergare in alcuni pazienti con malattie polmonari. La mappatura del germe ha fornito ulteriori risposte. «Il Chimaera è ubiquitario, cioè si trova nell'ambiente, è subdolo perché crea un biofilm (cioè una sorta di pellicola che può fare da scudo alla sanificazione ndr) ed è opportunista, cioè genera patologia quando ha l'opportunità di farlo», prosegue il luminare. La chance, purtroppo, è arrivata attraverso i macchinari per l'ecmo. «Il Chimaera ha contaminato le vasche d'acqua degli apparecchi e quando si è creato aerosol all'interno della sala operatoria, paziente e ferri chirurgi sono stati esposti alla contaminazione. È così che il Chimaera finisce nell'organismo del paziente a cuore aperto e ha l'opportunità di sviluppare una grave infezione». Il meccanismo, scoperto nel 2016, continua a essere oggetto di studio. Ma la vera incognita da superare riguarda la cura dell'infezione da Chimaera, che spesso si rivela fatale. «Dobbiamo capire quale sia l'approccio terapeutico ottimale», conclude Scarparo, «stiamo studiando il mix di antibiotici che può vincere la resistenza. Non abbiamo ancora il quadro completo». —

Da sinistra i medici Claudio Scarparo e Roberto Rigoli

I NUMERI

10 mila

Sono le lettere di richiamo che verranno inviate ai pazienti veneti operati a cuore aperto con ecmo tra il 1 gennaio 2010 al 31 dicembre 2017.

www.sifasrl.com - Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

6 decessi

Sono le morti di pazienti provocati dal micobatterio Chimaera in Veneto, che salgono a 9 considerando anche i 3 casi dell'Emilia Romagna. A questo si aggiungono altri 16 casi di invenzione da Chimaera accertati in Veneto, di cui 2 con intervento cardiochirurgico eseguito in altre regioni. 50% casi in cui l'infezione si rivela letale. Il micobatterio Chimaera è un germe presente soprattutto nell'acqua potabile. Generalmente innocuo, in un caso su 1000 si trasmette al paziente durante le operazioni a cuore aperto.

5 anni

È il tempo massimo di latenza del Chimaera stimato dagli esperti, dal momento del contagio ai primi sintomi: febbre, spossatezza e dolori articolari persistenti e non legati ad altre patologie, quali l'influenza stagionale.

la tribuna di Treviso

Offensiva contro il batterio killer

www.sifasrl.com - Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

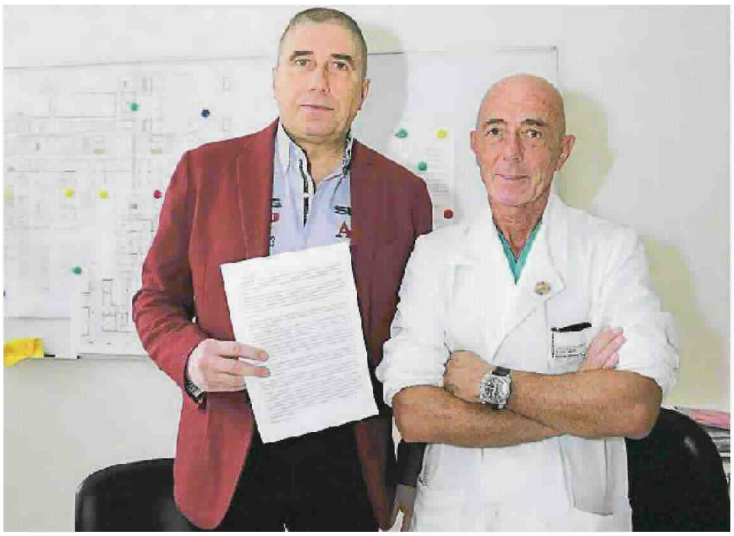
BATTERIO KILLER, DAL VENETO IL PROTOCOLLO PER BATTERLO

CALZAVARA / A PAG. 12

SANITÀ E RICERCA

Batterio killer, ecco come combatterlo

Presentato a Treviso il documento per sconfiggere il Chimaera. È firmato dal dottor Scarparo (Usl 3 Serenissima)



Da sinistra i medici Claudio Scarparo e Roberto Rigoli

Valentina Calzavara

TREVISO. «Siamo di fronte a un evento nuovo. Per sconfiggere il micobatterio Chimaera è necessario unire le nostre forze e condividere le conoscenze». Non ha dubbi il dottor Claudio Scarparo, primario dell'Usl 3 Serenissima, l'esperto che a livello mondiale ha identificato per primo nel 2004 il pericoloso patogeno, risultato poi letale per 9 pazienti operati al cuore ricorrendo al macchinario per la circolazione extracorporea del sangue (ecmo). La casistica nota riguarda solo Veneto ed Emilia Romagna, ma il problema Chimaera potrebbe essere molto più ampio, visto che i dispositivi finiti sotto accusa sono 218 in Italia. «Per trovare il micobatterio occorre cercarlo attentamente», aggiunge Scarparo.

Il Veneto è la regione che in tale ambito ha fatto i maggiori passi avanti al riguardo. Ora la sfida è di evitare che il nostro Paese viaggi a velocità diverse, in termini di diagnosi e cura del Chimaera: proprio per questo, l'Associazione dei Microbiologi Clinici Italiani (Amcli) ha realizzato un documento con tutte le conoscenze acquisite fino ad oggi sul minaccioso germe.

Il testo è stato presentato ieri mattina in anteprima nazionale all'ospedale Ca' Foncello di Treviso, dove opera Roberto Rigoli, primario dell'Usl di Marca nonché vicepresidente dell'Amcli, che ha riunito Scarparo e altri otto esperti per stilare il vademecum che verrà utilizzato dai medici e dai microbiologi di tutti gli ospedali italiani.

IL DOCUMENTO

«Il nostro gruppo di lavoro, composto da clinici e universitari, ha ideato delle linee guida per mettere in comune le informazioni e dare una traccia utile a tutti i colleghi in Italia», spiega Scarparo. Il documento sarà inviato alle 50 microbiologie d'Italia e ai laboratori che vi afferiscono. Un corredo di indicazioni preziose per mettere in sicurezza le sale operatorie con gli apparecchi per l'ecmo, ma anche una serie di ragguagli sui sintomi e sui pazienti a rischio. Notizie che sono il frutto di 15 anni di lavoro. Tutto ha avuto inizio nel 2004, quando il dottor Scarparo ha isolato per la prima volta il Chimaera.

LA SCOPERTA

«All'epoca avevamo 12 casi di pazienti anziani con patologie respiratorie, e ci siamo concentrati su alcuni ceppi di batteri non tubercolari riscontrati nel loro organismo. Le analisi molecolari ci misero di fronte a dei dati discrepanti: quei batteri avevano caratteristiche del complesso avium e intracellulare, ma non erano perfettamente sovrapponibili né all'uno né all'altro», ricorda Scarparo. Indagandone il Dna gli esperti si sono trovati davanti a un fatto inedito: la scoperta di un nuovo micobatterio. «Abbiamo scelto di chiamarlo Chimaera come l'animale mitologico con testa di leone, ventre di capra e coda di drago, per via dell'aspetto multiforme», prosegue Scarparo. In quel periodo non era ancora esploso il caso dei macchinari per l'ecmo contaminati da Chimaera e il micobatterio non aveva manifestato caratteristiche letali ma solo la sua propensione ad albergare in alcuni pazienti con malattie polmonari. La mappatura del germe ha fornito ulteriori risposte.

«Il Chimaera è ubiquitario,

www.sifasrl.com - Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

cioè si trova nell'ambiente, è subdolo perché crea un biofilm (cioè una sorta di pellicola che può fare da scudo alla sanificazione ndr) ed è opportunista, cioè genera patologia quando ha l'opportunità di farlo», prosegue il luminare. La chance, purtroppo, è arrivata attraverso i macchinari per l'ecmo. «Il Chimaera ha contaminato le vasche d'acqua degli apparecchi e quando si è creato aerosol all'interno della sala operatoria, paziente e ferri chirurgi sono stati esposti alla contaminazione. È così che il Chimaera finisce nell'organismo del paziente a cuore aperto e ha l'opportunità di sviluppare una grave infezione». Il meccanismo, scoperto nel 2016, continua a essere oggetto di studio. Ma la vera incognita da superare riguarda la cura dell'infezione da Chimaera, che spesso si rivela fatale. «Dobbiamo capire quale sia l'approccio terapeutico ottimale», conclude Scarparo, «stiamo studiando il mix di antibiotici che può vincere la resistenza. Non abbiamo ancora il quadro completo». —

Corriere Alpi

Maserot pieno, bloccati i rifiuti

www.sifasrl.com - Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Nel laboratorio dell'ospedale di Treviso dove si combatte il batterio killer

«Siamo di fronte a un evento nuovo. Per sconfiggere il micobatterio Chimaera è necessario unire le nostre forze e condividere le conoscenze». Non ha dubbi il dottor Claudio Scarparo, primario dell'Usl 3 Serenissima, l'esperto che a livello mondiale ha identificato per primo nel 2004 il pericoloso patogeno, risultato poi letale per 9 pazienti operati al cuore ricorrendo al macchinario per la circolazione extracorporea del sangue (ecmo). La casistica nota riguarda solo Veneto ed Emilia Romagna, ma il problema Chimaera potrebbe essere molto più ampio, visto che i dispositivi finiti sotto accusa sono 218 in Italia. «Per trovare il micobatterio occorre cercarlo attentamente», aggiunge Scarparo. I Veneto è la regione che in tale ambito ha fatto i maggiori passi avanti al riguardo. Ora la sfida è di evitare che il nostro Paese viaggi a velocità diverse, in termini di diagnosi e cura del Chimaera: proprio per questo, l'Associazione dei Microbiologi Clinici Italiani (Amcli) ha realizzato un documento con tutte le conoscenze acquisite fino ad oggi sul minaccioso germe.Il testo è stato presentato ieri mattina in anteprima nazionale all'ospedale Ca'Foncello di Treviso, dove opera Roberto Rigoli, primario dell'Usl di Marca nonché vicepresidente dell'Amcli, che ha riunito Scarparo e altri otto esperti per stilare il vademecum che verrà utilizzato dai medici e dai microbiologi di tutti gli ospedali italiani.

Ritaglio Stampa Ad uso Esclusivo del destinatario

QUOTIDIANI LOCALI
VERSIONE DIGITALE
la tribuna di Treviso 40 VIDEO
HOME CRONACA LOCALE POLITICA MONDO CRONACA ECONOMIA SPORT MOTORI SPETTACOLI TECNOLOGIA NATURA DIVERTIMENTO ORA PER ORA
SPECIALI A SPASSO PER... FORUM RIFIUTI VENETO 2018 I CANI DI ELLIOTT ERWITT A TREVISO I QUARANT'ANNI DELLA TRIBUNA DI TREVISO IMOCO VOLLEY 2018-2019 L'ITALIA DELLE SLOT PRIMA GUERRA MONDIALE TREVISO BASKET 2018-2019 VITTORIO VENETO 1918-2018

26 DICEMBRE 2018

Nel laboratorio dell'ospedale di Treviso dove si combatte il batterio killer

«Siamo di fronte a un evento nuovo. Per sconfiggere il micobatterio Chimaera è necessario unire le nostre forze e condividere le conoscenze». Non ha dubbi il dottor Claudio Scarparo, primario dell'Usl 3 Serenissima, l'esperto che a livello mondiale ha identificato per primo nel 2004 il pericoloso patogeno, risultato poi letale per 9 pazienti operati al cuore ricorrendo al macchinario per la circolazione extracorporea del sangue (ecmo). La casistica nota riguarda solo Veneto ed Emilia Romagna, ma il problema Chimaera potrebbe essere molto più ampio, visto che i dispositivi finiti sotto accusa sono 218 in Italia. «Per trovare il micobatterio occorre cercarlo attentamente», aggiunge Scarparo. I Veneto è la regione che in tale ambito ha fatto i maggiori passi avanti al riguardo. Ora la sfida è di evitare che il nostro Paese viaggi a velocità diverse, in termini di diagnosi e cura del Chimaera: proprio per questo, l'Associazione dei Microbiologi Clinici Italiani (Amcli) ha realizzato un documento con tutte le conoscenze acquisite fino ad oggi sul minaccioso germe.Il testo è stato presentato ieri mattina in anteprima nazionale all'ospedale Ca'Foncello di Treviso, dove opera Roberto Rigoli, primario dell'Usl di Marca nonché vicepresidente dell'Amcli, che ha riunito Scarparo e altri otto esperti per stilare il vademecum che verrà utilizzato dai medici e dai microbiologi di tutti gli ospedali italiani.

Cronaca locale › Nel laboratorio dell'ospedale di Treviso dove si combatte il batterio killer
ALTRI VIDEO DA CRONACA LOCALE
in caricamento...
Cerca un video
in caricamento...
in caricamento...
Redazione | Scriveteci | Pubblicità | Domande frequenti (FAQ) | Segnalazione problemi | Privacy
Finegil Editoriale S.p.A. - Via Cristoforo Colombo n.98 - 00147 Roma - P.I. 01578251009 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di GEDI Gruppo Editoriale S.p.A.

Mycobacterium chimaera, dal Veneto una duplice risposta all'infezione

Novità rasserenanti per i pazienti colpiti da infezione da Mycobacterium chimaera, il patogeno del gruppo dei micobatteri non tubercolari (NTM) che da qualche settimana è sulla bocca di tutti, medici e pazienti, soprattutto nel Nord-Est d'Italia. Come spiegato dall'Osservatorio Malattie Rare, ad essere stati contagiati da questo particolare micobatterio sono stati alcuni soggetti sottoposti a operazioni di cardiochirurgia durante le quali è stato impiegato un macchinario della ditta LivaNova per il riscaldamento/raffreddamento del sangue in circolazione extracorporea (ECMO): secondo le stime, sono 218 i macchinari finiti sotto accusa nel nostro Paese. Veneto ed Emilia-Romagna sono le due regioni principalmente toccate da questa problematica, che le varie USL stanno fronteggiando con estrema serietà.

Il primo passo effettuato è relativo alla promozione di una corretta informazione, un dettaglio non trascurabile di cui si è fatta carico l'AMCLI (Associazione Microbiologi Clinici Italiani), che, sfruttando la collaborazione tra i maggiori esperti del settore in campo clinico e universitario, ha stilato un documento ricco di preziose indicazioni destinate ai colleghi microbiologi di tutta Italia. Come spiega il dott. Claudio Scarparo, direttore dell'Unità Operativa Complessa di Microbiologia dell'Ospedale dell'Angelo di Mestre, nonché scopritore del batterio incriminato, le Linee Guida messe a punto dall'AMCLI saranno a disposizione delle 50 microbiologie d'Italia e dei laboratori che ad esse afferiscono.

Il M. chimaera è stato isolato dall'equipe del dott. Scarparo dopo un lungo periodo di studio e confronto dei risultati delle innumerevoli analisi molecolari condotte su ceppi batterici isolati da una dozzina di pazienti affetti da svariate problematiche respiratorie. Proprio la discrepanza dei dati ottenuti ha indotto Scarparo a pensare di non trovarsi in presenza né del M. avium né del M. intracellulare, bensì di un nuovo organismo con caratteristiche ibride che, in forza di ciò, è stato ribattezzato "chimaera". Come recentemente spiegato dal prof. Giovani Delogu, dell'Istituto di Microbiologia del Policlinico Universitario A. Gemelli di Roma, il M. chimaera è un opportunista, un micobatterio che è solitamente diffuso nel suolo e nelle acque e che ha trovato, in un particolare macchinario ospedaliero, una nicchia ecologica ideale per crescere e svilupparsi. Il chimaera, infatti, è riuscito a contaminare le vasche d'acqua degli strumenti e, attraverso un aerosol creatosi in sala chirurgica, si è rivelato capace di infettare i pazienti attraverso le vie respiratorie.

Per tale ragione, le Unità Sanitarie Locali del Veneto, come la USL 3 Serenissima, si sono attrezzate per risolvere il problema, puntando a far comprendere che cosa sia e come si trasmetta questo organismo. Ma non solo, perché nella USL 2 di Marca è stato adottato anche un macchinario che servirà a monitorare l'aria in sala operatoria, come ben spiegato dal dott. Roberto Rigoli, direttore dell'Unità Operativa di Microbiologia dell'Ospedale di Treviso presso il quale è stato installato lo speciale aspiratore. Dal momento che l'autostrada su cui si muove con agilità il M. chimaera è l'aerosol, l'aspiratore funzionerà risucchiando l'aria all'interno della sala operatoria, dove possono essere presenti gli eventuali micobatteri che saranno convogliati direttamente su di una piastra e, successivamente, analizzati in laboratorio. Infatti, nel momento in cui l'acqua delle vasche di riscaldamento/raffreddamento tende a evaporare, il chimaera è in grado di penetrare nell'organismo attraverso le vie aeree del paziente. Grazie a questo speciale aspiratore sarà possibile ridurre le probabilità di contagio, evitando l'insorgenza di una patologia subdola e potenzialmente letale, specie per le categorie di pazienti a maggior rischio, come quelli affetti da bronchiectasie o i soggetti immunocompromessi.

Ritaglio Stampa Ad uso Esclusivo del destinatario

Le tantissime telefonate che hanno rischiato di mandare in tilt i centralini dei reparti del Ca' Foncello di Treviso e quelli di tanti laboratori d'analisi del triveneto sono l'evidente segnale di preoccupazione da parte dei cittadini, una preoccupazione a cui i responsabili delle USL stanno rispondendo con l'attivazione di un servizio telefonico dedicato, grazie a cui la popolazione può essere adeguatamente informata e rassicurata. Nel frattempo, sono stati eseguiti centinaia di consulti e sottoposti agli esami di accertamento numerosi pazienti potenzialmente esposti al batterio.

Ritaglio Stampa Ad uso Esclusivo del destinatario

Mycobacterium chimaera, dal Veneto una duplice risposta all'infezione

Novità rasserenanti per i pazienti colpiti da infezione da Mycobacterium chimaera, il patogeno del gruppo dei micobatteri non tubercolari (NTM) che da qualche settimana è sulla bocca di tutti, medici e pazienti, soprattutto nel Nord-Est d'Italia. Come spiegato dall'Osservatorio Malattie Rare, ad essere stati contagiati da questo particolare micobatterio sono stati alcuni soggetti sottoposti a operazioni di cardiochirurgia durante le quali è stato impiegato un macchinario della ditta LivaNova per il riscaldamento/raffreddamento del sangue in circolazione extracorporea (ECMO): secondo le stime, sono 218 i macchinari finiti sotto accusa nel nostro Paese. Veneto ed Emilia-Romagna sono le due regioni principalmente toccate da questa problematica, che le varie USL stanno fronteggiando con estrema serietà.

Il primo passo effettuato è relativo alla promozione di una corretta informazione, un dettaglio non trascurabile di cui si è fatta carico l'AMCLI (Associazione Microbiologi Clinici Italiani), che, sfruttando la collaborazione tra i maggiori esperti del settore in campo clinico e universitario, ha stilato un documento ricco di preziose indicazioni destinate ai colleghi microbiologi di tutta Italia. Come spiega il dott. Claudio Scarparo, direttore dell'Unità Operativa Complessa di Microbiologia dell'Ospedale dell'Angelo di Mestre, nonché scopritore del batterio incriminato, le Linee Guida messe a punto dall'AMCLI saranno a disposizione delle 50 microbiologie d'Italia e dei laboratori che ad esse afferiscono.

Il M. chimaera è stato isolato dall'equipe del dott. Scarparo dopo un lungo periodo di studio e confronto dei risultati delle innumerevoli analisi molecolari condotte su ceppi batterici isolati da una dozzina di pazienti affetti da svariate problematiche respiratorie. Proprio la discrepanza dei dati ottenuti ha indotto Scarparo a pensare di non trovarsi in presenza né del M. avium né del M. intracellulare, bensì di un nuovo organismo con caratteristiche ibride che, in forza di ciò, è stato ribattezzato "chimaera". Come recentemente spiegato dal prof. Giovani Delogu, dell'Istituto di Microbiologia del Policlinico Universitario A. Gemelli di Roma, il M. chimaera è un opportunista, un micobatterio che è solitamente diffuso nel suolo e nelle acque e che ha trovato, in un particolare macchinario ospedaliero, una nicchia ecologica ideale per crescere e svilupparsi. Il chimaera, infatti, è riuscito a contaminare le vasche d'acqua degli strumenti e, attraverso un aerosol creatosi in sala chirurgica, si è rivelato capace di infettare i pazienti attraverso le vie respiratorie.

felicia organic

NOTIZIA CLICK NEWS

TV, A "DALLA PARTE DEGLI ANIMALI" CON MICHELA VITTORIA BRAMBILLA I NUOVI REPARTI CINOFILI

Da Un Bagno di Coccole è tempo di offerte!

NOTIZI

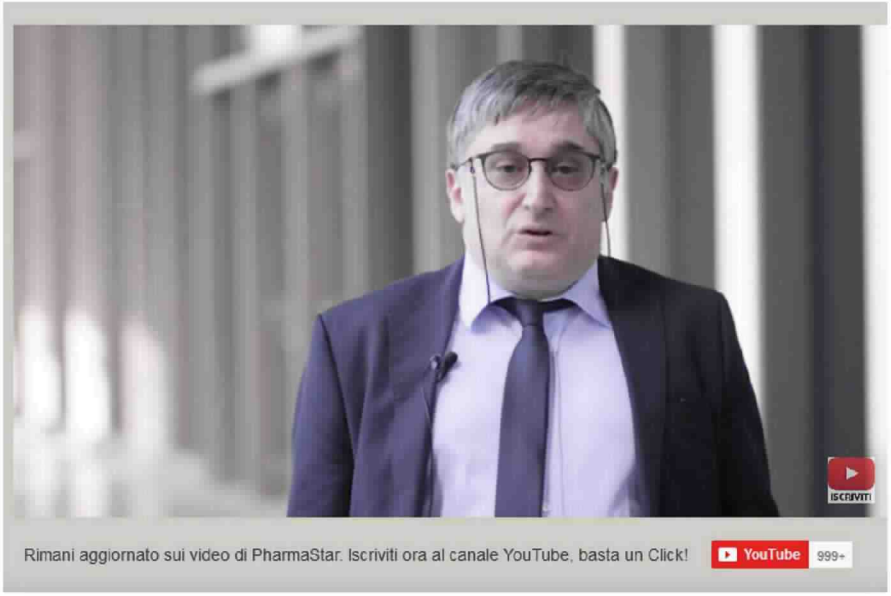
Il tuo logo qui a partire da

4,99 €

Iter diagnostico per le infezioni sostenute da NTM: il primo passo è l'indagine microbiologica

Dott. Enrico Tortoli

Dott. Enrico Tortoli,
Microbiologo Ospedale San Raffaele
Responsabile gruppo di lavoro AMCLI micobatteri - GlaMic



www.sifasrl.com - Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Come preservare la fertilità in caso di tumori o infezioni

Cinquemila, con meno di 40 anni: sono le donne colpite ogni anno, solo in Italia, da tumore. Se da un lato le aspettative di vita a 5 anni sono mediamente elevate, soprattutto se si tratta di neoplasie del seno o leucemie, dall'altro resta un aspetto critico da affrontare: quello della preservazione della fertilità e dunque del desiderio di maternità. Un diritto che, oggi, grazie a tecniche innovative e preventive di procreazione assistita, come la conservazione degli ovociti e del tessuto ovarico, non è negato alla donna neppure dopo la malattia. «La preservazione della fertilità – afferma **Antonio Pellicer, Professore Ordinario di Ostetricia e Ginecologia presso l'Università di Valencia e Presidente IVI** (Istituto Valenciano di Infertilità di Roma) – è parte fondamentale e integrante del percorso di cura di una donna affetta da tumore. Anche e soprattutto in funzione del contesto sociale che sta posticipando l'età media della donna alla prima gravidanza e dell'andamento dei tumori che stanno registrando casi di malattia anche piuttosto precoci, ancora in età fertile per entrambi i partner. Due eventi che invitano a formare medici sulle possibilità offerte dalla ricerca per la preservazione della fertilità nelle pazienti oncologiche o a rischio di infertilità iatrogena (indotta cioè da eventi esterni), e dall'altro a sensibilizza le giovani donne a non abbandonare il desiderio di una gravidanza anche dopo la malattia».
Una prospettiva, quella della maternità post-tumore, perseguita da molte donne come confermano i dati raccolti durante un censimento nell'ultimo decennio dal Registro Nazionale di PMA (Procreazione Medicalmente Assistita) curato dall'Istituto Superiore di Sanità. Infatti, in Italia sono oltre 3.500 le donne con diagnosi di tumore che hanno scelto di preservare la fertilità: di queste più di 2.100 sono ricorse alla crioconservazione degli ovociti (per un totale di 17.181 ovociti) e le restanti alla crioconservazione di tessuto ovarico**.**

«Nel nostro centro – spiega Pellicer – si utilizza in particolare la vitrificazione degli ovociti. Una tecnica che permette di congelare gli ovuli, preferibilmente di donne con meno di 37 anni, e di fermane "l'età genetica" nonostante il passare del tempo, potendoli poi impiantare ancora "giovani" nel momento in cui la donna deciderà di diventare madre». Studi recenti hanno dimostrato che l'uso di ovociti vitrificati, rispetto a quelli in fresco, non modifica le percentuali di successo della riproduzione assistita: in entrambi i casi i tassi di fecondazione riuscita, la qualità dell'embrione, di impianto e dell'andamento della gravidanza sono, infatti, equiparabili. «La crioconservazione del tessuto ovarico – continua l'esperto – consente invece di ripristinare la funzione ovarica e dunque di poter avere parti spontanei, riportando i livelli ormonali a valori adeguati ed evitando così anche gli effetti secondari tipici della menopausa precoce». Questa è una tecnica più "selettiva" rispetto alla precedente: ancora sperimentale, ma comunque sicura, non può essere infatti attuata in caso di leucemie, poiché esiste un rischio elevato di trasferire cellule maligne a partire dalla corteccia ovarica preventivamente criopreservata, mentre è indicata preferibilmente in donne con possibile compromissione della funzionalità ovarica o a rischio, a causa di un trattamento (in atto o futuro) con chemio o radio, perché interessate da malattie autoimmuni tali da richiedere anch'esse chemioterapia, in attesa di trapianto del midollo osseo o, ancora, con elevate probabilità di subire più interventi all'ovaio come nel caso di endometriosi.

Il Registro è stato uno strumento fondamentale nell'assistenza e aiuto alla donna con tumore poiché ha permesso di migliorare la conoscenza sulle diverse tecniche di preservazione della fertilità, ma anche di comprendere l'importanza di strutturare delle "reti" fra professionisti – oncologi, medici della riproduzione, ematologi, radiologi, pediatri, psicologi, infermieri, ostetriche, medici di medicina generale –associazioni di pazienti prima fra tutte l'Associazione Italiana Malati di Cancro (AIMaC) per garantire alle giovani pazienti oncologiche qualità di vita (e aspettative di maternità) una volta superata la malattia.
«Affrontare il tema della preservazione della fertilità immediatamente dopo la diagnosi di tumore e prima di iniziare le terapie – dichiara **l'avvocato Elisabetta Iannelli, Vice Presidente AIMaC** – è un diritto utile a

Ritaglio Stampa Ad uso Esclusivo del destinatario

garantire la genitorialità anche a donne e uomini malati di tumore». «In quest'ottica è compito dell'oncologo – aggiunge **Giacomo Corrado, oncologo-ginecologo della Fondazione Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" di Roma** – prendersi cura della fertilità delle giovani coppie in qualunque fase del progetto di genitorialità, anche in funzione delle evidenze scientifiche: è documentato che gran parte dei farmaci utilizzati nel trattamento di donne al secondo e terzo trimestre di gravidanza, non provocano danni al feto né ritardano lo sviluppo del bambino».

Il tumore non è però il solo evento causa di infertilità; vi possono incidere ad esempio anche il ritardo diagnostico di infezioni intime maschili e femminili, la cui individuazione precoce attraverso strumenti e mezzi preventivi, potrebbe ridurre sensibilmente il numero di insuccessi di Pma. «Tra le soluzioni percorribili a questo scopo – precisa **Pierangelo Clerici, presidente Amcli (Associazione Microbiologi Clinici Italiani) e direttore dell'UO Microbiologia Azienda Socio Sanitaria Territoriale Ovest Milanese** – c'è l'applicazione di nuove linee guida condivise in tutti i 366 centri che in Italia si occupano di medicina della riproduzione. Questo comportamento clinico consentirebbe a un maggior numero di coppie di concepire in modo naturale, di ridurre le complicanze infettive dell'apparato genitale sia nella coppia sia in donne in attesa e nei nascituri, come anche diminuire gli aborti spontanei». Infatti il fallimento delle Pma, oltre all'età avanzata della coppia (soprattutto femminile) o a particolari alterazioni genetiche cromosomiche e del Dna spermatico e ovocitario, sono imputabili in molti casi a infezioni sessualmente trasmesse, prevalentemente Hiv, Hpv, Chlamydia trachomatis, Gonococco, Mycoplasmi che compromettono la qualità del liquido seminale e l'ambiente vaginale ed endouterino, riducendo le probabilità di concepimento naturale e assistito. Le linee guida, concordano gli esperti, sono dunque una necessità prioritaria: «Oggi le donne che si presentano a un centro di Pma vengono sottoposte a uno screening per la ricerca di virus e batteri del basso e alto tratto genitale, senza che sia seguito un protocollo sistematico, con una ricaduta sull'aumento dei costi o sull'esecuzione di test che rilevano la presenza di microrganismi, poi trattati con antibiotici anche senza necessità, favorendo così lo sviluppo di antibiotico-resistenze. L'obiettivo deve essere invece disporre di un percorso di diagnosi standardizzato, che permetta di valutare la condizione effettiva e reale dell'ambiente vaginale e intraprendere il corretto avvio alla Pma». Fino alla possibilità, una volta individuata la causa infettiva e il trattamento adeguato, anche di rinunciare alla tecnica assistita in favore di una gravidanza naturale e a termine.

di Francesca Morelli

Ritaglio Stampa Ad uso Esclusivo del destinatario

Come preservare la fertilità in caso di tumori o infezioni

Francesca Morelli Medicina 15 gennaio 2019 8:00

Cinquemila, con meno di 40 anni: sono le donne colpite ogni anno, solo in Italia, da tumore. Se da un lato le aspettative di vita a 5 anni sono mediamente elevate, soprattutto se si tratta di neoplasie del seno o leucemie, dall'altro resta un aspetto critico da affrontare: quello della preservazione della fertilità e dunque del desiderio di maternità. Un diritto che, oggi, grazie a tecniche innovative e preventive di procreazione assistita, come la conservazione degli ovociti e del tessuto ovarico, non è negato alla donna neppure dopo la malattia. «La preservazione della fertilità – afferma **Antonio Pellicer, Professore Ordinario di Ostetricia e Ginecologia presso l'Università di Valencia e Presidente IVI** (Istituto Valenciano di Infertilità di Roma) – è parte fondamentale e integrante del percorso di cura di una donna affetta da tumore. Anche e soprattutto in funzione del contesto sociale che sta posticipando l'età media della donna alla prima gravidanza e dell'andamento dei tumori che stanno registrando casi di malattia anche piuttosto precoci, ancora in età fertile per entrambi i partner. Due eventi che invitano a formare medici sulle possibilità offerte dalla ricerca per la preservazione della fertilità nelle pazienti oncologiche o a rischio di infertilità iatrogena (indotta cioè da eventi esterni), e dall'altro a sensibilizza le giovani donne a non abbandonare il desiderio di una gravidanza anche dopo la malattia».
Una prospettiva, quella della maternità post-tumore, perseguita da molte donne come confermano i dati raccolti durante un censimento nell'ultimo decennio dal Registro Nazionale di PMA (Procreazione Medicalmente Assistita) curato dall'Istituto Superiore di Sanità. Infatti, in Italia sono oltre 3.500 le donne con diagnosi di tumore che hanno scelto di preservare la fertilità: di queste più di 2.100 sono ricorse alla crioconservazione degli ovociti (per un totale di 17.181 ovociti) e le restanti alla crioconservazione di tessuto ovarico.

«Nel nostro centro – spiega Pellicer – si utilizza in particolare la vitrificazione degli ovociti. Una tecnica che permette di congelare gli ovuli, preferibilmente di donne con meno di 37 anni, e di fermane "l'età genetica" nonostante il passare del tempo, potendoli poi impiantare ancora "giovani" nel momento in cui la donna deciderà di diventare madre». Studi recenti hanno dimostrato che l'uso di ovociti vitrificati, rispetto a quelli in fresco, non modifica le percentuali di successo della riproduzione assistita: in entrambi i casi i tassi di fecondazione riuscita, la qualità dell'embrione, di impianto e dell'andamento della gravidanza sono, infatti, equiparabili. «La crioconservazione del tessuto ovarico – continua l'esperto – consente invece di ripristinare la funzione ovarica e dunque di poter avere parti spontanei, riportando i livelli ormonali a valori adeguati ed evitando così anche gli effetti secondari tipici della menopausa precoce». Questa è una tecnica più "selettiva" rispetto alla precedente: ancora sperimentale, ma comunque sicura, non può essere infatti attuata in caso di leucemie, poiché esiste un rischio elevato di trasferire cellule maligne a partire dalla corteccia ovarica preventivamente criopreservata, mentre è indicata preferibilmente in donne con possibile compromissione della funzionalità ovarica o a rischio, a causa di un trattamento (in atto o futuro) con chemio o radio, perché interessate da malattie autoimmuni tali da richiedere anch'esse chemioterapia, in attesa di trapianto del midollo osseo o, ancora, con elevate probabilità di subire più interventi all'ovaio come nel caso di endometriosi.

Il Registro è stato uno strumento fondamentale nell'assistenza e aiuto alla donna con tumore poiché ha permesso di migliorare la conoscenza sulle diverse tecniche di preservazione della fertilità, ma anche di comprendere l'importanza di strutturare delle "reti" fra professionisti – oncologi, medici della riproduzione,

A CURA DI

FRANCESCA MORELLI

Responsabile rubrica "Pianeta Bambino": free-lance, collabora con testate web e cartacee di scienza, salute e...

NEWS

Come migliorare la qualità di vita delle persone con Sclerosi Multipla
8 gennaio 2019

Mal di denti durante le Feste? Chiama il numero verde...
28 dicembre 2018

Campagna per il tumore all'ovaio: #leparolechevorrei
20 dicembre 2018

Il "Cuore di cioccolato" dà il via alla Maratona Telethon
14 dicembre 2018

Bollini Rosa: riconoscimenti agli ospedali "dedicati" alla sclerosi multipla
13 dicembre 2018

iAMGENIUS: premiati due progetti che meglio rispondono ai bisogni dei pazienti oncologici
10 dicembre 2018

Archivio News

Ritaglio Stampa Ad uso Esclusivo del destinatario

Panorama
SETTIMANALE D'OPINIONE: MILANO

EFFETTI COLLATERALI

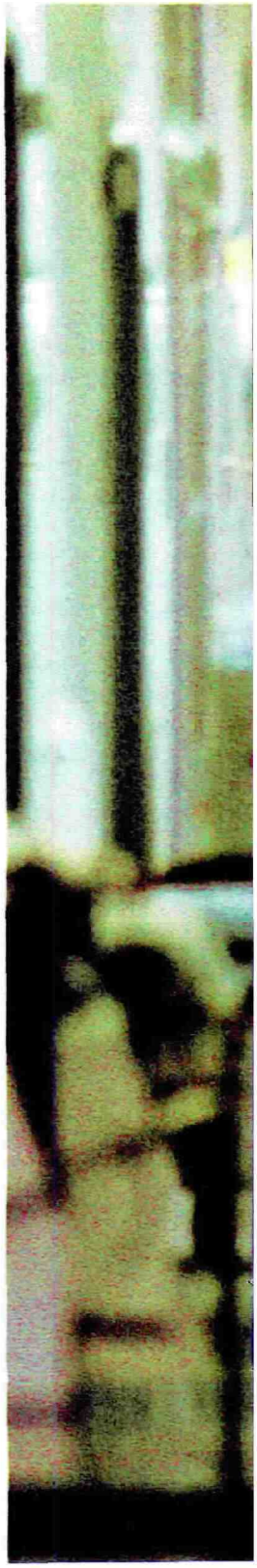
Entrare in ospedale (per ammalarsi)

Il caso dei neonati morti a Brescia, su cui si sta ancora indagando, mette in luce un problema grave e irrisolto: quello delle infezioni prese durante i ricoveri (700 mila l'anno). Segno che le norme di igiene e prevenzione lasciano ancora a desiderare.

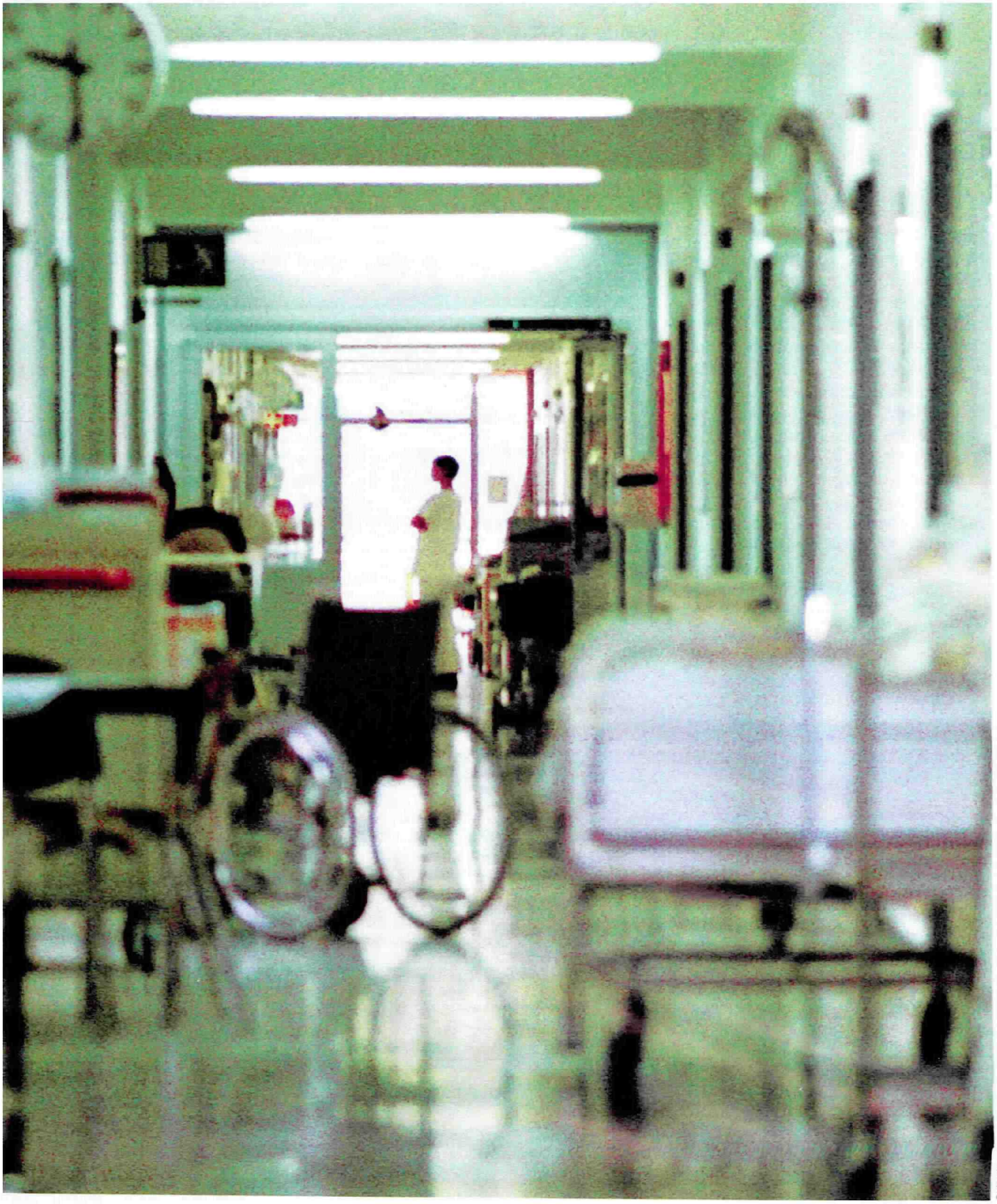
di Maria Pirro

«Non accuso nessuno di negligenza, ma voglio sapere cos'è accaduto» chiede Denise Malvicini, la mamma di Marco, il bambino nato prematuro il 4 dicembre a Brescia, morto il 5 gennaio per una grave infezione sistemica, di origine ancora indeterminata. La Procura vuole vederci chiaro, e così la Regione Lombardia, e il ministro della Salute invia gli ispettori agli Spedali civili e due indagini sono in corso, coordinate dall'Agenzia di Tutela della salute: al centro la gestione clinica di tre casi e il funzionamento della terapia intensiva neonatale. Un reparto chiuso in precedenza, a luglio scorso, dopo il decesso di un altro neonato prematuro colpito da un'infezione batterica diversa (non riconducibile a quest'ultima) e nove culle contagiate dal batterio *Serratia marcescens*.

A ottobre, invece, una bimba di meno di due mesi ha perso la vita al Policlinico Umberto I di Roma e la famiglia, si scopre ora, ha presentato denuncia per omicidio colposo. L'anno scorso



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile. Il logo della testata e il contenuto dell'articolo appartengono ai legittimi proprietari.



Getty Images

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile. Il logo della testata e il contenuto dell'articolo appartengono ai legittimi proprietari.

infine, per citare un caso che aveva fatto molto scalpore, una bambina di 4 anni era morta di malaria all'ospedale Santa Chiara di Trento a causa di una procedura sanitaria scorretta (una siringa infetta non sostituita o guanti monouso non cambiati). «Ogni vicenda è da approfondire per stabilire se c'è un rapporto causa-effetto, ma riporta all'attenzione l'importanza della prevenzione di un evento avverso» dice Patrizia Laurenti, docente di igiene dell'Università Cattolica: «Si può e si deve agire su comportamenti e organizzazione per ridurre i pericoli». Altrimenti, si rischia di entrare in ospedale per curarsi e uscirne con patologie talvolta più serie o peggio. Già oggi si registrano fino a 700 mila casi di infezione su 9 milioni di ricoveri, di cui 7 mila letali.

Tante, troppe storie finiscono in tribunale. L'avvocato Francesco Carraro e il patrocinatore stragiudiziale Massimo Quezel, autori del libro *Salute S.p.a* (Chiarelettere) ne segnalano quattro emblematiche. La prima: una donna di Padova, ricoverata per versamento pleurico e dimessa con un drenaggio, a distanza di due mesi torna nella stessa struttura sanitaria. Ha una sepsi, difficoltà respiratorie, febbre e diarrea: muore dopo 15 giorni di degenza. Un uomo, invece, operato per un tumore al colon, viene contagiato dall'*Acinetobacter*, guarisce, ma il suo calvario continua: i muscoli dell'addome sono compromessi, si sottopone a un intervento di ricostruzione ma il senso di costrizione al ventre non passa. L'altro caso, un anziano di Vicenza, è scatenato da una protesi impiantata al ginocchio, poi rimossa, tuttavia il quadro clinico peggiora al punto che l'uomo perde completamente la propria autosufficienza. E ancora, un paziente piemontese muore per lo choc settico dovuto alla ferita chirurgica.

8,03%

Pazienti con almeno un'infezione correlata all'assistenza in ospedale

23,5% infezioni respiratorie
18,3% batteri nel sangue
18% infezioni urinarie
14,4% infezioni chirurgiche

Fonte: Studio di prevalenza italiano sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antibiotici negli ospedali per acuti - Protocollo Ecdc. Università di Torino, report italiano Pps2 2016/2017

Gli spedali Civili di Brescia, dove nei giorni scorsi sono morti 4 prematuri nel reparto di terapia intensiva neonatale.

Getty Images / Fotogramma

Uno studio condotto dall'Università di Torino nel 2016-2017, utilizzando il protocollo condiviso con il Centro europeo malattie infettive (Ecdc) e coinvolgendo 135 ospedali di 19 regioni o province autonome in Italia, mostra che un degente su 15, l'8 per cento del totale, contrae almeno un'infezione correlata all'assistenza. L'incidenza è anche più elevata nelle strutture con oltre 500 posti letto, dove aumentano le giornate di degenza rispetto alla media nazionale, e nei poli a elevata specializzazione che accolgono i malati più fragili.

A incidere sono anche le carenze di personale in organico. «Il 50 per cento delle strutture che ha partecipato alla ricerca risulta privo di una dotazione sufficiente, pari cioè a tre infermieri e un medico addetti al controllo delle infezioni per mille posti letto, mentre la media europea è di quattro infermieri e 1,44 medici» riassume Laurenti, spiegando che «questo deficit e la conseguente mancanza di programmi di controllo delle infezioni si rivelano un importante fattore associato a un rischio aumentato».

In particolare, i microrganismi attac-

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile. Il logo della testata e il contenuto dell'articolo appartengono ai legittimi proprietari.

cano il 34 per cento dei pazienti con un catetere venoso centrale o urinario, intubati o in corsia da più di dieci giorni, e con una malattia terminale. «Nei reparti di riabilitazione, geriatria e lungodegenza il pericolo è tre volte superiore, ma anche nelle chirurgie i casi sono in crescita» chiarisce l'esperta. Le infezioni più frequenti? Sono quelle respiratorie (23,5 per cento), le batteriemie, ossia la presenza di batteri nel sangue (18,3), le urinarie (18) e post-operatorie (14,4). E le complicanze sono dovute ad agenti patogeni spesso multi-resistenti, come dimostra un altro dato: quasi la metà dei malati osservati, il 44,5 per cento, è sotto trattamento antibiotico.

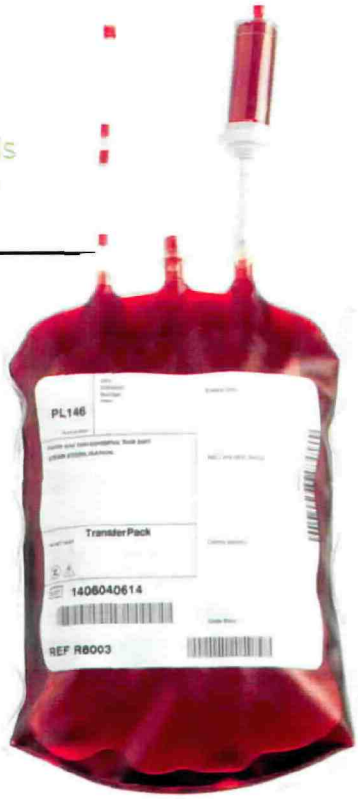
Andrea Gori, direttore del reparto di malattie infettive al Ca' Granda, ospedale maggiore Policlinico di Milano, descrive uno scenario allarmante: «I livelli di *Enterobacteriaceae* resistenti ai carbapenemi, di *Acinetobacter baumannii* e di *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente sono divenuti iper-endemici, ponendo l'Italia tra gli stati europei con la resistenza più forte in assoluto. Il piano ministeriale, che prevede sinergie tra le istituzioni a livello nazionale e locale, con una governance che definisce i ruoli e le responsabilità, è molto indietro e ancora da definire chiaramente. Manca un'organizzazione delle attività uniforme».

Maria Triassi, ordinario di igiene dell'Università di Napoli Federico II, spiega che l'andamento delle infezioni varia da regione a regione: «Un esempio. Per la chirurgia, i casi sono in aumento in Valle d'Aosta e in diminuzione in Basilicata. Quanto alla resistenza ai farmaci, causa 33 mila morti all'anno in Europa di cui 10 mila in Italia». La situazione appare peggiore nelle residenze sanitarie assistenziali, le strutture di lungodegenza e riabilitazione. «Qui il tasso di colonizzazione da microrganismi multiresistenti è generalmente più alto rispetto a quello di altri paesi europei» certifica Pierangelo Clerici, presidente dell'Associazione microbiologi clinici italiana (Amcli), che ha elaborato un documento con l'obiettivo di fornire linee di indirizzo per la sorveglianza. «Basterebbe effettuare un tampone al momento del ricovero per individuare i pericoli. Ma si fa solo in alcune strutture come Careggi a Firenze o il Sant'Orsola a Bologna». Eppure, il 30 per cento delle infezioni nell'intera penisola è prevedibile. Si può tentare di limitare i danni con accorgimenti nella sterilizzazione delle sale operatorie, nelle procedure di contatto e isolamento dei malati infetti e attraverso un monitoraggio sistematico. La prima regola (molto spesso disattesa) resta lavare di frequente le mani: anche in ospedale oggi è più facile poiché c'è la possibilità di utilizzare i gel idroalcolici per interrompere le «catene di trasmissione» ogni qualvolta si toccano superfici potenzialmente contaminate. Tra queste, gli schermi degli smartphone o di altri dispositivi, maniglie, pulsanti, tasti dell'ascensore. E non stringersi la mano, almeno in ospedale, è meglio. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SANGUE INFETTO, LO SCANDALO CONTINUA

Molte vittime (colpite da Aids o epatite B e C) sono ancora in attesa di risarcimento.



Sono 120 mila le persone che in Italia si sono ammalate dopo trasfusioni di sangue infetto effettuate tra gli anni Settanta e Novanta, e 7 mila hanno intrapreso azioni giudiziarie per ottenere *un adeguato risarcimento.* «La battaglia nei tribunali continua perché non tutte le vittime o i loro eredi hanno ottenuto l'indennizzo, nemmeno quello stabilito dalla legge 114 approvata nel 2014 che avrebbe dovuto chiudere la partita» dice l'avvocato Michele *Scolamiero, che spiega:* «Il provvedimento non ha trovato piena applicazione nei tre anni indicati come scadenza per i pagamenti, rinviando i mandati dal 2017 al 2018 e poi al 2019». Sulla vicenda e i tempi lumaca dell'amministrazione si è pronunciata, a gennaio 2016, *la Corte europea dei diritti* umani, accogliendo 371 istanze presentate da malati colpiti da Aids, epatite B e C che già avevano fatto ricorso contro il ministero della salute. In sette casi i giudici hanno stabilito una riparazione che varia tra 73 mila e 350 mila euro, poiché lo Stato italiano ha violato il diritto a un equo processo e al rispetto alla proprietà privata; in altri 364 casi lo Stato italiano ha violato il diritto alla vita dei ricorrenti a causa della durata dei procedimenti: per ognuno è stato fissato un risarcimento per danni morali che varia tra i 20 e i 30 mila euro. La spesa totale è di 10 milioni. «In più, ci sono cittadini che hanno scoperto la malattia epatica soltanto dopo il 2007, troppo tardi per accedere alla transazione, e hanno avviato altre cause» aggiunge Scolamiero. *(M.P.)*

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile. Il logo della testata e il contenuto dell'articolo appartengono ai legittimi proprietari.