

SASSARI MEDICA



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

Anno XXI - Dicembre 2012 - n. 3

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003 (convertito in L. 27/02/04 n. 46) Art. 1 comma 2 DCB Sassari



Fontana Grixoni (Giuseppe Grixoni, magistrato e politico (1805-1884), progettata dall'algherese Giovanni Pietrasanta. Le immagini di Ozieri, in copertina e all'interno, sono di Francesco Bustio Dettori. Le fotografie della Giornata del medico sono di Sergio Polano - Studio Immagine.

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

Hanno collaborato a questo numero:
Mariantonietta Izza, Eugenia Tognotti, Pasquita Fois Pelizzo, Rita Nonnis, Pierluigi Bellu, Chiara Musio, Leonardo Sechi, Marco Mannazzu, Silvia Pintus, Myriam Pastorino, Sara Marredda, Valeria Sanna, Lucio Zirattu, Chiara Laganà, Marcello Masala, Mariantonietta Arricca, Irene Secchi, Salvatore Delogu, Antonio Maria Pinna, Carlo Marcello Acciari, Giovanni Sotgiu, Francesco Bustio Dettori

Redazione Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Sassari
Via Cavour n°71/b - 07100 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 Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari.
Realizzazione editoriale: tipografia TAS
Zona Industriale Predda Niedda sud strada n°10
Tel. 079.262221 - Fax 079.5623669 - 07100 Sassari.

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

Bollettino ufficiale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari
Anno XXI numero 03 - Dicembre 2012

SASSARI MEDICA

Consiglio Direttivo 2012/2014

Presidente Agostino Sussarellu
Vicepresidente Rita Nonnis
Segretario Giovanni Biddau
Tesoriere Nicola Addis
Consiglieri

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

Commissione Iscritti all'Albo Odontoiatri 2012/2014

Presidente Pierluigi Delogu

Componenti

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

Collegio Revisori dei Conti

Presidente Giancarlo Bazzoni

Revisori

- Natalia Marta C. Grondona

- Leila Maria Marchisio

Revisore Supplente Pasqualina Bardino



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>

@Email@

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

Immagini, antiche e più recenti, di
Ozieri illustrano le pagine interne

■ EDITORIALI DEI PRESIDENTI

- I nuovi stregoni e la fabbrica delle nuove speranze Pagina 5
- La forza di una professione: essere credibili e autorevoli 7

■ EVENTI

- La 57ª Giornata del Medico
- Il Codice Deontologico al centro della professione 9
- L'attività dell'A.M.M.I. a sostegno della ricerca e dei giovani 15
- Le medaglie d'oro ai medici per i 50 anni di professione 17
- L'elenco dei nuovi iscritti 21
- La Deontologia medica dal notaio nella prima metà dell'Ottocento 23
- Pinotto Dettori, una vita per la chirurgia 27
- Piazza Monica Moretti simbolo di una città che non dimentica 29

■ OMCEOSS/L'ORDINE INFORMA

- Gli aspetti etici, pratici e deontologici del dolore 31

■ FNMCEO/LA FEDERAZIONE INFORMA

- Lo sviluppo dell'Italia è legato anche alla tutela dei livelli della salute 33

■ APPROFONDIMENTI

- Spessore miointimale carotideo indicatore rischio vascolare 35
- Influenza: vaccini sicuri? Dubbi, sospetti e ingiustificati allarmismi 38
- L'evoluzione epidemiologica dell'HIV AIDS. Prevenzione e profilassi post esposizione 41
- Fitoterapia/Proprietà terapeutiche delle piante officinali: l'iperico e il cardo mariano 47

■ INIZIATIVE

- Malattie da accumulo lisosomiale. Riconoscerle per curarle 51
- Il servizio di psico-oncologia all'ospedale di Sassari 53
- Contro la sofferenza inutile della persona inguaribile 56
- Medicina bilingue: in lingua sarda la refertazione si può fare 57

■ ODONTOIATRIA

- L'impegno dell'AIO contro abusivismo, cliniche low-cost e turismo dentale 59
- Convegno AISO, gli studenti e la responsabilità professionale dell'odontoiatra 62

■ SPAZIO/GIOVANI

- Perché il S.I.S.M. è un'opportunità per medici e studenti 64

■ LETTURE

- "La tribù di Eligus", ritorno al nuragico 66
- "Fantasia e realtà spesso si sovrappongono" (sotto il provvidenziale segno delle corna) 67

■ PAGINE LIBERE

- Making Movies dei Dire Straits, la rivincita rock sul caos del punk 69
- Medicina sportiva/I benefici dell'attività fisica regolare, equilibrata, bilanciata 71
- Florilegio 73
- Bachecca Annunci 75
- Elenco medici disponibili alle sostituzioni 76

■ NEL PROSSIMO NUMERO - ANTEPRIMA

- *Intervista presidente nazionale AIDI. Spaziogiovani: fabbisogno di futuri specialisti. Tubercolosi: i nuovi standards of care. Malattie della povertà. La malva, l'ortica e le loro qualità fitoterapiche, e tante altre rubriche e servizi.*

Indicazioni redazionali

I signori 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 07100 Sassari tel. 079/234430, oppure via mail a: ordine@omceoss.org. Per favorire una veloce e corretta distribuzione razionale degli elaborati suggeriamo le seguenti indicazioni:

I lavori di carattere medico-scientifico dovranno essere inediti o originali e di taglio divulgativo; scritti al computer con Microsoft Word e inviati in forma digitale; di numero pari o inferiore alle 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 indirizzo di posta elettronica.

Il testo recherà un titolo e un sottotitolo (brevi), 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 sarà consultabile 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, ad alta definizione, comprensive di relative didascalie, non dovranno superare le 10 unità; saranno prodotte in maniera separata dal testo, con numerazione progressiva e precise indicazioni sugli inserimenti.

Pubblicazione e proprietà

Il Comitato di redazione si riserva il diritto di rifiutare la pubblicazione degli elaborati se non conformi alle norme di Deontologia Medica e all'indirizzo culturale che l'Ordine persegue. Si riserva, inoltre, di concordare con gli Autori eventuali modifiche e riduzioni dei testi per esigenze di spazi e di impaginazioni, di correggere direttamente le bozze di stampa e di collocare gli articoli, in base alle loro intrinseche caratteristiche, nelle apposite rubriche del bollettino. 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 Presidente, 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 indicazioni redazionali esposte precedentemente.

SOFFERENZE, IMPROBABILI TERAPIE, MIRACOLI E ILLUSIONI

I “nuovi stregoni” e la fabbrica delle false speranze



di Agostino Sussarellu
Presidente OMCeO di Sassari

Lunedì 19 novembre, sul quotidiano “La Repubblica”, è stata pubblicata un’inchiesta intitolata “La fabbrica delle illusioni: le false speranze dei nuovi stregoni”; una carrellata sul mondo della disperazione, nel quale piombano i malati di cancro alla ricerca di soluzioni alla paura della loro malattia e delle sue conseguenze. Vengono portate come esempio varie terapie: la cura Di Bella, sottoposta a sperimentazione clinica, su indicazione del Ministero della Salute, e ritenuta dal mondo scientifico totalmente inefficace; l’immaginosa e assurda cura del bicarbonato endovena proposta da Tullio Simoncini, già radiato dall’Ordine, ma ancora ostinato venditore delle sue illusioni a Tirana; il metodo Pantelmini che propaga l’infusione di ascorbato di potassio, bocciato come tanti altri; la teoria del medico tedesco Ryke Geerd, anche lui radiato dall’Ordine, il quale afferma che i tumori nascono come conseguenza di un trauma e che basta superare quest’ultimo per guarire, senza necessità di praticare alcuna cura; sino alla più recente terapia a base di veleno di scorpione azzurro cubano, messa a punto da un infermiere, e che parrebbe già usata in Italia da oltre

ventimila pazienti, naturalmente senza alcun risultato.

Se frugo nei miei ricordi, riappare anche un’altra terapia, quella di un oscuro veterinario che circa quarant’anni fa vendeva, per la cura dei tumori, un siero di capra, basando la sua teoria sul fatto che le capre non si ammalano di cancro. Si trattava del siero di Bonifacio, un altro “miracoloso prodotto” utilizzato da migliaia di disperati senza alcun risultato. Adesso, come allora, migliaia di persone sofferenti si recano in pellegrinaggio per acquistare il “farmaco miracoloso”; e adesso, come allora, quelle stesse persone vanno incontro al loro destino, abbandonate quando la fine diviene ineludibile, spesso tra atroci sofferenze, poiché tutte queste teorie hanno in comune l’assioma che non si debbano utilizzare i presidi della medicina ufficiale, compresi i farmaci per il dolore o il supporto palliativo nelle fasi finali della vita, per non rendere nulli gli effetti della terapia.

Un altro punto comune a tutte queste fantasiose teorie è l’affermazione che la medicina ufficiale non riconosce la loro efficacia dietro la spinta dell’industria del farmaco, interessata a far utilizzare i propri prodotti molto costosi, come se questi stregoni agissero solo per beneficenza. Il nostro Codice Deontologico, su argomenti di questo genere, è molto preciso: “Il medico nell’esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ai valori etici della professione ... “. queste conoscenze devono derivare da documentate sperimentazioni, e devono essere attuate secondo protocolli idonei e



Ozieri - Chiesa di San Nicola

attinenti alla normativa vigente, inoltre devono essere autorizzate da un comitato etico indipendente.

È inoltre fatto divieto assoluto di utilizzare “terapie segrete”. Di fronte a questi vergognosi episodi, in cui uomini senza scrupoli, novelli e perenni “Vanna Marchi”, approfittano dell’angoscia dei malati e delle loro famiglie, facendo perno sulla credulità e sull’ingenuità amplificate dalla disperazione, la Professione ha il dovere di intervenire a tutti i livelli. Noi dobbiamo agire non appena si presenti il benché minimo sospetto che un nostro paziente stia prendendo una strada sbagliata: è nostro compito informarlo dei rischi a cui si va incontro abbandonando le terapie

verificate, riconosciute da protocolli internazionali per affidarsi a cure non validate.

Di fronte a queste situazioni non ci si deve lasciar sviare dall’argomentazione che arrivati in certe fasi delle malattie si può tentare tutto, anche il ricorso a sciamani, fattucchiere, negromanti, che si spacciano per scienziati incompresi e perseguitati. È compito di tutta la categoria vigilare attentamente e capillarmente, con l’obbligo per tutti i medici, qualora si trovino di fronte a casi di questo genere, di informare l’Ordine, il quale potrà prendere a riguardo le decisioni e i provvedimenti più opportuni.

Agostino Sussarellu

CORRETTEZZA E PRINCIPI ETICI GENERANO FIDUCIA

La forza di una professione: essere credibili e autorevoli



di Pierluigi Delogu
Presidente CAO di Sassari

Il percorso compiuto dalla professione odontoiatrica negli ultimi 30 anni si può definire una entusiasmante galoppata verso un traguardo prestigioso che, come per Varenne all'Arco di Trionfo di Parigi, ha portato l'Odontoiatria italiana ad attestarsi in un ruolo di assoluto primo piano nel panorama mondiale. Oggi vantiamo i migliori ricercatori e clinici, diventati oramai punto di riferimento per innovazione e qualità dei risultati terapeutici.

Nel tessuto socio-economico nazionale possiamo vantare una rete di professionisti, capillarmente diffusa su tutto il territorio, che offrono un servizio di alto spessore alla popolazione, caratterizzato da **competenza**, capacità organizzativa, qualità e sicurezza delle procedure.

Tutto questo è derivato da una evoluzione virtuosa che la professione ha avuto per la propria capacità di affrontare le sfide con spirito di sacrificio e maturità, soprattutto lavorando sodo, con le proprie forze, senza alcun aiuto o sostegno da parte dello stato e tantomeno della pianificazione politica. Spesso oggi sentiamo parlare delle professioni con una accezione negativa, quasi a voler ricercare in esse delle responsabilità che frenano il "progresso" economico del paese, ma i fatti dimostrano che con una gestione autonoma e basata sulla correttezza e il rispetto dei **principi etici**, si sono ottenuti dei risultati



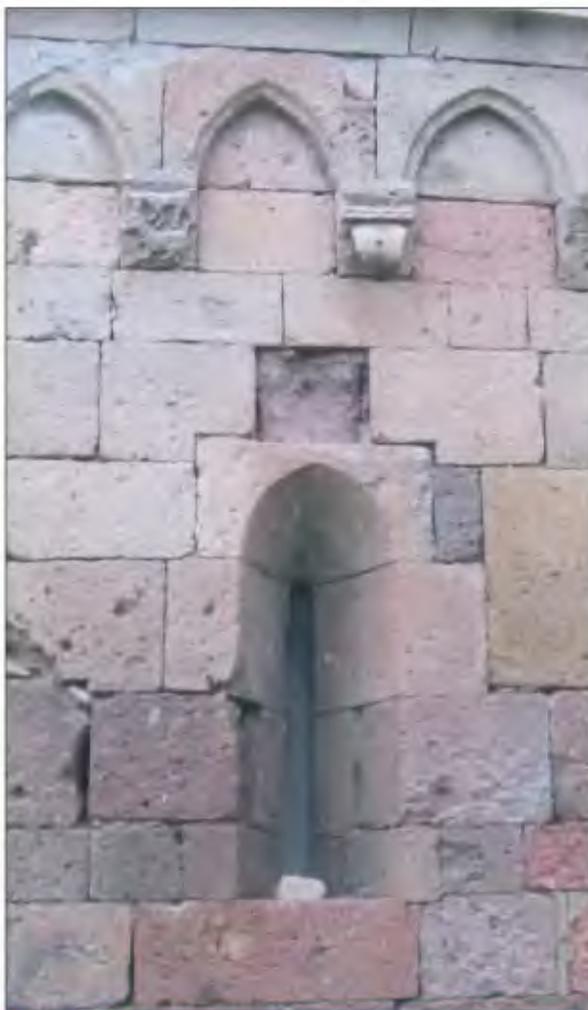
Ozieri - Chiesa di San Nicola, finestra e fregi

che rappresentano un modello efficace e ammirato da tutti.

Certo c'è ancora molto da fare e gli obiettivi di miglioramento sono sempre più impegnativi e ambiziosi ma questo deve essere solo uno stimolo e non un pretesto per adagiarsi e vanificare quanto di buono è stato ottenuto. Il riconoscimento del ruolo autorevole che l'immagine dell'odontoiatria si è conquistata è basato sulla credibilità. Questa non si ottiene con proclami autoreferenziali e neanche con l'elargizione di agevolazioni compiacenti verso la popolazione per ottenerne il

gradimento, ma deriva da un attento lavoro coerente, basato su valori riconoscibili che si mantengono nel tempo e, per questo motivo, diventano un punto di riferimento per i cittadini.

Essere credibili è una qualità difficilissima da meritare e allo stesso tempo è molto facile perderne le prerogative. Faccio un piccolo esempio molto calzante: un ciclista professionista diventa un campione con anni di allenamento e sacrifici, e solo dopo aver conquistato le vette più difficili



Ozieri - Chiesa di San Nicola, particolare

diventa l'idolo dei tifosi, ma la sua enorme e universale fama può essere distrutta in un secondo se viene valutato positivo al doping anche una sola volta. Perché? Egli ha perso la credibilità in modo irrimediabile. Potrà giurare a tutti che le altre sue vittorie non erano viziate da alcun utilizzo di sostanze non lecite, ma nessuno sarà disposto a credergli. Osservo preoccupato negli ultimi mesi il moltiplicarsi di messaggi rivolti ai cittadini, che in modo autoreferenziale vogliono imporre una immagine di grande preparazione e di novità

(a volte datate), ammiccando in modo mellifluo ai potenziali pazienti per coinvolgerli in un meccanismo di concorrenza di mercato, con sistemi promozionali che poco hanno a che fare con la difesa della salute. In questo modo, mineremo in breve tempo la fiducia che la popolazione ha riposto in noi, e perderemo una credibilità che sarà molto difficile da riconquistare.

Non facciamo questo errore!

Pierluigi Delogu

LA 57ª GIORNATA DEL MEDICO

Il Codice Deontologico al centro della professione

Un punto di riferimento: il codice deontologico tema centrale della 57ª Giornata del Medico, che si è celebrata, lunedì 22 ottobre a Sassari, nella splendida aula magna dell'università.

È il giorno del giuramento per i tanti giovani neolaureati e neoiscritti che si affacciano alla professione, e, nel contempo, la giornata del ringraziamento che la collettività, rappresentata dall'Ordine, ha rivolto a tutti i colleghi che hanno raggiunto il considerevole e ambito traguardo dei 50 anni di prezioso servizio. Atmosfera delle grandi occasioni. In una sala gremita di colleghi, autorità, studenti, familiari, elegantemente infiorata per la lieta ricorrenza, nulla è stato trascurato dagli impeccabili organizzatori: ufficio dell'Ordine in gran spolvero per garantire accoglienza e logistica inappuntabili, consiglio direttivo al completo per congratularsi con i premiati e augurare ai più giovani un ricco cammino contrassegnato dai valori fondanti dell'arte medica. Ad aprire i lavori il presidente dell'Ordine Agostino Sussarellu, che, come incipit, ha ringraziato il magnifico rettore Attilio Mastino per la concessione del patrocinio e dei prestigiosi ambienti e ha

dato la parola a Maristella Mura, direttore dell'istituto di malattie infettive, delegata, in rappresentanza del rettore, per gli eventi attinenti alla medicina. La professoressa Mura ha salutato i convenuti e ringraziato i medici che hanno maturato 50 anni di professione, dai quali ha avuto

la fortuna di attingere sempre valori e suggerimenti, indispensabili per un corretto e lusinghiero cammino in coscienza e scienza. Ai giovani, cui si sente particolarmente vicina per predisposizione personale e per il proprio ruolo di docente, ha augurato un percorso permeato di approfondimenti continui e affinamento delle tecniche diagnostiche e operative, nell'assoluta attenzione per il malato, anello debole della catena. L'entusiasmo per la ricerca e per l'attività professionale che si manifesta soprattutto al-

l'inizio, dovrà sempre coniugarsi con una specchiata dirittura comportamentale e mai prevaricare sui colleghi, cui si deve riservare il massimo rispetto. Al termine del saluto, conciso e pur denso di contenuti, di Maristella Mura, ha preso la parola il presidente Sussarellu.

Pubblichiamo integralmente il suo discorso.



Maristella Mura



Il presidente Agostino Sussarellu

Gentili signore, signori, autorità civili, militari e religiose presenti, colleghe e colleghi giovani e meno giovani, vi ringrazio di essere oggi qui con noi, in questa illustre sede, per onorare la nostra manifestazione. Rivolgo un sentito ringraziamento anche ai giovani studenti della facoltà di medicina che sono presenti oggi in sala.

Ringrazio altresì, a nome del consiglio direttivo tutto, e mio personale, l'Università di Sassari nella figura del magnifico rettore, professor Attilio Mastino, per

averci ancora una volta ospitato in questa splendida e prestigiosa aula magna, nella quale buona parte di noi ha conseguito la laurea, e nella quale oggi ci troviamo per celebrare, come è ormai tradizione, la **Giornata del Medico**, giunta quest'anno alla sua cinquantasettesima edizione.

Di regola la nostra manifestazione si svolge il 18 ottobre, giornata commemorativa di San Luca Evangelista, patrono dei medici.

Proprio in questa data, cinquantasette anni fa, ebbe luogo per la prima volta tale cerimonia, della quale fu promotore il professor Egidio Depperu che la portò puntualmente avanti negli anni, per poi essere di seguito tramandata, con eguale puntualità, dal suo successore e mio predecessore ancora una volta qui con noi: l'amico Mario Oppes, che saluto con stima e affetto.

Quest'anno, per problemi di natura tecnica, siamo stati costretti a rinviare di quattro giorni la nostra manifestazione, tuttavia ciò ha consentito a tutti noi di usufruire ancora una volta di questa magnifica aula.

I giovani colleghi, iscritti per la prima volta all'Ordine, oggi prestano e sotto scrivono il giuramento deontologico, ed



Il tavolo della presidenza nella 57a Giornata del Medico



Il gruppo dei medici premiati per i 50 anni di professione

inoltre, come è ormai tradizione consolidata, in questa stessa occasione ricevono una medaglia d'oro i medici che hanno raggiunto l'importante traguardo dei cinquant'anni di laurea, meta che possiamo paragonare alle nozze d'oro con la professione.

È una sorta di staffetta tra due generazioni estremamente distanti anagraficamente, ma sicuramente accomunate dallo stesso spirito di abnegazione e di dedizione verso il prossimo che da sempre caratterizza la professione del medico.

Questa nostra tradizionale manifestazione non è, e non vuole essere, una semplice celebrazione della categoria, ma intende rappresentare il momento più saliente della professione medica, quello in cui si puntualizza l'importanza e l'obbligo dell'osservanza del nostro Codice di Deontologia che, da sempre, rappresenta la **linea portante del nostro comportamento**, del nostro essere medici. Il medico, nel suo percorso professionale, possiede due cardini su cui basare la propria condotta: il Giuramento Professionale e il Codice Deontologico.

Il primo, che oggi verrà letto e sottoscritto in quest'aula da voi giovani colleghi, racchiude al suo interno il filo portante dell'arte medica.

Il secondo, con i suoi precetti deontologici, costituisce un atto di indirizzo, obbligatorio, per tutti i medici e gli odontoiatri.

Si tratta di due documenti basilari, redatti, su precisa delega dello Stato, dai rappresentanti della professione, ai quali compete anche aggiornarne i vari dettami, a seguito dell'evoluzione della società.

Come potete notare, quest'anno il logo del nostro manifesto offre in sequenza tre punti cardine della deontologia: la versione più antica che ci sia pervenuta del Giuramento di Ippocrate; il Codice di Sassari del 1903; nonché l'ultima versione del Codice Deontologico, quella del 2006, per evidenziare la continuità e l'importanza dei suoi periodici aggiornamenti.

Per questo motivo, grazie alla fortuna di averla qui, preghiamo la professoressa Tognotti di volerci presentare un suo importante lavoro: "Alle origini della Deontologia professionale a Sassari; gli accordi

tra medici chirurghi e flebotomi negli atti notarili del primo ottocento”.

Venerdì 19 ottobre, nella nostra sala conferenze, si è tenuto un convegno, organizzato dall'AIFO (associazione italiana amici di Raoul Follereau), con la collaborazione del nostro Ordine, il cui tema riguardava “Le malattie della povertà: un diritto universale disatteso”.

Alcuni colleghi fortemente impegnati nel sociale ci hanno mostrato un quadro ampio e allo stesso tempo inquietante di molte malattie, da noi dimenticate, che restano tuttavia endemiche nei paesi poveri.

Oltre alla riflessione sul fatto che la violenta crisi economica dell'intero pianeta sta allargando, anche da noi, la fascia di popolazione realmente povera, con la possibilità di ricomparsa di patologie da lungo tempo dimenticate, mi è venuto alla mente quell'infausto momento della vita politica della nostra nazione in cui un ritorno se non di vero e proprio razzismo, ma quantomeno di xenofobia, portò alla presentazione di una proposta di legge che voleva le professioni sanitarie delatrici dello stato di presenza irregolare sul territorio nazionale.

In quell'occasione la classe medica, insieme alle altre professioni sanitarie, fece un'opposizione tale che non permise l'approvazione di una norma vergognosa.

Anche gli studenti si opposero, e ricordo benissimo la manifestazione che si tenne in quest'aula, organizzata dalla loro associazione e alla quale partecipammo molto volentieri in qualità di Ordine professionale.

Conservo con particolare soddisfazione la brochure di quella giornata, soddisfazione che provo anche ora nel riconoscere, tra i giovani laureati qui presenti, molti di coloro che organizzarono quella manifestazione.

In quell'occasione affermammo uno dei cardini della nostra professione, che ci caratterizza da sempre, uno dei doveri

generali del medico, cioè il segreto professionale.

Il nostro Codice di Deontologia, subito dopo la parte introduttiva racchiusa negli articoli 1 e 2, affronta col titolo II il campo vasto dei doveri generali del medico.

Questa parte del nostro codice consta di ben diciassette articoli che tracciano un quadro ben definito, e non derogabile, di quella che deve essere la condotta del medico.

In essi sono affermate: l'universalità della nostra professione come obbligo di curare chiunque abbia necessità, la nostra libertà e indipendenza, che devono esprimersi all'interno di precisi limiti, quali le conoscenze scientifiche e i valori etici che ci appartengono.

È acquisita, tra i nostri doveri, la cultura della salute legata alla tutela e conservazione dell'ambiente; è affermato il concetto che la qualità delle prestazioni erogate non deve prescindere dalle problematiche gestionali ed economiche.

La coscienza dell'importanza del ruolo che vestiamo all'interno della società ci impone una particolare attenzione al nostro comportamento, evitando di approfittare dello status particolare che ci deriva dal ruolo di detentori della capacità di cura, e questo è imprescindibile soprattutto quando si ricoprono cariche pubbliche.

Neila parte dedicata alle prestazioni d'urgenza, sono affermati i vincoli di soccorso, cura e assistenza in qualunque frangente, ma ancor più il dovere, in caso di calamità, di mettersi a disposizione delle autorità competenti.

Il segreto professionale è contenuto e sviscerato in ben tre articoli corposi; infatti l'evoluzione della società, la modifica del rapporto medico paziente, la intrusione di interessi plurimi nel mondo della sanità, leggasi gli interessi delle ditte del farmaco e dei presidi, impongono un'attenzione particolare ai tanti aspetti riguardanti la gestione della privacy. Che questo argomento sia uno dei pilastri dell'essere medici è rafforzato dal fatto che la morte



Alcuni neolaureati in attesa di pronunciare il giuramento

del paziente o la cancellazione dall'albo non esimono il medico dal mantenere il segreto.

Un argomento particolarmente delicato è quello che riguarda il trattamento terapeutico e la prescrizione di farmaci. Al medico è riconosciuta, in questo campo, un'autonomia completa di fronte ad una diagnosi precisa o quantomeno su un sospetto diagnostico fondato, autonomia di cui risponde personalmente, fatta salva la libertà del paziente di rifiutare le terapie proposte.

Questa autonomia non può essere considerata illimitata; essa deve rimanere all'interno di evidenze scientifiche aggiornate e sperimentate.

A questo proposito è fatto esplicito divieto all'adozione e diffusione di terapie e presidi non provati scientificamente e non supportati da un'adeguata sperimentazione e documentazione scientifica, così come sono vietate le terapie segrete.

Tale divieto persiste anche nel caso in cui il paziente stesso dovesse fare un'esplicita richiesta di tal genere. Un'altra recente acquisizione del codice è la necessità di contribuire alla prevenzione e gestione del rischio clinico, prendendo consapevo-

lezza della possibilità di errore (*Errare humanum est*) e della necessità di non nascondere, ma anzi di esaminarlo con i colleghi per trarne insegnamento e quindi evitare che si ripeta.

Il riconoscimento delle cosiddette medicine non convenzionali impone che per il loro utilizzo il paziente non sia sottratto a trattamenti scientificamente provati.

L'astensione dall'accanimento terapeutico e da trattamenti diagnostici e terapeutici privi di beneficio, è un dovere morale non derogabile.

Per quanto concerne il divieto all'eutanasia, la sinteticità dell'articolo evidenzia quanto questa pratica non sia consona alla nostra professione.

Altrettanto dicasi per i trattamenti che incidono sull'integrità psico-fisica.

L'ultimo articolo va oltre i doveri del medico parlando esplicitamente di obbligo quando tratta dell'aggiornamento e della formazione professionale permanente.

È logico che per dare risposte appropriate alla richiesta di salute dei cittadini non possiamo esimerci dal mantenere aggiornate le nostre conoscenze, che altrimenti risulterebbero superate nel giro di pochi anni.



I medici con 50 anni di attività nell'aula magna dell'ateneo

L'ultimo capoverso di questo articolo sancisce quello che deve considerarsi il mezzo per il perpetuarsi della medicina; la trasmissione delle conoscenze ai giovani e ai colleghi, di conseguenza anche l'obbligo da parte dei giovani di insegnare ai vecchi la loro "più fresca" cultura.

Si conclude qui il lungo elenco dei doveri generali del medico, e a questo punto, qualcuno potrebbe anche chiedersi se esistono esclusivamente dei doveri senza diritti. In realtà l'articolo quattro evidenzia quello che è definito con forza "diritto inalienabile del medico".

"L'esercizio della medicina è fondato sulla libertà e indipendenza della professione che costituiscono diritto inalienabile del medico".

Derogare a questo principio potrebbe portare a divenire succubi di ideologie liberali o totalitarie che vogliano imporre il loro credo alla società.

Nella storia troviamo un esempio eclatante nella disposizione nazista atta ad eliminare tutti i malati psichiatrici e i portatori di handicap, disposizione a cui i medici tedeschi si allinearono.

Per concludere voglio fare con voi una

intraprendere una professione come la nostra?

Non è forse un diritto pretendere che il sistema cura sia universale, che la professione sia libera da vincoli esterni, che si tuteli la salute collettiva attraverso l'oculata gestione dell'ambiente, e così via, ripercorrendo tutti i diciassette articoli appena esaminati?

Bene, per garantire questo nostro inderogabile diritto, lo Stato dà alla professione una delega importante che è appunto quella di scrivere e applicare il Codice di Deontologia.

In questo momento la Commissione Deontologica della nostra federazione sta provvedendo a stilare una base di lavoro che prevede le principali modifiche da **apportare all'attuale Codice Deontologico**. È l'inizio di un lavoro attento che alla fine vedrà coinvolti tutti i Consigli Direttivi delle 107 provincie, e che porterà a una versione nuova e al passo coi tempi.

La medicina evolve e si aggiorna costantemente, e con essa le norme deontologiche della professione.

Questo, vi garantisco, è il nostro più importante e solido diritto.

riflessione: ho presentato un lungo elenco di attività proprie della nostra professione, contenute nel Titolo II sotto la voce Doveri generali del medico, ma siamo sicuri che questi doveri in realtà non siano dei diritti che noi acquisiamo nel momento in cui decidiamo di

LA 57^A GIORNATA DEL MEDICO

L'attività dell'AMMI a sostegno della ricerca e dei giovani

L'A.M.M.I., associazione no profit costituita dalle mogli dei medici, che persegue, dall'atto della sua nascita, finalità solidaristiche, benefiche e culturali, è stata presente, in qualità di ospite istituzionale della Giornata del Medico; Angela Sannia, portavoce del nucleo provinciale, ha portato i saluti della presidente Pasquita Fois Pelizzo e ha illustrato l'attività svolta durante l'anno in corso. È stata l'occasione per far conoscere la storia e gli obiettivi del sodalizio.



Angela Sannia, portavoce dell'A.M.M.I.

L'A.M.M.I. già da dallo scorso anno ha deciso di sostenere, propagandare e finanziare la ricerca nell'ambito della cosiddetta "medicina di genere", cioè di quella nuova branca della medicina e farmacologia che guarda con maggiore attenzione alle diversità fisiologiche che differenziano uomo, donna, bambino, razze e disabilità varie, e che possono pertanto determinare differenti risposte alle terapie farmacologiche e alla ricerca. Per questo impegno ha ricevuto una medaglia di bronzo al merito sia dalla presidenza della Camera che da quella del Senato della Repubblica e ha destinato un contributo finanziario di euro 10.000 per la ricerca nel settore destinato ai giovani ricercatori di tutte le Università italiane. La sezione provinciale AMMI di Sassari ha a questo proposito organizzato una conferenza sul tema "La medicina di genere finalmente evidenzia le diversità tra i due sessi. Quale salute per la Donna del 3° millennio?", svoltasi nell'aula magna

del Liceo Azuni, e che ha visto come moderatore il presidente dell'Ordine dei Medici Agostino Sussarellu e come relatori Flavia Franconi della facoltà di farmacia e Luigi Sannia della cardiologia riabilitativa. La nostra Regione ha ottenuto un lusinghiero successo con il 1° premio assegnato (ex-aequo con una ricercatrice dell'Università di Firenze) Ilaria Campesi ricercatrice della facoltà di chimica e tecnologie farmaceutiche dell'Università di Sassari con un progetto di ricerca sui marcatori cellulari nel diabete di tipo 2. Ma il successo per la Sardegna non si limita a questo: anche il concorso letterario rivolto agli studenti del triennio superiore di tutte le scuole italiane ha visto classificarsi al 1° posto (su 600 temi ammessi) Chiara Carboni, del Liceo "Canopoleno" di Sassari, che ha brillantemente svolto il tema nazionale su "Innovazioni tecnologiche e nuove relazioni tra i giovani". La consegna dei premi è avvenuta nel corso del recente congresso nazionale



La medaglia di bronzo di Camera e Senato

riato, un messaggio sicuramente positivo che evidenzierà le tante virtù dei nostri ragazzi.” L’attività dell’AMMI non si è comunque limitata all’ambito della educazione e prevenzione sanitaria, ma anche a quello artistico-culturale. Ha curato infatti nello scorso ottobre una mostra di quadri con tecnica di collages dell’ar-

AMMI di Napoli, alla presenza della presidente della sezione provinciale di Sassari, Pasquita Fois Pelizzo. “Anche per quest’anno” – ricorda la Presidente – l’AMMI ha bandito un nuovo concorso letterario nazionale dal tema *I giovani e il volonta-*

tista cagliaritano Sara Caselli presso la sala Duce del Comune di Sassari. Splendidi angoli del nostro centro storico, e non solo, sono stati magistralmente rappresentati, ottenendo ottima partecipazione e consenso.



I medici neolaureati leggono il giuramento

LA 57^A GIORNATA DEL MEDICO

Le medaglie d'oro ai medici per i 50 anni di professione

Il momento centrale del convegno è stata la consegna della medaglia d'oro a tutti i colleghi, iscritti negli albi dell'Ordine di Sassari, che hanno compiuto 50 anni di professione: sulla onorificenza campeggia il nome del premiato e lo stemma dell'Ordine. La premiazione è stata particolarmente suggestiva e la si è voluta sottolineare riportando un passo dell'estremo testamento vergato dal compianto

professor Egidio Depperu per decenni presidente dell'Ordine: "La medaglia d'oro, che ha la valenza di una profonda nobiltà, non vuole esprimere ai colleghi insigniti solo il ricordo di quello spinoso ed eterogeneo tessuto, che mezzo secolo di esercizio ha ordito giorno dopo giorno, nella lucida trama di un ideale professionale consapevolmente vissuto, ma vuole altresì più significatamente simboleggiare il tangibile esempio dell'accostamento del periodico rito dell'aurea distinzione, con il giuramento dei giovani laureati. E' ogni anno una consegna tra chi ha compiuto il proprio dovere e chi sta per affrontare l'aspro cimento della professione".

LE MEDAGLIE D'ORO

Ha letto le motivazioni Nicola Addis, consigliere del direttivo e tesoriere dell'Ordine. Ha consegnato le medaglie il presidente Sussarellu.



Il radiologo Piero Guido Bua

PIERO GUIDO BUA

Nato il 25-07-1937 a Sassari, consegue la laurea in medicina e chirurgia il 23-02-1962 presso l'università degli studi di Sassari e si iscrive al nostro Ordine il 08-05-1962.

Si specializza in radiologia presso l'Università di Cagliari nel 1964, e dallo stesso anno riveste il ruolo di direttore sanitario e radiologo del Policlinico Sassarese.

GRAZIANO MARIA VITTORIO CARTA

Nato il 26-01-1936 a Sassari, consegue la laurea in medicina e chirurgia il 17-02-1962 presso l'università degli studi di Roma, si iscrive all'Ordine di Sassari il 14-02-1964.

Specializzato in ortopedia e traumatologia all'università di Sassari nel 1968, e in chirurgia della mano presso l'università di Pavia nel 1981, svolge attività



L'ortopedico e traumatologo Graziano Carta

zione in radiologia presso l'Università di Cagliari, e dallo stesso anno per una intera decade ha rivestito il ruolo di aiuto presso l'ospedale Santo Spirito (ospedali riuniti) di Roma. Dal 1974 è primario radiologo in Castel Del Piano (GR) per due anni e dal 1976 a Sezze Romano (LT) per cinque anni. **Esercita come libero professionista a Olbia (SS) presso il proprio studio privato.**

professionale presso la clinica ortopedica dell'università di Sassari dal 1962, prima come assistente volontario quindi come assistente ordinario, successivamente Aiuto, e dal 1984 riveste il ruolo di professore associato in clinica ortopedica e chirurgia della mano. Dal 1980 al 1985 ricopre l'incarico di direttore ad interim della stessa clinica ortopedica.

Dal 1995, data del suo pensionamento come dipendente statale universitario, pratica tutt'oggi la libera professione ed è consulente esterno di ortopedia e chirurgia della mano del Policlinico Sassarese.

ANTONIO MARIA DEMONTIS

Nato il 25-09-1932 a Bono (SS), consegue la laurea in medicina e chirurgia il 23-02-1962 presso l'università degli studi di Sassari, e si iscrive al nostro Ordine il 08-05-1962. Nel 1964 consegue la specializzazione in clinica della tubercolosi e delle malattie delle vie respiratorie presso l'università di Roma. Negli anni '80 è stato responsabile dei settori materno infantile e medicina del recupero nella USL n. 5 di Ozieri, nonché direttore responsabile del poliambulatorio di Bono.

PIETRO CUCCU

Nato il 04-11-1931 a Luras (SS), consegue la laurea in medicina e chirurgia il 22-11-1962 presso l'università degli studi di Perugia e si iscrive all'Ordine della provincia di Latina il 26-07-1963, e successivamente a quello di Sassari il 06-09-1979. Nel 1964 consegue la specializza-



Il tisiologo Antonio Maria Demontis

Dal 1964 al 1997 ha assunto la direzione del dispensario anti tubercolare di Bono.

CESARE MASALA

Nato il 14-09-1938 a Bonorva (SS), consegue la laurea in medicina e chirurgia il 12-11-1962, presso l'università degli



L'immunologo e allergologo Cesare Masala

studi di Sassari e si iscrive al nostro Ordine il 11-10-1963. Il 12-11-1964 consegue la specializzazione in malattie dell'apparato digerente e del ricambio presso l'università degli studi di Sassari e nel 1969 la libera docenza in patologia speciale medica e metodologia clinica. Dirige la Scuola di Specializzazione in allergologia e immunologia Clinica dell'Università "La Sapienza" di Roma, e successivamente la Scuola di Specializzazione in gastroenterologia presso la stessa Università. Dal 1972 al 1983 riveste l'incarico di direttore della cattedra di clinica delle malattie tropicali e infettive presso l'università di Firenze. Professore di ruolo di medicina interna dal 2001, ha ricoperto la cattedra di allergologia e immunologia presso la Clinica dell'Università "La Sapienza". Autore di oltre 350 pubblicazioni scientifiche,

è stato insignito di benemerita dall'ateneo di Roma.

SALVATORE MASIA

Nato il 11-04-1932 a Pozzomaggiore, consegue la Laurea in Medicina e Chirurgia il 30-06-1962 presso l'Università degli Studi di Sassari e si iscrive al nostro Ordine il 07-12-1962. Dopo aver svolto volontariato per oltre due anni in qualità di medico nella clinica medica e chirurgica, presso le Cliniche Universitarie di Sassari, diventa medico condotto a Pozzomaggiore e poi medico di base dopo la riforma del Servizio Sanitario Nazionale fino al 2002, anno del pensionamento.

MARIO TILOCCA

Nato il 29-09-1930 a Ossi (SS), consegue la laurea in medicina e chirurgia il 12-11-1962 presso l'università degli studi di Sassari, si iscrive al nostro ordine il



L'odontoiatra Mario Tilocca

21-12-1963. Dal 1963 al 1965 svolge il ruolo di medico di base alle dipendenze dell'INAM.

Dal 1965 esercita l'attività di dentista sia come libero professionista sia come medico convenzionato esterno con vari enti mutualistici di allora quali: INADEL, ENPAS e altri.

Con l'avvento nel 1978 del Servizio Sanitario Nazionale, svolge la libera professione in qualità di medico accreditato per l'odontoiatria nella ASL di Sassari, fino al 2005, anno del pensionamento.

EUGENIA TOGNOTTI

Un premio straordinario al merito consistente nell'emblema ordinistico è stato conferito a Eugenia Tognotti. Ha letto le motivazioni il consigliere dell'Ordine Antonio Pinna.

“Per la larga messe di lavori storiografici, scientifici ed epidemiologici, improntati al giusto rigore che la ricerca impone, per aver dedicato gran parte del suo tempo alla conoscenza del nostro territorio, analizzato situazioni nebulose, denunciato apertamente i casi di abuso di potere, aver contrastato i numerosi conflitti di interesse presenti anche nei nostri campi; per aver perseguito e promulgato, pur non essendo medico, dettami etici che il nostro codice di deontologia delinea, stando sempre al fianco dell'Ordine di Sassari nelle lotte che hanno sempre più rafforzato il legame indissolubile fra morale e medicina, per

il profondo impegno da lei profuso, per la corretta divulgazione dell'arte medica, nel rispetto dei valori dell'uomo, che deve sempre rappresentare la missione precipua del nostro operare quotidiano; per la prima volta nella storia della istituzione, che ci onoriamo di rappresentare, ci pregiamo, e ne siamo veramente felici, di conferirle il sigillo dell'Ordine di Sassari, con un abbraccio corale ordinistico, da parte di tutto il Consiglio Direttivo e dei 4.152 iscritti che vi afferiscono”. Ha consegnato l'ambito riconoscimento il presidente dell'Ordine Sussarellu. Chiamati nominatamente dal consigliere Addis hanno prestato giuramento deontologico 75 medici-chirurghi e 14 odontoiatri, iscritti all'Ordine nel corso dell'ultimo anno. In un tripudio di colori e di sorrisi è stato letto in maniera corale il codice di Ippocrate, che, in poche frasi, racchiude gli anelli di congiunzione tra etica e professione.

Ancora una volta efficaci e appropriate sono le parole di Egidio Depperu: “I giovani neoiscritti sanno che esercitare la profes-

sione medica è un privilegio unico, perché vi sta radicata la responsabilità originaria di avere per oggetto la salute e la vita degli uomini.

Ciò comporta un impegno che va oltre gli studi universitari, richiedendo un aggiornamento che dura quanto l'intera vita professionale; essi, al pari degli anziani, potranno dimostrare, nella pratica quotidiana, non solo di fare i medici, ma anche di essere medici nella consapevole veste di veri sacerdoti della salute.”



A Eugenia Tognotti il sigillo dell'Ordine

ELENCO NUOVI ISCRITTI

Matricola	Nominativo	Data iscrizione	Albo
5442	ANGIOLINI GIOVANNI ARMANDO	28/02/2012	MC
5507	ARCOLACI ALESSANDRA	19/07/2012	MC
5449	AZZU ALESSIA	28/02/2012	MC
5465	BECCIU LAURA	28/02/2012	MC
5450	BENNERDO MADDALENA	28/02/2012	MC
5497	BIANCO DAVIDE	19/07/2012	MC
5482	BIANCU MARIA ANGELA	28/02/2012	MC
572	BIGLIO ANDREA	17/01/2012	OD
5440	BOUZIOS DIMITRIOS	28/02/2012	MC
5467	BRANCA PIETRO	28/02/2012	MC
5474	BRUNDU MARIA	28/02/2012	MC
5513	CABIGIOSU FEDERICO	19/07/2012	MC
5464	CADONI MARIA LUISA	28/02/2012	MC
5506	CAMBARA ZUNIGA CARLOS MANUEL	19/07/2012	MC
5475	CANU SARA	28/02/2012	MC
573	CARTA GIOVANNA	17/01/2012	OD
5478	CASU ENRICO	28/02/2012	MC
5460	CASU GIOVANNI ANTONIO	28/02/2012	MC
5451	CESARANI SIMONA	28/02/2012	MC
5446	CHERCHI CLAUDIO	28/02/2012	MC
5515	CHICCONI ELENA	19/07/2012	MC
5472	CONGIU AGOSTINO	28/02/2012	MC
5510	CONTU EMANUELE	19/07/2012	MC
5452	CORONA PAOLO FEDERICO	28/02/2012	MC
5504	COSEDDU ANNA	19/07/2012	MC
5514	COSEDDU ROSSELLA	19/07/2012	MC
571	COSSU LAURA	17/01/2012	OD
5492	DEIANA FRANCESCO	19/07/2012	MC
5466	DEL PRETE FABIO	28/02/2012	MC
574	DELEDDA ALESSANDRO	17/01/2012	OD
5456	DELRIO CARLA	28/02/2012	MC
5512	DEMURTAS PIER MARIO	19/07/2012	MC
5499	DEMURU GIOVANNI	19/07/2012	MC
5453	DETTORI MARIA SABINA	28/02/2012	MC
5502	DETTORI MARIO	19/07/2012	MC
5485	DIAL UPINDER KAUR MATTAR TINKU	28/02/2012	MC
577	DONGU ALESSANDRA	28/02/2012	OD
5479	FARCI ROBERTA	28/02/2012	MC
5463	FIGLIO VITO	28/02/2012	MC
5473	FLORE DAVIDE	28/02/2012	MC
5471	FLORIS LEDA	28/02/2012	MC
570	FLORIS MONICA	20/12/2011	OD

5517	FONNESU BARBARA VERDINA	18/09/2012	MC
5448	FRONGIA ANNA LIA	28/02/2012	MC
5505	IBBA ANTONIO	19/07/2012	MC
579	LAI GIANFRANCO	26/06/2012	OD
581	LAI STEFANO	19/07/2012	OD
5488	LEONI SARA	20/03/2012	MC
5480	LIPERI CORRADO	28/02/2012	MC
5503	LORIGA SARA	19/07/2012	MC
578	LUCARIELLO FRANCESCO	26/06/2012	OD
576	LUNESU GIORGIO	28/02/2012	OD
580	LUNESU PIETRO PAOLO	19/07/2012	OD
575	MANCA GIULIO	17/01/2012	OD
5441	MANCA MONICA	28/02/2012	MC
5447	MANCA PAOLA	28/02/2012	MC
5495	MARRAS VIVIANA	19/07/2012	MC
5439	MARTELLACCI FIORELLA	28/02/2012	MC
5468	MASIA ANTONIO FRANCESCO	28/02/2012	MC
5486	MELA FEDERICO	28/02/2012	MC
5477	MELONI PIERLUIGI	28/02/2012	MC
5476	MURDEU LUISA	28/02/2012	MC
5461	MUREDDU VALERIO ALESSANDRO	28/02/2012	MC
5493	PALA NADIA	19/07/2012	MC
5470	PES CHIARA	28/02/2012	MC
5444	PIREDDA ANNA	28/02/2012	MC
5498	PIRINA TANIA	19/07/2012	MC
5454	PIRREDDA PIERA	28/02/2012	MC
5509	PISANU ANNA MARIA	19/07/2012	MC
5484	PISTIDDA LAURA	28/02/2012	MC
5511	PUTZU CHIARA ESTER	19/07/2012	MC
5501	RUGGIU GIOVANNI MARCO	19/07/2012	MC
5494	RUZZETTU GIOVANNA ILARIA	19/07/2012	MC
5500	SANNA BARBARA	19/07/2012	MC
5481	SANNA ELISABETTA	28/02/2012	MC
5483	SANTORU ROBERTO	28/02/2012	MC
5443	SATTA PAOLO	28/02/2012	MC
5455	SEDDAIU ANGELA	28/02/2012	MC
5458	SERRA FRANCESCO	28/02/2012	MC
5516	SINI LAURA	19/07/2012	MC
5496	SODINI CONSUELO	19/07/2012	MC
582	SOGGIA CRISTINA	18/09/2012	OD
5457	SOLINAS TATIANA	28/02/2012	MC
5445	SORO EMILIO	28/02/2012	MC
5462	TAVERA FRANCESCA	28/02/2012	MC
5469	VAIRA LUIGI ANGELO	28/02/2012	MC
569	VENTURA GIOMMARIA	29/11/2011	OD
5459	VIELÀ CARLA MARIA GRAZIA	28/02/2012	MC
5508	ZORODDU CATERINA	19/07/2012	MC

LA 57ª GIORNATA DEL MEDICO/LECTIO MAGISTRALIS DI EUGENIA TOGNOTTI

La deontologia medica dal notaio nella prima metà dell'Ottocento

Nel corso della 57ª Giornata del Medico Eugenia Tognotti, ordinario di storia della medicina presso l'università di Sassari, ha tenuto la propria lectio magistralis, frutto di una attenta e certosina ricerca storiografica, dai contenuti assolutamente armonici con lo spirito dell'incontro. Ne riportiamo integralmente il testo originale.



Eugenia Tognotti

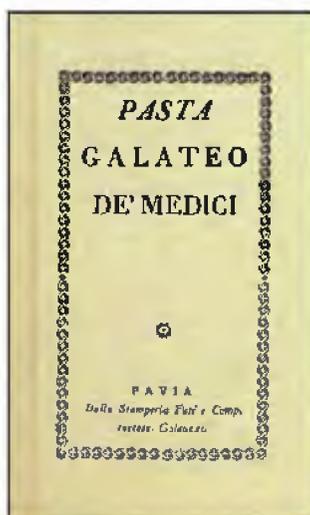
Quando nel 1903 vide la luce a Sassari il "Codice di Etica e Deontologia", gli Ordini, che avevano assunto questo nome negli anni Ottanta dell'Ottocento, erano ancora privi della veste giuridica di enti di diritto pubblico; veste che avrebbero acquistato solo nel 1910 con la legge istitutiva degli stessi, che di fatto sanciva quelli che erano i contenuti degli Statuti delle associazioni professionali, volontarie e private. Sulle riflessioni, le idee, i ragionamenti circa il ruolo del medico, il corretto svolgimento della professione, i doveri verso i colleghi e i pazienti, esiste una vasta documentazione, ancorché dispersa e frammentata, per periodi e per contesti politico-istituzionali. Inoltre offrono spunti molto interessanti i "Galatei" medici pubblicati tra Settecento e Ottocento, e che perseguivano diversi obiettivi: far riconquistare credibilità al medico, una figura circondata troppo spesso da diffidenze

e sfiducia; favorire una presa di coscienza a difesa della dignità dell'"arte", a cui erano strettamente legati i doveri del medico; combattere i ciarlatani e i praticoni; fornire un'educazione, sul piano deontologico (ed etico),

ai "nuovi medici, formati nelle Facoltà mediche che, dopo le riforme universitarie di fine Settecento, avevano modificato nel profondo didattica e *curricula*, stabilendo con precisione i percorsi formativi di medici e chirurghi.

Chi cura e che cosa?

Alcuni di questi motivi, pur nella diversità di scopi, contenuti e forme, si ritrovano in una serie di contratti di società stipulati nei primi decenni dell'Ottocento davanti ai notai da medici, chirurghi e flebotomi, che operavano a Sassari o nell'entroterra provinciale. Si tratta di documenti assai interessanti che ci riportano a una realtà assai arretrata rispetto alle regioni più avanzate del Paese in cui erano presenti le sedi più grandi e rinomate della formazione medica in Italia. Al tempo, i medici-fisici, coloro cioè che raggiungevano il traguardo della Laurea, erano un'esigua mi-



noranza, mentre l'esercizio della medicina era da una parte, nelle mani di una serie di sanitari minori (chirurghi e flebotomi) autorizzati in virtù di corsi di studio effettuati all'Università; dall'altra in quella di un esercito di empirici, praticoni, ciarlatani che, nonostante gli ammonimenti del Protomedicato, cui era demandato il controllo dell'esercizio professionale e delle 'patenti', curavano, somministravano medicamenti, effettuavano salassi, estraevano denti. La media annua dei laureati non superava le due unità. Le scarse possibilità di ascesa sociale che si aprivano ai medici, facevano sì che a scegliere di intraprendere quel corso di studi fosse soltanto una minoranza di giovani, provenienti da famiglie di modesta fortuna. Conseguita la laurea, che seguiva i gradi inter-

medi del *baccellierato* al termine del primo anno di corso e di *licenza* al termine di un altro biennio di studi, era previsto un periodo di pratica. Ultimata la pratica e conseguita l'attestazione d'idoneità, era necessario ottenere dal *Magistrato sopra gli studi* il permesso di libero esercizio.

Di fatto però, la maggior parte degli iscritti alla Facoltà di Medicina, andavano a esercitare con titoli minori: flebotomo, maestro-chirurghi, chirurgo, le cui carriere scolastiche erano formalizzate solo in parte. La "laurea dottorale", ad esempio,

era prevista per i medici e non per i chirurghi, il cui percorso formativo era più breve, e comprendeva i due anni riservati al tirocinio all'ospedale SS. Annunziata di Sassari. Verso gli anni Quaranta dell'Ottocento, si cominciò a concedere il titolo solo agli studenti di chirurgia che si distinguevano per ingegno, applicazione

e buona condotta, oltre che per "aver dato saggi di particolare merito nell'esercizio della facoltà". In questa situazione i "patentati", coloro cioè che avevano titolo a esercitare, erano non solo in perenne lotta tra loro per la conquista della clientela e per la difesa del proprio *status* professionale (medici vs. chirurghi, chirurghi vs. flebotomi), ma anche con gli "irregolari", perseguiti dal Protomedicato che imponeva il di-



vieto di "esercitare la medicina, la chirurgia, l'ostetricia, la flebotomia, o la professione di farmacista, senza avere ottenuto l'approvazione in una Università degli studj dei Regj Stati". Le altre professioni, sottoposte alla vigilanza del Protomedicato, potevano essere esercitate previa autorizzazione dello stesso e dovevano essere registrate; potevano comunque essere autorizzate per Sovrana disposizione, e anche in tal caso dovevano essere registrate presso la stessa istituzione.

Anche gli ambiti d'intervento erano

minuziosamente stabiliti. C'erano le "operazioni di alta chirurgia", che comprendevano le fratture, e quelle di bassa chirurgia in cui rientravano le estrazioni di denti: onorario 1 lira e 5 o 10 centesimi, a seconda della difficoltà dell'operazione. Per le "legature" l'onorario era di 15 lire che potevano arrivare a 37, per le amputazioni di 25.

I chirurghi non potevano "eseguire il salasso (cavata di sangue) senza prescrizione medica e solo in caso di assoluta e comprovata urgenza". Gli speciali non potevano esercitare la professione medica, e i medici e i chirurghi dovevano astenersi dal distribuire medicinali o di avere interessi diretti nello smercio degli stessi.

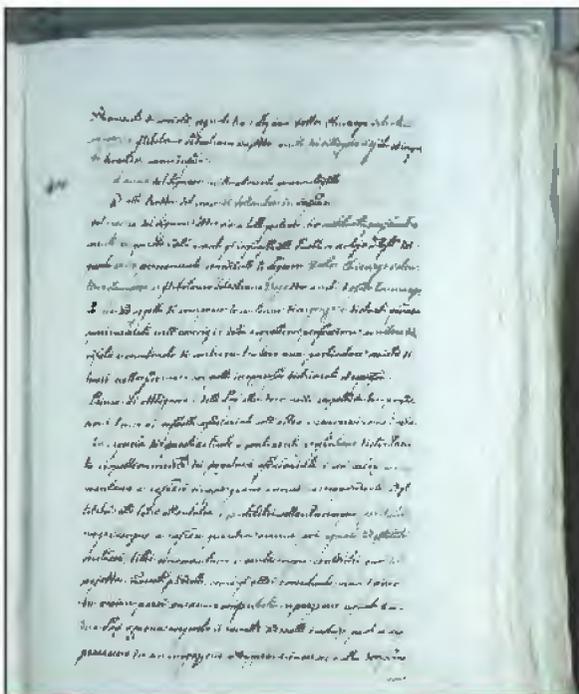
Inoltre, non era consentito "il cumulativo esercizio della medicina e chirurgia se non a coloro i quali avranno compiuto a quanto in proposito resta prescritto dalle leggi universitarie".

Nonostante le norme, i divieti e le sanzioni, tuttavia gli abusi da parte di ciarlatani e "falsi sanitari" erano frequentissimi. La confusione di ruoli e di ambiti d'intervento (medicina interna, alta e bassa chirurgia, flebotomia), nonché i contrasti sugli onorari, determinavano gravissime tensioni tra chi aveva titolo per esercitare: medici, chirurghi, flebotomi.

Le regole deontologiche davanti al notaio

Non doveva sfuggire alla parte più avvertita della classe medica (inserendo in questa i chirurghi, che di fatto esercitavano la facoltà di curare) che si trattava di una situazione che certo non giovava al prestigio e alla dignità dell'arte medica,

a cui erano strettamente collegati i doveri di chi esercitava legittimamente la professione e doveva avere un corretto comportamento professionale, non solo tecnico ma anche etico. Senza voler stabilire un diretto collegamento con il Codice di Deontologia ed etica del 1903, gli accordi di società firmati da gruppi di professionisti davanti ai notai, stipulati per regolare i rapporti professionali tra colleghi e con gli



L'atto notarile fra rogato fra il chirurgo Valentino Campus e il flebotomo Sebastiano Bagedda.

utenti propongono numerose suggestioni. Come emerge chiaramente dai preamboli, i contratti nascevano dall'esigenza di "scansare ogni dissensione, provazione o piccoli disturbi che tra loro potesse nascere per invidia sulla loro facoltà (usata qui nell'accezione di ambito di competenza) ... per aver salari uno più dell'altro... ed uno discreditando l'altro con vere o false informative, pregiudicandosi nell'onore e nella coscienza (sic)".

(Archivio di Stato di Sassari, Atto ro-

gato presso il notaio Vincenzo Ledda di Ozieri il 10 giugno 1823).

Espressioni simili si ritrovano in altri contratti, come quello rogato più di vent'anni dopo (settembre 1847) da un notaio di Sassari. Il chirurgo Valentino Campus e il flebotomo Sebastiano Bagedda, che esercitavano nel vicino paese di Osilo, stipulano l'atto *"all'oggetto di comporre le continue divergenze e disturbi finora sperimentati nell'esercizio della rispettiva professione"*.

La preoccupazione dominante in questi e in altri Atti, non sembra tanto quella del *"quieto vivere"*, ma della perdita di credibilità, della diffidenza e del disonore che ne derivava per il professionista e per l'arte medica.

Questa insistenza sulla necessità di evitare contrasti, che si ritrova anche in contratti simili in altre realtà (come ad esempio Bosa), rimanda a quello che è un carattere specifico del Codice del 1903, in cui la parte più corposa era quella che riguardava i rapporti con i colleghi: 37 articoli (contro i 12 relativi al rapporto con il pubblico e i 2 dei provvedimenti disciplinari).

Per evitare contrasti, i rapporti tra colleghi erano minuziosamente definiti: essi dovevano essere improntati alla collaborazione ed ispirarsi alla solidarietà, ai principi di reciproco rispetto e autonomia dell'altrui professionalità.

I chirurghi Francesco Sechi, Salvatore Contini, Giuseppe Fois, Filippo Ruggiu, Antonio Biancu, tutti di Ozieri *"Si obbligano di prestare l'uno all'altro tutt'assistenza in circostanze massime di trovarsi qualcheduno molto carico di travaglio o assente dal popolato..."* (Ozieri, 1823).

Inoltre si impegnavano *"ad attendere tutti i cubiculari (malati costretti a letto) che attualmente servono e volendo qualcuno di questi cambiare dovrà accettarlo quello che verrà richiesto senza nessun disagio né protesta..."*.

Il sanitario chiamato da un malato,

doveva *"prontamente accorrere, senza ricerca, per gelosia, dell'altro, non essendo però quello impedito da malattia..."*. Interessante è l'insistenza sugli ambiti di competenza, che sembra essere il retroterra di quel richiamo alla definizione di medico specialista, che ha attirato l'attenzione di qualche commentatore, contenuta nell'art. 31 del codice di Deontologia del 1903.

Ciascuno doveva esercitare in quella branca nella quale aveva una speciale competenza, per esempio *"operazioni di alta chirurgia come fratture, lussazioni d'osso e simili"*.

È inoltre evidente l'intento di elevare la coscienza di coloro che, provvisti di un titolo, esercitavano la medicina, richiamando il valore dell'importanza dell'arte medica e la necessità di evitare pratiche che potevano confondersi con quelle di pratici ed empirici.

Così radere la barba era considerata una mansione inappropriata che non rientrava nell'esercizio della Medicina: *"L'assistenza agli assalariati popolani s'intende per quanto riguarda la rispettiva propria professione, escluso perciò il servizio di radere la barba, quale non può intendersi né nell'alta né nella bassa chirurgia"* (Ozieri 1823). Un'affermazione che rimanda all'art.4 del Codice del 1903 che parla di tutela del decoro della classe medica.

In questa 57ª giornata del medico, volgere lo sguardo indietro, agli spunti di carattere deontologico contenuti in particolari Atti, come i contratti pluriennali di Società tra professionisti, ha aperto una più ampia prospettiva, aiutando a seguire l'evoluzione della deontologia nei diversi momenti storici, nella realtà in cui i futuri medici saranno chiamati ad operare, e nel contempo, individuare principi che mantengono la loro attualità a distanza di secoli, nella vita professionale.

FESTEGGIATO DA ALLIEVI E COLLEGHI

Pinotto Dettori una vita per la chirurgia fra insegnamento e sala operatoria

Quarant'anni di onorata carriera: è il caso di dirlo. Il professor Giuseppe Dettori, conosciuto da tutti come Pinotto Dettori, è andato in pensione il 1° novembre e l'Università di Sassari lo ha salutato il 20 ottobre con una cerimonia molto partecipata, a dimostrazione della stima e del riconoscimento che non soltanto l'ateneo e i colleghi, ma anche l'intero territorio sardo, nutrono per questo medico che ha dedicato la sua vita alla medicina.

Pinotto Dettori, laureato in medicina e chirurgia all'università di Sassari nel 1967, ha dedicato la propria vita professionale all'insegnamento e alla ricerca, senza mai trascurare l'attività di assistenza ospedaliera. Ha frequentato la titolata scuola chirurgica del professor Edmondo Malan, della quale è successivamente divenuto il referente per la Sar-

degna. In qualità di aiuto dei professori Paolo Biglioli e Giorgio Tiberio, ha progressivamente affinato la sua spiccata abilità nella chirurgia vascolare e dell'aorta toracica. Esperienze importanti che lo hanno portato a diventare un punto di riferimento per

l'esecuzione dei più impegnativi e complessi interventi su pazienti arteriopatici provenienti da tutta la Sardegna. Ha eseguito oltre 33 mila interventi chirurgici, ha praticato e insegnato chirurgia generale, vascolare e d'urgenza, pediatrica e toracica, oltre alla Chirurgia esofagea, pancreatica ed epatobiliare. Dall'anno accademico 1985/1986 è professore straordinario (poi ordinario) di clinica chirurgica generale al-

l'università di Sassari, e dal successivo anno accademico è stato chiamato a dirigere la clinica chirurgica universitaria, ruolo che ha ricoperto fino a ora. È autore



Pinotto Dettori alla cerimonia in suo onore

di oltre 500 pubblicazioni, edite sulle principali riviste nazionali e internazionali e sui trattati di chirurgia generale e vascolare, adottati come manuali di studio dalla maggior parte delle università italiane.

Pinotto Dettori ha concluso la sua brillante carriera come ordinario di chirurgia generale e direttore dell'unità operativa di clinica chirurgica, e sono stati i suoi allievi a promuovere una iniziativa speciale per salutarlo; in particolare Alberto Porcu, direttore della struttura complessa di chirurgia generale e grande obesità nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari, e Pietro Niolu, primario della divisione di chirurgia generale all'ospedale Santissima Annunziata di Sassari.

Sabato 20 ottobre, nell'aula magna dell'università di Sassari, il saluto a Pinotto Dettori è stato accompagnato dalle "Lecture di chirurgia epatobiliopancreatica", un evento organizzato in suo onore, al quale hanno aderito i maggiori chirurghi europei della disciplina.

Dopo i saluti del rettore Attilio Mastino e di Alberto Porcu, sono intervenuti gli esperti europei di chirurgia epatobiliopancreatica: **Henri Bismuth**, ex direttore dell'Istituto Paul Brousse di Parigi, con una lettura intitolata "Liver surgery: from the past to the future"; Daniel Azoulay, direttore della sezione epatobiliopancreatica e trapianti di fegato dell'ospedale **Henry Mondor di Parigi**, ha parlato di "Chirurgia delle metastasi epatiche da tumore colo-rettale"; Franco Mosca, direttore del dipartimento di chirurgia generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Pisa, ha illustrato lo "Sviluppo e applicazione di ausili per i chirurghi di domani: l'esperienza pisana"; Paola Andreani, che lavora al King's College di Londra, ha spiegato gli "Aspetti tecnici del trapianto di fegato" e raccontato l'esperienza dell'istituto britannico, che da anni è il primo in Europa per numero di tra-

panti epatici. Ha concluso Pinotto Dettori con una relazione sulla "Evoluzione nella terapia chirurgica" dell'idatidosi epatica".

Hanno moderato l'evento tre personaggi illustri dell'Accademia italiana: Paolo Biglioli, ex direttore della sezione di cardiocirurgia dell'università di Milano, conosciuto in tutto il mondo per i suoi studi sul trattamento degli aneurismi dell'aorta toracica e toraco-addominale; Gianfranco Azzena, ex direttore del dipartimento di chirurgia generale dell'università di Ferrara; Giuseppe Noya, direttore del dipartimento di scienze chirurgiche dell'università di Perugia.

Alla fine sono stati tanti gli allievi di Pinotto Dettori che hanno voluto rendergli omaggio, salutarlo e soprattutto ringraziarlo per i preziosi insegnamenti e l'umanità ricevuta. Toccanti i ringraziamenti anche del professor Biglioli, che ha citato l'esempio di "quando l'allievo supera il maestro", così come le parole di Alberto Porcu, il suo successore, e maggior promotore di questo saluto così speciale quanto meritato.

In tanti hanno sottolineato non solo le capacità mediche ma anche quelle umane, la facilità con cui Pinotto Dettori ha saputo dialogare con i collaboratori, con gli studenti e i pazienti.

Il rettore Attilio Mastino, a nome di tutta l'università di Sassari, ha ringraziato Dettori "per l'impegno profuso in tanti anni di professione medica", e gli ha consegnato una targa che testimonia il debito di riconoscenza dell'ateneo, della città e della Sardegna.

Pinotto Dettori si godrà ora la meritata pensione, accompagnato dal ringraziamento dei pazienti che hanno avuto la fortuna di incontrarlo e dei colleghi, soprattutto quelli più giovani, che hanno ricevuto in dote un grande bagaglio di professionalità.

Mariantonietta Izza

SASSARI HA RICORDATO LE DONNE VITTIME DI VIOLENZA

Piazza Monica Moretti simbolo di una città che non dimentica



di Rita Nonnis

Il 25 novembre 2012 in una bella giornata di sole, prolungamento di un'estate che quest'anno sembrava non volesse più lasciarci, è stata dedicata a Sassari una piazza a Monica Moretti, una collega barbaramente uccisa da uno stalker, ex paziente, in un gesto scellerato compiuto dieci anni fa. Monica Moretti era una giovane urologa, attenta e stimata professionista, dal carattere gioviale e disponibile. E forse proprio la sua solarità e attenzione verso i pazienti ha suscitato l'interesse morboso di chi non la vedeva come medico, ma solo come donna. Questo genere di situazioni, anche nel nostro lavoro di donne medico non sono infrequenti: espressioni di una sub-cultura che stenta a scomparire dal nostro sistema sociale in cui non vi è

l'abitudine al riconoscimento sociale del ruolo della donna.

La società che non riconosce le donne quale componente essenziale e paritaria della società, è una società iniqua, conflittuale, che genera violenza. Nella condizione della donna persistono ancor'oggi, nonostante l'emancipazione dei costumi, momenti molto drammatici costellati di episodi, purtroppo numerosi, di insensata violenza, come nel caso di Monica Moretti. Significativamente si è deciso di inaugurare la piazza il 25 novembre, Giornata Internazionale della violenza maschile contro le donne, dove si sono volute ricordare le 115 donne che quest'anno sono morte per mano di uomini, mariti, fidanzati, ex: una vittima ogni tre giorni, è questo il ritmo con cui si sussegue questo primato italiano della violenza sulle donne. Ed è su questo presupposto che viene scelto il nome per la nuova piazza da inaugurare. In questa occasione, su proposta di Eugenia



L'intitolazione della piazza, presente il sindaco Ganau

Tognotti docente universitaria, viene fatto il nome di Monica Moretti dal "Gruppo Donne in Carrella" di cui faccio parte, un gruppo di opinione nato su Facebook per promuovere quella visibilità che finora



Palloncini bianchi a forma di cuore in volo in piazza Monica Moretti

è mancata alle donne nella toponomastica della città e per sollecitare le istituzioni al dovere della memoria nella convinzione che anche attraverso un riequilibrio storico e culturale di genere si possa migliorare la società.

Si è creata subito una grande mobilitazione dei membri del gruppo che hanno diffuso e sostenuto l'idea coinvolgendo rapidamente l'opinione pubblica dell'intera città. La proposta è stata subito accolta dalle Istituzioni, e nella seduta del Consiglio Comunale del 6 luglio 2012 la nuova piazza è stata intitolata a Monica Moretti.

La convergenza e il consenso su questo nome sono stati immediati: Monica Moretti è stata scelta perché era una donna a cui è stato tolto il diritto di vivere, e la si è voluta far rivivere in questa piazza che vuole diventare il simbolo del cambiamento, come ha sottolineato il sindaco Gianfranco Ganau durante la cerimonia di inaugurazione; il simbolo di una comunità che vuole ricordare le donne della sua città. Questa piazza è il segno tangibile di una città che non dimentica ed è un importante gesto che la comunità di Sassari fa contro la violenza sulle donne.

Ma è anche un momento importante

per la famiglia: è il segno del dolore che esce dal confine del privato e che diventa pubblico, perché la comunità se ne fa carico. E questo transitare dal privato al pubblico è il primo passo per una consapevolezza che il problema della violenza sulle donne è un problema sociale e che come tale va

considerato per risolverlo. La sorella di Monica, **Debora**, ha portato la testimonianza di questo dolore che il tempo non ha mai sopito, descrivendo la sorella come una persona normale, che aveva un lavoro che svolgeva con passione, una vita, degli affetti prematuramente e insensatamente interrotti.

Anche l'Ordine dei Medici di Sassari, già nell'ottobre del 2008, in occasione del Convegno "Sanità per le Donne - Donne per la Sanità", manifestò la propria vicinanza e solidarietà alle famiglie di Monica Moretti e di Roberta Zedda, anche lei vittima di feroce violenza nell'ambulatorio di guardia medica di Solarussa nel 2008, consegnando loro una targa dell'Ordine.

Intitolare una strada ad una donna ha dunque una valenza importante, è il riconoscimento pubblico della storia e del valore delle donne nella società. Ed è solo attraverso il riconoscimento e il rispetto del ruolo e della dignità della donna, che si può costruire una società più equilibrata ed equa, capace di gestire i conflitti.

E questo Sassari potrà cominciare a farlo nel nome della nostra collega Monica Moretti.

Rita Nonnis

CONVEGNO A TEMPIO SU NORME E TERAPIE

Gli aspetti etici pratici e deontologici del dolore



di Piero Luigi Bellu

In armonia con l'obiettivo dell'Ordine dei Medici di Sassari, ben deciso a far sentire la sua presenza anche ai medici che operano nelle zone più periferiche, si è svolto a Tempio Pausania, il 10 novembre, un incontro intitolato: "Legge 38/2010; aspetti etici, deontologici e pratici. Il sottotitolo "Non ti sopporto più! Il dolore non va sopportato: va eliminato!" rende al meglio l'idea dell'orientamento e dello spirito del corso. Il convegno si è svolto

nei locali dello storico palazzo nobiliare Pes di Villamarina, antica residenza degli omonimi marchesi.

I lavori hanno impegnato i partecipanti per tutta la giornata, con una parte iniziale dedicata alla normativa in questione (Legge 38 e relativi risvolti) e alle sue applicazioni, tenuta dal presidente dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Sassari Agostino Sussarellu, poi seguita da un excursus sulla "definizione del dolore". Successivamente Antonio Demurtas ha esposto una relazione propedeutica di grande interesse sulla "neuro-fisiopatologia del dolore". Alla fine della sessione mattutina si è potuto assistere agli interventi di Anna Manconi su classificazione del dolore e diagnosi algologica, del consigliere dell'Ordine Monica Derosas, sugli aspetti psicosociali del dolore. Nel pomeriggio si sono alternati ancora Ago-

stino Sussarellu, che ha esposto un lavoro molto apprezzato sulle norme prescrittive dei farmaci stupefacenti, e sugli aspetti pratici della terapia del dolore, e Chiara Musio, che ha parlato della "rete delle cure palliative". L'elevato interesse degli argomenti trattati durante la giornata di studio è dimostrato dall'elevato numero di iscritti, che hanno seguito con attiva partecipazione i lavori fino alla discussione con-



Un momento del convegno: parla Agostino Sussarellu

clusiva, esprimendo numerose manifestazioni di gradimento per l'iniziativa. Non è certo passato inosservato il costante richiamo a considerare il dolore non solo come un sintomo da trattare, ma anche e soprattutto come espressione fisica e/o psicosomatica di uno stato di sofferenza e disagio manifestati da un essere umano.

Emerge quindi come messaggio principale la necessità di considerare il paziente che soffre nella globalità dei vari aspetti e coinvolgimenti psicofisici, ricorrendo a un approccio più sentito e partecipato da parte del clinico, che trasmetta solidarietà e assistenza totale, piuttosto che una mera erogazione di una pur qualificata prestazione professionale, spesso frutto di un protocollo operativo preconfezionato e tanto tecnicismo.

Il palazzo Pes di Villamarina

La nascita di questo edificio nobiliare si intreccia con la storia stessa della città.

Infatti, la medievale Villa Templi, a partire dal XVI secolo, inizia a trasformarsi nella cittadina di Tempio Pausania che raggiunge l'apice dell'espansione nel XIX secolo. Tra i principali attori di questa evoluzione diviene protagonista la famiglia dei nobili cavalieri Pes.

Questo palazzo, con il suo progressivo sviluppo, fino all'attuale estensio-



ne, che ne fa uno dei maggiori del centro storico, accompagna dagli alberi la storia dei Pes e della città. Il titolo di marchesi di Villamarina, concesso da Carlo VI d'Austria, viene assunto da don Francesco Pes nel 1711. Da allora, tra le altre, questa residenza, per prima, viene denominata palazzo Pes di Villamarina.

Tra gli uomini illustri della casata si annoverano il marchese Giacomo Francesco, viceré di Sardegna dal 1816 al 1818, e il cavaliere nobile don Gavino, detto don Baignu, sa-

cerdote e illustre poeta gallurese. Con Michele Pes, vescovo di Ampurias e Civita (1785-1804), un primo nucleo, passa alla chiesa.

La piena proprietà dell'intero complesso, adibito a residenza del vescovo e seminario minore, si raggiunge, con le ultime acquisizioni, soltanto nel 1933.

La totale dismissione dall'uso, avvenuta nel 1966 avvia, per l'antico seminario, un lungo periodo di decadenza. Il 2000 chiama

il palazzo Pes di Villamarina ad una nuova rinascita, adibito definitivamente ad attività culturali e ad ospitare la sede del *Museum Templense*, polo espositivo del Sistema museale della Diocesi di Tempio-Ampurias, gli Uffici diocesani dei Beni Culturali ecclesiastici e gli uffici amministrativi della Caritas diocesana.

Piero Luigi Bellu



Palazzo Pes di Villamarina

IL DECRETO PER IL RIORDINO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

Lo sviluppo dell'Italia è legato anche alla tutela dei livelli della salute

Il Parlamento ha convertito nella legge 189/2012 il decreto legge n. 158, introducendo importanti disposizioni, su argomenti di grande rilevanza, tra cui il "Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie" (art.1), "l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria" (art.2), le "misure in materia di tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie" (art.2-bis), la "responsabilità professionale dell'esercitante le professioni sanitarie" con l'esclusione, a certe condizioni, della responsabilità penale per i casi di colpa lieve (art.3), la "gestione e il monitoraggio dei rischi sanitari" (art.3-bis), la "dirigenza sanitaria e il governo clinico" (art.4).

Per un esame più approfondito del provvedimento e delle sue ripercussioni è possibile scaricare copia del provvedimento al [link Gazzetta ufficiale](#) del portale della FNOMCeO.

Corsi FAD

La Commissione nazionale per la formazione continua comunica che il corso Audit Clinico sarà attivo, nelle modalità *on line* e fax, fino al 31 dicembre 2012.

Si informano inoltre coloro che hanno già preso parte ai corsi FAD della FNOMCeO che, per motivi legati al *provider* tecnico e al notevole aumento delle partecipazioni nel periodo estivo, si è creato un ritardo nella lettura e analisi dei test di valutazione, per cui gli esiti dei corsi si potranno conoscere non prima della fine di novembre.

Prestigioso incarico a Carla Fundoni



Il comitato centrale della FNOMCeO, per meglio comprendere e capire le problematiche del mondo medico e odontoiatrico giovanile ha istituito l'*Osservatorio dei Giovani Medici e Odontoiatri*. Tale orga-

nismo ha il compito di promuovere e valutare la qualità della formazione post laurea e specialistica, favorendo l'inserimento competente ed esperto dei giovani nel mondo del lavoro; vigilare sulle caratteristiche economico-normative e deontologiche delle prime occupazioni affinché siano coerenti ai profili di autonomia e responsabilità dell'esercizio professionale; favorire l'accesso ad attività formative integrative che soddisfino bisogni emergenti di *know how*, competenze e *non technical skills* idonei a favorirne l'ingresso nel mercato del lavoro professionale: promuovere e valorizzare energie e culture idonee a garantire la formazione di gruppi dirigenti professionali nell'ambito delle istituzioni ordinistiche.

I nostri giovani vivono una condizione avara di occasioni per costruire progetti professionali stabili, proficui per un adeguato servizio verso la persona e la col-

lettività, imperniato sui valori deontologici che stanno alla base dell'arte medica; il rischio è quello di vedere i nuovi colleghi schiacciati dal peso di un mercato del lavoro che riduce sempre più le tutele, che favorisce il precariato mordi e fuggi, l'abusivismo e il prestanomismo, fenomeni che sono nemici storici di tutto ciò che rappresenta l'essere medico. L'Osservatorio è costituito da quindici giovani medici e cinque giovani odontoiatri, designati dalle rispettive Commissioni di Albo e approvati dal Comitato centrale.

Carla Fundoni, che fa parte del direttivo dell'Ordine di Sassari, è stata designata membro di tale prestigiosa commissione in qualità di esperto, in virtù delle sue notevoli capacità e competenze professionali. A lei vanno i più sinceri complimenti per l'importante incarico, nonché gli auguri di un lavoro proficuo da parte di tutto il Consiglio direttivo dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Sassari.

Mediazione obbligatoria

La Corte costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale, per eccesso di delega legislativa, della obbligatorietà della mediazione (d. lgs. n. 28/2010); nel prossimo numero di Sassari Medica un approfondimento sugli effetti di questa pronuncia in ambito di mediazione in sanità e sui programmi del nostro Ordine.

Chi presenta gli esposti non può opporsi alle decisioni dell'Ordine

Nel caso di un esposto presentato dal CODACONS al Consiglio dell'Ordine di Roma, in cui si chiedeva l'adozione di sanzioni disciplinari nei confronti di un medico, il Consiglio di Stato, con sentenza n. 5685 del 8 novembre 2012, stabilisce che *"la presentazione di un esposto non*

costituisce di per sé atto d'impulso procedimentale e non fa assumere al suo autore la qualità di parte del procedimento che eventualmente venga iniziato (d'ufficio) in conseguenza dell'esposto stesso"; da ciò si può dedurre che il presentatore di un esposto all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri non può opporsi alle decisioni adottate dal medesimo Ordine.



Palazzetto spagnolo del XVII secolo

PREVENZIONE, MISURAZIONE VALUTAZIONE E MONITORAGGIO

Spessore miointimale carotideo indicatore rischio cardiovascolare



di Leonardo Sechi*

La prevenzione della patologia cardiovascolare costituisce ancora oggi una delle sfide più impegnative nel mondo medico. Gli strumenti oggi utilizzati, le cosiddette tavole del rischio, hanno dimostrato sicura efficacia sebbene possano arricchirsi in modo significativo, almeno in alcuni contesti, del supporto di procedure strumentali che valutino la presenza di danno vascolare iniziale. La misurazione dello spessore miointimale dei vasi carotidei costituisce uno dei possibili supporti alla valutazione del rischio, la cui implementazione potrebbe migliorare l'approccio alla prevenzione e fornire un utile strumento di monitoraggio degli interventi terapeutici.

Premessa

Sono trascorsi oltre 50 anni da quando lo studio di Framingham ha identificato i principali fattori di rischio cardiovascolare. L'età, il sesso, il fumo, l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito, l'ipercolesterolemia soprattutto se associata a bassi livelli di colesterolo-HDL e l'obesità favoriscono la comparsa di processi aterosclerotici e con essi di eventi critici quali l'infarto del miocardio e l'ictus cerebrale che

costituiscono, ancora oggi, la causa più frequente di mortalità e disabilità nel mondo occidentale. In tempi più recenti sono stati individuati numerosi fattori di rischio cardiovascolare aggiuntivi, identificati anche come "emergenti" o "minori", tra cui l'omocisteina, la lipoproteina(a), la proteina C reattiva, alcuni fattori della coagulazione, e tanti altri che possono facilitare l'aterogenesi nelle sue diverse fasi, ma la cui correzione non ha ancora dimostrato ricadute cliniche significative.

Nell'ambito della prevenzione delle malattie cardiovascolari, la quantificazione del rischio di andare incontro a eventi maggiori è un aspetto di assoluta rilevanza e fa riferimento principalmente alla valutazione dei fattori di rischio classici che, combinati tra loro, definiscono il cosiddetto "rischio cardiovascolare globale". Questo rischio globale viene quantificato comunemente mediante delle tabelle che definiscono la probabilità del verificarsi di eventi maggiori nell'arco dei 10 anni successivi al momento della valutazione. Tali tabelle consentono, inoltre, di adattare al profilo di rischio di ogni singolo soggetto l'intensità degli interventi correttivi sui singoli fattori presenti, dovendo essere ciascun intervento più aggressivo quanto più alto è il livello del rischio cardiovascolare globale.

Per quanto di grandissima utilità, il sistema basato sull'utilizzo delle tabelle del rischio ha dimostrato alcuni importanti limiti nella valutazione del rischio individuale. In primo luogo, ciò è dovuto al fatto che, per ovvie questioni di praticità, le tabelle considerano solo i fattori di ri-

schio convenzionali. In secondo luogo, vi è chiara evidenza che per ogni livello di esposizione a un determinato fattore di rischio vi sia una considerevole variabilità individuale nella entità del danno vascolare che viene a realizzarsi, fatto che potrebbe trovare spiegazione in una diversa suscettibilità determinata su base genetica che, ancora oggi, non può essere agevolmente identificata.

In definitiva, si può affermare che, a fronte di forti progressi in ambito epidemiologico, quello della previsione degli eventi cardiovascolari rimane un tema alquanto complesso manifestando evidenti limiti che peraltro potrebbero essere superati facendo ricorso a metodiche che quantifichino il danno vascolare a livello subclinico, ossia nelle fasi più iniziali del processo aterosclerotico.

Tra queste metodiche ve ne sono alcune di applicazione relativamente semplice, che pian piano si vanno inserendo nella pratica clinica e vengono prese in considerazione anche dalle correnti linee guida, come ad esempio la misurazione della velocità dell'onda pulsatoria (*pulse wave velocity*). Altre, più complesse, hanno l'obiettivo di valutare anomalie nella risposta dell'endotelio (es. la vasodilatazione flusso mediata dell'arteria brachiale, *flow mediated dilation*) che costituisce una delle fasi anticipatorie di tutti i processi aterosclerotici. Infine, può essere ottenuta non invasivamente, con l'ecografia, la misurazione dello spessore interno della parete dei vasi arteriosi. Questa misurazione viene eseguita solitamente a livello dei vasi carotidei e tecnicamente viene identificata come spessore medio-intimale (*intima-media thickness*, IMT). La misurazione dell'IMT consente di rilevare il processo aterosclerotico nelle sue fasi iniziali e, essendo facilmente ripetibile, può consentire anche un monitoraggio nel tempo, eventualmente in risposta ad interventi preventivi farmacologici o non farmacologici.

Il significato dello spessore intima-media carotideo

La misurazione dell'IMT carotideo deve essere riproducibile e pertanto sono state definite delle modalità convenzionali per ottenerla (figura). Essa è attualmente accettata come marcatore surrogato di aterosclerosi in quanto il dato ecografico correla bene con quello anatomopatologico e, negli studi clinici, acquisisce il significato dei fattori di rischio cardiovascolare classici. Di fatto, numerosi studi hanno accertato il ruolo dell'IMT carotideo nel predire gli eventi cardiovascolari maggiori e una metaanalisi recente condotta su più di 37.000 soggetti ha portato a concludere che un incremento dell'IMT di 0.1 mm si associa ad un aumento del 10-15% del rischio di andare incontro a infarto miocardico acuto e del 13-18% di ictus. E' stata dimostrata anche una stretta associazione tra l'IMT e fattori di rischio cardiovascolare sia considerando quelli classici (età, ipertensione, diabete, dislipidemia) che quelli emergenti. In un articolo pubblicato di recente nel *Journal of Atherosclerosis and Thrombosis* abbiamo dimostrato come uno dei fattori più strettamente correlati ad un incremento dell'IMT sia la presenza di uno stato protrombotico, evidenziando in tal modo un ruolo del sistema coagulativo, notoriamente coinvolto nelle fasi più avanzate del processo aterosclerotico, anche nelle fasi più precoci dell'aterogenesi.

Dal punto di vista clinico, la misura dell'IMT può essere utile soprattutto nel fornire elementi aggiuntivi qualora vi sia incertezza sull'atteggiamento terapeutico da tenere con un determinato paziente. Questo vale soprattutto nel caso dei pazienti a rischio "intermedio" secondo il vecchio schema di Framingham (10-20% di rischio di eventi in 10 anni), che costituiscono circa il 40% della popolazione generale. Vi sono infatti degli studi che indicano come il rilevare un valore aumentato di IMT in questi pazienti li faccia slittare in una fascia di rischio più alta.



ESEMPIO DI MISURAZIONE DELLO SPESSORE MEDIANTE ECOGRAFIA

Sono pertanto questi i pazienti a cui andrebbe suggerita la valutazione dell'IMT che invece sarebbe di scarsa utilità clinica sia nei pazienti a rischio basso (inferiore al 10%) che in quelli a rischio alto-molto alto (superiore al 20%). In considerazione della facile ripetibilità della misurazione, della sua non invasività e della buona correlazione con l'incidenza di eventi coronarici e cerebrovascolari, l'IMT è stato ampiamente utilizzato come variabile di outcome in studi clinici che hanno valutato l'efficacia di una serie di interventi farmacologici e non farmacologici che sono di comune impiego nel trattamento delle patologie cardiovascolari e dei fattori di rischio. Solo per citare alcuni esempi, tra i farmaci antiipertensivi è stata osservata una riduzione dell'IMT sia con alcuni inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE-inibitori) che con i calcio antagonisti diidropiridinici (es. amlodipina), mentre i calcio antagonisti benzilalchilaminici (es. verapamil) hanno solo un effetto di rallentamento della progressione. Tra gli antidiabetici, un effetto di riduzione dell'IMT indipendente dalla variazione dei livelli glicemici è stato dimostrato con

i tiazolidindioni ma non con le sulfaniluree. Le evidenze più significative, però, sono quelle ottenute con l'impiego degli inibitori dell'HMGCoA reduttasi, le cosiddette statine. Con l'impiego di diversi di questi farmaci si è potuto dimostrare che la riduzione di IMT conseguente al loro impiego era strettamente associata a una riduzione di morbilità e mortalità cardiovascolare. Questo tipo di evidenza è stata ottenuta anche in soggetti con valori di colesterolo plasmatico entro la norma ad indicare un potenziale effetto delle statine sulla parete vascolare

indipendente da quello sui livelli di colesterolo.

In conclusione, si può affermare che la misurazione dell'IMT può costituire oggi un elemento di ausilio nella definizione del profilo di rischio cardiovascolare dei pazienti, in maniera particolare in coloro che sono inquadrabili in una fascia di rischio intermedio. Può inoltre consentire una valutazione *in itinere* dell'efficacia dell'intervento terapeutico sui vari fattori di rischio che siano stati identificati nel singolo soggetto e, eventualmente, di consentirne la modulazione. Peraltro, come per gli altri fattori di rischio cardiovascolare, rimane aperto il problema della definizione appropriata del "valore soglia" al quale attribuire un significato patologico. Sotto questo profilo saranno necessari studi ulteriori finalizzati a definire tali valori in popolazioni diverse.

* *Direttore Clinica Medica e Dipartimento di Medicina Interna, Università di Udine; direttore Scuola di Specializzazione in Medicina Interna e Medicina d'Emergenza-Urgenza. Pro-Rettore Vicario Università di Udine*

PREVENZIONE E CORRETTA COMUNICAZIONE

Influenza: vaccini sicuri? Dubbi sospetti e ingiustificati allarmismi



di Paolo Castiglia e Giovanni Sotgiu*

“**L**e vaccinazioni sono vittime del loro stesso successo”: vale a dire, più la malattia viene contenuta nella sua incidenza ad opera della profilassi vaccinale, più si perde nella popolazione la percezione del bisogno di prevenzione e dunque del ricorso alla vaccinazione.

Questo fenomeno rischia di minare alla base le strategie di prevenzione, in quanto fino a che non si pervenga all'eradicazione di una malattia, come avvenuto per il vaiolo, e solo le malattie che riconoscono un “reservoir” esclusivamente umano sono suscettibili di eradicazione, sarà necessario non solo mantenere elevati livelli di copertura vaccinale, ma talvolta risulterà necessario implementare dei richiami periodici per garantire una duratura protezione, dato che

i *booster* naturali derivanti dall'incontro coll'agente eziologico diminuiranno in funzione del contenimento della malattia.

Ne consegue che una corretta comunicazione in campo vaccinale riveste un ruolo fondamentale nell'ottica di mantenere una adeguata *compliance*.

Il vaccinando, infatti, in quanto soggetto sano, ha generalmente una bassa percezione del rischio di malattia e tende piuttosto a focalizzare la sua attenzione sui rischi che possono derivare dalla vaccinazione. Sul versante terapeutico, invece, il paziente afflitto dalla propria malattia ha un'esatta percezione del bisogno di salute ed accetta terapie gravate talvolta anche da seri e frequenti eventi avversi.

Per questo motivo, notizie non solo su accertati rari eventi avversi da vaccino, ma anche su rischi solamente ipotizzabili e non plausibili, hanno da sempre, nella storia dei vaccini, portato ad una caduta

della *compliance* vaccinale, fino a veri e propri rifiuti di massa (vaccino antivaioleso, vaccino antipertussico cellulare, vaccino antinfluenzale pandemico).

Le motivazioni che insinuano nella popolazione un sospetto nei confronti delle vaccinazioni sono diverse: vi è infatti il naturale meccanismo di difesa visto prima, per il quale la bassa



**CONVOCAZIONE
ASSEMBLEA ORDINARIA
ANNUALE**

18 DICEMBRE 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 15 dicembre 2012 alle ore 24.00 in prima convocazione e il giorno **18 dicembre 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) Bilancio di previsione anno 2013**
- 3) Varie ed eventuali**

Si ricorda che l'Assemblea è valida in prima convocazione se è presente almeno un quarto 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 **18 dicembre 2012** il dott.

....., lì

firma

percezione del rischio di malattia tende a far sovrastimare il rischio delle vaccinazioni; vi sono poi le legittime preoccupazioni di genitori che si sentono sempre più responsabili delle decisioni che assumono per i propri figli, o più in generale dei tutori per i tutelati; ma vi sono anche gli interessi economici dei privati, degli avvocati e dei consulenti che mirano ad ottenere i risarcimenti previsti dalla legge per i danni da vaccino; per arrivare, infine, all'interesse di chi, con l'obiettivo di raccogliere un consenso politico, identifica nell'antivaccinismo una delle politiche alternative a quelle di governo.

Per questo, le società scientifiche e le istituzioni hanno giustamente studiato e implementato i più sensibili sistemi di sorveglianza e di controllo sui vaccini per informare la popolazione sulla loro sicurezza.

Il rovescio della medaglia è però che anche questo non è sufficiente a dirimere i sospetti; la recente esperienza sul blocco dei vaccini influenzali ci insegna infatti che è forse giunto il momento di rivedere le nostre tecniche di comunicazione, in quanto informazioni a provvedimenti anche ipergarantisti vengono spesso misinterpretati.

Vediamo brevemente cosa è accaduto: lo scorso 24 ottobre il ministero della Salute e l'AIFA (Agenzia Italiana per il Farmaco) avevano deciso di bloccare i lotti di 4 vaccini antinfluenzali di una nota azienda produttrice con sede in Italia, poiché avevano avuto notizia di alcune anomalie in fase di produzione. Si trattava della comunicazione, da parte dell'azienda stessa, che durante la produzione di uno dei lotti vaccinali nel mese di luglio si era notato un incremento della tendenza all'aggregazione di una delle proteine antigene del vaccino (l'emoagglutinina del Virus B). Questo portava, con una probabilità di circa 1 fiala ogni 3000, al verificarsi di un precipitato flocculante, probabilmente a causa di uno spostamento del pH in

fase di produzione, che accentuava la naturale tendenza all'aggregazione da parte di queste proteine. Lo stesso fenomeno non si era poi verificato in altri lotti. Per questo il lotto in questione era stato immediatamente "isolato" e tenuto sotto studio dalla stessa azienda.

Da sottolineare che gli aggregati proteici hanno un potere immune diverso dalle macromolecole proteiche: l'aggregazione delle proteine antigene, infatti, non costituisce di per sé un pericolo per la salute, in quanto non aumenta il rischio di anafilassi (fenomeno invece comune alle macromolecole proteiche come le albumine), essa favorisce invece l'immunogenicità aumentando l'efficacia vaccinale (in alcuni vaccini si sfrutta questo principio aggiungendo volutamente degli adiuvanti come l'idrossido di alluminio che, aggregando l'antigene in un complesso che permane più a lungo nel sito di iniezione, è in grado di stimolare in maniera più efficace la risposta immune). Inoltre, a quel momento non risultava alcun evento avverso segnalato dai due Paesi (Canada e Regno Unito) che avevano già cominciato a somministrare quei vaccini: circa 2 milioni di dosi. Ciò nonostante, il Ministero della Salute e l'AIFA, in attesa di verificare le analisi effettuate dall'azienda produttrice, hanno ancora una volta adottato correttamente un principio altamente cautelativo. Negli altri lotti prodotti, bloccati e ricontrollati, questo fenomeno non si era infatti più verificato.

La notizia del ritiro ha avuto una forte eco sulla stampa nazionale ed internazionale e sulla quale si sono innestate anche delle "canzonate" (notizie giornalistiche false, dal nome dell'avvocato che le ha ideate e che è passato di recente alla ribalta per la sua fervida fantasia giornalistica ndr), quale quella di una sedicente signora che si sarebbe sentita male a seguito della somministrazione di uno di quei vaccini da parte del suo medico, in una realtà nella quale il vaccino non



La vaccinazione di una paziente

era stato reso disponibile ai medici e non era stato neanche distribuito nelle farmacie!

Il blocco ministeriale è durato poco più di due settimane, il tempo necessario per le verifiche sulla documentazione prodotta dall'azienda e per le analisi accessorie effettuate dall'azienda e dall'Istituto superiore di sanità. Si rammenta infatti come ogni lotto rilasciato vada incontro a una lunga serie di rigorosi test.

Anche se tutto questo indica come i vaccini siano soggetti a controlli estremamente accurati, che ne evidenziano in modo inequivocabile la completa sicurezza, il solo fatto di averlo ribadito a mezzo stampa ha però rinnovato il sospetto che la popolazione nutre nei confronti delle vaccinazioni. E non solo della popolazione, purtroppo.

Molti colleghi il giorno dopo l'uscita della notizia, senza preoccuparsi di acquisire alcuna ulteriore informazione se non quella giornalistica, con tutte le "canzonate" che essa può comportare, andavano dichiarando "ah, certo quest'anno non mi vaccino...".

Quale potrà essere l'atteggiamento

dei nostri assistiti se questo è l'atteggiamento di alcuni, spero pochi, colleghi? Potranno questi colleghi raccomandare la vaccinazione ai loro pazienti a rischio? Se sì, con quale empatia ed *empowerment*?

È giusto che le informazioni vengano diffuse a tutta la popolazione, ma è sconcertante che ci siano medici che non hanno la capacità critica per discernere tra fonti attendibili e non o al-

meno l'umiltà per chiedere consulto ai colleghi specialisti nel settore. Il risultato è stato finora un crollo delle vaccinazioni nonostante sia stato ancora una volta dimostrato che i vaccini sono efficaci e sicuri.

Vogliamo ricordare che l'influenza colpisce in Italia da 6 ad 9 milioni di persone, causando circa 8.000 morti all'anno (il doppio di quelli per incidenti stradali) e che la vaccinazione rappresenta il solo strumento veramente efficace nel limitare i danni di questa malattia. È perciò di fondamentale importanza che i soggetti anziani e coloro che sono a rischio elevato di complicanze si vaccinino anche quest'anno, e così anche noi medici nell'interesse dei nostri pazienti. Se non altro per rispondere "Sì", senza imbarazzo, al paziente che quando gli proporremo la vaccinazione ci chiederà "ma lei, dottore, si è vaccinato?"

**Paolo Castiglia, Professore ordinario di Igiene e Medicina Preventiva*

**Giovanni Sotgiu, Professore associato di Statistica medica,*

Chair of the European Respiratory Society Tuberculosis group

I DATI SU CAUSE E FATTORI DI RISCHIO

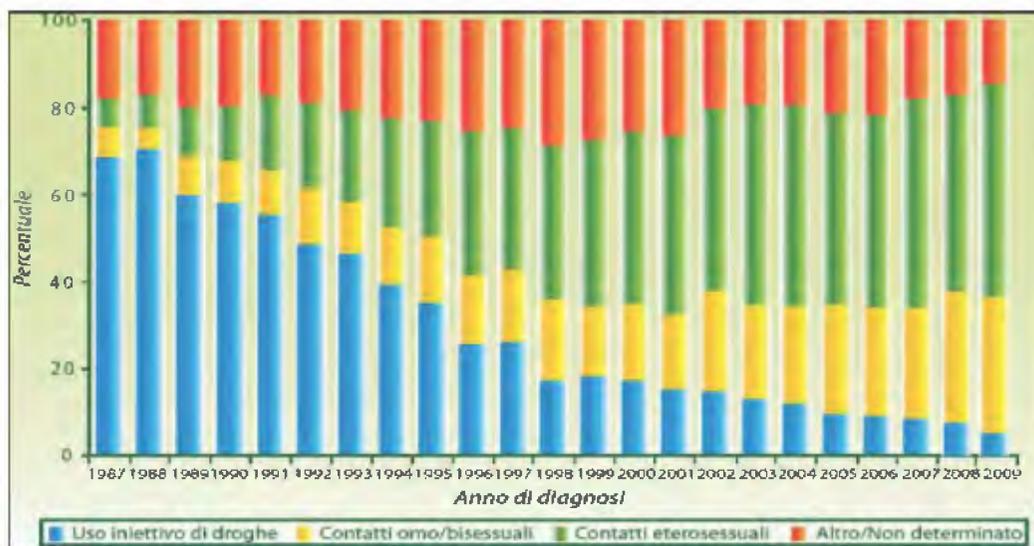
Evoluzione epidemiologica dell'HIV AIDS prevenzione e profilassi postesposizione

La storia dell'epidemia da virus HIV, la cui scoperta risale ormai a trent'anni fa, è divisa in due periodi temporalmente simili (tre lustri ciascuno) dallo spartiacque costituito dall'introduzione delle prime terapie veramente efficaci (HAART) e dalla possibilità di monitorare la replicazione virale grazie a tecniche diagnostiche di biologia molecolare.

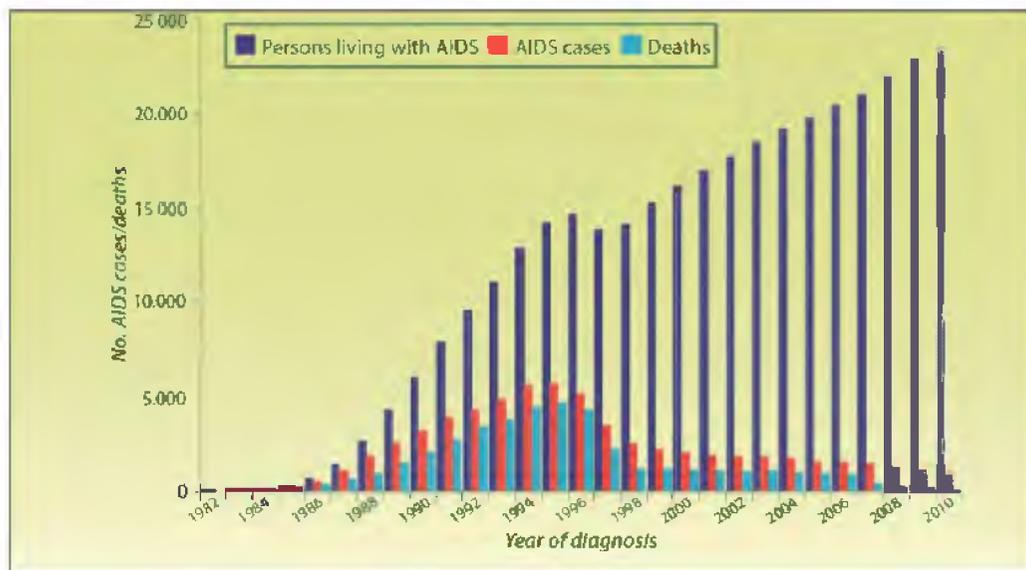
Dal 1981 al 1995 l'evoluzione dell'infezione conduceva quasi ineluttabilmente all'exitus del paziente in seguito alla comparsa di gravi infezioni e/o tumori opportunistici conseguenza della grave immunocompromissione determinata dalla replicazione del virus HIV. In quel periodo i tassi di letalità sfioravano o raggiungevano il 100%. A partire dal 1996 l'utilizzo di combinazioni di farmaci in grado di controllare la replicazione del virus e la possibilità

di monitorare l'attività virale e la risposta alla terapia (grazie a metodiche di PCR in grado di quantificare l'RNA virale) ha determinato una progressiva diminuzione dei tassi di letalità ed una marcata riduzione del manifestarsi di patologie opportunistiche marcatrici di AIDS.

Nel corso del trentennio di convivenza con HIV/AIDS si sono anche verificati importanti cambiamenti dal punto di vista epidemiologico: al giorno d'oggi, infatti la maggior parte delle nuove infezioni sono da imputare a trasmissione sessuale mentre negli anni 80 e 90 la stragrande maggioranza delle nuove diagnosi erano conseguenza (almeno nei paesi occidentali) dello scambio di siringhe fra tossicodipendenti per l'utilizzo di droghe per via endovenosa. I dati riportati nella figura qui sotto sono pubblicati sul bollettino



<http://www.iss.it/binary/publcont/COA3.pdf>



<http://www.iss.it/binary/pubblcont/COA3.pdf>

del COA (Centro Operativo AIDS) dell'ISS consultabile all'indirizzo segnalato sotto le immagini. La minore consapevolezza di un comportamento a rischio in chi con-

trae l'infezione a seguito di contagio sessuale rispetto a chi scambiava siringhe per l'uso di droghe ha fatto sì che le nuove infezioni diagnosticate nell'ultimo decennio

TIPO DI ESPOSIZIONE	SC/esp	Tasso %	I.C. 95%
<i>Percutanea (punture, tagli)</i> Pre-HAART (1986-1996) *2 punture con ago cavo pieno di sangue. 1 taglio profondo con bisturi con contatto diretto della lesione con sangue. non PPE	3*/2066	0.14	0.03-0.42
Post-HAART (1997-2011) **1 puntura con ago cavo pieno di sangue. non PPE [ref. 82]	1**/1162	0.09	0.002-0.48
<i>Contaminazione mucosa</i> Pre-HAART (1986-1996) † sangue su congiuntiva. un fallimento della PPE con ZDV	2†/486	0.41	0.05-1.48
Post-HAART (1997-2011)	0/835	0	-0.44
<i>Contaminazione di cute lesa</i> Pre e post-HAART	0/792	0	-0.40
Fattori che aumentano il rischio di SC [ref. 2]	Odds ratio	I.C. 95%	P**
Puntura profonda	15.34	6.01-41.05	< 0.001
Sangue visibile sul presidio	6.18	2.15-20.74	0.001
Ago usato in vena o arteria	4.33	1.17-11.89	0.003
Paziente fonte in fase terminale*	5.60	1.99-16.06	0.001
* indicativa di alta viremia			

TIPO DI ESPOSIZIONE	RISCHIO STIMATO	RIFERIMENTO
Scambio di siringa/ago con fonte infetta	0.67% (1 su 150)	[83]
Rapporto anale recettivo con fonte infetta ⁽¹⁾	1,4% (3 su 200)	[14-15]
Rapporto vaginale recettivo con fonte infetta	0,1% (1 su 1000) - 0,2% (2 su 1000)	[14]
Rapporto anale insertivo con fonte infetta ⁽²⁾	0,065% (1 su 1500)	[15]
Rapporto vaginale insertivo con fonte infetta ⁽²⁾	0,05% (1 su 2000)	[14]
Rapporto orale (fellatio) recettivo con fonte infetta (1)	0-0,04% (1 su 2500)	[16]
Rapporto orale (fellatio) insertivo con fonte infetta	0	[16]
FATTORI CHE INFLUENZANO IL RISCHIO DI INFEZIONE [ref. 14]	ODDS RATIO	I.C. 95%
Nessuna IST	1	
Non malattia genitale ulcerativa	1,11	0,3-4,14
Malattia genitale ulcerativa	5,29	1,43-19,58
Rapporto non con sex worker	1	
Rapporto con sex worker (paesi ad alta endemia e basso reddito)	11,08	3,47-35,35
Esposizione a fonte HIV asintomatica	1	
Esposizione a fonte HIV nei primi 5 mesi dalla sierconversione	9,17	4,47-18,81
Esposizione a fonte HIV nei 6-15 mesi precedenti il decesso	7,27	4,45-11,88
*Il rischio è significativamente ridotto se la fonte è in terapia ARV con viremia stabilmente non rilevabile negli ultimi mesi e non presenta IST.		
⁽¹⁾ Il rischio è ridotto in assenza di ejaculazione		
⁽²⁾ Il rischio sembra essere minore nei soggetti circoncisi.		

abbiano individuato pazienti in uno stadio più avanzato di infezione. La diminuita mortalità dovuta all'efficacia dei trattamenti unita ad un numero di nuove infezioni che è rimasto stabile ha naturalmente determinato un progressivo aumento del numero di persone viventi portatrici di

infezione da HIV. La possibilità di contrarre l'infezione in seguito a esposizione accidentale per motivi professionali e non professionali è evidentemente vecchia quanto la storia dell'epidemia. Al giorno d'oggi l'utilizzo di farmaci antiretrovirali allo scopo di scongiurare il contagio del-

Raccomandazioni per l'offerta

A) ESPOSIZIONI OCCUPAZIONALI	
Modalità di esposizione	Paziente fonte
Puntura con ago usato in vena o arteria	HIV+* oppure
Lesione profonda con ago o tagliante solido visibilmente contaminato da sangue	HIV negativo ma con storia o patologia in atto indicative di esposizione a rischio molto recente (per esempio epatite virale acuta, IST, endocardite del cuore destro) oppure che rifiuta di sottoporsi alla sierologia per HIV
Contaminazione congiuntivale con sangue o liquor	HIV+*
Esposizione a materiale ad elevata concentrazione virale (per esempio colture, sospensioni concentrate di virus) con qualsiasi modalità	
*Il rischio è significativamente ridotto se la fonte è in terapia ARV con viremia stabilmente non rilevabile negli ultimi mesi	
In situazioni diverse da quelle indicate, la PPE può essere presa in considerazione da un esperto sulla base di una attenta valutazione del rischio che tenga conto della efficienza di trasmissione propria della modalità di esposizione e della contagiosità della fonte.	

B) ESPOSIZIONI NON OCCUPAZIONALI	
Modalità di esposizione	Paziente fonte
Rapporto anale, vaginale, orale recettivo (fellatio) con eiaculazione interna	HIV+* oppure HIV negativo ma con storia o patologia in atto indicative di esposizione a rischio molto recente (per esempio epatite virale acuta, IST, endocardite del cuore destro) oppure Sierologia per HIV non nota in soggetto con comportamenti ad alto rischio oppure in caso di violenza sessuale
Rapporto anale o vaginale insertivo senza protezione o con protezione inefficace	HIV+*
Rapporto anale, vaginale, orale recettivo (fellatio) senza eiaculazione interna senza protezione	HIV+* oppure in caso di violenza sessuale
Scambio di siringa o altro materiale utilizzato in comune con altri per l'uso di droga	A prescindere dallo stato sierologico della fonte
* Il rischio è significativamente ridotto se la fonte è in terapia ARV con viremia stabilmente non rilevabile negli ultimi mesi; aumentato se si verificano traumi (es. traumatismi in seguito a violenza), se c'è presenza di sangue o IST in atto soprattutto se con malattia ulcerativa. In situazioni diverse da quelle indicate, la PPE può essere presa in considerazione da un esperto sulla base di una attenta valutazione del rischio che tenga conto della efficienza di trasmissione propria della modalità di esposizione e della contagiosità della fonte.	

l'infezione dopo tali eventi, appare una misura di prevenzione consolidata. Non essendo naturalmente etico disegnare un trial randomizzato per la valutazione dell'efficacia della profilassi postesposizione (PEP) la convinzione della sua utilità è basata sulla plausibilità biologica, su studi osservazionali e sugli studi clinici condotti per la prevenzione dell'infezione pre, peri e post natale.

Dopo un'esposizione percutanea o mucosa il virus replica nelle cellule dendritiche e la successiva migrazione verso i linfonodi attraverso il torrente linfatico determina entro 48 ore l'infezione sistemica; ne deriva che la PEP risulta tanto più efficace quanto più è precoce (preferibilmente entro 1-4h) e non deve essere dilazionata oltre le 48 ore. Naturalmente la possibilità di sieroconversione dopo esposizione correla significativamente con la concentrazione del virus nel sangue o nei liquidi biologici dell'individuo fonte.

Casi di fallimento alla PEP in ambiente sanitario sono descritti nell'ultimo documento ufficiale di linee guida americano risalente al 2005 (Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Mana-

gement of Occupational Exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis). In tutti i casi descritti la profilassi era stata eseguita con trattamenti a basso indice terapeutico, responsabili di pesanti effetti collaterali, considerati oggi obsoleti; inoltre i test di genotipizzazione (disponibili su larga scala dai primi anni 2000) avevano documentato presenza di mutazioni del genotipo virale in grado di conferire farmacoresistenza rendendo così parzialmente o totalmente inefficace la PEP.

Le ultime linee guida italiane datate luglio 2012 dedicano un ampio capitolo alla profilassi postesposizione.

Vengono in queste pagine riportate le tabelle più significative del documento indicanti il rischio per singola esposizione e le raccomandazioni per l'offerta della PEP (i dati per il rischio occupazionale sono tratti dallo Studio Italiano Rischio Occupazionale da HIV (SIROH) 1986-2011).

IST= Infezioni trasmesse per via sessuale

Le tabelle sono tratte da: Linee guida italiane sull'utilizzo dei farmaci antire-



trovabili e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1 luglio 2012.

Le modalità dell'esposizione e lo stato sierologico della fonte influenzano, come si evince dalle tabelle, l'eventuale offerta o raccomandazione della PEP che, quando iniziata, deve essere intrapresa con un regime di combinazione a tre farmaci e protratta per 4 settimane. Come detto la tempestività della PEP è un elemento cruciale per l'efficacia della stessa.

Allo scopo di ridurre i tempi fra l'esposizione e l'eventuale offerta della PEP l'Istituto della Medicina del Lavoro dell'AOUI di Sassari, in collaborazione con l'Istituto di Malattie Infettive (IMI) ha predisposto un servizio on line (registro infortuni) che prevede la possibilità per tutti i reparti facenti capo all'AOUI di inserire con semplicità e rapidità i dati dell'infortunato, le modalità dell'infortunio

e le notizie sul paziente fonte. Le videate sono immediatamente fruibili dallo specialista infettivologo, disponibile presso l'Istituto di Malattie Infettive 24 ore su 24 che, appena l'infortunato si presenta, dispone già di tutti gli elementi necessari all'eventuale offerta o raccomandazione della PEP.

Lo specialista infettivologo è comunque disponibile in Istituto anche per la valutazione di tutte le altre esposizioni professionali e non; per le prime è sufficiente che il lavoratore infortunato si presenti (il più rapidamente possibile come già più volte detto) presso l'IMI mentre le seconde vengono valutate in regime di consulenza dopo una prima visita in Pronto Soccorso.

Marco Mannazzu
dirigente medico presso Istituto
di Malattie Infettive AOUI Sassari
(direttore Maria Stella Mura)

Buon Natale e Felice 2013



Gentili colleghe, cari colleghi,

*il mestiere di medico diventa ogni giorno sempre più complesso,
ma l'unione e il dialogo fra noi sapranno darci quella forza per essere
ogni giorno buoni professionisti. Con questo spirito il presidente e il
consiglio direttivo augurano a tutti voi*

Sereno Natale e Felice Anno nuovo

NOTE DI FITOTERAPIA

Proprietà terapeutiche delle piante officinali



di Giovanna Rau
laureata in biologia,
specialista in scienze
erboristiche

Iperico

Nome Sardo: Alba di Santa Maria,
Erba de pircoccu, Flore de Santa Maria

Famiglia: Guttifere

Specie: *Hypericum perforatum*

Cenni storici: È una pianta umile, di grande attualità, gioia e delizia degli erboristi ma non degli agricoltori. Il nome del genere *Hypericum* è di origine incerta: per alcuni deriva da *Yper* = su sopra, e da *"Oikos"* = casa, con riferimento al fatto che quest'erba cresce in prossimità o a ridosso di vecchie case o poderi incolti. L'iperico è conosciuto fin dall'antichità come rimedio per svariati disturbi somatici e psichici; le sue proprietà psicoattive emergono in epoca remota: già nel IV secolo A.C. i discepoli di Ippocrate infatti lo utilizzavano come analgesico ma soprattutto nella cura dell'insonnia e dell'ansia. La prima indicazione terapeutica sicura è contenuta nella "Historia Naturalis" di Plinio il Vecchio (23/79 D.C.) e riguarda il suo uso nelle ustioni. Secondo Galeno (131/201 D.C.) l'iperico essiccato o ridotto in polvere favorisce la cicatrizzazione

di ferite e ulcere, ed è utilizzabile con ottimi risultati sulle scottature da fuoco. Anche la medicina araba riconosce virtù vulnerarie e cicatrizzanti alla pianta, mentre nel medioevo questa ricopre un considerevole ruolo nelle superstizioni medioevali: l'erba, bruciando, provoca un forte odore balsamico che assomiglia a quello dell'incenso, perciò la si usava per allontanare gli influssi malefici, in quanto si pensava che il suo profumo scacciasse gli spiriti maligni e i diavoli, sicché è stata chiamata "Fuga daemoniorum". Ai confini tra medicina popolare e superstizione, è stata usata per tutto il medioevo per la cura dei disturbi psichici e somatici. Erba solare per eccellenza, se ne consiglia la raccolta nel giorno del solstizio d'estate, il 24 giugno, e secondo un'altra consuetudine del medioevo, la notte della vigilia di San Giovanni è abitudine dormire con un mazzolino di fiori di iperico sotto il cuscino, nella convinzione che il Santo preservi dalla morte per l'intero anno. Nella prima metà del '500 Paracelso, ispirandosi al principio delle rassomiglianze, ne fa uso specifico per la cura di ferite e piaghe. Così pure il Mattioli (1501-1578), medico di Siena, reputa l'olio di iperico un unguento meraviglioso per sanare ferite fresche. Assente dai formulari del '700 e '800 è stato riscoperto nei primi decenni di questo secolo da Henry Leclerc, che ne ha sottolineato le proprietà. A partire dagli anni '70 è stato intensamente studiato per le sue proprietà antidepressive, suffragate ormai da una notevole mole di lavori scientifici, e ciò ne ha messo in ombra gli impieghi più tradizionali, meno

documentati ma non per questo meno efficaci.

Utilizzo: Le sommità fiorite: fiori e foglie.

Componenti principali: flavonoidi, ipericina, iperforina, tannini, adiperforina.

Aspetto botanico: È una pianta erbacea, perenne, con un rizoma sotterraneo da cui si dipartono più fusti eretti alti in media 50 - 80 cm con foglioline opposte, quasi sessili, di forma ovale od ellittica, cosparse di punti neri lungo il margine della pagina inferiore; se guardate in trasparenza presentano ghiandole traslucide che gli conferiscono un aspetto bucherellato: da ciò deriva il nome perforatum. L'infiorescenza è un corimbo costituito da numerosi fiori giallo-dorati, che presentano un calice formato da 5 se-pali verdi ovali o lanceolati saldati; i 5 petali sono anch'essi ovali con la superficie cosparsa di punti neri, alternati a punti più chiari. Gli stami sono numerosissimi e saldati alla base in gruppetti. Tutto il fiore se strofinato tra le dita quando è fresco colora la pelle di rosso.

Impiego: La parte officinale è rappresentata dalle sommità fiorite, che devono essere raccolte durante tutto il periodo di fioritura, compreso tra maggio e agosto, ed essiccate rapidamente all'ombra, in locali ben areati oppure al calore artificiale con temperatura non superiore a 45°. Gli estratti di iperico contengono almeno dieci compo-

nenti potenzialmente importanti per gli effetti farmacologici. Dai fiori e dalle foglie sono stati isolati l'iperforina e l'adiperforina, che secondo recenti ricerche sono i principali responsabili antidepressivi della droga (parte della pianta che contiene il principio attivo): l'iperforina si trova abbondante nell'oleolito, ottenuto per macerazione di fiori freschi in olio d'oliva di cui è il principio attivo antimicrobico. Un secondo importante gruppo di sostanze del fitocomplesso, è rappresentato dalle ipericine, che formano una sostanza resinosa di colore rosso che si trova nelle ghiandole secretrici disposte, come abbiamo già visto nelle foglie, sui petali e in cima agli stami. Recenti studi farmacologici e clinici hanno individuato nell'iperforina il principale agente antidepressivo e non



nell'ipericina come si credeva, che invece pare che abbia soltanto un ruolo secondario. Un altro gruppo di principi attivi molto importanti è quello dei flavonoidi che sono contenuti nella sommità delle foglie. Un altro ingrediente biologicamente importante, isolato nelle sommità fiorite, è l'olio essenziale o Cariofillene.

La concentrazione dei principi attivi più significativi dell'iperico è sottoposta a forti variazioni e dipende dal periodo di raccolta, dalle modalità di essiccazione e dall'immagazzinamento della droga. Le azioni farmacologiche dell'iperico sono quindi abbondanti: antidepressiva, ansiolitica, antivirale, antibatterica, cicatrizzante, epatoprotettiva.

Azione antidepressiva: La ricerca farmacologica ha dimostrato, sulla scia della tradizione popolare, che sin dai tempi più antichi ha impiegato quest'erba nei disturbi nervosi del sonno e dell'epilessia, che i preparati di iperico possiedono una apprezzabile azione antidepressiva, convalidata da numerosi studi scientifici mediante modelli sperimentali in vitro e in vivo. La maggior parte della documentazione scientifica deriva da studi relativi a forme lievi o moderate di depressione. Oltre a numerosi studi di monitoraggio

farmacologico (5000 pazienti) circa l'efficacia e la sicurezza dei preparati a base di iperico, sono stati eseguiti 25 studi controllati in doppio cieco (2000 pazienti). Nella maggior parte degli studi tanto i sintomi depressivi (umore depresso, ansia, perdita di interesse, sensazione di inutilità), quanto i sintomi secondari (disturbo del sonno, mancanza di concentrazione ecc...), sono migliorati significativamente. L'entità della risposta è stata in genere del 50-80%, comparabile quindi a un trattamento con dose medio basse di un antidepressivo di sintesi. È stato dimostrato che l'iperico manifesta un effetto a lungo termine sull'ansia, paragonabile a quello del bromozepam e diazepam, aumentando il sonno profondo e non intaccando le funzioni cognitive o la capacità di lavorare o guidare l'automobile.

Azione cicatrizzante: La tradizione riconosce virtù cicatrizzanti all'oleolito, con macerazione delle sommità fiorite di pianta fresca in olio d'oliva. L'olio così preparato assume un bel colore rosso o giallo-rosso fluorescente, e viene usato esternamente nel trattamento delle ferite, piaghe, bruciate, contusioni, gonfiori, e molto spesso viene adoperato per favorire l'abbronzatura.

Il cardo mariano

Nome Sardo: Cardu Biancu, Gardu de Corte, Caldu Ruiu

Famiglia: Compositae

Specie: *Silybum marianum*

Cenni Storici: Il nome del genere "silybum" deriva dal greco "sillybon" e significa ciondolo, probabilmente a causa del colore e della forma del fiore di queste piante, simile appunto ad un ninnolo pendente. Il termine "Marianum", deriva invece

dalla leggenda secondo la quale le bianche venature delle foglie, sono dovute al latte della Madonna, caduto su un cardo durante la fuga in Egitto. Risulta che fosse utilizzato sin dall'antichità, in particolare dal medico romano Dioscoride (1° secolo D.C.) come emetico e dal Mattioli (1501 - 1578) come colagogo e diuretico.

Utilizzo: Semi e germogli.

Componenti principali: flavonoidi, silymarine, lipidi, proteine, tannini.

Aspetto botanico e habitat: Il cardo è una pianta biennale, con fusto ramificato che si evidenzia nel secondo anno di età. Le foglie sono grandi, con una superficie verde lucida chiazata di bianco; il margine è ondulato con lobi triangolari terminanti con spighe gialle.

I fiori sono terminali di colore porpora, con un involucro di squame ovali dotate di setole appuntite. Il frutto è un achenio ovale di colore scuro. Cresce nei margini delle strade, nei terreni incolti e assolati, dal mare alla collina.

Impiego: Il cardo mariano in questi ultimi anni è stato oggetto di studi e ricerche e ciò ha portato alla rivalutazione di questa pianta, considerata oggi il rimedio più efficace delle epatiti di varie eziologie. La silimarina accelera la rigenerazione delle cellule sane del fegato bloccando allo stesso tempo la penetrazione delle sostanze tossiche liberate dalle cellule malate.

È quindi l'epatoprotettore per eccellenza e anche un potente depurativo. Ha una azione antinfiammatoria e normalizzante negli eritemi provocati da irritazioni solari.

È anche un cibo perfetto per le nutrici in quanto incrementa la montata latte.

Uso locale: In Sardegna l'uso fitoterapeutico è molto limitato, si usava e ancora si usa in cucina, le foglie infatti vengono usate come insalata e i ricettacoli dei fiori, assieme alle coste, vengono conservati sott'olio, uso noto anche tra i beduini che si cibano dei germogli del cardo, noti come "Kurfesh", di cui vanno pazzi.

L'infuso delle foglie è utilizzato come colagogo, coleretico e nei disturbi della cistifellea. Più raramente si usa il decotto della radice utilizzandolo come ipertensivo o come diuretico tonico, come ad esempio in tutto il territorio del nuorese.



QUATTRO GIORNATE DI CORSO A FEBBRAIO E MARZO 2013 A SASSARI

Malattie da accumulo lisosomiale

Riconoscerle per curarle

Il secondo corso di formazione "Le malattie lisosomiali riconoscerle per curarle" avrà luogo a Sassari il 13 febbraio 2013 nel complesso biologico dell'università, organizzato dall'Istituto di Neuropsichiatria Infantile della AOU di Sassari.

Le malattie lisosomiali (malattie rare), come tutte le malattie rare, pongono quale prima sfida quella della diagnosi, che rappresenta per il malato e la famiglia la battaglia più ardua, che si ripete ad ogni nuovo stadio della malattia a carattere evolutivo-degenerativo.

La carenza delle conoscenze nelle malattie rare porta a ritardi diagnostici, ricoveri inutili, infinite consulenze specialistiche, prescrizione di farmaci e trattamenti inadeguati.

I percorsi diagnostico-assistenziali sono complessi: risentono oltre che della rarità delle malattie, anche della disomogenea distribuzione sul territorio di presidi sanitari di riferimento, con offerta di prestazioni multidisciplinari. Per alcune malattie rare sono oggi disponibili farmaci quali la terapia enzimatica sostitutiva (ERT), quella per la riduzione del substrato e con le molecole chaperone. In alcune forme la diagnosi precoce è indispensabile per eseguire terapie quali il trapianto di midollo osseo.

Emergono quindi nuovi problemi, anche di natura medico legale, legati al ritardo diagnostico o al mancato counseling genetico. Ulteriori riflessioni derivano dalla necessità di dover garantire ai malati rari le migliori cure disponibili e il gravame economico sul SSN dei costosi farmaci orfani.

Le malattie rare necessitano pertanto sia di risposte diagnostiche sia di assistenza multidisciplinare e specialistica intendendo con ciò la conoscenza e l'utilizzo (il sapere e il saper fare) che vanno oltre le comuni conoscenze teoriche.

Lo scopo di questo secondo ciclo formativo, organizzato in quattro giornate, è quello di sensibilizzare e aumentare le conoscenze in questi ambiti. La prima giornata (1 febbraio 2013) è dedicata all'inquadramento generale delle malattie rare, e alle manifestazioni neurologiche delle stesse.

La seconda giornata (22 febbraio 2013) sarà incentrata sulle malattie rare con interessamento della mielina, quindi sulla diagnosi differenziale con le malattie demielinizzanti e sulle nuove strategie terapeutiche.

La terza giornata (22 marzo 2013) ha lo scopo di portare alla conoscenza dei partecipanti quelle che sono le malattie rare potenzialmente curabili e i risultati



Università degli
Studi di Sassari



AOU Sassari
Azienda Ospedaliera Università Sassari

Dipartimento di Medicina Clinica Sperimentale
Istituto di Neuropsichiatria Infantile
Direttore: Stefano Sotgiu

II° CORSO
LE MALATTIE DA
ACCUMULO LISOSOMIALE:
RICONOSCERLE
PER CURARLE

Direttore del corso: *Giigliola Serrin*

VENERDI 1° FEBBRAIO

LA PATOLOGIA MULTISTEMICA
E IL COINVOLGIMENTO NEUROLOGICO

VENERDI 22 FEBBRAIO

LE LEUCOENCEFALOPATIE LISOSOMIALI

VENERDI 22 MARZO

LE MALATTIE LISOSOMIALI
POTENZIALMENTE CURABILI E LE
TERAPIE EMERGENTI

VENERDI 19 APRILE

IL MANAGEMENT, IL CURARE E LA CURA

2013

SASSARI
Aula A del Complesso Biologico
Viale San Pietro 43/B



Ozieri - Fontana Grixoni

di oltre 20 anni di esperienza con la terapia enzimatica sostitutiva: l'ERT.

La giornata conclusiva del corso (19 aprile 2013) ha la finalità di implementare le conoscenze sulle possibilità di eseguire lo screening neonatale delle forme potenzialmente curabili con le implicazioni di ordine etico che ne derivano. Durante la giornata si vuole richiamare l'attenzione sulla duplice necessità che pongono le malattie rare: la prima sarà quella di garantire le cure mediche e infermieristiche più efficaci e la presenza di servizi ad hoc per tutto il decorso delle malattie; la seconda invece sarà di trovare un equilibrio nella gestione del paziente tra la medicina basata sull'evidenza, ed un moderno approccio secondo i criteri della Medicina Narrativa.

In un'epoca in cui la medicina ha raggiunto straordinari traguardi di sviluppo tecnologico e il concetto di medicina basata sulle evidenze è ormai molto familiare, abbiamo sentito anche noi la forte esigenza di recuperare la dimensione del vissuto del paziente e del medico, in un'ottica in cui la narrazione presentata dal paziente assume pari dignità dei segni e dei sintomi clinici della malattia stessa.

L'iscrizione al corso è gratuita ed è stato richiesto l'accREDITAMENTO per i professionisti partecipanti all'evento (medici, biologi, tecnici di neuro fisiopatologia, infermieri).

Per le informazioni e le iscrizioni rivolgersi a: Across Sardinia - Viale Italia, 12 - Sassari - Tel 079.2010120 - 347.1854113 cri.across@tiscali.it

SU IMPULSO DELL'ONLUS MARIANGELA PINNA

Il servizio di psico-oncologia all'ospedale di Sassari

La diagnosi di tumore è un evento che segna in misura significativa la vita di chi incontra questo tipo di malattia: Si delinea un percorso esistenziale caratterizzato da una nuova quotidianità. Eventi quali visite, cure, cambiamenti nell'immagine corporea, nel ruolo familiare e sociale sono spesso accompagnati da un vissuto di perdita e da sentimenti di paura, rabbia e tristezza.

Diversi studi in ambito psico-oncologico mettono in evidenza come durante le varie fasi della malattia, una significativa percentuale di pazienti presenta dei sintomi tali da rendere necessario un intervento specialistico di tipo psicologico e/o psichiatrico, che accompagni l'individuo nel delicato processo di adattamento alla nuova condizione di vita e quindi a una

superiore qualità di vita. Dentro questo ricco e complesso contesto, nel 2009, si è dato avvio al servizio di psico-oncologia all'interno dell'ospedale civile Santissima Annunziata, presso il day hospital dell'oncologia medica di Sassari, con il fondamentale supporto e contributo economico dell'Associazione Mariangela Pinna Onlus.

Il servizio è stato voluto soprattutto dal responsabile dell'oncologia medica, dottor Antonio Contu e da tutta la sua équipe, per portare a compimento il passaggio dal curare una malattia al prendersi cura della persona nella sua totalità e individualità.

Nel corso di pochi anni si è registrata una sempre maggiore richiesta dei malati oncologici e dei loro familiari di usufruire



Ozieri - Panoramica

di un percorso di supporto psicologico.

Lo scopo del supporto psico-oncologico è favorire, nel paziente, un adattamento alla malattia in tutte le varie fasi e raggiungere un benessere psicologico. L'attività del servizio si articola in due aree: l'attività clinica e la ricerca.

L'attività clinica offre tre tipi di percorso: counselling, psicoterapia individuale e di gruppo. Inizialmente viene accolta la richiesta del paziente e individuato il problema vissuto. Dopo una prima diagnosi si sceglie il tipo di intervento più efficace per quella particolare persona che affronta una specifica fase di malattia.

Il counselling è un intervento strutturato come un unico incontro o una breve serie di incontri (generalmente 3-6) della durata di circa un'ora. Può avere un obiettivo informativo e/o psicoeducativo: il paziente acquisisce le strategie per gestire le emozioni e incrementa le proprie risorse comunicative.

La psicoterapia è un intervento maggiormente complesso mirato al trattamento di disturbi dell'adattamento, disturbi d'ansia o stati depressivi, correlati alla diagnosi di tumore o preesistenti, ma capaci di esercitare un'influenza sulla reazione attuale del paziente al tumore. Ha una durata superiore ai 3 mesi, con incontri di circa un'ora, a cadenza settimanale.

La psicoterapia di gruppo è un intervento che ha lo scopo di creare una nuova

forma di supporto sociale funzionale ai nuovi bisogni che la malattia porta con sé, come riorganizzare la propria vita, gestire le proprie emozioni e affrontare le varie fasi dei trattamenti. È concepito per gruppi omogenei di 6-12 persone. Tra i percorsi offerti ai pazienti, in particolare alle donne operate al seno, da gennaio 2012 troviamo i laboratori di gruppo attivo. In tali laboratori le pazienti possono sperimentare maniere di sostenere e sviluppare le loro risorse personali. Lo scopo è di

favorire una unità tra mente e corpo attraverso la stimolazione di un pensare positivo e di un agire attivo nei confronti della malattia.

Tutti i percorsi dei laboratori offrono alle persone che ne usufruiscono la possibilità di fare un'esperienza gradevole di vicinanza e condivisione con altre persone che vivono una simile condizione.

Le attività ideate sono:

- Un laboratorio ginnico: ha lo scopo di accompagnare il paziente oncologico nel ritrovare un rapporto con il proprio corpo, cambiato da cure e trattamenti e quindi spesso disprezzato. È pensato per gruppi di 8-20 persone con cadenza settimanale;
- Un laboratorio musicale: nasce per facilitare l'espressività e il rapporto con il proprio mondo interiore popolato, frequentemente, da diverse emozioni quali paura, tristezza, rabbia che se non adeguatamente espresse acquiscono il disagio psicofisico. È concepito per gruppi di 3-12

persone con cadenza quindicinale.

– Un laboratorio di bellezza: **rappresenta un intervento offerto alle donne in trattamento o che sono state sottoposte a cure per migliorare il proprio aspetto fisico, tutelare la propria femminilità, facilitare il recupero della propria autostima e di un senso di adeguatezza e benessere nelle rela-**

zioni sociali, nonché sperimentare un senso di continuità con la propria vita. È pensato come unico incontro della durata di 2 ore per gruppi di 5-6 persone. L'esperienza viene ripetuta a cadenza mensile con pazienti diversi. Il riscontro da parte dei pazienti è positivo: aumentano le richieste. I principali promotori del servizio sono i beneficiari stessi che lo promuovono attraverso il passaparola.

La seconda area di cui si occupa il servizio è l'attività di ricerca in ambito psico-oncologico. Le tematiche studiate riguardano l'impatto psicologico ed emotivo che la malattia riveste nella vita del paziente sia a livello individuale che relazionale. I risultati delle ricerche sono stati presentati tramite comunicazioni e poster a convegni nazionali e internazionali.

Infine il servizio organizza **annualmente degli incontri-dibattito a livello cittadino e nell'hinterland rivolti alla popolazione. Lo scopo è favorire un momento**



Ozieri - Chiesa di San Nicola particolari in rilievo

di scambio e di informazione utili a promuovere una cura consapevole e umana. In particolare negli ultimi incontri è emersa una maggiore partecipazione e coinvolgimento da parte dei pazienti che hanno usufruito del servizio di psico-oncologia e hanno scelto di testimoniare come si può affrontare il tumore.

A breve sarà attivo, con l'ausilio di un gruppo di volontari, un punto informativo che accoglie, dà informazioni e sostiene il paziente seguito presso l'unità di oncologia ad orientarsi e scegliere il servizio adeguato al bisogno presentato in quello specifico momento.

Come gruppo di medici oncologi e psicoterapeuti vogliamo dare il nostro contributo per continuare a riproporre una medicina umanizzata e prenderci cura dei pazienti che nel nostro percorso professionale incontriamo.

Sara Marredda

Psicologa-Psicoterapeuta

Valeria Sanna

Oncologa-Psicoterapeuta

CURE PALLIATIVE: GIORNATA PER LA RACCOLTA DI FIRME

Contro la sofferenza inutile della persona inguaribile

La SICP-Sardegna, in collaborazione con l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Sassari, ha organizzato una giornata di raccolta firme, aderendo alla campagna di sensibilizzazione sui diritti e sui bisogni dei malati inguaribili e delle loro famiglie, promossa dalla Federazione Cure Palliative.

La raccolta ha avuto luogo l'11 novembre scorso: tale data è stata scelta perché si riallaccia alla leggenda di **Martino**, giovane soldato, che più di 1.500 anni fa, per aiutare un vecchio sfinito dalla stanchezza e dal freddo, gli offrì metà del suo mantello e allora il tempo mutò, il cielo si schiarì e l'aria si fece incredibilmente mite: era l'Estate di S. Martino.

Il termine palliativo ha la sua radice etimologica nel latino "pallium" = mantello e il senso di coprire, avvolgere, proteggere (come in un mantello) è quello che più si avvicina al suo significato. Oltre 270 mila malati ogni anno in Italia non possono essere guariti, ma hanno diritto ad essere adeguatamente curati, in particolare nei nodi essenziali delle cure palliative domiciliari e degli hospice. Questo può essere

garantito solo dalla Rete delle Cure Palliative: coordinamento, continuità delle cure, presenza dei servizi su tutto il territorio nazionale, sono i punti chiave per realizzarla e consolidarla.

Purtroppo in Sardegna esistono solo tre hospice di cui due a Cagliari e uno a Nuoro e nessuno nel Nord Sardegna; mancano ancora in ogni ASL le Unità di Cure Palliative oncologiche e non (presenti solo con alcuni progetti ad Ozieri, Olbia, Cagliari, Nuoro).

Non esiste quindi quell'assistenza offerta dalla Rete di Cure Palliative, che dovrebbe coinvolgere tutti gli Ospedali, gli Hospice, le RSA e tutti gli ambulatori del Territorio, come

sancito dalla Legge 38/2010. Tutti i cittadini e gli operatori sanitari sono invitati a firmare la petizione, entro il 6 gennaio 2012, sia presso l'Ordine dei Medici di Sassari che presso i medici di famiglia che hanno aderito all'iniziativa, per chiedere l'applicazione della Legge n. 38 anche in Sardegna. È possibile firmare anche online: <http://www.fedcp.org/lo-sapevi.htm>

Chiara Musio

Coordinatrice SICP Sardegna



UN MODELLO REALIZZATO DA LUCIO ZIRATTU

Medicina bilingue: in lingua sarda la refertazione si può fare

Un interessante contributo alla realizzazione di una refertazione medica in lingua italiana e sarda è stato elaborato da Lucio Zirattu, medico specialista in ostetricia e ginecologia. Si tratta di un modello di refertazione per l'ecografia di screening per il primo trimestre di gravidanza.

L'idea nasce dalle esperienze avute in Alto Adige, dove Zirattu ha potuto verificare l'applicazione di un avanzato bilin-



Lucio Zirattu

guismo, da cui potremmo trarre spunto nella nostra regione per allargare all'ambito sanitario l'applicazione concreta della legge 482/99, che tutela e promuove le minoranze linguistiche storiche in Italia.

L'iniziativa ha suscitato grande interesse sia nelle pazienti che nei medici e trova ora il suo spazio nel nostro Bollettino con l'intento di farla conoscere a tutti gli iscritti.

Giovanni Biddau



Ozieri - Fontana Grixoni, dettaglio

DUTORE LUGHU ZIRATTU
ISPETZIALIZADU IN OSTRETRICIA E ZINECOLUZIA
CARRELA 'E ROCKEFELLER, N° 4/B - TÀTARI

SÀMBENADU/Cognome..... NÙMENE/Nome..... NÀSCHIDA SU/Nata il.....

FILADA/Indirizzo..... T. If. PERÌODU IPOTIZADU DE S'ILLIERONZU/Epoca presunta parto.....

CHIDAS DE RAIDESA/Età gestazionale.....

ACURAFIA DE AVERIGUAMENTU SANITARIU A SA FINITIA DE SOS TRES MESES DE RAIDESA
ECOGRAFIA DI "SCREENING" AL TERMINE DEL PRIMO TRIMESTRE DI GRAVIDANZA

APUSENTU DE ZESTASSIONE: ALLOGAMENTU INTRAUTERINU: EMMO - NON-O Diàmetru de mesania
 Camera gestazionale: Localizzazione intrauterina: Sì - No Diametro medio

BRIONE-FEDU/Embrione-Feto : BIDU/Rilevato - NON BIDU/Non rilevato N. RU/N.ro.....

ATIVIDADE FUNZIONALE DE SU CORO: EMMO - NON-O CORIONITZIDADE - AMNIOTZIDADE
 Attività cardiaca presente: Sì - No Corionicità - Amniocità

CRL, mm. DIÀMETRU INTRO 'E SAS TREMPAS/Diametro biparietale

DIEDATADURA ACURÀFIGA CURRISPUNHENTE A SA MANCÀNTZIA DE RÉGULAS :

Datazione ecografica corrispondente all'epoca di amenorrea:

REDIEDATADURA ATUALE: CHIDAS PERÌODU IPOTIZADU DE S'ILLIERONZU CUN ACURAFIA

Ridatazione attuale: Settimane Epoca presunta parto con ecografia

PATOLUZIAS UTERINAS ASSOTZIADAS/Patologie uterine associate: EMMO/Sì NON-O/No

PATOLUZIAS AUNIDALES ASSOTZIADAS DE SAS MAMAS/Patologie annessiali materne associate: EMMO/Sì NON-O/No

Fatores limitadores/Fattori limitanti:

APARITZADURAS IMPREADAS: SUNDHA PER-I SA 'ENTRE 'E SA FÈMINA SUNDHA PER-I SA NATURA 'E SA FÈMINA
 Apparecchi utilizzati: Sonda addominale Sonda vaginale

NÙMERU REFRATOS DE LUGHE AUNIDOS/Numero foto allegate:

Diedata/Data,

Frimma e trimbu/Firma e timbro

AI LAVORI DEL CONGRESSO UN TEMA CENTRALE: LA QUALITÀ

L'impegno dell'AIO contro abusivismo cliniche low-cost e turismo dentale



Marcello Masala
Presidente AIO Sardegna

Grande successo per il secondo congresso politico dell'AIO, teatro di illustri relatori e comunicazioni altamente interessanti. Mauro Sanalidro, organizzatore dell'evento, medico fondatore e già presidente dell'AIO, ha introdotto il tema principale della giornata, vale a dire la qualità nel mondo dell'odontoiatria. Primo a intervenire sull'argomento il Presidente Nazionale Pierluigi Delogu, che ha parlato di qualità a 360 gradi, al fine di comunicare all'esterno con tutti i mezzi possibili il valore della professione in tutti i giorni e in qualsiasi ambiente; l'aspetto sanitario e il rapporto individuale inalienabile col paziente devono prevalere contro la mera fornitura di servizi, che già per il significato intrinseco della locuzione svilisce l'operato degli odontoiatri.

Le società di servizi e i franchising dentali non potranno mai garantire ciò per l'inevitabile turnazione dei medici sullo stesso paziente, destinato ad assumere funzioni di oggetto, con perdita della propria centralità. Tiziano Caprara ha poi svolto una relazione dal titolo "Qualità 2012: costo o guadagno, la qualità in odontoiatria fra costo e capitale", nella

quale ha affrontato gli aspetti gestionali dello studio dentistico evidenziando le tre sfide del dentista odierno: la concorrenza, il paziente e l'aspetto economico, che soltanto l'elevata qualità può risolvere. Caprara ha evidenziato che esistono vari livelli di qualità nella professione odontoiatrica: estetica, relazionale, clinica e organizzativa. Un ruolo fondamentale è rappresentato dalla qualità relazionale, vale a dire il tipo di comunicazione che si offre ai nostri pazienti. Partendo da uno studio americano, Caprara ha sottolineato che basta davvero pochissimo per instaurare un rapporto di fiducia e confidenziale con il paziente: tre minuti in più, un pizzico di humor e risposte adeguate e convincenti ai quesiti posti dai clienti.

Un altro importante segmento della relazione di Caprara è stato dedicato all'aspetto mediatico della professione di odontoiatra: la parola d'ordine sarà una netta opposizione alle promozioni low cost e al turismo odontoiatrico, formule alchemiche che non risolvono quasi mai i problemi dei pazienti, portati a confidare più nell'opera di professionisti accreditati e conosciuti per passaparola. La campagna contro tali deviazioni deve partire dalla base con un'opera capillare di prevenzione secondo un indirizzo "paziente-centrico" come contraltare rivolto a quello del solo profitto.

Pietro Di Michele, attualmente impegnato nella riorganizzazione di alcuni servizi odontoiatrici nelle USL di Modena, Piacenza e Ravenna, ha poi portato al congresso politico AIO la sua pluriennale esperienza nel settore pubblico.



Un gruppo di partecipanti al congresso dell'AIO

In quanto coordinatore sanitario delle aree funestate dal sisma lo scorso maggio in Emilia Romagna, Di Michele ha posto l'accento sull'importanza del gioco di squadra, base di partenza per interventi di eccellenza.

Per sua stessa definizione, l'odontoiatria pubblica si occupa di "prevenzione primaria e programmazione della tutela della salute odontoiatrica". Infatti, come lo stesso relatore ha sottolineato "l'odontoiatria di comunità è soprattutto la presa in carico del paziente"; l'odontoiatria pubblica rappresenta una risorsa comunicazionale e può fornire ottimi spunti per campagne di sensibilizzazione utili a tutto il territorio nazionale, come "Sorrìdi alla prevenzione", progetto già in atto presso la USL di Modena e finalizzato a promuovere comportamenti di igiene orale e abitudini alimentari per la prevenzione della carie con una metodologia interattiva in grado di coinvolgere bambini, docenti e genitori, attraverso strumenti comunicativi e didattici. Altresì dovrebbe essere incentivato il servizio odontoiatrico per anziani, carcerati, disabili e tossicodipendenti.

Enzo Macri, nella sua relazione rea-

lizzata a quattro mani con il Past President AIO Gerhard Seeberger, ha parlato della formazione odontoiatrica a livello europeo, ponendo il problema se mai esista una qualità uniforme per tutti coloro che studiano odontoiatria al di fuori dell'Italia. Come spesso accade, moltissimi studenti italiani scelgono di trasferirsi in Spagna o in Romania per conseguire la laurea in Odontoiatria.

Il problema non riguarda solamente l'Unione Europea: sono, infatti, numerosi i professionisti provenienti dal Brasile e dall'Argentina che possono liberamente operare in Spagna o in Portogallo, o gli ucraini che hanno la facoltà di lavorare senza limiti in molti Paesi dell'Est europeo. Bisogna dunque chiedersi se esiste uno standard di qualità della formazione univoco a livello europeo.

A questo punto sorgono quindi inevitabilmente delle perplessità: come vengono preparati i nuovi professionisti del futuro? Un dentista che si è formato in Gran Bretagna o in Spagna può operare nel nostro Paese? È indubbio che i futuri colleghi necessitano di aule adeguate con apparecchiature tecniche all'altezza per imparare le nozioni basilari della profes-

sione, senza però trascurare i fondamenti deontologici: "L'atto medico deve prevalere sulle politiche, le strategie e le tecnologie", Fausto Fiorile e Denis Poletto hanno presentato la Carta dei Valori AIO, un documento che "definisce tutti i principi etici fondamentali e le regole comportamentali" in cui tutti in soci "si riconoscono e rispettano", così costituito:

1. responsabilità intesa come un impegno migliore nei confronti di pazienti, colleghi e collaboratori e fornitori;

2. **eccellenza** nella professione, grazie alla formazione continua, allo scambio costruttivo con gli altri colleghi e la valorizzazione dei collaboratori;

3. **innovazione**: affrontare il cambiamento come chiave vincente della professione;

4. **spirito di squadra**: finalizzato a raggiungere obiettivi comuni con la collaborazione di tutti i soci AIO, senza cedere a compromessi;

5. **sostenibilità**: tenere conto dell'impatto che le nostre scelte di professionisti hanno sull'associazione, l'ambiente e

la comunità, onde evitare ricadute negative.

Alla fine dei lavori si è svolta un'interessante tavola rotonda magistralmente diretta dal giornalista Mauro Miserendino, che ha stimolato un ampio dibattito sulle tematiche affrontate. Fra gli interventi conclusivi, Carlo

Guastamacchia, noto in ambiti internazionali, esperto di gestione dello studio e ergonomia della professione, ha sottolineato la necessità di insistere nell'opera di prevenzione, pilastro portante per il benessere comunitario, per arrivare a una quasi totale eradicazione della patologia cariosa, portando l'odontoiatra a ridefinire i suoi compiti e ruoli, fermo restando il suo compito determinante per la salute della collettività.

Dopo il congresso politico si ha la sensazione che sia nata una nuova stagione per l'AIO, in cui gli associati si impegnano al miglioramento delle qualità dei servizi offerti al Paese, finalizzato a contrastare plebora, abusivismo, nicchie low-cost e turismo dentale.

Marcello Masala

Presidente AIO Sardegna



Ozieri - Cortile fiorito

CONGRESSO NAZIONALE AISO A SASSARI / PROCESSO SIMULATO

Gli studenti e la responsabilità professionale dell'odontoiatra



L'esecutivo Nazionale dell'AISO

Pubblico nutrito e partecipa nell'aula magna dell'università degli studi di Sassari, che ha ospitato lo scorso 5 Ottobre, per la prima volta nella storia dell'associazione, il 42° Congresso Nazionale dell'AISO (Associazione Italiana Studenti Odontoiatria) svoltosi per la prima volta in Sardegna. "Errare è umano? La responsabilità professionale dell'odontoiatra", titolo dell'evento, ha visto, in maniera originale, partecipata e inedita, la trattazione ricostruita in processo, di un caso di colpa medica odontoiatrica.

Il processo simulato è stato introdotto da Elena Mazzeo (ordinario di Medicina Le-

gale presso l'Università di Sassari) e da Paolo Piras (sostituto procuratore a Sassari) con una apertura didattica riguardante i principi giuridici inerenti al caso e al ruolo medico legale in ipotesi di responsabilità odontoiatrica.

Hanno inoltre preso parte attiva al pubblico dibattito il giudice Guido Vecchione; gli avvocati Mario Pittalis e Basilio Brodu; gli odontoiatri Giacomo Chessa, Aurea Lumbau, Ignazio Pasella, Antonio Pinna; i medici legali Claudia Trignano, Maurizio Mascolo, Roberto Demontis. L'evento, moderato da Pier Franca Lugliè, presidente del corso di laurea in odontoiatria e direttore della



I relatori del processo simulato

clinica odontoiatrica dell'AOU di Sassari, ha offerto un'occasione per studenti e professionisti di far luce sul controverso argomento della responsabilità professionale e dei fattori che, viziandone l'accezione, portano alla sua evoluzione verso l'indiscussa colpa o malpractice.

Redazione accurata di cartelle anche nell'attività libero professionale, piani terapeutici minuziosamente argomentati e sostenuti dalle più aggiornate linee guida, consensi informati sempre sottoscritti dal paziente e una consapevole suddivisione degli oneri professionali fra le varie figure afferenti allo studio odontoiatrico, sono state le pillole somministrate in questa giornata ai discenti.

In seconda giornata, a seguire, la stessa scenografia è stata invece teatro della 62° Assemblea Nazionale, a conclusione della quale, ai già eletti membri (tesoriere, Andrea Pilade Tilli di Sassari e responsabili

NEO agli scambi esteri Mirko Basciani di Chieti e Giovanni Bassetti di Milano) sono stati nominati i nuovi incaricati al Comitato Esecutivo Nazionale: Mariantonietta Arrica (Presidente, sede locale di Sassari), Giorgia Carpegna (Segretario, sede locale di Torino) ed Emilio Fiorentino (consigliere culturale, sede locale di Napoli Federico II).

La realizzazione dell'iniziativa, articolata in due giornate, promossa dalla sede locale AISO di Sassari e inserita nel novero delle manifestazioni celebrative in onore dei 450 anni dell'ateneo turritano, ha visto l'indispensabile e decisivo supporto della clinica odontoiatrica, della cattedra di medicina legale e il sostegno incondizionato dell'università e della Fondazione Banco di Sardegna.

Mariantonietta Arrica
Presidente Nazionale AISO
(Associazione Italiana
Studenti Odontoiatria)

INTERVISTA A IRENE SECCHI, RESPONSABILE DELLA SEZIONE DI SASSARI

Perché il S.I.S.M. è un'opportunità per medici e studenti

Il Segretariato Italiano Studenti Medicina rappresenta una bella e solida realtà per il mondo medico

In occasione dell'ultima Giornata del Medico, di cui diffusamente si parla in questo numero di Sassari Medica, per la prima volta sono state invitate le associazioni studentesche dei corsi di laurea di medicina e odontoiatria, in rappresentanza di quelli che saranno i medici del domani. Abbiamo intervistato l'incaricato locale della sezione sassarese del S.I.S.M. (Segretariato Italiano Studenti in Medicina) Irene Secchi, per conoscere un po' di più le attività di questo sodalizio.

Quando è nato il S.I.S.M. in Italia e da quando è attiva la sezione locale di Sassari?

Il S.I.S.M. (Segretariato Italiano Studenti in Medicina) è nato nel 1971. Ad oggi conta 37 sedi in tutto il paese. La Sede Locale di Sassari è stata fondata nel 2001.

Quanti sono gli iscritti al S.I.S.M. a Sassari?

L'anno scorso c'erano circa 320 iscritti.

Quali sono gli scopi del S.I.S.M.? Di cosa si occupa e che vantaggi può dare ad uno studente l'iscrizione a questa associazione studentesca?

Il S.I.S.M. è una associazione no-profit creata da e per gli studenti di medicina. Si occupa di tutte le grosse tematiche sociali di interesse medico: dei processi di formazione di base dello studente in me-

dicina, degli ordinamenti che regolano questi processi e dell'aggiornamento continuo dello studente. Questa associazione cerca di offrire ciò che non è previsto dal piano di studi della facoltà, come tirocini agevolati negli ospedali del mondo e nei reparti di eccellenza di tutta Italia, corsi pratici di suture e prelievi, esperienze in paesi in via di sviluppo, numerose conferenze su temi poco trattati durante le lezioni, e molto altro. Lo scopo della nostra associazione è di assicurarci che l'esperienza dello studente non si limiti ad uno studio unicamente teorico e sterile ma che, sin dai primi anni di corso, sia completata non solo dalla possibilità di sviluppare capacità pratiche ed organizzative, ma anche da una formazione adeguata dal punto di vista etico e umano.

Avete rapporti anche con le corrispettive associazioni nel resto d'Europa o del mondo?

Aderiamo come membro effettivo all'I.F.M.S.A. (International Federation of Medical Students' Associations), forum di studenti di medicina provenienti da tutto il mondo riconosciuto come associazione non governativa presso le Nazioni Unite.

Credi che le vostre attività possano essere interessanti anche per chi ha già conseguito l'agognata laurea? Che rapporti ha il SISM con il mondo accademico e medico in generale?

Sì, assolutamente! Anche lo specializzando o lo strutturato possono trarre profitto dalle nostre attività, soprattutto quelle didattiche. I temi trattati durante



Il direttivo del S.I.S.M. al gran completo

le nostre attività sono sempre di stretta attualità e di rilevante interesse anche per il laureato. Questo anche in virtù del fatto che cerchiamo di trattare temi che, per esiguità di tempi, sono trascurati durante il corso di studi come ad esempio la medicina delle immigrazioni o la medicina dei disastri. Il S.I.S.M. è riconosciuto dal mondo accademico, alle nostre attività sono spesso assegnati infatti, crediti formativi universitari (C.F.U.), a dimostrazione del fatto che la nostra associazione è una realtà affermata del mondo universitario, e che agisce in modo parallelo alla facoltà nella formazione del futuro medico. I medici stessi ci coadiuvano durante le nostre attività come referenti di progetto, relatori, mediatori, etc.

Cosa vi aspettate come associazione studentesca dall'Ordine dei Medici?

Con l'Ordine dei Medici c'è già da alcuni anni una stretta collaborazione e vorremmo che questa partnership possa continuare anche negli anni a venire. Gli esponenti dell'Ordine si sono infatti sempre dimostrati disponibili ad aiutarci in molti dei nostri progetti (come per la Clown

Therapy quest'anno) mostrandosi, insieme a noi, molto entusiasti. Siamo felici che il **bollettino** sia stato completamente rivisitato anche grazie alla collaborazione di menti giovani che possono dare sempre una marcia in più. Ringraziamo "Sassari Medica" per questa intervista che, nel

dare spazio alle Associazioni Studentesche, crea non solo la possibilità di farci conoscere ma anche l'opportunità e la speranza di nuove collaborazioni con il mondo dei medici, che sono risultate sempre produttive.

Cosa chiedete ai medici di oggi, e cosa vi aspettate dal futuro, voi che sarete i medici del domani?

Dai medici di oggi ci aspettiamo una completa disponibilità all'insegnamento e alla guida in modo da iniziare a trasferirci il loro bagaglio di esperienze sin dai primi anni di corso. In questo modo, l'inserimento nel mondo del lavoro sarà più semplice non solo per il neolaureato ma anche per lo strutturato, che si troverà a lavorare con persone più competenti. Nel nostro futuro vorremmo strutture che ci permettano di offrire un'assistenza ottimale per il paziente, con più personale e attrezzature mediche al passo coi tempi, e che alla ricerca medica venga riconosciuto un ruolo più centrale in ambito socio-politico-economico.

Intervista di
Francesco Bustio Dettori

ROMANZO DI LUIGI RUIU

“La tribù di Eligus” Ritorno al nuragico

Per chi possiede una seppur minima conoscenza del territorio della Nurra (area geografica nord-occidentale della Sardegna) non è difficile riconoscere i luoghi dove si svolgono i fatti, descritti da Luigi Ruiu nel suo ultimo romanzo “La tribù di Eligus”, e riconducibili al IX secolo avanti Cristo. Il villaggio nuragico di Palmaera è il teatro delle vicende che interessano i giovani Liumas e Lianus, costretti, nonostante la giovane età, a occuparsi della propria famiglia, in assenza del padre, cacciatore solitario, assetato di conoscenza ed emigrato in Etruria già da quattro anni. La vita placida della comunità del clan nuragico, scandita dagli impegni quotidiani dell’approvvigionamento alimentare e idrico, dal lavoro nei campi e le attenzioni alle greggi, si colora di lieta frenesia ogni qualvolta, nella vicina baia delle ninfe, approdano navi etrusche, dedite agli scambi commerciali. Il baratto, unica forma di transazione dell’epoca, contempla da una parte schiavi, ceramiche e manufatti, dall’altra cavalli, grano, sale e metalli. La produzione di tali merci prevede una organizzazione politica che ruota attorno al parlamento del villaggio, democraticamente costituito da una assemblea, il cui presidente è rappresentato dal nuragus e il braccio operativo dai vari maiores, responsabili ciascuno dei vari settori: agricoltura, caccia e pesca, pastorizia, milizia armata. Ciascun componente della comunità assolve una mansione ben definita, in base alle esigenze del proprio nucleo familiare, ma all’occorrenza tutti sono chiamati a raccolta per adempiere a funzioni di interesse collettivo, quali seminazione, mietitura, vendemmia e, in caso di aggressione, difesa. Una struttura tribale

in capo a un territorio ripartito in maniera cantonale, segnato da annose e logoranti lotte per il controllo dei confini naturali rappresentati dai fiumi e stagni. Dal mare non solo provengono popolazioni miti e amiche come gli etruschi, che go-

dendo dei favori delle popolazioni locali, riescono a influenzarne i costumi e il linguaggio, ma anche popoli bellicosi quali Fenici e Cartaginesi, ghiotti delle miniere di galena dell’Argenteria e del ferro di Canaglia, destinati a colonizzare la terra dei sardi. Dinanzi alle criticità emergenti, si fa fronte comune e si stipulano accordi con i clan vicini del territorio di Olmeru, che vanta ben 25 nuraghi e una fortezza dalla poderosa struttura di tutto rispetto. In una ambientazione storica così inusuale, la forza narrativa del romanzo riesce a dare forma compiuta ai reperti pervenuti alla nostra osservazione: così ruderi megalitici, punte di ossidiana e frammenti di coccio riprendono le proprie dimensioni originarie e rivivono nella nostra fantasia. L’autore tesse la sua trama tra spaccati di vita agropastorale in assoluta pace arcadica, e improvvise quanto drammatiche chiamate alle armi, regalandoci momenti talora suggestivi talora carichi di pathos.

Antonio Pinna



Luigi Ruiu (Sassari, 1917-2011). Laureato in medicina e chirurgia, libero docente in psichiatria, ha diretto per 30 anni l’Ospedale Psichiatrico di Sassari. Autore di oltre 30 pubblicazioni scientifiche. Ha scritto tre romanzi: “Vento di terra, vento di mare”, “Il vento di Rizzeddu”, “La tribù di Eligus”.

UN RACCONTO DI SALVATORE DELOGU

Fantasia e realtà spesso si sovrappongono (sotto il provvidenziale segno delle corna)

Salvatore Delogu, nato a Ittiri, medico chirurgo, specialista in igiene, dermatologia e venerologia, giornalista pubblicitario, fondatore e direttore responsabile del periodico "Problemi medici Sardi" (F.I.M.-M.G.), ci regala un racconto pubblicato nel 1978 sulle pagine de La Nuova Sardegna e intitolato "Fantasia e realtà spesso si sovrappongono". Narra di una situazione particolarmente imbarazzante che investe un medico condotto, profondo conoscitore non solo della fragilità dei corpi, ma anche della debolezza degli animi. Una storia ghiotta e salace, intrisa di sottintesi, che solletica l'immaginazione del lettore, rappresentando nel contempo un esempio di buona sanità, basata su principi etici forti e ben radicati che rifuggono da ogni compromesso. A dirla con i versi del poeta Arnaldo Fusinato "arte più misera, arte più rotta, non v'è del medico che va in condotta". (A.P.)

Era, nel paese, quel che suol dirsi una buona madre di famiglia. Anche se, di figli, ne aveva solo uno, e militare, per giunta, o "in questo maledetto servizio di leva", come diceva lei, nell'ambulatorio comunale, quel mattino caldo, mentre, con un sottile e disarmante sorriso fra le labbra, parlava al suo dottore, da anni e anni medico condotto del paese.

"Non è perché mi senta male io", aveva cominciato a rassicurarla la donna, "anzi, così sempre a Dio piacendo e a Sant'Afrosa,

o per fare quella benedetta ricetta a mio marito (che, da quando ha finito il suo, non ne beve più d'un litro al giorno e rincasa tutte le sere al primo rintocco del Purgatorio) che son venuta qui, ma per chiederle un favore che solo lei ci può fare, e manco il sindaco che, se fosse stato per lui... Manco il maresciallo ci può far nulla. Anzi, sa, proprio lui (ch'è un intimo amico di mio compare, che gli ha parlato ieri della questione...) ha detto che, se lei è d'accordo..., beh, insomma, lui, certo non dirà di no."

"Un brav'uomo il nostro maresciallo! Pensi che, per la festa di sant'Afrosa, domenica prossima ci dà i carabinieri: due alla processione, in divisa di gala, con quel bel piumone in testa, e due alla gara poetica in piazza... Vedrà che bella festa, dottore mio: i vespri solenni, la messa cantata con tutti i chierichetti, il panegirico, la gara con Ninniri e Tucconi, la musica, la processione coi costumi, i fuochi artificiali, il ballo in piazza..."

"Bene, dopo tanti sacrifici per prepararla come si conviene (e tante spese pure, perché non è che l'obriero non ci rimetta... altro, se ci rimette!) ecco che a mio figlio dieci giorni prima della festa gli arriva la cartolina di precetto..."

"Insomma, per farla breve...", incalzò il dottore.

La voce della donna si fece più dolce, gli occhi ammiccarono e tutto il busto si protese confidenzialmente in avanti.

"Tutti ci sono domenica alla festa! Tranne mio figlio, l'obriero di quest'anno di sant'Afrosa..."

Il dottore capì. Capì anche perché il



Ozieri - Gradinata del centro storico

maresciallo era d'accordo, purchè... Ma fece finta di niente.

“Ebbene, ed io che c'entro in tutto questo? “. “Centra sì dottore caro! Ecome c'entra! Se lei ci fa un certificato, fatto come lei sa, si capisce, mio figlio è subito a casa!”

“E in questo certificato che cosa dovrei scrivere? “

“Che io...” - lo sguardo della donna s'umidì di malizia; la mano sinistra ebbe uno scatto: due dita si gettarono in flessione, prontamente trattenute dal pollice e le altre due, indice e mignolo, scatarono in estensione...

... “Che io - Dio ce ne scampi e liberi dotto'! - sono... in pericolo di vita. Questa

è la formula. Lo ha detto il maresciallo”

E il dottore dapprima a voce bassa, suavisamente, cominciò allora a spiegare come e perché, scongiuri a parte, lui coi suoi doveri e le sue responsabilità e una famiglia da mandare avanti quel favore non lo poteva fare, anzi: non lo doveva fare.

E quella ad insistere: che era una cosa eccezionale, che non lo avrebbe saputo nessuno che stesse pure tranquillo, che il maresciallo...

E il dottore a ripetersi ma a più alta voce con crescente decisione.

E quella infine:

“Basta dotto'! Vuol dire che questo straccio di certificato non lo vu-o-le fa-re. E sta bene. Grazie lo stesso e buon giorno!”

Due mesi dopo, al dottore, anche lui “medico della mutua”, arrivarono puntualmente le “revoche”. C'erano tutti gli organizzatori nell'elenco: l'obriere, il vice, la famiglia

dell'obriere e quella del vice e l'intero comitato dei festeggiamenti.

Ventiquattro quote in tutto. A cinquemila l'una - contò mentalmente - facevano centoventimila lire di meno all'anno, diecimila tonde al mese. Un salasso, per quei tempi.

Naturalmente la festa si fece lo stesso, quella domenica di settembre e, alla processione, dietro la statua di legno di sant' Afrosa, fra i due carabinieri coi piumoni, c'era pure lui, l'obriere, in “licenza straordinaria”.

E, dietro a lui, la mamma, visibilmente sana e felice. Sotto il provvidenziale segno delle corna.

Salvatore Delogu

MUSICA/BAND DEGLI ANNI '70 A LONDRA

“Making movies” dei Dire Straits La rivincita rock sul caos del punk



di Francesco Bustio Dettori

Alla fine degli anni '70 un extraterrestre in viaggio sulla terra avrebbe potuto vedere il panorama musicale come un pieno bailamme socio-culturale. Tutte le colte e complesse architetture armoniche proprie del progressive rock, che aveva caratterizzato la decade, venivano man mano rimpiazzate dall'essenzialità dei tre-accordi-tre del punk, che riportava la musica ad una sua essenzialità, vissuta però in maniera estremamente chiassosa, e caratterizzata da una idiosincrasia costante nei confronti di qualsiasi cosa sembrasse vetusto. Gruppi come Pink Floyd o Genesis venivano visti più come dei dinosauri giurassici che come gruppi musicali che avevano caratterizzato a lungo la storia della musica. Le caratteristiche delle formazioni punk erano a volte più di carattere estetico che musicale:

molti dei musicisti che le componevano spesso avevano sviluppato una perizia sullo strumento valida quanto una moneta falsa, ma riuscivano comunque a veicolare alla perfezione il messaggio di ribellione e di insofferenza dei giovani dell'epoca.

Nel clima di una Londra invasa da ragazzi vestiti con giubbotti di pelle e con miriadi di orecchini sparsi in ogni zona anatomica visibile e non, si muoveva Mark Knopfler, già professore di letteratura inglese e giornalista, leader e chitarrista principale di una band dal nome Dire Straits, che con un rock elegante e pulito, caratterizzato dalla sua tecnica chitarristica melodica e brillante, fa breccia nelle orecchie della gente con i dischi “Dire Straits”(1978) e “Communicuè” (1979), anticipati dalla celeberrima hit “Sultans of Swing”.

Il suono pulito della Fender Stratocaster di Knopfler è riconoscibile a primo ascolto, e in mezzo al meraviglioso caos punteggiante dell'epoca, improvvisamente si apre una breccia cantautorale inaspettata. La band è composta oltre che da Knopfler stesso, da suo fratello David alla chitarra ritmica (questi lascerà la band durante le registrazioni del disco di cui parleremo), John Illsley al basso e Pick Whitters alla





Ozieri - Vecchie e, in basso, nuove altane

batteria (quest'ultimo era l'unico musicista professionista della band; aveva infatti suonato con qualche gruppo progressive per poi approdare nei Primitives di Mal).

Il deus ex-machina del complesso è lo stesso Mark Knopfler, che nel 1980 porta alla band una serie di brani che si distaccano molto dalle precedenti produzioni: i suoni puliti e asciutti lasciano il posto a suoni caldi e leggermente saturi, che donano al disco un'atmosfera viva e pulsante; le composizioni assumono un tratto più epico, quasi da pellicola cinematografica, anche grazie all'uso di pianoforte e organo, strumenti finora poco utilizzati e gentilmente suonati per l'occasione da Roy Bittan, solitamente in forza alla E-Street Band del boss Bruce Springsteen. Ed è proprio il suono dell'



organo quello che apre questo LP, intitolato Making Movies: la monumentale Tunnel of Love rappresenta uno degli apici compositivi di Knopfler, con la sua progressione costante, gli stacchi improvvisi, gli inserti chitarristici che poi esplodono nel lungo e ispirato assolo finale.

Romeo and Juliet completa l'opera iniziata nella canzone precedente, con una fortunata e celebre riproposizione moderna della tragedia shakespeariana, affidata ad una dolce ballata acustica arpeggiata su una particolare chitarra con il corpo costruito in alluminio. La successiva Skateaway introduce ritmo e velocità, strizzando l'occhio al romanticismo che impregna tutta l'opera, seguita poi dai suoni più cupi di Expresso Love, dove chitarra e piano si fondono magistralmente rispettando i rispettivi ruoli. La agrodolce Hand in Hand ci delizia con una fra le più belle melodie del combo inglese, contrastata immediatamente dal capitolo più vivace del disco, Solid Rock, dove gli overdrive chitarristici si fanno più marcati discostandosi un poco dai toni più rilassati delle altre composizioni. Les Boys è invece lo scanzonato brano di chiusura, che evoca scenari da bettola teutonica nelle armonie e nelle parole. Il disco è ricco dei contrappunti chitarristici di Knopfler, che inva-

donano ogni canzone come soffici pennellate di un acquerello, che ben si adattano al tema principale del disco, l'amore, sposandosi completamente con il rosso della copertina, componendo un disco che non si può che definire un classico intramontabile.

**Francesco
Bustio Dettori**

MEDICINA DELLO SPORT/MANTENERE EFFICIENTE IL CORPO

I benefici dell'attività fisica regolare, equilibrata, bilanciata



di Alberto Masala

Qualsiasi programma di allenamento finalizzato al benessere, non può essere attuato senza la presenza di un'attività di tipo aerobico; non ha senso, a meno di gravi limitazioni fisiche, praticare solo corsi di ginnastica dolce, yoga, pilates, che non danno nessun vantaggio all'apparato cardiovascolare né incidono sul metabolismo glicidico e lipidico.

La perdita di performance dovuta all'età non è un fenomeno ineluttabile, ma è in gran parte ascrivibile alla sedentarietà: un adeguato regime di esercizio fisico è potenzialmente in grado di ridurre il rischio cardiovascolare, di ridurre la perdita di massa muscolare e di prevenire le malattie metaboliche anche nei soggetti anziani. Fare dell'attività fisica regolare e strutturata significa allenarsi.

Che cosa è l'allenamento?

È il modo più semplice e meno costoso che abbiamo a disposizione per migliorare l'efficienza degli apparati del nostro organismo, da quello cardio-circolatorio a quello osteoarticolare, da quello metabolico a quello neuro-psichico; dipende inoltre solo dalla nostra volontà e non necessita di medicinali. Questo risultato lo possiamo ottenere allenando i tre gruppi delle così dette qualità o capacità sportive: le

qualità aerobiche o di resistenza, le qualità di potenza o di forza e le qualità di flessibilità e articolarietà. È fondamentale per assicurare al nostro organismo il massimo benessere psico-fisico, svolgere un'attività fisica che possa intervenire, nella stessa seduta, su tutti e tre i gruppi delle qualità sportive fondamentali: parliamo così di "attività fisica equilibrata o bilanciata".

"Attività fisica equilibrata o bilanciata?"

Applicando i concetti tipici della dieta bilanciata che raccomanda ad ogni pasto il 50-60% di carboidrati, il 25-30% di grassi e il 10-15% di proteine, l'attività fisica equilibrata è quell'attività sportiva composta da un giusto mix di attività aerobica (50-60%), di lavoro con carichi (25-30%) e di esercizi per la flessibilità (10-15%). Se nella programmazione del nostro allenamento rispettiamo queste proporzioni bilanciando l'attività fisica nelle sue tre componenti fondamentali, potremo ottenere i massimi benefici che lo sport ci può dare, mentre usando proporzioni diverse o peggio omettendone qualcuna rischiamo di perdere preziosi vantaggi non ottenibili altrimenti.

Attività aerobica o di resistenza

L'attività aerobica o di resistenza (camminata veloce, corsa, corsa sul posto, bicicletta, nuoto di fondo, tapis roulant, vogatore, cyclette) è sicuramente l'attività sportiva che ci dà la maggior parte dei benefici.

Essa incide favorevolmente:

- sull'apparato cardiovascolare, migliorando l'efficienza cardiaca, riducendo la pressione
- sul metabolismo glicidico, diminuendo la glicemia e l'emoglobina glicata
- sul metabolismo lipidico, aumentando il cosiddetto "colesterolo buono"

- sull'apparato respiratorio, aumentando la capacità polmonare totale
- sull'apparato gastro-enterico, favorendo lo svuotamento gastrico e la peristalsi intestinale
- sul metabolismo generale, favorendo la perdita di peso e la rinuncia al tabacco
- sull'umore psichico, stimolando la secrezione degli ormoni che favoriscono la calma e la tranquillità.

Per ottenere tutti questi vantaggi cardiovascolari e metabolici che possono prevenire e curare malattie molto frequenti come l'ipertensione arteriosa, l'angina, l'infarto, il diabete, la sindrome metabolica, l'ipercolesterolemia e persino l'ansia bisogna praticare l'aerobica almeno tre-quattro volte alla settimana. Qualsiasi programma di allenamento pertanto, finalizzato al benessere, non può essere attuato senza la presenza di un'attività di tipo aerobico che ne deve costituire oltretutto la percentuale più significativa (dal 50 al 60%) in termini di durata. L'attività aerobica è fondamentale per migliorare il Vo_2 max nel cardiopatico.

Non ha senso, a meno di gravi limitazioni fisiche, praticare solo corsi di ginnastica dolce, yoga, pilates che pur contribuendo a migliorare la postura e l'articolari non danno nessun vantaggio all'apparato cardiovascolare né incidono sul metabolismo glicidico e lipidico.

Lavori con carichi

Numerosi studi in campo riabilitativo e cardiologico hanno introdotto, accanto alla tradizionale e fondamentale attività di resistenza, anche il lavoro muscolare isotonic (forza/resistenza) che può essere svolto anche in palestra.

Il miglioramento della forza e del tono muscolare limita la sarcopenia (perdita della massa muscolare) e favorisce tra l'altro le funzioni articolari e la postura, concorrendo al senso di benessere dell'individuo anche in funzione delle necessità della vita lavorativa e sociale; inoltre il lavoro con carichi è indicato come prevenzione e terapia dell'osteoporosi in quanto lo stimolo muscolare invita il nostro scheletro alla formazione di nuova matrice ossea. È necessario pertanto che la fitness cardiorespiratoria vada affiancata ad una fitness

muscolare vera e propria. Viene superato il concetto di "proscrizione" dell'attività in palestra, in quanto questo atteggiamento era erroneamente sostenuto dall'identificazione dell'attività in palestra con quella della pesistica e del bodybuilding veri e propri.

Naturalmente è fondamentale che i carichi muscolari non siano elevati e che prevedano uno sviluppo di forza intorno al 50% della massima contrazione volontaria (MCV) con un aumento modesto della frequenza cardiaca.

La metodologia di allenamento della forza muscolare nell'anziano e nel cardiopatico è protesa non a sviluppare ipertrofia e forza veloce, ma forza resistente: esercizi di bassa intensità caratterizzata da numerose ripetizioni (>10-12); tempi di recupero tra una serie e l'altra abbastanza prolungati (1 minuto e 30 secondi - 2 minuti e 30 secondi). Il lavoro con carichi deve entrare in tutti i programmi di allenamento con una percentuale del 25-30% sul tempo totale della seduta.

Esercizi per flessibilità e articolari

La terza parte dell'attività fisica bilanciata consiste nell'esecuzione degli esercizi per la flessibilità e l'articolari. Prima di ogni seduta di allenamento, durante la fase del riscaldamento, vanno eseguiti esercizi ginnici a corpo libero che coinvolgano le principali articolazioni e i principali gruppi muscolari degli arti e del tronco. Gli esercizi per l'articolari sono di fondamentale importanza per prevenire e curare l'artrosi. Infine gli esercizi di stretching (o di allungamento) statico o dinamico vanno eseguiti preferibilmente alla fine della seduta di allenamento (rilassamento); sono molto utili soprattutto in età medio avanzata e in soggetti sedentari favorendo la coordinazione e facilitando l'esecuzione dei movimenti.

Seduta di allenamento di un'ora

- Riscaldamento con esercizi a corpo libero 5 minuti
- Attività aerobica 35 minuti
- Esercizi con carico 15 minuti
- Rilassamento con esercizi di stretching 5 minuti.

Florilegio



La figura del medico di paese, osservata da un paziente particolarmente abile nell'utilizzo della lingua sarda. Antonio Maria Pinna descrive attraverso queste sestine, in maniera pungente e satirica, il *modus operandi* di un medico di famiglia, che non esita a sfruttare il potere e l'ascendente derivantigli dalla professione per perseguire i propri fini personali. Una maniera alquanto singolare e deontologicamente censurabile di interpretare il monito del Nazareno "*Medice, cura te ipsum*" (Lc 4, 23). (A.P.)

Duttores

A su duttore usadeli rispettu
ca bos sanat da 'ogni malattia;
si unu b'andat pro sa romadia
lu curat pro un'atteru diffettu,
e si sa cura non faghet effettu
urdinzat diferente terapia:
sempre chirschend"e sanare sa pena
proa-proa punghinde in carre anzena!

Si b'andas pro pedire una ritzetta
non bi perdet minuttos a discuter
ca luego ti dàt su compiuter
sa cura chi ti sanat ossu e petta.
Non prappat a ti ponner a dietta
si calchi visciu chirchat de ti futter,
e si pro casu moris pro sa cura
sa gulpa est sempre de sa malaura!

Si b'andat una 'etza mal'andada
chi pro de si curare tenet gana
la trattat cun manera risulana
tantu pro issa ispera non bi nd'ada.
Ma si pro casu b'andat calchi ajana
la colcat e la cheret ispozada,
l'apprapuzat cun arte a s'anda e torra
dae su pè pighende a sa pettorra!

Dottori

Portate sempre il dovuto rispetto al medico, perché vi libera da ogni malattia; ma se qualcuno si sottopone alle sue cure per un raffreddore, è probabile che venga curato per altro male; e se la terapia non sortisce effetto, viene sostituita immediatamente da un'altra, allo scopo di risanare dalle pene, anche se ciò comporta una serie di iniezioni sui tessuti altrui!

Se ti rechi da lui per chiedere la prescrizione di un farmaco, non perde tempo a discutere perché affida al computer il compito di stabilire la cura per le tue ossa e per le tue carni. Non si preoccupa di importarti una dieta se emerge qualche piccolo vizio, e se per caso muori per via della cura stabilita, la responsabilità è da attribuire alla malasorte!

Se per caso va da lui una vecchia male in arnese, che però ha il desiderio di curarsi, viene trattata in maniera approssimativa, perché tanto per lei ci sono poche speranze. Se invece giunge alla sua osservazione qualche signorina, la invita a stendersi e spogliarsi in modo da procedere a una palpazione accurata dai piedi fino al torace.

“Bella mia – li narat – cràs manzanu
terra ch’appo toccadu calchi cosa,
sa titta manca mi paret nodosa
ma cun megus su sinu torrat sanu:
app’una crema ch’est miraculosa
ma cheret massajada cun sa manu”.
Unu mese est bistadu tocca – tocca,
ma fit sana che pische sa picciocca!

Si caliguna b’andat in attesa
li siguzat sa parte delicada
e sicomente est femina cojada
bi lu salit su contu pro s’impresa.
Cussa est un’arte chi dàt bona resa
dae s’arzola ‘e sa zente acciacada.
Custos sun sos duttores dei como
curende a tie l’ispozan da domo!

Deo bi so andadu pro s’ischina
e non m’hat cun sa manu visitadu,
“unu zirottu ti pone assentadu
e non fettas isforzos ne fàina”.
Però si b’intrat calchi signorina
gia la ammanudat a dossu ispozadu.
L’isperiat sas imbenas e palas
e in tittas si b’at randulas malas!

E deo, aimè, sempre cun fittas
de dolores redossos a passare
camino toltu senza tribagliare
cun sas ancas chi paren ‘eltighittas,
ma s’ ‘ia juttu chiberras sas tittas
e sos logos licanzos a toccare
non m’haian lassadu senza cura
custos duttores de bascia misura!

Custos chi tottu jamana duttores,
atteru non sun chei s’iscaluzza,
ca sa cultura insoro est che asciuza
non cumprenden ne males ne dolores,
a mie m’han puntu cun s’aguza
ma s’ischina non mudat de umores.
A parrer meu punghen a s’intzelta
Sen’ischire cal’est sa cura tzelta!

Intantu sas bujaccas s’han pienu
apprapuzende... e da’ su male anzenu!

Antoni Maria Pinna
Puttumajore

“Bella mia” – le vien detto – domattina
sei pregata di ritornare a controllo perché
ho individuato un nodulo sul seno sinistro,
che solo con il mio intervento può essere
risanato, in quanto dispongo di una crema
miracolosa che va spalmata con la mano.
È durato un mese il trattamento, pur es-
sendo la giovane sana come un pesce!

Se qualcuna si presenta incinta, viene
controllata nelle parti intime e trattandosi
di donna coniugata, lievitano gli onorari.
L’arte medica rende molto per il complesso
delle malattie delle persone acciaccate.
Questi sono i dottori di questi tempi,
mentre ti curano, ti spogliano la casa!

Io personalmente vi sono andato per la
schiena, però non mi ha nemmeno visitato
consigliandomi di porvi un cerotto e di
non fare sforzi nè svolgere alcun lavoro.
Però se vi accede qualche ragazza,
costei viene controllata a corpo nudo, nel
ventre e nella spalla, alla ricerca di noduli
maligni!

Io, meschino, sempre afflitto da dolori
che tardano a scemare ,cammino storto e
non lavoro, con le gambe che assomiglino
a verghe di olivastro, ma se avessi avuto
due mammelle belle sode, e delle parti
saporite al tatto, non mi avrebbe certo la-
sciato senza terapia, questo dottore di
basso profilo.

Tutti coloro che vengono chiamati medici,
sono scarti come i grappolini d’uva inser-
vibili; pure la loro cultura è insignificante
perché non comprendono né i mali né i
dolori. A me hanno punto con gli aghi,
ma la mia schiena non cambia registro.
A mio parere pungono a caso, senza sapere
quale è la giusta terapia.

Per intanto riempiono le proprie tasche,
approfittando dei mali altrui

Antonio Maria Pinna
Pozzomaggiore

Bacheca Annunci

I lettori interessati alla pubblicazione di piccoli annunci che riguardino la sfera medica (transazioni, collaborazioni, affitti, consulenze, offerte lavoro, etc.) sono pregati di far pervenire alla redazione di **Sassari Medica** la propria richiesta utilizzando il modulo di seguito riportato compilato in tutte le sue parti

Spett.le Redazione di **Sassari Medica**,
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Sassari
Via Cavour n°71/b CAP 07100 Sassari

Il sottoscritto _____
residente in _____
Città _____
Telefono/Fax _____
Email/PEC _____
Professione ed eventuale numero di iscrizione all'albo _____

Chiede che il seguente testo venga pubblicato nella bacheca del periodico **Sassari Medica**:

autorizza l'Ordine dei medici e degli Odontoiatri di Sassari alla pubblicazione dei propri dati personali di cui sopra (D.LGS 196/2003).

Data _____ Firma _____

Spedire questo coupon presso la sede dell'Ordine in Via Cavour n°71/b CAP 07100 Sassari, o inviarlo via fax al n° 079/232228 oppure alla mail ordine@omceoss.org

La Sig.ra Doppiu Irene comunica la propria disponibilità per un impiego presso strutture odontoiatriche in qualità di assistente alla poltrona. Tel 3495448897

La Sig.ra Sanna Laura comunica la propria disponibilità per un impiego presso strutture odontoiatriche in qualità di assistente alla poltrona. Tel 3479072199 - foggy74@hotmail.it

Il Dott. Pinna Marco comunica la propria disponibilità per un impiego presso strutture odontoiatriche in qualità di Igienista Dentale Tel 3491390505 - angus982@hotmail.com

Il Dott. Sanna Marco comunica la propria disponibilità per un impiego presso strutture odontoiatriche in qualità di Igienista Dentale Tel. 3491308398

La Dott.ssa Cherchi Maria Serena comunica la propria disponibilità per un impiego presso strutture odontoiatriche in qualità di Igienista Dentale Tel. 3466780112

**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	Arru Alessandra	2004	Via di Vittorio 22	07100 Sassari		328/9442820
	SI	NO	Bagella Caterina Francesca	2005	Via Aimo 11-13	07100 Sassari	079/275337	347/7207604
	SI	NO	Battino Silvia	2007	Via Civitavecchia 24	07100 Sassari		348/9277369
	SI	SI	Becciu Laura	2011	Via Parigi 15	07100 Sassari		340/1016865
	SI	NO	Bouziou Dimitrios	2011	Via Alghero 53	07100 Sassari		347/4248966
	SI	NO	Brichetto Giovanna	1996	Via Ugo Foscolo 33	07041 Alghero	079/979098	340/7905249
	SI	NO	Caldarulo Emmanuele L.	2007	Via Vienna 9	07100 Sassari	079/219609	340/6723266
	SI	NO	Carla Alessandra	2009	Via Budapest 26	07100 Sassari		340/5438579
	SI	NO	Cherchi Claudio	2011	Via Carso 37	07100 Sassari		340/7958205
	SI	NO	Cipiciani Giovanai	2005	Via Monte Grappa 37	07100 Sassari	079/219703	393/4376341
	SI	NO	Colosseo Paolo	2005	Via Gavino Cherchi 4	07100 Sassari	079/398778	348/5794473
	SI	NO	Congiu Agostino	2011	S.V. La Cruzitta 7 Funtari 38 G	07100 Sassari	079/277456	333/2186820
	SI	NO	Delaria Ada Bianca	2007	Via Rizzeddu 17	07100 Sassari		328/0534901
	SI	NO	Detoni Maria Sabina	2011	Via Torres 10	07100 Sassari		349/7265612
	SI	NO	Dettoni Mario	2012	Loc. Caraddu snc	07029 Tempio P.	079/670437	349/3157079
	NO	SI	Durgali Ilaria	2003	Via Enrico Besta 16/e	07100 Sassari		338/1784345
	SI	NO	Fancellu Laura	2006	Via Cordedda 13	07100 Sassari	079/219196	349/3521582
	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	Ibba Antonio	2012	Via Cottoni 51	07037 Sorso	079/351487	349/4341723
	SI	SI	Landolfi Stefano Iscritto O.M.C.eO. di Benevento	2010	Via San Cristoforo 21	07100 Sassari		340/9605877
	SI	NO	Macciocco Maria Antonietta	2005	P.zza Duomo 6	07100 Sassari		338/7322274
	SI	NO	Marteddu Tomaso	2007	Via Rizzeddu 17	07100 Sassari		328/0550674 328/0534901
	SI	NO	Masala Mariastella Salvatora	2009	Via Diaz 8	07100 Sassari	079/275859	3883053161
	SI	NO	Masia Antonio Francesco	2011	Via Rockefeller 26	07100 Sassari		349/5661778
	SI	SI	Murdev Luisa	2011	Corso Angioi 25/1	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	Pala Nadia	2012	Via Leonardo da Vinci 80	07041 Alghero		349/5381873
	SI	NO	Pistidda Laura	2011	Via Rep. Romana 2	07100 Sassari	079/231130	348/7722734
	SI	NO	Patzu Chiara Ester	2012	Via Puglie 38	07026 Olbia		340/8875003
	SI	NO	Ruzzetu Giovana Ilaria	2012	Via Buonarroti 14	07046 Porto Torres		328/2835303
	SI	NO	Satta Paolo	2011	Via G. Amendola, 60	07100 Sassari		349/5251377 320/0538625
	SI	NO	Soggia Paolo	2006	Via Enzo I	07100 Sassari		3281082802
	SI	NO	Soddu Viviana	2006	Via Saecargia 48	07040 Cedronplanos		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 25.09.2012