



IL FOGLIETTO

Anno XIV, Numero 1 Notiziario trimestrale della Sezione di Bari dell'A.N.S.M.I. Gennaio - Marzo 2016

Il Consiglio di Sezione

Triennio 2015-2018

Presidente:

Ten.Me. Prof. Enrico Curci

Vice-Presidente:

Ten.Me. Dott. Domenico Palladino

Consiglieri:

Cap.Me. Dott. Ferdinando Amendola

Ten.Com. CRI Giovanni Berardi
(tesoriere-segretario)

Ten.CC. Chim. Prof. Tommaso Lagattola

Magg.Me. Prof. Paolo Restuccia

Dott. Giuseppe Ricci

Cap.Me. Dott. Giuseppe Rosati

Essere soci dell'A.N.S.M.I., oltre ad essere un titolo di onore, è un obbligo morale, un patto di amicizia tra nuovi e vecchi soldati avvicinandosi nel tempo, sia in pace che in guerra ed è anche il tangibile riconoscimento di attaccamento al corpo, ai compagni d'arme ed alla PATRIA.

Sito internet: www.ansmibari.org



I soci che gradiscono collaborare al Foglietto, possono inviare i loro articoli al presidente che ne curerà la pubblicazione.

DALLE ARMI DA LANCIO ALLE ARMI DA FUOCO

(continua dal numero precedente 4, anno XIII, 2015)

Nacque così il famoso 45-70 Springfield adottato nel 1873, arma maneggevole e semplice. Con pochi movimenti si introduceva la cartuccia da sparare, si ribatteva giù il blocco, si armava il percussore sul fianco dell'arma e questa era pronta per lo sparo. Col modello 1873 si usava una cartuccia a percussione centrale che portava un proiettile calibro 45 e 70 grains di polvere nera pari a circa quattro grammi e mezzo. In Inghilterra il passaggio dall'avancarica alla retrocarica avvenne nello stesso periodo. Nel 1865 fu scelto un sistema di conversione proposto dall'armaiolo Jacob Snider di New York. Anche qui la parte mobile della culatta era imperniata posteriormente, ma a differenza della apertura di Allin, anziché aprirsi sopra l'arma, si apriva lateralmente. L'arma presentava, a volte, dopo aver sparato diversi colpi in rapida successione, una certa difficoltà nell'estrazione del bossolo. Tutto sommato lo *Snider-Enfield* fu un buon fucile. Fra le tante soluzioni della retrocarica vi era anche quella proposta e brevettata nel 1862 da Henry O. Peabody. Anche qui la culatta mobile era imperniata posteriormente. Una partita di questi fucili fu acquistata dalla Svizzera. Qui un abilissimo Friedrich von Martini apportò alcune modifiche al sistema Peabody, sostituendo il per-

cussore esterno con uno interno, ottenendo maggiore sicurezza e minor dispendio di tempo. Fu questo nuovo fucile *Peabody-Martini* che gli Inglesi scelsero, non dopo aver sostituito la canna con una progettata da A. Henry per cui l'arma prese il nome di fucile *Martini-Henry* e nel 1871 fu adottata come arma individuale dall'esercito inglese. In America circolava anche un fucile a retrocarica a colpo singolo prodotto dalla Remington con con-



Il fucile Martini-Henry

gegno *rolling-block*. Il suo era un congegno semplice e più sicuro che un fucile avesse mai avuto, tanto che nell'Esposizione Imperiale di Parigi nel 1867, fu giudicato all'unanimità il miglior fucile a retrocarica. Ma anche il sistema a retrocarica a colpo singolo stava diventando arcaico, presto sostituito da quello a retrocarica a ripetizione ordinaria, grazie alla cartuccia metallica. La riduzione del calibro e un fucile a retrocarica a ripetizione ordinaria erano indispensabili per ottenere una concentrazione del fuoco in determinati settori dello schieramento avversario. La nuova tattica esigeva di diradare le truppe sul campo di battaglia e la

mimetizzazione dei mezzi e degli uomini. Quindi non più tessuti sgargianti per giubba e pantaloni, non più vistosi copricapo o ammennicoli vari. In Italia si introdusse il grigio-verde. Servivano armi che sparando non lasciassero nubi di fumo che permettevano la localizzazione di truppe. Il problema era molto sentito per l'artiglieria campale che, anche se opportunamente mimetizzata, era ben individuabile per la nube di fumo che si sollevava durante il suo intervento. Il problema del fumo era legato alle cariche di polvere nera che si usavano. Nel 1884 Eugene Vieille scoprì la *polvere infume*, una miscela di etere ed alcool che gelatinizzavano della nitroglicerina. Con la nuova *polvere infume* fu possibile progettare fucili di calibro minore di quelli fino ad allora adottati.

Ma guardiamo cosa avveniva in casa nostra. L'esercito del giovane stato unitario aveva in dotazione tre tipi di fucile, tutti di derivazione dallo svizzero Vetterli: Vetterli-Vitali mod. 1870/87, Vetterli-Bertoldo 1870/82, Vetterli-Ferracciù mod. 1870/90; tutti di grosso calibro con munizionamento a polvere nera, armi di buona qualità, che però, la scoperta della nuove *polveri infumi*, rese obsolete. Infatti l'Austria - Ungheria adottò lo Steyr-Mannlicher mod. 1888 di calibro 8 x 50 mm; i Tedeschi sempre nel 1888 utilizzarono munizioni 8 x 57 mm sul loro nuovo fucile Gewehr 88 che in seguito ridussero ancora di calibro portandolo a 6,5 mm. Il governo dette l'incarico a Salvatore Carcano della Fabbrica di armi di Torino e al gen. Parravicino di progettare un fucile a retrocarica a caricamento ordinario, che fosse idoneo a resistere alle nuove polveri e di calibro

inferiore a quello dei fucili finora in dotazione. Il 29 marzo del 1892 il regno d'Italia adottava ufficialmente il fucile modello 1891 come arma di fanteria in sostituzione dei Vetterli-Vitali. Si scelse il calibro 6,5 mm ed una canna complessivamente lunga 780 mm. Essa terminava posteriormente con un ingrossamento a otto facce e con una filettatura con la quale era avvitata a caldo al blocco di culatta. Si scelse il sistema Mauser per la chiusura e apertura dell'otturatore. Questo era formato da un corpo cilindrico con manubrio dritto ed estrattore, dal percussore con la sua molla, dal cane e dalla sicura Carcano a tubetto con nasello, che si inseriva ruotando di 90° in modo che il tubetto decomprimeva la molla del percussore, mentre il nasello veniva a porsi sulla linea di mira, avvisando il soldato che l'arma era in sicura. Il serbatoio *en bloc* faceva corpo con l'arma e comprendeva il ponte del grilletto, l'elevatore e la sua molla e il dente di arresto della piastrina; un pulsante posto davanti al grilletto ne permetteva lo sgancio. Le cartucce erano tenute assieme ed inserite nel serbatoio mediante un pacchetto caricatore della capacità di sei colpi. Dopo uno sparo, per ricaricare l'arma si agiva sul manubrio ruotandolo di 90° in modo che i tenoni della testa dell'otturatore disimpegnassero la scanalatura della culatta (1° tempo) e lo si arretrava (2° tempo), in questo modo l'estrattore trascinava con sé il bossolo spento che urtando sull'espulsore veniva proiettato fuori. La molla dell'elevatore del caricatore spingeva verso l'alto i proiettili rimasti nella piastrina, mentre questa rimaneva vincolata dall'apposito dente. Riportando

in avanti l'otturatore, (3° tempo) questo prelevava una nuova cartuccia e la incamerava, comprimeva la molla del percussore mentre il cane rimaneva in posizione arretrata poiché incontrava il dente di scatto del bilanciante. Infine con una rotazione inversa alla precedente (4° tempo), si mandava in chiusura l'otturatore e l'arma era pronta a sparare di nuovo. Contrariamente a tutte le battute umoristiche e a tutte le maldicenze su di esso dette, il fucile modello 1891 fu una ottima arma, robusta e molto precisa. Immeritato anche il termine *cate-naccio* con cui fu etichettata la nostra arma. Il termine si riferiva normalmente a tutti i fucili a retrocarica per designare il sistema di apertura e di chiusura dell'otturatore. Fu applicato in senso dispregiativo al nostro Mod. 91. Servì nella guerra di Abissinia e nella prima e seconda guerra mondiale. Dopo l'armistizio dell'8 settembre le truppe tedesche si impadronirono, come preda di guerra, di notevoli quantità di fucili 91 e con essi armarono le *volkssturm* (truppe popolari).

Nella guerra civile in Libia del 2011, fucili Carcano residuati del periodo coloniale sono stati usati dalle forze ribelli contrarie a Gheddafi a 120 anni dall'entrata in uso del primo modello. Inoltre il fucile Carcano mod. 91 è stato anche protagonista di un evento storico: l'assassinio di John Fitzgerald Kennedy a Dallas il 23 novembre del 1963 con un moschetto derivato dal nostro mod. 91/38 dotato di ottica civile giapponese 4 x 18.

Sento di dover chiedere scusa agli amici che mi hanno seguito in questa mia lunga chiacchierata sulle armi. Tuttavia il mio inte-

resse nell'evoluzione delle armi di lancio in genere, ivi comprese quelle da fuoco, penso che rappresenti una piccola parte di quella faccia non medico-professionale di quella medaglia che poteva rappresentare nel suo insieme la figura del medico militare. Parte piccola ma di notevole importanza. E' dalla conoscenza delle prestazioni delle armi in dotazione ad un contingente di truppa che possiamo determinare la potenza di fuoco di un reparto la cui conoscenza è una condizione indispensabile per l'impiego tattico del reparto stesso. Altro dato è la possibilità di mobilità rapida, totale o settoriale di un contingente che, tutto sommato, risulta dalla somma della mobilità che hanno i singoli uomini di quel contingente. Ciò è strettamente legato al tipo di arma in dotazione; maggiore libertà di movimento è già resa possibile con l'avvento del fucile a retrocarica, ancor più potenziata con l'uso di fucili a retrocarica a caricamento ordinario. I fattori potenza di fuoco, manovrabilità, sfruttamento del territorio divennero sufficienti a decidere delle sorti di una battaglia. La forza d'urto era un fattore essenziale per una vittoria campale nei tempi antichi: dopo aver scagliato frecce con archi corti o lunghi, dardi con balestre, o proiettili di pietra con i primi cannoni, era l'urto frontale dell'uomo contro l'uomo che determinava la vittoria finale. Era nella forza di urto l'invincibilità della falange macedone e della legione romana, prima che nello schieramento tattico scelto dai propri comandanti. Sarà la forza d'urto della cavalleria che permetterà a questa di sgomina-

re le fanterie avversarie e decidere della sorte di una battaglia. Sarà l'aumento della potenzialità del fuoco della fanteria a ridimensionare la cavalleria e sarà il fuoco integrato da armi di reparto e non di dotazione individuale, capaci di sparare fino a 2.000 colpi al minuto (le mitragliatrici) a far sparire la cavalleria come arma conclusiva della battaglia. Con le armi da fuoco a funzionamento automatico e con quelle a raffica si apre un nuovo discorso sull'armamento individuale. Come un altro discorso apre la comparsa dei tanks sul campo di battaglia. Anche questi nuovi mezzi condizioneranno e modificheranno decisamente la tattica del combattimento. Ma questa è un'altra storia. Resta per l'ufficiale medico il dovere di non ignorare la sua facciata militare e di curarla più o meno profondamente. E' tramite essa che il vecchio servizio sanitario fu sempre considerato un servizio operativo ed oggi ha avuto il giusto riconoscimento di corpo militare, ed è sempre tramite esso che l'ufficiale medico acquisisce il diritto dovere di appartenere alla ufficialità.

(Paolo Restuccia)

Rinnovate le cariche sociali per il triennio 2016 -2018 della Presidenza nazionale A.N.S.M.I.

Presidente Nazionale:

Gen. Med. Prof. Michele Anaclerio

Vice Presidenti Nazionali:

Gen.me EI Massimo Casqui

Amm/glio MM Cesare Musiari

Gen.me CSA Carlo Martino

Gen.me CC Michele Pandolfini

Consiglieri:

Gen.me EI Enzo Liguori

Gen.me EI Luigi Cannone

Gen.me EI Concetto Dominici

1° Mllo Lgt EI Umberto Pace

1° Mllo Lgt EI Vittorio Di Stasio

Consiglieri Naz. Supplenti:

1° Mllo EI Angelo Spanu

1° Mllo EI Agostino Migliazzo

Il Presidente Gen. Michele Anaclerio è nato a Nocera Inferiore (SA) il 3/11/1935 si è laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università *La Sapienza* con il massimo dei voti e lode. E' stato docente presso le università di Cassino, Cagliari, L'Aquila, Roma *Tor Vergata* e Roma *La Sapienza*. E' stato Capo dei Servizi Sanitari della Regione Militare Centrale e direttore del Policlinico Militare *Celio* di Roma. Dal 1998 fino al 2014, è stato Consigliere per la Sanità Militare del Ministro della Difesa. E' stato ancora Presidente della Commissione Medica Superiore di Invalidità Civile, Vice-Presidente del Gruppo Medaglie d'Oro al Merito della Sanità Pubblica, Segretario Generale della Società Internazionale de *Médecine Humaniste Nèohippocratique*, socio fondatore e membro del Consiglio Direttivo dell'Associazione Italiana di Emergenza Sanitaria, membro del Consiglio Direttivo del Gruppo italiano per le emergenze cardiologiche (GIEC). E' autore di un centinaio di pubblicazioni scientifiche. E' Medaglia d'Oro al Merito della Sanità Pubblica, Grande Ufficiale dell'Ordine al Merito della Repubblica e di medaglia Mauriziana.

Al Neo-Presidente vadano ancora dalle righe del nostro notiziario i rallegramenti più sentiti e gli auguri più fervidi di buon e profiqquo lavoro.

Enrico Curci

La serata conviviale del 5 marzo u.s.

Malattie metaboliche ereditarie e screening neonatale allargato: in Puglia siamo ancora all'anno zero, questo il titolo della conferenza tenuta presso l' Hotel Villa Romanazzi Carducci dal prof.



La serata inizia con l' Inno di Mameli

Franco Carnevale, associato di pediatria, profondo studioso di malattie metaboliche ereditarie. Il presidente prof. Curci, dopo aver salutato i soci e gli ospiti, e tracciato il curriculum del relatore lo ha invitato a prendere la parola.

Il prof Carnevale (di cui più sotto riportiamo una breve sintesi della sua relazione) ha affrontato la problematica dello screening neonatale, inteso come indagine sistematica condotta con vari mezzi per riconoscere nei neonati malattie metaboliche ereditarie in fase preclinica ed attuarne, ove possibile, tempestivamente la terapia. Di tali malattie ne esistono più di 600 ed annualmente ne vengono individuate 5 - 10 nuove. Purtroppo lo screening neonatale dovrebbe essere " allargato " per tante patologie ma in Italia vi è difformità tra le varie regioni tanto che alcune risultano "virtuose" come la Liguria, la Toscana, l' Umbria, altre un po' meno come Sicilia, Lazio ecc., mentre nella nostra Puglia "siamo ancora all' anno zero". Infatti da noi si sottopon-

gono i neonati a screening per appena 2/3 malattie (fenilchetonuria, ipotirodismo congenito, fibrosi cistica). Il Prof. Carnevale quindi ha concluso la sua relazione dichiarando che continuerà a battersi perché la Puglia tuteli i propri nascituri, alla stessa maniera di quelli che nascono nelle regioni "virtuose". E' seguita una breve ma interessante discussione con gli interventi dei soci Praitano, Cristallo e Manfredi Latilla.

Il presidente, al termine ha ringraziato il relatore per la brillante



La consegna del crest al prof. Carnevale



I soci da sinistra: Praitano, Amendola, Mastrofilippo, Genchi

relazione consegnandogli il crest A.N.S.M.I. A conclusione della serata è seguita la cena ottimamente servita dall' Hotel che ci ha ospitato.

(E.C.)

Lo screening neonatale è una procedura semplice, non invasiva, indolore per il bambino, intesa a riconoscere sullo spot ematico alcune patologie geneticamente

determinate in epoca pre-sintomatica, in modo che possano essere efficacemente curate. Queste patologie, rare singolarmente, sono oggi intorno a 600, considerevolmente eterogenee tra loro, e si calcola che se ne scoprono di nuove al ritmo di 5-7 per anno. In genere l'obiettivo dei tests utilizzati negli screenings neonatali è quello di dosare la concentrazione di un metabolita accumulato nel sangue o di una attività enzimatica deficitaria. Ad esempio, nello screening per la fenilchetonuria si dosa la quantità di fenilalanina presente nello spot ematico neonatale, nello screening per la galattosemia si dosa la quantità della galattosio-fosfato-uridil-transferasi. Robert Guthrie, un microbiologo neozelandese, introdusse nel 1963 lo screening neonatale per la fenilchetonuria: egli riuscì a dosare la concentrazione di fenilalanina in un campione di sangue neonatale essiccato su un cartoncino di carta bibula (spot test) con una metodica originale, semplice ed economica. Da allora, innumerevoli sono stati i bambini fenilchetonurici salvati dal ritardo mentale, con dieta a basso contenuto di fenilalanina.

Successivamente lo screening neonatale veniva esteso ad altre malattie metaboliche, quali la galattosemia, la leucinosi, il deficit di biotinidasi, l'omocistinuria. Si modifica così il concetto stesso di screening: da test per una malattia a test per più malattie. Buona parte di queste condizioni, rare singolarmente, mostrano una elevata frequenza come gruppo; molte possono essere trattate con dietoterapia (ridotta introduzione di alimenti proteici, con supplementazione di miscele di aminoacidi, come nella fenilchetonuria, o dieta a ridotto con-

tenuto di leucina-isoleucina e valina nella leucinosi) o con la semplice somministrazione di pasti regolari evitando digiuni protratti (MCAD o deficit di acil-Co A deidrogenasi a catena media). Esistono patologie che rispondono a terapia vitaminica mirata (vitamina B12 in alcune forme di metilmalonicoaciduria, biotina nel difetto multiplo di carbossilasi) o a terapia farmacologica (carnitina nelle organicoacidurie, nel deficit di carnitin-palmitil-transferasi, L-dopa nella iperfenilalaninemia da difetti di BH4). Oggi nel nostro Paese lo screening neonatale allargato è una realtà solo per alcune regioni: Liguria, Veneto, Toscana, Emilia-Romagna, Umbria, Marche. Altre – la maggioranza – si stanno ancora organizzando per farlo, o lo fanno solo parzialmente (progetti pilota), vale a dire la metodica riguarda una percentuale di neonati ridotta; e capita anche che l'attività di screening venga sospesa quando termina il finanziamento dedicato (regione Campania: lo screening allargato veniva effettuato su 10.000 neonati, mentre la popolazione neonatale annua era di 60.000; ma dopo alcuni anni, si interrompeva definitivamente).

Delle concrete e continuative possibilità di attuazione dello screening allargato, essenziale per tutelare la salute dei bambini sin dalle prime epoche di vita, si continua a parlare in convegni nazionali ed internazionali, ma allo stato attuale, solo il 43.5% dei neonati italiani viene sottoposto allo screening allargato.

La Puglia, purtroppo, non rientra tra le regioni “virtuose”: qui continuiamo ad effettuare solo due indagini sul sangue capillare del neonato: lo screening per fenilchetonuria e quello dell'ipotiroidismo congenito.

Non eseguiamo nemmeno lo screening per la fibrosi cistica, reso obbligatorio su tutto il territorio italiano (insieme ai primi due) con legge-quadro 104 del 5 maggio 1992.

Grazie alla legge 104, da più di due decenni si eseguono questi tre tests sui neonati italiani tra il secondo e il terzo giorno di vita. La prima legge che ne ha sancito l'importanza è quella della regione Liguria (17 agosto 1973); la seconda è stata la legge della nostra regione (1978), seppure nata male con 5 centri screening per fenilchetonuria ed ipotiroidismo congenito: Bari, Brindisi, Foggia, Taranto, Lecce. A questi si aggiungevano altri due, ecclesiastici, a San Giovanni Rotondo (“Casa della Divina Provvidenza”) e ad Acquaviva delle Fonti (Ospedale Miulli).

Solo dal 1 gennaio 1998 riuscivo a centralizzare lo screening per fenilchetonuria presso l'unità operativa complessa di malattie metaboliche, e il laboratorio dedicato, strettamente interfacciato con il reparto, lavorava finalmente a pieno ritmo sui cartoncini che affluivano da tutti i punti-nascita della Puglia. Con il disegno di legge “Disposizioni in materia di accertamenti diagnostici neonatali obbligatori per la prevenzione e la cura delle malattie metaboliche ereditarie”, presentato dalla senatrice Paola Taverna e firmato da rappresentanti di tutti gli schieramenti politici, si intendeva porre rimedio alla situazione attuale, con l'obiettivo di diagnosticare precocemente una trentina di malattie per le quali fosse disponibile una cura.

Tale proposta era peraltro in linea con le 25 raccomandazioni sulle malattie rare emanate dalla Commissione europea che, già dal maggio 2004, chiedeva agli Stati

membri di istituire in via prioritaria uno screening neonatale generalizzato per le malattie metaboliche gravi e immediatamente trattabili. Oggi la senatrice Taverna mira alla approvazione dell'intero disegno di legge. Ma viste le lungaggini burocratiche connesse all'iter legislativo – condizionato comunque al passaggio in Camera Deputati per la approvazione definitiva – ha presentato un emendamento alla legge di stabilità: adozione di un decreto che inserisca nei LEA (=livelli essenziali di assistenza) lo screening metabolico allargato, con relativo elenco delle patologie da esaminare.

Tutto fermo, a causa del commissariamento o dei piani di rientro del debito; e ciò riguarda purtroppo la maggior parte delle regioni italiane.

Sarebbe invece fondamentale restituire centralità al Sistema Sanitario Nazionale; recuperare una visione di insieme; superare la attuale frammentazione che caratterizza l'attuale panorama sanitario italiano, fatto da 32 amministrazioni regionali differenti! Essere in salute o in malattia non può e non deve dipendere dalla fortuna di essere nati in una regione anziché in un'altra. Lo Stato dovrebbe riappropriarsi della “salute”, al fine di ristabilire criteri omogenei per tutte le regioni, in armonia con quanto recita l'articolo 32 della nostra Costituzione. Il costo dello screening neonatale allargato ammonta in media ad 1 euro per esame; presso il laboratorio dell'Ospedale Meyer di Firenze costa 50 euro per i nati fuori regione che vogliono usufruire del servizio. La regione Umbria si è convenzionata con la regione Toscana dal 1 gennaio 2010, a seguito di un triste episodio: una bambina umbra, nata nel

2006 e deceduta dopo tre mesi per non aver eseguito tempestivamente il test per MCAD (deficit di acil Co A deidrogenasi a catena media). Si può ipotizzare che, se la bambina fosse stata sottoposta allo screening allargato in terza giornata di vita, e quindi ancora in fase asintomatica, oggi potrebbe essere ancora viva, con la sola misura dietetica valida in questi pazienti: poppate ravvicinate ogni tre ore, anche durante la notte. Di conseguenza la regione Umbria stipulava una convenzione con la regione Toscana, affidando al laboratorio di malattie metaboliche dell'Ospedale Meyer lo screening neonatale per tutti i nati a partire dal 1 gennaio 2010. Si creava per la prima volta in Italia la premessa di una macroregione servita da un unico centro-screening. Anche se si volesse valutare il solo aspetto economico connesso allo screening allargato, malattie come la leucinosi, la tirosinemia tipo I, la malattia di Pompe (glicogenosi tipo 2) giustificano abbondantemente il costo materiale della metodica, in quanto si salvano vite umane altrimenti perdute o comunque condannate a sequele neurologiche permanenti. In quest'ultimo caso, i costi sanitari della prevenzione terziaria (interventi continui di fisioterapia e riabilitazione) possono raggiungere anche centinaia di migliaia di euro l'anno per singolo paziente!

Ed ora esaminiamo in dettaglio la situazione della nostra regione, per quanto attiene al mancato decollo dello screening neonatale allargato. Nel 2014 l'assessore alla Sanità dichiarava pubblicamente che lo screening allargato sarebbe stato effettuato presso l'Ospedale pediatrico "Giovanni XXIII" a partire dal 1 gennaio 2015, essendo stati stanziati due milioni di euro per i corsi di formazione del personale tecnico da destinare al progetto di

screening. In realtà già nel 2005 e 2006, (con delibere n. 1584 e n. 369 rispettivamente) veniva promosso lo stanziamento di due milioni di euro per l'acquisto di macchinari, rimasti tuttavia inutilizzati successivamente. Furono acquistati tre analizzatori massa/massa e un gas-cromatografo con spettrometro di massa, si effettuava una convenzione con il laboratorio di malattie metaboliche del "Bambino Gesù" di Roma, si atti-



Il prelievo di sangue dal tallone per lo screening neonatale

vava un servizio di manutenzione sulle apparecchiature acquistate, veniva ulteriormente stanziato un altro milione e mezzo di euro per l'avvio del programma. Recente è la interrogazione posta dal consigliere del movimento 5 stelle Mario Conca all'assessore alla Sanità della regione Puglia Michele Emiliano (7 gennaio 2016): "in considerazione del fatto che il Senato ha approvato la legge Taverna, che prevede l'inserimento nei LEA dello screening neonatale allargato, rendendolo così obbligatorio su tutto il territorio nazionale, prevedendo inoltre lo stanziamento di 25 milioni di euro, da ripartirsi tra le varie regioni, si chiede 1) rendicontazione del denaro stanziato nel 2009 a favore dell'Unità operativa di Malattie metaboliche presso l'Ospedale "Giovanni XXIII"; 2) quali risultati si sono raggiunti a seguito del progetto e per quale motivo lo screening è rimasto fermo a due patologie, così come avveniva negli anni pre-

cedenti all'avvio dello stesso; 3) se e come si intende pianificare il potenziamento del laboratorio dedicato e la selezione di professionalità adeguate ad accogliere i campioni di sangue che arriveranno da tutti i reparti di neonatologia e, in generale, quale la destinazione che si intende dare ai fondi derivanti dalla legge Taverna". Ritengo che tale interrogazione possa ben rappresentare la premessa di una legge regionale pugliese per lo screening neonatale allargato, sulla scia delle analoghe leggi da anni approvate in Toscana, in Emilia-Romagna, e in Veneto. Come ex-primario di malattie metaboliche dell'Ospedale pediatrico "Giovanni XXIII" di Bari, e come componente del consiglio direttivo "Amegep Domenico Campanella", che da sempre si batte per migliorare la qualità di assistenza ai pazienti con malattie metaboliche, continuerò a lottare affinché i nascituri pugliesi siano tutelati come quelli che nascono nelle regioni "virtuose".

Prof. F. Carnevale



AVVISO

Ricordiamo a coloro che non avessero provveduto, che è in pagamento la quota sociale per l'anno **2016 (euro 50)**. All'uopo rivolgersi al tesoriere Gianni Berardi.

IL FOGLIETTO

Notiziario per uso interno della Sezione Provinciale dell'A.N.S.M.I. di Bari.

