

SASSARI MEDICA



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

Anno XXI - Giugno 2012 - n. 1



La prevenzione nei bambini in età scolare. Risultati epidemiologici dopo due anni di esperienza (Sassari, 21 aprile 2012)
Foto gentilmente concessa da Marco Dessì

Anno XXI Numero 1 - Giugno 2012

Bollettino ufficiale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari.

Direttore Responsabile: Agostino Sussarellu
Direttore Editoriale: Agostino Sussarellu
Redattori: Giovanni Biddau, Paolo Castiglia, Monica Derosas, Carla Fundoni, Antonio Pinna.

Redazione Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Sassari
Via Cavour n°71/B 070100 Sassari
Tel. 079/234430 telefax. 079/232228

Registrazione n° 236 del 15-12-1989 tribunale di Sassari. Poste italiane s.p.s spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003 (conv.inl. 27/02/2004 n°45) art. 1 comma 2 DCB Sassari
Proprietà: Ordine dei Medici e Odontoiatri di Sassari.

Realizzazione editoriale: tipografia TAS
Zona Industriale Predda Niedda sud strada n°10
Telefono 079.262221 - Fax 0795623669
07100 Sassari.

Tutti i colleghi sono invitati a collaborare cortesemente con la redazione del periodico inviando i propri articoli, proposte, idee, consigli al seguente indirizzo: Redazione Sassari Medica c/o Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari Via Cavour 71/b - 07100 Sassari - Telefono 079/234430 oppure via mail: ordine@omceoss.org

Sassari Medica

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

Consiglio Direttivo 2012/2014

Presidente: Sussarellu Agostino

Vicepresidente: Nonnis Rita

Segretario: Biddau Giovanni

Tesoriere: Addis Nicola

Consiglieri:

- Arru Alessandro
- Bellu Piero Luigi
- Castiglia Paolo Giuseppino
- Cherchi Maria Grazia
- Delogu Pierluigi (odontoiatra)
- Delpini Alberto Ettore
- Derosas Monica
- Farina Gabriele
- Fundoni Carla
- Pinna Antonio (odontoiatra)
- Sanna Nicolino
- Scanu Francesco Pio
- Virgona Patrizia Anna

Commissione Iscritti all'Albo Odontoiatri 2012/2014

Presidente: Delogu Pierluigi

Componenti:

- Azzena Carlo
- Bortone Antonella
- Destefanis Luisa
- Pinna Antonio

Collegio Revisori dei Conti

Presidente: Bazzoni Giancarlo

Revisori:

- Grondona Natalia Marta C.
- Marchisio Leila Maria

Revisore Supplente: Bardino Pasqualina

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari

Via Cavour n° 71/B - 07100 Sassari

Telefono 079-234430 - Fax 079-232228

Sito Internet

<http://www.omceoss.org>

e-mail / PEC

Segreteria: ordine@omceoss.org; ordine.ss@pec.omceoss.it

Presidente: presidente@omceoss.org; presidente.ss@pec.omceoss.it

Presidente C.A.O: presidentecao.ss@pec.omceoss.it

Orari di apertura al pubblico

Lunedì: 11:00 – 13:00

Martedì: 11:00 – 13:00 e 15:00 – 17:00

Mercoledì: 11:00 – 13:00

Giovedì: 11:00 – 15:30

Venerdì: 11:00 – 13:00

Il Presidente dell'Ordine riceve il martedì pomeriggio
previo appuntamento da concordare telefonicamente al n° 079-234430

Il Presidente della Commissione Albo Odontoiatri riceve
previo appuntamento da concordare telefonicamente al n° 079-234430

In questo numero

EDITORIALI

<i>Agostino Sussarellu</i> - Il rinnovamento nel segno della continuità	<i>pagina</i>	5
<i>Pierluigi Delogu</i> - Liberalizzazione o caos?		7

ORDINE/ELEZIONI

<i>Antonio Pinna</i> - Impegno e obbligo: rigore e massima responsabilità	9
- Consiglio direttivo 2012/2014	11
- Gruppi di lavoro e Commissioni	12

FNOMCEO

- Rinnovo degli organi collegiali nazionali	14
- Professionale medica: limiti al rimborso IRAP	17
- Soppressione della tassazione sulle borse di studio	19
- Nuovo sistema di formazione continua in medicina	20

ODONTOIATRIA/1

- Prestigioso incarico per il presidente Pierluigi Delogu	23
<i>Antonio Pinna</i> - Piano triennale di prevenzione di carie e malocclusioni	24
<i>Paolo Castiglia</i> - Indagine sulla salute orale della popolazione nella Sardegna del nord	29

INSERTO

- Organi istituzionali dell'Ordine e Convocazione Assemblea annuale

ODONTOIATRIA/2

- Utilizzo extraospedaliero del protossido d'azoto	35
- Profilo professionale dell'igienista dentale	36

APPROFONDIMENTI

<i>Enrico Aitini</i> - La relazione tra paziente e medico nei momenti difficili	37
<i>Massimo Tombesi</i> - Codici bianchi/verdi: tra Pronto Soccorso e Medicina Generale	40

SPAZIOGIOVANI

- Giovani e consiglieri: esperienze a confronto	43
<i>Domenico Montemurro</i> - Partecipazione e continuità generazionale	43
<i>Piero di Silverio</i> - Se l'Ordine siamo noi. Con entusiasmo	44
<i>Carla Fundoni</i> - Modernizzare (ma con occhi attenti al passato)	45
<i>Luca Obinu</i> - I corsisti di medicina generale occupano la sede dell'Ordine	48
- Alt della Cassazione ai certificati medici per telefono	50
<i>Maria Giovanna Cappai</i> - Mancano dati epidemiologici sulla Atassia di Friedreich	51

LETTURE E MUSICA

<i>Salvatore Delogu</i> - Racconto/Barore Galante ricoverato rotante	
- Libri/Affrontare il diabete - Attraverso una nuvola - Bollettino del polline	55-57
- Pink Floyd, 40 anni dopo. Fascino del lato bio della luna	58
<i>Antonio Pinna</i> - Florilegio	59

MEDICINA E SPORT

<i>Massimo Pellicano</i> - Progetto "Il Movimento è vita"	60
- I Giochi Mondiali della sanità ad Antalya in Turchia	62

I nuovi iscritti nel 2012 all'Albo Medici e Odontoiatri	63
- Elenco medici disponibili per sostituzioni	64

Norme redazionali e invito alla collaborazione

I colleghi sono invitati a collaborare cortesemente con la redazione del periodico inviando i propri articoli al seguente indirizzo: redazione "Sassari Medica" c/o Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Sassari Via Cavour n°71/B - 07100 Sassari Tel. 079/234430, oppure via mail a: ordine@omceoss.org. Onde favorire una veloce e corretta distribuzione razionale degli elaborati suggeriamo le seguenti indicazioni.

I lavori di carattere medico-scientifico devono essere inediti o originali e di taglio divulgativo; scritti al computer con Microsoft Word e inviati in forma digitale; non devono superare le 5 pagine comprese tabelle, fotografie e grafici; dovranno essere corredati di fotografia a colori dell'autore e breve profilo professionale o personale di massimo 400 battute, nonché recapiti telefonici, postali ed eventuale e-mail.

Il testo recherà un titolo e un sottotitolo (breve), finalizzati a stimolare l'attenzione del lettore; dovrà essere suddiviso in paragrafi e riportare un breve sunto di massimo 10 righe, illustrante il contenuto. Eventuali acronimi dovranno essere esplicitati per esteso. La bibliografia è consentita solo tramite indirizzo e-mail di riferimento. Per le relazioni scientifiche realizzate presso istituti, laboratori, centri, strutture pubbliche o private sarà indispensabile comunicare le generalità dei rispettivi direttori responsabili.

Foto, grafici, tabelle, comprensive di relative didascalie, non devono superare le 10 unità; saranno prodotte in maniera separata dal testo, con numerazione progressiva e precise indicazioni sugli inserimenti; ove possibile, dovranno essere ad alta definizione; le illustrazioni saranno pubblicate in bianco e nero oppure a colori, a discrezione della redazione.

Pubblicazione e proprietà

Gli articoli inviati saranno pubblicati solo se in armonia con l'impostazione deontologica e l'indirizzo culturale che l'Ordine persegue. Il Comitato di redazione pertanto accoglie e pubblica i lavori a proprio inoppugnabile giudizio, si riserva di consigliare agli Autori eventuali modifiche, di operare tagli sui testi per esigenze di spazi e di impaginazione, di correggere direttamente le bozze di stampa e di collocare gli articoli, in base alle loro intrinseche caratteristiche, nelle rubriche che riterrà più opportune. I testi originali e il corredo iconografico non saranno restituiti anche nel caso in cui non vengano mandati in stampa. La proprietà di quanto pubblicato è riservata, pertanto non ne è consentita la riproduzione, seppure parziale, se non autorizzata dalla direzione del bollettino.

Estratti e copie

Non è previsto l'invio di estratti dei lavori pubblicati. Nel caso l'Autore, contestualmente alla presentazione del lavoro, ne faccia specifica richiesta, potranno essergli inviate alcune copie del periodico, a discrezione della redazione.

Pagine libere

È prevista una sezione particolare, denominata pagine libere, che raccoglie: lettere al direttore, notizie su congressi e avvenimenti di collegiale interesse, attività culturali varie, presentazione lavori letterari, attività di carattere musicale, artistico, sportivo, annunci vari riguardanti la professione medica. Per tutte le suaccennate comunicazioni valgono le stesse regole redazionali esposte precedentemente.

Il rinnovamento nel segno della continuità

Questo numero del bollettino, che esce nel mese di giugno, è il primo del triennio del nuovo Consiglio Direttivo dell'Ordine, scaturito dalle elezioni che si sono tenute lo scorso novembre.

In quell'occasione si è provveduto ad eleggere le due commissioni, una per i medici e l'altra per gli odontoiatri, e il collegio dei revisori dei conti.

In realtà, in tutto l'organigramma i cambiamenti sono stati modesti: un componente nel consiglio direttivo, due nella commissione odontoiatri, e due tra i revisori dei conti.

Il gruppo si può quindi considerare la naturale prosecuzione del consiglio uscente e come tale ha ancora l'intento di rappresentare l'intera categoria, e, per quanto possibile, abbiamo cercato di rispettare la rappresentatività territoriale, di categoria e di genere.

Nella nostra visione di Ordine c'è la piena disponibilità ad ascoltare chiunque abbia necessità di rivolgersi a noi, e per fare questo sono personalmente disponibile, come pure tutti i colleghi che con me si sono presi questo impegno.

Il codice di deontologia, che ritengo abbia al suo interno la risposta alla maggior parte dei quesiti che un medico può porsi, deve essere considerato come la direttiva da seguire, l'insieme delle linee guida a cui la professione deve attenersi.

In quest'ottica, grazie alla fondamentale collaborazione dei colleghi Franco Cesarani e Giovanni Biddau,

abbiamo ripreso in esame il documento sui "percorsi di continuità assistenziale", non solo con l'intento di fornire un sunto delle principali norme contenute nei contratti e nelle leggi che regolano la professione, ma anche con la presunzione di migliorare il rapporto tra colleghi, in un'ottica di rispetto e di reciproca collaborazione. Riteniamo che a breve questo lavoro possa essere divulgato fra tutti i medici e soprattutto auspichiamo che possa essere condiviso dall'intera categoria.

In un mondo in cui i cambiamenti sono sempre più incalzanti, abbiamo la necessità di mantenerci al passo con i tempi, pena la conseguenza, non di rimanere indietro, ma di restare addirittura isolati e fuori dal moderno contesto sanitario.

Sempre in quest'ottica, stiamo ponendo molta attenzione all'istituzione della "Mediazione in Sanità", divenuta obbligatoria da poco più di un anno nei contenziosi civili che interessano la nostra categoria. Abbiamo già impostato una serie di incontri per diffondere tra i colleghi la conoscenza di questo importante strumento, visto che può rappresentare un valido sistema per prevenire e ridurre il contenzioso che tanto sta assillando il nostro mondo.

Vigiliamo, e continueremo a farlo, su quelli che sono i problemi dell'ambiente, poiché, in una realtà come la nostra, nella quale per decenni il territorio è stato devastato senza scrupoli,

di Agostino Sussarellu

è importante pensare seriamente alla sua tutela per garantire non solo la nostra salute, ma soprattutto la salute delle future generazioni.

In questo momento di crisi dell'intero impianto societario, stiamo cercando di ricavare un ruolo diverso per i nostri Ordini, e in particolare per la Federazione Regionale, con l'intento di divenire punto di incontro e di stimolo per l'Assessorato alla Sanità. Con questo intento, abbiamo iniziato una discussione con l'assessore De Francisci, che pensiamo possa portare ad una collaborazione fattiva, utile per migliorare l'assetto generale della sanità della nostra isola.

Grande importanza riveste per noi la formazione del medico e il mantenimento nel tempo delle competenze professionali, per questo motivo abbiamo previsto una serie di iniziative culturali, peraltro già avviate, che intendiamo proporre ai colleghi, non solo nella nostra sede istituzionale, che è Sassari, ma anche in altri centri della nostra grande provincia.

Stiamo seguendo con attenzione le problematiche dell'ENPAM, sicuri comunque che la nuova dirigenza sappia gestire con competenza e professionalità gli aspetti previdenziali dell'intera categoria.

Intendiamo proseguire nell'approfondimento di temi di particolare interesse per la professione, quali: la sicurezza sul lavoro, il *risk management*, la medicina legale, la femminilizzazione della professione, la multiculturalità.

Riteniamo che sia un nostro compito primario portare avanti il ruolo di supporto per i giovani colleghi che si affacciano al mondo del lavoro e per quelli impegnati nelle scuole di specializzazione e nel corso di formazione in medicina generale, con l'intento di soddisfare le esigenze formative, e di

pianificare, insieme all'Assessorato e all'Università, le scelte professionali dei giovani colleghi sulla base delle possibilità occupazionali.

Per conseguire tali obiettivi è per noi necessaria la vostra presenza assidua alle attività ordinistiche, in quanto questa ci fornirà un incentivo sicuramente valido e costruttivo.

Agostino Sussarellu
Presidente dell'Ordine dei medici della provincia di Sassari

I nuovi organi dell'Ordine

Nelle giornate del 19, 20 e 21 novembre 2011, tutti i Medici ed Odontoiatri della provincia di Sassari sono stati convocati per il rinnovo delle cariche istituzionali dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari (provincia di Sassari e di Olbia-Tempio). Nell'insero centrale del bollettino riportiamo il profilo dei componenti del Consiglio Direttivo, della Commissione per gli iscritti all'Albo Odontoiatri e del Collegio dei Revisori dei Conti che resteranno in carica fino a tutto il 2014.

Sito Web:
www.omceoss.org

e-mail:
ordine@omceoss.org

Liberalizzazione o caos?

E' un dato incontrovertibile che le professioni private medica e odontoiatrica siano oggi di fatto assolutamente liberalizzate, in quanto:

1) L'accesso alla professione non è vincolato da alcun limite numerico e l'esame di stato è solo una formalità.

2) I tariffari minimi sono stati aboliti e l'informazione sanitaria è stata estesa nei contenuti.

3) Abbiamo il maggior numero di Odontoiatri rispetto alla popolazione di tutti i paesi UE.

4) Abbiamo il maggior numero di Corsi di laurea in Medicina e Odontoiatria di tutti i paesi UE.

5) Non esistono regole e limitazioni territoriali per l'apertura di studi professionali a parte l'autorizzazione voluta dallo stato.

Questa situazione certamente non è stata promossa dagli Ordini dei Medici e Odontoiatri, ma ormai è talmente consolidata che ci porta a una riflessione su come debba essere definita la professione del futuro. La maturità di una categoria di professionisti deve emergere proprio in questo contesto sfavorevole con un atteggiamento che rifugge dall'obiettivo del solo profitto. La promozione della propria attività non può avere una connotazione auto referenziale del tipo "la più bella del reame" perché non stiamo giocando al "re della montagna", ma devono essere avviate delle azioni concrete a sostegno della credibilità e serietà del nostro lavoro. Per tutti questi motivi la commissione per

l'informazione sanitaria dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Sassari ha elaborato un documento, che verrà sottoposto all'esame e all'approvazione del Consiglio dell'Ordine e poi proposto a tutte le provincie Sarde, che rappresenterà una vera e propria guida su come vada regolamentata l'informazione rivolta ai pazienti.

Per aiutare i colleghi a osservare tali indicazioni abbiamo proposto di introdurre una autodichiarazione obbligatoria, da presentare all'Ordine prima di effettuare una qualsivoglia forma di pubblicità.

In questo modo, un' apposita commissione potrà vagliare la richiesta dei singoli ed esprimere un parere preventivo e vincolante sui veicoli utilizzati, contenuti e forme del messaggio in modo da sollevare i colleghi da eventuali irregolarità o fraintendimenti. Si potrà dare così un'ulteriore servizio ai cittadini e agli stessi colleghi volto alla pubblicizzazione di proposte informative coerenti e rispettose del decoro e della dignità professionali. La stessa dignità che ha prodotto la grande mobilitazione di colleghi che con spirito di solidarietà sono stati protagonisti volontari del progetto di prevenzione nelle Scuole della provincia di Sassari e Olbia-Tempio e che ha sortito l'effetto di avere conquistato la credibilità e il rispetto delle istituzioni e dei cittadini. Questo gran lavoro di coesione catalizzato da finalità condivise non può venir vanificato da un esiguo drappello di furbetti,

di Pierluigi Delogu

che millantando intelligenza e aggiornamenti d'avanguardia superiori rispetto ai propri colleghi, promuovono una Odontoiatria solo commerciale con varie proposte di pacchetti sconto o ricorrendo a prodotti "civetta"; vedi visita e preventivo gratuito o sbiancamento+brillantino scontato del...%. Che modello di sanità si vuole proporre, con tali vergognose sollecitazioni, ma soprattutto che medicina è questa?

Siamo di fronte a una spersonalizzazione del malato e del curante a favore di una commercializzazione delle prestazioni cui consegnerà un abbatti-

mento della qualità, immolata sull'altare della concorrenza. Se questo è quello che si vuole ottenere per il "bene della collettività", vuol dire che si vuole trasformare la necessità di salute in un business.

Andiamo a rileggere il giuramento di Ippocrate e il Codice etico deontologico e troveremo quei valori che connotano il medico quale garante della salute dei cittadini in quanto disinteressato e rispettoso della essenza umana e dei diritti del malato.

Pierluigi Delogu
Presidente Commissione
Albo Odontoiatri



OBBLIGO DI ATTIVAZIONE POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA RILASCIO GRATUITO PRESSO L'ORDINE

Si rinnova l'invito agli iscritti, che non avessero ancora provveduto, a recarsi presso l'Ordine per il ritiro della **CASELLA DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA**.

L'attivazione della casella PEC consente di inviare e ricevere documenti in sicurezza e di dare valore legale alla trasmissione dei messaggi.

Il consiglio direttivo e gli incarichi istituzionali

Impegno e obbligo: rigore e massima responsabilità

Gentili colleghe, cari colleghi, innanzitutto vorrei ringraziarVi per aver garantito la vostra gradita presenza. Ci troviamo qui per il primo incontro successivo alle elezioni recentemente tenute che hanno dato il via a un nuovo corso. L'affluenza alle urne è stata determinante per il raggiungimento del quorum nella prima sessione, che da un lato ha consentito un apprezzabile risparmio di tempo e denaro, dall'altro ha confermato un crescente interesse da parte di medici e odontoiatri verso questa istituzione nella quale ci riconosciamo.

Permettetemi però di evidenziare quelli che, a mio avviso, sono i meriti di alcuni amici del consiglio uscente che, ricandidandosi, hanno conquistato la fiducia di colleghi, in prima battuta abbastanza refrattari, portandoli al seggio; uno sforzo supplementare finalizzato a vincere alcune resistenze che non dovrebbero emergere in contesti che richiedono, piuttosto, la compattezza e l'unità della categoria.

Non escludo che parecchie defezioni siano ascrivibili alla distanza: recarsi a Sassari è scomodo, per un collega, faccio un esempio, di Olbia o di Benetutti. In futuro - e vi invito a riflettere - si potrebbero studiare forme alternative per esprimere, da lontano, la propria preferenza, mantenendo il giusto anonimato.

Un altro episodio che ha messo in

luce le carenze del sistema, ha colpito poi l'amico Alessandro Zara che, pur risultando nelle liste dei candidati, per un caso di omonimia ha perso 20 voti certi. Nulla ha potuto il presidente Sussarellu poiché, dicono i latini, dura lex sed lex. Fatte queste considerazioni preliminari, guardiamo avanti, ai nostri impegni e alle nostre immediate possibilità di azione. A cominciare dalle presentazioni. In quanto consigliere anziano, ho il privilegio di leggere i nomi degli eletti e contestualmente procedere all'appello. Cosa emerge dalle ultime consultazioni?

Fatta eccezione per il sottoscritto e un giovane specializzando al quale dò il benvenuto, e' stato riconfermato il direttivo che ha governato l'Ordine fino a ieri; segno di fiducia ma anche rinnovata richiesta di garanzia, di tutela, di vigilanza, di difesa dei valori del nostro mestiere.

Dall'esterno cogliamo segnali allarmanti: la proposta di eliminare Ordini e Albi, la liberalizzazione delle professioni e delle tariffe, lo stravolgimento delle regole, la diffusione di dati sensibili, vere e proprie campagne pubblicitarie incontrollabili che rischiano di screditare il nostro codice deontologico, motivo invece di orgoglio per tutti noi iscritti a Sassari; mi piace ricordare, infatti, che fu proprio in questa città che nel 1903 fu redatto, primo in Italia, il codice etico cui dovremmo ispirarci costantemente.

di Antonio Pinna

L'antica e prestigiosa reputazione del nostro organo di rappresentanza deve obbligarci alla massima responsabilità e al rigore. Perché ciò sia possibile è necessario che ognuno di noi dedichi parte del suo tempo alla conoscenza del territorio, all'analisi di situazioni poco chiare, alla denuncia, purtroppo inevitabile, dei casi di esercizio abusivo della professione, al contrasto dei numerosi conflitti d'interesse che si registrano anche nei nostri campi.

Saremo chiamati a fronteggiare la nuova emergenza rappresentata dalla mercificazione della sanità, un morbo che sta assumendo andamento pandemico, che segue le logiche del solo lucro e si manifesta in maniera proteiforme: ora con la gemmazione plurima di gabinetti medici, sotto un'unica direzione sanitaria e gestione affidata in toto a terzi, in forte aflore di franchising e prestanomismo; ora con il moltiplicamento di prestazioni a titolo gratuito e tariffe a basso costo, proclamate da strutture dalla dubbia idoneità, che sortiscono un accaparramento scorretto della clientela; ora, più recentemente, dal pullulare di fantomatiche organizzazioni apparse in rete, altrimenti denominate social-shopping, che offrono, dietro stipula di abbonamenti annuali, singoli o familiari, pacchetti di prestazioni mediche ad libitum; una specie di girovisita, evocativa del più comune giropizza.

Se a ciò si aggiungono la pubblicizzazione promozionale e comparativa di profferte terapeutiche in siti internet sguaiati, spot su reti Rai e Mediaset, pagine a tutto campo sui quotidiani, articoli monografici ad usum delphini su settimanali e mensili, insegne sovradimensionate da supermercati con didascalie improprie, talvolta senza alcun cenno a una figura

medica responsabile, possiamo ben comprendere quanto sia difficile arginare tale esondazione di messaggi capziosi e fuorvianti. Da parte nostra, che rappresentiamo lo Stato e costituiamo l'organo di controllo periferico del Ministero della Salute, vige la riservatezza assoluta in virtù di uno stile istituzionale permeato dal legame indissolubile tra morale e medicina mentre altri, interpretando le leggi in maniera distorta, scivolano proditoriamente nelle più tracotanti esternazioni.

D'altro canto gli strumenti di cui disponiamo, che vanno dall'avvertimento alla censura, dalla denuncia alla sospensione, seguono un iter lento e talvolta infruttuoso mentre la macchina della mistificazione corre veloce perché fa leva sul cittadino promettendo e talvolta garantendo risparmio e tempestività dei servizi, che dovrebbero essere, oltre alla qualità, due valori fondanti di un sistema sanitario ottimale. Ed è su questi grandi temi che dovremmo riflettere e confrontarci per infrangere il muro di ignoranza che equipara le visite mediche agli yogurt e ai prosciutti, proponendoli ora in promozione, ora in saldo. Sarà determinante uno scambio di vedute costante tra tutti i colleghi per raccogliere i quesiti e dare risposte certe in modo da rafforzarne la coesione, utilizzando i mezzi di comunicazione veloce che il web ci offre: forum, blog e social network.

Sarà importante l'informazione capillare e puntuale della popolazione sugli aventi diritto a esercitare la professione medica, sulla nostra crescita scientifica e attività di volontariato, espressi con rigore morale, trasparenza, senza aure di spettacolarizzazioni e autocelebrazioni. E poi l'impegno, in quanto garanti della salute collettiva, a prodigarci perché le

prestazioni svolte nelle strutture pubbliche siano d'eccellenza anche per la rapidità di realizzazione con l'utilizzo di tutte le risorse disponibili e informatizzazione dei sistemi.

Potrà essere utile studiare formule innovative atte ad allontanare i giovani dalle lusinghe dei facili ma altrettanto improbabili guadagni con profitti in conto terzi e perdita di dignità professionali. Utili a questo proposito i progetti di tirocinio pratico post-lauream da esplicarsi in strutture private accreditate e finanziamento pubblico, propedeutici per un lavoro sicuro e gratificante in patria; una rimodulazione in vernacolo del Master and Back che prevede approfondimenti oltre il mare nostrum e, contrariamente alle aspettative, un difficile inserimento nel mondo del lavoro isolano. Un ordine più presente e incisivo, quindi, che sappia dialogare con le istituzioni e rivendicare il proprio ruolo al loro interno.

È auspicabile che la nostra voce sia ascoltata in contesti accademici, nella sanità pubblica, nelle scelte della politica che decide della salute dei cittadini. Un ordine più generoso con i neolaureati, i nostri eredi, nell'aiutarli a superare i comprensibili timori causati anche dall'emergere di potenziali rivali, nel contribuire alla loro formazione, nell'indirizzarli verso l'attività in proprio dipanando le pastoie burocratiche che tutti noi conosciamo bene.

Prima di procedere alle operazioni di voto, ritengo opportuno che si approfondisca la nostra conoscenza reciproca tramite dichiarazioni personali valutative e programmatiche che ognuno di noi vorrà, liberamente, esprimere, se lo desidera.

Antonio Pinna
*(dal discorso inaugurale
del consigliere anziano)*

Consiglio Direttivo 2012/2014

Presidente: Sussarellu Agostino

Vicepresidente: Nonnis Rita

Segretario: Biddau Giovanni

Tesoriere: Addis Nicola

Consiglieri:

- Arru Alessandro
- Bellu Piero Luigi
- Castiglia Paolo Giuseppino
- Cherchi Maria Grazia
- Delogu Pierluigi (odontoiatra)
- Delpini Alberto Ettore
- Derosas Monica
- Farina Gabriele
- Fundoni Carla
- Pinna Antonio (odontoiatra)
- Sanna Nicolino
- Scanu Francesco Pio
- Virgona Patrizia Anna

Commissione Iscritti all'Albo Odontoiatri 2012/2014

Presidente: Delogu Pierluigi

Componenti:

- Azzena Carlo
- Bortone Antonella
- Destefanis Luisa
- Pinna Antonio

Collegio Revisori dei Conti

Presidente: Bazzoni Giancarlo

Revisori:

- Grondona Natalia Marta C.
- Marchisio Leila Maria

Revisore Supplente:

- Bardino Pasqualina

Gli incarichi per il biennio 2012-2014

Gruppi di lavoro e Commissioni

GRUPPO DI LAVORO “SEDE” (Costituito per Progetto di ristrutturazione funzionale e miglioramento dell’efficienza energetica dell’immobile acquistato nel 2010)

- Biddau Giovanni Antonio
- Castiglia Paolo Giuseppino
- Derosas Monica
- Fundoni Carla
- Pinna Antonio (Consigliere Odontoiatra)

GRUPPO DI LAVORO “APPALTI ED ACQUISTI ”

- Addis Nicola
- Cherchi Maria Grazia
- Farina Gabriele

GRUPPO DI LAVORO MEDICINE NON CONVENZIONALI

- Arru Alessandro A. S.
- Bazzoni Giancarlo Giuseppe (Presidente Revisori dei Conti)
- Castiglia Paolo Giuseppino
- Farina Gabriele

GRUPPO DI LAVORO PER LA PUBBLICITÀ
DELL’INFORMAZIONE SANITARIA

- Azzena Carlo (Componente Commissione CAO)
- Pinna Antonio (Consigliere Odontoiatra)
- Bazzoni Giancarlo Giuseppe (Presidente Revisori dei Conti)

GRUPPO DI LAVORO “COMUNICAZIONE”

- Biddau Giovanni Antonio
- Delogu Pier Luigi (Presidente Commissione CAO)
- Farina Gabriele
- Fundoni Carla
- Nonnis Rita
- Sussarellu Agostino
- Leila Marchisio (Revisore dei Conti)
- Dettori Francesco Bustio (Odontoiatra, componente esterno)
- Zara Alessandro (Odontoiatra, componente esterno)

**GRUPPO DI LAVORO “COMITATO DI REDAZIONE
SASSARI MEDICA”**

- Biddau Giovanni Antonio
- Castiglia Paolo Giuseppino
- Derosas Monica
- Fundoni Carla
- Pinna Antonio (consigliere odontoiatra)

GRUPPO DI LAVORO “CONCILIAZIONE IN SANITÀ”

- Arru Alessandro A. S.
- Addis Nicola
- Biddau Giovanni Antonio
- Nonnis Rita
- Bellu Piero Luigi
- Derosas Monica
- Bortone Antonella (Componente Commissione CAO)
- Delitala Pier Paolo (Odontoiatra, componente esterno)

**COMMISSIONE MEDICA PER L’ACCERTAMENTO DELL’INVALIDITÀ
presso l’ordine ai sensi dell’art. 21 del Regolamento del Fondo di previdenza
Generale ENPAM:**

- Addis Nicola
- Virgona Patrizia Anna
- Lorenzoni Salvatore (Medico Chirurgo, componente esterno)

**RAPPRESENTANTE DELL’ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI NELLA COMMIS-
SIONE MISTA di cui al D.M. 28.05.2001 “integrazioni e modifiche del decreto
ministeriale del 12.10.2000 concernente le visite di controllo da parte dei
Medici di controllo dell’INPS”**

- Delpini Alberto Ettore

**RAPPRESENTANTI DELL’ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI NELLA COMMIS-
SIONE MISTA di cui all’art. 4 della Convenzione per l’attuazione del tirocinio
pratico valutativo parte integrante dell’esame di abilitazione alla professione
di Medico Chirurgo**

- Delpini Alberto Ettore
- Derosas Monica
- Scanu Francesco Pio
- Sussarellu Agostino

**RAPPRESENTANTI DELL’ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI PRESSO LA FEDE-
RAZIONE REGIONALE DEGLI ORDINI DELLA SARDEGNA (FROMS)**

- Addis Nicola
- Nonnis Rita
- Bellu Piero Luigi
- Virgona Patrizia Anna

Gli incarichi per il biennio 2012-2014

Rinnovo degli organi collegiali nazionali

Commissione Albo Medici

Hanno partecipato al voto 105 Presidenti di ordine provinciale su 106 aventi diritto inserendo nelle urne 1940 schede su 1947 possibili (99,6%).

Nell'urna erano presenti 121 schede bianche e 6 nulle (complessivamente 6,4%).

Hanno riportato voti e sono stati proclamati eletti

Amedeo Bianco	1676	(86,4 %)
Maurizio Benato	1665	(86,2 %)
Raimondo Ibba	1579	(81,4 %)
Giuseppe Augello	1564	(80,6 %)
Sergio Bovenga	1553	(80,3 %)
Roberto Stella	1548	(80,2 %)
Luigi Conte	1544	(80,2 %)
Gianluigi Spata	1543	(80,2 %)
Guido Marinoni	1542	(80,2 %)
Nicolino D'Autilia	1519	(78,3 %)
Bruno Zuccarelli	1495	(77,1 %)
Musa Awad Hussein	1434	(73,9 %)
Antonino Maglia	1433	(73,9 %)

Hanno inoltre riportato voti:

Pasquale Veneziano	227
Giancarlo Pizza	96
Giovanni Righetti	42
Enrico Lanciotti	38
Aristide Paci	37
Americo Sbriccoli	20
Gabriele Peperoni	21
Enrico Mazzeo Cicchetti	17
Fabrizio Cristofari	16
Bruno Di Lascio	11

Altri iscritti agli Albi medici hanno riportato meno di 10 voti

Commissione Albo Odontoiatri

Elezioni

Hanno partecipato al voto 101 Presidenti di Commissione Albo Odontoiatri Provinciale su 106 aventi diritto inserendo nelle urne 336 schede su 346 possibili (97,1 %).

Nell'urna erano presenti 67 schede bianche e 7 nulle (complessivamente 22 %).

Hanno riportato voti e sono stati proclamati eletti

Giuseppe Renzo	242	(72,0 %)	(Presidente Commissione Albo Odontoiatri)
Alessandro Zovi	231	(68,7 %)	
Raffaele Iandolo	202	(60,1 %)	
Sandro Sanvenero	199	(59,2 %)	
Valerio Brucoli	184	(54,8 %)	

Hanno inoltre riportato voti:

Giuseppe Magro	25
Claudio Cortesini	24
Nicola Balduzzi	4
Roberto Gozzi	4

Altri iscritti agli Albi Odontoiatri hanno riportato meno di 4 voti.

Sulla base dei dati complessivi risultano componenti del Comitato Centrale per il triennio 2012-2014

Bianco Amedeo (Presidente)
Benato Maurizio (Vicepresidente)
Conte Luigi (Segretario)
Iandolo Raffaele (Tesoriere)
Awad Hussein Musa
Augello Giuseppe
Bovenga Sergio
D'Autilia Nicolino
Ibba Raimondo
Maglia Antonino
Marinoni Guido
Renzo Giuseppe
Sanvenero Sandro
Spata Gianluigi
Stella Roberto
Zovi Alessandro
Zuccarelli Bruno

Collegio Revisori dei Conti

Hanno partecipato al voto 105 Presidenti di Ordine Provinciale su 106 aventi diritto e 101 Presidenti di Commissione Albo Odontoiatri Provinciale su 106, inserendo nelle urne 2265 schede.

Nell'urna erano presenti 564 schede bianche e 9 nulle.

Hanno riportato voti e sono stati proclamati eletti

Componenti:

Ezio Casale	1593	
Salvatore Onorati	1586	(Presidente dei Revisori dei Conti)
Francesco Alberti	1568	

Componente supplente:

Antonio Avolio 1516

Hanno inoltre riportato voti:

Antonio Avolio quale Componente	30
Luigi Stamegna quale Componente	23

Altri iscritti agli Albi Odontoiatri hanno riportato meno di 10 voti.

PAGAMENTO TASSA ANNUALE DI APPARTENENZA ALL'ORDINE ANNO 2012

Si ricorda che il pagamento della Tassa Annuale di appartenenza all'Ordine per l'anno 2012, mediante l'utilizzo dell'avviso bonario, è scaduto il 31.01.2012.

Coloro che non avessero pagato entro il termine previsto NON possono più utilizzare il bollettino allegato all'avviso bonario ma devono attendere la notifica della cartella esattoriale da parte dell'Equitalia Centro spa o, in alternativa, possono recarsi presso la più vicina sede dell'Equitalia ed effettuare il pagamento allo sportello.

Professionale medica

Limiti al rimborso IRAP

La Corte Suprema di Cassazione – Sezione Sesta Civile – con Sentenza n. 5320 del 3 aprile 2012 è tornata ad esprimersi sul concetto giurisprudenziale di autonoma organizzazione e correlativamente sui limiti al rimborso IRAP, ribadendo che “in tema di IRAP l’esercizio per professione abituale, ancorchè non esclusiva, di attività di lavoro autonomo diversa dall’impresa commerciale costituisce, secondo l’interpretazione costituzionalmente orientata fornita dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 156 del 2001, presupposto dell’imposta soltanto qualora si tratti di attività autonomamente organizzata.

Il requisito dell’autonoma organizzazione, il cui accertamento spetta al giudice di merito ed è insindacabile in sede di legittimità se congruamente motivato, ricorre quando il contribuente che eserciti attività di lavoro autonomo: a) sia, sotto qualsiasi forma, il responsabile dell’organizzazione, e non sia quindi inserito in strutture organizzative riferibili ad altrui responsabilità ed interesse; b) impieghi beni strumentali eccedenti le quantità che, secondo l’*“id quod plerumque accidit”*, costituiscono nell’attualità il minimo indispensabile per l’esercizio dell’attività anche in assenza di organizzazione, oppure si avvalga in modo non occasionale di lavoro altrui.

Costituisce onere del contribuente che chieda il rimborso dell’imposta asseritamente non dovuta dare la prova dell’assenza delle predette condizioni”.

Documento valutazione dei rischi: scadenza 30 giugno 2012

A far data dal 1 di luglio 2012 le autocertificazioni dell’effettuazione della valutazione dei rischi non saranno più valide e il datore di lavoro dovrà quindi elaborare un documento di valutazione dei rischi anche se nello studio professionale vi sia un numero di lavoratori fino a 10.

L’art. 29, comma 5, del D.Lgs. 81/08 e successive modificazioni e integrazioni recante “Modalità di effettuazione della valutazione dei rischi” prevede che “I datori di lavoro che occupano fino a 10 lavoratori effettuano la valutazione dei rischi di cui al presente articolo sulla base delle procedure standardizzate di cui all’articolo 6, comma 8, lettera f. Fino alla scadenza del diciottesimo mese successivo alla data di entrata in vigore del decreto interministeriale di cui all’articolo 6, comma 8, lettera f, e, comunque, non oltre il 30 giugno 2012, gli stessi datori di lavoro possono autocertificare l’effettuazione della valutazione dei rischi”.

Si rileva che ad oggi si riscontra un palese ritardo in merito alla emanazione da parte della Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro di cui all’art. 6 del D. Lgs. 81/08 delle procedure standardizzate sopracitate, né è stata ancora prevista l’emanazione di un provvedimento che proroghi il termine

del 30 giugno 2012. Pertanto, nell'auspicare che possa intervenire una proroga che sarà prontamente segnalata, si rileva che la presente comunicazione ha carattere preventivo ed è volta quindi a ricordare la scadenza temporale del 30 giugno 2012 e a far sì che coloro che abbiano effettuato l'autocertificazione dell'effettuazione della valutazione dei rischi valutino l'opportunità di attivarsi al fine di elaborare il documento di valutazione dei rischi di cui all'art. 28 del D.Lgs. 81/08 da tenersi all'interno degli studi professionali.

In pratica si deve ritenere, che in assenza di una proroga del termine del 30 giugno 2012 e della pubblicazione delle procedure standardizzate sopracitate, per i datori di lavoro non sarà più sufficiente avere l'autocertificazione dell'effettuazione della valutazione dei rischi, ma dovranno avere il documento di valutazione dei rischi.

Tutto ciò ovviamente anche al fine di evitare l'applicazione dell'apparato sanzionatorio previsto dall'art. 55 del D.Lgs. 81/08 che risulta essere particolarmente gravoso; infatti per la mancata effettuazione ed elaborazione del documento di valutazione dei rischi il datore di lavoro è punito con l'arresto da tre mesi a sei mesi o con l'amenda da 2.500 a 6.400 euro.

Disposizioni urgenti per la concorrenza e la competitività

L'art. 9, comma 4, della Legge 24 marzo 2012 n. 27 prevede in particolare che "Il compenso per le prestazioni professionali è pattuito, nelle forme previste dall'ordinamento, al momento del conferimento dell'incarico professionale.

Il professionista deve rendere noto al cliente il grado di complessità dell'incarico, fornendo tutte le informazioni utili circa gli oneri ipotizzabili dal momento del conferimento fino alla conclusione dell'incarico e deve altresì indicare i dati della polizza assicurativa per i danni provocati nell'esercizio dell'attività professionale.

In ogni caso la misura del compenso e' previamente resa nota al cliente con un preventivo di massima, deve essere adeguata all'importanza dell'opera e va pattuita indicando per le singole prestazioni tutte le voci di costo, comprensive di spese, oneri e contributi.

Al tirocinante è riconosciuto un rimborso spese forfettariamente concordato dopo i primi sei mesi di tirocinio".

Questionario AGIO

La FNOMCeO è stata interpellata dal Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Cagliari, al fine di partecipare al progetto finanziato dalla Regione Autonoma della Sardegna, nell'ambito della "Promozione della ricerca scientifica e dell'innovazione tecnologica in Sardegna" che intende indagare le culture medico-specialistiche dei professionisti coinvolti, a vario titolo, nella diagnosi e nel trattamento della cosiddetta "Organizzazione atipica dell'identità di genere nell'infanzia e nell'adolescenza", più spesso definita, in ambito psichiatrico, "disturbo dell'identità di Genere (DIG)". I medici interessati potranno compilare, in modo anonimo, un questionario appositamente predisposto per ottenere la definizione di buone prassi di ricerca, formazione, valutazione e intervento su questo ambito clinico e di ricerca. Il questionario in oggetto può essere compilato al seguente link: <http://www.surveymonkey.com/s/ProgettoAGIO>

Il prelievo rimane per importi oltre euro 11.500

Soppressione della tassazione sulle borse di studio

La Commissione Finanze della Camera dei Deputati nella seduta in sede referente di lunedì 16 aprile 2012 ha approvato, con distinte votazioni, gli identici emendamenti Sarubbi 3.33, Laffranco 3.34 e Di Virgilio 3.35 (All. n. 1) soppressivi dei commi 16-ter e 16-quater dell'art. 3 (All. n. 2) del disegno di legge n. 5109 concernente "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 2 marzo 2012, n. 16, recante disposizioni urgenti in materia di semplificazioni tributarie, di efficientamento e potenziamento delle procedure di accertamento".

L'art. 3, comma 16-quater, introdotto a seguito di un emendamento approvato dal Senato, prevedeva l'introduzione della tassazione Irpef sulle somme da chiunque corrisposte a titolo di borsa di studio o di assegno, premio o sussidio per finalità di studio o a scopo di addestramento professionale, per importi eccedenti 11.500 euro.

La FNOMCeO esprime, pertanto, la soddisfazione per l'approvazione da parte della Commissione Finanze della Camera dei Deputati dell'emendamento sopraccitato, volto in particolare a correggere un palese errore di valutazione.

Resta comunque sul tappeto una questione insoluta che riguarda i giovani colleghi che svolgono la formazione in medicina generale, i cui emolumenti, largamente inferiori a quelli previsti per gli specializzandi, sono invece gravati dalle tassazioni fiscali

Proroga dell'attività libero professionale intramuraria

Nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 302 del 29 dicembre 2011 è stato pubblicato il decreto-legge 29 dicembre 2011, n. 216 recante "Proroga di termini previsti da disposizioni legislative".

Il decreto all'art. 10, comma 2, fissa al 31 dicembre 2012 il termine per lo svolgimento della attività libero professionale intramuraria.

Il termine per consentire alle regioni di completare il programma finalizzato alla realizzazione di strutture sanitarie da utilizzare per l'attività professionale intramuraria è fissato, ai sensi dell'art. 10, comma 3, al 31 dicembre 2014.

Il provvedimento in vigore dal 29 dicembre 2010 è stato convertito in legge (Legge 24 febbraio 2012, n. 14) Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 dicembre 2011, n. 216, recante proroga di termini previsti da disposizioni legislative.

Differimento di termini relativi all'esercizio di deleghe legislative. (12 G0031) (Gazzetta Ufficiale n. 48 del 27-2-2012 - Supplemento Ordinario n. 36)

L'entrata in vigore del provvedimento è stata fissata con decorrenza 28 febbraio 2012.

Nuovo sistema di formazione continua in medicina

Il 19 aprile in sede di Conferenza Stato-Regioni è stato raggiunto l'accordo sul nuovo sistema di formazione continua in medicina.

Il documento, pubblicato sul supplemento ordinario n. 98 della Gazzetta Ufficiale n. 111 del 14 maggio 2012, definisce in continuità con i principi stabiliti dagli accordi sanciti dalla Conferenza Stato Regioni il primo agosto del 2007 ed il 5 novembre 2009, un più concreto sistema di regole in materia di:

- Crediti Formativi per il triennio 2011- 2013
- Ampliamento dell'offerta formativa in favore dei liberi professionisti
- Ruolo degli Ordini, Collegi, Associazioni professionali e Federazioni
- Sistema di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità
- Linee guida per i Manuali di accreditamento dei provider
- Albo Nazionale dei provider nazionali e regionali
- Obiettivi formativi

Crediti Formativi per il triennio 2011- 2013

Ogni professionista della sanità deve acquisire n. 50 crediti formativi per anno (minimo 25 ed un massimo di 75) per un totale di 150 crediti per il triennio 2011 – 2013. Per tale triennio ogni sanitario può riportare dal triennio precedente (2008 – 2010) fino a 45 crediti.

I crediti formativi attestati ai pro-

fessionisti della Sanità da un provider accreditato a livello nazionale o regionale, hanno valore nazionale.

Un professionista della Sanità può acquisire all'estero (Paesi UE, USA, Canada) crediti formativi che verranno riconosciuti con un valore pari al 50% di quelli assegnati all'evento formativo dal provider straniero. (Vedi Accordo Stato-Regioni 1° Agosto 2007 - Tipologia dei crediti da acquisire). I crediti acquisibili attraverso la partecipazione ad eventi sponsorizzati non devono eccedere un terzo del totale dei crediti formativi acquisiti nel triennio di riferimento (Determina della Commissione Nazionale, 18 gennaio 2011).

La Commissione Nazionale non ha stabilito limiti in percentuale per acquisire crediti formativi utilizzando le diverse tipologie formative: residenziale, Formazione a distanza (FAD), Formazione sul campo. Unico limite percentuale: gli infermieri professionali possono acquisire con tipologia FAD fino al 60% dei crediti formativi.

Liberi professionisti

I liberi professionisti hanno una maggiore flessibilità nell'acquisizione dei crediti annuali. Per rispondere alle loro esigenze formative le Federazioni, gli Ordini, i Collegi e le Associazioni possono organizzare corsi su materie di particolare rilevanza professionale oltre che etica e deontologia, che però non potranno avere sponsorizzazioni commerciali e dovranno essere gratuiti o a costo minimo.

Ruolo degli Ordini, Collegi, Associazioni professionali e Federazioni

Gli Ordini, i Collegi, le Associazioni professionali e le relative Federazioni, oltre ad avere il ruolo centrale nella funzione della certificazione della formazione continua hanno il compito del monitoraggio della qualità dell'offerta formativa e possono proporre una propria offerta formativa per l'aggiornamento dei propri iscritti.

In particolare, per quanto riguarda la certificazione dei crediti formativi, il CO.GE.A.P.S., che gestisce l'anagrafe nazionale dei crediti, trasmetterà tale banca dati per consentire agli Ordini la certificazione dei crediti formativi acquisiti al termine del triennio formativo.

Gli Ordini, i Collegi, le Associazioni e le Federazioni possono erogare corsi E.C.M. su tematiche riguardanti *l'etica, la deontologia, la legislazione, l'informatica, l'inglese e la comunicazione*.

Al fine di monitorare la qualità dell'offerta formativa i suddetti soggetti istituzionali ricoprono la posizione di *auditor* del processo di qualità della formazione, partecipando con propri rappresentanti designati alla costituzione degli Osservatori nazionali e regionali per la qualità della formazione continua.

Linee guida per i Manuali di accreditamento dei provider e Albo Nazionale dei provider nazionali e regionali

Le linee guida definiscono i requisiti minimi richiesti per accreditare un soggetto organizzatore di eventi formativi, ovvero un provider.

I provider accreditati sia a livello

nazionale che regionale/provinciale saranno inseriti nell'Albo Nazionale dei provider curato dalla Commissione Nazionale per la formazione continua.

Obiettivi formativi

Nel testo dell'accordo sono indicati i 29 obiettivi formativi, che vanno a comporre il dossier formativo individuale di ciascun professionista che dovrà bilanciare fra:

- **obiettivi formativi di sistema**, con tematiche valide per tutti, e finalizzati allo sviluppo di competenze per il miglioramento in generale del sistema sanitario;
- **obiettivi formativi di processo** con tematiche legate al miglioramento della qualità dei processi nella specifica area sanitaria in cui si opera;
- **obiettivi formativi tecnico-professionali** rivolti all'acquisizione di conoscenze e competenze nel settore dell'attività, specificatamente rivolti alla professione o alla disciplina di appartenenza.

Indicati come di particolare rilievo per il SSN e SSR le tematiche legate all'umanizzazione delle cure e terapia del dolore e alla qualità dei sistemi e dei processi clinico assistenziali.

Medicine e pratiche non convenzionali (MNC)

L'accordo ribadisce, infine, che fitoterapia, medicina omeopatica, omotossicologia, agopuntura, medicina ayurvedica e medicina antroposofica sono riservate in via esclusiva, ai fini E.C.M., alle professioni di medico, odontoiatra, veterinario e farmacista nell'ambito delle rispettive competenze professionali e potranno essere accreditate se prevedono nel programma prove di efficacia e un confronto con la medicina tradizionale.

In materia di **sanzioni** per chi non

si aggiorna è ancora tutto da chiarire.

Le sanzioni erano già previste nel decreto Tremonti dell'estate 2011, il D.P.R. n. 138 del 13 agosto 2011, convertito dalla legge n. 148 del 14 settembre 2011.

“La violazione dell’obbligo di formazione continua – recita infatti l’articolo 3 del provvedimento – determina un illecito disciplinare e come tale è sanzionato sulla base di quanto stabilito dall’ordinamento professio-

nale che dovrà integrare tale previsione”. In sostanza: nella riforma degli ordinamenti professionali, che lo stesso decreto impone sia attuata entro l'estate 2012, dovranno rientrare anche sanzioni per i professionisti sanitari che non conseguono i crediti Ecm previsti dalle norme.

Tutte misure confermate, anche nella prescrizione dei tempi, dalla manovra salva Italia del Governo Monti (Legge n. 214 del 22 dicembre 2011).

Attenzione al sedicente “Registro italiano medici”

L'Ordine invita a *non compilare e sottoscrivere* il modulo del sedicente “Registro Italiano Medici”.

In questi giorni diversi Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Sassari –così come nel resto d'Italia– stanno ricevendo a domicilio una lettera da parte del non meglio identificato “Registro Italiano Medici” contenente un allegato per un cosiddetto “aggiornamento dei dati professionali”. Tale iniziativa, di natura commerciale, non è in alcun modo autorizzata, connessa o comunque avallata dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari, nè da alcun altro Ente rappresentativo della categoria.

Gli iscritti all'Ordine sono perciò invitati a non compilare né a rinviare il modulo al mittente, *in quanto ciò comporterebbe il pagamento di più di mille euro*, da versare annualmente con un tacito rinnovo.

Molti Medici Chirurghi e Odontoiatri italiani che hanno incautamente sottoscritto la modulistica si vedono ora recapitare la richiesta di un esoso pagamento per una pubblicità ingan-

nevole, in quanto induce all'errore, facendo credere ai destinatari di trovarsi di fronte ad un obbligo di legge.

Si sottolinea a riguardo che la sottoscrizione di tale modulo è palesemente in contrasto con la normativa civilistica sui vizi del consenso nel contratto di cui agli articoli 1427 e ss. del Codice Civile.

L'Ordine si riserva inoltre di segnalare alle autorità competenti l'operazione commerciale, attuata da un'azienda con sede legale a Lisbona, già diffidata alcuni anni fa dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri dal procedere con l'iniziativa.

L'autorità Garante della Concorrenza e del Mercato con provvedimento n. 22510 pubblicato sul Bollettino n. 24 del 4 luglio 2011 ha stabilito che il messaggio pubblicitario diffuso dalla società, denominata United Directories Lda, costituisce pubblicità ingannevole illecita ai sensi degli articoli 1, 2 e 3 del D.Lgs. 2 agosto 2007, n. 145, vietandone l'ulteriore diffusione ed infliggendo alla società una sanzione amministrativa di Euro. 100.000,00.

Gruppo tecnico consultivo al Ministero della Salute
***Prestigioso incarico conferito
 al presidente Pierluigi Delogu***

Il Ministero della Salute, in data 24 maggio 2012, ha costituito un apposito gruppo tecnico consultivo cui affidare l'elaborazione di documenti di indirizzo in materia di salute orale e lo studio di ogni problematica inerente l'odontoiatria (prevenzione delle patologie del cavo orale; odontoiatria di comunità; lotta all'abusivismo professionale; aspetti inerenti alla professione e alla formazione; linee guida). Pertanto il ministero ha decretato che, per le finalità indicate nelle premesse, è istituito presso il Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione, un "Gruppo tecnico sull'Odontoiatria", coordinato da Fabrizio Oleari, capo Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione, e così composto:

- Claudio Arcuri, direttore U.O.C. di odontostomatologia, Ospedale Fatebenefratelli "San Giovanni Calibita", Roma;
- Giuseppe Capello, referente per l'area odontoiatrica del Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana (S.U.M.A.I.);
- Enrico Gherlone, membro del Consiglio Superiore di Sanità;
- Pierluigi Delogu, presidente dell'Associazione Italiana Odontoiatri (A.I.O.);
- Michele Nardone, dirigente medico, Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione - Ministero della salute;
- Antonella Polimeni, presidente del Collegio dei Docenti di odontoiatria;



Pierluigi Delogu (al centro)

- Gianfranco Prada, presidente dell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani (A.N.D.I.);
- Giuseppe Renzo, presidente della Commissione Albo Odontoiatri della F.N.O.M.C.e.O.
- Laura Strohmenger, coordinatore del centro OMS per l'epidemiologia e l'odontoiatria di comunità.

I componenti del Gruppo tecnico resteranno in carica per un anno dalla data di costituzione, non avranno diritto ad alcun compenso e gli oneri di missione graveranno eventualmente sulle amministrazioni o istituzioni di appartenenza. A Pierluigi Delogu, presidente della C.A.O. di Sassari vadano gli auguri della redazione e del consiglio direttivo dell'Ordine per l'importante incarico istituzionale di cui è stato investito, nella certezza che per la sua competenza e tenacia assolverà degnamente il gravoso compito assegnatogli.

Piano triennale prevenzione di carie e malocclusioni

Si è svolta a Sassari, il 21 aprile ultimo scorso, nella elegante cornice dell'hotel Leonardo da Vinci, dinanzi a un folto pubblico di colleghi odontoiatri, una giornata di studio sulla prevenzione della carie e delle malocclusioni. Ad aprire i lavori del convegno le parole di elogio per l'iniziativa intrapresa espresse dal presidente dell'Ordine Agostino Sussarellu, e le considerazioni sulla valenza sociale dell'evento formulate da Pierluigi Delogu, presidente della Commissione Odontoiatri.

Il gradito saluto del professor Attilio Mastino, Magnifico Rettore dell'Università di Sassari, ha confermato la incondizionata approvazione del mondo accademico per l'opera finora svolta dagli odontoiatri delle province di Sassari e Olbia-Tempio nel prevenire le patologie e nel trasmettere messaggi positivi volti alla salute dei cittadini.

Particolarmente pregnanti gli interventi inaugurati del professor Andrea Montella, direttore del dipartimento di scienze biomediche dell'Università degli studi di Sassari e della professoressa Pierfrancesca Lugliè, presidente del corso di laurea in odontoiatria e protesi dentaria dello stesso ateneo, che in qualità di autorevoli rappresentanti della comunità scientifica hanno convalidato il rigore procedurale seguito per la realizzazione del piano ed encomiato l'impegno profuso e i risultati ottenuti.

Mario Pala, presidente della Commissione Speciale Sanità della provin-

cia di Sassari, porta il saluto dell'Istituzione che rappresenta e annuncia l'impegno finanziario, tanto inaspettato quanto lusinghiero, che verrà sostenuto dall'amministrazione provinciale al fine di acquistare i presidi diagnostici occorrenti per la campagna in atto.

Ha preso poi la parola Marcello Masala, in rappresentanza del S.U.M.A.I., lamentando il silenzio delle istituzioni pubbliche per ciò che attiene ai compiti di prevenzione e profilassi e sostenendo che da troppi anni non vengono istituite nuove ore di odontoiatria in ambito pubblico, occasione propizia per i giovani per un giusto inserimento nel mondo del lavoro.

Gerhard Seeberger, presidente della CAO di Cagliari, si complimenta per quanto l'Ordine di Sassari ha perseguito e realizzato in tutti questi anni, auspicando una comunione d'intenti volta in tal senso da parte di tutte le commissioni ordinistiche sarde. Le presentazioni dei relatori previsti e l'articolarsi dei dibattiti sono stati guidati in maniera magistrale da Pierfrancesca Lugliè e da Pierluigi Delogu. Le comunicazioni in programma sono state presentate nell'ordine dal professor Paolo Castiglia, consigliere dell'Ordine e professore ordinario di Igiene dell'Università degli studi di Sassari; dal dottor Guglielmo Campus, ricercatore confermato della clinica Odontoiatrica; e dal dottor Antonio Pinna, membro della CAO e del consiglio direttivo dell'Ordine. Gli stessi

di Antonio Pinna

relatori nel pomeriggio della medesima giornata, hanno provveduto alla calibratura dei sistemi di rilevazione dati anamnestici e diagnostici e alla presentazione e corretta compilazione di una nuova cartella clinica. (A.P.)

Nel protocollo operativo attenzione soprattutto per i bambini

L'indagine epidemiologica promossa da questa Commissione già dal 2010, ha evidenziato, secondo i dati emersi dallo studio condotto da Paolo Castiglia e collaboratori, una elevata incidenza della carie e delle maloc-

è assunto l'impegno di favorire la seconda edizione del piano triennale di prevenzione esteso al proprio ambito di competenza. Stante il periodo che va dai 4 ai 6 anni quello cui bisogna prestare la massima attenzione alla dentatura decidua e allo sviluppo dei mascellari, ci si rivolgerà esclusivamente ai bambini della scuola dell'infanzia con l'assoluta convinzione che i denti da latte sono per i minori come i permanenti per gli adulti: si è previsto di poter sottoporre a visita stomatologica, entro il 2012, la totalità dei 9.140 bambini distribuiti nelle città e paesi delle provincie di Sassari e Olbia-Tempio, disponendo di un gruppo ben coeso di 150 libero professionisti e dei medici della clinica odontoiatrica



L'inaugurazione della Giornata di Studio sulla prevenzione della carie: il discorso del presidente Agostino Sussarellu

clusioni nella popolazione infantile, una vera emergenza da affrontare con tutte le possibili strategie.

Se si considera poi che l'accesso alle cure odontoiatriche è particolarmente difficoltoso per le fasce di popolazione con reddito procapite basso e medio, è facilmente intuibile quale importanza rivesta l'intercettazione anticipata. A tal fine l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Sassari, si

coadiuvati dagli studenti del relativo corso di laurea.

Tale obiettivo potrà essere raggiunto solo con la convergenza di tutte le forze, che perseguono lo stesso fine istituzionale, sinergie indispensabili per promuovere la salute globale, cioè il consiglio dell'Ordine, la Commissione CAO, l'Ufficio dell'Ordine, le colleghe e i colleghi volontari, l'Università, la Scuola, la Provincia di Sas-

sari e i comuni. Secondo il protocollo operativo adottato in questi anni e perfezionato in corso d'opera, l'Ordine, capofila del progetto, invita alla partecipazione tutti i 468 dentisti iscritti all'Albo che possono acconsentire all'iniziativa compilando il modulo di adesione pervenutogli, segnalando la propria intenzione a espletare le visite ed eventualmente a tenere incontri didattici con alunni e genitori; spediscono tale dichiarazione di intenti all'Ordine di Sassari o per fax o per via telematica o per posta corrente.

ri, Tempio, Olbia) è responsabile uno dei cinque membri della Commissione Albo Odontoiatri che, fatti salvi gli incarichi istituzionali, adempiono agli stessi compiti generali, nelle diverse aree di competenza, coordinando le diverse fasi che costituiscono l'ossatura della campagna.

Ognuno di essi ha la facoltà di frazionare ulteriormente il proprio territorio di spettanza affidando il coordinamento di diverse sub-aree predeterminate a colleghi particolarmente attivi e motivati.



Il tavolo della presidenza: Pierluigi Delogu e il Rettore dell'Università di Sassari, Attilio Mastino

L'ufficio dell'Ordine, presa visione della disponibilità dei colleghi redige e aggiorna costantemente l'elenco dei volontari e ne dà comunicazione ai consiglieri della Commissione Odontoiatri.

La CAO per poter organizzare il servizio in maniera capillare divide virtualmente la provincia di Sassari in tre distretti e quella di Olbia-Tempio in due, tenendo conto dell'indice demografico, della distanza dal centro operativo di Sassari e dell'ubicazione degli enti istituzionali preposti alla salute pubblica e alla istruzione. Per ciascun distretto (Sassari, Alghero, Ozie-

Lo zoccolo duro, pertanto, sarà rappresentato non solo dai componenti la Commissione, ma anche dai vari responsabili di zona che, una volta presa visione degli elenchi dei volontari avranno il compito di prendere contatti con essi e di acquisire ulteriori adesioni, sollecitando e incoraggiando altri colleghi a partecipare all'evento; dovranno altresì sentire le Dirigenze Scolastiche della propria area di influenza per acquisire i dati relativi agli alunni, i nominativi degli insegnanti referenti e dei coordinatori di plesso e quindi mappare il territorio con una precisa individuazione degli istituti

scolastici e relativi alunni da visitare. I coordinatori, dopo attenta analisi delle risorse umane disponibili provvedono all'affidamento delle sezioni scolastiche ai vari colleghi, in base alle affinità elettive manifestate dai singoli e, contestualmente, inviano, personalmente o tramite ufficio dell'Ordine, alla direzione scolastica tutti i moduli di consenso alla visita e tant'altri per il consenso al trattamento dati sensibili, quanti sono i bambini iscritti.

L'intervento dell'odontoiatra volontario può limitarsi alla sola visita, ma può assumere connotazioni da tutoraggio vale a dire lezioni a bambini, incontri con genitori e docenti, verifiche, lavori di gruppo etc.

Il coordinatore, una volta effettuato l'abbinamento dentista-scuola compila per conto del collega un modulo prestampato che contenga i seguenti riferimenti: indirizzo della direzione scolastica, nominativo dell'odontoiatra volontario e numero di scolari per sezione e plesso che questi intenda sottoporre a esame e lo spedisce, via fax o posta elettronica certificata, all'Ordine, il cui ufficio, dopo avere verificato l'iscrizione all'Albo del collega, ne appone l'imprimatur e lo spedisce via fax al dirigente scolastico che quindi viene a conoscenza delle esatte generalità del volontario e della liceità dei suoi atti professionali, suffragata da una certificazione ordinistica.

Il dirigente mette al corrente il proprio referente alla salute o il coordinatore di plesso della manifestazione di interesse del collega e da questo momento gli accordi sui tempi e luoghi della visita, sempre in orario di lezione ed entro i caseggiati scolastici, verranno intrapresi direttamente tra il dentista e il docente. Nell'inevitabile interludio necessario per l'acquisi-

zione dei consensi, il coordinatore di distretto o zona o in alternativa l'ufficio dell'Ordine, inviano all'odontoiatra volontario tante schede epidemiologiche, tante lettere informative per i genitori e tanti kit prima visita quanti sono gli scolari che egli intende sottoporre a screening.

Il momento clou della campagna vede impegnati i colleghi su un campo decisamente inusuale, senza le comode ed ergonomiche attrezzature di studio.

L'equipaggiamento sarà costituito da specilli, specchietti in kit sterili e imbustati, guanti, fonti di illuminazione, cartelle cliniche, cucitrice, e quant'altro possa rendere emotivamente partecipi i piccoli scolari.

La cartella epidemiologica è costituita da due fogli di carta chimica, la cui parte anagrafica potrà essere compilata dall'assistente di studio, oppure dal personale docente della scuola.

Il collega, a seguito dell'esame obiettivo, barra le caselle della porzione posta sul piede della scheda, specifica ulteriormente quanto riscontrato, firma e marca la cartella nei due spazi indicati utilizzando un timbro che rechi solo nome e cognome e titoli accademici, e nessuna altra indicazione o indirizzo.

A termine di tali sottoscrizioni, stacca il talloncino della prima fogliola verde lungo la perforazione e lo consegna allo scolaro unitamente al foglio che contiene comunicazioni di ordine generale per i genitori.

Dunque della scheda di rilevamento trattiene la più parte del primo foglio, che verrà allegato al modulo consenso al trattamento dati sensibili e riconsegnato, unitamente agli altri, al proprio coordinatore di zona o direttamente all'Ordine perché si istruisca l'elaborazione statistica. Il secondo foglio, quello bianco impressionato chimica-



mente, va pinzato interamente al modulo di consenso alla visita e rimane a scuola, destinato a seguire il bambino nei successivi anni per ulteriori raffronti e verifiche.

L'odontoiatra può rendersi disponibile a incontrare i genitori per chiarire e approfondire quanto refertato, spiegando loro, oltre a quanto rilevato all'esame obiettivo, i cardini della prevenzione: l'igiene orale e alimentare.

Utili a questo proposito sia le visite dei piccoli di scuola dell'infanzia alla presenza dei parenti prossimi, sia gli incontri con alunni e genitori, in maniera congiunta o separata, con l'ausilio del cd-rom prodotto da questa commissione e disponibile per chi ne faccia richiesta. A consuntivo dei

primi due anni di campagna, partita all'alba del 2010, ci conforta l'aumento progressivo del numero degli odontoiatri impegnati, fino al raggiungimento del 30% di tutti gli iscritti all'Albo.

L'inevitabile rotazione degli operatori sanitari coinvolti e l'interconnessione tra visita scolastica e verifica ambulatoriale ha portato di fatto a una maggiore attenzione e precisione sia nella fase diagnostica che in quella terapeutica, favorendo un tenore più elevato del controllo qualitativo.

L'ottima collaborazione tra odontoiatri, istituti scolastici, genitori e piccoli scolari ha condizionato in

maniera positiva la riuscita della campagna.

I riscontri finora ottenuti ci inducono comunque a confidare nella compiacenza di numerosi altri colleghi, indispensabile linfa atta a rendere tangibile un piano talmente ambizioso da essere unico in Italia per portata e vastità di campione.

A renderne ancora più interessante e appetibile la partecipazione, si delinea all'orizzonte anche la possibilità che l'Ordine, in quanto produttore di formazione continua, possa erogare crediti E.C.M. a quanti impegnino il proprio impegno con seminari e lezioni di igiene orale e alimentare, in ambito scolastico.

Antonio Pinna

Indagini sulla salute orale della popolazione

Aspetti epidemiologici nella Sardegna del nord

di Paolo Castiglia

Nel corso degli ultimi trenta anni vari studi di carattere epidemiologico hanno evidenziato un netto declino nella prevalenza della carie dentale nei Paesi occidentali. Infatti, l'OMS, che aveva programmato di raggiungere per l'anno 2000 un valore massimo di 3 per il DMFT nei 12enni e almeno un 50% della popolazione caries free all'età di 5 anni, ha successivamente posto come obiettivo per il 2020 di contenere il DMFT nei 12enni entro il valore di 1,5 (<http://www.euro.who.int/en>).

Il declino della patologia avrebbe permesso alle strutture della sanità pubblica di focalizzare il proprio interesse su nuove strategie. Pur avendo conseguito nel complesso importanti risultati, sussistono tuttavia tra i Paesi dell'Unione Europea importanti differenze nei trend della patologia.

In Italia, peraltro, non esistendo un programma nazionale strutturato per la prevenzione e la terapia della carie dentale, come invece avviene in altri Paesi, gli interventi sono organizzati localmente dalle diverse Aziende Sanitarie, spesso in maniera non continuativa, con conseguenti diverse opportunità di accesso alla prevenzione per le diverse coorti di cittadini anche della stessa area.

Analogamente, non esistendo in Italia un sistema organizzato di rilevazione degli indici di carie nella popolazione, le informazioni a riguardo derivano da sporadici studi avviati autonomamente e localmente da enti di ricerca od altre organizzazioni per propri scopi conoscitivi, con il risultato di avere un pattern

assai variegato della situazione epidemiologica, con aree ben studiate ed altre sulle quali non sono mai state effettuate rilevazioni.

A tale riguardo, un tentativo di dare risposta a questo vuoto conoscitivo è stato fatto dalla SII (Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità pubblica) che, grazie alla spinta interna di alcuni soci Odontoiatri e docenti dei Corsi di Igiene in Odontoiatria, ha promosso, in collaborazione con il Centro collaborativo dell'OMS dell'Università di Milano nel 2004, il primo studio epidemiologico nazionale di prevalenza in due età target (1-4). Inoltre, come risulta dall'intervento del professor Campus che mi ha preceduto, gli studi epidemiologici limitatamente alla città di Sassari, diversamente da quanto avvenuto in altre realtà dell'Isola, sono stati in passato particolarmente fiorenti. Studi che, peraltro, necessitano di un periodico aggiornamento.

Anche per questo motivo, l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Sassari e Olbia-Tempio ha promosso il progetto "Il sorriso dei bambini", che ha tra gli obiettivi proprio l'approfondimento delle conoscenze epidemiologiche odontoiatriche della popolazione dai 3 agli 11 anni nel territorio del Nord Sardegna.

La presente relazione riporta i risultati preliminari dello studio relativi a 3864 bambini appartenenti a diversi plessi scolastici della provincia di Sassari, Alghero e del territorio ad esse circostante, aventi età compresa tra i 3 e gli 11 anni.

Materiali e metodi

La rilevazione è stata effettuata volontariamente da Odontoiatri iscritti all'Ordine, coadiuvati da Igienisti e assistenti alla poltrona. Le visite odontoiatriche sono state effettuate nelle scuole previo ottenimento di consenso informato ed il metodo di rilevazione è stato quello che normalmente viene eseguito dallo stesso personale in assenza di una calibrazione. La mancanza di standardizzazione con training e calibrazione dei rilevatori rappresenta dal punto di vista epidemiologico una debolezza dello studio; d'altra parte, in questa debolezza risiede anche la sua forza, in quanto rappresenta ciò che verrebbe rilevato nel "mondo reale".

I dati, una volta raccolti su apposita scheda cartacea, sono stati archiviati su personal computer in data base appositamente predisposto su Access (fig. 1).

I dati archiviati sono stati quindi elaborati con software statistico (STATA 11.0). Differenze tra variabili quantitative sono state valutate con il test *t* di student. Differenze tra proporzioni sono state testate con il test *z*. Per i test statistici è stato scelto un livello di errore di primo tipo del 5%.

Per gli indici di carie è stato calcolato il dmft (numero di denti cariati "d", persi "m" o otturati per carie "f") per la dentatura decidua ed il corrispondente

DMFT per quella permanente. I valori vengono riportati come totale individuale (nei valori massimi) o come media±deviazione standard per ciascun gruppo o fascia di età. Data l'asimmetria dell'indice è stato anche calcolato il SIC (Significant Caries Index), che corrisponde al DMFT del sottogruppo di popolazione con il maggior numero di carie. Si ottiene ordinando il campione in base ai valori crescenti di carie, selezionando il terzo della popolazione con i valori più alti e calcolando il DMFT di questo sottogruppo.

Risultati e considerazioni

La tabella 1 riporta la distribuzione per sesso e per età dell'indice composto dmft/DMFT sul campione studiato. Si rileva un incremento dell'indice per età, espressione del caratteristico effetto additivo nella prevalenza della carie. Nel complesso non si apprezzano differenze significative fra i due generi (1,37±2,43 nei maschi vs 1,32±2,44 nelle femmine). I valori oscillano da un minimo di 0 dei soggetti sani ad un massimo di 20 nei soggetti maggiormente affetti. (Tab. 1.)

È importante rilevare che in entrambi i generi l'indice di carie nei 12enni appare contenuto entro il valore prefissato dall'OMS e che quando lo si calcoli per la sola componente dei denti permanenti

Tab. 1 Distribuzione per sesso ed età dell'indice composto dmft/DMFT

Età (anni)	maschi				femmine				Totale			
	n°sogg	media	ds	max	n°sogg	media	ds	max	n°sogg	media	ds	max
3	187	0,44	1,69	14	197	0,40	1,38	10	386	0,42	1,54	14
4	281	0,75	1,90	14	254	0,74	1,96	12	538	0,74	1,93	14
5	330	1,14	2,27	14	316	1,13	2,69	20	652	1,13	2,48	20
6	239	1,61	2,66	12	224	1,67	2,80	13	466	1,62	2,72	13
7	184	1,83	2,44	9	186	2,22	2,81	13	370	2,02	2,64	13
8	134	1,89	2,67	14	151	1,86	2,47	10	288	1,86	2,56	14
9	172	2,10	2,74	13	170	1,88	2,70	10	345	1,99	2,71	13
10	189	1,78	2,64	14	186	1,46	2,19	11	376	1,62	2,43	14
11	53	1,38	1,90	7	72	1,19	2,02	9	125	1,27	1,97	9
Totale	1769	1,37	2,43	17	1756	1,32	2,44	20	3546	1,34	2,43	20

Tab. 2 Proporzione (%) di soggetti con valore di indice = 0

Età (anni)	maschi				femmine				Totale			
	dmft		dmft/ DMFT		dmft		dmft/ DMFT		dmft		dmft/ DMFT	
	n	%	%	%	n	%	%	%	n	%	%	%
3	187	88,2	—	—	197	87,3	—	—	386	87,8	—	—
4	281	76,2	—	—	254	80,7	—	—	538	78,4	—	—
5	330	67,6	98,2	67,0	316	73,1	98,7	72,5	652	70,1	98,5	69,5
6	239	59,8	98,3	59,8	224	62,9	93,3	59,8	466	61,6	95,9	60,1
7	184	53,3	93,5	51,6	186	48,9	87,1	46,2	370	51,1	90,3	48,9
8	134	51,5	75,4	43,3	151	52,3	79,5	48,3	288	52,1	77,8	46,2
9	172	52,9	75,6	45,9	170	56,5	78,8	52,9	345	55,1	76,8	49,3
10	189	54,5	78,8	49,2	186	66,1	73,7	54,3	376	60,4	76,3	51,9
11	53	66,0	75,5	54,7	72	81,9	72,2	65,3	125	75,2	73,6	60,8
Totale	1769	64,5	91,5	62,0	1756	68,2	89,7	64,7	3546	66,4	90,6	63,4

(DMFT) questo risulta ulteriormente contenuto a $0,58 \pm 1,29$ nei maschi ed a $0,75 \pm 1,40$ nelle femmine con una prevalenza significativamente più elevata nelle femmine ($p < 0,05$) (dati non in tabella). La consistente variabilità espressa dagli elevati valori di deviazione standard (ds) a tutte le età si riflette anche nei valori massimi osservati. Il contrasto tra gli elevati valori massimi ed i relativamente contenuti valori medi implica una importante asimmetria dell'indice con una elevata proporzione di valori 0. Nella tabella 2 viene pertanto riportata la distribuzione dei soggetti caries free (con valori di indice uguali a 0) (Tab. 2).

Dalla tabella si evince che, limitatamente alle classi di età per le quali questo ha senso data la possibilità di eruzione dei denti permanenti (≥ 5 anni), la proporzione di soggetti con DMFT=0 è significativamente superiore rispetto alla proporzione di dmft=0 a tutte le età ($p < 0,05$). Peraltro, si può apprezzare che già a 5 anni sono rilevabili piccole proporzioni di soggetti con una dentatura permanente cariata (DMFT=0 < 100%). Questo evidenzia il fatto che già a partire da questa fascia di età abbiamo l'eruzione dei primi molari, una caratteristica nota, che evidenzia per la popolazione sarda una precocità nel-

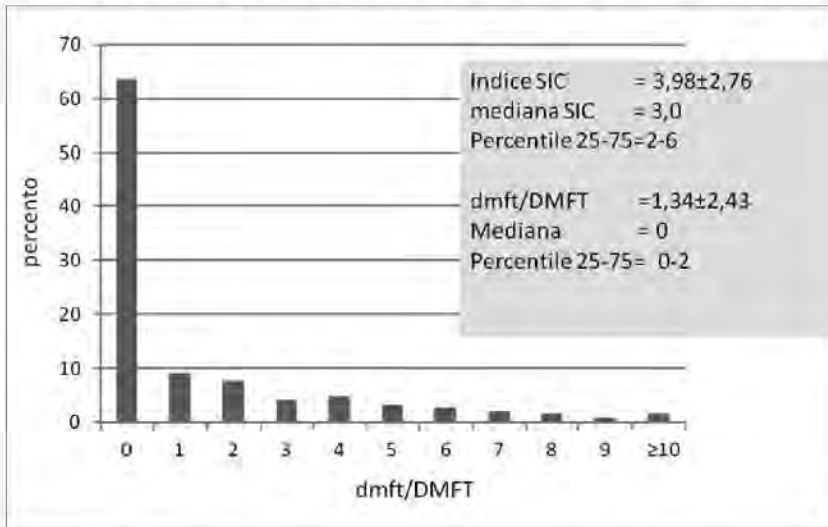
l'eruzione della dentatura permanente. Questo aspetto dovrebbe essere tenuto in debita considerazione quando si effettuano confronti con altre popolazioni, a causa di un maggior rischio per la dentatura permanente dei sardi, in particolare alle età indice più basse (6 anni), di andare incontro all'esperienza di carie, proprio per una permanenza in bocca di questi elementi che dura da più tempo rispetto ad altre popolazioni.

La distribuzione del DMFT su tutto il campione è più immediatamente apprezzabile dalla figura 1 - Distribuzione dell'indice dmft/DMFT nel campione esaminato (tutte le età). Vedi pagina seguente.

Nella figura, data la forte asimmetria dell'indice composto dmft/DMFT, derivante da proporzioni di caries free ad ogni età superiori al 50% per il dmft e superiori al 70% per la componente DMFT, è stato riportato anche il calcolo dell'SIC-Index che, con una media di 3,98 ed una mediana di 3,0 mostra migliore simmetria rispetto all'indice normale che ha invece media di 1,34 con mediana=0. Infine, va rilevato che l'83,2% del valore dell'indice è da attribuire alla componente "d". Il che evidenzia un'elevata necessità di trattamento del campione.

Oltre alla carie, l'indagine ha con-

Figura 1 Distribuzione dell'indice dmft/DMFT nel campione esaminato (tutte le età)



sentito di rilevare il numero di denti sigillati e la conseguente prevalenza di soggetti sottoposti a questa pratica di profilassi. Nel complesso sono state rilevate 363 sigillature: 169 nei maschi e 194 nelle femmine, senza differenze significative tra i sessi. Le prime sigillature sono rinvenibili a partire dai 5 anni di età, con valori crescenti col crescere della stessa fino ad un valore massimo di 46 rilevato a 10 anni fra le femmine (Tab.3).

Nel complesso si può apprezzare che una sigillatura dei solchi all'età di 5 anni è stata rilevata in un solo caso. In quattro casi sono state rilevate più di 4 sigillature. In particolare in un caso sono state osservate 7 sigillature, in due casi 8 ed in un caso 11. In tutti questi casi risultavano sigillati i quarti ed i quinti. Nell'ultimo caso, quello con 11 sigillature, risultavano sigillati anche i primi sestri erotti in una bambina di 6 anni. Questi dati portano ad una prevalenza di bam-

Tab. 3 Distribuzione del campione di bambini per età e per numero di denti sigillati

Età (anni)	N. denti sigillati								Totale
	0	1	2	3	4	7	8	11	
3	386								386
4	538								538
5	651	1							652
6	456	2	2	1	3		1	1	466
7	357	1	3		7	1	1		370
8	264	1	7	3	13				288
9	320	1	8	3	13				345
10	346	4	11	3	12				376
11	110	2	7	1	5				125
Totale	3428	12	38	11	53	1	2	1	3546

**CONVOCAZIONE
ASSEMBLEA ORDINARIA
ANNUALE**

26 GIUGNO 2012

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI SASSARI

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

Gli iscritti sono convocati in Assemblea ordinaria annuale il giorno 24 giugno 2012 alle ore 24 in prima convocazione e il giorno **26 giugno 2012 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 2011;**
- 3) Variazioni al bilancio di previsione anno 2012.**
- 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 **26 giugno 2012**, il dott.

....., lì

firma

Tab. 4 Prevalenza dei bambini con sigillatura

Eta (anni)	Maschi			Femmine			Totale		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%
3	187	0	0	197	0	0	386	0	0
4	281	0	0	254	0	0	538	0	0
5	330	1	0,3	316	0	0	652	1	0,2
6	239	2	0,8	224	8	3,6	466	10	2,1
7	184	8	4,3	186	5	2,7	370	13	3,5
8	134	11	8,2	151	12	7,9	288	24	8,3
9	172	13	7,6	170	12	7,1	345	25	7,2
10	189	14	7,4	186	16	8,6	376	30	8,0
11	53	8	15,1	72	7	9,7	125	15	12,0
Totale	1769	57	3,2	1756	60	3,4	3546	118	3,3

N: bambini nel campione; n: bambini con sigillature; %: prevalenza

bini con sigillatura estremamente bassa (Tab.4).

Per quanto attiene alle malocclusioni, non si osservano differenze con quanto rilevato in letteratura per queste età, con circa il 60% dei soggetti in I classe di Angle, 18% in II classe e 3,8% in III classe, senza differenze fra i generi. Anche il morso aperto non è risultato differire significativamente fra i generi e quello anteriore è risultato più frequente nel nostro territorio rispetto a quanto osservato fra i bianchi americani (8,9% vs 3,5%) (5), ma inferiore rispetto a quanto riscontrato in altre popolazioni italiane (17,7%) (6). Una differenza fra i generi si è invece osservata nel morso incrociato, maggiormente prevalente fra le femmine (Figura 2).

Infine, non sono state apprezzati importanti valori di prevalenza di alterazioni delle mucose nel campione studiato.

Nel complesso si può affermare che i valori di carie osservati rientrano nei limiti indicati dall'OMS. Peraltro, confronti con le indagini più recenti, fra quelle condotte in precedenza nello stesso territorio, mostrano una tendenza ad un leggero incremento. Questo fenomeno se da un lato è da porre in relazione con la gravità del quadro clinico

rilevato in una minoranza dei soggetti, come evidenziato dagli elevati valori massimi e dall'elevato valore di SIC, dall'altro è attribuibile ad una lieve diminuzione della proporzione di caries free, in particolare nelle coorti più giovani, il che sottende la necessità di rinnovati interventi di educazione sanitaria della popolazione. Analogamente, la bassa prevalenza di soggetti con sigillatura dei solchi sottolinea la scarsa coscienza sanitaria della popolazione nei confronti della profilassi di questa patologia ed evidenzia la necessità di richiamare le linee guida ministeriali per questa pratica (7).

Paolo Castiglia

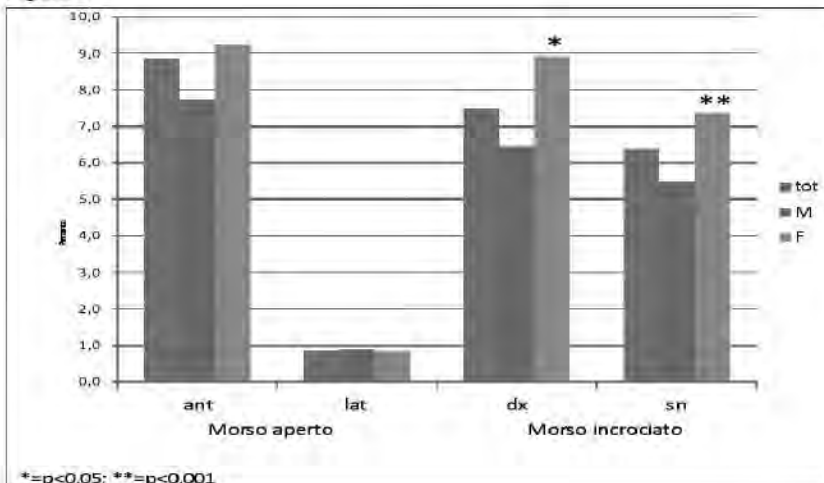
- 1) Castiglia P; Campus G; Solinas G; Maida C; Strohmenger L. Children's oral health in Italy: training and clinical calibration of examiners for the National Pathfinder about caries disease. *Oral Health Prev Dent.* 2007;5(4):255-61.
- 2) Campus G; Solinas G; Cagetti MG; Senna A; Minelli L; Majori S; Montagna MT; Reali D; Castiglia P; Strohmenger L. National Pathfinder survey of 12-year-old Children's Oral Health in Italy. *Caries Res.* 2007;41(6):512-7.

- 3) Solinas G; Campus G; Maida C; Sotgiu G; Cagetti MG; Lesaffre E; Castiglia P. What statistical method should be used to evaluate risk factors associated with dmfs index? Evidence from the National Pathfinder Survey of 4-year-old Italian children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2009;37(6):539-46.
- 4) Campus G; Solinas G; Strohmenger L; Cagetti MG; Senna A; Minelli L; Majori S; Montagna MT; Reali D; Castiglia P and Collaborating Study Group. National pathfinder survey on children's oral health in Italy: pattern and severity of caries disease in 4-year-olds. *Caries Res*. 2009; 43 (2): 155-62.
- 5) Kelly JE, Sanchez M, Van Kirk LE: An Assessment of the Occlusion of Teeth of Children 6–11 Years [US Public Health Service DHEW Pub No 130]. Washington, DC: National Center for Health Statistics; 3: 1973.
- 6) Cozza P, Baccetti T, Franchi L, Mucedero M, Polimeni A: Sucking habits and facial hyperdivergency as risk factors for anterior open bite in the mixed dentition. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 128:517-9, 2005
- 7) Strohmenger L; Cagetti M.G; Campus G; Rosmarini M; De Carli A; Gatti M; Levirini L; Polimeni A; Basso T; Regazzi M. Maida A; Callioni R; Nardone M; Federici A; Natale N; Montagna MT; Castiglia P; Fabris C; Rondini G; Majorana A; Di Pietro P; Longhi R; Saggese G; Boldi M; Mele G; Accogli V; Marostica G; Valpreda A; Guala A; Comaita F; Munizzi MR. Linee Guida Nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva. Ministero della Salute ottobre 2008. 1-66.,

Per i riferimenti bibliografici è possibile consultare anche il seguente sito: <http://www.omceoss.org>

Si ringraziano i colleghi della Commissione Odontoiatri che hanno promosso l'iniziativa, il Consiglio dell'Ordine e gli amministrativi dell'Ordine di Sassari e Olbia Tempio per il prezioso lavoro di supporto, i colleghi Odontoiatri che hanno raccolto i dati nel territorio ed i dottori Serena Cherchi e Marco Sanna per il loro fattivo contributo all'elaborazione del lavoro.

Figura 2



Problematiche di sicurezza e precauzioni

Utilizzo extra ospedaliero del protossido d'azoto

La commissione consultiva tecnico scientifica per la valutazione dei farmaci nel corso dei lavori dell'1 e 2 Febbraio 2011, ha approvato il seguente testo relativo alle "Problema-



tiche di sicurezza e precauzioni di utilizzo extra-ospedaliero del farmaco protossido d'azoto (N_2O). L'utilizzo di protossido di azoto (N_2O) è permesso solo attraverso specifiche apparecchiature che impediscano l'erogazione di miscele ipossiche e solo in specifici ambienti con adeguato ricircolo d'aria; in ambiente extraospedaliero è da utilizzarsi alla concentrazione massima del 50% in ossigeno (cioè non più del 50% di protossido di azoto e almeno 50% di ossigeno).

L'unica eccezione è rappresentata dalla sedazione cosciente praticata da esperti odontoiatri sedazionisti che, con il paziente sicuramente vigile (come documentato dalla apertura della bocca), possono impostarne, per brevi periodi di tempo, una erogazione a concentrazioni fino al 70%.

Il protossido di azoto è da decenni ampiamente utilizzato in ambito extraospedaliero, soprattutto in campo odontoiatrico, come analgesico ansiolitico senza mai provocare compli-

canze degne di rilievo. Esso deve essere utilizzato solo in presenza di personale medico o odontoiatra con adeguato training in rianimazione cardiopolmonare (BLS-D), quindi consapevole di dovere immediatamente interrompere la somministrazione del protossido di azoto nel caso di perdita di coscienza e di dover tempestivamente, in caso di apnea, procedere a rendere pervie le vie aeree del paziente (per esempio con la triplice manovra di estensione del capo, sublussazione della mandibola e apertura della bocca) ed eventualmente supportarne la ventilazione (per esempio con il pallone auto-espansibile e una mascherina facciale).

L'utilizzo del protossido di azoto, in ambiente extraospedaliero, non deve essere associato all'utilizzo di altri farmaci anestetici, ipnotici, sedativi o antidolorifici maggiori se non in presenza di un anestesista rianimatore; può invece precedere o seguire l'infiltrazione di anestetici locali.

Un decreto ministeriale definisce figura e norme

Profilo professionale dell'igienista dentale

Nel decreto ministeriale del 15 marzo 1999, n. 137 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 114 del 18 maggio 1999) è contenuto il regolamento recante norme per l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'igienista dentale. Nell'articolo 1 del decreto è individuata la figura professionale dell'igienista dentale con il seguente profilo: l'igienista dentale è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge compiti relativi alla prevenzione delle affezioni orodentali su indicazione degli odontoiatri e dei medici chirurghi legittimati all'esercizio della odontoiatria. L'igienista dentale

- a) svolge attività di educazione sanitaria dentale e partecipa a progetti di prevenzione primaria, nell'ambito del sistema sanitario pubblico;
- b) collabora alla compilazione della

cartella clinica odontostomatologica e provvede alla raccolta dei dati tecnico-statistici;

- c) provvede all'ablazione del tartaro e alla levigatura delle radici nonché all'applicazione topica dei vari mezzi profilattici;
- d) provvede all'istruzione sulle varie metodiche di igiene orale e sull'uso dei mezzi diagnostici idonei ad evidenziare placca batterica e patina dentale motivando l'esigenza dei controlli clinici periodici;
- e) indica le norme di una alimentazione razionale ai fini della tutela della salute dentale.

L'igienista dentale svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero-professionale, su indicazione degli odontoiatri e dei medici chirurghi legittimati all'esercizio della odontoiatria.

Associazione Igienisti Dentali Italiani

**TUTTI IN PIAZZA
SORRIDENTI**

Giornata Internazionale dell'Igienista Dentale

10 ottobre 2011

Problemi clinici e modalità di comunicazione

La relazione fra paziente e medico nei momenti difficili

di Enrico Aitini

Nella comprensione delle difficoltà che possono emergere all'interno della comunicazione e quindi della relazione tra medico e paziente, può risultare utile ripercorrere, pur in estrema sintesi, le tappe fondamentali compiute negli ultimi decenni atte a definire i modelli comunicativi predominanti delle società occidentali, sia in termini di relazione interpersonale che di massa.

Verso la metà del secolo scorso, due matematici statunitensi, Claude Elwood Shannon e Warren Weaver, proposero un modello matematico sulla comunicazione attraverso cui, con una concezione strettamente fisica dell'informazione, trovare la codificazione più efficiente di un messaggio. Questa teoria che sta alla base di quello che è considerato il primo modello comunicativo dell'epoca contemporanea individuando la bidirezionalità della comunicazione stessa (a differenza dell'informazione che invece è monodirezionale) fu formulata nel 1949. Alcuni anni più tardi, Roman Jakobson, linguista e semiologo russo naturalizzato statunitense sottolineò la necessità di condivisione del codice (linguaggio) comune. Un passo particolarmente importante nella comprensione degli aspetti relazionali tra individui viene compiuto nel 1965 da Paul Watzlawick che afferma, tra l'altro, come non sia possibile non comunicare. Questo assioma evidenzia l'aspetto e la natura sociale e relazionale della comunicazione: anche l'iso-

lamento, il non rispondere, il silenzio, il non agire è in sé una forma di comunicazione che viene recepita ed interpretata dagli altri in modo preciso. Non esiste dunque un comportamento che non sia comunicativo. In anni più recenti altri modelli sono stati elaborati come, ad esempio, la teoria della pertinenza ma la loro elencazione non rientra negli obiettivi di questo breve scritto.

In ambito medico, in quello oncologico nello specifico, una particolare attenzione agli aspetti comunicativi è, da tempo, un target abituale nell'ambito di studi clinici controllati così come nella pratica medica quotidiana. La relazione medico/paziente è divenuta parte integrante di un approccio al paziente neoplastico caratterizzato da una visione globale del bisogno di cura: accanto alla identificazione dei problemi strettamente clinici, l'attenzione dei medici si è concentrata sulle modalità di comunicazione, sulle esigenze relazionali e su quelle sociali, sugli aspetti etici, sulla spiritualità e su quella che, alla fine, può essere definita la 'biografia' della persona malata. Tutte le fasi della malattia, infatti, costituiscono un banco di prova assai difficile sia per il medico che per il paziente che deve affrontare un impatto particolarmente angosciante al momento della diagnosi, impatto che in genere diviene più pesante nel momento di una recidiva o di progressione e può assumere toni letteralmente drammatici nel momento in cui

si evidenzia l'impossibilità di proseguire i trattamenti specifici per la patologia di base. Sono fasi che non trovano una soluzione preconfezionata in termini relazionali ma ogni specifico comportamento deve essere modellato sul singolo paziente per i risvolti che può avere sulla sua vita in termini sia fisici che psicologici. Il medico deve inoltre tener conto del contesto culturale sviluppatosi negli ultimi decenni all'interno di una società che presenta strane e imprevedute ondulazioni tra un'apodittica fede nel potere della medicina e della scienza più in generale e, nel caso specifico, tra un mai risolto terrore di ciò che molti media ancor oggi definiscono 'male incurabile', immagine che inevitabilmente lega a sé quella della morte. E' ormai noto come la rimozione del pensiero della morte porti con sé l'impossibilità di restituire dignità ad un evento che fino ai primi decenni del secolo scorso era in genere percepito nella sua naturalezza come parte integrante della vita stessa. Per poter sostenere una comunicazione onesta con il paziente, soprattutto con quello che versa in gravi condizioni, il medico deve far sua la consapevolezza della propria finitudine, della necessità di relazionarsi con la morte intendendola non solo come evento biologico ma anche come evento esistenziale. Purtroppo questa consapevolezza è patrimonio dimenticato, addirittura cancellato da un mondo irretito dalla tentazione di confinare la fine dell'esistenza dietro le quinte della vita sociale.

Generalmente quando il medico comunica una cattiva notizia cerca di rendere il paziente emozionalmente partecipe di una dimensione più attiva e progettuale: cerca un atteggiamento propositivo nei confronti del malato, lo aiuta a proseguire il dialogo defi-

nendo il più realisticamente possibile le aspettative terapeutiche, costruendo soluzioni alternative che almeno consentano una convivenza, anche se a volte faticosa, con la malattia ed infondendo, in ogni modo, elementi di speranza. Tuttavia è onesto ammettere che, spesso, noi medici mostriamo serie difficoltà ed una non celata riluttanza nel parlare con i nostri pazienti della fase conclusiva della vita. Dobbiamo tuttavia essere consapevoli che nostro preciso compito è anche quello di accompagnare il paziente in un cammino particolarmente difficile, aiutandolo a non farsi sopraffare dalle paure e dall'angoscia generata dalla percezione di un tempo che volge verso la sua conclusione. Se l'approccio a questa fase non è particolarmente attento, infatti, il malato diviene preda di un'angoscia che, di frequente, è amplificata dal nucleo familiare.

A rendere più difficile e drammatica questa fase contribuisce il fatto che, purtroppo, alcune figure professionali che più hanno accompagnato il malato durante tutta la sua storia clinica, a volte lunga molti anni, in qualche modo se ne vanno, uscendo dalla sua esistenza: non saranno loro a prendersi cura di lui nel suo ultimo periodo di vita. Il paziente e l'intero nucleo familiare sono indotti facilmente a leggere questo momento come scelta imposta di abbandono terapeutico: la reazione è spesso quella di un rifiuto ad accedere in strutture dedicate, in particolare gli hospice, percepiti non di rado come luoghi di ghettizzazione. Alla ribellione del paziente e della famiglia, che di fatto esprimono la reazione della società di fronte al limite, alla sofferenza, alla morte, l'oncologo medico si trova disarmato, spesso incapace di gestire una complessità emozionale che coinvolge molte persone: alle irrazionali aspettative del malato

e della sua famiglia sente forte la tentazione di rispondere abbandonando un dialogo che vive come insostenibile. Per la stessa ragione a volte tende a non essere chiaro ed onesto sulle reali possibilità che un eventuale nuovo trattamento può offrire, lasciando al paziente la possibilità di sperare in risultati insperabili. Questo può in parte spiegare l'incremento numerico dei pazienti che scelgono, che richiedono un ulteriore trattamento chemioterapico nella fase conclusiva della vita, anche quando, nonostante le scarse o a volte fuorvianti informazioni dei medici, hanno raggiunto la consapevolezza che i vantaggi in termini di sopravvivenza o di miglioramento di qualità di vita saranno molto probabilmente esigui o nulli. Tuttavia non possiamo evitare di interrogarci se e chi si può arrogare il diritto assoluto di togliere anche un'irrazionale speranza a chi vuol mantenerla. Se la stessa Costituzione e tutti i codici deontologici hanno attribuito al paziente il giusto diritto di decidere se accettare di essere sottoposto o meno ad una terapia, perché al paziente stesso non può essere concesso il diritto di sperare nell'insperabile, tenendo conto delle approssimazioni e delle previsioni errate che frequentemente si verificano in medicina?

Se da un lato le attuali possibilità

di cura, soprattutto con la scoperta dei farmaci a bersaglio molecolare, hanno raggiunto livelli non immaginabili fino a qualche decennio fa, a tal punto da allontanare sempre più dalla frenesia del vivere l'ombra della fine, misura insuperabile dell'umano limite, purtroppo, d'altro canto, hanno contribuito a modificare i modi, le forme e quindi il significato umano e sociale del morire. Per tale motivo, in oncologia, anche una prassi scientificamente non del tutto condivisibile, in un contesto differente, viene talvolta utilizzata come momentanea soluzione ad un problema che frequentemente soluzione non ha: l'accettazione del fine vita.

Agli inizi del '900 Frantz Kafka sosteneva saggiamente che è relativamente facile compilare una ricetta mentre è molto, molto più difficile dialogare con un paziente che versa in gravi condizioni di salute.

E, come allora, anche oggi, più che mai, questo pensiero rispecchia uno dei maggiori problemi (anche se a volte occultato) che il medico deve quotidianamente affrontare.

Enrico Aitini

*Dipartimento di oncologia medica
ed ematologia di Mantova*

Riferimenti bibliografici: a disposizione presso gli uffici dell'Ordine.

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 lamenti 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.

Il problema delle cure e dei ricoveri impropri

Codici bianchi/verdi e polemiche tra Pronto Soccorso e Medicina

di Massimo Tombesi

Le vicende di questi giorni riguardanti i reparti di Pronto soccorso degli ospedali, stanno suscitando polemiche sulla Medicina Generale, ritenuta inefficiente o latitante nell'occuparsi di pazienti che affollano i reparti come codici bianchi e verdi. E' curioso (a voler essere buoni, perché è in realtà un errore grossolano) che l'efficienza della Medicina Generale si valuti in base a quanti ne arrivano al Pronto soccorso, senza chiedersi di che percentuale si tratti rispetto al numero complessivo di pazienti visti e trattati dai medici di famiglia.

La semplicistica lettura si combina bene con una semplicistica proposta di soluzione: i medici di medicina generale siano disponibili 7 giorni alla settimana per 12 ore al giorno nei loro studi, per intercettare questa vasta domanda di cure impropriamente afferente a luoghi dedicati alle "vere" urgenze ed emergenze.

Due semplici calcoli per valutare meglio l'entità del problema. Secondo il ministro Balduzzi, i reparti di Pronto soccorso italiani effettuano 23 milioni di visite all'anno, e secondo i colleghi ospedalieri, il 20% sono codici bianchi e il 60% sono codici verdi, cioè accessi ritenuti "impropri", che non ci dovrebbero essere. Bene, i 47.000 medici di medicina generale italiani hanno in media circa 8 accessi per assistito all'anno (una trentina di pazienti al giorno). A conti fatti, con una media di 1.000 assistibili per medico, si tratta di 376 milioni di accessi all'anno, senza contare i 7.500 pediatri (che mi-

steriosamente rimangono esclusi dalle polemiche). Se i medici di medicina generale intercettassero tutti i codici bianchi e almeno metà di quelli verdi (giusto per lasciare al Pronto soccorso almeno la traumatologia) la metà dei pazienti visti nel Pronto soccorso andrebbe dal proprio medico e in un batter d'occhio il sovraccollamento da accessi impropri sarebbe risolto.

Circa 12 milioni di visite in più rimarrebbero in carico alla Medicina Generale, e a conti fatti si tratterebbe di un aggravio di lavoro francamente irrisorio rispetto a quello abituale. 12 milioni di visite divise per 47.000 medici di medicina generale fanno infatti 255 visite in media all'anno: anche escludendo i giorni prefestivi e festivi si tratta di un solo paziente in più al giorno da visitare per ogni medico. Si accomodino, verrebbe da dire, non ce ne accorgeremmo neppure, al massimo ci vorrà un'altra sedia in sala d'attesa.

Naturalmente nessuno fa conti del genere, e così esce una presunta soluzione, bizzarra e incredibilmente sproporzionata: apertura degli studi dei medici di medicina generale per 12 ore al giorno, sette giorni alla settimana, da parte di medici riuniti in "aggregazioni" più o meno "funzionali", con una terminologia la cui vaghezza fa intuire che nessuno sappia di cosa sta parlando (in Italia è normale quando si tratta di Medicina Generale) e che cosa comporti ad esempio in termini di infrastrutture, per non parlare di innumerevoli altre conseguenze, che

potrebbero perfino portare ad un aumento degli accessi al Pronto soccorso, ad esempio se si riducesse il lavoro sui pazienti cronici e a maggiore rischio. È chiaro che 12 ore di studi medici aperti e aggregazioni funzionali tra più medici per ottenere la relativa copertura, rappresenterebbero

innovativo. Rimane ancora da chiedersi se almeno potrebbe funzionare. La risposta è semplicemente "no". Nessuno ha mai dimostrato che una maggiore disponibilità oraria dei medici di medicina generale determini una riduzione di accessi al Pronto soccorso (vi sono anzi esperienze contra-



Autoambulanza all'uscita del Pronto Soccorso

una vera e propria rivoluzione dell'assetto organizzativo della Medicina Generale. Ma ci si deve allora anche chiedere se una rivoluzione del sistema delle Cure primarie possa essere pensata con lo scopo di vedere (anzi, "intercettare") un paziente in più al giorno, cioè con il precipuo scopo di risolvere i problemi del Pronto soccorso. Che la Medicina Generale non sia in Italia particolarmente valorizzata, e anzi sempre più subalterna ed emarginata nelle politiche sanitarie e in tutto ciò che ci gira intorno, non è una novità, ma che possa essere finalizzata a risolvere i problemi di altri, a costo di rivoluzionarla senza alcuna considerazione delle sue più specifiche funzioni, è un concetto abbastanza

rie), e alla mancanza di prove va aggiunto anche che è del tutto inverosimile che ciò possa accadere, per lo meno in misura apprezzabile. Negli orari in cui si concentra il lavoro dei medici di medicina generale (mattino e pomeriggio), non sembra che gli accessi al Pronto soccorso crollino di numero come ci si dovrebbe aspettare.

Le persone ci vanno per propria autonoma decisione, non perché "non trovano" il loro medico, ma perché ovviamente non fanno una valutazione scientifica del loro stato, e pensano proprio di aver bisogno di un Pronto soccorso, vuoi per una percezione di potenziale gravità, urgenza, o rischio dei sintomi che presentano, vuoi per-

ché ritengono di aver bisogno di esami diagnostici indisponibili presso il loro medico: una lastra, un'ecografia, delle analisi, una consulenza specialistica, o magari perché sperano di poterli effettuare senza i tempi biblici delle smisurate liste di attesa.

Se a questo si aggiunge che ipotetiche "aggregazioni" di medici di medicina generale non fornirebbero al paziente alcuna garanzia neppure di trovare il proprio medico curante (l'unico vantaggio ipotizzabile rispetto al Pronto soccorso), la soluzione si manifesta per quello che realmente è: un'illusione frutto dell'incapacità di comprendere i determinanti di un fenomeno che muove milioni di persone all'anno, in qualunque paese lo si vada ad esaminare, a fronte di un evidente sottodimensionamento dei servizi di cui invece non si vuol prendere atto.

Le accuse alla Medicina Generale di rendersi irreperibile nel momento del bisogno sono false, anche se ci può forse essere una differenza tra quanto accade in media nelle grandi metropoli (che è sotto gli occhi di tutti ed in particolare dei media) e nel resto d'Italia o nelle zone rurali, dove si lavora duro, sempre nell'ombra, e un medico irreperibile sarebbe un medico senza pazienti. Innegabilmente la Medicina Generale si è fatta carico negli ultimi 20 anni del portato di un rilevante processo di deospedalizzazione, condotto in termini di riduzione di ospedali, di posti letto e di lunghezza delle degenze. Lo ha fatto senza vedersi destinata alcuna risorsa aggiuntiva rispetto al passato, nessun investimento né economico, né in servizi, né in incentivi per prestazioni che richiedano strumenti diagnostici, e neppure in agevolazioni fiscali (ad esempio, un medico di medicina generale che investe nella propria professione per offrire più servizi ed assume personale

dipendente paga l'Irap, a differenza di chi non lo fa).

Correttamente, la Medicina Generale è stata negli ultimi anni identificata come naturale destinataria dell'onere della cronicità, dell'assistenza agli anziani fragili, delle cure programmate, della medicina cosiddetta di iniziativa per il monitoraggio delle prevalenti condizioni di rischio, specie cardiovascolare e metabolico. Ma in Italia c'è un'infermiera ogni 39 medici di medicina generale, e una segretaria ogni 5, situazione impensabile in qualunque altro paese europeo e forse del mondo. Ora, oltre che occuparsi di cronicità, cure programmate e domiciliari, le si chiede anche l'esatto opposto: di fronteggiare l'acuzie che si rivolge "impropriamente" al Pronto soccorso, organizzandosi per coprire la bazzecola di 12 ore al giorno (c'è da scommettere, ad "isorisorse"), in mancanza di qualunque presupposto fisico e funzionale per aggregarsi, e svolgendo quindi anche un ruolo tipicamente di medicina di attesa. Altrimenti il Pronto soccorso soffre. Verrebbe voglia di rispondere male, ma siccome è d'obbligo essere educati, basti chiarire che quello che si sta cercando non è un medico di medicina generale, ma Superman, un alieno che resiste a tutto – perfino alle idee bizzarre – essendo notoriamente vulnerabile solo alla kryptonite verde.

Non resta che fare i migliori auguri per la ricerca, sempre più difficile dato che entro pochi anni mancheranno molte migliaia di medici di medicina generale: troppo poco attraente è ormai questa professione per i giovani medici che non ambiscono certo ad un lavoro così incompreso e maltrattato.

Massimo Tombesi
Medico di Medicina Generale,
Macerata

Proposte per “svecchiare” gli Ordini

Giovani e consiglieri esperienze a confronto

PADOVA

Partecipazione e continuità generazionale

Da poco che ho terminato l'esperienza all'interno dell'Ordine provinciale di Padova, dapprima entrando come medico specializzando e poi terminando il mandato come medico specialista. La domanda che mi posi prima di accettare la candidatura era se i giovani medici potevano “svecchiare” questa Istituzione e renderla “fruibile” ai colleghi e ai cittadini come servizio.

La risposta che mi diedi fu di non perdere una chance per mettersi in gioco. Pertanto mi adoperai per avvicinare i più “piccoli” ma anche i “grandi” a questa macchina burocratica. Dopo tre anni di mandato ed aver scritto articoli sul bollettino ordinistico, newsletter, aver instaurato una stretta collaborazione con l'Università che ha poi prodotto attraverso un “censimento” delle lezioni frontali, uno studio sugli items che possono influenzare una “cattiva” comunicazione medico-paziente (un bagaglio della professionalità del medico), mi sono reso conto che questo non era sufficiente.

Penso che i giovani medici come anche i nostri colleghi “anziani” sentano lontana questa Istituzione e se ne dovessi analizzare le cause storiche

potrei azzardare delle ipotesi e avanzare dei correttivi se il legislatore (riforma degli ordini-bozza Fazio) e la buona volontà lo permetessero.

Le domande che mi sono sempre state poste dagli iscritti, non erano certamente di facile risposta: perchè pagare una tassa, perchè un bollettino cartaceo “asettico”, perchè nessuna discussione con gli iscritti via web, perchè i medici devono venire a votare e altri perché... ancora.

Allora si capisce come i correttivi per queste Istituzioni possano essere: Ordini itineranti che in collaborazione con le Università si muovano e insegnino il nostro codice deontologico soprattutto ai più giovani, istituire dei seggi all'interno degli ospedali e sparsi sul territorio dove gli iscritti possano recarsi per votare i rinnovi dei direttivi e sentire vicina una “casa madre”, siti web ancora più accattivanti che prevedano un forum dove poter porre problematiche in merito a svariati argomenti della nostra professione velocizzando i tempi di risposta, porsi come organo “politico della professione” capace di interfacciarsi con la Regione, con il Comune, insomma con quelle Istituzioni che possono decidere sulla nostra professione, costruire delle FAQ con le domande più frequenti degli iscritti e le relative risposte utilizzando facebook e twitter per diffondere le informazioni ai più giovani e non solo, organizzare corsi di aggiornamento professionale dove si concretizzi una continuità genera-

zionale, istituire osservatori della professione medica che facciano da riferimento sul precariato giovanile nella propria provincia di riferimento e si interfaccino con le Aziende Sanitarie locali, partecipare attivamente evitando dissapori con le Università al processo di formazione pre e post Laurea di modo che lo studente si senta "coccolato", "protetto" e non bastonato, istituire convenzioni con Società Scientifiche potenziandone il know how, dar vita ad un proprio ufficio stampa (coinvolgendo anche i giovani medici) che in collaborazione con i giornalisti delle diverse testate (attraverso specifici protocolli) si occupi di sanità e medicina evitando informazioni che danneggino la professione e il rapporto fiduciario medico-paziente, collaborare con le Procure della Repubblica per velocizzare i procedimenti disciplinari ed essere più obiettivi nel giudizio e infine, ma non è mai finita..., valorizzare le competenze informatiche dei medici attraverso dei bandi ad hoc per individuare le criticità (esempio siti web di dubbia credibilità...) che rischiano di snaturare la professione e segnalare tempestivamente alle autorità postali. Insomma i giovani reclamano maggiore partecipazione e che non sia solo di facciata.

Domenico Montemurro
consigliere nazionale Anaao

NAPOLI

*Se l'Ordine
siamo noi.*

Con entusiasmo

L'ordine dei medici, nato come punto di riferimento etico professionale di tutti i medici, con il passare

del tempo, sembrava essersi gradualmente ed inesorabilmente svuotato della sua vera essenza di Istituzione a garanzia del cittadino. I giovani colleghi che oggi lo frequentano sono sempre meno. Si è consumato negli anni un distacco atroce e cinico nei confronti di quella che ancora oggi è e deve essere considerata la casa madre del medico.

Per questo motivo, l'unico modo per risvegliare un'affezione a tale Istituzione è viverlo, capire e far comprendere cosa è, a cosa serve e quanto è importante. Il giovane medico ha bisogno dell'Ordine, nella stessa misura in cui l'Ordine ha bisogno del giovane medico.

Questo è stato il *primum movens* di un movimento di opinione, nato per volontà comuni ed esigenze condivise, che ha portato, nelle elezioni per il rinnovo del consiglio dell'ordine dei medici di Napoli per il triennio 2012/2014, alla vittoria di un candidato giovane medico under 35. I lunghi e stancanti giorni di campagna elettorale hanno contribuito a creare nei giovani medici la consapevolezza crescente del fatto che l'ordine siamo noi,

- l'ordine siamo noi, *i medici che negli anni* hanno sacrificato la propria vita per la professione, senza cinismo e venalità,
- l'ordine siamo noi, *i medici che oggi*, stanchi della quotidiana denigrazione della professionalità e dell'etica, continuano a battersi per affermare il loro essere medico,
- l'ordine siamo noi, *i medici del futuro*, quelli che non accettano di rassegnarsi, quelli che ancora hanno voglia di dimostrare che, per diventare un buon medico, bisogna *essere medici prima ancora di fare i medici*.

Proprio sulle note un po' romanzate

della ricerca del senso etico e profondo dell'esistenza di una istituzione, i giovani si sono recati alle urne convinti, entusiasti, speranzosi e soprattutto numerosi, ma davvero numerosi. Circa 700 i giovani under 35 che hanno votato.

Riappropriamoci del nostro Ordine, scegliendolo ogni giorno, questo è stato il monito che è arrivato forte.

E bisogna dire che chi l'Ordine lo aveva già vissuto, i componenti della lista vincente con maggiore esperienza, hanno accolto immediatamente il monito, non solo formalmente, ma sostanzialmente, stando vicini ai giovani durante tutta la campagna elettorale.

Creeremo uno sportello giovani, pronto a rispondere alle esigenze dei neo abilitati e dei neospecialisti che oggi non hanno punti di riferimento istituzionali.

Questo è uno dei ruoli dell'Ordine dei Medici, presentarsi ed affermarsi come punto di riferimento stabile per tutti i medici, al di là delle mansioni specifiche, al di là dell'età.

Occorre iniziare dai più giovani perché quello che serve alla sanità oggi è un rinnovamento culturale, prima ancora che burocratico.

Speriamo di poter creare ed esportare un modello che faccia capire a tutti finalmente, in un momento in cui gli Ordini sono quotidianamente sottoposti a discussioni sulla loro reale utilità, in un momento in cui si pone addirittura in discussione il senso stesso degli Ordini, che tale istituzione siamo noi, i medici del futuro, i medici del presente, e quelli che in passato hanno contribuito alla salvaguardia, alla tutela ed alla crescita della professione.

Piero di Silverio
*specializzando, consigliere Ordine
dei medici di Napoli*

SASSARI

Modernizzare (ma con occhi attenti al passato)

Nel 2010 per noi Medici si è festeggiato un anniversario importante: il 10 luglio del 1910, esattamente cento anni prima, veniva infatti emanata la legge 455 che sanciva l'istituzione del nostro Ordine Professionale. Il Centenario dell'Istituzione degli Ordini porta a riflettere sul passato e stimola a guardare quello che è il futuro della nostra professione.

La medicina è cambiata vertiginosamente in questi ultimi anni. Vi sono sostanziali differenze tra le conoscenze e il ruolo del medico del secolo scorso e di quello di oggi; è la figura stessa del medico che viene inquadrata diversamente rispetto al passato, soprattutto in quello che concerne l'aspetto del "rapporto medico-paziente" e in quella convinzione che ha preso sempre più parte nell'immaginario collettivo: chi era vecchio sapeva di più!!.

Il mio percorso di avvicinamento prima e di partecipazione in seguito, nell'Ordine, mi ha permesso, oltre che lavorare e confrontarmi in primis con professionisti più esperti, di affrontare diverse realtà e difficili problematiche della professione, permettendomi di sfatare un po' questo mito sulla giovinezza.

In questo senso, ho avuto la fortuna, essendo da diverso tempo rappresentante dei giovani medici della mia Università, di interessarmi delle problematiche degli studenti e degli specializzandi che forse non trovavano risposte al di fuori del "nostro mondo". In quest'ottica, il pensiero da parte dell'Ordine di riavvicinare, tra-

mite me, quella fetta di colleghi da troppo assente al suo interno, ha fatto sì che questa si sia svelata un'occasione importante, da cui partire per proiettare proprio "Noi" in quello che sarà il nostro futuro come professionisti.

Infatti, come tali, i professionisti costituiscono una forza sociale necessaria che deve rappresentare un'importante risorsa per lo sviluppo di un sistema futuro; essi possono e devono svolgere un ruolo fondamentale nel progresso della società.

Si capisce pertanto che importanza possa assumere la cancellazione o il riordino di tali organismi, o il fatto che al loro interno non vi siano forze nuove che vogliano mettersi in gioco permettendo il necessario ricambio di idee che possano contribuire ad un miglioramento e ad un rinnovato interesse alla partecipazione corale degli iscritti alla risoluzione delle problematiche della professione stessa.

Le proposte di legge di riforma degli ordini professionali che ciclicamente vengono riproposte, tendono esclusivamente a distruggere queste strutture che, seppur con i loro limiti, sono ancora in grado di garantire minime garanzie di prestazione ed eticità di rapporti professionista-cliente, nel nostro caso poi ancora più delicato come è facile da immaginare. Per sostituirle con cosa? Proposte inesistenti e silenzio assordante da parte delle Istituzioni e degli stessi iscritti.

La volontà di abolire gli ordini professionali comporterebbe, a mio avviso, la mancanza di ogni minimo controllo su quelli che dovrebbero essere obiettivi comuni: senso di appartenenza e rispetto della categoria, qualità delle prestazioni erogate, certezza della formazione, applicazione congrua degli onorari professionali e soprattutto comportamento etico degli

iscritti. E a tal proposito che dovremmo tutti riappropriarci della conoscenza del nostro codice deontologico partendo proprio dall'interno degli Ordini. E invece in tutto questo? emerito sconosciuto, il nostro codice!!!

L'esperienza all'interno dell'Ordine mi ha permesso di approfondire l'importanza di questo aspetto che potrebbe fare la differenza, da un punto di vista di serietà, nei confronti degli iscritti e soprattutto della collettività. In questi tre anni infatti, sono riuscita ad assaporare quello che è il nostro codice di deontologia medica, che va visto non come un codice frutto di corporativismo, ma anzi uno strumento che tuteli la nostra professione, il rapporto tra colleghi, con il paziente, il benessere della collettività. Forse col passare del tempo si è perso lo spirito e l'obiettivo del nostro essere medici, e nella realtà quotidiana ormai gli ordini vengono visti molto spesso come roccaforti che difendono i privilegi dei soci (rabbrivisco al solo pensiero di sentire la parola "casta"). Gli sviluppi in quest'ottica possono rivelarsi negativi e numerosi.

Le corporazioni infatti frenano lo svilupparsi dei mestieri perché ogni cambiamento crea resistenze in tutti coloro che temono di essere scavalcati dal passare dei tempi, riducono drasticamente la competizione e soprattutto penalizzano i giovani. Possiamo permetterci di sprecare il nostro capitale umano? Potete permetterlo? Non credo.

Altro punto di cui un Ordine dovrebbe occuparsi, riguarda la non ottimale programmazione del fabbisogno di professionisti e professionalità mediche e specialistiche di oggi che andrà ad incidere sul futuro della nostra categoria.

Trovo terribile il cinismo e la cecità

di coloro che lasciano andare Questa generazione allo sbando perché non hanno il coraggio di cambiare e mettersi in discussione. E, in quest'ottica, siamo proprio Noi giovani che dobbiamo lottare per essere all'interno di tali organismi e da dentro cercare di contestualizzare la figura del medico, di affrontare le nostre difficoltà e fare invece forza sulle nostre virtù: ma come?

Bisogna innanzitutto capire quali siano le problematiche che noi giovani medici ci troviamo ad affrontare ora e quali importanti conseguenze ci possano essere nel nostro futuro se non vogliamo permettere ad altri, ora, di scrivercelo; questo comporta l'essere sicuri che il nostro percorso formativo passi attraverso sostanza e qualità, che ci venga data la possibilità di confrontarci e soprattutto che ci venga garantita la possibilità di metterci in gioco Subito. Sempre più nuove scoperte scientifiche e tecnologiche ci si pro-

porranno negli anni, portandoci ad analizzare problematiche, non sempre superabili, dove si scontreranno etica medica con interessi economici nascosti e spesso discutibili e/o dottrine religiose. Sta pertanto a Noi giovani generazioni, proprio dall'interno dei nostri Ordini Professionali, farci da garanti della Nostra Professione e alla fine di noi stessi, come uomini ma soprattutto come Medici. Bisogna impegnarsi, infatti, affinché per il nostro futuro la figura del medico riacquisti la sua centralità e quel rispetto del paziente e quel senso di fiducia da parte della società che lo ha contraddistinto fin dalle sue origini.

In quest'ottica bisogna modernizzare sicuramente il nostro Ordine gettando tuttavia un occhio indietro nel passato, guardando a chi cento anni fa ci credeva fortemente.

Carla Fundoni
*Consigliere dell'Ordine
dei medici di Sassari*

NUOVO CONSIGLIO FEDER.S.P.E.V.

In data 10 maggio 2012 si è svolta l'assemblea degli iscritti della sezione provinciale della Feder.S.P.E.V di Sassari per rinnovare il consiglio .

In base alle preferenze indicate dagli iscritti sono stati eletti: Solinas Pier Luigi, Rocca Tonino, Tola Giovanni Battista, Pintus Salvatore, Fabio Stefano, Cusino Adamina, Viridis Rita, Tanda Chessa Minuccia, Spinis Tocco Costanza, Mulas Giovanna.

In base alla votazione successiva vengono eletti all'unanimità i seguenti membri con le relative cariche sociali:

Presidente: Pintus Salvatore **Vice Presidente:** Fabio Stefano
Segretario: Tola Giovanni Battista **Tesoriere:** Cusino Adamina

Consiglieri: Solinas Pier Luigi, Rocca Tonino, Porcellana Mocchi Lucilla.

Revisori dei conti: Tocco Costanza, Mulas Giovanna.

Un atto simbolico di forte significato contestativo

I corsisti di medicina generale occupano la sede dell'Ordine

Il consiglio direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari, la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici della Sardegna, la FIMMG, con il segretario Giovanni Sanna e del presidente Francesco Unali, hanno partecipato alla manifestazione dei giovani medici in formazione specifica di medicina generale volta ad attirare l'attenzione dell'Assessorato alla Sanità e dell'opinione pubblica. I giovani hanno occupato simbolicamente la sede dell'Ordine il 30 maggio. Ai giovani colleghi la solidarietà degli organi rappresentativi e l'impegno unitario per trovare una soluzione ai problemi che sono stati presentati.

Sull'argomento ospitiamo un articolo di Luca Obinu rappresentante dei medici di medicina generale in formazione.

L'indifferenza delle istituzioni

I medici di famiglia in formazione sono il futuro della medicina del territorio in una regione come la nostra caratterizzata da una così aspra conformazione geografica, dove i punti ospedalieri si sono ridotti oramai ad un numero esiguo e oltretutto a distanze ragguardevoli gli uni dagli altri. Le ultime statistiche, inoltre, affermano l'imminente avvicinamento dell'età pensionabile dei medici di medicina generale e fissano l'anno 2019 come data cruciale nella quale i pazienti si ritroveranno senza medici.

In base a questi dati noi corsisti in

medicina generale, chiediamo una riqualificazione del ruolo di medico in formazione specifica perché da troppo tempo, oramai, le istituzioni rimangono indifferenti ai problemi dei medici in formazione. Confrontando, infatti, il contratto di noi medici in formazione in medicina generale con quello degli specializzandi universitari, si può notare una netta differenza che riguarda:

1. La remunerazione. Gli specializzandi universitari percepiscono una borsa di studio pari a 25.000 euro lordi l'anno per i primi 3 anni e 26.000 euro lordi per i restanti (da 2 a 3 anni in base al tipo di specializzazione) contro gli 11.603 euro lordi che riceve un medico in formazione in medicina generale.

2. La tassazione. Alla borsa di studio dei medici in formazione in medicina generale viene applicata la tassazione IRPEF, mentre a quella degli specializzandi universitari non viene applicata.

3. Le possibilità lavorative durante lo svolgimento del corso. Il contratto degli universitari prevede un impegno degli adempienti a svolgere a tempo pieno la propria attività nei reparti con la possibilità per gli stessi di rivestire, nel caso di carenza, incarichi di continuità assistenziale (guardia medica e turistica e sostituzioni presso medici di medicina generale convenzionati); il nostro contratto, invece, impedisce al medico in formazione in medicina generale di rivestire incarichi di continuità assistenziale a meno di accertata carenza.

4. La presenza nel contratto delle specializzazioni universitarie di una cooper-

di Luca Obinu

tura assicurativa e della maternità che invece manca in quello del medico in formazione in medicina generale.

Come si può evincere, un medico risulta scoraggiato dall'intraprendere il corso in formazione in medicina generale o, peggio ancora, è spinto, nel caso si sia iscritto, ad abbandonare il corso nel momento in cui trovi un incarico più soddisfacente.

Per questo noi medici in formazione in medicina generale crediamo che il contratto abbia bisogno di un totale rinnovo che cominci con l'adeguamento della borsa di studio al ruolo di medico in formazione specifica in medicina generale, in modo da restituire alla figura del medico di base l'importanza che merita. Tale mozione ha lo scopo di sensibilizzare la Regione Sardegna, nella persona dell'Assessore alla Sanità Simona De Francisci, affinché:

1. Venga approvato uno stanziamento economico volto all'aumento della borsa di studio fino all'approvazione di un nuovo contratto di formazione in medicina generale, economicamente adeguato al ruolo di medico in formazione specifica. Difatti potrebbero essere utilizzati parte dei fondi regionali destinati alla formazione specialistica.

2. Venga data ai medici di medicina generale in formazione la precedenza, rispetto ai colleghi delle specializzazioni universitarie, nel ricoprire gli incarichi di continuità assistenziale - considerando che la guardia medica, turistica e le sostituzioni presso i medici di famiglia fanno tutte parte della così detta "medicina del territorio", verso cui la scuola di formazione in medicina generale è rivolta.

3. Venga ben definito il ruolo di tutor e docente per i medici di medicina generale in formazione, i quali spesso si trovano a dover completare il loro tirocinio in sedi lontane dalla ASL della città di riferimento, per la mancata di-

sponibilità (non di certo legata a carenza) di medici che vogliono fare da tutor.

4. Sia attestato un programma di pagamento mensile per i corsisti; capita di frequente che gli stessi rimangano senza borsa di studio anche per 5 mesi consecutivamente.

5. S'impegni a sollecitare, in conferenza Stato-Regioni, le modifiche contrattuali.

Crediamo che soltanto modificando l'attuale contratto e rendendolo correttamente al ruolo di medico in formazione specifica, si possa dare lustro al nostro corso di studi, da troppo tempo dimenticato.

Un medico di famiglia motivato e ben formato è, infatti, la chiave di volta per una corretta gestione sanitaria del territorio.

Luca Obinu

La solidarietà della Federazione Nazionale

Il Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri ha presentato una mozione per esprimere solidarietà e vicinanza ai Medici specializzandi e in formazione specifica per la Medicina generale <<fatti oggetto di misure fiscali nell'omologo decreto in corso di approvazione>> e ha voluto diffondere il comunicato per testimoniare la condivisione di un problema serio che coinvolge i colleghi.

"Il Consiglio Nazionale impegna il comitato Centrale della Federazione a promuovere nelle sedi istituzionali un provvedimento legislativo che finalmente preveda la parificazione dei percorsi formativi post-laurea di specializzazione e di formazione specifica in Medicina generale, un contratto unico di formazione e un trattamento fiscale omogeneo e meno penalizzante".

Medico condannato, protesta la Fimmg

Certificati medici per telefono

Alt della Cassazione

Non basta parlare al telefono col paziente, visitato qualche giorno prima, e farsi riferire i sintomi per prorogare il certificato di malattia. Il medico di base deve visitare comunque il suo assistito. È quanto ha stabilito la Corte di Cassazione, che con la sentenza 18.687 ha condannato un medico di famiglia di Milano, con l'accusa di aver compilato un falso certificato medico con cui prorogava la prognosi di decorso di una malattia di una sua paziente.

Il camice bianco – non aveva visitato la paziente – ma si era limitato a scrivere il certificato sulla base dei sintomi di persistenza del male riferitigli per telefono dalla donna.

Senza successo, in Cassazione, Daniele B. ha fatto presente di aver visitato Vittoria G. di persona, solo quattro giorni prima di prorogarle lo stato di malattia e che, pertanto, gli era sembrato credibile il protrarsi dei sintomi della patologia. Ma secondo i Supremi giudici “non è consentito al sanitario effettuare valutazioni o prescrizioni semplicemente sulla base di dichiarazioni effettuate per telefono dai suoi assistiti. Ciò rende irrilevanti le considerazioni sulla effettiva sussistenza della malattia o sulla induzione in errore da parte della paziente”.

Insieme al medico è stata condannata anche la sua assistita, colpevole di aver fatto uso della falsa certificazione per giustificare la sua assenza dal lavoro.

Ma secondo il principale sindacato

dei medici di base, la Fimmg (Federazione italiana medici medicina generale), la decisione degli ermellini non è condivisibile, almeno nel caso specifico.

“Non sempre una patologia può essere diagnosticata dal medico con una visita sul paziente – spiega Giacomo milillo, segretario della Fimmg – Ce ne sono alcune, come il mal di testa, in cui la visita è inutile, e il medico deve valutare l'andamento della sintomatologia sulla base di ciò che gli riferisce il paziente”. Dipende quindi dalla patologia.

“Se si trattasse ad esempio di una lombosciatalgia, il medico che non visita dopo 4 giorni il paziente visto qualche giorno prima, e gli proroga il certificato di malattia sulla base di sintomi solo riferiti, sbaglia. Ma in altri casi, come la cefalea, alcune sindromi vertiginose o un'astenia profonda, la diagnosi può essere formulata solo su base anamnestica, cioè parlando con il paziente.

E questo vale sia al primo accertamento, che anche alla conferma e proroga della malattia”.

L'importante è che il medico “constati direttamente, in qualche modo – conclude Milillo – i sintomi del paziente, o vedendolo o sentendolo per telefono, se sa che è a casa dal lavoro, perché lo chiama a casa.

Certo, non si può basare su una diagnosi riferita da un familiare del paziente. In questo caso certificherebbe il falso”.

Appello ai medici: contattate il Centro Malattie Rare Mancano dati epidemiologici sull'Atassia di Friedreich

In considerazione della mancanza di un dato epidemiologico certo sull'Atassia di Friedreich nella Regione Sardegna e vista la possibilità di eventuali future sperimentazioni sull'uomo di un inibitore delle HDAC specifico per l'Atassia, l'associazione GoFAR con il supporto del Centro di Riferimento Regionale per le Malattie Rare dell'Ospedale Microcitemico (ASL 8) e dell'Unità di Ricerca Clinica Fase I situata presso l'Azienda Ospedaliera A.O. "G. Brotzu", chiede la collaborazione dell'intera classe medica ed in particolare dei medici di base, pediatri, neurologi, neuropsichiatri, genetisti, cardiologi, fisiatristi e ortopedici, tutti coinvolti nella presa in carico e nell'assistenza dei pazienti, per stabilire nella nostra regione un dato di prevalenza attendibile e non basato su ipotesi.

I medici che abbiano in carico pazienti con Atassia di Friedreich dovrebbero contattare il Centro Malattie Rare al numero verde 800095040 così da provvedere all'inserimento dei dati anagrafici all'interno del Registro ISS.

La raccolta del dato di prevalenza nella nostra Regione dei pazienti si pone in totale ossequio a quanto previsto dal D.M. 279/2001, istitutivo della Rete Nazionale Malattie Rare, avente la finalità di raccogliere i dati che consentano la tutela dei soggetti affetti da malattie rare, onde garantirne la risoluzione delle problematiche ad esse correlate, oltreché la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle stesse.

L'Associazione GoFAR è il Centro di Riferimento Regionale per le malattie rare dell'ospedale microcitemico sono fiduciosi che l'appello troverà risposta e collaborazione fra i medici.

Maria Giovanna Cappai

*Delegata Sardegna Comitato RUDI
onlus per GoFAR*

e.mail: nanna_ki@yahoo.it
cell.: 347 0605563 www.fagofar.org

di Maria Giovanna
Cappai



Barore Galante

ricoverato rotante

di Salvatore Delogu

Ittiri non è una grossa città e nemmeno un villaggio. Di città ce n'è poche, del resto, in provincia.

Di villaggi, molti e tutti minuscoli, di poche anime, come suol dirsi, e distanti l'uno dall'altro chilometri e chilometri. Fra di loro interminabili distanze di pascoli, di silenzi, di solitudine. Ittiri è certamente, senz'ombra di campanile, un grosso villaggio, quasi una città. Due succursali di banche, due parrocchie, due scuole materne, due elementari, due medie, due condotte mediche (si era alla fine degli anni settanta quando succedettero le cose che sto per raccontare), ed un ospedale.

Sorto per il lascito di un colonnello reduce dalla seconda battaglia di Custoza, è diventato un monumento locale. E del monumento, a dire il vero, ne ha, fin dalle origini, anche i caratteri architettonici e paesaggistici. Domina, infatti, dall'alto della collina, tutta la muta di case e casette che, col tempo, si è accovacciata ai suoi piedi e tutto il resto dell'abitato.

La costruzione è massiccia, possente. Un vasto giardino la circonda di verde. La confondereste, anche per la severità della facciata e per lo stesso materiale impiegatovi — un sapiente alternarsi di grossi blocchi di trachite grigia e bianca — con un vecchio maniera medievale. In questo ospedale, che la cosiddetta “riforma Mariotti” fece risorgere, come tanti altri, dal nulla, e classificò pomposamente

come “ospedale generale di zona”, funzionavano, allora, due reparti, uno di medicina e uno di chirurgia, spesso in concorrenza e perfino in lotta fra loro (tant'è vero che venivano opportunamente chiamati “divisioni”) per accaparrarsi i pochi ammalati che vi arrivavano.

Uno di questi, forse il più noto — e non solo a Ittiri — era Barore Galante.

Alto, tozzo, grosso, sulla settantina, gli occhietti rossigni e vivaci che sprizzavano furbizia e bonomia, un largo e rugoso faccione dominato dalla monumentale sagoma d'un naso tuberoso e bluastro, una chierica di rari e lunghi capelli bianchi, un abito abbondante ed abbondantemente liso ed unto, il nostro Barore, ormai unico superstite d'una grossa famiglia di gente perbene, ma che aveva dissipato tutto correndo, come si dice, dietro ai vizi e che ora non possedeva che una squalida cameretta a pian terreno, forse più nota ai topi ed agli scarafaggi che a lui, l'abito che indossava nei trasferimenti — l'abito da viaggio, come lo chiamava — e la pensione sociale, il nostro Barore, dicevo, aveva inventato ed istituito (ma sarà stato proprio lui? ed era davvero il solo?) una singolare figura di “ricoverato rotante”.

Barore, mi pare di averlo già detto, a furia di non usarla, non aveva ormai, praticamente, nemmeno una casa né un tavolo per mangiare.

D'altronde quei pochi soldi della previdenza sociale gli bastavano ap-

pena per “assaggiare” qualche buon bicchiere di vino, fumare qualche “nazionale” (non molte, come una volta, perché aveva anche l’asma) e pagarsi i viaggi per spostarsi da un ospedale all’altro.

Perché questo era, per l’appunto, lo stratagemma che consentiva a Barore Galante di non soffrire troppo per la mancanza d’una famiglia e d’un alloggio e di non rimpiangere più di tanto i buoni piatti e il calore dell’avita casa ittirese.

Di malattie da offrire alle varie astanterie ospedaliere della provincia e, quando non bastava, della regione, ne aveva da vendere.

Oltre all’asma, di cui ho detto, vantava un’incessante e florida tosse catarrale, un enfisema (aria di troppo nei polmoni, spiegava lui), un cuore malandato e poi il diabete, la pressione, l’arteriosclerosi, l’artrosi, di tutte le articolazioni e... località: quella cervicale per Ittiri, quella lombare per Sassari, quella del gomito per Ozieri, quella dorsale per Alghero, quella dell’anca per Tempio e via dicendo e cambiando, le emorroidi, la prostata, la cirrosi, oltre a varie insufficienze: cardiaca, respiratoria, epatica, pancreatica, eccetera, anche queste opportunamente e, direi, saggiamente dislocate.

Barore sapeva infatti, per via dell’esperienza, quale sintomo o sindrome (arrivava anche a queste sottigliezze semantiche) esibire in chirurgia e quale in medicina e quale in questo e quale in quell’ospedale, perché potesse anche solo rischiare di non esservi sempre accolto come un “caso interessante” e a braccia aperte.

La trafilata, ben lo sapeva, era sempre ed ovunque la stessa: la “storia” da raccontare al dottorino, gli esami (sempre gli stessi e, di tanto in tanto

qualcuno nuovo, mai sentito, la scienza cammina...), la terapia, ossia le flebo, le intramuscolo e le compresse, due o tre volte al dì, le solite, inutili raccomandazioni a non bere troppo e a mangiare poco (quest’ultima, poi, ancora più inutile della prima, dacché lui mangiava, da anni, solo quello che gli passavano gli ospedali) ed, infine, la dimissione.

Appena i soldi e il tempo per fare una capatina all’osteria, prendersi la prima corriera per Ittiri, assaggiare qualche buon bicchiere con gli amici, mostrare il “foglio d’uscita” al suo medico di fiducia.

“Toh, chi si vede, ciao Barò, come stai, quanto ti trattiene, stavolta e dove vai adesso”... sempre le stesse frasi, farsi prescrivere le medicine (“una sola per favore, dottò, quella nuova, le altre le ho tutte e poi, domani o dopo, devo ricoverarmi”) e ripartire sul serio, l’indomani, per un’altra destinazione, un’altra malattia.

Un giorno, uno dei tanti, mentre, imbottito di compresse e crivellato di flebo ed intramuscolo, si aggirava, per l’ennesima volta, nella divisione di medicina dell’ospedale generale di zona di Ittiri, lo vede il presidente, un tipo gioviale ed arguto, noto e ricco commerciante e, a tempo perso, anche uomo politico.

“Ciao Barore, come mai qui?”

“Come sempre, presidente, quando gli tocca.”

“Cosicché, stavolta, è toccato a noi...”

“Infatti.”

“Vedi, Barore, non è che non ti capisca. Può darsi pure che non abbia altra scelta, ma ci pensi mai agli altri, a noi? A noi contribuenti, voglio dire. Ti sei mai fatto il conto di quanto ci vieni a costare con questa tua girandola per gli ospedali?”

“Per la verità no, caro presidente. Fammelo tu questo conto, tu di soldi te ne intendi.”

Che il presidente dell'ospedale generale di zona di Ittiri fosse esperto ed abile collezionista di soldi era noto a tutti, non escluso il nostro Barore, svelto di lingua quanto acuto di cervello. Ma il presidente fa finta di non sentire e continua:

“Considerando in cinquantamila lire la media della retta giornaliera di quella diecina di ospedali nei quali, a turno, ti fai ricoverare e considerando che di 365 giorni, quanti ne fa un anno, tu ne trascorri in ospedale almeno trecento, il conto è presto fatto: tre per cinque quindici

più sei zeri fa giusto quindici milioni... Quindici milioni all'anno, ci pensi? Non ti pare un po' troppo?”

“Un conto così non l'ho mai fatto”, risponde serio e pensieroso Barore. E sta per un po' soprappensiero. Un atteggiamento insolito per un lesto di lingua come lui. Tanto che il presidente, che ha fretta, come al solito, decide di piantarlo lì, col peso di

tutti quei milioni e di quel suo insolito silenzio.

“Pensaci bene, caro Barore, e arri-vederci.”

Ma Barore Galante ha un brillio negli occhi rossigni e riattacca:

“Quindici milioni all'anno hai detto? E sta bene. Una proposta ti faccio, prendere o lasciare: me ne date la metà, sette e mezzo all'anno, e mi ritiro!”

Salvatore Delogu, nato a Ittiri, medico chirurgo, specialista in igiene, dermatologia e venerologia, giornalista pubblicista, fondatore e direttore responsabile del periodico “Problemi medici Sardi” (F.I.M.M.G.) ci regala una storia realmente accaduta e puntualmente registrata, in un paese dove tutti si conoscono e tollerano bonariamente le debolezze umane. In un tempo scandito dal variare del cono d'ombra dei campanili, l'ospedale, teatro della vicenda, si spoglia della propria austera funzione e si riappropria del ruolo di culla e casa per infermi, antepo-ponendo il valore dell'uomo a quello della malattia. Uno spaccato di quotidianità remota, che induce sì al sorriso, ma anche a profonde riflessioni.

(A.P.)



L'ospedale G.A. Alivesi di Ittiri

Un saggio di Giuseppe Nacci

Affrontare il diabete senza rendersi soggetti passivi

Circa il 90% di tutti i casi iniziali di diabete sono legati all'obesità, e questi casi derivano sostanzialmente dall'incapacità delle cellule umane di introdurre al proprio interno il glucosio, nonostante siano presenti nel sangue altissimi livelli d'insulina. D'altronde, solo il 10% di tutti i casi di diabete iniziale derivano da un danno al pancreas, in genere da infezione virale o da sostanze chimico-tossiche, rendendo così l'organo incapace di produrre insulina e quindi di permettere alle cellule dell'organismo l'assorbimento del glucosio circolante nel sangue. Viene così a crearsi un livello incostante, ma comunque patologico, di glucosio nel torrente circolatorio, che può causare morte improvvisa per coma iper-glicemico.

In ogni caso non è mai possibile mantenere un livello esatto della glicemia, e questo comporta un lento ma costante incremento di danno agli organi e agli apparati di tutto l'organismo: fra tutti gli organi colpiti, i reni risultano essere il punto di non ritorno per la patologia diabetica. Giuseppe Nacci propone, in questo libro, di considerare accanto ai primi due tipi di diabete sopra menzionati un terzo tipo, quello "renale", svincolato dai precedenti a causa delle particolari difficoltà di cura e di terapia, anche farmacologiche, che il

danno renale comporta. Per quanto riguarda la terapia, l'autore si concentra sui casi legati all'obesità, essendo quest'ultimo pari al 90% di tutte le forme iniziali di diabete. L'interesse del dottor Nacci si è perciò focalizzato su una os-

servazione iniziale basata su casistiche negli USA: il numero di pazienti diabetici obesi era molto basso agli inizi del XX secolo. Aumentano vertiginosamente dopo l'introduzione nella dieta della popolazione statunitense dei grassi idrogenati e di OGM, giunti nelle tavole rispettivamente nel periodo compreso tra le due guerre mondiali e negli anni successivi agli '80. Entrambi questi elementi alterano così il complesso meccanismo di introduzione del glucosio nelle cellule dell'organismo. È triste pensare a quanto si potrebbe risparmiare in denaro e in risorse umane facendo più prevenzione piuttosto che curare quando ormai la patologia è in atto.

canismo di introduzione del glucosio nelle cellule dell'organismo. È triste pensare a quanto si potrebbe risparmiare in denaro e in risorse umane facendo più prevenzione piuttosto che curare quando ormai la patologia è in atto.

Giuseppe Nacci, classe 1964, si laurea a Trieste, sua città natale, in medicina e chirurgia, specializzandosi successivamente in medicina nucleare. È autore di numerose pubblicazioni come "Diventa medico di te stesso (2006) e "Centrali nucleari, Chernobyl, Krsko, Fukushima, e dopo?"

dalla prefazione di Giuseppe Nacci



Maria Gioconda Fiori sul filo della memoria

Attraverso una nuvola, dal cielo di Usini al cassetto dei ricordi

dalla prefazione
di Nino Fois

Nel più vellutato silenzio della notte, chiuso nel mio piccolo studio, leggendo il libro che Gioconda Fiori mi ha inviato in posta elettronica, mi sono sentito scrollare di dosso ben settanta anni e, bambino, mi sono ritrovato a girovagare per le strade del "mio Usini", a osservare la gente, a indovinare le persone dal rumore dei passi o dal suono della voce. Non sembra la dottoressa Fiori che racconta, ma quella Gioconda, contemporanea delle cose che descrive, tanto è spontanea e appassionata, reale e vera.

Un frasario semplice, corretto, scorrevole e immediato porta il lettore a diventare protagonista e i capitoli dell'opera scorrono come sorsate d'acqua fresca nelle assolate giornate estive.

Nel leggere questo libro, scritto con una penna facile, fluente e piana, gli usinesi, soprattutto quelli di una certa età, apriranno un cassetto, dove hanno riposto i loro più cari ricordi e, direi, dove hanno rinchiuso se stessi. Anche il linguaggio è usinese, nonostante la lingua usata sia quella italiana.

Senza essere prolissa ma, precisa e correttamente semplice, ci prende per mano e ci fa partecipare ai suoi giochi,

apparentemente poveri ma, ricchi di umanità, soprattutto quando imita gli adulti: confeziona abiti, prepara i pasti, fa la mamma, diventa "grande" nel desiderio che per lei è realtà, come lo è per i maschietti quando montano un cavallo di canna o si tirano dietro un carro trainato da due torsoli di granoturco.

L'autrice ha intitolato il suo lavoro "Attraverso una nuvola".

Una nuvola di pioggia benefica che ristora gli animi di chi quei tempi ha vissuto e di chi sul passato costruisce il futuro. Senza dubbio questo lavoro di Gioconda Fiori è un documento insostituibile che deve essere conservato e valorizzato

dai giovani usinesi per cui non può mancare nelle scuole e nelle biblioteche delle varie istituzioni.

Con questo mezzo le famiglie hanno la possibilità di far vedere ai figli, perché non perdano la propria identità, la strada che la società usinese ha percorso.

Maria Gioconda Fiori nasce a Usini (SS) dove vive e ha esercitato per trent'anni la professione di medico di famiglia. Profondamente legata al suo paese dedica le pagine di questo libro a tutti i suoi compaesani.



Ricerche di Giuseppe Vargiu

Bollettino polline (4° volume) raccolta di piante varie

Leggendo i bollettini del polline relativi all'aeroplancton di Sassari elaborati da Giuseppe Vargiu si ha la dimostrazione di come si possa unire l'utile al dilettevole, di come presentare dati squisitamente scientifici facendo contemporaneamente cultura. Dai primi Bollettini del polline curati, dal 1984, dal dottor Vargiu con la collaborazione del sottoscritto, limitati ai dati essenziali delle concentrazioni polliniche giornaliere e a correlazioni tra concentrazione pollinica e andamento meteo-climatico, a quelli dell'ultimo decennio, c'è stato un salto di qualità. Ai dati interessanti il medico allergologo e il paziente pollinosico si sono gradualmente aggiunti, oltre che cenni fenologici, notizie collaterali sulle singole piante allergeniche di carattere botanico, mitologico, storico, leggendario, fitoterapico, utilitaristico. Si vede in questi Bollettini, l'entusiasmo dell'erborista, del naturalista, dello storico, addirittura del poeta che vede da un lato estetico l'oggetto della sua descrizione.

Aldo Domenico Atzei è botanico farmaceutico.

La raccolta degli articoli del dottor Giuseppe Vargiu che porta il titolo "Bollettino del polline dal 2006 al 2011" non è, in realtà, un semplice bollettino del polline ma un'opera letteraria-scientifica dove l'autore trasfonde tutta la sua cultura non solo di

allergologo clinico di provata esperienza, ma anche quella di profondo studioso di botanica, etnologia e della storia delle singole sorgenti allergeniche. Pertanto da queste, l'autore, nell'esaminare una specie vegetale di interesse allergologico, ne approfondisce aspetti storici, ubicazione geografica, tradizioni popolari con numerosi richiami mitologici e leg-

gendari. Nell'opera vengono menzionati i principali "monumenti" arborei della Sardegna, quali le querce ed il cipresso, con ampi richiami storici sulle loro virtù ed alle successive credenze mitologiche e popolari che hanno trasformato la sacralità attribuita a queste piante ad una ingiusta fama funeraria (il cipresso).

Giuseppe Delitala è direttore dell'Istituto di Clinica medica dell'Università di Sassari.

dalla presentazione di
Aldo Domenico Atzei

dalla recensione di
Giuseppe Delitala



I dischi che hanno fatto la storia

Pink Floyd, 40 anni dopo Fascino del lato buio della luna

Pink Floyd – *Dark Side of the moon*. Era il 17 marzo 1973, e nei negozi di dischi americani faceva capolino una nuova pubblicazione. Nella misteriosa copertina manca una scritta, non il nome del gruppo né il titolo del disco, solo un grande prisma che spicca su un fondo completamente nero, che proietta i colori dell'iride verso l'infinito dopo essere stato colpito da un sottile fascio di luce. Nessuno ancora poteva sapere esattamente l'importanza seminale che avrebbe avuto questa registrazione; quelli che ebbero la fortuna di ascoltarla in quell'inizio di anni '70, quando il movimento hippie stava già iniziando a cedere il passo dopo Woodstock e la Summer of love, raccontano dello stupore che usciva dalle casse dello stereo dopo il tonfo sordo della puntina del giradischi sul vinile nero. I Pink Floyd, dopo il periodo psichedelico di Syd Barrett e il periodo delle grandi suite come *Atom-Heart Mother* e *Echoes*, portano a compimento con *Dark side of the moon* un discorso musicale iniziato nei vicoli e nei pub di Cambridge, e l'espressione "concept album" improvvisamente diventa nota. Infatti le singole canzoni del long playing sono indipendenti, ma unite da un unico filo conduttore, presente sia sotto forma di idea musicale che di idea tematica. La follia, la paura, sottile critica politica, il passare del tempo e la morte sono i temi di cui sono intrise le parole di Roger Waters, bassista e fine paroliere.



a cura di
Francesco Bustio
Dettori

Le musiche vennero prodotte con le tecniche più avanzate dell'epoca, la registrazione multitraccia diventa la regola fissa e il nuovo sintetizzatore VCS3 domina la scena. Voci fuori campo fanno la loro comparsa inaspettatamente, effetti innovativi vengono utilizzati su ogni strumento e in ogni canzone, a partire dal collage sonoro di *Speak to me* fino alla chiusura dell'album. *Breathe* e il suo incedere liquido prepara la strada al trionfo dei sintetizzatori di *On the Run*, mentre i minacciosi ticchettii dell'intro di *Time* danno un effetto presenza da orologeria. *The great gig in the sky* vede una grande prova di Clare Torry alla voce, sostenuta dal piano di Rick Wright che indovina una successione armonica assolutamente inusuale e sorprendente.

Money col suo incedere dispari (unico hit single mai visto in classifica con un tempo di 7/8) mostra un David Gilmour in forma smagliante, capace di intuire uno degli assoli di chitarra che hanno fatto la storia dello strumento, appoggiandosi al drumming preciso di Nick Mason, a suo agio anche su un tempo per lui insolito. *Us and them* si libra leggera nell'aria e diventa tutt'uno con le atmosfere quasi da cattedrale di *Anycolouryoulike*, che si riallaccia al glorioso finale dominato da *Brain Damage* ed *Eclipse*, canzoni che ancora più delle altre danno la summa dell'intero album. Un disco che ancora oggi dopo quarant'anni affascina, esattamente come il lato buio della luna.

Florilegio

A cura di Antonio Pinna

Dotto ho una gengiva in
cronosi! (necrosi)

Per favore mi puoi dare un po' d'acqua con
il collirio per sciacquarmi la bocca?
(collattorio)

Il dente è un po' sensibile per il
ravanamento di ieri! (lavorio)

Pz. traumatizzata: "Secondo il referendum
sono più gli uomini che hanno incidenti
stradali che non le donne"

Dal dermatologo: "Dotto mi è uscita l'irpef
sulla lara" (herpes sul labbro)

Dottoe io voglio tutto da lei!

Dotto ho la bocca tutta infezzinata!

Dotto ce l'ho gonfio quel dente che mi ha
estratto!

Ho un problema di nevralgia del trigemimo!

Dialogare col paziente è indispensabile per la raccolta dei dati anamnestici, ma la nostra terminologia discende da troppo lontano per poter essere captata e riportata correttamente. Ecco allora emergere alcune scaglie di sapere medico in salsa nostrana, espressioni giuste registrate affabilmente da colleghi scrupolosi nell'assoluto rispetto di chi ce le ha gentilmente regalate.

Chi volesse partecipare a questa rubrica può inviare i propri contributi a: florilegiomceass@gmail.com

Il progetto “Il Movimento è vita”

Attività fisica nella popolazione prediabetica, sovrappeso e obesa

di Massimo Pellicano

Il progetto “Il Movimento è vita – Intervento per l’incremento dell’attività fisica nella popolazione pre-diabetica, sovrappeso e obesa”, realizzato dalla ASL 1 e dal Coni Comitato Provinciale di Sassari, ha come obiettivo generale di prevenire le complicanze e la disabilità per patologie croniche - degenerative con particolare riguardo alla popolazione pre-diabetica, sovrappeso, obesa a partire dai 40 anni di età mediante l’utilizzo dell’attività motoria nella prevenzione delle patologie cardiometaboliche associate all’obesità.

La sedentarietà costituisce il denominatore comune dell’obesità e del diabete. La semplice indicazione di incrementare l’attività fisica volontaria non risulta sufficiente al fine di determinare una consistente riduzione del peso tale da diminuire drasticamente i rischi cardiometabolici insiti nell’obesità, in quanto essa è contrastata dalla determinazione biologica a mantenere il peso raggiunto. Occorre quindi un supporto strutturato sia individuale che di gruppo che codifichi, controlli e moduli l’attività motoria in funzione dell’obiettivo sia metabolico e sia ponderale da raggiungere.

È possibile limitare gli interventi operativi a fasce di popolazione a maggior rischio di patologie future collegate con l’obesità, quali le patologie metaboliche e le malattie cardiovascolari. Individuare queste fasce a rischio ed agire su di esse risulta un obiettivo più realistico ed abbordabile, che pe-

raltro comunque determina consistenti riduzioni della spesa sanitaria, a fronte di un iniziale investimento relativamente elevato.

Recenti studi hanno peraltro ulteriormente approfondito i rapporti fra attività motoria e patologia metabolica, dimostrando che un esercizio fisico più articolato e quindi strutturato, personalizzato e controllato da operatori specializzati, sia più efficace nel modificare il peso corporeo e nel correggere le alterazioni metaboliche basali ed il bisogno di farmaci rispetto ad un esercizio affidato al paziente.

In Sardegna è attiva una consistente rete di centri antidiabetici che seguono circa 2.000 pazienti in media per centro e più recentemente si è vista l’insorgenza di centri per la cura dell’obesità.

In alcuni di questi è già documentata un’attività di prescrizione motoria fornita ai pazienti (lavori scientifici, progetti accreditati realizzati o in realizzazione, personale specifico strutturato o a contratto, delibere Aziendali).

L’esperienza ed i dati preliminari elaborati da questi centri hanno dimostrato che l’attività motoria costituisce un potente volano per il cambiamento dello stile di vita, determinando consistenti miglioramenti della *performance* fisica e delle alterazioni metaboliche riscontrate.

Secondo quanto prescritto dalla DGR n.53/50 del 4 dicembre 2009 recante “*Indirizzi operativi in materia di medicina dello sport e di certificazione di idoneità medico sportiva per lo svolgi-*

mento di attività agonistica e non agonistica nella Regione Sardegna”, la promozione e la prescrizione dell’attività fisica in tutte le fasce d’età nella popolazione generale è ritenuta dalla Regione Sardegna strategica ai fini del miglioramento complessivo della salute dei cittadini, in considerazione delle numerose evidenze scientifiche che dimostrano in modo inequivocabile gli effetti preventivi e terapeutici dell’attività fisica e sportiva su molte patologie, con evidenti ripercussioni positive in termini di riduzione della morbilità e della mortalità.

Infatti, la promozione dell’attività fisica rientra tra gli obiettivi del Piano Regionale dei Servizi Sanitari della Sardegna 2006-2008. La promozione e la prescrizione dell’attività fisica nella po-

polazione generale andrà perseguita creando alleanze tra gli Enti Locali, le ASL, l’Università, il CONI, gli Enti di promozione sportiva, le Società Sportive e le Istituzioni scolastiche.

In tale contesto si ribadisce il fondamentale contributo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta ai sensi della DGR n.53/50 del 04 dicembre 2009.

Per le adesioni ai corsi, la modulistica si può scaricare dal sito della ASL 1 www.aslsassari.it o dal sito del Coni www.conisassari.it. Le adesioni dovranno pervenire al seguente indirizzo mail: movimentoevita@conisassari.it

Per ulteriori informazioni rivolgersi al Coni Comitato Provinciale di Sassari Via Roma 15 Tel. 079/235062 fax 079/2005513.

Il Congresso mondiale a Roma a fine settembre

Un vasto e interessante programma scientifico al XXXII Congresso Mondiale di Medicina dello Sport “*Sports Medicine, the challenge for global health: Quo Vadis?*”, che si svolgerà a Roma, presso l’hotel “Rome Cavalieri Hilton”, dal 27 al 30 settembre.



Per l’importanza e l’attualità dei temi trattati e per l’eccellenza dei relatori italiani e stranieri presenti, il Congresso “Roma 2012” promette di rappresentare il principale evento internazionale dell’anno per gli studiosi del settore e delle discipline correlate. Cardiologia, Endocrinologia, Medicina Legale, Ortopedia, Pediatria, Pneumologia, Radiologia, Riabilitazione, Scienza dell’Alimentazione: proprio per l’intrinseca multidisciplinarietà della Medicina dello Sport sa-

ranno poste sotto i riflettori tutte le branche della medicina, con una particolare attenzione alle più recenti ricerche scientifiche e tecnologiche. Maggiori informazioni sul sito: www.fimsroma2012.org

Nell'edizione 2012 gare e programmi di formazione

I Giochi Mondiali della Sanità a luglio ad Antalya in Turchia

I Giochi Mondiali della Medicina si svolgono quest'anno ad Antalya in Turchia dal 7 al 14 luglio. L'edizione del 2012 ha un programma sportivo e di formazione medica particolarmente intenso.

Un po' di storia...

Creati nel 1978 dal "Quotidien du Médecin" (rivista specializzata del mondo medico) per iniziativa della giornalista Liliane Laplaine-Monthéard, i Giochi Mondiali della Medicina e della Sanità (o Medigames) si sono imposti come la più grande manifestazione sportiva del settore che accoglie oggi più di 2000 partecipanti, provenienti da 40 Paesi.

Tale evento è aperto a medici generalisti e specialisti, odontoiatri, farmacisti, biologi, veterinari, chirurghi, studenti in medicina, infermieri, che nell'occasione scambiano le loro esperienze professionali, sportive e umane, in una circostanza particolarmente accattivante.

Una sola parola d'ordine per le 23 discipline

Il barone Pierre de Coubertin propugnava "la bellezza dello sport e la non-cura della fatica". È in questo spirito "olimpico" che si ritrovano ogni anno i partecipanti dei Medigames. Le discipline sono sia individuali che di squadra, e sono divise per categoria d'età.

La settimana sportiva è accompagnata da diversi spettacoli di animazione e si conclude con una simpatica cerimonia di chiusura.

Sport... per i neuroni!!!

Al di là delle performances sportive, la kermesse è sede di un Simposio Internazionale di Medicina dello Sport presieduto dal dottor André Monroche (Francia), e permette così ai partecipanti di coniugare competizione sportiva e

formazione medica. Infine, i JMMS sono l'occasione per scoprire una nuova regione ogni anno: dopo il Marocco (2007), la Germania (2008), la Spagna (2009) la Croazia (2010), le Canarie

(Spagna, 2011) quest'anno sarà la Turchia a ospitare i Giochi Mondiali della Medicina e della Sanità.

Antalya incanterà tutti i partecipanti con le sue meraviglie architettoniche, il suo mix di culture, ma anche con la modernità delle sue infrastrutture sportive di altissima qualità.

L'appuntamento è dunque fissato dal 7 al 14 luglio ad Antalya in Turchia.

Per informazioni sul programma e modalità di partecipazione indichiamo qui di seguito i contatti: mail: frabentravel@frabentravel.com o info@symilandiaviaggi.it - telefono: 0572 78688 oppure è possibile consultare il sito internet www.medigames.com.



I nuovi iscritti nel 2012 all'Albo medici e odontoiatri

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine dà il benvenuto a tutti i neoiscritti e neo-colleghi dalla data dell'1 gennaio 2012, augurando un ricco cammino professionale permeato da continui approfondimenti clinici, biologici e deontologici, che permettano loro di divenire medici irreprensibili sia nei rispettivi luoghi di cura, sia nella vita quotidiana, nel continuo rispetto dei propri colleghi e collaboratori, e nella salvaguardia dell'integrità psicofisica del malato.

Albo Medici n. 52 iscritti

Angiolini Giovanni
Armando
Azzu Alessia
Becciu Laura
Bennardo Maddalena
Bentivegna Giovanni
Biancu Maria Angela
Bouzos Dimitrios
Branca Pietro
Brundu Maria
Cadoni Maria Luisa
Canu Sara
Casu Enrico
Casu Giovanni Antonio
Cesarani Simona
Cherchi Claudio
Congiu Agostino
Corona Paolo Federico
Del Prete Fabio
Delrio Carla
Dettori Maria Sabina
Dial Upinder Kaur
Mattar Tinku
Farci Roberta
Farris Maria
Fiore Vito
Flore Davide
Floris Leda
Frongia Anna Lia
Leoni Sara
Liperi Corrado
Manca Monica

Manca Paola
Martellacci Fiorella
Masia Antonio Francesco
Mela Federico
Meloni Pierluigi
Murdeu Luisa
Mureddu Valerio
Alessandro
Nieddu Gianfranca
Pes Chiara
Piredda Anna
Pirredda Piera
Pistidda Laura
Sanna Elisabetta
Santoru Roberto
Satta Paolo
Seddaiu Angela
Serra Francesco
Solinas Tatiana
Soro Emilio
Tavera Francesca
Vaira Luigi Angelo
Vielà Carla Maria Grazia

Albo Odontoiatri n. 7 iscritti

Biglio Andrea
Carta Giovanna
Cossu Laura
Deledda Alessandro
Dongu Alessandra
Lunesu Giorgio
Manca Giulio

**ELENCO DEI MEDICI DISPONIBILI AD EFFETTUARE SOSTITUZIONI
DI ASSISTENZA PRIMARIA E DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
ANNO 2012**

N.	Assistenza Primaria	Pediatria	Cognome e nome	Anno laurea	Indirizzo	Cap-Città	Telefono	Cellulare
	SI	NO	Bagella Caterina Francesca	2005	Via Aimo 11-13	07100 Sassari	079/275337	347/7207604
	SI	SI	Becciu Laura	2011	Via Parigi 15	07100 Sassari		340/1016865
	SI	NO	Bouzos Dimitrios	2011	Via Alghero 53	07100 Sassari		347/4248966
	SI	NO	Caldarulo Emmanuele L.	2007	Via Vienna 9	07100 Sassari	079/219609	340/6723266
	SI	NO	Carta Alessandra	2009	Via Budapest 26	07100 Sassari		340/5438579
	SI	NO	Cherchi Claudio	2011	Via Carso 37	07100 Sassari		340/7958205
	SI	NO	Colosseo Paolo	2005	Via Gavino Cherchi 4	07100 Sassari	079/398778	348/5794473
	SI	NO	Congiu Agostino	2011	S.V. La Gruzitta 7 Funtani 38 G	07100 Sassari	079/277456	333/2186820
	SI	NO	Dettori Maria Sabina	2011	Via Torres 10	07100 Sassari		349/7265612
	NO	SI	Durgali Ilaria	2003	Via Enrico Besta 16/c	07100 Sassari		338/1784345
	SI	SI	Frongia Anna Lia	2011	S.P. 018 Sassari- Argentiera 92	07100 Sassari		347/1843291
	SI	SI	Greco Costantina	1988	Reg. La Rucchetta- Castiglia	07041 Alghero	079/952569	335/6816118
	SI	SI	Landolfi Stefano Iscritto O.M.C.eO. di Benevento	2010	Via San Cristoforo 21	07100 Sassari		340/9605877
	SI	NO	Marteddu Tomaso	2007	Via Rizzeddu 17	07100 Sassari		328/0550674 328/0534901
	SI	NO	Masia Antonio Francesco	2011	Via Rockefeller 26	07100 Sassari		349/5661778
	SI	SI	Murdeu Luisa	2011	Corso Angioi 25/I	07100 Sassari		348/5912124
	SI	NO	Mureddu Valerio Alessandro	2011	Via Galileo Galilei 5	07100 Sassari		349/8020443
	SI	NO	Murgia Carlo	1996	Via S. Coradduzza 49	07100 Sassari		347/3127209
	NO	SI	Murgia Paola	2003	Via Parigi 8	07100 Sassari		320/6555833
								349/6718714
	SI	NO	Pistidda Laura	2011	Via Rep. Romana 2	07100 Sassari	079/231130	348/7722734
	SI	NO	Soddu Viviana	2006	Via Saccargia 48	07040 Codrongianos		349/7244141
	SI	NO	Soro Emilio	2011	Via Michele Moro	07026 Olbia		329/7912201
	SI	NO	Tavera Francesca	2011	Via IV Novembre 166	07044 Ittiri		349/0898221
	SI	NO	Vaira Luigi	2011	Via Pietro Canalis 12	07100 Sassari		340/1846168

Aggiornato al 16.05.2012