

I Personaggi del ROMA



di Mimmo Sica

De Feo, l'esperto del piede diabetico

«È appagante migliorare la qualità della vita, soprattutto dei giovani pazienti»

L laureato in medicina e specializzato in diabetologia, Maria Eugenio De Feo (nella foto) è esperto in Nuove Tecnologie e "Piede Diabetico". È stato direttore Uod Diabetologia dell'Azienda Ospedaliera Cardarelli.

«Sono napoletano ma da bambino ho vissuto a Ragusa, per il lavoro di mio padre. Ricordo che giocavo tra le rovine di Ibla, un quartiere abbandonato nel '700 dopo un terremoto. Oggi è un gioiello del barocco siciliano. Questo passaggio in Sicilia mi ha segnato molto, con i miei amici giocavo tutto il giorno libero in campagna in un'atmosfera di serenità. Rientrati a Napoli, ho continuato gli studi scegliendo un percorso scientifico conseguendo la maturità con il massimo dei voti. Il liceo era il VP Scientifico in via Conte della Cerra. Studiavamo immersi in un intenso profumo di cornetti appena sfornati: il laboratorio di Scaturchio era contiguo al liceo. Lo svago preferito era giocare a pallone per strada: allora si poteva!».

Perché si iscrisse a medicina?

«Perché era una facoltà "impegnativa". Ero in una classe con bravi insegnanti, soprattutto di matematica e scienze, ed infatti con molti miei compagni, ben preparati, scegliemmo medicina. Ho frequentato il II Policlinico, oggi Federico II».

Com'è stato il suo percorso universitario?

«Molto intenso e appassionante. Mi sono laureato con lode in cinque anni e una sessione. Allora si sperimentavano, negli ultimi 3 anni di studi, dei tirocini obbligatori nelle varie cliniche universitarie ma io scelsi di farli quasi tutti in ospedale al Cardarelli. Questo perché desideravo stare più a contatto con gli ammalati per rendermi più utile. Sono pragmatico e mi piace arrivare a risultati immediati che possano dare benefici visibili. Il campo della ricerca è interessante ma richiede tempi medio-lunghi per conseguire risultati applicabili sull'ammalato».

In quale branca ha fatto il tirocinio?

«Ero attratto dalla chirurgia, ho frequentato anche il reparto del famoso professore Trapani, un'eccezione nell'ambito ospedaliero. Collaboravo con uno dei suoi allievi, il professore Sessa, tra i primi a fare interventi in laparoscopia. Entrava nell'addome del paziente con un tubicino ed effettuava indagini diagnostiche e biopsie. I tirocini non erano retribuiti ed io desideravo cominciare a guadagnare. Ebbi l'opportunità di conoscere il professore Andrea D'Agostino creatore dei primi centri antidiabete a Napoli, nel quartiere Chiaia, ed in Campania con ben 13 centri satelliti. Lavoravo come prelevatore perché gli studenti di medicina al IV anno, iniziando anche una formazione pratica, erano equiparati agli infermieri. Laureato, iniziai ad occuparmi della parte clinica. In laboratorio c'era una processione di diabetici, circa cento al giorno, che venivano a fare il prelievo per il controllo glicemico e mi interessavo ai loro problemi. Questa esperienza "lavorativa" mi appassionò e determinò la mia professione futura».

Con quale tesi si laureò?

«In chirurgia ma su una particolare patologia che coinvolgeva il diabetologo: l'insulinoma che è un tumore delle cellule del pancreas che secernono l'insulina».

La scelta per la specializzazione venne quindi di conseguenza?

«Sì. Al centro del prof. D'Agostino, oltre agli adulti, si vedevano molti ragazzi affetti da diabete giovanile, non esisteva ancora la diabetologia pediatrica e questo mi rattristava moltissimo. La mia storia di medico cominciò ad evolversi di pari passo con quella di questa complessa malattia».

Cioè?

«Decisi di fare il tirocinio obbligatorio post-laurea, di 6 mesi, alla Medicina d'urgenza del Cardarelli per assistere malati gravi, molti soffrivano anche di diabete, continuai tale frequenza, da volontario, per tutto il periodo della specializzazione».

Perché?

«I diabetici allora erano curati ambulatorialmente presso i Centri, la scelta di farmaci era ridottissima e molti utilizzavano l'insulina. Le dosi venivano variate solo una volta al mese quando il paziente veniva al Centro per fare un prelievo di sangue al mattino e portare 3 campioni di urine raccolti a casa in tre momenti diversi della giornata per verificare se c'erano tracce di zucchero. I pazienti ci facevano racconti allucinanti dei loro ricoveri in ospedale, la prognosi era sempre più grave per chi aveva il diabete, anche una banale appendicite diventava un in-



tervento ad altissimo rischio. A quei tempi in ospedale non esisteva il medico diabetologo, si dosava l'insulina in base alle sole glicemie di laboratorio del mattino, effettuate 2 o 3 giorni prima, i diabetici, sotto lo stress della malattia o dell'intervento, avevano sempre glicemie altissime. Anche gli infermieri non avevano una formazione ad hoc e pochi erano in grado di utilizzare correttamente le strisce per il dosaggio della glicemia dal dito che allora cominciavano a diffondersi ma richiedevano un'accuratezza nel metodo d'uso. Si può dire che la diffusione dell'autocontrollo glicemico ha rappresentato la più grande svolta nella cura del diabete dopo l'invenzione dell'insulina».

Quale fu il suo contributo in questo contesto?

«Vinsi un concorso indetto dall'Asl che comprendeva il Cardarelli ma anche l'ospedale pediatrico Santobono. Il posto da coprire non era di diabetologo ma di medico addetto all'Epidemiologia e statistica. Fui indotto a partecipare perché ebbi assicurazioni dalla direzione sanitaria che se avessi vinto mi sarei potuto dedicare anche alla diabetologia. I vertici, molto illuminati per quei tempi e rispettosi della meritocrazia, intendevano promuovere questa branca medica assente nei nosocomi pediatrico e per adulti».

Quindi?

«Al mattino mi dedicavo per alcune ore al disbrigo delle pratiche statistiche e quant'altro e poi correvo in tutti i reparti dove c'erano pazienti diabetici sia adulti che pediatrici. Facevo molta formazione agli infermieri e insegnavo a miscelare correttamente le insuline ed a misurare la glicemia dal dito. Feci acquistare in tutti i reparti le strisce per la glicemia fino ad allora scarsamente utilizzate in ospedale e poi i reflettometri per la lettura più precisa di queste strisce. Con le glicemie immediate fatte più volte al giorno era finalmente possibile variare il dosaggio dell'insulina e portare velocemente le glicemie in compenso. Da quel momento i medici e gli infermieri di tutti i reparti cominciarono a chiamarmi di continuo. In particolare i chirurghi che velocizzavano il loro lavoro e si sentivano finalmente tranquilli a intervenire su un diabetico».

Quali altre novità ha portato in ospedale?

«Negli anni '90 uscirono in commercio i primi microinfusori di insulina. Al Centro antidiabete li sperimentavamo già dal 1983. È una pompa con all'interno una siringa che, collegata con un tubicino ad un ago sottocute, inietta al paziente l'insulina 24 ore su 24, secondo un programma prestabilito. Ho fatto degli stage a Torino e a Perugia presso degli ospedali che erano allora all'avanguardia per l'uso di questi apparecchi che, all'inizio, costavano quanto un'utilitaria. Il Centro diabetologico del prof. D'Agostino, con una sottoscrizione pubblica acquistò anche un pancreas artificiale che era uno strumento complesso grande quanto un'armadio, che misurava la glicemia ed iniettava l'insulina in vena, usato per fare sperimentazioni. Io ero addetto all'uso di questi strumenti innovativi e per il tempo rivoluzionari. Negli anni '90 feci acquistare anche all'ospedale Cardarelli dei microinfusori che impiantammo gratuitamente ai diabetici più scompensati. Eravamo all'avanguardia, l'Università non voleva utilizzarli perché li considerava troppo rischiosi. Lo fece solo dopo diversi anni».

È stato, quindi, un pioniere della diabetologia ospedaliera?

«Nell'ambito della Campania posso dire di sì».

Fu aperto un reparto specifico al Cardarelli?

«La direzione generale mi riconobbe ufficialmente il ruolo di diabetologo convertendo l'originaria qualifica di medico epidemiologo. Mi "appoggiò" a un reparto di medicina assegnandomi posti letto per la degenza e un certo numero di collaboratori che inizialmente si dividevano fra la diabetologia e la medicina interna. Nel reparto aprimmo anche un ambulatorio e un day hospital e ci occupammo non solo dell'applicazione dei microinfusori ma della cura del diabete giovanile, delle gravide diabetiche e dei pazienti con complicanze avanzate. Il reparto fu chiamato Medicina a indirizzo diabetologico, poi negli ultimi 7/8 anni è stata creata una Unità operativa autonoma dipartimentale e io ne divenni il direttore».

È particolarmente esperto nella cura del "piede diabetico". Che cos'è?

«Oggi costituisce la conseguenza estrema di tutte le complicanze del diabete giovanile (Tipo 1) e del diabete degli adulti (Tipo 2) perché l'iperglicemia rovina particolarmente le arterie e i nervi più lunghi così i danni si manifestano prima ai piedi. Il paziente dopo un po' di anni di diabete mal curato presenta nei piedi delle ulcere, delle lesioni che facilmente si infettano e possono portare all'amputazione dell'arto. Nel mondo i diabetologi si sono dovuti adattare a fare anche i chirurghi in questo settore, per evitare l'intervento radicale di amputazione, preferito dai chirurghi, sostituendolo con ripetuti microinterventi, anche ambulatoriali, accompagnati da un'adeguata terapia farmacologica e l'uso di calzature specifiche. Il nostro obiettivo è quello di salvaguardare il più possibile la qualità di vita del paziente evitandogli amputazioni disabilitanti. Anche nella cura di questa complicanza il nostro ospedale si è particolarmente distinto per i buoni risultati ottenuti ed io sono stato anche coordinatore nazionale dei diabetologi esperti in piede diabetico».

La diabetologia ha avuto un'ulteriore svolta negli ultimi anni. Perché?

«Per due motivi fondamentali. Il primo riguarda l'aspetto farmacologico, perché all'insulina e ai due/tre farmaci esistenti fino a qualche anno fa, si sono aggiunte almeno otto classi di farmaci moderni per uso orale che possono essere combinati tra di loro prima di ricorrere all'insulina. È iniziata, quindi, una terapia più personalizzata nel senso che non è più l'ammalato a doversi adeguare al farmaco ma la terapia, combinando più farmaci, viene sartorialmente cucita sul paziente rispettando le sue abitudini di vita. Il secondo è il monitoraggio continuo della glicemia. Da pochi anni è iniziata la commercializzazione di sensori che si applicano, quasi come un cerotto, su una parte qualsiasi del corpo e che misurano continuamente la glicemia 24 ore su 24. Questi sensori sono collegati, senza fili, ad un lettore, o addirittura a un'App sullo smartphone, che permette di leggere le glicemie. Evitano al paziente le ripetute punture al dito e danno l'allarme quando la glicemia è troppo bassa o troppo alta consentendo al diabetico di intervenire in tempo con zucchero o insulina, a seconda dei casi, evitando così di andare in coma. I dati di questi sensori possono essere condivisi in tempo reale con il diabetologo che può suggerire le modifiche di terapia anche da remoto via telefono o computer. È la telemedicina che costituirà una rivoluzione per la cura di tutte le malattie croniche».

Dall'inizio dell'anno è in pensione. Di cosa si occupa?

«Continuo a fare il medico e faccio volontariato per l'associazione di malati e aiutando i colleghi del Cardarelli. Mi dedico molto al monitoraggio da remoto guardando al computer i profili glicemici, lo scarico dei dati dei microinfusori e dei sensori e mandando le eventuali modifiche di terapia ai pazienti. È un'attività che posso svolgere anche stando in Umbria dove trascorro con mia moglie Elena almeno due settimane al mese. In questa regione si sono trasferiti per lavoro anche i miei tre figli, nessuno ha seguito le orme del padre, credo perché spaventati dall'eccessivo coinvolgimento nel lavoro a discapito della famiglia. Oggi faccio il contadino come primo mestiere e il medico come hobby. Vengo a Napoli spesso per seguire e visitare alcuni pazienti particolarmente affezionati e per valutare alcuni casi con i miei vecchi assistenti; mantenere in allenamento la mente, oltre che il corpo, fa sicuramente bene».