



“Il limone con la neve a Setifuntani”
di Mario Soma

Anno XVIII - Numero 1
Aprile 2009

Direttore responsabile: Agostino Sussarellu
Direttore editoriale: Agostino Sussarellu

Direzione, Redazione, Amministrazione:
via Cavour 71/B - 07100 Sassari
Telefono (079) 23.44.30
Telefax (079) 23.22.28

CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE: *Presidente:* Agostino Sussarellu - *Vice Presidente:* Rita Nonnis - *Segretario:* Giovanni Biddau - *Tesoriere:* Nicola Addis - *Consiglieri:* Alessandro Arru - Piero Luigi Bellu - Tiziana Casti - Paolo Castiglia - Maria Grazia Cherchi - Alberto Delpini - Monica Derosas - Carla Fundoni - Nicolino Sanna - Francesco Scanu - Patrizia Virgona. *Consiglieri Odontoiatri:* Pierluigi Delogu, Alessandro Sechi - *Commissione per gli iscritti all'Albo Odontoiatri:* *Presidente* Pierluigi Delogu - *Componenti:* Antonella Bortone - Pierpaolo Delitala - Antonio Pinna - Alessandro Sechi. *Collegio dei revisori dei Conti:* *Presidente:* Giancarlo Bazzoni - *Componenti:* Alessandro Gannau - Nadia Tola - *Revisore supplente:* Pasqualina Bardino.

Registrazione n. 236 del 15-12-1989 Tribunale di Sassari. “Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004 n° 46) art. 1, comma 2 DCB Sassari. Proprietà: Ordine dei medici di Sassari”.

Realizzazione editoriale: Tipografia TAS, Zona Industriale Predda Niedda sud - strada n. 10 - 07100 Sassari
Tel./Fax 079.26.22.36 - 079.262221

Stampa: TAS Srl - Sassari.

Sassari Medica è inviato gratuitamente a tutti gli iscritti all'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Sassari e a tutti gli Ordini dei medici d'Italia.

SASSARI MEDICA

*Periodico dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri
della provincia di Sassari*

SITO WEB: www.omceoss.org

E-MAIL: ordine@omceoss.org

- 2 Libera scelta del malato e volontà del medico
- 4 Alleanza terapeutica e consenso informato
- 6 Il programma di “Insieme per: l'Ordine, la professione, la sanità”
- 8 FNOMCeO: un risultato nel segno della continuità
- 9 Eppure funziona!
Agopuntura e cefalea
- 13 Vent'anni dal primo trapianto di rene
- 16 La campagna di screening del tumore al seno
- 24 Ricordo di Zina Virdis
Lettera ad una cara amica
- 25 ONAOSI: L'iscrizione volontaria è possibile in ogni periodo dell'anno
- 27 Mortos in terra anzena: i sardi caduti (1915-18) fuori dall'Italia
- 30 1/La meningite meningococcica Sintomi, contagio, profilassi
- 37 2/La meningite meningococcica L'offerta di vaccini in Sardegna
- 39 Perché denunciare i clandestini? Un provvedimento preoccupante
- 41 Gli studenti: la salute viaggia senza passaporto
- 43 Misure contro l'esercizio abusivo della professione di odontoiatra
- 46 Ritardi nei concorsi di ammissione alle scuole di specializzazione
- 55 Contributi previdenziali a carico delle società professionali
- 58 ENPAM/Investimenti: perché i medici possono dormire sereni
- 61 Assunzioni e graduatorie nelle pubbliche amministrazioni
- 62 La rappresentativa di Sassari ai Giochi Mondiali di medicina

Dichiarazioni anticipate di trattamento

Libera scelta del malato

e volontà del medico

Nel 1903, a Sassari, fu redatto quello che viene considerato il primo codice italiano di Deontologia Medica.

Tale raro documento possiede al suo interno un particolare piccolo, ma fortemente qualificante, l'art. 4, che recita: "Il Sanitario... non intraprenderà alcun atto operativo senza aver prima ottenuto il consenso dell'ammalato o delle persone dalle quali questo dipende, se minorenne o civilmente incapace."

Il "Codice" di Sassari fu scritto in pieno "paternalismo medico", in un momento storico in cui nessuno si sarebbe sognato di porre in discussione la parola del curante, al quale veniva demandata ogni azione volta al bene del paziente.

Il medico sapeva e decideva quale fosse la migliore cura per il malato, e questi, in realtà, rivolgendosi a lui, gli si affidava in maniera totale e assoluta.

La proposta era talmente rivoluzionaria da perdersi rapidamente; per sentire nuovamente parlare di consenso informato, si è dovuta aspettare la stesura del codice del 1978.

Perché questo preambolo dal sapore antico, forse anche velato da un po' di rimpianto?

Perché recentemente il Senato ha approvato il così detto disegno di legge Calabrò sulle direttive anticipate di trattamento, il primo passo di una legge molto attesa e richiesta a gran voce da vasti strati della popola-

zione della nostra nazione.

Non voglio entrare nei dettagli del testo, facilmente reperibili da chiunque sul sito del Senato, ma sento l'obbligo morale di esprimere il mio forte dissenso per un contenuto che mina i principi di un'alleanza terapeutica cardine della nostra professione.

Tali principi sono espressi negli articoli 3 e 4 del Codice Deontologico, dove si fa riferimento alla libertà ed indipendenza della professione e al rispetto della libertà e dignità della persona, nonché nell'intero capo IV che tratta dell'informazione e consenso del cittadino.

La norma in oggetto, che ci auguriamo venga riveduta nel passaggio alla Camera, limita fortemente la libera scelta del paziente che viene inoltre subordinata alla volontà del medico.

La cosa più curiosa è che varie volte la legge fa riferimento al contenuto del Codice Deontologico, benché, in realtà, dica esattamente l'opposto riguardo all'autonomia decisionale del paziente.

Per fare un esempio banale, tale disegno di legge non offre al paziente, perfettamente informato, in grado di intendere e volere, ed in piena autonomia, la possibilità di un'eventuale richiesta mirante a non essere sottoposto a nutrizione e idratazione artificiale, "nelle diverse forme in cui la scienza e la tecnica possono fornirle al paziente", nel

La legge approvata al Senato limita l'autonomia decisionale del paziente. Attualità del Codice Deontologico di Sassari del 1903

caso venisse a trovarsi in condizioni di incoscienza con impossibilità accertata e definitiva di recupero.

In esso si dice chiaramente che nutrizione ed idratazione sono atti medici che non possono formare oggetto di dichiarazione anticipata, dunque il cittadino viene privato di questo suo diritto.

Ma non basta: viene data la possibilità al medico di sindacare su qualunque decisione del paziente.

Si badi bene, non stiamo parlando di obiezione di coscienza e neanche di clausola di coscienza, principi su cui nessuno avrebbe da ridire, ma di vero e proprio arbitrio del curante, a cui resta l'unico obbligo di riportare in cartella il motivo del suo diniego.

Ho letto e riletto il testo approvato al Senato - sicuramente continuerò a leggerlo - e ogni volta provo la sensazione di essere di fronte ad un qualcosa di estremamente confuso, evidentemente scritto da incompetenti, da politici che parlano di argomenti di cui ignorano non solo i dettagli, ma addirittura i passaggi elementari.

All'interno di questa legge appaiono frasi che sembrano scritte per potersi prestare alla libera interpretazione di questo o quel magistrato, per metterci ancora di più in condizione di imputabilità.

Se già adesso dilaga la medicina difensiva, immagino cosa mai avverrebbe se tali norme dovessero divenire, effettivamente, legge dello Stato.

Rifletto: la signora che in seguito ad una cancrena diabetica ha rifiutato l'amputazione della gamba, potrebbe ancora fare appello ad una scelta personale?

Il paziente che rifiuta un intervento chirurgico, di fronte ad un chirurgo interventista, potrà sperare di

morire in maniera naturale, senza essere sottoposto ad un'inutile operazione? Il paziente tumorale che non accetta la chemioterapia, potrà ancora rifiutarla? Si potrà rifiutare il ricovero in terapia intensiva, per quei malati terminali che giungono in ospedale sulla scia del rifiuto della morte? I pazienti terminali degli Hospice, e quelli dei reparti di medicina, nei quali idratazione e nutrizione diventano solo un'inutile tortura che può allungare loro l'agonia, dovranno essere trattati in maniera così disumana? Il Testimone di Geova che rifiuta la trasfusione, sarà legato al letto, in modo da potergliela praticare? Marco Pannella verrà contenuto, per essere idratato e nutrito, quando effettuerà il prossimo sciopero della fame?

Credo sia giusto, nel momento finale della vita, rispettare l'intimità personale dell'uomo.

Questa legge, ennesimo attacco alla nostra Professione, tenta di liquidare definitivamente l'alleanza terapeutica, in un momento in cui pende ancora sulle nostre teste la spada di Damocle della denuncia dei clandestini: norma incivile e dal vago sapore razzista, con la quale si è tentata una spallata ad uno dei fondamenti più antichi della nostra professione, "il segreto professionale".

Il rapporto tra il paziente e il medico è fondato, da sempre, sul dialogo, la fiducia reciproca, la sicurezza di essere ascoltato e di essere capito, talvolta anche attraverso un semplice sguardo.

Agostino Sussarellu

Sito web dell'Ordine:
www.omceoss.org
 e-mail dell'Ordine:
ordine@omceoss.org

Alleanza terapeutica e consenso informato

Alcuni giorni fa un giornalista straniero, corrispondente di una televisione straniera nello Stato del Vaticano, ha raccontato in un'intervista, che degli esami genetici hanno identificato nel suo Dna un gene alterato, che lo condurrà a morte in seguito al manifestarsi di una grave malattia neurodegenerativa, che ha già colpito il padre e un fratello.

Se il giornalista decidesse di risiedere in Italia, dovrebbe contattare un medico. Per chiarezza espositiva, ipotizziamo che lo specialista consultato sia uno degli scriventi. Il giornalista, conosce la storia naturale ed è consapevole che, allo stato attuale, non esistono terapie in grado di fermare il decorso inesorabile della malattia, e quindi dovrebbe praticare esclusivamente delle terapie di supporto, che potrebbero richiedere la nutrizione e idratazione artificiale, fino ad arrivare ad un'assistenza respiratoria, presidi terapeutici, che possono essere allestiti anche nel proprio domicilio e gestiti da personale infermieristico.

Il suo tempo è diviso tra la sua intensa attività di giornalista e il tempo passato vicino al fratello malato. Dopo aver rimandato diverse volte degli appuntamenti per un controllo clinico, viene finalmente a visitarci in ospedale. Si sviluppa molto spontaneamente un rapporto medico-paziente, in cui oltre alle parole e pensieri, si condividono i silenzi, e si

sviluppa una complicità che con, enfasi, potremmo chiamare alleanza terapeutica.

Il vissuto familiare ci rende più facile spiegare che cos'è la malattia, le conseguenze, le terapie, scriviamo in maniera completa tutto nella cartella clinica.

Il giornalista, chiede di poter manifestare i suoi Living Will, che gli spieghiamo in Italia, chiamiamo Dat, Dichiarazioni anticipate di trattamento.

Cortesemente ma in maniera decisa ci interrompe: al di là del nome, quando la malattia va avanti non voglio essere alimentato artificialmente, né voglio essere assistito con un respiratore.

Forti dell'alleanza terapeutica, che altro non è che una forte relazione umana che facilita il nostro rapporto, spieghiamo, che secondo la legge italiana, la nutrizione e alimentazione artificiale, e ipotizziamo, la ventilazione artificiale, non rientrano tra le materie di cui può disporre volontariamente. Il giornalista sorpreso smette di parlare.

Dopo un attimo di riflessione ci chiede perché non può essere rispettata la sua volontà, e forte della confidenza che si è sviluppata ci chiede se per caso dovesse perdere lo stato di coscienza, confidenzialmente, noi invece non lo sottoporremo alla nutrizione e idratazione artificiale ahimè confermiamo che non possiamo non rispettare la legge... ma se un

*La legge
non chiarisce
i dubbi
dei cittadini
e dei medici*

medico dell'urgenza chiamato dalla mia compagna, in una fase di crisi respiratoria, mi intubasse, nonostante io abbia fatto scrivere in cartella il mio dissenso informato, voi mi aiutereste ad essere distaccato dal respiratore, evitando sofferenze inutili?

No, rispondiamo perché secondo la legge, e gli articoli del codice penale italiano citati dalla legge, l'interruzione potrebbe essere equiparata ad omicidio del consenziente o assistenza al suicidio, o in generale ogni forma di eutanasia, commissiva o omissiva è vietata.

Il disattendere questi articoli, ci esporrebbe come ci ha spiegato un magistrato, al rischio di un imputa-

zione per omicidio premeditato, punibile con l'ergastolo.

Ma, ci chiede sconsolato, che senso ha l'alleanza terapeutica, l'acquisizione del consenso informato o le dichiarazioni anticipate di trattamento? Non lo sappiamo, e gli spieghiamo che questa legge di fatto non chiarisce i dubbi dei cittadini e dei medici e, dubbi, rimarchiamo della quotidianità, indipendenti da posizioni filosofiche e religiose.

Luigi Arru e Agostino Sussarellu*

** presidenti dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Nuoro e della provincia di Sassari.*

Solidarietà per l'Abruzzo colpito dal terremoto

Il Presidente dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Sassari, Agostino Sussarellu, a nome suo, del Consiglio Direttivo, e di tutti gli iscritti all'Ordine di Sassari, manifesta la sua solidarietà al presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia dell'Aquila, Maurizio Ortu, ai colleghi e all'intera cittadinanza per la terribile sciagura che ha colpito L'Aquila e la sua provincia.

Nessuna linea di rottura con il consiglio uscente

Il programma di “Insieme per: l’Ordine, la professione, la sanità”

Questo numero di “*Sassari medica*” è il primo del 2009, nonché il primo che va alle stampe dopo le elezioni dello scorso mese di novembre.

Per far sì che tutti possano valutare il nostro lavoro, pubblichiamo di seguito il programma col quale ci siamo presentati ai colleghi.

Il clima pacato e sereno che ha accompagnato questa tornata elettorale è il segno che la nostra categoria ha saputo trovare, nel confronto democratico, una valida espressione di maturità, sicuramente di buon auspicio per il futuro della nostra professione.

Insieme per: l’Ordine, la professione, la sanità

Il gruppo che proponiamo ai colleghi per questa tornata elettorale scaturisce dal consiglio uscente, che, come il precedente, ha come unico intento, quello di rappresentare l’intera categoria.

In quest’ottica abbiamo cercato di rispettare la territorialità, con la presenza di rappresentanti delle nostre due province.

È nostro intendimento essere portavoce di tutti i medici, nel rispetto dei compiti istituzionali, con la piena disponibilità ad ascoltare chiunque, assicurando la vicinanza dell’Ordine a tutti coloro i quali abbiano dei problemi o comunque necessità di

risposte. La nostra attenzione sarà rivolta verso tutti i problemi locali, regionali e nazionali in tema di salute, ponendo l’Ordine quale ente interlocutore istituzionale delle forze di governo. A tale scopo intendiamo promuovere e potenziare il lavoro della Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, quale istituzione portatrice di proposte e programmi unitari.

Riteniamo di proseguire sulla strada fin qui percorsa, modellando la nostra azione sulle problematiche che, di volta in volta, si presenteranno.

- Mantenere un ruolo forte ed incisivo dell’Ordine a livello provinciale e regionale volto alla salvaguardia della dignità della professione.
- Perseguire, attraverso il ruolo istituzionale della FNOMCeO, una riforma degli Ordini che riconosca ad essi un ruolo chiave per il controllo della qualità della professione.
- Vigilare sul mantenimento di un SSN equo e solidale che soddisfi le esigenze del cittadino, e operare per l’affrancamento dall’ingerenza politica nel sistema sanitario.
- Mantenere un ruolo attivo e propositivo nella stesura e realizzazione dei piani di salute regionali e delle ASL, attraverso il monitoraggio delle esigenze e dei bisogni del cittadino per migliorare la qualità dell’offerta di salute del nostro territorio.

Rispetto della territorialità, priorità al ruolo dell’Ordine come interlocutore istituzionale e di salvaguardia della professione

- Avere un ruolo di supporto per i giovani colleghi che si affacciano al mondo del lavoro e per quelli impegnati nelle scuole di specializzazione con l'obiettivo di soddisfare le esigenze formative, insieme ad Assessorato ed Università, anche sulla base delle possibilità di occupazione.
 - Favorire il rapporto tra colleghi in un'ottica di rispetto e reciproca collaborazione, ridefinendo, con le Aziende Sanitarie e le rappresentanze di categoria, i "percorsi di continuità assistenziale" con l'intento di migliorare l'assistenza offerta alla cittadinanza.
 - Proseguire l'approfondimento di temi inerenti la professione, anche attraverso indagini affidate a gruppi di lavoro, aperti a tutti i colleghi, specie in particolari settori (ENPAM, sicurezza sul lavoro, risk management, problemi medico-legali, femminilizzazione della professione, politiche ambientali,...).
- Mantenere e potenziare le attività di aggiornamento, formazione ed informazione attraverso iniziative culturali, anche nelle aree più periferiche della provincia, portando la voce dell'Ordine a tutti gli iscritti.

RICHIESTA CERTIFICATI

Si ricorda che, per il rispetto delle norme sulla privacy, l'Ordine rilascia i certificati di iscrizione solo al diretto interessato, oppure a persona che sia fornita di specifica delega scritta e correlata da un documento di identità proprio dell'iscritto.

Gli iscritti sono pertanto invitati a collaborare, evitando lamentele agli sportelli in quanto il personale amministrativo si limita ad attenersi ai dettami del Codice sulla privacy.

Si ricorda, inoltre, che gli iscritti si possono avvalere della possibilità di autocertificare i dati relativi all'iscrizione.

Tale autocertificazione deve contenere i dati anagrafici, l'albo di appartenenza, il numero d'ordine, l'anzianità di iscrizione e l'assenza di procedimenti disciplinari.

Si precisa che qualsiasi ente pubblico è obbligato ad accettare l'autocertificazione.

Conferma per Amedeo Bianco e Maurizio Benato

FNOMCeO: Un risultato nel segno della continuità

“**C**orreremo in fretta verso i traguardi della professione” Amedeo Bianco, rieletto all’unanimità presidente della FNOMCeO, lancia il ruolino di marcia per il prossimo triennio.

Si è appena conclusa la prima riunione del neo eletto comitato centrale della Federazione Nazionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

A Roma, i 17 componenti hanno riconfermato, nel segno della continuità, il presidente Amedeo Bianco e il vicepresidente Maurizio Benato.

Segretario è stato nominato Gabriele Peperoni, presidente dell’Ordine di Napoli.

A ricoprire, invece, la carica di Tesoriere è stato chiamato Raffaele Inadolo, presidente CAO (Commissione Albo Odontoiatri) di Avellino.

Presidente del Collegio dei revisori dei Conti è da oggi, Salvatore Onorati.

Alla Presidenza della CAO Nazionale, infine è stato riconfermato Giuseppe Renzo.

“Dopo una fermata, riparte il treno: un treno pieno di speranze e di auspici per il miglioramento delle nostre professioni. E abbiamo intenzione di camminare spediti e determinati verso nuovi traguardi professionali” ha dichiarato Amedeo Bianco, uscendo dalla prima assise del nuovo organo deliberante.

Sito web dell’Ordine:
www.omceoss.org

Gli incarichi

Ai sensi dell’art. 20, primo comma, del DPR 221/50 e dell’art. 53, sesto comma, del Regolamento Interno della Federazione ex art. 35 del DPR 221/50, si comunica che, nella prima riunione del Comitato Centrale della FNOMCeO scaturito dalle elezioni svoltesi nei giorni 6, 7 e 8 marzo 2009, le cariche sono state così attribuite:

Comitato Centrale

Presidente: Amedeo Bianco; **Vice Presidente:** Maurizio Benato; **Segretario:** Gabriele Peperoni; **Tesoriere:** Raffaele Iandolo; **Consiglieri:** Giuseppe Augello, Sergio Bovenga, Giacinto Valerio Bruccoli, Luigi Antuono Conte; Claudio Cortesini; Fabrizio Cristofari; Nicolino D’Autilia; Raimondo Ibba; Guido Marioni; Giuseppe Renzo; Gianluigi Spata; Roberto Stella; Pasquale Veneziano.

Commissione per gli Iscritti agli Albi degli Odontoiatri:

Presidente: Giuseppe Renzo; **Componenti:** Giacinto Valerio Bruccoli, Claudio Cortesini, Raffaele Iandolo, Alessandro Zovi

Collegio dei Revisori dei conti:

Presidente: Salvatore Onorati; **Componenti:** Francesco Alberti, Ezio Casale

Membro supplente: Antonio Avolio

Obiettivo del nuovo comitato centrale la tutela e il miglioramento della professione

Giornali, corretta informazione ed evidenze scientifiche

Eppur funziona!

Agopuntura e cefalea

Sul quotidiano “La Repubblica” di giovedì 22 gennaio, in prima pagina col titolo “Agopuntura, solo effetto placebo” e a pagina 37, col titolo “Agopuntura - inganna la mente così cura l’emicrania” è apparso un articolo riguardante la recente pubblicazione di due reviews (revisioni della letteratura), su agopuntura e cefalea. Naturalmente una titolazione così radicale, *sparata* in prima pagina, non poteva non colpire i lettori, tra i quali sono compresi molti di coloro che, sempre più numerosi, si curano anche con l’agopuntura. Similmente spiacevolmente *sorpresi*, per usare un eufemismo, sono stati i circa 10 mila medici agopuntori italiani, che conoscendo i documenti prodotti dagli esperti della Cochrane Collaboration, hanno potuto rilevare che, non solo il titolo, ma anche tutto l’articolo forniva un’informazione del tutto distorta e non confacentesi a quanto invece contenuto nel testo delle Reviews.

Cerchiamo di chiarire i termini della questione: da una parte una testata importante, dall’altra un agguerrito gruppo di medici agopuntori, che supportati anche dai propri pazienti, hanno accusato il giornalista estensore dell’articolo di aver fornito un pessimo esempio di viziatura dell’informazione, chiedendo una rettifica ufficiale e paventando anche il ricorso a vie legali.

Tra la fine del 2008 e gli inizi di quest’anno sono comparsi nella lette-

ratura internazionale due importanti lavori sull’efficacia e la sicurezza dell’agopuntura nel trattamento delle cefalee.

Il primo in ordine cronologico, pubblicato sul numero di dicembre della rivista *Anesthesia & Analgesia*, organo ufficiale della prestigiosa International Anesthesia Research Society, è una revisione sistematica su 31 TRC presenti sui databases, Medline (1966–2007), CINAHL, The Cochrane Central Register of Controlled Trials (2006). Il lavoro, dopo aver preso in esame i dati ottenuti su 4000 pazienti affetti da cefalea tensiva ed emicrania, conclude che l’efficacia terapeutica della vera agopuntura è superiore sia all’agopuntura placebo (sham acupuncture) che alla classica terapia farmacologica.

Più recente, ma anche più discusso per il risalto che ha avuto sulla stampa e nell’opinione pubblica, innescando una querelle che ha visto partecipare anche autorevoli rappresentanti dell’establishment medico del nostro paese, è stato il lavoro della Cochrane di cui l’articolo di Repubblica.

Dal 21 gennaio 2009 è, infatti, disponibile il CD della Cochrane Collaboration, che contiene al suo interno numerose reviews sistematiche della letteratura scientifica mondiale, due di queste sono dedicate all’agopuntura nelle cefalee tensive e nella profilassi dell’emicrania. Le

Polemica per il contenuto di un articolo. Le precisazioni di un gruppo di medici agopuntori e la posizione di un autorevole uomo di scienza

revisioni nascono per facilitare il compito del medico, condensando le conoscenze su un determinato argomento, permettono che le decisioni cliniche poggino su evidenze attendibili e affidabili.

La Cochrane Collaboration (CC) è un'associazione, costituita da ricercatori esperti nelle diverse branche della medicina, che ha lo scopo di produrre e divulgare revisioni sistematiche della letteratura scientifica clinica.

Una Revisione Sistemica Cochrane è considerata unanimemente l'evidenza al momento più attendibile e affidabile su un determinato argomento, per cui le conclusioni presentate nei suoi documenti sono al centro dell'attenzione non solo degli addetti ai lavori ma anche dei media. Tornando ad agopuntura e cefalea dobbiamo partire dalla constatazione che in realtà i risultati delle due revisioni sono estremamente favorevoli a questa antichissima-nuova terapia.

Infatti, nella prima review (2), intitolata "Acupuncture for tension-type headache", dall'analisi di 11 studi effettuati su un totale di 2317 pazienti sofferenti di cefalea tensiva, gli autori concludono che l'agopuntura può essere un valido approccio non farmacologico in pazienti con cefalee di tipo tensivo episodiche, frequenti o croniche.

Negli studi dove era stata comparata l'agopuntura al solo trattamento farmacologico dell'attacco acuto o al trattamento routinario, si dimostra un beneficio significativamente maggiore nei pazienti sottoposti ad agopuntura per risposta alla terapia, riduzione del numero dei giorni di cefalea e diminuzione dell'intensità del dolore. L'agopuntura *vera* risulta significativamente più efficace del-

l'agopuntura placebo sia per la risposta generica alla terapia sia per una serie di altri parametri clinici.

Nella seconda review (3), intitolata "Acupuncture for migraine prophylaxis", sono stati presi in considerazione 22 studi su 4419 pazienti. Gli autori concludono che vi è una consistente evidenza scientifica che l'agopuntura fornisca un beneficio aggiuntivo rispetto al solo trattamento degli attacchi acuti o al trattamento di routine.

Negli studi in cui l'agopuntura è comparata a procedure di agopuntura placebo di varia natura, non si evidenziano differenze significative fra l'agopuntura vera e quella placebo, peraltro i risultati dei singoli studi variano considerevolmente gli uni rispetto agli altri.

Negli studi in cui invece si esegue un raffronto fra agopuntura e farmaci, l'agopuntura è almeno di pari efficacia, se non di efficacia a volte addirittura maggiore, rispetto ai prodotti farmaceutici regolarmente usati nella profilassi dell'emigrania e presenta meno effetti collaterali.

Alla luce di tutti i dati obiettivati, gli autori suggeriscono che l'agopuntura dovrebbe essere dunque considerata una normale opzione di trattamento nei pazienti emicranici che desiderano sottoporvisi.

Queste due ultime reviews sono opera di un selezionato gruppo di esperti guidati dal tedesco Klaus Linde, del Center for Complementary Medicine Research dell'Università di Monaco, tra gli estensori dei due documenti di revisione c'è l'italiano Gianni Allais del Centro Cefalea della donna dell'Università di Torino. E proprio quest'ultimo che, nella duplice veste di coautore delle Reviews e presidente della So-

cietà Italiana di Riflessoterapia Agopuntura Auricoloterapia (S.I.R.-A.A.), stigmatizza come nell'articolo siano evidentemente travisate le conclusioni delle due reviews, presentando un'immagine totalmente distorta dei risultati e dando a questa erronea versione dei fatti un enorme risalto, degno addirittura della prima pagina.

Il giornalista estensore dell'articolo focalizza, infatti, tutta la sua attenzione sul dato che anche la semplice stimolazione con aghi di zone del corpo non codificate come punti di agopuntura, risulta per alcuni versi essere efficace.

Questo fenomeno, ben conosciuto da agopuntori e studiosi della materia che da qualche tempo s'interrogano su cosa vada inteso come placebo nella ricerca agopunturale, mal si prestava a una trattazione di tipo sensazionalistico come quella dell'articolo di Repubblica.

Afferma Allais "Il testo dell'articolo, infatti, non solo contiene numerose imprecisioni ma cosa altrettanto grave cita virgolettando frasi di Klaus Linde, simulando un'intervista in realtà mai rilasciata". A una richiesta ufficiale di smentita con gli adeguati spazi previsti per le rettifiche ai sensi di legge, il quotidiano pubblicava, nei giorni seguenti, nella rubrica *Lettere, commenti e idee*, solo una parte della lettera di Allais, facendola seguire dal commento del giornalista, che ribadiva di essersi limitato "a informare il pubblico sui risultati di uno studio riportato da un'autorevole pubblicazione scientifica internazionale".

In questa situazione di muro contro muro che inevitabilmente sembrava dover trovare conclusione nelle aule giudiziarie, irrompeva un arti-

colo pubblicato sul magazine "Salute di Repubblica" che rappresentava un significativo cambio di direzione rispetto all'articolo precedente. Con il titolo "L'agopuntura cura la cefalea. Una terapia efficace quanto i farmaci," l'autore Franco Bottaccioli ha fornito un'informazione quanto mai equilibrata, ricca di riferimenti scientifici, non dimentica delle criticità concernenti le difficoltà metodologiche che s'incontrano quando si fa ricerca nell'ambito delle Medicine Non Convenzionali, come per esempio la questione della cosiddetta agopuntura placebo (sham acupuncture), la cui non corretta comprensione ha rappresentato il punto focale di questo non esaltante esempio di divulgazione medico-scientifica.

Nel caso specifico, fatta salva la buona fede dell'autore e di chi ha titolato l'articolo, spiace vedere, che su un tema sensibile come quello della salute dei cittadini, anche una prestigiosa e autorevole testata possa a volte privilegiare il sensazionalismo a fronte di una corretta informazione basata sui fatti.

Non è solo la buona stampa, quale certamente è quella del quotidiano prima citato, che ha peccato di superficialità nell'interpretazione delle due Reviews, ma anche alcune posizioni espresse da autorevoli rappresentanti della classe medica del nostro paese non sono immuni da critiche.

Recentemente un famoso uomo di scienza, instancabile divulgatore, già Ministro della salute, in un'intervista rilasciata a un rotocalco di grande diffusione, dove tra gossip e Grande Fratello si parla anche di salute, commentando le Cochrane Reviews, ha interpretato semplicisticamente l'azione terapeutica dell'agopuntura

nelle cefalee come frutto di un “significativo effetto placebo”, esprimendo riserve sul suo utilizzo. In realtà i risultati delle Reviews dicono il contrario: è vero che la differenza tra gli effetti di una “vera” agopuntura e quelli di un’agopuntura “placebo” non è statisticamente significativa nella prevenzione della cefalea vascolare, ma in ambedue le forme l’agopuntura si è dimostrata efficace, come lo è secondo gli stessi autori nella cefalea tensiva e in numerose sperimentazioni condotte secondo i canoni dell’EBM da altri ricercatori. Rimane il problema della profilassi farmacologica, provatamente meno efficace dell’agopuntura; anche quella è riservata a chi ci crede e dovremmo abbandonarla? Sorprende che una presa di posizione così palesemente non *evidence based* sia espressa da personaggi così unanimemente stimati. Condizionamento da parte di poteri forti, posizioni acritiche di chiusura, campagne montate ad arte, sono da escludere vista la caratura dell’uomo e dello scienziato.

E’ probabile che sia solo il frutto di una scarsa informazione che, per

un uomo di scienza, è comunque colpa grave.

Giancarlo Bazzoni

Commissione MNC OMCeO
di Sassari

PER APPROFONDIRE

(Sun Y, Gan TJ.

Acupuncture for the management of chronic headache: a systematic review. *Anesth Analg.* 2008 Dec; 107(6):2038-47

Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White AR.

Acupuncture for tension-type headache *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1.

Art. No.: CD007587. DOI: 10.1002/14651858.CD00758 e Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White AR.

Acupuncture for migraine prophylaxis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art.No.: CD001218. DOI: 10.1002/14651858.CD001218. pub2

SIAAMCO - GSATN
Corso Biennale Teorico Pratico
di Agopuntura Auricolare
Cagliari 2009-2010

Date primo anno: 2/3 ott. 09 - 11/12 dic. 09 - 19/20 mar. 2010 - 7/8 magg. 2010

Direttore del Corso: Giancarlo Bazzoni - **Docenti e Tutor:** G. Bazzoni, M. Romoli, O. Sponzilli, Ignazio Farci, G. Meconcelli.

Corso Biennale suddiviso in 8 seminari (4 per anno) per un totale di 104 ore di formazione. Argomenti: terapia antalgica, dolore muscolo-scheletrico, cefalee, dolore orofacciale, disassuefazione dal fumo e da sostanze, obesità e disturbi del comportamento alimentare, ansia e patologie correlate, ottimizzazione dello stress e miglioramento della performance, turbe del sonno, massaggio pediatrico.

Segreteria Organizzativa: GSATN 348 27 58 681 - gsatnagopuntura@tiscali.it

Ecm: verrà richiesto l’accreditamento per ogni singolo seminario.

Un convegno per ricordare la svolta

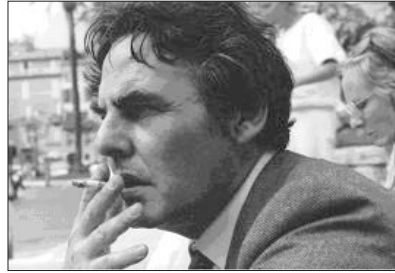
Vent'anni dal primo trapianto di rene

Febbraio 1989. Una telefonata a Giambattista Sorba avverte che il rene di un donatore è in viaggio dall'ospedale San Michele di Cagliari, destinato ad un giovane paziente di Sassari costretto da tempo a trattamento dialitico e già in lista d'attesa per trapianto.

L'agitazione in Nefrologia, l'eccitazione dei parenti, la frenesia in chirurgia, la preoccupazione in sala operatoria, l'arrivo dell'equipe chirurgica con un aereo militare dal policlinico Umberto I di Roma. Una gran confusione in tutto l'ospedale a fronte di una piena fiducia e serenità del paziente: inizia così l'avventura trapianti nell'ospedale "SS Annunziata" di Sassari.

Da quel momento Sassari diventa punto di riferimento per i tanti pazienti del Nord-Sardegna in trattamento dialitico in attesa di un trapianto, e si pone in condizioni di offrire ai pazienti sardi la terapia d'elezione dell'insufficienza renale cronica, con una migliore aspettativa di vita e una migliore qualità della vita, che prima potevano sperare di avere solo in sedi extra-regionali, nazionali o estere, a costo di mille sacrifici, non solo economici, con quelli che venivano chiamati, e non impropriamente, "viaggi della speranza".

All'epoca l'intervento veniva eseguito solo su esplicita autorizzazione della magistratura e dal 1989 al maggio 1992 furono realizzati 19 trapianti.



Il dottor Giambattista Sorba

L'equipe nefrologica, diretta allora da Giambattista Sorba, lavorava in stretta collaborazione con l'equipe chirurgica on. Nicola D'Ovidio, affiancata dall'equipe della II clinica chirurgica del policlinico Umberto I di Roma, diretta da Raffaello Cortesini e capeggiata, nella trasferta sassarese, da Dario Alfani. A guidare l'equipe anestesiológica Giovanna Pintore, impegnata da sempre sul fronte della donazione.

Il paziente, subito dopo il trapianto, veniva trasferito dalla sala operatoria presso la divisione di Nefrologia e dialisi, allora neonata: il reparto di Nefrologia era stato infatti inaugurato nel dicembre 1987, mentre il servizio di dialisi aveva iniziato il proprio percorso nel 1980, quando si era reso autonomo dal reparto di rianimazione, dove il trattamento dialitico del paziente uremico veniva praticato già dagli anni sessanta.

Nel reparto di Nefrologia, col primo trapianto di rene, ha inizio quindi l'attività clinica per l'inserimento in lista d'attesa, la degenza post-tra-

*A febbraio 1989
l'evento
che segnò
la storia
della medicina
sassarese:
eseguiti da allora
239 trapianti*

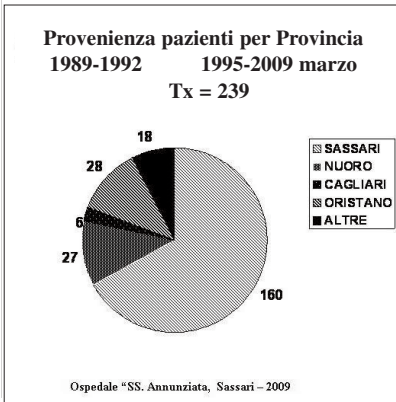


Grafico n. 1

pianto ed il follow up ambulatoriale dopo la dimissione.

Dal 1989 l'attività trapiantologia ha mostrato un costante incremento. In soli 4 anni sono stati effettuati 19 trapianti. Nel 1992 l'attività è stata interrotta per consentire la realizzazione delle sale sterili del post-trapianto secondo le direttive del Ministero della Sanità, per riprendere quindi a ritmo elevato dal novembre 1995.

Ad oggi sono 239 i trapianti eseguiti presso la struttura sassarese, consentendo di soddisfare buona parte delle richieste dei pazienti del Nord-Sardegna ma anche di pazienti provenienti dal resto dell'isola e della penisola. Circa il 10% dei trapiantati proviene infatti dalla Toscana, Campania, Liguria, Lombardia e Sicilia. Alcuni di loro hanno effettuato il secondo trapianto di rene. Tutte le fasce di età sono rappresentate, con il più giovane trapiantato che aveva 16 anni al momento dell'intervento, e il più "anziano" 73 anni.

Il Centro è stato sottoposto ad "audit" dal Centro nazionale trapianti nel 2004, ottenendo un giudizio di "eccellenza".

Sono passati 20 anni da quando la

volontà di molti nefrologi, chirurghi e rianimatori dava vita all'attività di trapianto di rene presso l'ospedale SS. Annunziata di Sassari, offrendo a pazienti affetti da una malattia complessa e invalidante, la migliore alternativa terapeutica possibile, presso la propria città, e che tuttora rimane il trattamento in grado di offrire la migliore aspettativa di vita.

Per celebrare l'esordio di tale importante attività e al tempo stesso ricordare l'impegno di molti e i risultati ottenuti, la struttura complessa di Nefrologia dialisi e trapianto, ha voluto organizzare un evento che ricordasse non solo l'impegno dei nefrologi suoi collaboratori, ma anche la preziosa collaborazione dei reparti di chirurgia d'urgenza, diretto da Nicola D'Ovidio, chirurgia dei trapianti, diretta da Pierpaolo Manca, rianimazione diretta da Demetrio Vidili e del coordinatore locale dei trapianti Giampiero Bo.

Il convegno, tenutosi a Sassari il 28 febbraio, ha visto coinvolti anche la direzione sanitaria e tutti gli altri reparti che ruotano intorno all'attività del Centro trapianti, quali il laboratorio analisi, il centro trasfusionale, il centro delle malattie della coagulazione, la radiologia, la cardiologia, l'urologia, la neurologia e la neurochirurgia.

All'evento hanno partecipato le autorità locali e regionali, i maggiori esponenti in ambito sanitario, il personale medico e infermieristico proveniente da tutta la regione, ma anche gli stessi pazienti trapiantati. Questi ultimi hanno potuto portare la loro straordinaria esperienza, raccontare come un intervento terapeutico ha potuto cambiare la loro esistenza, restituendo una qualità di vita della quale la costrizione alla dialisi li aveva privati.

Prezioso il contributo di due pazienti che hanno ricevuto il trapianto di rene nel 1989 ed il cui organo è ancora oggi perfettamente funzionante.

Accanto a loro, veri protagonisti dell'evento, l'intervento di relatori di rilevanza nazionale e internazionale in materia di trapianto, tra i quali Paolo Altieri, presidente onorario del convegno e capo dipartimento rene dell'ospedale Brotzu di Cagliari fino al 2008, Carlo Carcassi, direttore del Centro regionale trapianti, Pasquale Berloco, direttore della II Clinica chirurgica Università La Sapienza di Roma (Policlinico Umberto I), Giuseppe Segoloni, direttore dell'Unità Operativa di Nefrologia dialisi e trapianto dell'ospedale Le Molinette di Torino, e ancora Alba Vangelista, professore associato della scuola di Nefrologia dell'Università

di Bologna (Policlinico Sant'Orsola), Antonio Santoro, direttore dell'Unità operativa di Nefrologia e dialisi del Policlinico Sant'Orsola Malpighi di Bologna, e infine Lucia Rizzato, coordinatrice del Centro Nazionale Trapianti. Tutti hanno contribuito a dare il giusto peso all'attività svolta in questi 20 anni.

Ci si augura che questo rappresenti solo un inizio, che sia sempre maggiore l'interesse ad espandere tale valida possibilità terapeutica, i cui risultati già rilevanti, devono rappresentare un orgoglio ma soprattutto uno stimolo, una motivazione forte a proseguire al meglio delle potenzialità locali e regionali.

Maria Cossu

*Direttore della Struttura
Complessa di Nefrologia
Dialisi e Trapianto*

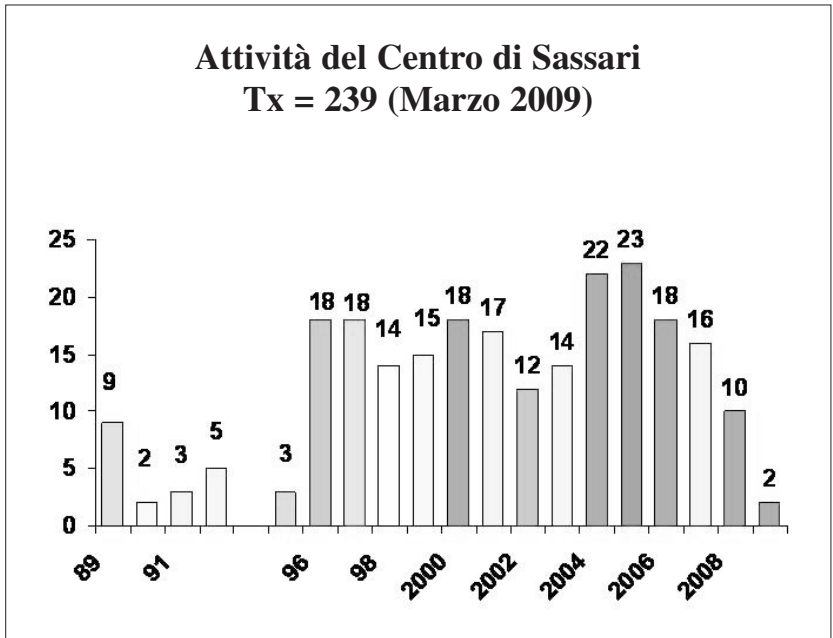


Grafico n. 2

La campagna di screening del tumore al seno

L'Azienda Sanitaria Locale n.1 di Sassari è stata scelta dalla Regione Sardegna come azienda pilota in cui varare, nel 2006, la campagna di screening sul tumore al seno. Una campagna che, nel primo round, è stata portata a termine con successo: 17 mila donne sono state raggiunte e per 157 di loro la mammografia si è rivelata un salvavita. Abbiamo intervistato Donatella Rodella, che ne ha curato l'organizzazione e che ci ha illustrato in modo accurato ed efficace l'origine, il funzionamento e i risultati.

Dottoressa Rodella, partiamo con una panoramica del quadro epidemiologico: qual è l'incidenza del tumore al seno in provincia di Sassari? Si tratta di cifre più o meno preoccupanti rispetto al dato nazionale?

Il tumore della mammella rappresenta il tumore più frequente nelle donne: costituisce infatti il 25% del totale dei tumori. Il numero di casi è massimo nella fascia d'età tra i 50 e i 69 anni, ma è molto elevata anche tra i 40 e i 49 anni. Si stima che in Italia vengano diagnosticati oltre 30.000 nuovi casi all'anno. Circa 250 mila donne hanno vissuto questa esperienza e 11.000 all'anno muoiono nel nostro paese a causa di questa patologia.

Per quanto riguarda la situazione locale, nelle ASL n. 1 di Sassari e n. 2 di Olbia, sulla base dei dati del

Registro Tumori di Sassari, il rischio di sviluppare un tumore al seno tra 0 e 74 anni è pari a 72,5 per mille donne. Dal 1992 al 2002 in provincia di Sassari si sono ammalate di carcinoma alla mammella circa 2.700 donne e dal 1995 al 2000 ne sono morte, per la stessa causa, circa 405 (1.633 a livello regionale). Il tasso d'incidenza del tumore al seno nelle donne della provincia di Sassari è di 102 ogni 100.000, simile a quello riscontrato in altre aree dell'Italia centrale ed inferiore rispetto a quello riscontrato nei registri del Nord dell'Italia e dell'Europa.

Decessi che potrebbero essere notevolmente ridotti con gli screening, giusto?

Attualmente i programmi di screening italiani per la diagnosi precoce del tumore alla mammella si rivolgono a circa il 6% della popolazione femminile: è stato stimato che l'estensione del programma di screening a livello nazionale alle donne tra i 50 ed i 69 anni, con cadenza biennale, eviterebbe circa 1.600 decessi l'anno.

Entriamo nel vivo: in cosa consiste lo screening del tumore al seno?

Quando si vuole ottenere una diagnosi precoce di cancro asintomatico, si entra nell'ambito della prevenzione secondaria (quella primaria è costituita dai corretti stili di vita, ndr) e lo si fa attraverso programmi di screening organizzati. In questo

La responsabile
Donatella Rodella
illustra
le modalità:
esami su
17 mila donne
nell'ASL n. 1

caso si invitano attivamente e gratuitamente le donne, apparentemente sane, di età compresa tra i 50 ed i 69 anni – la popolazione target – a sottoporsi al test di screening: la mammografia. Le neoplasie diagnosticate così precocemente possono essere adeguatamente trattate con interven-

Si tratta del primo esperimento in assoluto compiuto sul nostro territorio quanto agli screening dei tumori?

Nella nostra Regione non è stato mai attivato alcun programma di screening oncologico organizzato: quello attuato nella ASL n. 1 di Sassari è stato fino a poco tempo fa il

Test di Screening



Mammografia bilaterale

(biennale)

doppia proiezione
doppia lettura

FASCIA ETÀ 50-69

Immagine n. 1 . Test di Screening

ti più conservativi e una migliore prognosi.

Come è nata l'idea di una campagna di screening sul tumore al seno nella provincia di Sassari?

Il compito di varare la fase pilota per lo screening del cancro alla mammella è stata assegnata alle ASL n. 1 di Sassari e n. 2 di Olbia dalla Regione Sardegna. Le esperienze di questa fase sono state monitorate a livello regionale, valutate con la partecipazione delle aziende e trasferite alle altre aziende non coinvolte nella fase pilota, per facilitarne il compito.

primo ed unico screening organizzato nella Regione Sardegna. Ciò ha richiesto un grosso sforzo organizzativo ed un grande impegno, non solo economico: non si poteva contare su esperienze pregresse per raggiungere l'obiettivo fissato dalla Regione, che era quello di attivare lo screening mammografico entro il 2006 per non perdere i fondi messi a disposizione della Regione Sardegna dal Ministero della Salute.

Qual era il target da raggiungere?

L'obiettivo della ASL n. 1 di Sassari, in linea con le direttive regiona-

Indicatori e Risultati ASL n. 1

Popolazione invitata e adesione complessiva							
Classi di età	Popolazione invitata	n° inviti inesitati	escluse dopo invito per MX recente	escluse dopo invito per altro motivo	escluse dopo invito	popolazione rispondente	adesione corretta
50 - 54	8.291	420	1.111	126	20	3.819	52,59%
55 - 59	10.128	514	1.277	126	19	4.689	56,24%
60 - 64	9.910	535	1.025	125	19	4.537	54,34%
65 - 69	9.519	428	728	125	19	3.843	45,95%
TOTALE	37.848	1.897	4.141	502	77	16.888	53,09%

Percentuale di adesione delle donne allo screening

Indicatore di riferimento → 60%

Indicatore reale ASL 1 → 53,09%

Tabella n. 1

li, era quello di attivare lo screening per la diagnosi precoce del tumore alla mammella su tutto il territorio aziendale. Il target da raggiungere era composto da 37.848 donne, quelle di età compresa tra i 50 e i 69 anni, il 27,7% delle donne eleggibili. Si mirava a ottenere un'adesione alla campagna quanto più possibile vicina al 50%, considerando che nel nostro territorio era la prima volta che veniva intrapresa un'attività di screening organizzato. Per questo motivo, non abbiamo mai pensato di poter raggiungere al primo round una compliance pari a quella delle regioni dove lo screening è attivo da almeno 10 anni (come Toscana ed Emilia Romagna) pari a circa il 60-70%.

Quale è stato l'arco di tempo in cui si è sviluppata la campagna?

La campagna di screening è iniziata nella ASL di Sassari il 27 novembre 2006 ed è terminata il 26 giugno 2008 per proseguire il 30 giugno presso la ASL di Olbia.

Come è stato organizzato il lavoro? Quali sono state le varie fasi organizzative? Che ruolo ha giocato il Centro screening?

L'articolazione del modello organizzativo dello Screening ha previsto una serie di fasi successive. La prima è stata la fase di ricognizione, in cui sono stati analizzati il target e l'offerta sanitaria. Dalla valutazione delle strutture è emerso che le sei Senologie della provincia, per via dell'insufficienza di personale e di strutture, non avrebbero potuto essere sottoposte ad un carico di lavoro difficile da sostenere nel tempo e si è deciso di esternalizzare il solo test mammografico affidandolo ad un service esterno, tenendo all'interno dell'Azienda, tramite la creazione del Centro screening, la lettura delle mammografie ed il II livello diagnostico. Per agevolare l'accesso delle donne al test di screening, si è scelto poi l'utilizzo di una Unità Radiologica Mobile (U.R.M.). Quanto alle tecnologie, si è deciso di acquistare o digitalizzare un mammografo, un

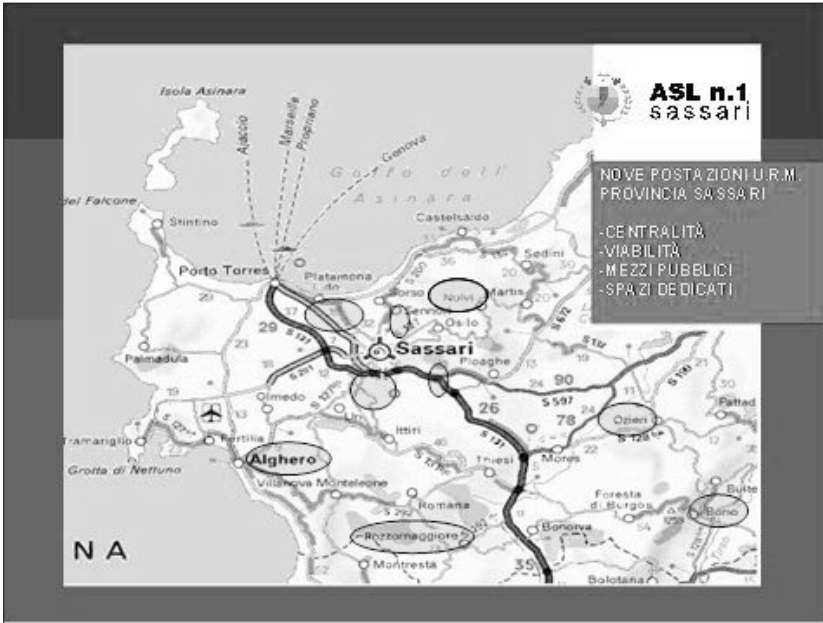


Immagine n. 2 . Siti URM

mammolux ed un ecografo da dedicare all'attività. Sono poi seguite le fasi di programmazione e di attivazione.

Abbiamo iniziato a lavorare al progetto nel mese di aprile del 2006. Il 7 novembre 2006 sono state spedite le prime lettere di invito ed il 27 novembre eseguite le prime mammografie: nel primo mese, in fase di rodaggio, sono state convocate solo 800 donne, mentre in seguito ne sono state convocate circa 2.500/2.700.

Quali sono stati gli esami da eseguire? I controlli erano gratuiti?

Il test di screening proposto era la mammografia bilaterale in doppia proiezione, un esame assolutamente gratuito. La donna target veniva invitata a partecipare allo screening tramite una lettera personalizzata che riportava giorno, ora, luogo dell'appuntamento ed informazioni utili sullo screening mammografico. Il

test veniva eseguito da TRSM a bordo di una URM. Le mammografie effettuate sull'URM venivano poi portate, entro 36 ore dall'esecuzione, al Centro Screening per la lettura.

Come vi siete comportati di fronte a un esito dubbio?

Qualora l'esame fosse risultato dubbio per la presenza di neoplasia mammaria, la donna veniva convocata telefonicamente dalla Segreteria organizzativa ed invitata ad un approfondimento diagnostico con offerta di appuntamento entro tre giorni, per permettere il contenimento dell'ansia. L'approfondimento diagnostico – il secondo livello (immagine n. 3) – avveniva in un'unica seduta o presso il Centro screening o presso le Unità Operative di Radiologia di Alghero e Ozieri, secondo la residenza della donna. Al termine degli esami, anche questi gratuiti, i radiologi provvedevano a

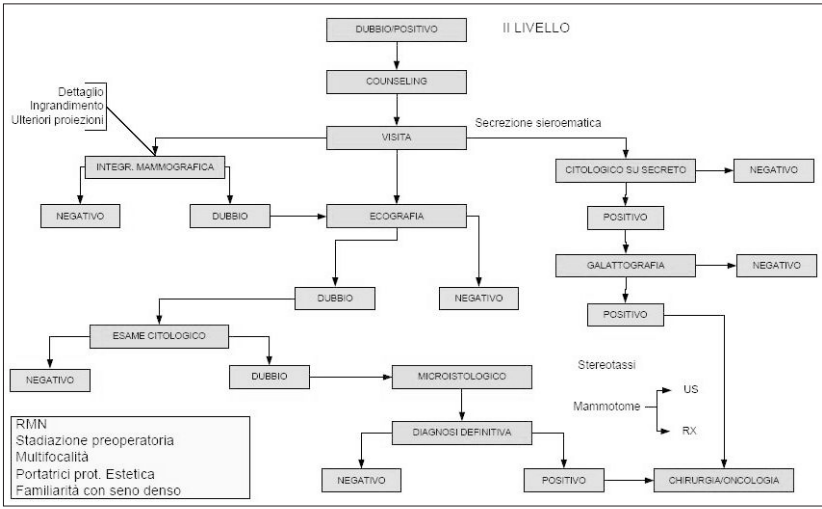


Immagine n. 3. Step approfondimento diagnostico

comunicare verbalmente alla donna il risultato e quando necessario venivano fornite tutte le indicazioni per l'intervento chirurgico, oncologico, e riabilitativo e, se richiesto, anche un supporto psicologico. Abbiamo proposto percorsi sicuri all'interno dell'Azienda, ma è sempre stata lasciata alla paziente la libera scelta di decidere come e dove risolvere il problema.

Quali i soggetti coinvolti per la riuscita della campagna?

Per il successo dell'iniziativa devono essere coinvolte diverse figure professionali ed istituzioni. Abbiamo stipulato accordi formali con diverse strutture ed enti: le Radiologie, le Chirurgie, il Servizio Psico-Sociale Aziendale, l'Anatomia Patologica, i Sindaci e gli Assessori alle Politiche Sociali dei Comuni provinciali.

Come è stata organizzata la campagna di comunicazione?

Questa immagine ha caratterizzato il I ROUND della campagna di screening della ASL n. 1: abbiamo scelto la donna di Klimt, che dipinge una donna sicura della propria identità e affrancata da secoli di oscurità. Dunque una donna di oggi, ancora talvolta vittima delle paure e dei tabù di sempre, ma capace di autodeterminazione. Anche questo è il messaggio dello screening: una



Immagine 4 Campagna di comunicazione I ROUND

donna che combatte le battaglie della vita, determinata a vincerle. Attualmente stiamo predisponendo il cambio di immagine (immagine n. 5) e di logo, concesso dal Ministero della Salute alla Regione Sardegna, identico per tutte le ASL della Sardegna: vi è raffigurato il palmo di una mano che sulla linea della vita riporta la scritta "Screening: allunga la linea della vita - Si scrive screening si legge prevenzione dei tumori"

Quali altri strumenti sono stati utilizzati per arrivare alle donne?

Oltre alla campagna mediatica, sicuramente ha funzionato anche il passaparola: le donne che si sono sottoposte al test ci hanno più volte manifestato il loro gradimento sia per l'iniziativa che per la professionalità di tutti gli operatori. Oltre all'Ufficio Relazioni Esterne e all'Ufficio Stampa Aziendale, ci siamo avvalsi di operatori inviati nei mercatini rionali dei paesi dove era presente l'URM, abbiamo partecipato a eventi culturali come quello dedicato all'Osservazione lunare e ad incontri mirati con le donne, organizzati dalle associazioni e dal mondo del volontariato.

Quali sono state le maggiori difficoltà o resistenze che hanno ostacolato la campagna di screening?

Alcune criticità riscontrate nella fase organizzativa sono state la lentezza della logistica aziendale e delle procedure di acquisto di apparecchiature radiologiche, di nuovi arredi ed adeguamento dei locali destinati al Centro Screening; l'approssi-

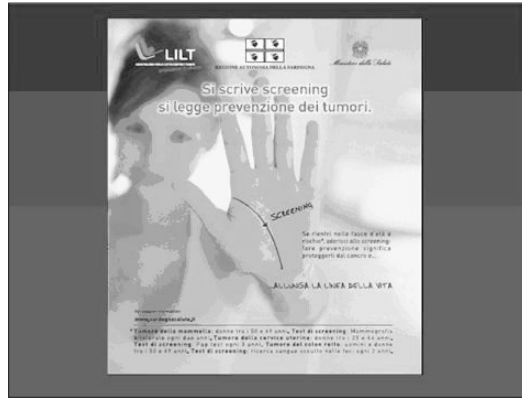


Immagine 5 Campagna di comunicazione

mazione nel definire le agende quindi il non rispetto dei tempi ed i riaggiustamenti continui del cronogramma; il cambio della Direzione aziendale in corso d'opera. Per quanto possibile abbiamo cercato di seguire con cadenza quasi giornaliera tutte le operazioni inerenti gli acquisti, la logistica, il rispetto della tempistica. Per quanto riguarda il cambio della Direzione aziendale si è cercato di ridefinire i percorsi in parte già tracciati secondo le nuove direttive e nel più breve tempo possibile.

Altre problematiche, non prevedibili o con un impatto superiore al previsto, sono state ad esempio l'opposizione di alcuni sindacati ed alcune istituzioni locali alla scelta aziendale di acquistare la fornitura di mammografie di I livello da un privato accreditato o il difficile coinvolgimento al progetto dei medici di medicina generale, legato alle difficili trattative in corso in quel periodo con la Regione, una situazione che ha avuto purtroppo ripercussioni anche sul loro coinvolgimento nello screening, ma sono sicura che nel II round saranno al nostro fianco e collaboreranno per raggiungere l'obiettivo di raggiungere una compliance pari almeno al 60%.

Indicatori e Risultati ASL n. 1

KM identificati con lo Screening					
Classi di età	n° donne operate - diagnosi benigna	n° donne operate - diagnosi maligna	n° donne operate a seguito di solo esame citologico	n° donne operate a seguito di solo esame microistologico	n° donne con KM non operabili
50 - 54	-	33	-	33	1
55 - 59	1	41	-	41	-
60 - 64	-	40	-	40	-
65 - 69	3	43	1	42	1
TOTALE	4	157	1	156	2

Numero casi identificati

Indicatore di riferimento → 0,8%

Indicatore reale ASL 1 → 0,9%

Tabella n. 2

Qual è stata la risposta delle donne?

La risposta delle donne allo screening è stata buona. Come già detto, si è raggiunto l'obiettivo di coinvolgere almeno il 50% delle donne target (53,09): si sono sottoposte al test circa 17.000 donne. Abbiamo notato che è difficile coinvolgere il target di età pari o superiore ai 58 anni. Si è comunque registrata la maggiore adesione nelle zone dove il livello culturale e sociale non si può considerare elevato: in quelle fasce diverse donne non avevano mai eseguito una mammografia, per cui l'invito attivo a partecipare allo screening da parte dell'Azienda Sanitaria è stato determinante. Nel prossimo round (nel prossimo ciclo di screening, ndr) sarà monitorata anche la scolarità delle donne che parteciperanno all'iniziativa, per avere anche dati qualitativi, oltre che quantitativi, sul target.

Quante donne "a rischio" sono state individuate grazie allo screening?

Per quante di loro lo screening si è cioè rivelato un salvavita?

Con lo screening sono state individuate 157 donne affette da patologia tumorale, pari allo 0.9 % del totale. (tabella 2), che sono state avviate agli adeguati percorsi di cura.

Nel periodo in cui la Asl proponeva lo screening, il numero di richieste di effettuare le mammografie presso le strutture pubbliche non è sceso, ma addirittura aumentato. Come si spiega questo?

Valutando il numero delle mammografie erogate dalle strutture aziendali prima dell'inizio dello screening e dopo la sua attivazione, emerge che tale numero non è diminuito, ma addirittura aumentato rispetto all'anno precedente

Il fenomeno potrebbe essere legato ad una maggior offerta di esami - è stata infatti riaperta la Senologia 1 - ma anche al fatto che la campagna di screening ha agito indirettamente, sollevando nell'intera popolazione

CDC	STRUTTURA	2006	2007
EA0108	Alghero	1693	2083
EO0113	Ozieri	1628	1833
ES0116	Senologia 1	247	3379
ES0118	Conti	3323	3206
ES0215	Scienze Radiologiche	4462	3338
	Centro oncologico	4428	3507
TOTALE		15781	1734

Tabella n. 3

femminile una maggiore attenzione verso la prevenzione dei tumori. Inoltre si è rilevata una diminuzione dei tempi di attesa per l'erogazione delle mammografie da parte delle strutture aziendali: a fine 2006 l'attesa era di circa quattro/sei mesi, a fine 2007 era scesa a 85 giorni (Fonte CUP).

Perché le campagne di screening, nonostante siano operazioni molto costose di sanità pubblica, pagano sia in termini di vite salvate, sia sul piano meramente economico?

Una vita salvata non ha prezzo: con lo screening, abbiamo salvato la vita di 157 donne. La prevenzione sanitaria ha sicuramente un costo ed i suoi benefici sono valutabili solo nel medio e lungo termine. Forse per questo motivo è sempre stata la "cenerentola" della medicina e sempre troppo poco si è investito in questo campo. Diagnosticare precocemente una malattia, se non addirittura evitarla, costa però meno in termini economici che curarla, senza considerare i vantaggi di ordine sociale che questo comporta: gli ingenti costi dei trattamenti oncologici e le scarse risorse della sanità pubblica sono un ulteriore incentivo

a proseguire con campagne di screening di dimostrata efficacia per la prevenzione di patologie tumorali.

Quali saranno i prossimi passi che la ASL n.1 intende compiere nel senso della prevenzione dei tumori?

Nei primi mesi del 2009 inizierà il secondo round dello screening sul tumore alla mammella: attualmente l'URM sta completando il programma nella ASL di Olbia, seguirà a metà anno l'avvio dello screening per la diagnosi precoce del tumore al colon retto ed entro la fine del 2009 sarà attivo lo screening per la prevenzione del tumore alla cervice uterina. Queste sono le prossime sfide che la ASL n. 1 di Sassari affronterà e per le quali stanno già predisponendo i piani operativi.

ORARI DI APERTURA DELL'ORDINE AL PUBBLICO

lunedì – mercoledì – venerdì:
dalle ore 11.00 alle ore 13.00

martedì: dalle ore 11.00
alle ore 13.00 e dalle ore 16.00
alle ore 18.00

giovedì: dalle ore 11.00
alle ore 15.30
(orario continuato)

Un'esistenza breve, intensa, generosa

Ricordo di Zina Virdis

Lettera ad una cara amica

Raccontare una persona, agli altri è sempre difficile, senza dire delle banalità.

Che cosa era Zina per noi?

Era una forza della natura, energia allo stato puro, infaticabile anche quando era stanca. "Ragazzi sono arrosto" era la sua frase tipica.

La sua energia è rimasta, fa parte di noi, la sentiamo in ogni nostro pensiero, ed in ogni nostra azione, non ci lascia mai soli.

La sua esistenza, è stata breve ma molto intensa; come una centometrista, sembrava volesse anticipare il suo futuro, mentre ci incantava, disegnando rapida la vita in una corrente inesauribile di progetti, ma anche subito pronta ad ascoltare, partecipe e ad incoraggiare con la sua trasversale generosità.

La nostra professione è difficile, ci mette a contatto con il dolore degli altri, con le loro vite, entriamo nelle loro case a volte nelle loro anime, ci chiamano "angeli" nobilitandoci forse troppo, questo lavoro ci dà tanto, ma tanto ci toglie, quando non riusciamo a salvare una vita.

Zina era una di noi, non si è mai risparmiata, né mai tirata indietro, ha preso sempre tutto di petto nella vita, anche la morte.

Questa è arrivata in pochi minuti,



La dottoressa Zina Virdis

ad interrompere un'esistenza piena: la presenza dei figli amatissimi, il marito un compagno di vita, la sua anima gemella, il lavoro.

Quel pomeriggio fatale del 6 ottobre del 2008, lei che temeva tanto la pioggia, quasi come un presagio, ci ha lasciato, in una giornata di sole.

Ciao Zina

ORARIO DI RICEVIMENTO DEL PRESIDENTE DELL'ORDINE

Il Presidente dell'Ordine, dottor Agostino Sussarellu, riceve tutti i martedì pomeriggio presso la sede dell'Ordine previo appuntamento da stabilire al numero di telefono 079/234430

La scadenza per il pagamento del contributo

ONAOSI: l'iscrizione volontaria è possibile in ogni periodo dell'anno

solidarietà

*Sostegno
a figli e orfani
di medici
veterinari
e farmacisti*

Il 31 marzo di ogni anno scade il termine per il pagamento del contributo per l'iscrizione volontaria Onaosi. L'iscrizione volontaria è comunque possibile in ogni periodo dell'anno. La Fondazione ha obiettivi di solidarietà e assistenza. Scopo primario: sostegno, educazione, istruzione e formazione degli orfani, figli legittimi, adottivi o naturali riconosciuti, di medici veterinari, farmacisti, medici chirurghi e odontoiatri, contribuenti obbligatori o volontari, per consentire di conseguire un titolo di studio e di accedere ad una professione o di arte. Le prestazioni e servizi consistono in: ammissione in strutture (collegi e centri formativi); contributi in denaro, di carattere ordinario e/o straordinario; interventi diretti a favorire la formazione; interventi speciali a favore dei disabili; assegnazione di alloggi vacanza agli assistiti e non assistiti. Le quote variano in base al reddito e all'anzianità ordinistica e vanno da un minimo di Euro 25,00 annui fino ad un massimo di Euro 155,00.

RIEPILOGO DELLE EROGAZIONI IN DENARO A FAVORE DEGLI STUDENTI ASSISTITI ONAOSI

CONTRIBUTO IN DENARO	DESCRIZIONE CONTRIBUTO	IMPORTI
Età prescolare	Destinatari: assistiti a domicilio. Viene erogato a coloro che appartengono ad una fascia d'età in cui non è previsto l'obbligo scolastico. Deve essere richiesto entro giugno.	euro 3200
Elementari	Destinatari: assistiti a domicilio che frequentano le scuole elementari. Deve essere richiesto entro giugno.	euro 3300
Medie inferiori	Destinatari: assistiti a domicilio che frequentano le scuole medie inferiori. Deve essere richiesto entro giugno.	euro 3400
Medie superiori	Destinatari: assistiti a domicilio che frequentano le scuole medie superiori. E' tollerata n. 1 ripetenza. Deve essere richiesto entro giugno.	euro 3600
Rimborso retta per Convitto non Onaosi	Destinatari: assistiti a domicilio. Viene erogato a coloro che sono ospiti di Convitti non gestiti dalla Fondazione. Si tratta di un rimborso della retta per l'ospitalità che, sommato al contributo base e all'integrazione come fuori sede, non può superare la somma annua di 5.000,00 .	euro 5000 massimo
Universitari	Destinatari: assistiti a domicilio Viene assegnato a coloro che sono iscritti e frequentano un corso di studi universitario (laurea vecchio ordinamento, laurea magistrale a ciclo unico, laurea triennale nuovo ordinamento, laurea magistrale biennale, corsi post-diploma Scuola Media Superiore ritenuti equivalenti ai corsi universitari). Viene erogato un numero complessivo di contributi pari alla durata del corso + n. 1 anno fuori corso per lauree triennali e specialistiche biennali, oppure + 2 anni fuori corso per le lauree specialistiche a ciclo unico. Coloro che sono iscritti ad anni successivi al primo devono dimostrare un progresso negli studi di 30 crediti o 3 esami all'anno (solo per le lauree a ciclo unico). Deve essere richiesto entro febbraio dell'anno successivo.	euro 4000
Corsi di formazione professionale	Destinatari: assistiti a domicilio che frequentano un corso annuale di formazione professionale post-diploma. Il contributo viene definito di volta in volta dalla Giunta Esecutiva.	il contributo massimo è di 4000 euro
Formazione post-laurea	Destinatari: assistiti a domicilio. Viene erogato a coloro che frequentano un corso di formazione post-laurea. Sono previsti n. max. 100 contributi per ogni anno accademico. Deve essere richiesto entro febbraio.(Delibera al vaglio dei Ministeri vigilanti)	4000 euro
Integrazione del contributo per fuori sede	Destinatari: assistiti a domicilio (scuola media inferiore, superiore, universitari, formazione post-laurea, formazione professionale). Viene assegnato, come integrazione del contributo ordinario, a chi frequenta il corso di studi in un comune situato in diversa provincia e ad almeno 100 Km da quello di residenza. In alternativa occorre dimostrare, tramite un contratto d'affitto o una ricevuta fiscale, di pagare un affitto o una retta.	euro 500 per media inferiore, euro 600 per superiori, euro 2000 per universitari e specializzandi.
Contributo forfetario agli assistiti ospiti dei Collegi Universitari	Destinatari: assistiti ospiti dei Collegi Universitari di Perugia.	euro 2200
Contributo forfetario agli assistiti ospiti dei Centri Formativi	Destinatari: assistiti ospiti dei Centri Formativi Universitari	euro 7000

RIEPILOGO DELLE EROGAZIONI IN DENARO A FAVORE DEGLI STUDENTI ASSISTITI ONAOSI		
CONTRIBUTO IN DENARO	DESCRIZIONE CONTRIBUTO	IMPORTI
Contributo estivo ai convittori	Destinatari: assistiti ospiti dei Convitti Onaosi.	euro 600
Soggetti disabili che studiano	Gli assistiti ONAOSI (come stabilito dall' art. 6 dello Statuto) riconosciuti, da apposita Commissione (L. 104/92 art. 4), soggetti portatori di handicap ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge 104/92 con un'invalidità civile minima del 46% . I contributi vengono erogati fino al 40esimo anno di età. I requisiti di merito sono più elastici. L'importo del contributo varia a seconda della scolarità ed è pari a quello degli assistiti a domicilio. (Delibera al vaglio dei Ministeri vigilanti)	vario importo a seconda della scuola frequentata
Soggetti disabili che non studiano	Gli assistiti ONAOSI (come stabilito dall' art. 6 dello Statuto) riconosciuti, da apposita Commissione (L. 104/92 art. 4), soggetti portatori di handicap ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge 104/92 con un'invalidità civile dal 74 al 100% .Devono avere reddito inferiore a 21000 euro. I contributi non vengono erogati a chi ha fatto domanda di ammissione alle prestazioni dopo il 1° luglio 2007. (Delibera al vaglio dei Ministeri vigilanti)	3600 euro
Corso lingua all'estero di almeno n. 2 settimane	I destinatari sono gli assistiti ONAOSI iscritti: - agli ultimi tre anni di una scuola media superiore; - ad un corso universitario, purché non fuori corso o ripetenti. Viene erogato, in base ad una graduatoria d'assegnazione, a coloro che frequentano corsi di lingua all'estero. Sono previsti n. max. 150 contributi per ogni anno accademico o scolastico. Deve essere richiesto entro febbraio.	rimborso spese fino al massimo di euro 1300
Contributo per scambi culturali all'estero (erasmus/socrates, sism, ecc.)	Destinatari:tutti gli assistiti universitari. Viene assegnata una tantum a coloro che partecipano a tali progetti di scambio culturale all'estero.	euro 500 per durata fino a 6 mesi - euro 1000 per durata oltre 6 mesi
Integrazione assistenziale	Destinatari: tutti gli assistiti in disagiate condizioni economiche. Il parametro è il reddito dell'anno precedente dell'assistito sommato a quello dei genitori viventi. Sono previste due fasce di assegnazione: 1) per redditi fino a 21.000 euro 2) per redditi compresi tra 21.000 e 32.000. Deve essere richiesto entro agosto.	1) euro 2500 2) euro 1500
Nuovi ammessi alle prestazioni ONAOSI	Destinatari: hanno titolo alle prestazioni della Fondazione gli orfani o figli di Sanitari come indicato nell'art. 6 dello Statuto. Le prestazioni da erogarsi inizialmente agli assistiti sono disciplinate dalle stesse disposizioni relative ai contributi ordinari. L'importo è frazionato in dodicesimi a seconda del mese in cui viene presentata l'istanza di ammissione alle prestazioni.	vario importo a seconda della scuola frequentata
Contributi straordinari	Vengono assegnati dalla Giunta Esecutiva sulla base di apposita relazione di servizio sociale	importo da definire di volta in volta

RIEPILOGO DELLE EROGAZIONI IN DENARO A FAVORE DEGLI STUDENTI ASSISTITI ONAOSI		
CONTRIBUTO IN DENARO	DESCRIZIONE CONTRIBUTO	IMPORTI
Premio di promozione	Destinatari: tutti gli assistiti della scuola media inferiore e superiore. Viene erogato agli studenti di scuola media superiore che sono promossi con la media minima del 7/10, nonché agli studenti della scuola media inferiore con un giudizio minimo di distinto ed almeno due ottimo, oppure licenza finale con giudizio di ottimo. Deve essere richiesto entro due mesi dalla promozione.	euro 300 per scuole medie inferiori euro 400 per scuole superiori
Premio di studio studenti universitari	Destinatari: tutti gli assistiti universitari. Viene erogato a coloro che completano tutti gli esami previsti dal piano di studi per l'anno in corso entro le normali sessioni, con la media di 24/30, nonché tutti gli esami degli anni precedenti. Non viene erogato a chi si iscrive come fuori corso o ripetente. Deve essere richiesto entro aprile.	600 euro
Premio di laurea	Destinatari: tutti gli assistiti universitari. Contributo una tantum che viene erogato a coloro che conseguono la laurea in corso con la votazione minima di 100/110, entro il 30° anno di età. Deve essere richiesto entro due mesi dalla laurea.	1000 euro

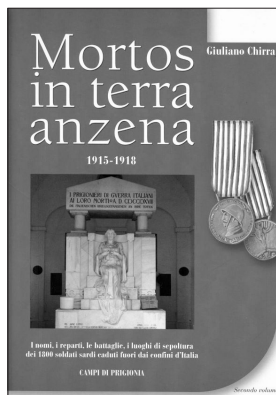
L'iscrizione all'ONAOSI è un'opportunità a tutela della famiglia dei sanitari

Sito web dell'Ordine: **www.omceoss.org**
e-mail dell'Ordine: **ordine@omceoss.org**

Storie dimenticate della “Grande Guerra”

Mortos in terra anzena: i sardi caduti (1915-18) fuori dall’Italia

Nella serata di venerdì 27 marzo ho partecipato alla presentazione del libro di Giuliano Chirra “Mortos in terra anzena” che si è tenuta nella sede della Brigata Sassari alla presenza di molte autorità e di un numeroso e attento pubblico; avevo incarico dal Presidente di rappresentare la giusta soddisfazione del nostro Ordine per una iniziativa così meritoria e complessa quale la ricerca dei nomi e delle sepolture dei giovani sardi caduti sui vari fronti della prima guerra mondiale, condotta dal dottor Chirra in sette anni di faticose ricerche d’archivio e di viaggi in mezza Europa. Era il 1993 quando, in una mostra a Uri, vidi per la prima volta i disegni dedicati da Giuliano alle vicende della Brigata Sassari: furono per me la scoperta di oggetti, uniformi, volti che davano con freschezza la percezione di ciò che era stata la guerra anche nei suoi aspetti



di vita quotidiana ma, soprattutto, restituivano il sapore di un passato che ha permeato la nostra cultura tanto da costituire una delle radici più vitali della identità sarda. Chirra ha dedicato altri studi importanti alla nostra civiltà contadina (ricordiamo il volume *Su yuvu e i su karru*) ma oggi ha fatto molto di più: ha riesumato nomi, volti, luoghi di giovani che rischiavano di essere dimenticati, eroi della guerra e vittime degli stenti e delle malattie, che fioriscono spesso dove c’è miseria umana (e non mi riferisco solo a quella materiale). Si ha la sensazione che l’Autore si sia mosso come spinto da una pietas quasi virgiliana nella riscoperta degli antenati, a cui certamente non è

estranea la sua formazione e la sua sensibilità di medico, una ricerca dell’antica madre che lo ha portatò a scavare nelle memorie delle quali è impregnata la nostra terra, ma che diventa veramente significativa solo se riusciamo a scorgere i segni lasciati anche “in terra anzena” e grazie ai quali i giovani caduti hanno potuto in qualche modo tornare a vivere nella mente e nel cuore dei sardi.

Giovanni Biddau

Pubblichiamo l’introduzione dell’opera che il collega Giuliano Chirra ci ha regalato. Si tratta di tre volumi che contengono i risultati di una paziente e accuratissima ricerca sui soldati sardi caduti nella Grande Guerra (1915-1918) al di fuori dei confini d’Italia.

L’autore è riuscito a ricostruire il percorso di più di 1.800 militari (650 morti in combattimento, 1.200 in prigionia e a portare alla luce storie di uomini e memorie “oscurate” a lungo dal mito della Brigata Sassari.

*Ricostruite
le vicende
di 1.845 soldati
di cui le fonti
“ufficiali”
avevano quasi
perduto
la memoria*

Abbiamo girato per l'Europa alla loro ricerca, e li abbiamo trovati. Sono i 1845 soldati sardi caduti fuori dai confini d'Italia nella Grande Guerra: circa 650 morti in combattimento, in Libia, in Albania, in Macedonia, in Francia, in affondamento di nave e circostanze diverse; 1200 morti nei campi di prigionia. Nel totale dei nostri 13800 caduti (secondo i dati ufficiali, approssimati per difetto) nel 1915-1918, rappresentano ben oltre il 10%; ed il numero di 1200 morti in prigionia, sullo stesso totale, non può passare inosservato.

In Sardegna la memoria storica di quell'evento è ancora viva; davanti ad un monumento ai Caduti o in occasione di commemorazioni, fra coloro che sono nati dopo il 1920 si parla ancora di quegli uomini, come se si trattasse di gente che manca dal paese da non molto tempo; si tesse il filo delle parentele e dei legami di sangue, ed ecco che i nomi sulle lapidi riacquistano una loro vita.

Diventa facile rievocare le generazioni e ricostruire le vicende di quel "gruppo di sangue" che risponde al concetto latino di *gens*, traducibile in sardo bittese con *ereu* o *eretate*, termini equivalenti che indicano indifferentemente l'ascendenza e la discendenza.

Nei nostri paesi non è difficile, in molti casi, riconoscere anche la casa natale, *sa domo matzore*, di quei nomi sulle lapidi; ogni volta che qualcuno ha condotto queste ricerche, la comunità ha risposto con una partecipazione che va oltre l'atteggiamento dovuto ad una convenzione sociale.

Diverse iniziative di questi ultimi anni lo dimostrano (Ula Tirso, Sedilo, ecc.). In quanti paesi d'Italia è ancora

possibile richiamare queste radici?

D'altronde il passare inesorabile del tempo cambia tutte le cose; in Sardegna, oggi, la memoria storica della guerra del 1915-1918 è quasi identificata con la storia della Brigata *Sassari e*, in misura minore, della *Reggio*.

La storia della *Sassari*, soprattutto, sta sconfinando nella leggenda; e - in virtù del primato ideologico, sociologico e militare, conferitole dagli Ufficiali e dai soldati che vi hanno militato - diventa sempre più uno dei simboli di orgoglio "nazionale" di questo popolo isolano.

Ma la Grande Guerra in Sardegna non è solo la *Sassari* e la *Reggio*; il sacrificio di quel "...popolo in armi..." (Emilio Lussu) è stato sopportato e condiviso con minore celebrazione da altri Sardi. Fra questi vi sono i 1845 isolani che hanno perduto il diritto alla sepoltura nella propria terra, *in domo issoro*, e che riposano sparsi nei cimiteri di terre straniere, *in terra anzena*.

Un proverbio sardo del Nuorese dice: *kie non ghirat a domo sua est pèrditu* ("chi non riesce a ritrovare la strada di casa è perduto per sempre"). Ma... sono perduti davvero quei nostri conterranei? Sono svaniti davvero nel buio della Storia? Forse no.

Chi sono, dunque, quegli uomini sardi? Quanti sono? Quale è la loro storia? Dove sono sepolti? Che cosa è rimasto in quei luoghi dopo novanta anni?

Queste domande, nel loro insieme, sono il concetto informatore della ricerca. Tutto quello che abbiamo fatto è in funzione di esse.

Non a tutte abbiamo potuto dare una risposta, ma alla maggior parte sì.

E le risposte che abbiamo avuto



Da sinistra Giuliano Chirra autore del libro, il presidente della provincia Alessandra Giudici, il comandante della Brigata Sassari Alessandro Veltri e il presidente dell'Associazione Nazionale Brigata Sassari Elio Cossu

hanno portato alla luce un cammino poco conosciuto, anzi tanti cammini - tracciati lungo *le strade d'Europa* - quanti sono gli uomini che abbiamo potuto rintracciare. Della maggior parte di essi abbiamo ripercorso - anche in senso reale - la strada che li ha portati fuori dall'Isola. Con questo intento, sei anni fa, abbiamo cominciato la ricerca: identificare, contare e rintracciare i nostri conterranei morti fuori dai confini d'Italia nella campagna di guerra del 1915-1918.

Il *primum movens* è stata la lettura delle note biografiche dell'Albo d'Oro: "... morto in Francia in combattimento... disperso in Libia in combattimento... morto in Macedonia... morto in Albania per malattia... morto in prigionia... disperso in prigionia in Boemia... morto in prigionia per affondamento di nave...".

Gli interrogativi sono nati da soli: che cosa faceva costui in Francia? In Macedonia? Morto in prigionia? Dove?

Passo dopo passo, pagina dopo pagina, mano a mano che l'acquisi-

zione delle fonti documentarie si arricchiva, ed aumentavano le informazioni, si aprivano altre possibilità di ricerca, e l'orizzonte, anche geografico, si allargava e si schiariva. Ai nomi conosciuti e familiari del Carso, della Bainsizza, dell'Isonzo, di Asiago, del Grappa, del Pasubio, di Caporetto, del Tagliamento e del Piave, si sostituivano quelli di battaglie sconosciute: Bligny, Soupir, Epernay, Tarhuna, Gebel, Zintan, Santi Quaranta, Valona, Durazzo, Monastir, Cerna, quota 1050, Salonico ed altri; poi quelli ancora più tristi di Milovice, Samorin, Jindrichovice, Ostffyasszonyfa, Zalaegerszeg, Mauthausen, Wegscheid, Colonia, Monaco di Baviera, Marchtrenk, Sigmundsherberg, Aschaak sul Danubio, Varsavia, ed altri ancora.

Poi quelli che non esistono più nella toponomastica attuale: Heinrichsgrunn, Milowitz, Jaratok ecc., ma che trovano oggi la loro collocazione nei registri di Stato Civile dei Comuni della Sardegna.

A margine dei casi registrati in Sardegna

1/La meningite meningococcica sintomi, contagio, profilassi

In questi ultimi mesi in Sardegna l'insorgere di casi di meningite ha suscitato preoccupazioni dell'opinione pubblica e attenzione delle strutture e degli operatori sanitari. Per approfondire il tema pubblichiamo l'intervento di Paolo Castiglia.

Introduzione

Sebbene le meningiti virali siano le più frequenti, sono le più rare meningiti batteriche che destano le maggiori preoccupazioni dal punto di vista clinico e di sanità pubblica. Le prime, infatti, non hanno di solito conseguenze gravi e si risolvono nell'arco di 7-10 giorni. Le seconde invece sono estremamente più serie, essendo gravate da possibili sequele e da elevata letalità anche in situazioni di pronta attuazione di un'appropriata terapia antibiotica. Per questo motivo, negli ultimi anni, si è reso necessario sia approfondire le conoscenze epidemiologiche sul fenomeno, che avviare linee di ricerca per lo sviluppo di vaccini sempre più efficaci, sicuri, ben tollerati e dai costi accettabili. Così, parallelamente al sistema di notifica obbligatorio per le malattie infettive, è stato attivato in Italia dal 1996 un Sistema di Sorveglianza delle malattie invasive da meningococco, pneumococco ed emofilo, i principali agenti eziologici batterici di meningite e di altre malattie invasive. Mentre diverse

case farmaceutiche hanno investito ingenti fondi e condotto numerose ricerche e sperimentazioni per pervenire alla produzione di vaccini che soddisfacessero alle caratteristiche richieste. La possibilità di utilizzo dei vaccini oggi disponibili deve essere vista secondo due diversi approcci: uno di sanità pubblica, secondo il quale il Servizio Sanitario offre la vaccinazione con una strategia che soddisfa i requisiti di equità ed economicità ed uno di profilassi individuale, secondo il quale ciascun cittadino, in accordo col proprio medico, aderisce volontariamente ed a proprie spese alla vaccinazione.

Nelle meningiti batteriche, il periodo di incubazione della malattia varia a seconda dell'agente causale e questo va tenuto in considerazione per la chemioprolifassi dei contatti da effettuare solo in taluni casi.

In generale, la malattia è contagiosa solo durante la fase acuta dei sintomi e nei giorni immediatamente precedenti l'esordio.

Ogni anno vengono segnalati al sistema, coordinato dall'Istituto superiore di sanità, circa 800 casi. Per i casi in cui si conferma l'eziologia da meningococco, il Dipartimento di malattie infettive dell'Istituto Superiore di Sanità effettua la caratterizzazione del microorganismo, indispensabile per la comparazione delle caratteristiche fenotipiche e genotipiche dei ceppi responsabili di casi nel nostro Paese e negli

*Ogni anno
sono segnalati
in Italia
circa 800 casi.
I vaccini
disponibili*

altri Paesi europei. Per una rapida identificazione l'ISS si avvale anche di laboratori regionali accreditati. Quello della Sardegna afferisce all'Istituto di Igiene dell'Università di Sassari.

Seppure caratterizzate da un iniziale simile corteo sintomatologico e, in prima istanza, da un comune approccio diagnostico-terapeutico, le meningiti e le altre malattie invasive batteriche necessitano di una trattazione separata.

Il recente verificarsi nel nostro territorio di episodi di malattia invasiva da meningococchi, che hanno avuto grande risonanza mediatica, induce pertanto a trattare per prima questa forma. Nelle successive edizioni verranno via via trattate le altre forme, cui seguirà una periodica rassegna delle più importanti vaccinazioni.

Il quadro epidemiologico dell'infezione e della malattia da *Neisseria meningitidis* (meningococco)

La *N.meningitidis* (meningococco) è un batterio Gram-negativo che si presenta sotto forma di diplococchi a chicco di caffè. Il batterio infetta esclusivamente la specie umana. Esistono diversi sierogruppi di meningococchi, di cui i più rilevanti dal punto di vista epidemiologico sono 5: A, B, C, Y, W-135.

I sintomi non sono diversi da quelli delle altre meningiti batteriche (rigidità nucale, cefalea, febbre alta, vomito o nausea, alterazione del livello di coscienza, convulsioni) e l'identificazione del microorganismo responsabile viene effettuata su un campione di liquido cerebrospinale o su sangue, con test rapidi presuntivi

di agglutinazione, da confermare poi con metodiche di biologia molecolare, parallelamente all'isolamento su terreni di coltura. La trasmissione del germe avviene per via respiratoria, e il rischio di sviluppare la malattia sembra essere maggiore in persone che hanno acquisito l'infezione da poco, rispetto a chi invece è portatore da più tempo.

I malati di meningite o altre forme gravi sono considerati contagiosi per circa 24 ore dall'inizio della terapia antibiotica specifica. La contagiosità è comunque bassa, e i casi secondari sono rari. Il meningococco può tuttavia dare origine a focolai epidemici. Per limitare il rischio di casi secondari, è importante che i contatti stretti dei malati effettuino una profilassi con antibiotici.

In particolare, vengono definiti come contatti stretti di un malato i conviventi, chi ha dormito o mangiato spesso nella stessa casa del paziente, le persone che nei sette giorni precedenti l'esordio hanno avuto contatti con la sua saliva (attraverso baci, stoviglie, spazzolini da denti), i sanitari che sono stati direttamente esposti alle secrezioni respiratorie del paziente (per esempio durante manovre di intubazione o respirazione bocca a bocca).

Inoltre, la sorveglianza dei contatti è importante per identificare chi dovesse presentare febbre, in modo da diagnosticare e trattare rapidamente eventuali ulteriori casi. Questa sorveglianza è prevista per 10 giorni dall'esordio dei sintomi del paziente.

La prevalenza dello stato di portatore di ceppi patogeni nella popolazione generale è attorno al 10%, ma sono stati registrati anche valori più elevati (30%), talvolta in concomitanza di episodi epidemici, mentre l'incidenza di malattia invasiva è da

considerarsi rara. Ripetuti periodi di stato di portatore, anche di ceppi non patogeni, come la *N.lactamica*, sono importanti nel generare l'immunità naturale contro la malattia. Per il sierogruppo C, il rischio di malattia risulterebbe 100 volte inferiore durante il secondo episodio di stato di portatore rispetto al primo e circa 400 volte inferiore per il sierogruppo B. Non sono completamente note le condizioni che influenzano l'equilibrio tra lo stato di portatore asintomatico e l'invasione batterica, ma sono probabilmente coinvolti fattori come la virulenza del ceppo batterico, lo stato di immunità specifica e non-specifica, l'interferenza da parte di infezioni virali, lo stato nutrizionale, alcuni fattori ambientali come l'inquinamento atmosferico (polveri, fumo) e le condizioni climatiche. La *Neisseria meningitidis* è trasmessa per aerosol o contatto diretto con secrezioni respiratorie di malati o portatori asintomatici; non esiste serbatoio animale od ambientale. I meningococchi sono ancora altamente sensibili alla penicillina. Altri antibiotici come la rifampicina sono necessari per eliminare la colonizzazione orofaringea.

Il continente in cui si verifica il maggior numero di casi di malattia è l'Africa, ove prevale il sierogruppo A. Il sierogruppo A è causa della maggior parte delle grandi epidemie, incluse le esplosioni epidemiche che si riproducono ciclicamente ogni 4 - 12 anni e che sono tipiche dei paesi dell'Africa appartenenti alla "cintura della meningite" che si estende dal Senegal all'Etiopia. Ogni anno si registrano circa 300.000 casi e 30.000 decessi. Negli USA l'incidenza è di circa 1 caso ogni 100.000 abitanti, mentre in Europa, dove i sierotipi più frequenti sono il B ed il C, si

riscontra una notevole variabilità (da 0,30/100.000 abitanti in Polonia a 4,35/100.000 in Irlanda) ed in Italia è 0,54/100.000. La quota attribuibile al sierogruppo C in Italia era relativamente bassa nei primi anni 2000 (29%), ha quindi raggiunto un picco (55%) nel 2004, assestandosi poi attorno al 35% negli anni più recenti. Questo calo potrebbe essere in parte attribuibile alla diffusione in alcune Regioni della vaccinazione nei confronti di questo sierotipo.

L'incidenza varia tipicamente nelle diverse fasce d'età, con un picco massimo nei bambini di età inferiore a 2 anni ed un secondo picco, meno elevato, negli adolescenti e nei giovani adulti: nel complesso circa un terzo dei casi si verifica sotto i 5 anni ed il 50% di tutti i casi ha un'età inferiore ai 17 anni. Si osservano inoltre variazioni stagionali, con un picco di casi in concomitanza della stagione tardo invernale probabilmente in relazione alla coinfezione con virus di tipo influenzale.

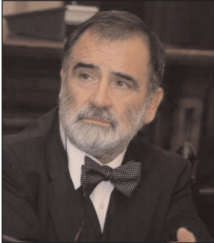
Nonostante rispetto alla prevalenza di portatori la malattia possa essere definita rara, il suo impatto in termini di mortalità, disabilità e ricorso ai servizi sanitari risulta rilevante.

Il controllo delle infezioni invasive da *H. influenzae tipo b*, raggiunto grazie alla diffusione della vaccinazione a partire dagli anni novanta contro questo microrganismo, ha fatto sì che la *N.meningitidis* risulti oggi la più comune causa di meningite batterica nei bambini e nei giovani. Il tasso di letalità tra i soggetti trattati è di poco inferiore al 10%, mentre sono più frequenti (11-19%) sequele gravi come paralisi degli arti, disturbi neurologici e perdita dell'udito. La letalità sierogruppo-specifica risulta

Organi Istituzionali dell'Ordine

Consiglio Direttivo
Commissione per gli Iscritti all'Albo Odontoiatri
Collegio Revisori dei Conti

Consiglio Direttivo



Agostino Sussarellu *Presidente*

Nato ad Alghero, 58 anni
Presidente al quarto mandato e già Tesoriere
Specializzato in Anestesia e Rianimazione
Dirigente Medico presso l'Ospedale Civile
"S.S. Annunziata" - ASL n. 1 di Sassari
Si occupa di Terapia del Dolore



Rita Nonnis *Vicepresidente*

Nata a Porto Torres, 51 anni. Già Consigliere.
Specializzata in Chirurgia dell'Apparato Digerente
ed Endoscopia Digestiva e in Chirurgia Toracica.
Dirigente Medico presso l'Azienda Ospedaliero
Universitaria di Sassari. Componente della
Commissione Sanità declinata al femminile della
FNOMCeO. Componente della Commissione Pari
Opportunità dell'Associazione Chirurghi Ospedalieri



Giovanni A. Biddau *Segretario*

Nato a Uri, 49 anni
Già Segretario e Consigliere
Medico di Continuità Assistenziale convenzionato
con la ASL n. 1 di Sassari
Master Universitario in Terapia del Dolore,
laurea con lode in Lettere Classiche
Nessuna specializzazione (per ora)



Nicola Addis *Tesoriere*

Nato a Ozieri, 56 anni

Già Consigliere e Tesoriere

Specializzato in Medicina del Lavoro

Dirigente Medico come Medico Competente della ASL n. 1 di Sassari



Alessandro Arru *Consigliere*

Nato a Sassari, 50 anni

Già Vicepresidente, Segretario e Tesoriere

Specializzato in Medicina Nucleare

Dirigente Medico autorizzato alla sorveglianza medica della radioprotezione presso l'ASL n. 1 di Sassari



Piero Luigi Bellu *Consigliere*

Nato a Luras, 55 anni

Specializzato in Cardiologia

Dirigente Medico presso il Servizio di Cardiologia dell'Ospedale "Dettori" di Tempio - ASL n. 2 di Olbia



Tiziana Casti *Consigliere*

Nata ad Assemini, 45 anni

Già Consigliere. Specialista in Pediatria

Pediatra di libera scelta convenzionato con l'ASL n. 2 di Olbia



Paolo G. Castiglia *Consigliere*

Nato a Sassari, 48 anni

Professore Ordinario presso l'Università degli Studi di Sassari

Attività didattica in Igiene nel corso di laurea in Odontoiatria e nel corso di laurea in Igiene Dentale. Incaricato di Statistica Medica per gli stessi corsi di laurea.

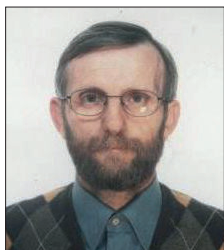


Maria Grazia Cherchi *Consigliere*

Nata ad Iglesias, 49 anni

Specializzata in Cardiologia

Dirigente Medico presso l'Ospedale Civile di Alghero - ASL n. 1 di Sassari



Alberto E. Delpini *Consigliere*

Nato a Gallarate, 59 anni. Già Consigliere.

Specializzato in Nefrologia Medica, in Anestesia e Rianimazione e in Cardiologia. Dirigente Medico del reparto di Cardiologia presso l'Ospedale Civile "S.S. Annunziata" - ASL n. 1 di Sassari. Emodinamista nel Laboratorio di Emodinamica. Collabora, con compiti didattici, alla Scuola di specializzazione di Cardiologia dell'Università degli Studi di Sassari



Monica Derosas *Consigliere*

Nata a Sassari, 42 anni

Specializzata in Chirurgia dell'Apparato Digerente

Dirigente Medico di Urologia dell'Azienda

Ospedaliero Universitaria di Sassari

presso la Clinica Urologica

**CONVOCAZIONE
ASSEMBLEA ORDINARIA
ANNUALE**

12 MAGGIO 2009

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI SASSARI

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

Gli iscritti sono convocati in Assemblea ordinaria il giorno 10 maggio 2009 alle ore 24.00 in prima convocazione e il giorno **12 maggio 2009 alle ore 17.00 in seconda convocazione** a Sassari nella Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri in via Cavour 71/b piano terra. Sarà discusso il seguente

ORDINE DEL GIORNO

- 1) **Relazione del Presidente;**
- 2) **Conto consuntivo anno 2008;**
- 3) **Variations al bilancio di previsione anno 2009.**
- 4) **Varie ed eventuali**

Si ricorda che l'Assemblea è valida in prima convocazione se è presente almeno un terzo degli iscritti e in **seconda convocazione con qualsiasi numero di partecipanti**.

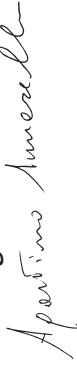
È consentita la delega che deve essere apposta in calce al presente avviso di convocazione da rimettere al delegato.

La medesima delega deve essere consegnata dal delegato alla Presidenza dell'Assemblea all'inizio dei lavori.

Nessun iscritto può essere investito di più di due deleghe.

IL PRESIDENTE

dott. *Agostino Sussarellu*



Il sottoscritto dott. delega a rappresentarlo
nell'Assemblea ordinaria dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del giorno **12 maggio**
2009 il dott.

....., lì

firma



Carla Fundoni *Consigliere*

Nata a Sassari, 31 anni
Specializzata in Malattie Infettive
Iscritta alla Scuola di Specializzazione
in Radioterapia dell'Università degli Studi
di Sassari Tesoriere del Direttivo
della FederSpecializzandi di Sassari



Nicolino Sanna *Consigliere*

Nato ad Alghero, 61 anni
Specializzato in Tisiologia
e Malattie dell'Apparato Respiratorio.
Medico di Assistenza Primaria
convenzionato con l'ASL n. 1 di Sassari



Francesco P. Scanu *Consigliere*

Nato a Sassari, 51 anni
Specializzato in Ginecologia ed Ostetricia
Medico di Assistenza Primaria convenzionato
con l'ASL n. 1 di Sassari
Vicepresidente regionale del Comitato Regionale
della Federazione Medico Sportiva Italiana
Consigliere Comunale del Comune di Sassari



Patrizia Virgona *Consigliere*

Nata a La Maddalena, 51 anni
Specializzata in Medicina del Lavoro
Dirigente Medico come Medico Competente
presso l'ASL n. 2 di Olbia
Socio dell'Associazione Sarda dei Medici
del Lavoro



Pier Luigi Delogu *Consigliere Odontoiatra*

Nato a Sassari, 46 anni

Già Consigliere Odontoiatra.

Specializzato in Ortognatodonzia

Esercita attività libero professionale

Regular Member della Tweed Foundation

for Orthodontic research . Socio Ordinario SIDO

Segretario Generale della Associazione

Italiana Odontoiatri



Alessandro Sechi *Consigliere Odontoiatra*

Nato a Sassari, 46 anni

Già Componente della Commissione per gli iscritti
all'Albo Odontoiatri.

Esercita attività libero professionale

Socio Associazione Italiana Odontoiatri

Commissione per gli Iscritti all'Albo Odontoiatri



Pier Luigi Delogu *Presidente*

Nato a Sassari, 46 anni

Già Presidente. Specializzato in Ortognatodonzia

Esercita attività libero professionale

Regular Member della Tweed Foundation

for Orthodontic research . Socio Ordinario SIDO

Segretario Generale della Associazione

Italiana Odontoiatri



Alessandro Sechi *Componente*

Nato a Sassari, 46 anni

Già Componente della Commissione per gli iscritti all'albo Odontoiatri.

Esercita attività libero professionale

Socio Associazione Italiana Odontoiatri



Antonella Bortone *Componente*

Nata ad Alghero, 39 anni

Già Consigliere Odontoiatra

Specializzata in Chirurgia Orale e Odontostomatologica

Esercita attività libero professionale

Dirigente Odontoiatra presso la Clinica Odontoiatrica dell'Università degli Studi di Sassari



Pier Paolo Delitala *Componente*

Nato a Sassari, 39 anni

Esercita la libera professione occupandosi prevalentemente di Protesi e di Conservativa

Socio Associazione Italiana Odontoiatri



Antonio Pinna *Componente*

Nato ad Alghero, 62 anni

Specializzato in Odontoiatria e Protesi Dentaria

Esercita attività libero professionale.

Già Presidente dell'Associazione Dentisti Algheresi

Referente "Caritas" per le iniziative in Kosovo,

Albania e Sassari. Promotore dell'iniziativa "guardie odontoiatriche festive" di Alghero

Collegio Revisori dei Conti



Giancarlo G. Bazzoni *Presidente*

Nato ad Orune, 56 anni
Pratica l'agopuntura come libero professionista
in Sassari, Olbia e Roma. Docente della Federazione
Italiana delle Società di Agopuntura (FISA).
Professore a.c. nel Master di Agopuntura Università
di Roma "La Sapienza"



Alessandro Ganau *Revisore*

Nato a Cagliari, 52 anni
Già Consigliere
Specializzato in Urologia
Medico di Assistenza Primaria convenzionato
con l'ASL n. 2 di Olbia



Nadia L. Tola *Revisore*

Nata a Sassari, 35 anni
Specializzata in Pneumologia
Lavora come specialista ambulatoriale presso l'ASL
n. 2 di Olbia, nel Poliambulatorio
di Tempio Pausania
Esercita l'attività libero professionale a Sassari.



Pasqualina Bardino *Revisore Supplente*

Nata ad Alghero, 46 anni.
Esercita attività libero professionale. Collabora
con il CSM di Alghero e con il Comune di Alghero.
Coordina i lavori della consulta del Volontariato
della città di Alghero e i lavori del progetto
"Il Bullismo" attivato presso il 3° Circolo
della città di Alghero.

più elevata per i sierogruppi C, Y e W135 (12% circa) e più bassa per il sierogruppo B (poco più del 6%). La totalità dei casi di sindrome invasiva da *N.meningitidis* richiede l'immediata ospedalizzazione.

Decisamente più pesante il *burden* delle sepsi meningococciche. Quando l'infezione esordisce clinicamente con una sepsi, infatti, la letalità è circa tripla rispetto a quando l'esordio è di tipo meningitico, indipendentemente dalla tempestività sia di un trattamento antibiotico adeguato che di uno mirato al controllo di quel corteo di sintomi (emorragie cutanee, ipotensione arteriosa grave) che culmina con un'insufficienza corticosurrenalica acuta tipica della emorragia massiva delle ghiandole surrenali nella sindrome di *Waterhouse Friderichsen*.

La recente osservazione nel territorio del Nord Sardegna di alcuni di questi casi ha messo in luce gli aspetti sociali del problema, con il loro talora eccessivo carico d'ansia, fenomeno questo ben noto ed alimentato spesso in passato da non corrette e allarmistiche campagne giornalistiche. L'equilibrio dimostrato dalla stampa locale, con informazioni mediate dagli addetti stampa delle Aziende sanitarie, che a più riprese hanno cercato di dare al grave fenomeno la sua giusta dimensione, non è tuttavia riuscito a contenere quell'allarmismo conseguente alla elevata percezione della popolazione circa la gravità della malattia, cui hanno fatto seguito veri e propri assalti alle farmacie per l'acquisto del vaccino.

I vaccini disponibili

I vaccini attualmente disponibili sono basati su combinazioni di poli-

saccaridi capsulari gruppo-specifici: A, C; A, C, Y, W-135. Questi vaccini sono sicuri, altamente immunogeni nei bambini al di sopra dei 2 anni e negli adulti. Tuttavia, tali vaccini sono scarsamente immunogeni nei bambini più piccoli e la protezione, in particolare nelle fasce di età più giovani, appare di breve durata.

Per tale motivo, sulla scorta delle esperienze fatte col vaccino contro l'*H.influenzae tipo b*, si è percorsa la strada di realizzare nuovi vaccini antimeningococcici, nei quali i polisaccaridi coniugati con proteine *carrier* particolarmente immunogene, sono in grado di elicitarne la cooperazione T e B del sistema immune umorale, portando ad una risposta efficace e duratura anche nei bambini piccoli. In considerazione della prevalente frequenza di infezione da sierotipi B e C in Europa, la ricerca si è orientata pertanto verso la realizzazione di vaccini coniugati di questi sierotipi. Attualmente esiste un vaccino meningococcico di gruppo C coniugato con CRM 197, prodotto da Novartis Vaccines, nel quale l'oligosaccaride capsulare di *N.meningitidis* C è legato alla proteina carrier CRM197 (tossina difterica non tossica, ottenuta con la biologia molecolare). Simile a questo è il vaccino meningococcico di gruppo C coniugato con CRM 197, prodotto da Wyeth, e adsorbito su alluminio fosfato. Un altro vaccino di gruppo C, prodotto da Baxter, adsorbito su idrossido d'alluminio, che si differenzia dagli altri per il *carrier* proteico rappresentato dal tosoide tetanico.

È registrato negli USA, ma non in Europa un vaccino tetravalente coniugato A, C, Y, W-135 prodotto dalla Glaxo, ed uno tetravalente A,

C, Y, W-135 prodotto dalla Novartis e sperimentato anche in Italia è in fase di registrazione ed è atteso per il 2010.

Per quanto attiene ai vaccini coniugati del sierotipo B, la loro produzione ha mostrato una efficacia intratipo specifica, così un vaccino realizzato per la Nuova Zelanda si è mostrato non direttamente esportabile in altri territori. La ricerca si è orientata pertanto a realizzare nuovi vaccini con tecniche di *reverse immunology* tramite le quali si è provveduto dopo aver studiato l'intero DNA del Meningococco B a far codificare per tutti gli antigeni possibili e a selezionare poi tra questi quelli che risultavano immunogeni e protettivi nell'animale.

Un vaccino di questo tipo prodotto da Novartis è attualmente in fase avanzata di sperimentazione anche in Italia e se ne auspica la futura registrazione.

I vaccini meningococcici coniugati determinano la produzione di anticorpi battericidi con meccanismo T-dipendente; inducono memoria immunologica e proteggono a lungo, a patto che almeno una dose sia somministrata dopo il compimento dell'anno di vita.

Il vaccino è stato usato estensivamente dal 1999-2000 durante la campagna di vaccinazione condotta nel Regno Unito. Pertanto, ad oggi, milioni di bambini sono stati immunizzati con vaccini menogococcici coniugati dimostrandone l'elevata sicurezza (il solo evento avverso attribuibile specificamente alla vaccinazione in un ampio studio è stato il dolore nel sito d'inoculo, con un'incidenza di 4/2796 - 0,15%) ed immunogenicità (a 10 mesi dalla immunizzazione, il titolo degli anti-

corpi battericidi (titoli > 1/8) risultava ancora elevato).

Esistono inoltre numerose prove d'efficacia sul campo. La campagna nel Regno Unito fu seguita in breve da un drammatico decremento (-81%) dei casi confermati di meningite C e le valutazioni d'efficacia sul campo (effectiveness) entro un anno, davano valori (combinati per i 3 vaccini usati) del 93% per i vaccinati a 2, 3 e 4 mesi, dell'88% per i vaccinati di età compresa tra 1 e 3 anni e del 96% per gli adolescenti vaccinati con dose singola.

Come è noto, in Italia la vaccinazione per il meningococco C deve essere offerta gratuitamente a particolari gruppi a rischio (individui che presentano disfunzioni spleniche, affetti da immunodeficienze, etc.). Tuttavia, le Autorità Sanitarie Regionali possono offrire attivamente la vaccinazione anche alla popolazione generale, identificando le coorti target sulla base della situazione epidemiologica locale e degli orientamenti regionali.

Un'indagine effettuata nel maggio 2006 indicava che le Regioni che offrivano attivamente la vaccinazione a gruppi specifici a rischio e a tutti i soggetti d'età <2 anni erano: Valle d'Aosta, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Puglia, Basilicata, Calabria e Provincia Autonoma di Trento. Più recentemente la vaccinazione universale contro il meningococco C è stata anche introdotta in Umbria, Basilicata, Molise e Sardegna.

Data la recente e non uniforme introduzione della vaccinazione estensiva in Italia, risulta ancora difficile poterne valutare appieno gli effetti di efficacia, anche se le prime osservazioni fatte dalla Regione Toscana sembrano riprodurre i van-

taggiosi effetti osservati nel Regno Unito. Ancora, vale la pena sottolineare che l'esperienza inglese insegna, che mentre un calendario vaccinale ravvicinato 3 dosi sotto il 12° mese di vita determina un'efficacia protettiva sul campo elevata solo entro il primo anno, la somministrazione di una singola dose ai soggetti fra 1 e 3 anni e adolescenti determina un'efficacia più duratura.

Sebbene la schedula di somministrazione ravvicinata potrebbe secondo modelli matematici portare ad una elevata e duratura riduzione del carico di malattia (con efficacia del 93% fino a 15 mesi e continua osservazione della diminuzione dei casi almeno fino al 2011 e probabilmente fino al 2021, grazie anche agli elevati livelli di protezione indiretta, legati alla "herd immunity"), un recente modello farmaco economico evidenzia che con una dose di vaccino somministrata ad un anno di vita la riduzione della malattia risulterebbe del 65% e, dal punto di vista della società, si ottiene il miglior rapporto costo efficacia, rispetto alla somministrazione di 3 dosi o alla vaccinazione di massa. Il costo per caso evitato con la strategia di una dose all'anno di vita sarebbe di 133.000 euro, mentre il costo per anno di vita guadagnato aggiustato per qualità (QALY) sarebbe di 29.400 euro, pertanto vantaggioso, considerando che un intervento medico è ritenuto economicamente giustificato quando il costo per QALY sia inferiore al PIL annuo pro capite e in linea di massima inferiore a 50.000 ?.

Sulla base di tali valutazioni, delle positive esperienze dei Paesi (quali l'Olanda) che somministrano una dose singola dopo il compimento dell'anno di vita, e del fatto che in Italia, negli anni recenti, non si sono mai manifestati i caratteri di emer-

genza epidemica delle patologie invasive da meningococco C che hanno caratterizzato lo scenario epidemiologico del Regno Unito alla fine degli Anni Novanta, si può concludere che la somministrazione di una singola dose di vaccino meningococcico C dopo l'anno di vita costituisce una valida alternativa allo schema a 3 dosi, consentendo peraltro un armonico inserimento di tutti i più recenti vaccini (meningococco C, pneumococco coniugato, varicella) senza necessità di incrementare ulteriormente il numero delle sedute vaccinali.

In caso di focolai epidemici da meningococco C, le attuali raccomandazioni internazionali indicano l'opportunità di introduzione della vaccinazione su larga scala nell'area geografica interessata quando l'incidenza è superiore a 10 casi per 100.000 abitanti nell'arco di tre mesi.

La estensione della vaccinazione ha particolari fasce di età a rischio ed ad eventuali catch-up trova altresì giustificazione in presenza di cluster, ossia casi in un territorio non epidemiologicamente correlati ma temporalmente vicini.

Le misure di controllo in caso di eventi epidemici sono:

- Isolamento del paziente in ambito ospedaliero prima possibile, iniziando la terapia antibiotica (il paziente non sarà più contagioso a 24 ore dall'inizio del trattamento);
- individuare i contatti e considerare tali tutti i soggetti e il personale che siano stati in contatto stretto con il malato negli ultimi 7 giorni prima della comparsa dei sintomi e nelle 24 ore successive l'inizio del trattamento;
- inviare con urgenza in ospedale tutti quelli che siano stati a contatto con il malato e che presentino febbre;

- formulare una lettera esplicativa ai genitori di tutti i soggetti e al personale in contatto con il malato;
- somministrare rifampicina ai contatti stretti (600 mg ogni 12 ore per 2 giorni negli adulti; 20 mg/kg/24 ore, in 2 dosi per 2 giorni nei bambini con più di un mese e 10 mg/kg/24 ore, in due dosi per 2 giorni nei bambini con meno di un mese); in alternativa possono essere usati il ceftriaxone o la ciprofloxacina (questa ultima solo nei maggiori di 18 anni);
- areare gli ambienti;
- ridurre le occasioni di riunioni;
- consigliare ai giovani di evitare ambienti affollati, con scarso ricambio d'aria e che espongano a fumo passivo;
- consigliare ai giovani di evitare lo

scambio di bicchieri, cibo o sigarette. L'esperienza inglese ha dimostrato che la vaccinazione è utile anche in queste situazioni.

In Italia un'esperienza analoga, sebbene su scala ridotta, è stata condotta in Veneto a seguito del cluster verificatosi nel dicembre 2007, e dove la vaccinazione per il meningococco C è stata offerta gratuitamente ai giovani tra 10 e 15 anni.

Nell'eventualità di outbreak, in attesa della disponibilità del nuovo coniugato, il vaccino quadrivalente, polisaccaridico (A,C,W,Y), nella fascia adolescente-adulto, può rappresentare una valida alternativa alla somministrazione del vaccino monovalente.

Paolo Castiglia

VARIAZIONE DI INDIRIZZO

Tutti gli iscritti, ai sensi degli artt. 1, 2, 3 del DPR n. 221/50, sono pregati di comunicare per iscritto alla segreteria dell'Ordine l'eventuale variazione di residenza.

Si comunica che nei casi previsti dalla normativa è possibile eleggere un domicilio speciale ai fini del recapito della corrispondenza dell'Ordine e degli altri vari enti (Enpam, FNOMCeO, Equitalia Sardegna Spa, Equitalia Esatri Spa).

Si ricorda agli iscritti che la comunicazione della variazione di indirizzo (residenza o domicilio speciale) all'Ordine è un obbligo previsto dalla legge, la violazione del quale comporta disguidi non soltanto all'Ente ma anche e in particolare agli interessati.

2/La meningite meningococcica

L'offerta di vaccini in Sardegna

La Regione Autonoma della Sardegna con Deliberazione n° 71/12 del 16-12-2008 "Indirizzi alle Aziende sanitarie locali per il miglioramento delle pratiche vaccinali" per la vaccinazione antimeningococco C ha individuato le seguenti strategie vaccinali:

- *Programma di vaccinazione per l'età evolutiva:*

A) Vaccinazione dei nuovi nati

Offerta attiva e gratuita di un'unica dose di vaccino C- coniugato ai bambini al 13° mese di vita.

B) Soggetti a rischio Offerta attiva e gratuita dei vaccini ai bambini a rischio di infezione invasiva meningococcica (es. pazienti splenectomizzati, condizioni associate ad immunodepressione come trapianto d'organo o terapia antineoplastica ed infezioni da HIV, dia-

bete mellito tipo 1).

- *Programma di vaccinazione per l'età adulta:*

a) Offerta gratuita per i soggetti che presentano particolare rischio di infezione meningococcica (es. soggetti con asplenia anatomica o funzionale, condizioni associate a immunodepressione).

b) Offerta gratuita per ai viaggiatori impegnati in progetti di cooperazione/umanitari.

c) Offerta gratuita per i soggetti a rischio in presenza di *cluster* di casi da meningococco C (due o più casi temporalmente e geograficamente associati).

d) Offerta del vaccino a prezzo agevolato, calcolato sulla base del prezzo di acquisto del vaccino da parte del SSR più il costo della

I programmi e le strategie per l'età evolutiva e gli adulti

Vaccino	Nascita	3° mese	5° mese	11° mese	13° mese	5°-6° anni	adolescenti
Difterite-Tetano-Pertosse		DTaP	DTaP	DTaP		DTaP	Tdap
Poliomielite		IPV	IPV	IPV		IPV	
Epatite B	HB*	HB	HB	HB			
Haemophilus influenzae b		Hib	Hib	Hib			
Morbillo-Parotite-Rosolia					MPR 1° dose	MPR 2° dose	MPR dose di recupero
Pneumococco		PCV	PCV	PCV			
Meningococco C					Men C		
Varicella							Varicella*
Papilloma virus							HPV
DTaP: vaccino antidifto-tetanico-pertossoico acellulare							
Tdap: vaccino antidifto-tetanico-pertossoico acellulare per adulti							
IPV: vaccino antipoliomielitico iniettabile-inattivato							
Hib: vaccino contro le infezioni invasive da Haemophilus influenzae b;							
PCV: vaccino pneumococcico coniugato eptavalente							
Men C: vaccino antimeningococcico C coniugato;							
HB: vaccino antiepatite B;							
MPR: vaccino antimorbillo-parotite-rosolia;							
HPV: vaccino antipapillomavirus							
Varicella*:sogg. suscettibili							
HB*: I neonati da madre HBsAg + devono essere vaccinati alla nascita.							

prestazione per l'esecuzione della vaccinazione, stabilito dal tariffario regionale, per viaggiatori a rischio.

Per le categorie esposte a rischio professionale, l'offerta della vaccinazione è regolamentata dal decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81.

Il Servizio di Igiene Pubblica dell'A.S.L. n°1 ha esteso l'offerta gratuita della vaccinazione antime-ningococco C anche agli adolescenti che sono stati convocati per il richiamo del vaccino antidiftto-tetanico-pertossico (nell'anno in corso i ragazzi nati nel 1993) e a breve attiverà l'offerta a prezzo agevolato, in compartecipazione di spesa, per chi ne facesse richiesta.

Inoltre, l'Azienda Sanitaria Locale N°1 e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari hanno messo

a punto un protocollo operativo che stabilisce le linee guida comuni da seguire, in ambito territoriale e ospedaliero, al verificarsi di casi, anche solo sospetti, di meningiti batteriche o sepsi.

Il protocollo, che nasce dall'esigenza di creare un collegamento stretto tra le varie strutture coinvolte, di uniformare gli interventi sui casi nell'ottica di buona prassi, di ottimizzare intorno ai casi gli interventi di profilassi anche di tipo vaccinale qualora si rendesse opportuno, sarà formalizzato a breve non appena saranno conclusi alcuni aspetti organizzativi.

Maria Desole

Referente vaccinazioni e malattie infettive del Servizio Igiene Pubblica dell'ASL n. 1 di Sassari

PER INFORMAZIONI E MODULISTICA

Per informazioni riguardanti corsi organizzati dall'Ordine, scadenze, adempimenti connessi alla professione e per la modulistica relativa alle pratiche ordinistiche è possibile consultare il sito dell'Ordine:

www.omceoss.org

Perché denunciare i clandestini?

Un provvedimento preoccupante

L'*Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Sassari e l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Nuoro hanno redatto un comunicato stampa congiunto divulgato in data 09 febbraio 2009. Ecco il testo.*

Esprimiamo profondo rammarico, dissenso e preoccupazione per l'approvazione, avvenuta ieri in Senato, dell'emendamento relativo alla facoltà di denuncia degli immigrati irregolari da parte dei medici. Ci opponiamo con tutte le nostre forze a questo provvedimento che tenta di minare l'antico principio del segreto professionale fondamento stesso del nostro Codice Deontologico.

Non solo: il provvedimento lede anche quel principio di salute pubblica, sancito dalla Costituzione italiana, che garantisce il diritto di cura a tutti gli individui, indipendentemente dalla loro condizione, dal colore della loro pelle o dal fatto che possiedano o no, in tasca, un permesso di soggiorno. La salute, in un paese democratico, non è una questione di burocrazia e di permessi di soggiorno: è un diritto universalmente garantito.

Quella di ieri è stata una brutta giornata per la sanità italiana, uno dei momenti più tristi per un sistema che, varato trent'anni fa, ci vedeva comparire fra i migliori al mondo per l'universalità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Se davvero la preoccupazione fos-

se stata la tutela dei cittadini, i senatori che ieri hanno votato sì al provvedimento avrebbero dovuto ascoltare le voci dei medici, che a più riprese hanno messo in guardia sul rischio che una marginalizzazione sanitaria, di una fetta della popolazione straniera presenta nella nostra nazione, può causare all'intera popolazione.

L'eventuale definitiva approvazione di questo provvedimento potrebbe creare, nell'immigrato privo di permesso di soggiorno e bisognoso di cure mediche, una reazione di paura e di diffidenza in grado di ostacolare l'accesso alle strutture sanitarie, con conseguente impossibilità di controllo da parte degli organismi preposti e con un aumento dei rischi per la salute della collettività.

Questa norma non rappresenterebbe quindi un principio di tutela per la comunità, ma anzi un provvedimento miope e ideologico, non solo privo di umanità, ma anche di utilità per la popolazione.

Non è bastato l'appello rivolto da più di una associazione della nostra categoria professionale, non è bastato il grido della società civile a scongiurare l'approvazione del provvedimento.

La nostra categoria professionale chiede a chi ci governa dimostrazione di civiltà e buonsenso, di rispetto dei diritti costituzionalmente garantiti.

Rivendichiamo alla nostra professione il vanto e il merito di curare

Il dissenso espresso in un comunicato congiunto: la norma è priva di umanità e di utilità

senza alcuna discriminazione.

Adesso, quello che vogliamo fare è ribadire a tutti i nostri colleghi di non denunciare gli immigrati irregolari e di applicare, come sempre, scrupolosamente il codice deontologico e di rispettare il segreto professionale, come il giuramento di Ippocrate impone di fare.

Siamo sicuri che i medici della nostra isola, ben consapevoli del loro

ruolo, sapranno garantire, a chiunque si presenti, negli ambulatori pubblici e privati, la riservatezza che da sempre li ha caratterizzati.

Chiediamo come medici a tutte le forze politiche e sociali della nostra Regione di mobilitarsi perché questa norma venga eliminata nel prossimo passaggio alla Camera.

**Luigi Benedetto Arru
Agostino Sussarellu**

Appello del presidente dell'Ordine di Sassari

Cureremo i clandestini

Il presidente dell'Ordine dei Medici di Sassari Agostino Sussarellu lancia un appello per rassicurare gli immigrati irregolari.

“Il provvedimento, a cui ci opponiamo con tutte le nostre forze, non è ancora stato votato in Parlamento. Per questo, nonostante sia necessario non abbassare la guardia e mantenere alta e vigile l'attenzione su questo tema, è necessario informare le persone immigrate che si trovano in Italia senza un regolare permesso di soggiorno, che questa norma non è entrata in vigore e che tutti i medici italiani hanno l'obbligo, come previsto dal comma 5 dell'articolo 35 del Testo Unico sull'immigrazione, di prestare loro le cure adeguate senza denunciarli”.

Nessun pericolo dunque, finché il Parlamento non la voterà, di essere segnalati all'autorità giudiziaria per quegli immigrati che si trovano in Italia senza documenti regolari. L'invito che l'Ordine dei Medici di Sassari, preoccupato dalle ripercussioni negative che notizie contraddittorie e confuse potrebbero generare, rivolge loro è dunque quello di continuare a recarsi con tranquillità presso le strutture ospedaliere e gli ambulatori medici, perché ad oggi non esiste il rischio di denuncia.

La sola proposta di modifica della legge avrebbe infatti già ingenerato in molti stranieri il timore di rivolgersi ai medici: un effetto deleterio, quello dell'allontanamento dalle strutture sanitarie, che va scongiurato finché possibile. Secondo alcune fonti, il ricorso alle strutture sanitarie da parte degli immigrati irregolari sarebbe già calato del 30 per cento: «Una situazione che mette in grave crisi - come ribadisce il Presidente dell'Ordine dei Medici - non solamente la salute delle persone straniere, che per i medici sono semplicemente persone ed hanno un pari diritto all'accesso alle cure, ma anche quella dei cittadini italiani, con il serio rischio di epidemie e recrudescenze di malattie oggi tenute sotto controllo».

Per questo, unito all'appello rivolto agli immigrati stranieri di continuare a rivolgersi con tranquillità ai sanitari, l'Ordine dei Medici rinnova l'invito al Parlamento italiano a non far passare un emendamento lesivo non solo dei diritti costituzionali e della deontologia medica, ma della stessa salute pubblica.

Il SISM contrario alla denuncia dei clandestini

Gli studenti: la salute viaggia senza passaporto

Studenti di Medicina, Specializzandi, medici - *na delle Migrazioni e Ordine dei medici insieme contro la denuncia dei clandestini.*

Il giorno 17 marzo 2009 presso l'Aula Magna dell'Università degli Studi di Sassari, si è tenuto un Convegno - Dibattito sulla norma contenuta nel decreto legge n.733 in tema di sicurezza che prevede la facoltà da parte dei sanitari di denunciare i clandestini.

Riceviamo e volentieri pubblichiamo la lettera inviataci dagli studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Sassari aderenti al SISM.

La nostra associazione, il S.I.S.M., acronimo di Segretariato Italiano Studenti in Medicina, è una associazione no-profit creata da e per gli studenti di medicina. Ci occupiamo di tutte le grosse tematiche sociali di interesse medico, dei processi di formazione di base dello studente in medicina, degli ordinamenti che regolano questi processi, dell'aggiornamento continuo dello studente e riusciamo a realizzare tutto ciò attraverso il lavoro di figure preposte a coordinare i diversi settori sopradetti sia a livello locale che naziona-

le. Siamo presenti in 34 Facoltà di Medicina sparse su tutto il territorio. Aderiamo come membro effettivo all'IFMSA (International Federation of Medical Students' Associations), forum di studenti di medicina provenienti da tutto il mondo riconosciuto come Associazione Non Governativa presso le Nazioni Unite.

Il Segretariato Italiano Studenti in Medicina vede, al suo interno, un'area la cui attenzione è rivolta ai temi inerenti la salute come concetto globale. La salute e la sua tutela sono tra i fattori caratterizzanti gli aspetti

NOI
NON
SEGNALIAMO
DAY

"La salute viaggia senza passaporto"

"La Repubblica tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti" (Art.32 della Costituzione Italiana)

INCONTRO DIBATTITO
AULA MAGNA UNIVERSITA' CENTRALE
17 MARZO ORE 17:00

INTERVERRANNO:

DOTT.SSA LUISA LENZINI
Responsabile Ambulatorio per la persona immigrata "Gouro"

DOTT. AGOSTINO SASSATELLI
Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Sassari

DOTT. LUIGI BIVILCITO ARES
Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Nuoro

DOTT.SSA CARLA FUNDONI
FederSpecializzandi

SIG. MOUSSA TALL
Presidente Associazione YAKAAR, Senegalesi di Sassari

MODERATORE:

DOTT. SALVATORE MARINO
Assessore Lavoro e Immigrazione Provincia di Sassari

socio-culturali della comunità in cui viviamo. La tutela della salute è considerabile, in tal senso, come uno strumento privilegiato di osservazione, anche in merito alle complesse evoluzioni sociali e culturali dei paesi del mondo. La medicina nasce e vive per le persone e per la loro vita: il più possibile vicina al concetto di salute espresso nella Dichiarazione dei Diritti dell'Uomo e nella Costituzione italiana. Osservata da questo punto di vista, la medicina può essere e sempre più divenire elemento di pace da costruire, coerente e finalizzata ad un percorso di integrazione umana e culturale. Nella medicina ci sono uomini per altri uomini, a partire e a prescindere, nel contempo, dalla provenienza geografica, sociale, dalle diverse ragioni politiche: partire dalla differenza per valorizzarla e renderla momento d'integrazione dinamica, nel rispetto delle molteplici e spesso preziose differenze. La linea guida è conoscere per comprendere: conoscere per crescere e costruire, a piccolissimi passi, spazi che siano di civiltà ed uguaglianza; uno dei punti d'inizio può essere proprio in questo concetto "globale" di salute, che può avvicinare, nel rispetto delle molteplici identità.

Per i Progetti sul tema dell'Immigrazione, in questa sede, ci limitiamo ad evidenziare come in una società che normalmente volge verso la multiculturalità, sia significativo richiamare tali temi ed i relativi possibili approfondimenti, all'interno del percorso di studi di uno studente in medicina e, in generale, nel contesto scientifico e universitario.

Poiché questi costituiscono i pilastri della nostra associazione, ci ha allarmato e spaventato la famosa e controversa proposta del "pacchetto

sicurezza" che riguarda l'accesso ai servizi sanitari per gli immigrati. Non capivamo esattamente gli aspetti tecnici della modifica, ma c'era e continua a regnare nella comunità medica una terribile confusione su come affrontare il paziente immigrato o clandestino.

Per questo motivo ci siamo rivolti alla SIMM e all'Ordine dei Medici; il nostro obiettivo non era soltanto quello di avere delucidazioni, ma soprattutto quello di creare una rete di informazione che fosse davvero attendibile.

Il risultato è stato un bellissimo incontro in cui la dottoressa Luisa Lenguini, responsabile dell'ambulatorio di Sassari per la persona immigrata, nonché membro del direttivo della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, ha esposto in maniera semplice ed esaustiva la legge attuale e le modifiche che il governo intende apportarvi. Durante la conferenza, hanno inoltre preso la parola, schierandosi apertamente contro l'emendamento, i presidenti degli Ordini dei Medici di Sassari e Nuoro. L'incontro è stato anche un importante spunto di riflessione sul nostro Codice Deontologico. Erano presenti tante associazioni di volontariato della città, il Sindaco e altri rappresentanti delle istituzioni, la Chiesa con tramite la Caritas, e tante categorie di medici, tra cui gli Specializzandi (Federspecializzandi), il Pronto Soccorso, ecc.

Le conclusioni, condivise all'unanimità da tutti, sono state quelle di dissociarsi a gran voce da questa manovra politica, che rappresenta una grave interferenza col nostro codice e una grave mancanza di rispetto e umanità verso una categoria debole della nostra società.

II SISM
(sede locale di Sassari)

Inadempienze che si ripetono da 5 anni

Ritardi nei concorsi di ammissione alle scuole di specializzazione

La FNOMCeO, coerente con l'idea di una qualità della professione che non può prescindere da un percorso formativo adeguato alle esigenze della popolazione e alle necessità di formazione dei medici, esprime preoccupazione per lo slittamento dei concorsi di ammissione alle scuole di specializzazione, visto il mancato accordo sul numero degli specialisti e sul finanziamento dei contratti di formazione specialistica.

La Federazione si dichiara, per questo, vicina a quanti hanno manifestato presso il MIUR al fine di ottenere "lo sblocco dei concorsi di ammissione alle Scuole di Specializzazione".

La FNOMCeO - in sintonia con quanto denunciato dai giovani che aspirano alla specializzazione - intende sottolineare, in buona sostanza, come, neppure in sede dell'ultima Conferenza Stato-Regioni del 26 febbraio, si sia giunti ad un accordo riguardo ai fabbisogni triennali dei medici in formazione specialistica: la discussione di questo punto, che era all'Ordine del giorno, è stata, infatti, rimandata. Episodio che ha comportato un ulteriore slittamento - rispetto al già attuale ritardo di quattro mesi - del bando di concorso per l'accesso alle Scuole di Specializzazione.

Solo se si arriverà ad un'intesa entro il 19 marzo - data della Conferenza Stato-Regioni - le prove del concorso potranno svolgersi

entro la fine di giugno 2009: ciò consentirebbe la partecipazione, a tali prove, dei laureati nell'anno accademico 2007-2008, evitando, nel contempo, un'incongrua sovrapposizione con i neoabilitati del prossimo luglio.

La Federazione fa rilevare, ancora una volta, come i bandi, negli ultimi cinque anni, siano stati indetti con un ritardo che oscilla dai cinque ai nove mesi.

La FNOMCeO, con l'intento di sostenere questi futuri operatori del Sistema Sanitario, auspica una regolarizzazione delle dinamiche che riguardano il percorso di specializzazione, che riporterebbe serenità nel loro iter formativo e professionale .

Specializzandi: soddisfazione per l'accordo sui fabbisogni

Finalmente raggiunto l'accordo sui fabbisogni dei medici specialisti da formare, e la FNOMCeO esprime la sua piena soddisfazione.

Durante l'ultima conferenza Stato-Regioni del 25 marzo, infatti, si è raggiunto l'accordo sul fabbisogno di Specialisti da formare per i prossimi tre anni accademici.

"Adesso non deve esserci alcun ritardo burocratico - dichiara il vicepresidente della FNOMCeO, Maurizio Benato - per fare in modo che il

bando esca entro la prima decade di aprile. Solo così, infatti, le prove del concorso potranno svolgersi entro la fine di giugno 2009: ciò consentirebbe la partecipazione a tali prove dei laureati nell'anno accademico 2007-2008, evitando, nel contempo, un'incongrua sovrapposizione con i neobilitati del prossimo luglio.

Da parte sua, il MIUR, in osservanza di due decreti ministeriali rispettivamente del 2005 e del 2006, è, inoltre, orientato ad avviare una fase di razionalizzazione delle Scuole di Specializzazione mediche.

Per l'anno accademico 2008/2009, è stata così raggiunta l'intesa di non procedere all'istituzione di nuove Scuole di Specializzazione, se non in numero esiguo e limitatamente alla *Medicina di Emergenza e Urgenza*.

“La razionalizzazione avrà come obiettivo una migliore qualità dell'assistenza - conclude Benato - perché fornirà specialisti sempre più qualificati”.

***Dichiarazioni anticipate
di trattamento:
chiesta una pausa
di riflessione
per condividere un diritto
mite in un'etica forte***

Il Comitato Centrale della Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, riunito a Roma, ha ritenuto di dover far sentire la propria voce dopo l'approvazione di ieri, da parte del Senato, del disegno di legge sulle dichiarazioni anticipate di trattamento.

Ecco il documento appena approvato all'unanimità dei presenti.

“Il Comitato Centrale della FNOMCeO, riunito a Roma il 27 marzo 2009, considerato l'evolversi dell'iter del provvedimento sulle dichiarazioni anticipate di trattamento, già licenziato in prima lettura dal Senato, sulla base delle valutazioni emerse nella prima riunione del Forum di bioetica della Federazione, esprime le seguenti considerazioni.

Il testo sarà oggetto di un'approfondita valutazione in ragione dei principi e delle indicazioni contenute nel nostro Codice Deontologico, che rappresenta il punto di equilibrio di sensibilità e culture differenti, nel pieno rispetto delle regole costituzionali fondanti la nostra comunità civile.

Nutrizione e idratazione artificiali sono, come da parere pressoché unanime della comunità scientifica, trattamenti assicurati da competenze mediche e sanitarie.

L'autonomia decisionale del paziente, che si esprime nel consenso/dissenso informato, rappresenta l'elemento fondante della moderna alleanza terapeutica al pari dell'autonomia e della responsabilità del medico; in questo equilibrio, alla tutela della libertà di scelta del paziente deve corrispondere la tutela della libertà del medico, in ragione di scienza e coscienza (*obiezione*).

Questo straordinario incontro, ogni volta unico e irripetibile, di libertà e responsabilità non ha per il nostro Codice Deontologico natura meramente contrattualistica, ma esprime l'autentico e moderno ruolo professionale e civile del medico nell'esercizio delle sue funzioni di tutela.

4. Sotto questo profilo, cioè quello delle tutele, anche alla luce di un

dibattito tecnico-scientifico talora contraddittorio, riteniamo che le attuali conoscenze diagnostiche, prognostiche, terapeutiche ed assistenziali, relative agli stati vegetativi, richiedano ulteriori approfondimenti, anche mediante la predisposizione di studi osservazionali coordinati in modo da garantire l'esercizio delle scelte più appropriate sia del paziente sia del medico.

Nel merito, una questione fondamentale è rappresentata dalla predisposizione di una rete efficace ed

accessibile di servizi di sostegno alle famiglie impegnate nel ruolo di assistenza.

Per queste ragioni, chiediamo che il processo legislativo, peraltro caratterizzato da forti contrasti politico-istituzionali, faccia una doverosa pausa di riflessione, per consentire lo sviluppo di un confronto nella Società che aiuti il Parlamento a dispiegare, su questa materia così intima e delicata, un Diritto mite e condiviso nella certezza di un'Etica forte delle persone e della comunità.”

Applicabile agli specializzandi l'aliquota ridotta dell'INPS

A margine del Convegno “La responsabilità professionale nell'attività sanitaria: linee guida per una riforma possibile”, in corso al Jolly Hotel Leonardo Da Vinci di Roma, la FNOMCeO ha voluto esprimere il forte apprezzamento per la nota del Ministero del Lavoro che, ritenendo applicabile ai medici specializzandi l'aliquota contributiva ridotta, sospende, in attesa della decisione del Ministero dell'Economia, l'efficacia della circolare INPS 88. Tale circolare assoggettava gli specializzandi al pagamento dell'aliquota contributiva piena, nonostante essi, in quanto medici iscritti agli Albi, fossero obbligatoriamente iscritti anche al Fondo di Previdenza generale ENPAM, e vincolava le Università alla richiesta di versamenti integrativi rispetto ai contributi versati in passato applicando l'aliquota ridotta.

Ecco, di seguito, quanto la Federazione ha voluto diramare.

“La FNOMCeO apprezza gli atti ufficiali del Ministero del Lavoro che chiedono all'INPS di sospendere l'efficacia della circolare n° 88, che obbligava i medici specializzandi alla corresponsione dell'aliquota contributiva massima del 24,72 per cento.

Questo è il primo passo verso il giusto riconoscimento delle istanze dei medici in formazione specialistica, che a breve dovrà portare al ritiro della citata circolare.

Ora - sostiene la FNOMCeO - compete alle Università il compito di cessare rapidamente, laddove operante, il recupero delle quote previdenziali con aliquota intera.

Un apprezzamento speciale ai giovani colleghi che hanno affrontato il problema unitariamente, con equilibrio e con competenza, conseguendo il primo obiettivo atteso: la FNOMCeO continuerà ad essere presente al loro fianco”.

Lettera del presidente

Misure contro l'esercizio abusivo della professione di odontoiatra

Il presidente della Commissione per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri Giuseppe Renzo ha sollecitato i colleghi alla vigilanza contro l'esercizio abusivo della professione. Pubblichiamo il testo di una sua lettera.

Ancora una volta pervengono notizie di stampa particolarmente preoccupanti in quanto riguardano comportamenti illeciti tenuti da odontoiatri, allo scopo di favorire l'esercizio abusivo della professione (cosiddetto prestanomismo).

In questo delicato campo dobbiamo essere assolutamente vigilanti ed intervenire (come del resto so che tutti i presidenti stanno facendo) per reprimere tali comportamenti, attraverso l'attivazione delle procedure disciplinari e l'irrogazione - una volta dimostrata la colpevolezza - delle necessarie sanzioni ordinistiche.

Voglio ricordare che l'art. 8, della legge 175/92 prevede che: "fili esercenti le professioni sanitarie che prestano comunque il proprio nome, ovvero la propria attività, allo scopo di permettere o di agevolare l'esercizio abusivo delle professioni sono puniti con l'interdizione dalla professione per un periodo non inferiore ad un anno"

L'art. 67 del Codice di Deontologia medica prevede, inoltre, che: "È vietato al medico collaborare a qualsiasi titolo o favorire, anche fungendo da prestanome, chi eserciti abusivamente la professione.

Il medico che nell'esercizio professionale venga a conoscenza di prestazioni mediche o odontoiatriche effettuate da non abilitati alla professione o di casi di favoreggiamento dell'abusivismo, è obbligato a farne denuncia all'Ordine territorialmente competente".

La Commissione Centrale Esercenti le professioni sanitarie ha recentemente, chiaramente indicato la necessità di applicare la pena superiore prevista dalla legge 175/92 laddove venga dimostrato il dolo specifico del professionista. Va invece applicata la norma deontologica della sospensione da uno a sei mesi laddove tale dolo non venga dimostrato (ad esempio: omessa vigilanza), mettendo in pratica quanto previsto dal già citato articolo del Codice.

Dobbiamo, ancora una volta, dimostrare di essere tutori della salute pubblica e non, come troppe volte ci viene stucchevolmente rinfacciato, di essere difensori di interessi corporativi.

Esercizio abusivo della professione: giurisprudenza

In riferimento al tema della lotta all'esercizio abusivo della professione è interessante segnalare due sentenze recentemente emesse su questo importante problema.

La prima (all. n. 1) è stata emanata dalla Corte di Cassazione sez. VI pena-

Sollecitato l'intervento degli organismi territoriali e l'avvio di procedure disciplinari

le in data 30 gennaio 2009 che correttamente chiarisce: “deve essere escluso ogni rapporto diretto tra paziente e odontotecnico, fosse anche di sola ispezione del cavo orale, risponde pertanto del reato di esercizio abusivo della professione di odontoiatra, di cui all’art. 348 c.p. l’odontotecnico che esegua direttamente la rilevazione delle impronte dentarie del paziente” La sentenza chiarisce anche che “l’attività di ablazione del tartaro e lucidatura delle arcate dentarie rientra senza dubbio nella competenza (oltre che naturalmente dell’odontoiatra) dell’igienista dentale il quale è abilitato a tale delicata professione (comportante tra l’altro, su indicazione dell’odontoiatra, manovre strumentali sui denti del paziente) a seguito del conseguimento di un diploma di laurea triennale .

Qualche perplessità ha destato invece l’allegata sentenza, (all. n. 2), del Tribunale di Bergamo depositata in cancelleria il 5 febbraio 2009 che, assolvendo alcuni imputanti dal reato di esercizio abusivo della professione, ha svolto alcune considerazioni non del tutto convincenti.

Se da un lato la detta sentenza chiarisce che “commette il reato di abusivo esercizio della professione l’odontotecnico che svolga attività riservata in quanto, a norma del/ ‘art. 11 R.D. 1334/28 è escluso ogni rapporto diretto «fra paziente e odontotecnico fosse anche di sola ispezione del cavo orale o di mera rilevazione delle impronte” dall’altro nel ritenere non provata questa attività da parte degli imputati svolge considerazioni certamente non condivisibili. In particolare nel corpo della sentenza è indicato che: “è un dato di comune esperienza, che le protesi dentarie sono mobili e, pertanto, l’inserimento o la loro estrazione dal cavo orale è perfettamente eseguibile anche dal

paziente medesimo. Qualora l’odontotecnico abbia, talora, aiutato il paziente a sistemare le protesi dentarie da lui riparate ciò non integra ad avviso del Tribunale il delitto contestato”. Si sottolinea che anche questa sentenza specifica chiaramente che il reato di abusivo esercizio della professione è compiuto dall’odontotecnico che svolga attività riservata ma, allo scopo di precisare il mancato raggiungimento della prova, si lascia andare a considerazioni generiche e relative che possono corre il rischio di creare una comoda via d’uscita dalle responsabilità penali.

Nel ricordare l’ovvia diversa valenza giuridica della sentenza della Corte di Cassazione rispetto ad una sentenza di un Tribunale, si segnala che l’Ordine di Brescia, che si è costituito nel giudizio oggetto della sentenza del Tribunale di Bergamo, in piena sintonia con la Federazione, sta valutando l’opportunità di un eventuale ricorso in appello.

Giuseppe Renzo

***La Cassazione:
ablazione del tartaro
e lucidatura vietata
ad assistenti e odontotecnici***

L’attività di ablazione del tartaro e di lucidatura delle arcate dentarie non può essere esercitata se non da un medico odontoiatra o da un igienista dentale, con la conseguenza che commette il reato di esercizio abusivo della professione di igiene dentale il soggetto (nel caso di specie, verosimilmente, un assistente di poltrona di uno studio dentistico) che esegua simili attività senza avere conseguito speciale abilitazione. (avv. Ennio Grassini - www.dirittosanitario.net)

Corte di Cassazione - Sez. VI Penale

- Sentenza n. 4294 del 30.01.2009

Fatto e diritto

Con la sentenza in epigrafe, il Giudice per le indagini preliminari del Tribunale di Belluno, nella udienza fissata ex art.447 c.p.p., applicava a M. M., a norma degli artt. 444 e 448 c.p.p., riconosciute le attenuanti generiche, la pena patteggiata di giorni 18 di reclusione, sostituita con euro 684 di multa, in ordine al reato di cui agli artt. 110, 348 C.p.p., per avere il medesimo, quale medico-chirurgo specializzato in odontoiatria e titolare di studio dentistico, in concorso con D. R., S. N. e V. S., consentito a costoro di svolgere atti tipici della professione odontoiatrica (prelevamento di impronte nel cavo orale) o di igienista dentale (ablazione del tartaro e lucidatura delle arcate dentarie), senza essere provvisti del relativo titolo di abilitazione (in Ponte nelle Alpi, dal luglio 2005 al maggio 2006).

Ricorre per cassazione l'imputato, a mezzo del difensore, avv. Massimo Mo., il quale deduce la violazione dell'art. 348 c.p. in relazione agli artt. 33 e 35 Cost., agli artt. 1 e 2 d.m. n. 669 del 1994 e all'art. 11 r.d. n. 1334 del 1928, osservando che l'attività di mera rilevazione delle impronte dentarie non rientra nell'ambito riservato alla professione medica; e che quella di rimozione del tartaro e di lucidatura dei denti, pur spettando alle competenze dell'igienista dentale, non rientra nel paradigma di cui all'art. 348 c.p. - che si riferisce esclusivamente all'esercizio di una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato - dato che per l'attività di igienista dentale non si richiede né il superamento di un esame di Stato né l'iscrizione ad un apposito albo, con la conseguenza che l'esercizio di una simile attività da parte di un soggetto non munito del

titolo di igienista dentale può al più essere sanzionato in via amministrativa.

Osserva la Corte che il ricorso è infondato, sotto entrambi i profili dedotti.

Quanto all'attività di rilevazione di impronte dentarie, va considerato che l'odontotecnico, figura rientrante nell'ambito delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie (v. anche Corte cost., sento n. 423 del 2006), è, a norma dell'art. 11 r.d. 31 maggio 1928, n. 1334, abilitato "unicamente a costruire apparecchi di protesi dentaria su modelli tratti dalle impronte [...] forniti dal medico chirurgo" (ora, odontoiatra), restando esclusa, "anche alla presenza ed in concorso del medico o dell'abilitato all'odontoiatria, alcuna manovra, cruenta o incruenta, nella bocca del paziente, sana o ammalata".

Va pertanto ribadito che, essendo escluso ogni rapporto diretto tra paziente e odontotecnico, fosse anche di sola ispezione del cavo orale, risponde del reato di esercizio abusivo della professione di odontoiatra, di cui all'art. 348 c.p., l'odontotecnico che esegua direttamente la rilevazione delle impronte dentarie del paziente (v., ex plurimis, con varie applicazioni del principio, Cass., Sez. IV, 8 maggio 2007, Pelliccione; Sez. VI, 10 giugno 2004, Massella, Id., 23 gennaio 1997, Vindigni; Sez. I, 11 febbraio 1997, De Luca; Sez. VI, 9 novembre 1992, Cagalli; Id., 1 ° giugno 1989, Monticelli).

È solo il caso di aggiungere, per completezza, che stando alla sentenza impugnata, l'attività abusiva, della quale risponde il ricorrente a titolo di concorso, è stata svolta non solo dall'odontotecnico V. S. ma anche dalla dipendente, non in altro modo qualificata, D. R..

Venendo ora all'attività di ablazione del tartaro e lucidatura delle arcate dentarie, essa rientra senza dubbio, come del resto il ricorrente mostra di riconoscere, nella competenza (oltre che, naturalmente, dell'odontoiatra) dell'igienista dentale, il quale è abilitato a tale delicata professione (comportante tra l'altro, su indicazione dell'odontoiatra, manovre strumentali sui denti del paziente) a seguito del conseguimento di un diploma di laurea triennale in Igiene dentale, con esame finale avente valore di abilitazione all'esercizio della professione (v. art. 2 d.m. 15 marzo 1999, n. 137).

Si tratta dunque di una "speciale abilitazione" senza la quale la relativa attività integra il reato di cui all'art. 348 c.p., non richiedendosi da detta norma, contrariamente a quanto assume il ricorrente, e come invece ha correttamente puntualizzato il Giudice a quo, che la condotta punibile venga in questione solo in relazione a quelle professioni per il cui esercizio sono richiesti il superamento di un esame di stato (in questo caso surrogato, per dettato normativo, dal superamento della prova finale universitaria) e l'iscrizione ad un albo.

Va dunque confermato che l'attività di ablazione del tartaro e di lucidatura delle arcate dentarie non può essere esercitata se non da un medico odontoiatra o da un igienista dentale, con la conseguenza che commette il reato di esercizio abusivo della professione di igiene dentale il soggetto (nella specie, verosimilmente, un assistente di poltrona di uno studio dentistico) che esegua simili attività senza avere conseguito detta speciale abilitazione (v. Cass., Sez. VI, 7 febbraio 2007, Ventura).

Ineccepibilmente, dunque, è stata emessa sentenza di applicazione della

pena, ex artt. 444 e 448 c.p.p., nei confronti del ricorrente, in ordine al reato di cui agli artt. 110 e 348 c.p., trattandosi del titolare dello studio medico che aveva consentito l'esercizio delle attività sopra descritte a soggetti non abilitati.

Al rigetto del ricorso consegua, a norma dell'ad. 616 c.p.p., la condanna del ricorrente al pagamento delle spese processuali.

P.Q.M.

Rigetta il ricorso e condanna il ricorrente al pagamento delle spese processuali. Così deciso addì 12 dicembre 2008.

omissis

Depositato in Cancelleria oggi 30 gennaio 2009

La sentenza del tribunale di Bergamo

Pubblichiamo la sentenza del tribunale di Bergamo (sezione distaccata di clusone) nei confronti di *OMISSIS*

IMPUTATI

del reato di cui agli artt. 110 e 348 c.p. perché, in concorso tra loro, presso l'ambulatorio di *OMISSIS* esercitavano abusivamente la professione di odontoiatria; in particolare svolgeva ivi tale attività il *OMISSIS* odontotecnico,

mentre il *OMISSIS* odontoiatra, concorreva in tale attività; risultando formalmente titolare dello studio odontoiatrico ed essendo assente al momento dello svolgimento delle pratiche sanitarie da parte del *OMISSIS* il quale, in particolare, installava protesi dentarie o denti o comunque dava luogo a

manovre cruenta o incruente nella bocca dei pazienti

In *OMISSIS* dal 2000 ad oggi.

PARTE CIVILE:

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Brescia

Difeso e assistito dell'avv. Cristina Lombardi di fiducia del Foro di Brescia

Con decreto emesso dal P.M. in data 27 settembre 2006, *OMISSIS* e *OMISSIS* venivano citati in giudizio davanti a questo Tribunale per rispondere del reato così come loro ascritto in epigrafe.

All'udienza dibattimentale del 4 luglio 2007, svoltasi in contumacia degli imputati, il processo non si è potuto celebrare per l'adesione dei difensori all'astensione dalle udienze proclamata dall'U.C.P.I.

All'udienza dibattimentale del 7 maggio 2008, svoltasi in presenza di *OMISSIS* e in *OMISSIS* contumacia del coimputato, aperto il dibattimento ed ammesse le prove richieste dalle parti, sono stati introdotti i testi dell'accusa *OMISSIS*

Stante l'assenza giustificata, della teste *OMISSIS* sull'accordo delle parti è stato acquisito il verbale di s.i.t. rese dalla stessa ai carabinieri di ponte Nossa in data 7 febbraio 2006, del quale il Giudice ha dato lettura.

Il processo è stato rinviato per la prosecuzione dell'istruttoria dibattimentale.

All'udienza dibattimentale del 21 gennaio 2009, svoltasi in presenza degli imputati, *OMISSIS* si sono quindi sottoposti all'esame dibattimentale.

A questo punto la difesa ha rinunciato all'audizione dei propri rimanenti testi, nulla opponendo il P.M.; il Tribunale ha revocato sul punto l'ordinanza ammissiva della prova. Sull'accordo delle parti è stata acquisi-

ta al fascicolo dibattimentale l'annotazione di servizio dei carabinieri di ponte Nossa il 1.04.2006.

Esaurita l'Istruttoria dibattimentale, le parti hanno formulato ed illustrato le rispettive conclusioni come da verbale in atti.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Alla luce dell'espletata istruttoria dibattimentale non è stata raggiunta la prova della penale responsabilità degli imputati in ordine al reato loro ascritto. Dall'istruttoria dibattimentale è emerso che in Italia in data 19.12.2005, verso le ore 15 personale della A.S.L. di *OMISSIS* si era recato presso l'ambulatorio del Dr. *OMISSIS* sito in *OMISSIS*

Dopo alcuni minuti di attesa (nei quali la segretaria *OMISSIS* le aveva detto che il dottore stava operando) il funzionario *OMISSIS* aveva avuto accesso nella sala visite dove aveva trovato l'imputato *OMISSIS*, odontotecnico, deducendo dal fatto che egli avesse in mano un non meglio precisato strumento che lo stesso fosse intento ad effettuare manovre sul cavo orale della paziente.

Quando era entrata lo aveva salutato chiamandolo "dottore" (in quanto pensava, erroneamente, che egli fosse il dottor *OMISSIS* che non conosceva) e costui aveva interrotto un momento la propria attività ed aveva annuito con un cenno cordiale.

A questo punto la *OMISSIS* si era allontanata aspettando che egli terminasse il proprio lavoro; solo quando il *OMISSIS* le aveva esibito la propria patente di guida aveva compreso trattarsi di persona diversa dal titolare dello studio (vedi pag. 8 - 9 del verbale dell'udienza 7.05.2008)

OMISSIS aveva detto al funzionario della ASL che il *OMISSIS* aveva sistemato una protesi.

Nell'ambulatorio c'erano una giova-

ne donna straniera in attesa (verosimilmente la badante della *OMISSIS*) e vi era una sola sala visite con un riunito (vedi pag. 11 del verbale dell'udienza 7.05.2008 e documentazione fotografica prodotta dalla difesa all'odierna udienza).

Come riferito dalla teste, detto ambulatorio era "partito nel 2000 con il dottor *OMISSIS* e nel febbraio 2005 è subentrato il dottor *OMISSIS*" (vedi pag. 12 del verbale dell'udienza 7.05.2008).

Poiché *OMISSIS* non era medico né odontoiatra e non aveva, pertanto, alcun titolo per effettuare visite ed interventi direttamente nella bocca di pazienti, il G.I.P. – su richiesta del P.M. – con decreto emesso in data 24 maggio 2006 aveva disposto il sequestro dello studio dentistico, sequestro poi revocato dal Tribunale in funzione di giudice dell'Appello in data 11.1.2007.

OMISSIS ha dichiarato (vedi verbale delle sue dichiarazioni ai carabinieri di Ponte Nossa il 7.02.2006 acquisito al fascicolo dibattimentale sull'accordo delle parti che prima di Natale si era effettivamente recata presso lo studio del Dottor *OMISSIS* perché le si era rotta la protesi superiore; la persona che le aveva effettuato il lavoro era la stessa che l'aveva curata sin dalla primavera del 2004 e che lei aveva sempre chiamato dottore; in tutto aveva fatto 5 o 6 sedute. L'uomo in questione aveva circa 50 anni, alto 1.80 m circa, di corporatura robusta e *calvo o con capelli rasati a zero*.

Anche la teste *OMISSIS* (figlia della *OMISSIS*) ha raccontato al Tribunale che il *OMISSIS* si era sempre fatto chiamare dottore, le aveva messo la protesi; era andata nello studio per fare della prove nel dicembre del 2003 ed avevano avuto termine nel marzo 2004.

Il *OMISSIS* le aveva messo le mani

in bocca per prenderle le impronte e, successivamente, le aveva installato la protesi (vedi pagg. 16 e 19 del verbale dell'udienza 7.05.2008).

La teste aveva visto all'interno dello studio in questione sempre e soltanto il *OMISSIS*, mentre non conosceva né aveva mai visto il *OMISSIS*.

Il teste *OMISSIS*, nel corso della sua deposizione dinanzi al tribunale, ha dichiarato che le cure dentistiche prestategli erano sempre state eseguite o dal Dr. *OMISSIS* o dal *OMISSIS* (vedi pagg. 26-27 del verbale dell'udienza 7.05.2008).

Successivamente, nel 2006 circa, si era recato nuovamente in quello studio perché si erano rotti alcuni denti della protesi, ma non aveva più trovato il *OMISSIS* e le cure prestategli erano state prestate dal Dr. *OMISSIS* (vedi pag. 29 del verbale dell'udienza 7.05.2008)

Pure *OMISSIS* ha riferito nella sua testimonianza che il *OMISSIS* le aveva preso le impronte e le aveva fatto le protesi mentre il Dr. *OMISSIS* le aveva fatto le devitalizzazioni (vedi pagg. 30-31 del verbale dell'udienza 7.05.2008).

OMISSIS nel corso dell'esame dibattimentale al quale si sono sottoposti, hanno respinto gli addebiti.

Ciò premesso in punto di fatto occorre sottolineare, preliminarmente, che quanto avvenuto il 19 dicembre 2005 in occasione della visita della *OMISSIS* è quanto meno dubbio; la stessa *OMISSIS* non vide il *OMISSIS* con le mani nella bocca della paziente, circostanza peraltro non riferita nemmeno dalla signora *OMISSIS* la quale – a onor del vero – dice al funzionario della ASL che il *OMISSIS* le ha "*sistemato*" la protesi..

Quanto alle altre testimonianze assunte in dibattimento osserva il

Tribunale che, se da un lato, è pacifico che commette il reato di abusivo esercizio abusivo di medico dentista l'odontotecnico che svolga attività riservata al medico in quanto, a norma dell'art. 11 R.D. 1334/28 è escluso ogni rapporto diretto fra paziente e odontotecnico, fosse anche di sola ispezione del cavo orale o di mera rilevazione delle impronte (per tutte Cass. Sez. VI nr. 59 del 10.01.1990 e nr. 11929 del 12.12.1992: Cass. Sez. VI nr. 37120 del 22.09.2004), va dall'altro precisato che alla luce delle emergenze processuali non può affermarsi – oltre ogni ragionevole dubbio – che il *OMISSIS* abbia effettivamente esercito prerogative riservate dalla legge all'odontoiatra, comunque, se ciò è avvenuto, è avvenuto in casi del tutto eccezionali al fine di consentire – come nel caso della *OMISSIS* al paziente di affrontare le feste natalizie con la protesi funzionante.

Non può, infatti, sottraersi che è un dato di comune esperienza che le protesi dentarie sono mobili, pertanto, l'inserimento o la loro astrazione dal cavo orale e perfettamente eseguibile anche dal paziente medesimo.

Qualora l'odontotecnico *OMISSIS* abbia, talora, aiutato il paziente a sistemare (per usare le parole della *OMISSIS* le protesi dentarie (da lui riparate) ciò non integra ad avviso del Tribunale il delitto contestato tenuto conto, tra l'altro, che non sono mai state emesse ricevute di pagamento intestate allo studio odontoiatrico del dr *OMISSIS*.

Ne consegue come corollario che non vi è alcuna prova che il coimputato dottor *OMISSIS* nella sua qualità di titolare dello studio soltanto a far data dal febbraio 2005, abbia concorso nel reato contestato al *OMISSIS*.

Premesso tutto quanto precede, logi-

camente ed unitariamente considerato, al tribunale non resta che mandare assolti gli imputati dal reato loro ascritto, seppur a mente dell'art. 530, 2° comma c.p.p., perché il fatto non sussiste.

P.Q.M.

Visto l'art. 530, 2° comma c.p.p.

assolve

Gli imputati dal reato loro ascritto perché il fatto non sussiste.

Bergamo – Clusone, 21 gennaio 2009.

Abusivismo: collaborazione fra NAS e Ordini

In merito alle notizie apparse sul resoconto dell'attività dei Carabinieri del Nucleo Antisofisticazione (NAS) contro l'abusivismo e il prestanomismo in campo odontoiatrico, ecco la dichiarazione che il Presidente della Commissione Albo Odontoiatri (CAO) della FNOMCeO, Giuseppe Renzo, ha voluto subito diramare alle Agenzie.

“Ringraziamo ancora una volta i NAS per l'opera meritoria svolta.

Fermo restando che la CAO nazionale e le CAO provinciali sono impegnate a reprimere qualsiasi illecito disciplinare, le recentissime notizie di stampa indicano numeri assolutamente gravi e preoccupanti soprattutto per quanto riguarda gli esercenti abusivi la professione, oltre che i prestanome.

Ciò dimostra, ancora una volta la correttezza delle iniziative della Commissione Albo Odontoiatri della FNOMCeO nel denunciare tali problemi, che costituiscono un vero pericolo per la salute pubblica.

La collaborazione da tempo in essere tra i rappresentanti ordinistici del-

l'odontoiatria e i NAS dà frutti importanti. Auspichiamo di arrivare in un prossimo futuro finalmente alla soluzione del problema.

E' proprio in questo quadro preoccupante che appare ancora una volta evidente l'errore di chi vorrebbe istituire uno specifico profilo professionale in area sanitaria per gli odontotecnici - con un ulteriore, inutile, corso triennale di laurea - che costituirebbe un elemento di confusione e di grave pericolo per una corretta assistenza sanitaria e odontoiatrica “.

Gli estetisti e lo sbiancamento dei denti

La CAO di Roma, che ringraziamo per la collaborazione, ci ha trasmesso un quesito di interesse generale proposta da un suo iscritto. La questione riveste particolare importanza in quanto rientra nel delicato tema del corretto “esercizio della professione di Odontoiatra”, in riferimento alle “inesistenti” competenze degli estetisti sullo sbiancamento dei denti.

Riteniamo, pertanto utile, i contenuti della risposta.

“La legge 4 gennaio 1990 n. 1 che disciplina l'attività d'estetista, sancisce all'art. 1: “L'attività d'estetista comprende tutte le prestazioni ed i trattamenti eseguiti sulla superficie del corpo umano il cui scopo esclusivo o prevalente sia quello di mantenerlo in perfette condizioni di migliorarne e proteggerne l'aspetto estetico, modificandolo attraverso l'eliminazione o l'attenzione degli inestetismi presenti”.

Già dalla definizione riportata emerge che interventi di carattere odontoiatrico come quelli relativi allo sbiancamento dei denti non rientrano nell'atti-

vità di estetista. La stessa normativa inoltre in un apposito allegato fornisce l'elenco degli apparecchi elettromeccanici per uso estetico nell'ambito del quale non esiste alcun apparecchio utilizzato per lo sbiancamento dei denti.

Oltre alle questioni tecnico giuridiche occorre poi sottolineare che è ben difficile distinguere nel settore odontoiatrico attività di cura da attività estetiche e sembra quanto mai pericoloso attribuire competenze agli estetisti in un settore delicato come quello delle cure odontoiatriche”.

Nomenclatore odontoiatrico strumento di trasparenza

Riuniti a Roma, gli odontoiatri italiani presentano il nomenclatore odontoiatrico 2008, realizzato dalla Commissione Albo Odontoiatri (CAO) in collaborazione con il Comitato Inter-societario di coordinamento delle associazioni odontostomatologiche italiane (CIC)

Migliorare il rapporto di fiducia tra medico e paziente: ecco il filo rosso dei seminari che la FNOMCeO sta tenendo al Jolly Hotel I-IN (ex Leonardo Da Vinci) di Roma.

E mentre i medici studiano, insieme al sottosegretario alla Salute Ferruccio Fazio e al senatore Ignazio Marino, gli strumenti per una riforma “possibile” della responsabilità professionale, gli odontoiatri varano il “Nomenclatore delle cure odontoiatriche”.

Dalle *biopsie* alla *scialometria*, dalla *chirurgia impiantare* alle *protesi*: il nuovo Nomenclatore è la *summa* di tutte le prestazioni dell'odontoiatria, ciascuna spiegata in maniera dettagliata e in termini comprensibili anche ai non addetti ai lavori.

“Il Nomenclatore è uno strumento snello e facilmente consultabile - spiega il presidente CAO (Commissione Albo Odontoiatri) nazionale, Giuseppe Renzo - e sarà un valido ausilio per l'esercizio della professione e per la consultazione in caso di contenzioso. Ma soprattutto costituisce un forte richiamo etico verso il paziente”.

Il nomenclatore, infatti, definendo, voce per voce, quali sono e in che cosa consistono le opere professionali che un odontoiatra può prestare, costituisce un'importante tutela del paziente contro l'abusivismo.

“Altra cosa è il tariffario - continua Renzo - la cui opportunità ci riserviamo di valutare successivamente e che va contestualizzato, altrimenti utile solo per chi vende merci e prodotti, e non per chi eroga prestazioni intellettuali.

Altra cosa ancora il tempario, che mortifica il rapporto empatico con la persona e trasforma un 'arte in un artigianato”.

Ecco quindi che il Nomenclatore diventa prezioso strumento di trasparenza nel rapporto tra l'odontoiatra e il suo paziente, con una duplice valenza: quella di sensibilizzare all'uso di un linguaggio facilmente comprensibile e quella di definire con chiarezza le voci a cui poi si riferiranno gli onorari.

“La libera professione ha sinora assicurato ai cittadini la libera scelta del proprio medico di fiducia - chiosa Renzo -. E questo un diritto da garantire anche in futuro, se si crede nei valori fondanti l'Alleanza Terapeutica, vera tutela del bene Salute. L'alternativa sarebbe scadere in rapporti contrattuali di tipo mercantile”.

”È questo un principio fondamentale - conclude il presidente CAO - con il quale si chiude virtualmente il cerchio di un percorso che, partendo dalla for-

mazione pre-laurea e proseguendo con l'aggiornamento, ha come obiettivo finale un professionista con una solida preparazione etica e deontologica, un adeguato approccio empatico, un 'eccellenza clinica anche in campi come la prevenzione delle patologie del cavo orale”.

Sempre attivo a Sassari l'ambulatorio alla Caritas

Si informano i colleghi medici dentisti ed odontoiatri che è sempre attivo a Sassari l'ambulatorio odontoiatrico Caritas. Si tratta di una lodevole iniziativa volontaristica a favore delle fasce deboli della società che opera da diversi anni. Chiunque volesse dare un contributo prestando la propria professionalità a tale attività o volesse avere maggiori informazioni sul servizio, può chiamare al numero 346/0130826.

ORARIO DI RICEVIMENTO DEL CONSULENTE LEGALE DELL'ORDINE

Il consulente legale
dell'Ordine riceve tutti
i martedì pomeriggio
presso la sede
dell'Ordine previo
appuntamento
da stabilire al numero
di telefono 079.234430

Illegittima l'imputazione sui singoli medici

Contributi previdenziali a carico delle società professionali

Scopo di questa nota è mettere al corrente di una situazione che si sta delineando in ordine all'applicazione dell'art. 1, comma 39, della Legge n. 243/2004. La legge - come ben si sa - ha istituito in capo alle società professionali mediche e odontoiatriche in qualunque forma costituite e delle società di capitali, operanti in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, l'obbligo di versare al Fondo Specialisti Esterni gestito dall'ENPAM un contributo nella misura del 2% del fatturato annuo attinente alle prestazioni specialistiche rese nei confronti del medesimo SSN e delle sue strutture operative, senza diritto di rivalsa.

Ebbene, mi è giunta notizia che alcune delle predette società, visti rigettati tutti i ricorsi presentati in opposizione a tale obbligo dinanzi a svariati tribunali e constatato altresì che la stessa Corte Costituzionale ha dichiarato inammissibile la questione di incostituzionalità della norma prospettata dal giudice di merito, stanno prendendo l'iniziativa di far firmare ai professionisti una clausola in base alla quale questi ultimi si obbligano ad accollarsi il contributo di cui sopra, versandolo alle società stesse, con cui intrattengono il rapporto contrattuale.

Tale iniziativa è da considerarsi del tutto illegittima, in quanto l'obbligo contributivo, essendo preordinato all'interesse generale e al dove-

re di solidarietà economica e sociale di cui all'art. 2 della Costituzione, è indipendente dalle prestazioni e prescinde da ogni valutazione di vantaggio previdenziale per gli stessi soggetti obbligati. Questi ultimi appartengono, in ragione del loro accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, alla categoria degli erogatori dei servizi alla salute.

Già dal 2005 la Corte di Cassazione ha espresso il principio per il quale il rapporto intercorre direttamente tra le società accreditate e il S.S.N., e il Tribunale di Venezia ha recentemente confermato che le società indicate dalla legge, con il loro rapporto di accreditamento, sono parte del sistema sanitario nazionale e dunque sono tenute direttamente ai doveri solidaristici stabiliti dalle norme vigenti.

Le obbligazioni contributive non possono venir "ribaltate" su soggetti diversi da quelli previsti dalla legge: l'imputazione del contributo sui singoli medici si configura, sotto il profilo legale, come evasione di un'obbligazione che incombe direttamente sulle società.

È opportuno che queste informazioni vengano diffuse quanto più è possibile presso tutti gli iscritti, affinché si rifiutino di sottoscrivere la citata clausola contrattuale che - ribadisco - è del tutto illegittima.

Eolo Parodi
Presidente Enpam

*Nessun obbligo
per i professionisti
di accollarsi
il versamento*

ENPAM NOTIZIE FLASH

Quota A, pagamento contributi 2009

Nel mese di aprile il Concessionario Esatri S.p.A. di Milano, avvierà l'attività di notifica degli avvisi di pagamento.

I contributi possono essere versati in 4 rate con scadenza 30 aprile, 30 giugno, 30 settembre, 30 novembre o in unica soluzione entro il termine previsto per la prima rata di aprile.

Nel caso in cui l'avviso pervenga dopo la scadenza di una o più rate, il pagamento delle rate scadute dovrà essere eseguito entro 15 giorni dalla notifica.

Neo iscritti

Coloro che si sono iscritti nel corso dell'anno 2008 agli Albi Professionali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, nel prossimo mese di aprile riceveranno un avviso di pagamento da parte di EQUITALIA-ESATRI S.p.A. di Milano, con l'indicazione dell'importo complessivamente dovuto alla quota A del Fondo Generale per il 2008 e per il 2009. Il pagamento potrà essere eseguito in forma rateale o in unica soluzione secondo le modalità indicate nell'avviso medesimo.

Stampa automatica del duplicato CUD

Tutti i pensionati E.N.P.A.M. registrati all'Area riservata, possono stampare il CUD utilizzando nome utente e password e inoltre, tutti i pensionati, in possesso della carta E.N.P.A.M. e del codice PIN, posso-

no stampare il CUD direttamente presso l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri al quale sono iscritti, utilizzando lo sportello self-service collegato con gli archivi della Fondazione E.N.P.A.M.

Pensione ordinaria classe medica 1944

Ai sensi del vigente Regolamento del Fondo di Previdenza Generale, gli iscritti nati nel 1944 potranno presentare la domanda di pensione ordinaria nel corso dell'anno 2009, dal compimento del 65° anno di età. Il modulo è stato recapitato al domicilio degli iscritti unitamente al modello fiscale da allegare obbligatoriamente al modulo compilato in ogni sua parte.

Pensione Ordinaria mancato ricevimento del modulo domanda e modello fiscale

In caso di mancato ricevimento i moduli sono reperibili presso gli uffici della Fondazione, presso gli Ordini provinciali, oppure, sul sito www.enpam.it.

Ritardato pagamento contributo Fondo di Previdenza Generale quota B

Il vigente regime sanzionatorio, in caso di pagamento dei contributi oltre il termine regolamentare, prevede:

- una sanzione in misura fissa pari all'1% del contributo, qualora il versamento sia effettuato entro 90 giorni

dalla scadenza (entro il 29 gennaio 2009);

- qualora il versamento sia effettuato oltre tale termine, una sanzione, in ragione d'anno, pari al Tasso Ufficiale

di Riferimento (T.U.R) maggiorato di 5,5 punti, fino ad un importo massimo pari al 70% del contributo non versato.

Deducibilità fiscale

I contributi previdenziali obbligatori sono, ai fini IRPEF, interamente deducibili dall'imponibile fiscale art. 10, comma 1, lettera e, del Testo Unico delle Imposte sui Redditi, approvato con D.P.R. n° 917 22/12/1986 modificato dal D. Lgs. 18/2/2000 n° 47.

Come usufruire del beneficio

Contributo quota A: utilizzare il bollettino/i RAV di versamento

Domiciliazione bancaria quota A: Equitalia Esatri Spa invierà in tempo

utile un riepilogo dei versamenti effettuati

Contributo quota B: utilizzare il bollettino MAV di versamento

Importi versati a titolo di riscatto: il Servizio Riscatti invierà una dichiarazione attestante gli importi versati.

Bonus per le famiglie

L'art. 1 del decreto legge 29 novembre 2008 n° 185 prevede per il solo anno 2009, ai soggetti residenti, componenti di un nucleo familiare a basso reddito, l'attribuzione di un bonus straordinario di importo variabile da 200 a 1000 euro stabilite in base al numero dei componenti del nucleo familiare e al reddito complessivo familiare da essi prodotto. Modalità di presentazione delle domande, reperibilità dei modelli e istruzioni più dettagliate potranno essere reperite sul sito dell'Agenzia delle Entrate www.agenziaentrate.gov.it

Invito ai colleghi a partecipare all'attività della Federspev

A Sassari esiste da decenni la Federspev la quale mensilmente riunisce i suoi iscritti presso la sala conferenze dell'Ordine.

Supponiamo che i colleghi neopensionati non ne siano a conoscenza; purtroppo c'è un grande scollamento fra i sanitari attivi che si avviano alla pensione e i già pensionati.

Noi medici pensionati desideriamo, invece, che la nostra Associazione sia supportata da sempre nuovi iscritti.

Svolgiamo attività sociale, culturale e, per quanto possibile, di aggiornamento. Precisiamo che le quote di iscrizione sono modeste: Euro 3,00 mensili.

Invitiamo, quindi, i colleghi a partecipare alle nostre riunioni al fine di conoscerci. Arrivederci, numerosi, a presto.

I soci FEDERSPEV
di Sassari

Investimenti: perché i medici possono dormire sereni

L'Enpam in seguito ad illazioni apparse su un giornale specializzato ha richiesto un'intervento autorevole al professor Maurizio Dallochio, docente di finanza aziendale nell'Università Bocconi di Milano.

Come tutti voi ho letto anch'io in questi giorni qualche articolo che parla degli investimenti delle casse previdenziali e dell'ENPAM, nei fatti la più grande cassa di previdenza dei professionisti italiani. Quindi particolarmente interessante ai fini giornalistici, anche perché il suo destino interessa direttamente a 400 mila qualificati individui (i medici e gli odontoiatri) e alle famiglie di questi ultimi: in tutto diciamo 1,5 milioni di persone e dunque di lettori...

Vado al dunque con un'affermazione di base, due premesse e alcune considerazioni che voglio esporre con una visione franca e schietta.

L'affermazione di base: più volte e nelle sedi più disparate a partire dai Consigli Nazionali, il Presidente Parodi ha ribadito che il portafoglio degli investimenti dell'Ente è "prudente". Questo significa che non vi sono prospettive di reddito straordinarie in periodi di crescita dei mercati, ma che in fasi recessive il portafoglio "tiene", ovvero non corre il rischio di gravi perdite durature di valore. Questo è tuttora assolutamente vero. Il portafoglio complessivo ENPAM è solido, prudente, e per quanto possibile in funzione delle previsioni migliori oggi disponibili in campo demografico, attuariale e economico-

finanziario, non pone a rischio le pensioni dei medici né fra 10 anni né fra 20 o più.

Le due premesse si integrano. La prima è il motto che ha ispirato il comportamento degli Organi dell'Ente negli ultimi lustri: "Prudenza e Trasparenza". In ossequio a quest'ultimo importante valore, la trasparenza appunto, sapete da dove provengono le informazioni utilizzate dalla stampa per scrivere quanto qualcuno di voi ha letto? Dall'ENPAM e dai suoi esponenti, sempre aperti a fornire informazioni sulle politiche e sulle strategie di un organismo così importante per il sistema italiano. Qui scatta la seconda premessa: nel giornalismo tutti sanno che una buona notizia è una non notizia. Conseguentemente se ci sono dieci note positive e una incerta, che si riferiscono a un soggetto noto, meglio indugiare su quest'ultima che sulle dieci precedenti.

Ecco dunque le considerazioni in rapida successione: riprendiamo il discorso delle buone notizie. Qualcuno ha forse rimarcato che l'ENPAM non ha mai investito in Parmalat, Cirio, Enron, bond argentini o altri titoli del nostro mercato (tutti ricordano la new economy e casi come Finmatica) che hanno integralmente e irrimediabilmente perduto il loro valore dopo aver fatto scintille per qualche periodo? Bene, questi sono fatti e non semplici supposizioni.

I patrimoni delle Casse e le loro gestioni sono sottoposti a controlli continui e severi. Nel caso dell'ENPAM l'elenco è particolarmente lungo: vi è

Portafoglio dei titoli "prudente" e pochi rischi di gravi perdite di valore durature

anzitutto il Consiglio di Amministrazione, che dà gli indirizzi e vigila sull'operato della Struttura. Gli atti dell'uno e dell'altra sono sottoposti al vaglio del Collegio Sindacale, e alla supervisione del Comitato Audit. Vi è poi la società di revisione che con rigore si esprime sulla veridicità e correttezza del bilancio, ovvero dell'insieme dei prospetti di sintesi che riportano, fra l'altro, i valori di tutti gli investimenti realizzati. Esiste anche un consulente esterno chiamato specificamente a controllare le performance degli investimenti mobiliari. A ciò si aggiungano i controlli posti in essere dalla Commissione Parlamentare di Vigilanza, dalla Corte dei Conti e da ricercatori e studiosi spesso interessati al mondo della previdenza e ai suoi investimenti. Non da ultimo, ENPAM ha affidato a una società esterna nel corso del 2007, uno studio per adottare un processo di decisione in merito all'allocazione delle risorse che fosse coerente con le migliori prassi del mondo bancario, assicurativo e finanziario.

Nel portafoglio dell'Ente sono presenti in modo significativo titoli "a capitale garantito". Si tratta di prodotti finanziari articolati, i cui rendimenti sono legati a variabili, le più disparate: dall'andamento delle materie prime, a quello delle valute; dal trend degli indici di borsa a quello dei tassi di interesse o dell'inflazione o di certe economie internazionali, giusto per citarne alcune. In momenti di grande incertezza, o di gravi difficoltà dei mercati, quali quelli attuali, anche questi prodotti subiscono fluttuazioni di valore, e in certi casi anche significative perdite, così come accade alle azioni, alle obbligazioni o qualsiasi altro prodotto finanziario. Tuttavia, rispetto ad altri titoli hanno una caratteristica molto importante: se l'emittente o chi ne garantisce la "sorte"

non fallisce, alla scadenza *garantiscono* il rimborso del valore. Ora, se un Ente ha in portafoglio titoli azionari, e il valore dei medesimi in un certo periodo si è ridotto, diciamo del 40% (se prendete un quotidiano finanziario della settimana che si è chiusa lo scorso 5 settembre e provate a leggere le variazioni delle quotazioni da inizio anno dei titoli negoziati in Italia ne troverete un elenco impressionante), non vi è nessuna garanzia che quei titoli riprendano il loro valore iniziale. Intendiamoci, se si tratta di titoli "di qualità", la probabilità che vi sia una ripresa generale di mercato, in grado di più che ricompensare la perdita, è elevata. Ma non vi sono certezze né sui tempi, né sui valori. Un titolo a capitale garantito del valore nominale di 100 euro, con scadenza al 31 dicembre 2010, potrà valere oggi 50, 80 o 150 euro. Una cosa però è certa: alla scadenza o vi sarà stato un fallimento (default come si dice in gergo tecnico) o il titolo verrà rimborsato al valore nominale, 100 euro appunto. ENPAM va alla ricerca di interlocutori primari, in genere con affidabilità pari almeno allo stato italiano, le cui probabilità di default sono davvero limitate. Intendiamoci, in un portafoglio di centinaia di titoli e interlocutori è possibile che si abbiano eventi indesiderati, ma la diversificazione dei citati titoli e interlocutori bancari e finanziari è consistente garanzia di stabilità di lungo periodo. Ecco perché all'Ente interessa la solidità dei titoli nel lungo periodo, piuttosto che il loro valore odierno, rispetto al 31 dicembre dello scorso anno o di due anni orsono.

Un argomento che fa sorridere oltretutto, è che la variabilità del valore dei titoli a capitale garantito (la "volatilità" come si dice in gergo) è spesso più contenuta di quella di altri titoli, azionari in testa. Dunque anche su base periodale

breve, vi è meno “rischio” assunto. Ecco perché non ha fondamento allarmarsi per l’andamento di un singolo titolo in portafoglio, senza guardare l’andamento di altri titoli, simili e difformi.

Una riflessione sui temi legati alla contabilità. Se un Ente acquista un titolo di qualsiasi natura e lo iscrive fra i suoi investimenti come “immobilizzato”, ovvero non destinato alla rapida vendita, ma alla permanenza in portafoglio per un periodo prolungato (supponiamo fino alla scadenza, posto che ve ne sia una), la contabilità (codice civile e principi contabili) prevede che il suo valore di iscrizione (semplificando, quello di acquisto) possa essere ridotto in presenza di una “perdita duratura di valore”. Numerose istituzioni, e con ogni probabilità anche Casse previdenziali, potrebbero oggi ritenere che non vi sia una perdita duratura di valore nel titolo Unicredit che ha perduto il 35% dall’inizio dell’anno in corso o nel titolo Lntesa SanPaolo che ha perduto il 30%. Conseguentemente non registreranno una perdita nel proprio conto economico. Ciò è perfettamente lecito e forse anche logico: in un mercato meno dissestato di quello attuale si tratta di titoli destinati a riprendere valore. Tuttavia se con serenità e indipendenza leggessi il bilancio di un Ente che ha in portafoglio titoli azionari quali quelli citati, iscritti a valori del primo gennaio dell’anno in corso, e dell’ENPAM che ha – intendiamoci, fra numerosissimi altri investimenti – uno a capitale garantito che oggi vale il 30-35% in meno di quando fu sottoscritto, ma a scadenza verrà comunque rimborsato al valore di bilancio, riterrei più sicure le pensioni dei medici, che quelle dei professionisti iscritti all’altro Ente...

Un’ultima considerazione, forse provocatoria, certo stimolante. ENPAM è

investitore estremamente prudente, che non ha mai assunto comportamenti altamente speculativi. Anche la sua presenza in comparii considerati intrinsecamente rischiosi, quali quelli del private equity o degli hedge fund è dimensionalmente contenuta e risponde a una logica di semplice diversificazione di portafoglio. E d’altra parte i gestori esterni del suo patrimonio (primarie banche costantemente monitorate) ricevono linee guida molto rigide in merito alle possibilità di investimento in azioni, obbligazioni e titoli di qualsiasi natura. Sorge un dubbio: non è che vi sia chi, nel mondo della politica, della finanza dell’industria o più semplicemente della Società in senso ampio voglia dare messaggio esplicito a chi gestisce i denari dei Medici e degli Odontoiatri? Il messaggio, tradotto in modo molto semplice potrebbe essere: “Caro ENPAM, per dimensioni e prestigio sei un grande operatore istituzionale, un ‘entità che conta nel nostro Paese e cuori. Con la tua politica altamente prudenziale, e incline a guardare solo alle pensioni e al lungo periodo, hai investito prevalentemente in immobili e in titoli finanziari conservativi. Non sei entrata a sostenere l’industria italiana attraverso gli investimenti diretti in Borsa; non hai partecipato alle privatizzazioni delle grandi imprese; non hai aiutato i progetti infrastrutturali; non hai messo le tue risorse per salvataggi, rilanci, riorganizzazioni.... Ora devi aprirti a queste iniziative”. Ripeto, è una provocazione, ma forse è arrivato il momento di aprire un dibattito su questi temi, posto che vengano modificati o rimossi i vincoli di natura normativa che rendono difficile, se non impossibile, muoversi nella direzione indicata.

Assunzioni e graduatorie nelle pubbliche amministrazioni

In risposta al quesito posto da alcuni Colleghi, in merito alla possibilità di assunzione da parte di Amministrazioni Pubbliche utilizzando graduatorie di pubblici concorsi approvate da altre Amministrazioni, l'Ordine informa che ciò è sancito dalla legge del 24 dicembre 2003 n. 350 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (Legge Finanziaria 2004) nel comma 61 dell'art. 3 che dice: "... le amministrazioni pubbliche ivi contemplate, nel rispetto delle limitazioni e delle procedure di cui ai commi da 53 a 71, possono effettuare assunzioni anche utilizzando le graduatorie di pubblici concorsi approvate da altre amministrazioni, previo accordo tra le amministrazioni interessate".

Inoltre vi è stato un ulteriore chiarimento da parte della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dip. funzione pubblica del 10.03.2004 in cui, in risposta allo specifico quesito, si afferma che, per il reclutamento di personale, le amministrazioni pubbliche possono attingere a graduatorie concorsuali ancora valide approvate da altre amministrazioni, purché la medesima graduatoria riguardi concorsi banditi per posti inerenti allo stesso profilo e categoria professionale per la copertura dei quali si attinge dalla citata graduatoria. Tale possibilità discende anche dalla necessità di semplificare l'assunzione dei dipendenti delle pubbliche ammi-

nistrazioni e razionalizzare la gestione del personale delle singole amministrazioni, rendendo più spedita, efficace ed economica l'azione amministrativa.

Tale normativa è tuttora in vigore..

DEPOSITO TITOLI DI STUDIO

Nel rispetto degli artt. 1, 2, 3, 4 del DPR n. 221/50 l'Ordine deve tenere gli albi costantemente aggiornati.

Pertanto, è fatto obbligo a tutti gli iscritti depositare presso la segreteria dell'Ordine il conseguimento dei titoli di studio: Diploma di specializzazione, Diploma di formazione specifica in Medicina Generale.

Si ricorda che è possibile avvalersi dell'autocertificazione per comunicare il conseguimento dei suddetti titoli.

Si precisa inoltre che l'Ordine può provvedere alla registrazione dei titoli di studio soltanto a seguito di autocertificazione presentata dall'iscritto.

*Gli enti pubblici
possono utilizzare
anche graduatorie
approvate da altre
amministrazioni
purché riguardanti
posti dello stesso
profilo e categoria
professionale*

Medaglie d'oro e piazzamenti di rilievo

La rappresentativa di Sassari ai Giochi Mondiali di medicina

I Giochi Mondiali della Medicina e della Sanità sono ormai da 30 anni (la prima edizione si svolse a Cannes, in Francia, nel 1978) la manifestazione medico-sportiva di riferimento per tutti gli operatori della sanità che praticano con passione le più svariate discipline sportive.

Si tratta infatti di una sorta di "olimpiade" aperta ai membri delle professioni mediche e sanitarie che rappresenta un'occasione per coloro che lavorano nell'ambito della Sanità in tutto il mondo di incontrarsi e confrontarsi nei loro sports preferiti.

Anche nel 2008 i medici sassaresi non hanno voluto mancare a questo raduno sportivo e professionale che coinvolge ogni anno quasi 4000 persone (tra partecipanti sportivi e accompagnatori) provenienti da oltre 40 paesi di tutti i continenti: la 29. edizione dei Giochi si è svolta a Garmisch, nota stazione sciistica tedesca (che già li aveva ospitati con successo nel 2004) e la partecipazione della rappresentativa ordinistica di Sassari è stata ricca di soddisfazioni anche dal punto di vista dei risultati.

Particolarmente positivi quelli ottenuti dai colleghi nell'atletica leggera: sorprendente è stato l'esordiente Nino Tedde, medico di Medicina Generale, che si è cimentato con successo nei 100 (4. posto), 200 (medaglia d'argento con un buon 30"07), 400 (altro argento) e 800 metri (medaglia di bronzo).

Alle sue tre medaglie, per certi versi inattese, si sono aggiunte quelle conquistate dall'inossidabile Mario Vacca (veterano dei Giochi, cui ha preso parte in 18 edizioni), argento nel salto in alto e nel pentathlon, bronzo nel salto in lungo, e quelle dell'ortopedico Antonello Sotgia, che ha raggiunto il massimo risultato (medaglia d'oro) nei 5000 metri (con il tempo di 18'25"46), corredato inoltre da un argento negli 800 e un bronzo nei 400.

Altro risultato prestigioso è stato ottenuto nel tennis dall'informatore medico Stefano Caria, che ha fatto valere la sua classe dominando il singolare della sua categoria di età senza lasciare neanche un set agli avversari; nel doppio invece, disputato insieme al cardiologo Antonio Manca, si è dovuto accontentare di raggiungere i quarti di finale, dove la coppia sassarese è stata sconfitta, non senza lottare, dalla coppia olandese che poi si è aggiudicata il torneo.

Infine va segnalata la onorevole partecipazione al torneo di calcio over 35 di una rappresentativa sarda costituita da colleghi cagliaritari, guidati dal chirurgo Dario Garau, e sassaresi (tra cui il sottoscritto e il diabetologo Pietro Fresu, nonché il cannoniere della squadra, l'algherese Antonello Cattogno, tecnico di audioprotesi): dopo aver brillantemente superato il girone di qualificazione con due vittorie su tre incontri

*Positivi
risultati
in atletica,
tennis e calcio*

(tra cui va segnalata quella per 2 a 0 sui colleghi dell'Argentina), la squadra si è poi arresa nei quarti di finale ai Canadesi, vincitori del torneo (concludendo comunque con un dignitoso 7. posto).

In conclusione, ancora una volta l'esperienza di partecipazione ai Giochi è stata sicuramente ricca di soddisfazioni, sia sul piano sportivo (il che non guasta!) sia dal punto di vista umano e professionale, grazie alla possibilità di fare conoscenza e scambiare opinioni con colleghi di tutto il mondo.

Inoltre, credo che a manifestazioni come questa si possa riconoscere una ulteriore valenza positiva: dimostrano infatti che gli operatori sanitari credono realmente nella necessità di modifiche dello stile di vita (di cui

l'attività fisica regolare è un elemento cardine) per la prevenzione e la cura di patologie croniche, quali diabete, ipertensione e obesità, che oggi rappresentano un grave problema dal punto di vista socio-sanitario.

Siete quindi tutti invitati a partecipare alla prossima edizione dei Giochi Mondiali della Medicina che si terranno ad Alicante (nel Sud della Spagna) dal 4 all'11 luglio 2009.

Adolfo Pacifico

N.B. Chi fosse interessato, può trovare tutte le informazioni necessarie sul sito www.medigames.com in particolare chi volesse far parte della squadra di calcio, può telefonare al (cell. 3382603348; pacificoadolfo@hotmail.it)

Corsi per tutor-valutatori

Corsi per tutor- valutatori - Esame di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo. D.M. n. 445 del 19.10.2001.

L'Ordine dei medici chirurghi e degli Odontoiatri comunica che ha intenzione di organizzare vari corsi per l'anno 2009 per la formazione di tutor - valutatori per l'attuazione del tirocinio pratico valutativo nell'Esame di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo.

I corsi sono riservati a medici strutturati in Unità Operative di Medicina e in Unità Operative di Chirurgia e a Medici di Assistenza Primaria.

L'adesione prevede in impegno di 2 ore per la frequenza del corso e almeno 2 mesi di disponibilità all'anno per svolgere l'attività di tutor - valutatore.

Ai medici che svolgono l'attività di tutor - valutatore sono riconosciuti i crediti ECM.

I medici interessati sono invitati a prendere contatti con la segreteria dell'Ordine al numero 079/234430.

Sito web dell'Ordine:
www.omceoss.org
 e-mail dell'Ordine:
ordine@omceoss.org

**ELENCO DEI MEDICI DISPONIBILI AD EFFETTUARE SOSTITUZIONI
DI ASSISTENZA PRIMARIA E DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA - ANNO 2009**

n.	Ass. prim.	Pediatr.	Cognome e nome	anno laurea	indirizzo	cap-città	telefono	cellulare
1	Si	No	Caddéo Antonello	2008	Via Giusti, 11	07100 Sassari		345/3468199
2	Si	No	Concu Daniela	2008	Via Napoli, 41	07100 Sassari	079/277113	333/6039994
3	Si	No	Cugurullo Francesca	2008	Via della Libertà, 14/a	07046 Porto Torres		347/4447142
4	Si	No	Ferrari Fulvia	2003	Via Bellini, 5	07100 Sassari	079/238299	333/7325757
5	Si	No	Marras Gianfranca	2008	Reg. Salighes	07014 Ozieri		347/5239108
6	Si	No	Marras Riccardo	2008	Viale Sardegna, 52	07041 Alghero	079/951765	347/6488719
7	Si	No	Masala Silvia	2008	Via Principe di Piemonte, 54	07100 Sassari	079/210054	347/7262911
8	No	Si	Meloni Donatella	2001	Via Ugo Padula, 13	07100 Sassari	079/274380	347/7304608
9	Si	No	Ogana Francesca Paola	2004	Via Torres, 23	07100 Sassari		349/2803221 328/7495972
10	Si	No	Oggiano Anna Maria	2008	S.S. dell' Anglona, 59	07100 Sassari		349/1961801
11	Si	No	Orani Teresa	2008	Via Colombari, 6	07045 Ossi	079/348255	340/0961856
12	Si	No	Petretto Valeria	2004	Via Giovanni Bruno, 2/f	07100 Sassari		338/1967969
13	Si	No	Pulcina Mariangela	2004	Via Manunta, 13	07017 Ploaghe	079/449295	340/0068783
14	Si	No	Salaris Maria Antonia	2006	Via Manzoni, 4	07040 Uri	079/419021	329/9838687
15	Si	No	Salaris Paola	2008	Via Budapest, 32	07100 Sassari	079/210276	349/7830290
16	Si	No	Solinas Angelo	2008	Via Alagon, 9	07100 Sassari		349/4646189
17	Si	No	Suelzu Salvatore	2008	Via lu Rotu, 6	07038 Trmità d' Agultu	079/681198	340/2741900