

Anno XXII - Giugno 2013 - n. 3

SASSARI MEDICA

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



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

Bollettino ufficiale dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della provincia di Sassari
Anno XXII Numero 03 - Giugno 2013

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 Pier Luigi Delogu

Componenti

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

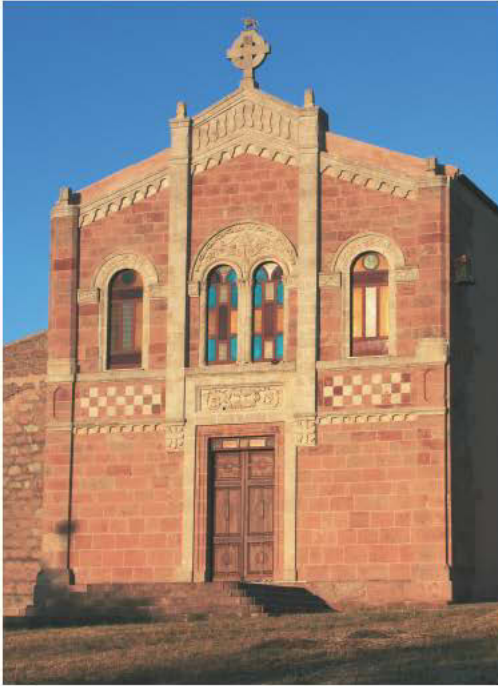
Collegio Revisori dei Conti

Presidente Giancarlo Bazzoni

Revisori

- Natalia Marta C. Grondona
- Leila Maria Marchisio

Revisore Supplente: Pasqualina Bardino



In copertina: Pozzomaggiore Chiesa di San Costantino
Le immagini del Mejlogu, compresa quella di copertina, sono di Marco Falchi

Direttore Responsabile Agostino Sussarellu

Direttore Editoriale Agostino Sussarellu

Redattori Giovanni Biddau, Paolo Giuseppino Castiglia, Monica Derosas, Carla Fundoni, Antonio Pinna.

Addetto stampa Maria Antonietta Izza

Hanno collaborato a questo numero Riccardo Boccaletti, Antonio Chiarolini, Francesco Bustio Dettori, Cesare Masala, Domenico Montemurro, Piero Meloni, Giuseppe Nuvoli, Giangavino Peppi, Laura Perati, Speranza Piredda, Giovanna Rau, Giulia Zonno

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
07100 Sassari.



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@ e PEC

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

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

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

Orari di apertura al pubblico

Lunedì: 11:00 – 13:00

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

Mercoledì: 11:00 – 13:00

Giovedì: 11:00 – 15:30

Venerdì: 11:00 – 13:00

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

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

IN QUESTO NUMERO

■ EDITORIALI DEI PRESIDENTI

- 1/La sanità negli anni della crisi economica Pagina 5
- 2/ Odontoiatria di domani: alleanza fra generazioni è la parola chiave 7

■ OMCeOSS/MTA DELL'ORDINE

- L'impatto della crisi economica sulla sanità e i nuovi problemi etici 10
- Convegno/Linee guida per l'informazione sanitaria. Deontologia e esigenze di comunicazione 11
- Cento odontoiatri volontari nelle scuole. Bilancio della campagna di prevenzione 12

■ ODONTOIATRIA

- Chirurgia orale e anatomia: suggerimenti e conoscenze per un approccio più sicuro 15

■ SPAZIO/GIOVANI

- ANAAO/Una sfida per crescere e creare una coscienza collettiva 16
- FIMMG/Il percorso di formazione specifica per medici di medicina generale 18
- Convegno SISM/Le mutilazioni genitali femminili, un problema attuale (ma sottovalutato) 20

■ APPROFONDIMENTI

- Le tradizioni antiche non sono verità assolute. Il dramma delle pratiche nefaste 21
- L'organizzazione della sanità in Sardegna. Idee, proposte e priorità per una strategia 24
- Immunodisregolazione e autoimmunità. Ricerche di base e applicazioni terapeutiche 28
- L'assistenza per la fibrosi cistica nel reparto pediatria dell'ospedale di Alghero 31
- Cordone ombelicale, nuove speranze. In crescita le donazioni in Gallura 33
- Efficacia dei farmaci biologici per la cura dell'artrite reumatoide 36
- Note di fitoterapia/Elicriso e Equiseto 39

■ FNOMCeO e CAO

- Società fra professionisti; medici fiscali; decreto Balduzzi; corsi FAD; CAO e Garante della concorrenza; falsi dentisti; scadenze di giugno e informazioni varie 41

■ NEWS

- Università di Sassari, accesso ai corsi; decreto staminali e informazioni varie 45

■ TACCUINO

- Premio letterario Cronin 2013; convegno ad Alghero; campionati di tennis 46

■ CULTURE

- Appunti di viaggio/Il Senegal e le sue emozioni 47
- L'isola che c'è: Semestene 50
- Poesia: Il puledro 52
- Libri 1/Accabadora e la sacralità del femminile 53
- Libri 2/"La paziente n. 9", un thriller tra i reparti nel regno della follia 54
- Libri 3/"Zio Vanja e altre storie russe" 55

■ MUSICA

- Enzo Jannacci, cantore degli ultimi che irridono ai potenti di ogni epoca 57
- Enpam - Libera professione: dichiarazione obbligatoria anche dopo il pensionamento 59
- Elenco dei medici disponibili 60

Indicazioni redazionali

I colleghi sono cortesemente invitati a collaborare 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 sul sito www.omceoss.org. 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.

Che cosa cambia per malati e medici

La sanità negli anni della crisi economica

La nostra società sta attraversando una delle crisi economiche più gravi della sua storia. Il lavoro diventa sempre più una chimera, molti di quelli che si erano illusi di avere una sistemazione stabile sono adesso disoccupati o cassintegrati, i giovani non trovano un'occupazione, oppure sono precari, o sono sottopagati e costretti a lavorare in nero.

Potrei continuare ancora, ma basta questo per dipingere un quadro preciso della situazione attuale in cui versa il nostro paese, purtroppo in buona compagnia con altre nazioni del mondo occidentale. In periodi di ristrettezza economica la prima cosa che si elimina è il superfluo; quando però una famiglia deve fare i conti con la necessità di arrivare alla fine del mese, eliminare il superfluo non basta più, si deve tagliare tutto ciò che può attendere.

Purtroppo la salute sta diventando quel qualcosa che può attendere. I primi settori nei quali si è evidenziato questo fenomeno sono quelli che il nostro Servizio Sanitario Nazionale non copre in maniera adeguata, oppure non copre affatto: parlo delle cure odontoiatriche, di quelle oculistiche, di quelle ginecologiche, di quelle pediatriche, ma potrei continuare toccando molti, troppi settori della sanità. In questa fase, il sistema sanitario, che dovrebbe puntellare una società con forti contraddizioni, qual è la nostra, sta perdendo gradualmente il suo ruolo universalistico, di cui per anni ci siamo fatti vanto, a causa di una serie di fenomeni sicuramente collegati alla crisi in atto.

Una conseguenza diretta della crisi è stata la riduzione degli introiti derivanti dai ticket, legata al fatto che una parte della popolazione, circa 1,8 milioni, è entrata nella fascia di esenzione, e per di più a questa si aggiunge un numero equivalente di cittadini, non esenti poiché guadagnano più di 36.000 euro, che ha rinunciato a curarsi perché i soldi ser-

di Agostino Sussarellu



vono a far quadrare il bilancio familiare.

Si è calcolato che nel 2012 le regioni abbiano incassato dal pagamento dei ticket 549 milioni di euro in meno, e questo fatto, apparentemente insignificante, in realtà si ripercuote pesantemente sul finanziamento del servizio sanitario per via dei minori introiti da destinare all'assistenza. A questa diminuzione del budget, la risposta del servizio pubblico non è stata una riduzione degli sprechi, o delle spese superflue, come avvenuto in un gran numero di

famiglie, ma una riduzione dei servizi, dimostrando una miopia degna solo della nostra classe politica. Il risultato è che molti cittadini, impossibilitati ad usufruire delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale, si rivolgono alle associazioni di volontariato, alle varie "Misericordie" o alle "Pubbliche Assistenze".

Significativo il fatto che Emergency, famosa per la sua attività in vari teatri di guerra, abbia aperto due ambulatori in Italia, uno a Marghera e l'altro a Palermo, che se ne preveda un terzo nei pressi di Reggio Calabria, e che inoltre due ambulatori mobili agiscano da tempo nella nostra penisola. In queste strutture, nate per dare assistenza a immigrati e senza tetto, ormai un terzo degli assistiti è composto da cittadini italiani bisognosi.

La situazione per il momento non sembra destinata a migliorare, poiché, per la prima volta nella storia, il fondo sanitario, relativo al 2013, è stato ridotto di un miliardo di euro, una cifra non indifferente, circa l'1 per cento dello stanziamento del 2012. Purtroppo il continuo e sempre maggior ricorso alla medicina difensiva non fa che peggiorare questa situazione; la spesa per questo tipo di assistenza "gonfiata" ha raggiunto cifre allucinanti, quantificabili in dieci miliardi di euro.

Questa situazione che ricade sui cittadini e sugli operatori della sanità chiama noi medici ad una presa di coscienza e di responsabilità. Il nostro ruolo

all'interno del sistema sanitario nazionale non può e non deve ridursi a un mero rapporto di lavoro, che sia di dipendenza o convenzionato; dobbiamo dimostrare di meritare quel ruolo di dirigenti che anni or sono abbiamo chiesto ed ottenuto di essere. È passato ormai il tempo in cui tutto era permesso; è giusto, nella scelta dei percorsi diagnostici e terapeutici, attenersi a quanto realmente necessario. Il controllo della spesa è un dovere della classe politica, ma è anche un nostro preciso dovere, non solo civico, ma anche deontologico.

Il nostro Codice di Deontologia è molto chiaro, esso ci richiama a questo dovere con l'articolo 6, in cui, a proposito della qualità professionale e gestio-

nale, troviamo scritto: "Il medico agisce secondo il principio di efficacia delle cure nel rispetto dell'autonomia della persona tenendo conto dell'uso appropriato delle risorse"; nonché con l'articolo 13, là dove si occupa delle prescrizioni e dei trattamenti terapeutici, ribadendo così il concetto: "Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche, tenuto conto dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente secondo criteri di equità." Equità significa dare al maggior numero di cittadini le stesse possibilità di cura, e questo è fattibile, anche e soprattutto assumendo un ruolo attivo nel controllo delle risorse.

OBBLIGO DI ATTIVAZIONE POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA



La legge n. 2/2009 che ha convertito in legge, con modificazioni, il D.L. n. 185/2008 prescrive (art. 16, comma 6) l'**obbligo per i professionisti** di dotarsi di una casella di posta elettronica certificata che per legge deve essere comunicata all'Ordine professionale di appartenenza.

L'Ordine professionale, per il tramite della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, ha l'obbligo di trasmettere gli indirizzi di Posta Elettronica Certificata dei propri iscritti all'INI-PEC, l'Indice Nazionale degli indirizzi di Posta elettronica Certificata delle imprese e dei professionisti, istituito al fine di favorire la presentazione di istanze, dichiarazioni e dati, nonché lo scambio di informazioni e documenti tra la Pubblica Amministrazione e le imprese e i professionisti (Decreto 19 marzo 2013).

Si precisa che al fine di agevolare i propri iscritti l'**Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Sassari**, ha stipulato una convenzione triennale con PosteCom Spa. Pertanto, presso gli uffici dell'Ordine, è a disposizione per ciascun iscritto, sin dal mese di luglio del 2010, una busta cieca personalizzata contenente l'indirizzo personale della casella P.E.C. e le modalità per procedere autonomamente all'attivazione dalla stessa.

Il costo della casella P.E.C., dal momento dell'attivazione, è interamente a carico dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Sassari per tre anni.

Una volta in possesso dell'indirizzo di Posta Elettronica Certificata, il professionista deve, per legge, notificarla all'Ordine di appartenenza.

Nonostante i ripetuti avvisi pubblicati sul sito dell'Ordine e su Sassari Medica, non tutti gli iscritti hanno adempiuto all'obbligo di attivazione della casella di Posta Elettronica Certificata. *In-vitiamo pertanto i Colleghi ad adeguarsi alla normativa vigente usufruendo gratuitamente di questo servizio che l'Ordine di Sassari mette a disposizione facendosi carico interamente dell'onere economico.*

Invitiamo chi non avesse già provveduto a ritirare la casella P.E.C. personale presso l'Ordine.

Si informano gli iscritti che da Giugno 2013 Postecom ha modificato il link di accesso alla Casella di Posta Elettronica Certificata.

Il nuovo indirizzo è <https://webmail.postecert.it>

Verso un nuovo modello di professione

Odontoiatria di domani: alleanza fra generazioni è la parola chiave

Durante il tradizionale appuntamento degli "Amici di Brugg" a Rimini, nel quale tutte le componenti dell'Odontoiatria si confrontano sulla situazione attuale, è stata presentata dalla Key Stone, per conto dell'UNIDI, un'analisi dell'andamento del mercato dei prodotti dentali italiani negli ultimi anni. Questo studio, pur mostrando un settore in salute rispetto ad altri del nostro paese, evidenziava comunque una flessione notevole, che parte dal 2009, ma che non sembra possa più tornare ai valori precedenti. Tutti gli osservatori presenti concordavano sul fatto che l'odontoiatria italiana sia già di fatto in trasformazione profonda e che il modello professionale, che veniva adottato in passato, non sia più sostenibile.

Vedo grande fermento e sensibilità verso proposte di modelli di Odontoiatria del futuro e posso testimoniare che l'attenzione è altissima soprattutto fra i più giovani attori della professione. Ero presente alla celebrazione del trentennale dell'AIISO e ho visto una classe di studenti motivati, attivi e propositivi che hanno mostrato molta attenzione quando ho detto che per il loro futuro professionale è necessaria un'alleanza tra generazioni. Alleanza che consenta la sostenibilità di tutto il sistema a partire dall'interesse etico della salute, per passare attraverso la formazione fino all'inserimento nel mondo lavorativo con dei percorsi di integrazione che non siano penalizzanti per le giovani generazioni e che sostengano le prospettive previdenziali di chi ha lavorato una vita. Alleanza è la parola chiave che ci consentirà di costruire una nuova immagine della odontoia-

di Pier Luigi Delogu



tria in Italia. Si comincia mettendo al primo posto la prevenzione che prevede una collaborazione tra diversi stakeholders (odontoiatri, igienisti dentali, medici di medicina generale, pediatri, pazienti) ognuno con la propria identità per contribuire a raggiungere l'obiettivo del miglioramento del livello di salute orale nella popolazione con ricadute positive anche sull'organizzazione politico-sanitaria dello stato.

C'è un'aria di novità, dettata da grandi rivoluzioni in atto nel settore e si esprime con una maturità delle proposte e una consapevolezza del nostro ruolo nel tessuto sociale che ci può consentire di acquisire un'immagine professionale riconoscibile e autorevole, oltre che meritoria di rispetto, per contribuire a dare prospettive positive per la società di domani.

Alleanza, quindi, che tende a rinforzare i legami per raggiungere in modo sinergico ed efficace obiettivi comuni tra diversi soggetti: odontoiatri di oggi e di domani, operatori del settore, istituzioni, partners e soprattutto i pazienti.



Cheremule, murale

Trasferite in Angola le apparecchiature dell'illustre oculista

Bachisio Latte: "Dono i miei strumenti per far ancora del bene in Africa"

"Il mio desiderio era che le apparecchiature con le quali ho fatto tanto bene continuassero a vivere e a fare ancora del bene".

Con queste poche parole il professor Bachisio Latte spiega perchè ha inviato a Luanda, in Angola, tutta l'attrezzatura dei suoi studi oculistici. Detto così può non essere una grande notizia, ma se chi legge avesse visto la gioia di questo straordinario medico novantenne, allora il commento sarebbe di ammirazione. Così come tenero e gioioso è il suo sguardo quando racconta la felicità per la telefonata che le attrezzature erano arrivate a destinazione perfettamente integre.

Erano anni che il professor Latte cercava un modo per "far vivere ancora" gli strumenti che gli hanno permesso di mantenere e restituire la vista a migliaia di persone. Dovevano andare in Africa perchè Bachisio Latte la conosceva bene, avendola visitata per la prima volta nel 1957, partecipando a diverse missioni umanitarie nella Libia pre-Gheddafi, vivendo in pieno deserto nelle tende con i beduini. È stato anche in India, ma "l'Africa è nel mio cuore" dice sorridendo.

Però anche donare talvolta può essere difficile, perchè bisogna trovare il destinatario affidabile e in grado di garantire il buon uso degli strumenti. Curiosamente è stata la sorte, o la provvidenza per chi crede, a dare un aiuto determinante. La storia è molto bella: per un fortuito scambio di persona la figlia del professor Latte, Lucia, conosce un architetto che progetta le missioni dei frati Cappuccini di Padova in Angola. Ancora più interessante, Lucia viene a sapere che ogni anno i Cappuccini spediscono un container pieno di beni e apparecchiature mediche. Mai nessuno tuttavia aveva fornito loro quelle oculistiche. Per cui il passo è stato breve, e dopo tre mesi di lavoro per imballare i tanti strumenti del professor Latte, il carico è stato inviato. E ancora la sorte.

Lo stesso giorno che il container è partito i Cappuccini hanno ricevuto una telefonata: dall'altro



Bachisio Latte

capo un oculista che offriva la sua opera nella missione in Angola.

" Il mio sogno è stato realizzato anche perchè credo che l'operato di ogni medico debba continuare anche quando si lascia la professione: può succedere attraverso gli insegnamenti ai giovani oppure mantenendo in vita attrezzature forse non sofisticatissime ma che negli anni hanno salvato tante vite, e che in alcuni contesti, come in Africa, possono continuare a fare il loro dovere" spiega il professor Latte. A onor del vero la donazione del professore è stata accolta con grande favore, perchè sicuramente una strumentazione all'avanguardia può risultare inutile se non ci sono competenze e assistenza in caso di guasti. Il gesto del professor Latte dovrebbe essere un esempio da seguire, così come la sua felicità nel raccontarlo in modo naturale, senza alcun auto compiacimento. È anche questa la straordinarietà di un medico novantenne così pieno di vita e di in-

teressi. Il suo "curriculum" è troppo lungo per essere sintetizzato, ma Bachisio Latte è soprattutto un oculista che ha legato la sua professione alla lotta contro il tracoma, malattia che nel dopoguerra portava alla cecità, e la Sardegna, ancora senza acqua corrente e fognature, era una delle regioni più colpite d'Italia. Il suo impegno lo ha visto protagonista nella ricerca e nell'insegnamento, ma per vent'anni è stato anche primario di oculistica dell'ospedale San Francesco di Nuoro. Importante anche l'impegno politico: dal 1960 al 1964 ha ricoperto l'incarico di assessore all'igiene e sanità del Comune di Nuoro, è stato consigliere e sindaco di Bolotana, ma soprattutto consigliere regionale per la Dc nella corrente di Aldo Moro dal 1961 al 1969, e dal 1967 al 1969 assessore regionale alla sanità.

"Erano anni nei quali ancora l'igiene era carente in tante parti della Sardegna, e la Regione si impegnò per fornire a tutti i paesi i servizi igienici essenziali, per debellare malattie e infezioni" ricorda Bachisio Latte. Uno dei flagelli era il tracoma, causato dal batterio *Chlamydia trachomatis*; ed è stata una delle vittorie che rende onore a questo medico straordinario, perchè proprio il professor Latte ha compiuto studi che sono tutt'oggi riferimento in materia di *Chlamydia Trachomatis*, isolando l'agente in una forma che non era mai stata evidenziata, ha pubblicato ricerche importanti e ha condotto le campagne che ne hanno portato all'eradicazione in Sardegna. "Ho curato migliaia di bambini che vivevano

in miseria, si lavavano per giorni nello stesso catino, famiglie che si sostentavano mangiando solo "figu morisca", fichi d'India" ricorda con commozione. Ma il suo impegno, come medico e politico, non si limitò solo ai bambini, la sua priorità è sempre stata l'assistenza ai più deboli, grandi e piccoli, a quanti vivevano in condizioni di estremo disagio.

Una sensibilità che ancora traspare guardando negli occhi questo caparbio nuorese (nato sassarese perchè nel 1922 Bolotana faceva parte della provincia di Sassari), cittadino del mondo dal cuore grande e dalla testa dura. Curioso della vita e dell'animo umano ma soprattutto della scienza e della conoscenza: la produzione scientifica del professor Latte è rappresentata da oltre 100 pubblicazioni su vari argomenti clinici e sperimentali dell'oftalmologia, della genetica umana, della medicina sociale e della politica sanitaria. "Sono sempre stato in lotta con me stesso, chiedendo a me stesso sempre il meglio e sempre di più, ma è stata una battaglia esaltante" confida Bachisio Latte. C'è da crederci, perchè l'entusiasmo è nella sua voce e nell'avvolgente gesticolare che accompagna ogni suo racconto.

Non solo di medicina, ma anche di agricoltura, l'altra sua grande passione che lo ha portato ad avviare un'azienda agricola a Siniscola, rigorosamente produzioni biologiche. "Confesso che mi emoziona ogni volta ammirare l'incanto della natura: talvolta non riesco a recidere un fiore o a tagliare un ramo



Bachisio Latte in Libia in una foto del 1957/58

secco, sicuramente è il mio panteismo che porta a credere che Dio sia ovunque" confida sottovoce Bachisio Latte. Sensibilità, determinazione e capacità: Bachisio Latte, professore, medico ma soprattutto uomo di grande valore.

Convegno a Sassari: i valori e livelli di assistenza

L'impatto della crisi economica sulla sanità e i nuovi problemi etici

La crisi sta pesantemente influenzando anche la sanità, mettendo in discussione molti valori e certezze che hanno fatto da guida negli anni passati, e allora anche l'etica può sfuggire alla medicina.

È quanto emerso durante il convegno "L'impatto della crisi economica sulla sanità: nuovi problemi etici" che si è svolto l'11 maggio nell'aula magna dell'Università di Sassari, organizzato dal Comitato di bioetica di Sassari e dall'Ordine dei medici e degli odontoiatri di Sassari.

Nei vari interventi i relatori hanno sottolineato i profondi cambiamenti della sanità anche nel nostro paese.

Oggi che la crisi è forte sono maggiori gli interrogativi, primo fra tutti: si possono garantire a ogni cittadino le cure del passato?

I medici sono preparati a razionalizzare le terapie, lasciando invariati i principi etici e le cure per il paziente, ma in un'ottica di risparmio? È stato rimarcato quanto il sistema sanitario pesi sul sistema economico complessivo, ma non sarà possibile garantire un'assistenza efficace se non sarà rafforzata la programmazione e rivisto il concetto di assistenza sanitaria, non più concentrato sull'ospedale ma invece sui servizi territoriali, considerato l'aumento dell'età della popolazione.

È cambiato anche il paziente; oggi è emancipato, arriva dal medico informato dopo aver navigato su Internet, spesso si reca dal medico già con la diagnosi, e pronto alla denuncia, anche quando non ci sono i presupposti, tanto che la maggior parte dei processi finiscono con l'assoluzione dei medici.

Questo atteggiamento ha portato i medici ad applicare la "medicina difensiva", quindi a prescrivere esami e accertamenti anche superflui pur di tutelarsi ed evitare la denuncia anche per una verruca. Un fenomeno comportamentale che costa all'Italia 10 miliardi di euro all'anno.

Per non parlare, poi, della spesa sanitaria, che

certamente può essere razionalizzata usando farmaci con la stessa efficacia ma a costi inferiori.

A conclusione del suo intervento, il presidente dell'Ordine dei medici di Sassari, Agostino Sussarellu, ha ribadito come anche nel codice deontologico è sottolineato l'uso appropriato delle risorse e la cura delle persone più deboli e fragili, auspicando che il sistema sanitario sia adeguato ai tempi ma comunque garantisca sempre la migliore assistenza a tutti. In pratica sarà necessario non cambiare la sanità ma salvare la sanità.

Dopo l'introduzione del presidente dell'Ordine dei medici, Agostino Sussarellu, e il ricordo da parte di Mario Oppes di Nino Bagella, primo presidente del Comitato di Bioetica di Sassari, sono intervenuti:

Gian Antonio Dei Tos, direttore generale - Azienda ULSS 7 Regione Veneto, che ha parlato di "Medicina e Sanità: lo scenario attuale e futuro";

Ivan Cavicchi, docente di Sociologia dell'organizzazione sanitaria e filosofia della medicina - all'Università di Tor Vergata a Roma, che ha parlato di "Medicina e Sanità in tempi di crisi economica: anacronismo o necessità di una lettura filosofica?"

Luigi Arru, presidente Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Nuoro, il quale ha parlato sul tema "I costi della medicina difensiva";

Mario Picozzi, docente di medicina legale all'Università degli Studi dell'Insubria Varese, che ha parlato di "La bioetica al letto del malato migliora l'appropriatezza delle cure?"

Giuseppe Turchetti, docente di economia alla Scuola Superiore Sant'Anna Pisa, che ha parlato di "L'health technology assesment";

Giorgio Lenzotti, direttore sanitario ASL di Modena, che ha parlato di "L'organizzazione sanitaria: strumenti per superare la sfida".

Ha moderato il convegno Gabriella Grimaldi, giornalista de "La Nuova Sardegna".

Convegno della CAO a Sassari

Linee guida per l'informazione sanitaria Deontologia e esigenze di comunicazione

Sabato 13 aprile, all'hotel Grazia Deledda di Sassari, si è svolto il convegno su "Informazione sanitaria: strategie d'incontro tra il rispetto del codice deontologico e le esigenze di comunicazione", promosso dall'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Sassari, e organizzato dalla Commissione dell'Albo degli Odontoiatri (Cao). L'incontro è stato sollecitato dall'aumento dei messaggi promozionali da parte di studi professionali e società di capitali, talvolta fuorvianti e ingannevoli per i cittadini, consentiti anche per effetto di una interpretazione estensiva della legge Bersani, a cui si è aggiunta la liberalizzazione del decreto Balduzzi. La legge attribuisce all'Ordine dei medici il controllo dei messaggi trasmessi, per garantire una corretta informazione, nell'interesse primario di tutelare la salute dei cittadini. Per questo motivo la Commissione Albo Odontoiatri ha presentato le linee guida che possano mettere ordine nel caos legislativo esistente, talvolta controverso fra

leggi europee e nazionali. "Questo convegno è propeedeutico, è il primo passo per trovare unità e avere una linea comune: non possiamo farci sopraffare da un mercato a volte ingannevole, talvolta tutelato dalla legge ma non certamente dalla deontologia; non solo, è un mercato che ostacola anche l'affermazione dei giovani odontoiatri" ha detto Pierluigi Delogu, presidente della commissione dell'Albo degli odontoiatri.

"Ma non è solo una nostra esigenza, è soprattutto una tutela verso i cittadini, che non devono essere

illusi da pubblicità ingannevoli che promettono a prezzi stracciati cure dentali che poi non si rivelano tali, anzi talvolta possono anche creare seri problemi alla salute: è importante che gli utenti conoscano realmente le cure a cui verranno sottoposti e i costi, senza false illusioni o, peggio ancora, imbrogli" ha aggiunto Pierluigi Delogu. Nei diversi interventi è stato evidenziato come la crisi economica stia incidendo in maniera negativa sull'accesso alle cure: molte persone non hanno più una disponibilità economica per le cure dentali, e pertanto, è stato detto,

occorre rivedere l'approccio verso l'utente, pensando a una proposta di "prestazione minima", una sorta di patto fa i dentisti e gli utenti. Le linee di indirizzo, che ora saranno vagliate e migliorate sino alla stesura finale, sono state illustrate da Antonio Pinna, consigliere dell'Ordine, mentre l'avvocato Roberto Longhin, uno dei massimi esperti sul tema in campo nazionale, ha evidenziato come il buco legislativo abbia per-

messo il proliferare di pubblicità ingannevoli, ricordando, però, quanto sia importante non arroccarsi su posizioni troppo rigide, ma bensì sia necessario sostenere il rapporto medico-paziente in un nuovo scenario informativo ed economico.

In conclusione, dopo gli interventi di alcuni odontoiatri, il presidente Delogu ha esortato la categoria a riprendere coraggio e determinazione, rimarcando come l'iniziativa sia un primo passo verso una linea comune per non subire regole di mercato possibili per le leggi ma non per la deontologia.



L'avvocato Longhin assieme ad Antonio Pinna

Quarta edizione dell'iniziativa della CAO

Cento odontoiatri volontari nelle scuole Bilancio della campagna prevenzione

Con oltre 5.500 alunni visitati si è conclusa la campagna di prevenzione nelle scuole, un'iniziativa voluta dalla Commissione Odontoiatri, ormai alla quarta edizione. Pubblichiamo il comunicato della CAO di Sassari.

Visita gratuita! Un proclama destinato a diventare il tormentone degli studi odontoiatrici e un mantra da recitare per essere più trendy. Nata dalla misericordia umana per favorire i più bisognosi, giustamente custodita nelle maglie del segreto professionale, è diventata ormai il richiamo lusinghiero di quanti desiderano acquisire nuova clientela, con formule alchemiche da propaganda di mercato.

L'atto medico, riassunto nella parola "visita", rappresenta il primo approccio col paziente ed è costituito, oltre alla rituale preparazione alla poltrona, dalla raccolta dei dati anamnestici, ispezione e sondaggi, palpazione, accertamenti radiologici, formulazione di una diagnosi inopinabile, piani di trattamento diversificati a seconda delle disponibilità economiche; il tutto compendiato in un preventivo scritto con tanto di estremi di assicurazione e massimali.

Un impegno di tempo pari e talvolta superiore a quello richiesto per una prestazione terapeutica; pratica molto impegnativa che viene spesso immolata sull'altare di un improbabile appalto e il più delle volte remunerata abbondantemente da tariffe ridondanti giustificate dalle difficoltà, vere o presunte, dei trattamenti in fieri. Anche se i tempi hanno consentito la liberalizzazione dei corrispettivi in danaro, tale modus operandi, oltre a inficiare la credibilità dello specialista perché induce a pensare che la "procedura" sia di poco conto, stride in pieno con il nostro codice deontologico.

Se tutti coloro che millantano prestazioni gratuite, perseguendo secondi fini, volgessero la propria attenzione attorno, capirebbero che esiste una moltitudine di colleghi che, senza ricorrere ad amplificazioni mediatiche, non solo praticano controlli specialistici senza alcun ritorno di immagine o di denaro, ma che per fare questo si spostano dal proprio luogo

di cura, rinunciando ai proventi di studio e al tempo libero, recandosi nelle scuole dell'infanzia, talvolta con le proprie assistenti, per sottoporre a esame stomatologico decine di piccoli scolari, con l'unico scopo di diffondere la cultura dell'igiene orale e alimentare e segnalare, sul nascere, patologie ad evoluzione inaggravante.

Ci riferiamo ai cento colleghi volontari che hanno dato vita, con il loro prezioso contributo, alla campagna di prevenzione della carie e delle malocclusioni, organizzata dalla Commissione Odontoiatri e giunta felicemente alla sua quarta edizione.

Bilancio decisamente positivo perché, a fronte di qualche defezione da parte di alcuni istituti comprensivi, dovuta a imperscrutabili pastoie burocratiche, tanti sono stati i nuovi colleghi che hanno manifestato interesse per l'iniziativa e hanno infoltito lo zoccolo duro della prima ora.

La risposta unanime ed entusiastica, conferma di una compagine fortemente coesa, ci conforta e ci sprona a proseguire sulla strada intrapresa. Solo con la forza delle idee condivise potremo, tutti insieme, fare fronte comune per risolvere i problemi che affliggono la nostra professione.

Nell'anno scolastico 2012-2013 tutti i 5618 bambini della scuola dell'infanzia, muniti di consenso, afferenti alle due provincie di Sassari e Olbia-Tempio sono stati sottoposti a controllo odontostomatologico. La città di Sassari, che da sola vanta un quarto degli scolari iscritti, è stata controllata in maniera capillare, grazie alla infaticabile opera svolta delle referenti di zona Luisa Destefanis e Alessandra Lucaferri. Il progetto ha acquisito tanta credibilità che la Fondazione Banco di Sardegna ha ritenuto opportuno erogare un contributo di ben 4.800 euro, che ci consentirà l'acquisizione dei presidi prima visita necessari.

A tutti i colleghi volontari vada la profonda stima e le sentite congratulazioni da parte della Commissione e del Consiglio Direttivo dell'Ordine della provincia di Sassari. Nelle pagine seguenti riportiamo i dati relativi alla campagna appena conclusa.

CAMPAGNA DI PREVENZIONE ANNO 2012/2013 (Totale alunni visitati: 5.618)

CITTA'	CIRCOLO/ISTITUTO	PLESSO	DENTISTI
Aggius	Ist. Compr. Aggius	Aggius	Rossana Giorgio
Aglientu	Ist. Compr. Aggius	Aglientu	Alena Piatsiary
Alghero	Ist. Compr. 1	Via Vitt. Emanuele + Asfodelo	Pietro Alias
Alghero	Ist. Compr. 1	Fertilia + Sa Segada	Maria Grazia Pinna
Alghero	Ist. Compr. 2	La Pedrera	Antonio Raffaele Frulio
Alghero	Ist. Compr. 2	Il Carmine	Fabrizio Galligani
Alghero	Ist. Compr. 2	Il Carmine	Cristiana Trova
Alghero	Ist. Compr. 3	Via Matteotti	Enrico Trova - Gerardo Campus
Alghero	Ist. Compr. 3	Via Matteotti	Bruno Piccinini
Alghero	Ist. Compr. 3	Sant'Anna	Andrea Marlon Sotgiu
Alghero	Ist. Compr. 3	Sant'Anna	Veronica Canu
Alghero	Ist. Compr. 3	Sant'Agostino Nuovo	Francesco Bustio Dettori
Alghero	Ist. Compr. 3	Santa Maria La Palma	Maria Grazia Pinna
Anela	Ist. Compr. Bono	Anela	Angela Mugoni
Arzachena	Ist. Compr. 2	Porto Cervo	Miriam Schilt
Arzachena	Ist. Compr. 2	Porto Cervo	Eugenia Tanda
Arzachena	Scuola Materna Privata San Vincenzo	San Vincenzo	Andrea Aru - Silvia Danila Caria
Badesi	Ist. Compr. Badesi	Badesi+Badesi Muntiggioni	Selene Patteri
Benetutti	Ist. Compr. Benetutti	Benetutti	Alessandro Pala
Benetutti	Ist. Compr. Benetutti	Benetutti	Dino Ignazio Lai
Bono	Ist. Compr. Bono	Via Manzoni + Santa Caterina	Sebastiano Bella - Antonella Caria
Bottida	Ist. Compr. Bono	Bottida	Giovanni Stefani
Bortigiadas	Ist. Compr. Aggius	Bortigiadas	Luigi Bianco
Bultei	Ist. Compr. Benetutti	Bultei	Angela Mugoni
Burgos	Ist. Compr. Bono	Burgos	Giovanni Stefani
Chiaromonti	Ist. Compr. Sebastiano Satta Perfugas	Chiaromonti	Angela Mugoni
Chilivani	Ist. Compr. 2 Ozieri	Chilivani	Giovanni Deiosso - Leonardo Tedde - Nicola Farina
Cossoine	Ist. Compr. Pozzomaggiore	Cossoine	Luisa Destefanis
Esporlatu	Ist. Compr. Bono	Esporlatu	Giovanni Stefani
Illorai	Ist. Compr. Bono	Illorai	Giovanni Stefani
La Maddalena	Ist. Compr. La Maddalena	Via Carducci	Mara Impagliazzo
La Maddalena	Ist. Compr. La Maddalena	Via Carducci + Due Strade	Antonio Sallustio
La Maddalena	Ist. Compr. La Maddalena	Due Strade	Mario Perrone
La Maddalena	Ist. Compr. La Maddalena	Moneta	Pietro Michele Traverso
La Maddalena	Ist. Compr. La Maddalena	Moneta	Aurelio Susini
Laerru	Ist. Compr. Sebastiano Satta Perfugas	Laerru	Angela Mugoni
Luogosanto	Ist. Compr. Aggius	Luogosanto	Andrea Aru - Silvia Danila Caria
Martis	Ist. Compr. Sebastiano Satta Perfugas	Martis	Angela Mugoni
Nughedu San Nicolo'	Ist. Compr. 1 Ozieri	Nughedu San Nicolo'	Mauro Enrico Maria Palazzi
Nulvi	Ist. Compr. Osilo	Nulvi	Sebastiano Piras
Olbia	3° Circolo	Santa Maria	Liliana Asara
Olbia	3° Circolo	Santa Maria	Pietro Giordano Barbieri - Davide Barbieri
Olbia	3° Circolo	Isticadeddu	Stefano Branca
Olbia	3° Circolo	Isticadeddu	Mariella Putzu
Olmedo	Ist. Compr. E.D'arborea Villanova	Olmedo	Pietro Porcu
Olmedo	Ist. Compr. E.D'arborea Villanova	Olmedo	Rita Manca
Osilo	Ist. Compr. Osilo	Osilo	Roberta Gaspa
Ozieri	Ist. Compr. 1 Ozieri	Pietro Micca	Magda De Giorgio - Alberto Murtas
Ozieri	Ist. Compr. 1 Ozieri	Carmelo	Giovanni Deiosso - Nicola Farina - Leonardo Tedde
Ozieri	Ist. Compr. 2 Ozieri	Sa Pastia	Elio Lunesu - Pier Paolo Lunesu - Giorgio Lunesu
Ozieri	Ist. Compr. 2 Ozieri	Gescal	Piero Melia
Perfugas	Ist. Compr. Sebastiano Satta Perfugas	Perfugas	Antonio Medas
Pozzomaggiore	Ist. Compr. Pozzomaggiore	Pozzomaggiore	Luisa Destefanis - Maria Rosaria Lallai
Putifigari	Ist. Compr. Pozzomaggiore	Putifigari	Barbara Pirisino
Romana	Ist. Compr. Pozzomaggiore	Romana	Luisa Destefanis

(segue tabella dalla pagina precedente "Campagna di prevenzione" anno 2012/2013)

Santa Teresa Di Gallura	Ist. Compr. Santa Teresa Di Gallura	Porto Pozzo	Bastianino Uscidda
Santa Teresa Di Gallura	Ist. Compr. Santa Teresa Di Gallura	Santa Teresa Di Gallura	Eugenia Chirri
Santa Teresa Di Gallura	Ist. Compr. Santa Teresa Di Gallura	Santa Teresa Di Gallura	Alena Piatsiary
Santa Teresa Di Gallura	Ist. Compr. Santa Teresa Di Gallura	Santa Teresa Di Gallura	Bastianino Uscidda
Santa Teresa Di Gallura	Ist. Compr. Santa Teresa Di Gallura	Santa Teresa Di Gallura (Prim.)	Roberto Cossi
Santa Teresa Di Gallura	Ist. Compr. Santa Teresa Di Gallura	Santa Teresa Di Gallura (Prim.)	Tommaso Visicale
Santa Teresa Di Gallura	Ist. Compr. Santa Teresa Di Gallura	San Pasquale (Prim.)	Pietro Porcu
Sassari	1° Circolo	San Donato + Via Cicu	Alessandro Carboni - Luisa Destefanis
Sassari	1° Circolo	Bancali + Caniga + La Landrigga	Bastianina Piras
Sassari	2° Circolo	San Giuseppe	Roberta Bianciotti - Luisa Destefanis - Maddalena Columbano - Mario Salaris
Sassari	2° Circolo	Porcellana	Maria Pina Mura
Sassari	3° Circolo	Via Tintoretto	Donatella Delogu - Roberto Unali
Sassari	3° Circolo	Via Ardana	Paolo Viridis
Sassari	3° Circolo	Via Berlinguer	Merlini Gesuina Siddi
Sassari	5° Circolo	Via Gorizia	Giovanni Bussu - Mariella Cinellu
Sassari	5° Circolo	Viale Trieste	Concetta Pepe
Sassari	8° Circolo	Via Catalocchino	Marco Chessa - Paolo Viridis
Sassari	8° Circolo	Via Madrid	Alessandra Lucaferri
Sassari	10° Circolo	Via Oriani	Antonella Bortone - Pierluigi Delogu
Sassari	10° Circolo	Via Marras	Maria Rosaria Lallai - Silveria Serra
Sassari	10° Circolo	Via Togliatti	Pasqualina Pala
Sassari	12 - 13° Circolo	Via Baratz + Via Cilea + Via De Muro	Cristina Soggia - Alessandra Dongu
Sassari	Ist. Compr. Monte Rosello Alto	Via Gessi + Via King	Graziano Cubeddu
Sassari	Ist. Compr. Monte Rosello Alto	Via Manzoni	Maria Vittoria Monti - Paolo Serra
Sassari	Ist. Compr. Monte Rosello Alto	Via Nievo + Via Sulcis	Flavia Pinna - Stefania Giordano
Sassari	Ist. Compr. Latte Dolce Agro	Sant'Orsola	Concetta Pepe
Sassari	Ist. Compr. Latte Dolce Agro	Campanedda + La Corte	Rita Pipia
Sassari	Ist. Compr. Li Punti	Via Camboni	Margherita Manca - Elena Solinas
Sassari	Ist. Compr. Li Punti	Via Carboni	Antonello Fois
Sassari	Ist. Compr. Regina Margherita	Villa Gorizia	Margherita Manca
Sassari	Ist. Compr. Regina Margherita	Viziliu	Pasqualina Pala
Sassari	Ist. Compr. Regina Margherita	Ottava	Antonello Fois
Sennori	Ist. Compr. Sennori	Muntigeddu + Su Monte + S. Vittoria	Roberto Manchinu
Tempio Pausania	Ist. Compr. Tempio	San Lorenzo	Mariuccia Macis - Luigi Bianco
Tempio Pausania	Ist. Compr. Tempio	San Giuseppe	Francesco Balata
Tempio Pausania	Ist. Compr. Tempio	Spinsateddu + Episcopio	Irene Bisson - Rossana Giorgio
Thiesi	Ist. Compr. Thiesi	Via Garau	Paolo Olinas
Trinita' D'agultu	Ist. Compr. Badesi	Trinita' D'agultu	Selene Patteri
Tula	Ist. Compr. 1 Ozieri	Tula	Elio Solinas
Tula	Ass. s. s. di Lucro "Pietro Fadda Farina"	Tula	Elio solinas
Viddalba	Ist. Compr. Badesi	Viddalba	Selene Patteri
Villanova Monte Leone	Ist. Compr. E. D'arborea Villanova	Villanova Monte Leone	Francesco Galiffi

Corso di formazione organizzato dall'ANDI

Chirurgia orale e anatomia: suggerimenti e conoscenze per un approccio più sicuro

Organizzato dall'ANDI Provinciale Sassari in collaborazione con AN-
DI Provinciale Oristano, si è svolto
l'11 di maggio presso l'hotel Grazia De-
ledda a Sassari il corso "Chirurgia orale
nel rispetto dell'anatomia", tenuto da
Roberto Pistilli. Il collega, specialista in
chirurgia maxillo facciale, lavora presso
l'Azienda Complesso Ospedaliero San
Filippo Neri di Roma occupandosi inol-
tre di implantologia avanzata e chirur-
gia rigenerativa dei mascellari. Alla
base di una chirurgia sofisticata deve
stare la conoscenza anatomica del di-
stretto in cui si opera e questa non può prescindere
da una sapienza "scolastica" e da uno studio pratico.
Se nel mondo anglosassone è usuale che nella di-
dattica prevalga la componente pratica, questa mo-
dalità è meno diffusa nel nostro corso di studi.

Certamente atlanti anatomici sofisticati con ri-
soluzione tridimensionale delle immagini aiutano
nell'apprendimento, ma per completare la prepara-
zione è essenziale quello che solo la pratica operativa
può dare.

Assistere a una lezione magistrale di anatomia
operativa come quella offerta ai numerosi colleghi

di Piero Meloni



e agli studenti del corso di laurea in
odontoiatria ha certamente portato ai
partecipanti nuove conoscenze e sug-
gerimenti per un approccio più sicuro
sia alla chirurgia orale quotidiana come
la estrattiva, che alla implantare avan-
zata. Impegno Culturale dell' ANDI è
contribuire, con il progetto ANDI
Young, alla formazione professionale
post-laurea dei giovani dentisti e stu-
denti di odontoiatria e permettere un
aggiornamento continuo ai meno gio-
vani. In particolare, in questa giornata
sono stati messi in evidenza gli accor-

gimenti più utili finalizzati al rispetto di strutture
anatomicamente fondamentali quali le ghiandole
salivari del pavimento della bocca, il decorso del
nervo linguale, con particolare riferimento alle pos-
sibili complicanze legate all'estrazione del terzo mo-
lare inferiore, i rapporti del nervo mandibolare negli
interventi di implantologia e di asportazione delle
cisti.

Le indagini radiologiche avanzate come la TC
Cone Beam, che la tecnologia e il mercato hanno
reso ormai facilmente disponibili, mostrano la loro
grande validità solo se accompagnate al preciso ri-
conoscimento anatomico delle strutture indagate.

A queste conoscenze deve necessariamente af-
fiancarsi la pratica clinica, come è stato bene evi-
denziato a proposito del decorso del nervo man-
dibolare all'interno o meno di un canale osseo ben
rappresentato.

Fare una sintesi delle conoscenze pratiche tra-
smesse a partire dall'utilizzo della cera per osso, alle
migliori metodiche del rilascio periosteo, all'utilizzo
della Bolla del Bichat nella chiusura delle fistole oro-
antrali o alle accortezze da seguire nella mandibola
atrofica sarebbe troppo lungo e certamente ridut-
tivo. È per questo che noi tutti siamo molto grati a
Roberto Pistilli per quanto con tanto garbo e com-
petenza ha voluto insegnarci.



Da sinistra verso destra Corrado Casu, Graziano Cu-
beddu, Carlo Azzena, Roberto Pistilli, Andrea Contini

Problemi e prospettive di inserimento nel mondo del lavoro

ANAAO giovani, una sfida per crescere e creare una coscienza collettiva

ANAAO giovani (statuto art 24 e regolamento nazionale art 8) è nata da un patto generazionale che vede nella continuità e nel progressivo passaggio di testimone, il minimo comune denominatore per delineare la cornice operativa del nostro gruppo. Le linee programmatiche sono state tracciate lungo bisettrici di comune interesse, cercando di rendere "appetibile" la nostra associazione e vincere quell'inerzia alla partecipazione sindacale dei giovani. Insomma l'intento è quello di creare una coscienza collettiva giovanile che abbia a cuore il proprio futuro e che possa acquisire nel tempo i mezzi necessari per "interpretare" i rapidi mutamenti del sistema sanitario per poi viverli da protagonisti.

È chiaro che con questi presupposti si accetta una sfida non da poco.

di Domenico Montemurro*

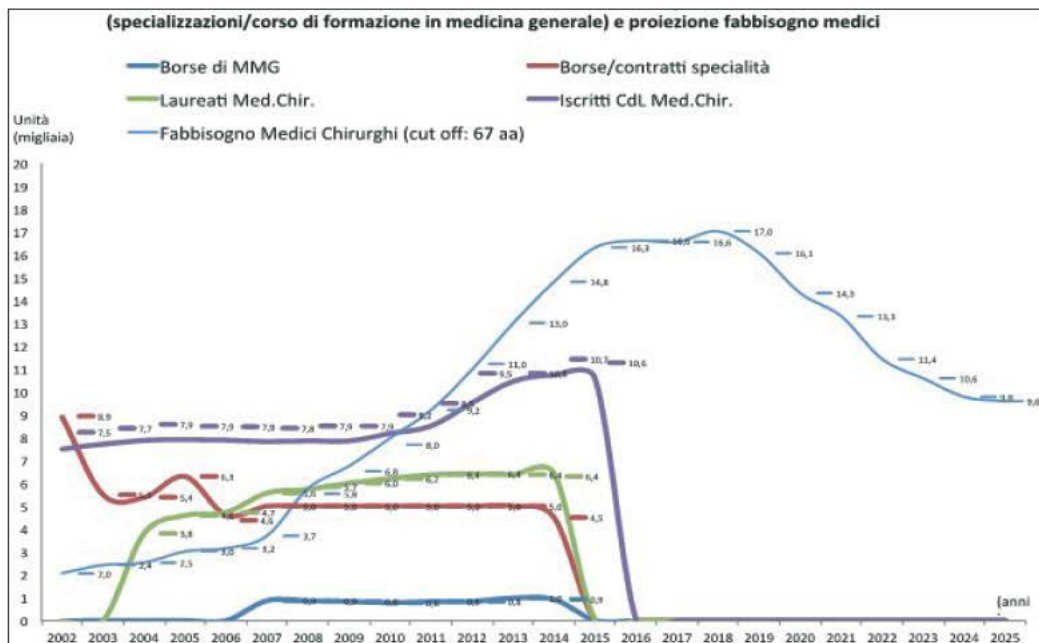


Operatività e riflessioni:

Il gruppo ha cercato di focalizzare, innanzitutto, la sua riflessione verso le fasce di età più giovani inclusi i medici in formazione specialistica che dovrebbero svincolarsi da logiche esclusivamente formative per conoscere e comprendere anche aspetti del mondo lavorativo che toccheranno da vicino.

Di fatto la formazione dei medici e l'inserimento nel mondo del lavoro deve essere collocato all'interno dei rapporti

Regioni-Università. Nell'attuale contesto socio-economico, ANAAO giovani non vuole abolire il titolo della specializzazione, prerequisito per l'ingresso nel Servizio Sanitario nazionale. Piuttosto là dove l'università non riesce a garantire un'adeguata offerta formativa, assicurare una "formazione sul campo" anche retribuita e legata alla possibilità di una "op-



zione" per l'assunzione nella azienda dove si è formati con l'obbligo di permanenza per i primi anni.

Per questi motivi è stata proposta una survey che ha lo scopo di comprendere quali debbano essere le giuste politiche sanitarie da adottare attraverso i mezzi del sindacato e idonee a garantire sicurezza e prospettive ai giovani medici under 40 che si trovano a lavorare in un Servizio Sanitario Nazionale sempre più precario. Basti pensare a quello che sta accadendo per le scuole di specialità mediche dove a



Mara, Nostra Signora di Bonu Ighinu

fronte di 4500 contratti banditi dal MIUR, parteciperanno oltre 6000 laureati in medicina con conseguente plethora di medici non ammessi che si andrà a sommare ai precari già specializzati e non, che non vengono assunti o che si adoperano in lavori "occasionalisti".

È una chiara questione di programmazione come mostrato nel grafico. ANAAO giovani si è posta l'obiettivo di esaminare anche la variegata tipologia di contratti esistenti, assicurando pari diritti e doveri a chi lavora nel Servizio Sanitario Nazionale.

Una traccia la si trova nel documento "An Action plan for the EU health workforce", che rappresenta un piano d'azione di sanità pubblica europeo, espressione della commissione (comunicazione del 18-4-12), rivolto al personale sanitario con il precipuo scopo di mitigare il ricorso a forme di precariato medico ed evitare fughe verso altri sistemi sanitari. Sono stati considerati stakeholder le società scientifiche che hanno previsto nei loro statuti una commissione giovani, offrendo loro interventi su temi di interesse sindacale (ad esempio Tutela maternità e pari opportunità, orario di lavoro, carichi di lavoro) in cambio di visibilità all'interno dei loro eventi. Non è di minore importanza la dinamica retributiva dei giovani medici che, se fortunati, una volta entrati nella dipendenza, possono essere penalizzati in vari modi: per la loro anzianità che non gli consente di fruire di istituti contrattuali decorosi (quali l'indennità di esclusività), per la retribuzione di posizione fissa (non attribuibile), per il basso o inesistente livello di

retribuzione variabile, per il futuro previdenziale indipendentemente dal tipo di contratto.

Il gruppo non si è sottratto alla riflessione su aspetti che concernono l'apprendimento di insegnamenti di economia sanitaria da introdurre nel percorso formativo dei medici, anche in formazione specialistica, senza escludere per questo un dialogo con le Università.

È indubbio che non si vuol diventare tecnocratici e burocrati, anzi la relazione con il paziente dovrà essere sempre al centro del lavoro del medico, ma un possibile strumento per perseguirla con efficacia è capire dove sono allocate le risorse.

Altri aspetti rilevanti, l'ANAAO giovani li ha individuati nell'importanza di un affiancamento costante tra un giovane ed un esperto a tutti i livelli della vita sindacale, nella possibilità di creare un dialogo con le nuove generazioni dei medici di medicina generale, al fine di comprendere reciprocamente l'altrui realtà verso un unico sistema, nella necessità di aprirsi all'Europa attraverso una collaborazione con la European Junior Doctor, nell'intento di condividere e proporre documenti su argomenti di comune interesse, nell'affrontare le pari opportunità di genere, rendendo indifferibile la partecipazione delle donne in tutti gli organi del sindacato al fine anche di vigilare e migliorare aspetti contrattualistici discriminanti.

***Domenico Montemurro**
è consigliere dell'Associazione Nazionale Medici Dirigenti

FIMMG/Ogni anno 800 giovani ottengono il diploma

Il percorso di formazione specifica per medici di medicina generale

FIMMG Formazione è nata grazie al coinvolgimento attivo dei medici di medicina generale in formazione nell'analisi delle criticità del proprio percorso formativo per trovare soluzioni che possano migliorare la realtà organizzativa regionale dei corsi di formazione. Approcciarsi al sindacato per cercare di migliorare la condizione lavorativa e professionale propria e dei colleghi permette di rendersi conto che siamo attori di un unico sistema sanitario che va conosciuto e compreso nel suo funzionamento, per poter meglio essere traduttori per i cittadini nel spiegarne le modalità di utilizzo in un'ottica di ottimizzazione delle cure e risparmio di risorse. In tutta Italia i medici in formazione sono circa 2.350 e ogni anno circa 800 medici ottengono il diploma in formazione specifica. Ognuno di essi un domani avrà in carico fino a 1.500 assistiti: formare bene un medico oggi significa domani avere 1500 pazienti ben seguiti. In termini di politica economico-sanitaria l'investimento è garantito!

Le maggiori criticità per il medico in formazione specifica in Medicina Generale (MG)

Il percorso di formazione in medicina generale non si limita al solo triennio formativo, è disseminato di ostacoli e rallentato da tempi morti. Un primo ritardo si determina nella necessità di essere abilitati al momento dell'iscrizione al concorso; tale iscrizione avviene in aprile per un esame che si svolge a settembre e un corso di formazione che non inizia prima di dicembre dello stesso anno.

Se durante il triennio un medico in formazione si assenta per gravidanza o malattia indipendentemente dal numero di mesi dell'assenza perde un anno, e ciò è penalizzante ai fini dell'inserimento in graduatoria per l'accesso alla professione. Dopo l'ottenimento del diploma, il neo medico di medicina generale effettua domanda per l'inserimento in gra-

di Giulia Zonno*



duatoria, i cui tempi di pubblicazione superano l'anno.

A seguito della pubblicazione della graduatoria vi è un altro 'tempo morto' nell'attesa della pubblicazione degli ambiti carenti. Considerando ciò è evidente come il percorso di formazione sia gravoso per la sua lunghezza che va ben oltre il triennio del corso. Nonostante conduca a una professione di grande valore e importanza in un'ottica di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, il percorso per diventare medico di famiglia non è appetibile per un neolaureato specialmente dal punto di vista economico-retributivo.

FIMMG Formazione chiede una giusta retribuzione o, in alternativa, la possibilità di integrare il corso con esperienze lavorative professionalizzanti (ben definite a livello normativo) nell'area delle cure primarie, sì da poter confidare su uno stipendio dignitoso a fine mese che permetta di dedicarsi serenamente alla propria formazione e portare avanti, su due binari paralleli, vita privata e vita professionale, senza dover sacrificare l'una a favore all'altra. Abbiamo avanzato questa proposta di concerto con la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici al fine di rendere maggiormente professionalizzante il corso di formazione specifica in medicina generale e parzialmente di anticipare l'accesso alla professione, per avere oltre che la formazione teorica anche un coinvolgimento in attività lavorative da svolgersi nelle cure primarie che permettano un'assunzione graduale della responsabilità. E inoltre abbiamo più volte denunciato la critica situazione di molte regioni in cui le borse di studio vengono erogate con ritardi anche di mesi.

Nonostante vi sia una normativa quadro nazionale le Regioni riaffermano una notevole autonomia nell'organizzazione didattica e gestionale del corso di formazione specifica in medicina generale (corso di formazione specifica in medicina generale). Vi è una



assenza di un core curriculum uniforme e condiviso per tutte le scuole regionali. I piani didattici dei corsi di formazione specifica in medicina generale e i loro contenuti devono essere rivisti alla luce delle nuove conoscenze della medicina e debbono avere una sostanziale omogeneità nazionale, prevedendo un 15-20% di variabilità regionale.

Il core curriculum, oltre a prevedere conoscenze scientifiche e competenze tecniche, non potrà prescindere da ciò che sempre più frequentemente viene richiesto al buon medico di medicina generale: capacità di mediazione, di comunicazione, di organizzazione, di gestione e collaborazione con altre figure professionali.

Dal monitoraggio dello stanziamento dei finanziamenti e della distribuzione dei contingenti di posti alle regioni è emerso che le borse di studio sono diminuite a favore di alcune regioni e a sfavore di altre senza che apparentemente vi siano criteri a sostegno di tali scelte. Vi è la necessità di una programmazione dei fabbisogni di professionisti medici

su scala regionale che tenga conto della numerosità della popolazione, delle curve di pensionamento e delle aree carenti, delle politiche sanitarie, del numero di borse per ciascuna regione e del tasso di abbandono del corso (stimabile al 10%) e infine dei medici già in possesso del titolo che sono in graduatoria e attendono di ottenere la convenzione.

Si tratta di studi di programmazione necessari per garantire l'accesso alla professione per i medici che decidono di intraprendere questo percorso e soprattutto per far sì che tale sistema formativo possa garantire un numero di medici sufficiente ai fabbisogni regionali.

Di fronte a tali e tanti problemi di difficile risoluzione è necessario il coinvolgimento e la partecipazione dei giovani medici in formazione, a tutti i livelli, nel sindacato e nelle istituzioni ordinistiche. Solo con una forte responsabilizzazione dei singoli e una partecipata unità di azione possiamo pensare di migliorare il sistema.

* Giulia Zonno è responsabile giovani FIMMG



Giave, panorama con Rocca Pedra Mendalza

Il convegno organizzato dal Segretariato italiano degli studenti di medicina

Le mutilazioni genitali femminili Un problema attuale (ma sottovalutato)

Nel mondo esistono piaghe silenziose di cui pochi parlano, forse per distrazione, noncuranza, o forse solo semplicemente perché non ci toccano da vicino, e risultano essere lontane dalle nostre percezioni quotidiane. Ma le persone migrano da quando i primi uomini hanno iniziato a camminare sui continenti, e problematiche che prima erano lontane improvvisamente si presentano alla moderna civiltà occidentale con la forza prorompente del loro dramma. Le mutilazioni genitali femminili sono diventate un argomento di attualità, soprattutto in un paese sottoposto in continuazione a ondate migratorie di profughi che, spesso in regime di clandestinità, arrivano dall'Africa. Ma la conoscenza del fenomeno presenta tutt'ora dei punti d'ombra, e con questo spirito si è mossa la sede sassarese del SISM (Segretariato italiano studenti medicina), che lo scorso 10 Aprile ha organizzato, nella sala conferenze dell'ERSU di Sassari, un interessante pomeriggio dedicato alla disamina dell'argomento, che è stato sviscerato da più punti di vista. L'incontro è stato

moderato dal professor Salvatore Dessole, autore di un pregevole intervento introduttivo. Speranza Piredda, dirigente medico del reparto di ginecologia e ostetricia di Alghero, che da anni è in prima linea nella lotta contro le mutilazioni genitali femminili, ha proposto una ampia e interessante relazione che, oltre ad affrontare la classificazione delle mutilazioni e le loro caratteristiche cliniche, ha affrontato l'ar-

gomento da un punto di vista più ampio, inquadrando il problema non solo nel contesto dei paesi di provenienza, ma anche nella realtà italiana.

Infatti anche l'Italia, seppur in maniera tardiva, condanna le mutilazioni genitali femminili, e ciò porta all'applicazione clandestina dei riti propri dei luoghi di provenienza, o addirittura a temporanei ritorni in patria finalizzati allo scopo. Luciana Goisis, ricercatrice di diritto penale, ha successivamente in-

quadrato le implicazioni giuridiche riguardanti l'argomento: una questione spinosa che tutt'ora fa discutere vari penalisti, a causa del concetto di "reato culturalmente motivato", presente in giurisprudenza. Nell'ultimo intervento, Piredda e Goisis hanno messo a fuoco il futuro della lotta alle mutilazioni genitali femminili; un futuro che è fatto di coordinazione fra pediatri, maestre, servizi sociali e forze dell'ordine, figure che devono essere addestrate e informate su come riconoscere i segni e i comportamenti sospetti; così come pare indispensabile l'istituzione della figura del mediatore culturale, a tutt'oggi assente nel nord Sardegna.

Durante l'incontro sono stati proiettati alcuni filmati che hanno mostrato la lotta che donne e uomini africani stanno intraprendendo contro le mutilazioni genitali femminili. Il bilancio della serata è stato decisamente positivo per il notevole arricchimento culturale di cui i numerosi studenti accorsi all'evento potranno fare tesoro nella propria futura vita professionale. (F.B.D.)



Intervento/Le mutilazioni genitali femminili

Le tradizioni antiche non sono verità assolute Il dramma delle pratiche nefaste

In una società ormai interculturale dobbiamo, come medici, tener presente del mutamento dell'utenza e conoscerne le problematiche socio-sanitarie. In Italia si calcola che vi siano 5.000.000 di immigrati, il 49% di questi sono donne e 200 sono i paesi di provenienza. Nel mondo 135.000.000 donne sono portatrici di mutilazioni genitali femminili, in Italia l'ISTAT parla di 139.000 donne con mutilazioni genitali femminili e di queste circa il 50% sono bambine ed adolescenti. Sono dati

che ci portano a capire perché sia importante conoscere il problema. Partiamo dalla definizione: le mutilazioni genitali femminili sono procedure che comportano la rimozione parziale o totale dei genitali esterni femminili sia per ragioni culturali che per altre ragioni non terapeutiche.

Sono praticate soprattutto nel Corno d'Africa, in Egitto, negli Emirati Arabi, in Iraq, in Iran e in Indonesia. Il termine è stato coniato nel corso della III Conferenza Inter-Africana ad Addis Abeba nel 1990. Alcune delle popolazioni africane coinvolte hanno contestato il termine "mutilazione" perché esprimeva una connotazione negativa e proposto il termine escissione; si è però scelta la definizione di mutilazione perché rafforza l'idea di una pratica che viola i diritti umani delle donne e delle bambine. Sono

di Speranza Piredda



pratiche che hanno origine da strutture sociali fondate dalla disegualianza dei sessi e in cui la pressione familiare e sociale è alla base della violazione di un diritto fondamentale quale il rispetto dell'integrità personale; atti già conosciuti nei tempi antichi: il termine infibulazione deriva dal latino "fibula" che vuol dire fermaglio o spilla che veniva applicato, nell'antica Roma, sui genitali delle mogli e delle schiave per evitare rapporti illeciti.

Le mutilazioni genitali femminili ven-

gono classificate in 4 tipi:

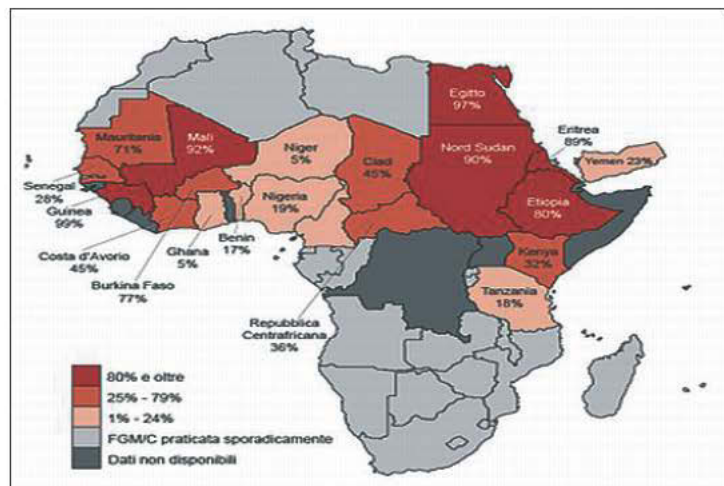
- Clitoridectomia: rimozione parziale o totale del clitoride.
- Escissione: rimozione parziale o totale delle piccole labbra e/o della clitoride e/o delle grandi labbra.
- Infibulazione: restringimento dell'orifizio vaginale con chiusura ermetica che si ottiene con la rimozione ed apposizione delle piccole o grandi labbra.

Il quarto tipo comprende tutte quelle pratiche nefaste sui genitali per scopi non terapeutici (pricking, piercing, incisioni, cauterizzazioni etc). Le mutilazioni genitali femminili sono abitualmente praticate da donne anziane, in pessime condizioni igienico sanitarie, con lamette, forbici o coltelli, senza anestesia; la ferita viene poi accostata e le gambe tenute legate per 2/3 settimane; attualmente in alcuni paesi vengono praticate anche in ambienti medicalizzati e/o ospedali anche se la percentuale in molti paesi è molto bassa.

È facile dedurre che queste pratiche, eseguite in tali condizioni, vadano incontro a delle complicanze immediate e/o tardive. Le complicanze immediate sono dolore e bruciore alla minzione, ritenzione urinaria acuta, anemia lieve o moderata, emorragia per lesione dell'arteria dorsale clitoridea, infezioni, febbre, tetano, AIDS, HBV. Sono riportati anche casi di fratture e lussazioni dovute ai movimenti di ribellione durante l'immobilizzazione. Le



Strumenti utilizzati per mutilazioni genitali femminili



Percentuale donne mutilate in vari paesi africani

complicanze tardive sono minzione dolorosa, a pioggia, cistiti ed uretriti ricorrenti, ematocolpo, ematometra, vaginiti frequenti e problemi psicologici e relazionali soprattutto nelle adolescenti a scuola o nello sport, dispareunia, penetrazione difficoltosa, cisti da ritenzione. Le mutilazioni genitali femminili vengono praticate, a seconda del paese d'origine, sia in epoca neonatale, nell'infanzia e nella pubertà, sempre prima del matrimonio e dopo il parto.

La percentuale delle donne mutilate varia dal 3% (Camerun) al 97% (Egitto, Somalia) a seconda dei paesi d'origine, così come varia la percentuale degli interventi fatti in ambito medico.

La religione e la scolarità non influiscono sulle mutilazioni genitali femminili, infatti vengono praticate sia dai cristiani che dai musulmani e in tutte le fasce sociali. I fattori che favoriscono queste pratiche sono il controllo sociale, economico e religioso.

Nelle donne immigrate la richiesta a mantenere tali pratiche può, da un lato, aumentare per difesa delle proprie tradizioni, dall'altro versante il confronto con un diverso ambiente sociale può indebolire il senso e la funzione del rito creando diverse problematiche che dovremmo conoscere.

I medici di medicina generale, pediatri e ginecologi spesso sono l'unico collegamento tra le donne con mutilazioni genitali femminili e il mondo medico e questo richiede una specifica competenza diagnostica, terapeutica e preventiva. È necessario che il medico conosca l'esistenza di queste pratiche, il valore e i significati di questa esperienza, la condizione

personale di chi si sottopone o è costretta a sottoporsi e i paesi in cui sono diffuse.

Bisogna, inoltre, conoscere quali sono i punti di vista delle donne mutilate e le implicazioni sociali correlate: è una pratica profondamente radicata nella società e conferisce lo stato sociale alla bambina ed alla famiglia; rifiutare la pratica è vergogna e porta all'esclusione sociale; vi sono implicazioni di genere: la bambina acquisisce identità femminile, onore e orgoglio di appartenenza al proprio gruppo culturale, identità culturale e so-

ciale; implicazioni estetiche e personali: mutilazioni genitali femminili come canone di bellezza, di pulizia di purezza e garanzia di verginità, tutela della castità e della fedeltà al marito. In questo contesto può apparire complicato il rapporto con queste donne nate e cresciute fino all'età adulta nei paesi d'origine e portatrici di valori tradizionali e spesso non coscienti di un disturbo perché considerato normale dell'essere donna e bisogna perciò prestare attenzione alle problematiche legate al confronto tra le diversità del paese d'origine e il paese ospitante.

Conoscere la problematica per informare, educare e prevenire queste pratiche nefaste soprattutto per le seconde e terze generazioni fa parte del programma di inclusione sociale della popolazione migrante a cui il medico dovrebbe aderire e dare il suo contributo. Il medico deve essere preparato anche alla eventuale richiesta di deinfibulazione; allora è importante spiegare alle donne la deinfibulazione come promozione della salute in quanto migliora la minzione, il flusso mestruale, riduce o risolve la dismenorrea; bisogna spiegare come avviene l'intervento, cosa cambierà dal punto di vista anatomico, accordarsi sul grado di deinfibulazione (totale o parziale); bisognerà inoltre coinvolgere il marito, chiedere una consulenza psicosessuale e compilare un consenso informato e compreso.

Il medico sarà così promotore dei diritti umani delle donne aiutandole a poter decidere in libertà e con responsabilità sulle questioni riguardanti la salute riproduttiva e la propria sessualità senza coer-

cizioni, discriminazioni e violenze. Da diversi anni, a livello mondiale si stanno portando avanti delle lotte per l'eliminazione di queste pratiche scellerate; è del 1979 la Convenzione ONU per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione, nel 1984 si è costituito a Dakar il Comitato Inter-Africano, l'11 luglio 2003 nasce a Maputo il Protocollo della Carta Africana dei Diritti dell'Uomo e dei Popoli relativo ai Diritti delle Donne in Africa.

Il Protocollo di Maputo, nato come strumento che promuove i diritti umani e in modo specifico quello delle donne africane, è stato salutato con favore ed entrato in vigore il 25 novembre 2005. A tutt'oggi il Protocollo di Maputo che attua, con il suo articolo 5, le disposizioni sull'eliminazione delle mutilazioni genitali femminili è ancora disatteso da molti Paesi aderenti che non lo hanno ancora ratificato.

La questione mutilazioni genitali femminili, d'altra parte, rappresenta un fenomeno che, oltre a interessare in modo diretto gli Stati e le Società africane, sta creando apprensione anche negli Stati Europei coinvolti nei flussi migratori delle popolazioni provenienti dai paesi interessati. Dal 2001 l'U.E. ha adottato una risoluzione in materia di mutilazioni genitali femminili con cui condanna fermamente queste pratiche e chiede a ciascun stato membro di adottare delle misure legislative che ne ravvisino gli estremi del reato (Risoluzione 2001/2035 INI). L'Italia, su

ispirazione della propria Costituzione, ha recepito tale direttiva europea con l'emanazione della legge n°7 del 9 gennaio 2006 (Legge Consolo). La legge 7/2006 ha introdotto nel codice penale l'articolo 583 bis che punisce con la reclusione da 4 a 12 anni chiunque (cittadino italiano o straniero), in assenza di esigenze terapeutiche, cagioni una mutilazione degli organi genitali femminili e qualsiasi pratica che provochi effetti dello stesso tipo. Se le mutilazioni sono commesse a danno di una minorenni oppure a fini di lucro, la pena è aumentata di un terzo.

La tutela prevista da questa legge si applica anche quando il reato è commesso all'estero da cittadini residenti in Italia o a danno di una donna o bambina italiana o residente in Italia. In caso di minori il giudice minorile ha la facoltà, negli episodi più gravi, di allontanare le figlie dai genitori con decadenza della potestà. Qualora sia un medico o un altro esercente la professione sanitaria a cagionare la mutilazione, è prevista la pena accessoria dell'interdizione dalla professione da 3 a 10 anni e la sentenza di condanna viene comunicata all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri (art 583 ter). Nel 2009 il Governo Italiano ha istituito la Commissione per la prevenzione e il contrasto delle mutilazioni genitali femminili presso il Dipartimento per le pari opportunità al quale è stato affidato il compito di predisporre campagne informative, promuovere iniziative di sensibilizzazione, organizzare corsi di informazione e istituire

appositi programmi di aggiornamento per le insegnanti delle scuole dell'obbligo e di formazione per gli operatori sanitari. Il Ministero dell'Interno ha, inoltre, attivato nel novembre 2010 il numero verde 800 300 558 per ricevere segnalazioni da parte di chiunque venga a conoscenza di pratiche di mutilazioni genitali femminili sul territorio italiano.

*** Speranza Piredda**

Dirigente medico UOC di Ginecologia ed Ostetricia del Presidio Ospedaliero di Alghero
Direttore, Giovanni Urru



Una ragazza africana sottoposta a infibulazione

Valorizzare professionalità e reti ospedaliere

L'organizzazione della sanità in Sardegna Idee, proposte e priorità per una strategia

L'attualità economica dell'Italia, e di conseguenza delle regioni, porta a dover intraprendere, volenti o nolenti, un processo ri-organizzativo radicale della Sanità. Questo, se vale a livello nazionale, è ancora più sentito a livello regionale, dove le risorse economiche, per definizione limitate, devono in qualche modo bastare a mantenere uno standard di assistenza e di servizi non inferiore all'attuale.

Avendo vissuto diverse realtà regionali e aziendali-ospedaliere, posso confermare che esiste una eccezionale variabilità di "standard," ma vi è un elemento comune, molto simile e quanto mai negletto: il Paziente-Utente.

Vorrei entrare subito nel merito della realtà in cui lavoro da 5 anni: la Sardegna e in particolare Sassari.

E vorrei da subito portare l'attenzione sulle peculiarità della sanità sarda e delle sue innumerevoli sfaccettature. Vorrei analizzare cosa siamo, come agiamo e cosa dovremmo fare per ottenere il meglio dalla organizzazione sanitaria di una regione insulare che da molti anni soffre di una miopia strategica "eccezionale".

Per far questo parto dalla struttura da me diretta, l'Unità Operativa Complessa di Neurochirurgia dell'Asl n°1.

Questa struttura, nata nel 1964, è oggi uno dei centri che sovente risultano essere motivo di dibattito, in occasioni scientifiche, tra professionisti. Il motivo di questo parlare di Sassari è che nonostante sia un piccolo centro è riuscita a creare una buonissima reputazione ma, purtroppo, appare ancora piuttosto sfornita di elementi essenziali.

Vorrei subito eliminare un pensiero, magari diffuso, che questi elementi essenziali siano rappresentati da risorse tecnologiche inadeguate e/o scarsità di figure professionali essenziali.

Noi, non sono queste le nostre mancanze. Noi

di Riccardo Boccaletti



siamo tra i pochissimi centri italiani che sono dotati di tecnologie avanzatissime, recentissime.

Anche dal punto di vista delle risorse umane abbiamo professionisti che possono competere a testa alta con quelli di centri reputati maggiori. Certo è stato uno sforzo notevole quello che l'Azienda ha fatto in termini di investimenti economici e umani, ma se questa decisione aziendale non si articola con una visione strategica regionale poco serve investire sui singoli ospedali, o reparti. O meglio,

serve, ma solo ad una piccola fetta di Pazienti-Utenti. E il resto?

Oggi la mancanza di risorse economiche, da cui derivano poi tutte le altre, rende necessario programmare una distribuzione delle stesse in modo strategico: una brutta parola che fa molto economisti, ma che significa oculato e vantaggioso per tutti. È proprio questa la chiave di una "nuova politica delle risorse": poche e distribuite in modo che tutto il sistema ne tragga giovamento.

È questa la strategia che la nuova sanità dovrà intraprendere.

Come bisogna fare? Ci vuole buon senso e mettere al centro della discussione il solo elemento importante: il Paziente-Utente.

Sembra populismo ma, devo dirlo con amarezza, troppo spesso nelle decisioni strategiche sanitarie il paziente viene messo in piani sottostanti l'economia, la discrezionalità, il campanilismo, la burocrazia.

La relazione Paziente-Sanità non equivale a quella tra denaro ed economia.

Nella prima la soddisfazione del Paziente-Utente è il fine che deve giustificare i mezzi. Garantire servizi adeguati, in tempi ragionevoli, con una qualità accettabile è "fare sanità". Tutto il resto non è sanità. E la soddisfazione passa per un elemento essenziale in sanità: la fiducia.

Allora vediamo cosa penso bisognerebbe fare in

una Regione come la Sardegna territorialmente peculiare: grande territorio con difficile percorrenza, poco popolata in generale, ma fortunatamente con aree urbane abbastanza definite, isolata dal resto dell'Italia. Se apparentemente questi potrebbero sembrare elementi negativi, a mio giudizio possono invece essere dei punti a favore di una più facile razionalizzazione della "struttura sanità". Infatti sarebbe molto facile programmare in funzione delle necessità sanitarie.

Gli studi epidemiologici sulle necessità sanitarie in macro-aree sono certamente più difficili rispetto a un'area ben definita come la nostra regione in ragione dei "migratori" dei Pazienti-Utenti che, nel nostro caso, proprio per effetto dell'isolamento, possono essere in qualche modo controllati e valorizzati, in termini di numero, di DRG (Diagnosis Related Groups). Da queste conoscenze si può quindi dimensionare la "struttura sanità" regionale prevedendo in modo puntuale la necessità di posti letto, di tipologia di ricoveri, di strutture, e distribuendoli sul territorio in modo adeguato alle esigenze dell'utenza.

Vorrei mostrare un esempio proprio derivante dalla struttura che dirigo. Nel luglio 2008, quando sono arrivato alla Neurochirurgia di Sassari, ho appreso che un altissimo numero di Pazienti-Utenti veniva trasferito giornalmente per valutazione-consulenza da altri ospedali, sia della Asl n°1 (Ozieri e Alghero), sia da Olbia, Tempio e addirittura da La Maddalena. Queste consulenze avvenivano a tutte le ore del giorno e della notte con notevolissimo dispendio di energie: economiche (pensiamo al trasferimento in ambulanza di un paziente traumatizzato, accompagnato da un infermiere e da un medico); umane (i familiari di solito accompagnavano il paziente con le proprie autovetture dietro all'ambulanza), e di rischio clinico

(i pazienti traumatizzati sono particolarmente sensibili ad alterazioni della pressione arteriosa o della ventilazione, potendo provocare peggioramenti clinici).

In più il Paziente-Utente e tutta la squadra al seguito dovevano attendere che il neurochirurgo di guardia, in sala operatoria, finisse l'intervento per poter valutare il paziente. Nel caso in cui non ci fosse stata necessità di ricovero in ambiente neurochirurgico, veniva rimandato all'ospedale di provenienza. E questo poteva avvenire in piena notte.

Insomma, un Paziente-Utente poteva partire dall'ospedale periferico nel primo pomeriggio e ritornare allo stesso ospedale nelle prime ore del mattino successivo. Una situazione inaccettabile, non

solo in termini medico-legali, ma primariamente umani.

E questo avveniva non certo per una "cattiveria" dell'uno o dell'altro ma per la necessità che in condizioni di scarsa, o nulla organizzazione, la soluzione dei problemi diventa veramente difficile. Quello che è stato immediatamente realizzato è una connessione internet che facesse vedere le immagini CT eseguite sui Pazienti di Olbia, Tem-

pio e La Maddalena. In questo modo potevamo indicare ai colleghi di trasferire il paziente, oppure di sottoporlo ad una determinata terapia ed eseguire eventuali controlli a distanza.

Tutto semplicissimo. In pochi giorni e con poche, veramente poche, centinaia di euro questo disagio è stato completamente superato. In più abbiamo iniziato a ricoverare solo pazienti con problematiche chirurgiche, e questo ha nettamente migliorato le performance del reparto: maggior numero di interventi, minore ospedalizzazione in strutture ad alta intensità di cura (più costose), mantenendo lo stesso numero di letti. Una semplice decisione e una rapida





livelli: mantiene il legame fiduciario con la équipe che lo ha preso in cura, si sentirebbe accompagnato, e non trasferito, a completare il suo processo di diagnosi ed eventualmente cura, e la sua "centralità" verrebbe costantemente mantenuta tale, creando quel valore aggiunto che abbiamo menzionato prima: la fiducia.

Efficienza in medicina non vuole dire solo rapidità di risposta ma anche adeguatezza di risposta, e completezza di risposta. Per cui trovarsi in una rete di ospedali con servizi integrati significa, magari, spostarsi a metà del processo di diagnosi e cura, ma ottenere il meglio con la massima accuratezza, e secondo gli standard nazionali

e internazionali. Ora siamo collegati non solo con l'ospedale di Olbia, Tempio e La Maddalena, ma dal 2010 con Oristano, e finalmente da quest'anno con Alghero e Ozieri. Abbiamo creato una vera e propria "rete". La strategia che sarebbe indispensabile adottare in Sardegna è quella delle "reti ospedaliere" che in altre regioni, con difficoltà stanno cercando di realizzare.

Affrontare questo discorso non significa fare politica di parte, ma fare in modo che l'utenza sanitaria abbia un servizio adeguato alle proprie richieste che sono identiche a quelle di qualsiasi altra regione o stato o continente.

Qui sarebbe enormemente più facile: primo per le minori dimensioni delle strutture ospedaliere e per la loro parzialità di servizi (in alcuni ospedali non vi sono tutti i servizi); secondo perché il numero di ospedali è relativamente piccolo e le risorse sono decisamente ridotte.

La neurochirurgia adotta sistemi di cura e di gestione del Paziente-Utente che sono uguali a quelli utilizzati in grandi centri europei, adattandoli ovviamente alle nostre necessità e alle nostre problematiche. Uno standard che offrono anche moltissime altre unità operative della Sardegna. Quindi non dobbiamo sentirci, e non lo deve soprattutto l'Utente-Paziente, gestiti da professionisti di minor livello e in strutture che non siano all'altezza degli standard nazionali.

Una rete ospedaliera semplice potrebbe ovviare alla necessità di investire in tecnologia, per esempio, in molti ospedali della regione che, per vari motivi, non sono riusciti a rinnovare il loro parco tecnologico. Investire sulla rete significa, invece, valorizzare gli investimenti fatti, facendoli rendere in termini economici, e offrire un livello maggiore di adeguatezza di risposta. È forse meglio avere una risposta insufficiente, o spostarsi di poche decine di chilometri e trovare un servizio completo, adeguato, efficiente? E magari mantenendo la stessa équipe di cura che delega solamente parte della realizzazione del percorso diagnostico terapeutico.

Purtroppo il problema dell'utenza sarda è che troppo spesso non è messa al corrente delle buone cose che ci sono in Sardegna. In campo sanitario il Paziente-Utente si scontra con una ingiustificata necessità di emigrare solo perché manca un'organizzazione adeguata tra e nelle strutture sanitarie. Questo non è possibile. Non deve accadere e la Regione deve farsi carico di questa anomalia: è molto più facile risolvere un problema organizzativo che strutturale.

In questo modo saremmo di fronte a una condizione che soddisferebbe il paziente-utente a vari

È molto più facile mettere assieme delle risorse, umane e tecnologiche, che dover formare professionisti o costruire strutture. È molto più economico, anzi si risparmiano soldi! In Sardegna esistono realtà

professionali che sono invidiabili e che molte Regioni, cosiddette virtuose, vorrebbero avere per creare appeal. E noi non riusciamo a valorizzare quello che abbiamo. Qui non si tratta di creare degli specchietti per le allodole, ma di realizzare organizzazioni, relazioni tra professionisti, tra strutture, che creino fiducia nell'utenza. Purtroppo non deve essere un muro scrostato o un sistema conflittuale, e poco propenso a valorizzare il buono che c'è, a creare la "malasanità". Troppo spesso questo sistema discredita non solo la sanità in generale, ma anche il bravo professionista che aldilà di quel muro, qualche volta anch'esso scrostato (purtroppo), svolge un'attività ad altissimo livello in condizioni certamente difficili ma, proprio per questo, di altissimo valore aggiunto.

Il fatto è che non importa a nessuno che in Sardegna ci siano bravissimi professionisti. O meglio importa ma non è una priorità. Le priorità sono altre e tutte con scarsissimo valore aggiunto per l'utenza. Questo non è un male sardo, ben inteso, ma un male tutto italiano. In Sardegna, però, gioca un ruolo maggiore perchè tanto abbiamo il "continente" che certamente ci dà una mano.

Questo è vero, e grazie a Dio è una risorsa da non rigettare. Non potremo mai avere centri di eccellenza per patologie rare se non quelle che maggiormente affliggono gli abitanti della Sardegna. Ma non è giusto che un sardo debba farsi operare in continente e poi, rientrando, non trovi nessuno che lo prenda in carico.

È facile fare sanità con sussidi per chi va a farsi curare in continente, perchè almeno ci copriamo le nudità; ma non è giusto che una Regione pensi di non essere vincente. La Sardegna deve affrontare il problema della sanità in un solo modo: creare una rete tra gli ospedali in modo che ognuno di questi offra il massimo del servizio di cui dispone, seppur in modo parziale, ma tutti assieme in modo completo e adeguato. La Regione deve prendere esempio dai sistemi organizzativi già esistenti nel territorio che con poche centinaia di euro hanno creato una base di assistenza spe-

cialistica dislocata fuori dalla propria unità operativa. Il paziente deve essere il centro della nostra azione, non siamo noi il centro. Il paziente deve poter essere curato al meglio ovunque si trovi, e se questo non fosse possibile, deve essere gestito dal centro con le risorse e le strutture adeguate a farlo, in un unicum di azione tra i vari specialisti, le diverse strutture e gli ospedali. Creare doppi servizi, per campanilismo, porta ad avere una sanità costosissima e di bassissimo valore, e invoglieremo sempre più i Pazienti-Utenti a lasciare l'isola per essere curati, magari peggio o in modo parziale, in altri centri che hanno come missione quella di creare appeal, e di conseguenza ricchezza.

La Regione Sardegna deve assolutamente pensare a questo tipo di sanità perchè potrebbe rappresentare anche una certezza per coloro che vengono in Sardegna per le vacanze. Anzi a volte può rappresentare un vero e proprio elemento pubblicitario che può addirittura ottenere piccoli investimenti da parte di aziende turistiche nazionali e internazionali.

Ne è un esempio l'Alto Adige con il sistema integrato di guide alpine e soccorso alpino privato e provinciale, il primo in parte sovvenzionato dalle strutture ricettive turistiche della zona dolomitica. E questo creava e crea appeal. Noi abbiamo tutte le carte per avere un Sistema Sanitario Regionale all'avanguardia. Basta crederci.

** Riccardo Boccaletti è responsabile dell'Unità Operativa Complessa di Neurochirurgia della Asl 1- Sassari*



Meccanismi di tolleranza e mutazioni genetiche

Immunodisregolazione e autoimmunità Ricerche di base e applicazioni terapeutiche

" *n total, autoimmune disorders account for one third of morbidity and mortality in the western world".*

Questo dato epidemiologico, reso noto nel 2013 dalla Università di Uppsala, potrà sembrare esagerato alla maggior parte della classe medica, ma probabilmente non si discosta dalla realtà ove si tenga presente che nel novero delle malattie autoimmuni vengono oggi incluse patologie molto frequenti, quali l'aterosclerosi, il diabete di tipo 1, le tiroiditi e altre endocrinopatie, la vitiligine e altre patologie cutanee, le malattie demielinizzanti e altre malattie neurologiche, molte vasculiti, le connettiviti sistemiche, epatopatie, emopatie e altre ancora. L'etiologia delle malattie autoimmuni è tuttora ignota; gli studi più recenti, tuttavia, concordemente indicano che esse sono malattie multifattoriali derivanti da complesse interazioni tra background genetici e fattori esogeni scatenanti, molti dei quali rimangono ancora sconosciuti. Quasi tutte le malattie autoimmuni note sono poligeniche. Soltanto poche hanno una ben definita componente monogenica. Esempi paradigmatici di tali patologie monogeniche, che di solito si

di Cesare Masala



esprimono nei primi mesi o anni di vita, sono:

- La Sindrome Poliendocrina Autoimmune di tipo I (Autoimmune Polyendocrinopathy Syndrome type 1 -APS), altrimenti denominata Sindrome Autoimmune con Poliendocrinopatia, Candidiasi e Distrofia Ectodermica (APECED);
- la sindrome IPEX (Immunodisregolazione, Poliendocrinopatia, Enteropatia, X-linked) in precedenza denominata XLAAD (X-linked Autoimmune-Allergic Dysregulation syndrome) o anche XPID (X-linked syndrome of Polyendocrinopathy, Immune Dysfunction and Diarrhea);
- le ALPS (Autoimmune Lymphoproliferative Syndromes);
- la sindrome da deficienza del recettore alfa della interleuchina 2

(IL-2-R o molecola CD25). Gli approfonditi studi condotti in modelli murini delle malattie autoimmuni sopra elencate hanno consentito di acquisire preziose informazioni sui fisiologici meccanismi della tolleranza immunologica e di comprendere, almeno in parte, attraverso quali vie alterazioni di tali meccanismi possono condurre alla comparsa di

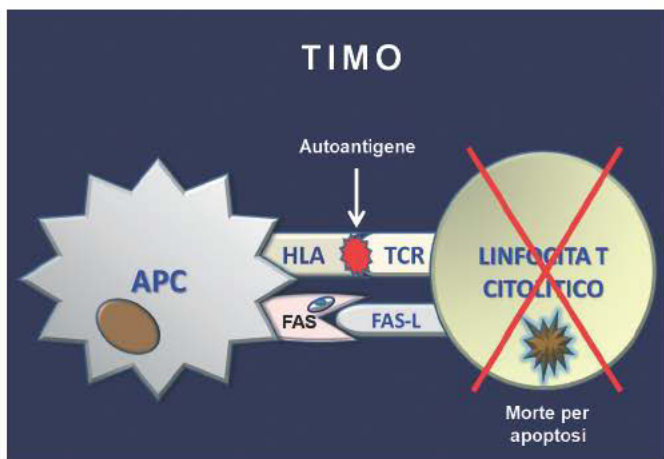


Fig. 1 - In accordo con la teoria della selezione clonale originariamente prospettata da Sir Macfarlane Burnet, durante lo sviluppo embrionario le cellule T timiche cui viene "presentato" un autoantigene vanno incontro a morte, non già per necrosi, bensì per un processo di "morte cellulare programmata" alla quale è stata attribuita la denominazione di "apoptosi" (parola etimologicamente derivata dal greco, che significa caduta di foglie e petali). Si instaura, in tal modo, uno stato di "tolleranza centrale" per selezione da "selezione negativa") di cellule T potenzialmente autoreattive.

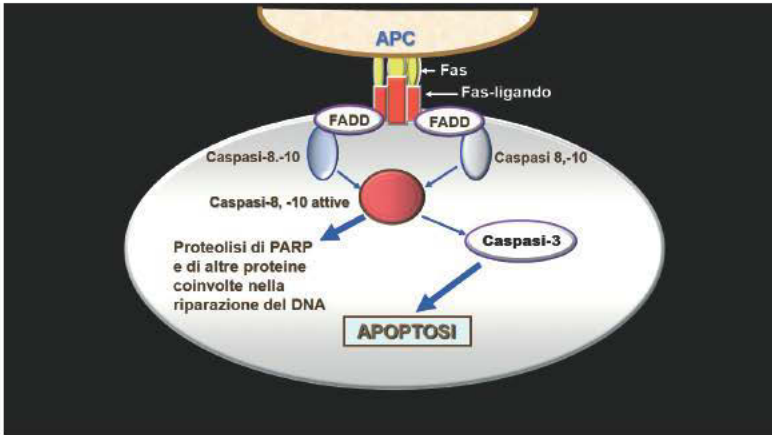


Fig. 2 - Rappresentazione semplificata delle vie attraverso cui il contatto tra cellula presentatrice dell'autoantigene (APC, macrofago o cellula dendritica) e cellula T autoreattiva porta alla morte cellulare. A seguito del contatto, infatti, i due tipi cellulari vengono attivati ed esprimono quelle che vengono definite "molecole di morte", le principali delle quali sono rappresentate da Fas e Fas-L (ligando del Fas). Tali molecole, a loro volta, staniliscono contatti con altre molecole proteiche intracellulari, denominate FADD (Fas-Associated proteins with Death Domain). Ciò comporta l'attivazione a cascata delle caspasi e la proteolisi di PARP - Poli (ADP-Ribosio) Polimerasi-1 - con conseguente frammentazione del nucleo e morte cellulare.

lule dendritiche differenziate. Mutazioni in AIRE (ad oggi ne sono state identificate più di sessanta) comportano una defaillance dei meccanismi di selezione negativa nel timo (fig. 1) e della apoptosi fas-meditata (fig 2), con conseguente mancata delezione di linfociti T autoreattivi, loro transizione alla periferia e successiva comparsa della manifestazioni cliniche della patologia autoimmune (fig 3). Nella sindrome IPEX, che trova il suo corrispettivo nella sindrome murina "scurfy" descritta sin dal 1959 presso l'Oakridge National Laboratory, l'anomalia genetica fondamentale è a carico del gene FoxP3 (forkhead BOX protein 3) localizzato sul cromosoma X (Xp11.23-Xq21.1).

Tale gene è indispensabile per lo sviluppo e il mantenimento, sia a livello centrale (timico) che alla periferia, delle cellule T regolatorie innate (contrassegnate dal fenotipo CD4+CD25+FoxP3+), tanto da diventare un marker specifico per la caratterizzazione di tali cellule. FOXP3 e le cellule T regolatorie assumono quindi un ruolo cruciale nel mantenimento della

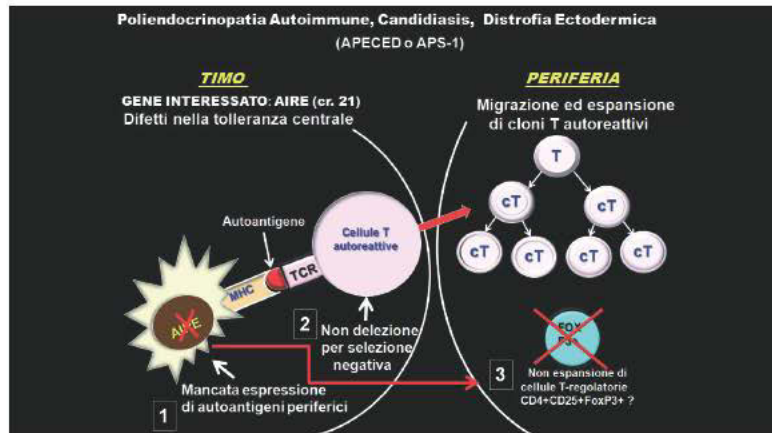


Fig. 3 - Nella sindrome APECED il difetto genetico del gene AIRE comporta: 1. La mancata espressione sulle APC di autoantigeni periferici e, quindi, la "indifferenza" da parte delle cellule T nei confronti di tali antigeni; 2. La mancata delezione di cloni T autoreattivi e, conseguentemente, la loro emigrazione ed espansione alla periferia; 3. Probabilmente, la non espansione di cellule T-regolatorie che ulteriormente favorisce l'espansione incontrollata dei cloni T autoreattivi.

autoimmunità nella specie umana. Sul cromosoma 21q22.3 dei pazienti affetti da APS1 è stato identificato un gene, denominato AIRE (Autolmmune Regulator), la cui espressione è quasi esclusivamente confinata alle cellule epiteliali della zona midollare del timo e, in periferia, a cellule monocitarie e a cel-

lule dendritiche differenziate. Mutazioni in AIRE (ad oggi ne sono state identificate più di sessanta) comportano una defaillance dei meccanismi di selezione negativa nel timo (fig. 1) e della apoptosi fas-meditata (fig 2), con conseguente mancata delezione di linfociti T autoreattivi, loro transizione alla periferia e successiva comparsa della manifestazioni cliniche della patologia autoimmune (fig 3). Nella sindrome IPEX, che trova il suo corrispettivo nella sindrome murina "scurfy" descritta sin dal 1959 presso l'Oakridge National Laboratory, l'anomalia genetica fondamentale è a carico del gene FoxP3 (forkhead BOX protein 3) localizzato sul cromosoma X (Xp11.23-Xq21.1).

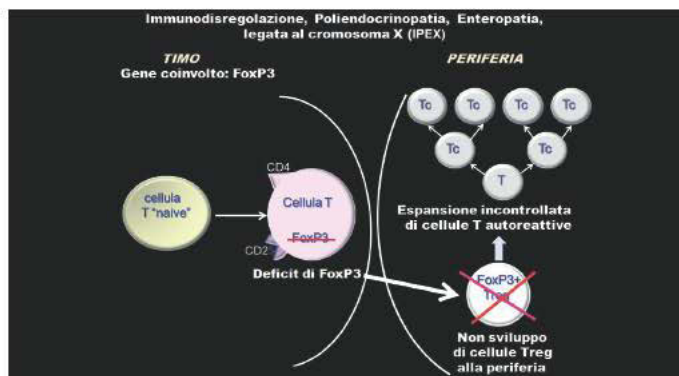


Fig. 4 - Nella sindrome IPEX il deficit genetico a carico dei fattori di trascrizione FoxP3-dipendenti non consente alla cellula T "naive" (originaria, indifferenziata) di maturare fino a cellula T-reg (T-regolatoria) innata. L'assenza di tale meccanismo regolatorio favorisce l'espansione incontrollata, alla periferia, di cloni cellulari T autoreattivi.

La sindrome da deficienza del recettore alfa dell'interleuchina 2, forse la più rara delle malattie autoimmuni monogeniche, è correlata alla delezione di un gene che codifica per la catena alfa dell'IL2-R (CD25). La molecola CD25, come sopra accennato, è cruciale per la generazione, sopravvivenza e funzioni delle cellule T regolatorie CD4+CD25+FoxP3+, la cui riduzione o perdita porta alla inattivazione della tolleranza periferica.

I meccanismi di immunodisregolazione identificati in malattie monogeniche autoimmuni, murine e umane, sono di rilevante importanza in quanto possono essere operanti, e di fatto lo sono, anche in patologie autoimmuni poligeniche umane, il prototipo delle quali è il lupus eritematoso sistemico (LES). In queste, altri meccanismi disregolatori possono intervenire, come, ad esempio, l'iperattività funzionale delle cellule B nei pazienti con LES o con sindrome da anticorpi antifosfolipidi; lo squilibrio tra cellule Th1 e Th2 a favore delle prime, con conseguente prevalenza delle citochine proflogogene, nelle malattie autoimmuni d'organo; l'eccesso di apoptosi a livello periferico, che comporta una maggiore liberazione

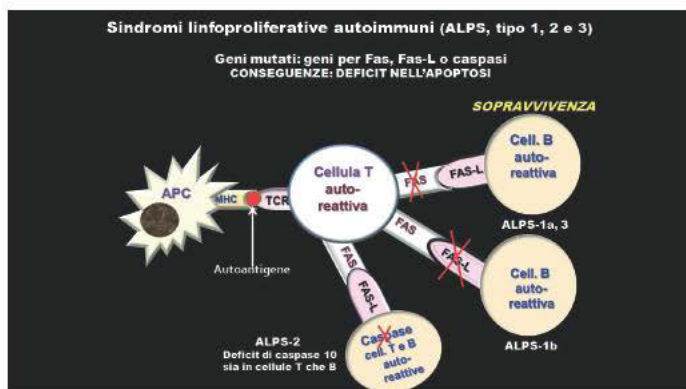


Fig. 5 - Nelle sindromi ALPS i differenti fenotipi della patologia dipendono, almeno in parte, da difetti dell'una o dell'altra molecola coinvolta nell'apoptosi (Fas, Fas-L o caspasi).

che tale fattore di trascrizione espliciti funzioni che vanno al di là del controllo dell'equilibrio tra cloni Th1 e Th2 ma regoli anche l'equilibrio tra citochine proflogogene e anti-flogogene che vengono liberate non soltanto dai cloni suddetti ma anche da altri tipi cellulari (macrofagi, cellule dendritiche, neutrofilii, ecc.). Sono oggi note tre differenti forme di ALPS (tipo 1, con sottotipi "a" e "b"; tipo 2 e tipo 3) distinguibili l'una dall'altra per lievi differenze genetiche e per alcune caratteristiche cliniche. Il denominatore comune nelle tre forme è comunque rappresentato da un difetto genetico che porta alla inattivazione dei meccanismi fas/fasL-mediati dell'apoptosi e, di conseguenza, all'espansione non adeguatamente controllata di cellule B e T autoreattive (fig. 5).

di autoantigeni cellulari espressi nei corpi apoptotici e la loro presentazione alle cellule immunocompetenti; squilibri nei rapporti tra cellule presentatrici dell'antigene di tipo I e quelle di tipo II, e altri. L'insieme di tali acquisizioni ha consentito di pervenire alla identificazione e realizzazione di procedure terapeutiche innovative (agenti biologici, terapia genica, trapianto di cellule staminali e altre), alcune delle quali hanno già dimostrato la loro efficacia sulle manifestazioni cliniche, sulla qualità della vita e sulla prognosi delle più gravi, non di rado letali, malattie autoimmuni dell'uomo.

Cesare Masala è
allergologo e immunologo

**CONVOCAZIONE
ASSEMBLEA ORDINARIA
ANNUALE**

25 GIUGNO 2013

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI SASSARI

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

Gli iscritti sono convocati in Assemblea ordinaria annuale il giorno 23 giugno 2013 alle ore 24,00 in prima convocazione e il giorno **25 giugno 2013 alle ore 17.00 in seconda convocazione** a Sassari nella Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri in via Cavour 71/b piano terra. Sarà discusso il seguente

ORDINE DEL GIORNO

- 1) **Relazione del Presidente;**
- 2) **Conto consuntivo anno 2012;**
- 3) **Variazioni e assestamenti al bilancio di previsione anno 2013;**
- 4) **Varie ed eventuali.**

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

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

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

Nessun iscritto può essere investito di più di due deleghe.

IL PRESIDENTE

dott. Agostino Sussarellu



Il sottoscritto dott. delega a rappresentarlo nell'Assemblea ordinaria dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del giorno **25 giugno 2013**, il dott.

....., lì

firma

Dotazioni di strumenti diagnostici e personale specializzato

L'assistenza per la fibrosi cistica a pediatria dell'ospedale di Alghero

La fibrosi cistica è una malattia genetica a trasmissione autosomica recessiva, presente allo stato omozigote negli individui affetti, secondaria a mutazioni del gene CFTR. Si conoscono più di mille mutazioni del suddetto gene, alcune molto frequenti come la Delta F 508 che interessa nell'area mediterranea il 50% dei cromosomi. Si manifesta con problemi respiratori e gastrointestinali. Tutte le secrezioni esocrine dell'organismo appaiono alterate in senso qualitativo; in particolare le secrezioni mucose dei tratti respiratorio e gastrointestinale sono tipicamente vischiose, con conseguente alterazione del loro trasporto da parte delle cellule ciliate. Tutto ciò provoca stasi, ostruzione, superinfezione bronchiale. Il sudore è tipicamente salato.

Le mutazioni del gene CFTR producono una disfunzione dell'omonima proteina di membrana, che regola il trasporto del sodio e del cloro nelle cellule epiteliali secretorie, inducendo la vischiosità delle secrezioni. Le conseguenze cliniche sono a carico di più apparati e comportano, oltre al danno polmonare causa di insufficienza respiratoria, importanti alterazioni digestive per disfunzione pancreatica, malattia epatica, con bile spessa, che può portare a cirrosi, problemi di motilità intestinale e valori elevati di elettroliti nel sudore.

Generalmente tutti gli uomini affetti da fibrosi



Dita a bacchetta di tamburo (clubbing) in un malato di fibrosi cistica



Antonio Chiarolini, Anna Rosa D'Apello, Luigi Cambosu e Caterina Laino

cistica sono sterili a causa dell'atresia o completa assenza dei dotti deferenti. Un cenno particolare deve essere fatto per la patologia polmonare ingravescente, su cui vanno a sbattere gli specialisti che si interessano di questa patologia. Di fatto se alla nascita il piccolo non presenta ileo da meconio, (non in tutte le regioni viene eseguito lo screening alla nascita) la diagnosi viene fatta nei periodi successivi della vita, e il sintomo cardine è rappresentato da tosse continua, congiuntamente a disturbi digestivi con feci abbondanti, grasse, maleodoranti e una fame da lupo con associato scarso accrescimento.

Si fa presente che esistono casi clinici sfumati, atipici, di difficile interpretazione clinica. I danni polmonari non solo sono dovuti alla vischiosità del muco, ma anche alle sovrainfezioni batteriche che inevitabilmente si instaurano. I germi chiamati in causa sono svariati ma i più comuni sono il *Pseudomonas Aeruginosa*, lo *Staphylococcus Aureus*, l'*Haemophilus Influenzae* e la *Burkholderia Cepacia*.

La difficoltà nell'eradicazione di questi patogeni sta nel fatto che questi, dopo un certo periodo, si modificano geneticamente sviluppando ceppi produttori di biofilm. Questa struttura mucoide (alginate + mucopolisaccaridi) serve ai microorganismi da efficace protezione nei confronti degli antibiotici.



Il macchinario utilizzato per il test del sudore

Ciò fa sì che dopo una certa età e svariate recidive di infezione non si possa più avere l'eradicazione del patogeno, ma le infezioni possano solo essere tenute, con adeguata terapia antibiotica, sotto controllo. La frequenza media della malattia in Italia, pur variando da regione a regione, è di 1:2000 – 1:3000. Per quanto riguarda l'assistenza di questi pazienti, grande merito va al precedente direttore del reparto di pediatria di Alghero, Giovanni Fanciulli, che decise di seguire questa patologia e questi sfortunati pazienti. Egli diede l'incarico, come referente del settore, a Mariolina Angioni che si occupò del problema sino alla propria andata in quiescenza nel 2009. Nel 2004 la direzione del reparto è stata assunta da Antonio Chiarolini che ha proseguito insieme a Mariolina Angioni la strada intrapresa dal precedente primario. Dal 2009 si è provveduto a una ristrutturazione del settore, che è stato affidato, come referente, a Luigi Cambosu. Questi ha frequentato un master specifico di un anno presso il centro di riferimento regionale per la fibrosi cistica dell'ospedale Meyer di Firenze, diretto dal dottor Bragion, durante il quale ha approfondito le procedure e i protocolli per la diagnosi e cura della fibrosi cistica.

Dal mese di gennaio 2013, grazie all'acquisizione non facile dell'apparecchiatura, la ASL 1 ha consentito al nostro reparto di poter eseguire, nuovamente, il test al sudore. La macchina, oltre la raccolta del sudore, ne consente una lettura diretta, per cui il re-

ferto può essere rilasciato in 40 minuti. I medici e i pediatri del territorio dovranno inviare casi ben selezionati per non ingorgare la struttura. È fondamentale la corretta compilazione della richiesta con la dicitura: *cloruro, sodio, potassio con stimolazione pilocarpinica (90.13.4) + visita (89.7)*. Il reparto è dotato anche di uno spirometro computerizzato di ultima generazione che permette l'esecuzione del test evitando, al cento per cento, la temibile contaminazione batterica tra un paziente e l'altro. Le camere di degenza, per questi malati, sono dedicate in base al germe che li colonizza e questa è un'ulteriore precauzione assistenziale. Alcuni pazienti, per la loro particolare situazione, vengono ricoverati per eseguire cicli di terapia antibiotica ad alte dosi, per riacutizzazioni infettive da parte di germi che li colonizzano cronicamente, in media per 15 giorni. Finalmente dopo più di due anni d'attesa è arrivato un nuovo medico, Caterina Laino, che è stata affiancata a Luigi Cambosu. Pur non essendo accreditato come centro di supporto, il reparto di pediatria di Alghero continua ad assistere questi pazienti, in quanto il primario e i medici sono coscienti dell'importanza di questa missione, e del fatto che in questa maniera possono essere notevolmente ridotti i disagi secondari ai viaggi in nosocomi del resto della penisola.

* Antonio Chiarolini è primario del reparto di pediatria dell'Ospedale Civile di Alghero

Risorsa preziosa per malattie del sangue e del sistema immunitario

Cordone ombelicale, nuove speranze In crescita le donazioni in Gallura

Il sangue del cordone ombelicale (SCO) viene normalmente scartato assieme alla placenta, è però ricco di cellule staminali in grado di generare globuli rossi, bianchi e piastrine ed è dunque una risorsa preziosa, utilizzabile per il trapianto in bambini e in adulti di basso peso, affetti da malattie del sangue e del sistema immunitario; costituisce quindi una valida alternativa trapiantologica per tutti quei pazienti, soprattutto pediatrici, in attesa di trapianto, che non riescono a reperire un donatore di midollo osseo. Inoltre si spera che in futuro queste cellule possano essere utilizzate per la cura di malattie immunologiche come il diabete. Il sangue del cordone ombelicale viene utilizzato per il trattamento di pazienti, pediatrici e adulti, affetti da patologie oncoematologiche come leucemia, mielodisplasia, anemia aplastica, emoglobinopatie, malattie metaboliche da immagazzinamento e immunodeficienze congenite, per le quali il trapianto con cellule staminali emopoietiche costituisce la terapia di elezione.

Tali cellule sono in grado di autoriprodursi e di dare vita ad altre linee cellulari dalle quali derivano tutte le cellule del sangue: globuli rossi, globuli bianchi e piastrine. Le cellule staminali emopoietiche sono localizzate principalmente nel midollo osseo, ma è possibile reperirle

di Giangavino Peppi



anche nel sangue del cordone ombelicale e nel sangue periferico dopo adeguata stimolazione.

Il numero di trapianti con cellule staminali emopoietiche è in aumento, a testimonianza delle grandi potenzialità di questo trattamento, venendo effettuati in Europa oltre 20.000 procedure di trapianto ogni anno, di cui oltre 5.000 in Italia. In origine, il trapianto con cellule staminali derivanti da sangue del cordone ombelicale era riservato alla cura dei tumori pediatrici: il primo, peraltro non familiare (*unrelated*), fu effettuato nel 1993. I tumori in età pediatrica, pur essendo rari, sono in aumento: ogni anno si registrano 120-140 nuovi casi per milione di bambini con meno di 15 anni. Questo significa che ogni anno in Italia si ammalano di tumore circa 1.500 bambini. Il 50% circa delle neoplasie in età pediatrica è rappresentato da quelle ematologiche (la più frequente delle quali è la leucemia), seguite dai tumori del sistema nervoso





Presidi utilizzati per raccolta SCO

centrale (20%) e dai linfomi (15.8%). Grazie al miglioramento delle terapie (chemio e radioterapia), in particolare nei confronti delle neoplasie ematologiche, la sopravvivenza in età pediatrica è molto migliorata; la percentuale di guarigione per questi pazienti si attesta tra 70 e 80%. Circa il 20% dei pazienti, tuttavia, ha come unica possibilità di guarigione il trapianto di cellule staminali emopoietiche. In anni più recenti, grazie alle nuove conoscenze e al miglioramento delle tecniche di raccolta, il sangue proveniente dal cordone ombelicale ha trovato impiego anche nel trattamento di pazienti adulti.

Raccolta. Il sangue del cordone ombelicale può essere raccolto esclusivamente in parti spontanei a termine non complicati ($\geq 37^\circ$ settimana di gestazione) e nei parti cesarei di elezione da personale sanitario addestrato e qualificato; la raccolta richiede pochi minuti e viene effettuata senza modificare la modalità di espletamento del parto, dopo che il cordone ombelicale è stato reciso e dopo che il bambino è stato allontanato dal campo operatorio e affidato alle cure dovute.

La procedura di raccolta non comporta pertanto alcun rischio né per la madre né per il neonato e prevede il recupero del sangue rimasto nel cordone ombelicale in un'apposita sacca. La sacca e tutti i materiali utilizzati sono sterili e validati per l'uso

specifico; le procedure attuate garantiscono il rispetto di elevati livelli di sicurezza e sono strettamente monitorate.

Bancaggio e conservazione. L'unità viene trasferita presso la banca del sangue del cordone ombelicale e sottoposta a una serie di controlli ed esami per definirne le caratteristiche e stabilirne l'idoneità alla conservazione e all'uso terapeutico. Vengono bancate esclusivamente le unità cordonali che rispondono ai requisiti di qualità e sicurezza definiti dalle

leggi vigenti, con l'obiettivo di offrire unità sicure ed efficaci. L'unità verrà stoccata solo se tutti gli esami infettivologici saranno risultati negativi e se al suo interno è contenuto un numero minimo di cellule, tale da rendere utilizzabile il campione a scopo trapiantologico.

Se valutato idoneo, il sangue del cordone ombelicale viene congelato secondo procedure che ne garantiscono la vitalità a lungo termine e conservato a temperature bassissime, in azoto liquido (-196°C), in contenitori di stoccaggio costantemente monitorati tramite un sistema di registrazione e di allarme. Tutte le procedure sono rigorosamente documentate per garantire la rintracciabilità del sangue del cordone ombelicale e la sua immediata disponibilità nel caso di richiesta da parte di un centro che abbia in cura un paziente che necessita di un trapianto di cellule staminali.

Utilizzo. I dati relativi all'unità sangue del cordone ombelicale sono inseriti in un registro internazionale di donatori di cellule staminali, immediatamente identificabili grazie a un codice.

Nel registro l'unità di sangue del cordone ombelicale può essere selezionata e risultare compatibile con un paziente: in questo caso viene inviata ed utilizzata per il trapianto di cellule staminali emopoietiche.

In Gallura le donne possono ora donare il sangue

del cordone ombelicale: alla fine dello scorso anno il reparto di ostetricia e ginecologia dell'ospedale Giovanni Paolo II di Olbia è stato accreditato al prelievo del sangue cordonale donato dalle madri giudicate idonee e che ne abbiano fatto specifica richiesta. L'equipe del reparto di ostetricia e ginecologia, in collaborazione con il centro trasfusionale, provvede a effettuare il prelievo e inviare il campione alla banca del sangue cordonale dell'ospedale Brotzu, che è il centro di riferimento per la Regione Sardegna.

Giuseppe e Noemi sono i primi bambini venuti alla luce nel mese di marzo scorso nella struttura olbiese di cui è stato possibile "stoccare" il sangue del cordone ombelicale; da allora, il nostro team ha già eseguito dieci prelievi di sangue del cordone ombelicale, segno che questa metodica sta riscontrando un notevole interesse e vi sono già numerose richieste di colloqui preliminari da parte delle gestanti. Nella fase iniziale, attraverso un questionario anamnestico, viene valutata una prima idoneità della coppia attraverso un'indagine sulle malattie familiari o su patologie e comportamenti a rischio, secondo gli stessi protocolli utilizzati per la donazione di sangue; questa prima "selezione" verrà successivamente

completata al momento del ricovero e dopo il parto per valutare se vi siano nuovi elementi che possano portare all'esclusione dalla donazione. Vengono poi valutate le condizioni del neonato e della madre nei primi giorni dopo il parto, a cui si aggiungeranno ulteriori controlli nel corso dell'anno successivo, e le informazioni raccolte nel tempo saranno fondamentali per permettere l'idoneità definitiva. Una ulteriore valutazione avviene presso il centro trasfusionale dove, in base al peso e alla cellularità del prelievo, si potrà considerare idonea la sacca raccolta che, inviata a Cagliari presso la Banca del Sangue Cordonale, verrà sottoposta agli ultimi accertamenti che confermeranno o meno l'idoneità allo stoccaggio.

La donazione è gratuita e non comporta alcun rischio né per la madre né per il neonato: è sufficiente rivolgersi, durante il periodo della gravidanza, al centro trasfusionale o al reparto di ostetricia dell'ospedale di Olbia o al proprio medico di base, per acquisire tutte le informazioni del caso e gli approfondimenti necessari per affrontare una scelta consapevole.

* **Giangavino Peppi** è *dirigente medico Ginecologia e Ostetricia P.O. di Olbia*
Direttore, Antonio Rubattu



L'ospedale Giovanni Paolo II di Olbia

Sensibili miglioramenti di parametri clinici e qualità della vita

Efficacia dei farmaci biologici per la cura dell'artrite reumatoide

Lartrite reumatoide è una patologia osteoarticolare di notevole gravità, in quanto artropatia infiammatoria cronica a distruttiva, molto diffusa nella popolazione e con un elevato costo sociale ed economico. La prognosi a lungo termine dell'artrite reumatoide era infausta, perchè l'80% dei casi andava incontro all'invalidità nell'arco di 20 anni. Il trattamento farmacologico ottimale dovrebbe adottare misure che non si limitino solo al controllo della sintomatologia e al mantenimento della funzionalità articolare, ma soprattutto che possano rallentare, e far regredire, la progressione della malattia, con le sue conseguenze invalidanti. Nella maggior parte dei malati il decorso della artrite conduce ad alterazioni invalidanti delle articolazioni con notevole riduzione della qualità della vita.

Fino a pochi anni fa i FANS, farmaci antinfiammatori non steroidei, e i DMARDs (Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs) erano i farmaci, con gli steroidi, più usati per controllare il dolore, i danni articolari e per preservare la mobilità articolare. Nonostante non sia ancora nota la causa scatenante dell'artrite reumatoide, nel corso degli anni '90 è stato definitivamente dimostrato che l'infiammazione cronica è determinata e alimentata dalla rottura dell'equilibrio fisiologico tra proteine pro-infiammatorie (che alimentano l'infiammazione) e anti-infiammatorie (che inibiscono l'infiammazione).

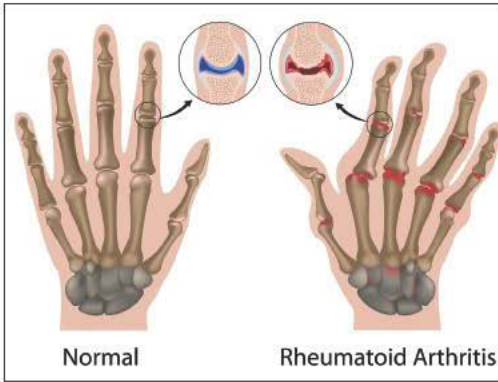
Queste proteine, dette citochine, sono prodotte da alcuni tipi di globuli bianchi (linfociti e macrofagi) e sono necessarie, in condizioni normali, per l'integrità della risposta immunitaria a svariati insulti ambientali. Il miglioramento progressivo delle conoscenze sulla patogenesi dell'artrite reumatoide, e l'individuazione delle citochine prodotte dalle cellule T CD4+ autoreattive, hanno permesso all'industria farmaceutica di produrre farmaci in grado di eliminare queste cellule o di bloccarne le citochine effet-

di Giuseppe Nuvoli



trici. Questi farmaci vengono comunemente chiamati biologici o biotecnologici, in quanto ottenuti con tecniche di biologia molecolare. Da circa un decennio per la cura dell'AR sono disponibili gli agenti biologici anti Tumor Necrosis Factor alpha (TNF-): etanercept, infliximab e adalimumab, e l'antagonista del recettore dell'interleuchina 1 (IL-1R), anakinra. Questi farmaci sono dotati di attività antinfiammatoria mediata dalla neutralizzazione di due importanti citochine proinfiammatorie quali l'interleuchina -1(IL-1) e il TNF-, con importanti vantaggi rispetto ai DMARDs. I biologici, infatti, sia in monoterapia che associati al methotrexate (MTX), agiscono con maggiore rapidità rispetto ai DMARDs, e sono in grado di ridurre l'attività della malattia non solo nei pazienti che hanno una risposta parziale ai farmaci, ma anche in quelli non responsivi. I farmaci biologici, come anche i DMARDs, sono in grado di rallentare la progressione radiologica della malattia, hanno una buona tollerabilità, anche se sono associati diversi effetti collaterali, alcuni ancora in fase di studio. Ovviamente, come per tutte le forme di immunoterapia passiva, l'efficacia degli antagonisti del TNF- dipende dalla prosecuzione della terapia, perchè la sospensione del farmaco determina la ripresa della malattia.

Un grosso limite dell'utilizzo dei biologici è il costo elevato, ma il rapporto fra il costo totale e i vantaggi di questi trattamenti (riduzione del dolore, rallentamento del danno e prevenzione della disabilità), anche se sono ancora in corso valutazioni, pende verso la convenienza, perchè il costo sociale aumenta con l'aggravarsi della malattia. Nel mondo scientifico è ancora in corso un dibattito per stabilire la tipologia dei pazienti che devono essere trattati con questi farmaci. Questo perchè è ancora parziale la conoscenza delle caratteristiche, sia cliniche che immunogenetiche, che caratterizzano le forme di artrite reumatoide più aggressive: ciò non permette



di individuare precocemente e con sufficiente sicurezza i soggetti che svilupperanno una malattia severa.

Quando saranno risolti appieno questi dubbi si potrà ottimizzare l'utilizzo dei farmaci biologici, somministrandoli ai pazienti che presentano un maggior rischio di sviluppare danni radiologici e disabilità grave. È stato però osservato che è possibile cambiare il decorso della malattia e prevenire, o quantomeno ritardare, l'evoluzione verso l'invalidità.

L'opportunità di bloccare questa malattia distruttiva è dipendente dalla diagnosi precoce e dalla impostazione di una corretta terapia con farmaci anti-reumatici fin dalle prime fasi della artrite reumatoide. Affinché ciò sia realizzabile devono essere coinvolti i medici di medicina generale e gli specialisti che devono condividere un percorso diagnostico-terapeutico.

All'esordio dell'artrite il malato lamenta dolore e tumefazione articolare. Per questo motivo, nella maggior parte dei casi, si rivolge al proprio medico di medicina generale che ha l'importante compito di sospettare la malattia e di inviare tempestivamente il malato allo specialista. Questo avrà il compito, applicando il ragionamento diagnostico differenziale, di giungere alla diagnosi, classificare la malattia sulla base di fattori prognostici, informare il malato e proporre la terapia anti-reumatica. Entrambi i medici, a disposizione del ma-

lato, avranno cura di sorvegliare l'evoluzione della malattia e i potenziali effetti tossici dei farmaci, collaborando in stretta integrazione, nel rispetto dei reciproci ruoli.

PROPRIETA' FARMACOLOGICHE DEGLI ANTI TNF- α

Gli inibitori del TNF- α attualmente in uso appartengono a due classi: recettori solubili (etanercept) e anticorpi monoclonali (infiximab e adalimumab). Entrambe agiscono sequestrando il TNF attivo, bloccandone l'interazione con i recettori (TNFRs) presenti sulle superfici cellulari. Le differenze da considerare riguardano la struttura molecolare e il meccanismo d'azione. L'etanercept è una proteina di fusione, si lega alle forme solubili e transmembranarie di TNF, ed è l'unico farmaco biologico in grado di inibire l'LT α , mentre l'infiximab e l'adalimumab non agiscono su questa citochina. L'etanercept è stato il primo inibitore del TNF- α approvato in Usa dalla Food and Drugs Administration per il trattamento dell'artrite reumatoide. L'etanercept è una proteina di fusione solubile totalmente umanizzata, prodotta attraverso tecniche di DNA ricombinante, costituita da un dimero del recettore p75 umano per il TNF α unito con la porzione Fc della immunoglobulina umana IgG1.

Il farmaco fin dall'inizio si è dimostrato efficace nel migliorare i parametri clinici e la qualità della vita. Diversi studi americani hanno valutato l'efficacia e la sicurezza di etanercept alla dose di 25 mg per 2 volte a settimana rispetto alla combinazione etanercept MTX in pazienti che non hanno risposto adeguatamente al MTX. È stato dimostrato che associare l'etanercept al MTX o sostituire il MTX con l'etanercept determina un miglioramento dei segni e sintomi clinici della malattia, con una buona tollerabilità.

L'Unione europea ha approvato l'uso dell'etanercept per il trattamento dell'artrite reumatoide moderata oppure grave, quando è risultata inadeguata la risposta ai DMARDs, MTX compreso, e per il trattamento dell'ar-



trite reumatoide grave, attiva e aggressiva, e ultimamente anche per le forme di artrite reumatoide early. L'etanercept è stato approvato dall'EMEA per il trattamento dell'artrite cronica giovanile poliarticolare (ARG) in caso di inadeguata risposta o intolleranza al MTX, dell'artrite psoriasica nell'adulto che non ha risposto adeguatamente ad altri trattamenti, della spondilite anchilosante grave e della psoriasi a placche, sia moderata che grave, in adulti che non hanno risposto ai farmaci per questa malattia o non possono assumerli. L'infliximab è un anticorpo monoclonale chimerico (25% murino/75%umano) diretto contro il TNF- α di membrana, che viene infuso soltanto per via endovenosa. Il farmaco, utilizzato nell'artrite reumatoide esclusivamente in combinazione con il MTX, ha dimostrato una efficacia immediata: già dopo 2, massimo 6 settimane è possibile avere informazioni importanti sulla qualità della risposta al farmaco.

Per quanto riguarda l'adalimumab, invece, si tratta del primo anticorpo monoclonale anti TNF- α completamente umanizzato. Si tratta di una IgG1 sintetizzata con il metodo della libreria fagica. La IgG1 possiede un'alta specificità e affinità per il TNF- α ma non per la linfotossina e conserva un'emivita di circa due settimane. Viene somministrato per via sottocutanea ogni 15 giorni.

L'adalimumab viene somministrato in associazione con il MTX, ma anche come monoterapia in caso di intolleranza al MTX o quando il trattamento continuato con quest'ultimo non sia adeguato. Purtroppo si è visto che una percentuale di pazienti non risponde adeguatamente a tali terapie o perde l'efficacia del trattamento dopo un iniziale beneficio. Il cambio di trattamento da un anti-TNFa ad un altro ha risolto in parte questo problema. I meccanismi per cui questi farmaci con lo stesso principio d'azione hanno risposte diverse non sono ancora del tutto chiare. In parte sono legate a minime differenze presenti tra i tre farmaci.

Si può ricorrere all'anakinra, antagonista del recettore dell'interleuchina 1: è utile in una piccola percentuale di artrite reumatoide per il suo forte effetto anti erosivo, inoltre è molto efficace nel morbo di Still giovanile e dell'adulto, in rare sindromi dette auto infiammatorie e nell'artrosi fortemente erosiva. Due farmaci biologici ad azione diretta contro molecole di superficie delle cellule immunitarie che interferiscono con la comunicazione cellula-cellula,

sono già nella pratica clinica. Il rituximab utilizzato già in ematologia è in grado, legandosi ad una specifica proteina sulla membrana cellulare, di eliminare una parte dei linfociti B. Questo particolare sottogruppo di cellule immunitarie non produce solo anticorpi, quali il fattore reumatoide, ma attiva anche direttamente altre cellule aggressive.

Nei casi di artrite reumatoide dove queste cellule hanno una importanza maggiore il farmaco è maggiormente efficace. Inoltre si è dimostrato molto potente nelle connettiviti quali il lupus eritematoso sistemico e nelle vasculiti non responsive ad altri farmaci. Un vantaggio del farmaco è la somministrazione in sole due volte l'anno per via endovenosa, uno svantaggio il relativamente lungo periodo prima di mostrare la sua efficacia. L'ultimo arrivato è l'abatacept, già in uso negli Stati Uniti da anni per il trattamento dell'artrite reumatoide moderata-severa. Interagisce direttamente nella comunicazione tra i linfociti T ed altre cellule immunologiche. Due nuovi farmaci biologici bloccanti il TNFa sono di recente acquisizione: il golimumab e il certolizumab. Non sono più efficaci degli anti-TNFa già in commercio ma presentano intervalli di somministrazione più lunghi. Il primo biologico in arrivo, che riduce gli effetti dell'interleuchina 6 è il tocilizumab.

Concettualmente sembrerebbe utile in forme di artrite reumatoide caratterizzate da importante infiammazione sistemica e potrebbe aver un ruolo maggiore anche nelle vasculiti. Inoltre ha dimostrato una buona efficacia nell'artrite reumatoide giovanile. I farmaci biologici di prima e quelli di seconda generazione vengono prodotti con le stesse metodiche biotecnologiche e la loro produzione è sottoposta alle stesse misure di controllo di qualità. La loro differenza non è legata ad una più alta efficacia dei nuovi ma alla diversità d'azione.

Sono diverse le molecole con cui interagiscono e che neutralizzano. Attualmente la scelta di un farmaco biologico è condizionata dall'esperienza o preferenza del reumatologo curante e dalla disponibilità dei vari biologici nel centro di appartenenza. In futuro, vari test di laboratorio potrebbero identificare distinte forme di artrite reumatoide o di altre malattie autoimmuni e il farmaco biologico più idoneo per il loro trattamento.

** Giuseppe Nuvoli è reumatologo specialista ambulatoriale Asl 1 Sassari e Asl 2 Olbia*

Note di Fitoterapia

Proprietà terapeutiche delle piante officinali

Elicriso

Nome sardo Buredda, frore de Santa-Maria, Alluevogu, Uskratina.

Famiglia: Asteraceae (compositae)

Specie: *Helichrysum italicum* subs. *microphyllum*

Cenni storici

Il nome *Helycrisum* deriva dal greco "helios chrysos", cioè "sole d'oro" riferendosi chiaramente al colore dei fiori giallo oro. Pianta usata per le sue proprietà fin dalla antichità, era infatti conosciuta dagli Egizi e dai Greci. Plinio la raccomandava per curare le dermatiti e anche per regolare il flusso mestruale; così pure Dioscoride e Galeno.

Utilizzo

Sommità fiorite.

Componenti principali

Olio essenziale, esteri terpenici, alfa pinene, betachetoni, linalolo, geraniolo, flavonoidi, tannini, amari.

Aspetto botanico e habitat

Pianta aromatica, leggermente cespugliosa, alta dai 15 ai 30 cm con fusti legnosi e ramificati, biancastri per la presenza di peli. Foglie lineari con entrambe le superfici tomentose. I fiori, tubolari, di colore giallo oro, sono riuniti in capolini, l'involucro florale è circondato da brattee lanuginose più scure. L'elicriso è diffuso nelle zone calde del Mediterraneo, specie in Sardegna con varie entità endemiche caratterizzate da un aroma così intenso che chi viene nell'isola coglie immediatamente. Oltre alle specie descritte, si trovano in Sardegna l'*helichrysum saxatile*, endemismo presente solo nell'area

di Giovanna Rau



centro-orientale dell'isola. L'habitat dell'elicriso è vario, infatti lo si trova sia vicino al mare che lungo i litorali, ma anche nelle zone collinari e montuose.

Impiego

Le indicazioni terapeutiche di questa pianta sono tante: viene utilizzata sotto forma di decotto, infuso, sciroppo, pomata e olio. Trova impiego nelle malattie dell'apparato respiratorio quali bronchiti acute e croniche, tosse persistente, pertosse, nelle malattie di fegato, nelle infiammazioni connettivali,

nei dolori artritici, nelle infiammazioni della pelle: psoriasi, eczemi, scottature solari e ustioni.

Uso locale

In Sardegna, secondo la tradizione popolare, viene utilizzato come espettorante, contro il mal di gola e come sedativo della tosse. In Gallura i contadini usavano mettere dentro gli scarponi i fiori di elicriso per evitare le irritazioni da sudore. Invece, l'oleolito ricavato dalla macerazione con l'infiorescenza, veniva utilizzato sia come cicatrizzante nelle ustioni e nelle dermatiti in genere. I peli del maiale vengono bruciati con i fiori di elicriso che trasferiscono l'aroma alla carne. In questo caso, tale pianta viene utilizzata perchè facilmente infiammabile; si spiega così il nume Gallurese "buredda" da "burere" che significa

bruciare, e il logudorese "uskrare" che significa abbruciacchiare. I fiori essiccati vengono utilizzati per profumare la biancheria e preservarla dalle tarme: tutte qualità riservate, sempre secondo la tradizione popolare, a quella pianta su cui la Madonna era solita appoggiare i panni e che per questo viene chiamata anche "frore de Santa Maria". Le nostre ave utilizzavano l'infuso per rendere pulita la pelle del viso e curare gli eritemi.



Equiseto/Coda Cavallina

Famiglia Equisetaceae

Cenni storici

Il genere *Equisetum* appartiene alla Divisione delle Pteridofide. Sono piante che si riproducono per spore e non per semi. Esse fecero la prima apparizione circa 400 milioni di anni fa, nel Devoniano, prima della comparsa dei dinosauri sulla terra. Il nome del genere "Equisetum" deriva dalla combinazione di due parole latine, equus e saeta, in riferimento alla somiglianza col crine della coda del cavallo. Nella medicina popolare l'equisetaceae è nota sin dai tempi più remoti; Plinio nell'*Historiae naturales* cita proprio l'equiseto per la sua azione diuretica, cicatrizzante ed emostatica.

Utilizzo

E' tra le piante officinali più note e utilizzate in fitoterapia. Si raccolgono i fusti sterili in primavera inoltrata o in estate, si essiccano e si impiegano in vari modi: infusi, decotti, soluzione idroalcolica o estratti secchi.

Componenti principali

I principi attivi contenuti nella coda cavallina sono tanti e citeremo i più comuni: l'acido salicilico presente per circa il 5/8%, accompagnato da flavonoidi, acido caffeico, gerulico, solfato di potassio e magnesio, fosfato di calcio e ferro.

Aspetto botanico e habitat

Il genere *Equisetum* annovera 25 specie presenti in tutto il mondo, eccetto l'Australia. In Sardegna le specie maggiormente diffuse sono: l'*Equisetum arvense*, l'*Equisetum ramosissimum*, l'*Equisetum telmateja*. Le dimensioni di queste piante sono estremamente varie, vanno da pochi millimetri ai dieci metri e più di altezza dell'*Equisetum gigante*. Esse trovano il loro habitat nelle località umide ed acquitrinose, formando, in particolare l'*E. telmateja*, delle vere e proprie colonie che ci riportano per il

loro aspetto a un mondo di milioni di anni fa. La coda cavallina *telmateja* è una pianta rizomatosa, dal cui rizoma si dipartono verticalmente fusti aerei che possono essere di due tipi: fertili e sterili. I fusti sterili sono verdi, cavi e ramificati, costituiti da nodi e internodi: a livello di ciascun nodo si forma una guaina che termina con una serie di dentini nerastri. Il fusto fertile non è ramificato, è privo di clorofilla, ha un colore bianco-avorio ed è di dimensioni inferiori a quello sterile; all'estremità porta uno strobilo di sporofilli.

Impiego

L'infuso è impiegato come diuretico e non altera il tenore degli elettroliti; ottimo rimineralizzante favorisce il consolidamento delle fratture ossee; è inoltre molto efficace nelle carenze di minerali e negli squilibri d'assorbimento del calcio. Utile per ridurre i calcoli renali e gli stati infiammatori perirenali e vascolari.

Uso locale

In varie località della Sardegna l'infuso viene usato come diuretico e nel trattamento delle infiammazioni della prostata. In Gallura in particolare, sempre per via interna, veniva usato come antinfiammatorio nelle emorroidi sanguinanti, mentre

le donne usavano berne una tazza al dì per migliorare l'elasticità della pelle e prevenirne le rughe.

Nel Nuorese e nell'Iglesiente veniva invece più spesso utilizzato come emostatico nelle epistassi e nelle ferite, nonché come antinfiammatorio cutaneo. Uso comune in Sardegna era quello di sfregare le gengive con uno spazzolino impregnato di equiseto macinato onde renderle toniche, e proteggere al contempo lo smalto dei denti. Anche la moderna fitoterapia consiglia 1 cucchiaino di argilla con 1 cucchiaino di coda cavallina in polvere come dentifricio naturale. Particolare è invece l'uso, che sopravvisse fino al secolo scorso, di utilizzare la coda cavallina come polvere abrasiva. I nostri avi rendevano così lucidi e brillanti gli utensili sia in rame che di legno.



Società fra professionisti: normative vigenti

Sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 81 del 6 aprile 2013 è stato pubblicato il decreto 8 febbraio 2013 n. 34, riguardante società per l'esercizio di attività professionali regolamentate dal sistema ordinistico, ai sensi dell'articolo 10, comma 10, della legge 12 novembre 2011, n. 183. Possono assumere la qualifica di società tra professionisti le organizzazioni il cui atto costitutivo preveda:

a) l'esercizio in via esclusiva dell'attività professionale da parte dei soci;

b) l'ammissione in qualità di soci dei soli professionisti iscritti a Ordini, Albi e Collegi, anche in differenti sezioni, nonché dei cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea, purché in possesso del titolo di studio abilitante, ovvero soggetti non professionisti soltanto per prestazioni tecniche, o per finalità di investimento. In ogni caso il numero e la partecipazione al capitale sociale dei professionisti deve essere tale da determinare la maggioranza di due terzi nelle deliberazioni o decisioni dei soci; il venir meno di tale condizione costituisce causa di scioglimento della società e la cancellazione della stessa dall'albo.

c) criteri e modalità affinché l'esecuzione dell'incarico professionale sia eseguito solo dai soci in possesso dei requisiti per l'esercizio della prestazione professionale richiesta;

c-bis) la stipula di polizza di assicurazione per la copertura dei rischi derivanti dalla responsabilità civile per i danni causati ai clienti dai singoli soci professionisti nell'esercizio dell'attività professionale;

d) le modalità di esclusione dalla società del socio che sia stato cancellato dal rispettivo albo con provvedimento definitivo.

La società tra professionisti è iscritta in una sezione speciale degli albi o dei registri tenuti presso l'ordine o il collegio professionale di appartenenza dei soci professionisti, curando l'indicazione, per ciascuna società, della ragione o denominazione sociale, dell'oggetto professionale unico o prevalente, della sede legale, del nominativo del legale rappresentante, dei nomi dei soci iscritti, nonché degli eventuali soci iscritti presso albi o elenchi di altre professioni'.

In ossequio a questa direttiva il Consiglio Direttivo dell'Ordine di Sassari, nella riunione del 04/06/2013, ha deliberato l'istituzione della sezione speciale dell'Albo per le STP. La quota prevista sarà pari a quella per l'iscrizione.

Fnomceo e medici fiscali

Medici fiscali e Federazione degli Ordini insieme, per cercare di risolvere "la drammatica situazione venutasi a creare a seguito della sospensione - da parte dell'INPS - delle visite fiscali d'ufficio per il settore privato". "Il provvedimento dell'Inps - hanno osservato i rappresentanti della FNOMCeO - determina una insostenibile riduzione del lavoro dei medici fiscali, retribuiti con un contratto atipico a prestazione, ma vincolati da gravose incompatibilità che rendono impossibile lo svolgimento di altre significative attività anche libero professionali" - "emerge l'incongruità di un provvedimento che, a fronte di una riduzione delle spese, potrebbe determinare un aumento degli oneri molto superiore al risparmio che si propone di realizzare". L'esistenza di un'organizzazione di controllo è infatti irrinunciabile garanzia di equilibrio e di equità del sistema. In sua assenza, è questo il timore di Ordine e sindacati, gli stessi medici certificatori potrebbero essere esposti a pressioni improprie.

La FNOMCeO ha già richiesto l'attivazione urgente di un tavolo interministeriale che recepisca le problematiche e che intervenga, identificando idonee risorse.

Decreto Balduzzi

Dopo il sì del Senato al "Decreto Balduzzi", il comitato centrale della Fnomceo interviene nel dibattito scientifico, politico, culturale - aperto dal "Caso Stamina", rilasciando una nota di cui riportiamo i tratti salienti:

"Se è vero che il fine della medicina è perseguire il bene della persona nel rispetto dei suoi diritti fondamentali, è irrealistico immaginare che tale obiettivo possa essere conseguito da una scienza medica che resti lontana e indifferente alle speranze e alle sofferenze che ancora non trovano risposte.

Ma è altrettanto vero che le speranze di tanti diventano certezze per tutti solo quando una rigorosa e trasparente metodologia scientifica abbia sperimentato prima, e introdotto nella pratica clinica poi, innovazioni diagnostiche e terapeutiche di comprovata efficacia e sicurezza.

La nostra opera professionale ogni giorno e su ogni persona si misura con questo intreccio tra speranze ed evidenze, tra prossimità al malato e rispetto delle buone pratiche cliniche."

Esiti corsi FAD della FNOMCeO

I partecipanti ai corsi di Formazione a distanza (FAD) della FNOMCeO in modalità fax, oltre al numero telefonico 06/6841121 (centralino automatico) possono collegarsi all'help desk mediante il numero telefonico 011/5815110, dalle ore 10.00 alle ore 12.00, per ricevere notizie sull'esito della prova (come riportato dalle istruzioni allegato al manuale).

Certificato di onorabilità professionale

Il certificato di onorabilità professionale detto anche "Good Standing" è un documento che deve essere presentato dal medico/odontoiatra italiano, che si reca all'estero per lavorare, alla competente autorità sanitaria del paese straniero.

La Federazione Italiana degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri ha precisato che l'autorità italiana competente a rilasciare tale certificato è esclusivamente il ministero della salute.

Pertanto, i medici e gli odontoiatri che hanno bisogno di ottenere tale certificato, per poter lavorare all'estero, dovranno richiederlo al ministero della salute.

Il modulo per presentare la richiesta e le relative istruzioni (Allegato G1 e Modello G) sono disponibili presso il sito ufficiale del ministero della salute alla voce "Certificato di onorabilità professionale" che si trova all'interno della sezione "Titoli conseguiti in Italia": Ministero della Salute

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2972&area=professioni-sanitarie&menu=riconoscimento.

Medici e assicurazione

Si ricorda ai colleghi che i medici libero professionisti dovranno, entro pochi mesi, stipulare idonee polizze di assicurazione per gli eventuali danni occorrenti ai pazienti in virtù dell'esercizio professionale, comprese le attività di custodia di documenti e valori ricevuti dagli stessi committenti.

Un iscritto all'albo che non eserciti più la professione non è comunque obbligato a stipulare un contratto di assicurazione, così come i medici dipendenti che svolgano attività intramuraria.

Incontro fra il Presidente della CAO e il Garante della concorrenza

Il Presidente della CAO nazionale Giuseppe Renzo ha incontrato Giovanni Pitruzzella, attualmente a capo della Autorità Garante della concorrenza e del mercato. Incontro particolarmente positivo, alla ricerca di un piano comune per tutelare i cittadini di fronte a messaggi aggressivi, non trasparenti o ingannevoli, con tutte le conseguenze negative che ricadono sulla informazione sanitaria corretta e conforme al codice deontologico. I due presidenti hanno poi condiviso l'opportunità di proseguire nel dialogo per approfondire anche altre problematiche, come quella dell'esercizio abusivo delle professioni sanitarie.

Nuovo centro ONAOSI a Napoli

L'Opera Nazionale per l'Assistenza agli Orfani dei Sanitari Italiani apre un nuovo centro formativo residenziale per gli studenti universitari. La struttura sarà dotata di 100 posti studio, di cui 4 adeguati a ragazzi con disabilità motorie. Gli studenti potranno accedere alla struttura a partire dal 16 settembre 2013 e avranno diritto a numerosi servizi fra i quali mensa, connessione internet, rimborso ticket sanitari.

In Italia oltre 10 mila falsi dentisti



Secondo un'indagine svolta dall'Eures (Istituto di Ricerche Economiche e Sociali) in collaborazione con la CAO nazionale sarebbero circa 10 mila i falsi dentisti. Oltre ai pericoli per la salute pubblica, è

d'obbligo considerare le rilevanti perdite economiche per lo Stato derivanti dall'esercizio abusivo della professione: oltre 75 milioni di euro. Il pericolo maggiore è inquadrato in tutte quelle strutture di dubbia provenienza, che non solo attirano i giovani odontoiatri in disperata ricerca di lavoro, ma anche individui senza scrupoli muniti di false lauree o titoli di dubbia provenienza.

Il 30 giugno è la scadenza per la trasmissione dei dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori

Si ricorda che il termine per la trasmissione da parte del medico competente dei dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria, relativi all'anno 2012, è fissato per il 30 giugno 2013.

Si ricorda che la trasmissione di tali dati rientra nel periodo di sperimentazione, previsto dall'art. 4 del decreto del ministero della salute del 9 luglio 2012, e che per tale periodo è sospeso l'apparato sanzionatorio previsto dal D.Lgs. n. 81/2008 s.m.i. fino al termine della sperimentazione.

Si comunica che l'INAIL ha predisposto un applicativo web per semplificare e standardizzare le operazioni di inserimento trasmissione dei dati suddetti. Per maggiori informazioni collegarsi al sito istituzionale dell'INAIL

Dal 1 giugno obbligo di redigere il Documento (DVR) di Valutazione dei Rischi

A far data dal 1 giugno 2013 tutti i titolari di studio medico e odontoiatrico che occupano fino a 10 lavoratori, devono effettuare la valutazione dei rischi redigendo il Documento di Valutazione dei Rischi (DVR). Non è più sufficiente l'autocertificazione.

L'obbligo di predisporre il DVR non può essere delegato e deve essere predisposto unicamente dal titolare dell'attività lavorativa, che dovrà coinvolgere i soggetti della prevenzione, tenuto conto dell'attività e della struttura della singola realtà lavorativa.

Si ricorda che il medico e l'odontoiatra titolare di studio può svolgere direttamente le funzioni di

Responsabile del servizio di prevenzione e protezione (RSPP) solo dopo avere svolto i corsi di formazione previsti dalla legge. In caso contrario il titolare dello studio dovrà procedere alla nomina di un consulente esterno affidandogli le funzioni di RSPP.

Si precisa che il DVR deve avere data certa, e questa può essere documentata con auto-invio tramite PEC o con altra forma prevista dalla legge (tramite auto-spedizione del DVR a mezzo raccomandata al proprio studio o con prestazione e timbratura all'ufficio postale).

Il DVR deve essere conservato all'interno dello studio e va aggiornato qualora intervengano modifiche significative nell'organizzazione del lavoro o nelle procedure.

Il decreto interministeriale del 30 novembre 2012, conformemente ai principi contenuti nel D.Lgs. n. 81/2008, ossia il Testo unico della sicurezza sul lavoro, ha introdotto, in maniera operativa, le procedure standardizzate per la valutazione dei rischi previste dall'art. 29 comma 5 del decreto suddetto: "i datori di lavoro che occupano fino a 10 lavoratori effettuano la valutazione dei rischi sulla base delle procedure standardizzate di cui all'art. 6 comma 8, lettera f)", ad esclusione delle attività a maggior rischio previste dall'art. 31, comma 6, lettere a), b), c), d) e g) del decreto stesso.

Quindi tutti i titolari di studio medico e odontoiatrico e datori di lavoro con una forza lavoro fino a 10 unità, per evitare il campo di applicazione dell'apparato sanzionatorio possono avvalersi del modello predisposto ministero del lavoro per redigere il Documento di Valutazione dei Rischi standardizzato (DVRS), la cui bozza è stata pubblicata nel sito ufficiale del ministero, per facilitare il compito ai soggetti obbligati.

Le procedure standardizzate prevedono alcune semplificazioni rispetto all'ordinaria redazione del Documento di valutazione dei rischi secondo quanto previsto dall'art. 28 e seguenti del D.Lgs. n. 81/2008. Si tratta di un modello operativo pensato per le micro e piccole imprese.

Le semplificazioni sono di tipo formale, ossia semplificazioni in termini di compilazione di moduli, che compongono il DVRS, contenenti informazioni limitate, quelle essenziali.

Collegarsi al seguente link per poter scaricare la bozza del DVRS: sito del ministero del Lavoro (http://www.lavoro.gov.it/Lavoro/SicurezzaLavoro/PrimoPiano/20130515_valutazionerischi.htm)

Università di Sassari: accesso ai corsi liberi per i 50 giovani che avevano ricorso al Tar

I ragazzi che avevano proposto ricorso al Tar contro il test di ingresso al corso di laurea in medicina sono stati ammessi alla facoltà e potranno sostenere alcuni esami.

La soluzione è arrivata dopo una lunga trattativa che nei mesi scorsi aveva conosciuto anche momenti di tensione con l'occupazione della segreteria da parte dei ricorrenti. Cinquanta giovani che nel settembre del 2012 non avevano passato il test a numero chiuso e che avevano visto accettato il loro ricorso al Tar contro le modalità di svolgimento dell'esame, chiedevano infatti al rettore dell'ateneo turritano Attilio Mastino di essere immatricolati in forza della sentenza immediatamente esecutiva del Tribunale amministrativo di Cagliari.

I ragazzi hanno portato avanti una trattativa con l'università che non aveva ritenuto di poter accogliere la richiesta. Invece a fine maggio è arrivata la soluzione e i ragazzi potranno accedere alle lezioni e agli esami con il metodo dei corsi liberi.

L'università ha messo gli studenti a scegliere due esami propedeutici del primo anno di medicina. Quella dei corsi liberi è una possibilità che per regolamento viene data a persone iscritte in altre facoltà per un numero che corrisponde al 10 per cento degli iscritti.

L'ateneo ha deciso di venire incontro ai ragazzi ricorrenti sfiorando sulla percentuale per quest'anno accademico. In attesa che il Consiglio di Stato, al quale l'università si è appellata, si pronunci. Il rettore ha detto di aver «molto apprezzato il confronto sviluppatosi nella facoltà di medicina e l'impegno dei docenti e degli studenti per trovare soluzioni praticabili». Sulla questione è intervenuto anche il presidente dell'Ordine dei medici Agostino Sussarellu: «I nostri studi statistici dimostrano che in Sardegna c'è una progressiva carenza di personale medico. Dal secondo anno in poi, il corso di laurea in medicina subisce un netto calo di iscritti, dovuto all'ingente numero di trasferimenti. L'immatricolazione dei ricorrenti di medicina potrebbe essere considerato, almeno per quest'anno, un parziale contributo per risolvere il problema».

Il decreto staminali è legge e adesso può partire la sperimentazione

Il Senato ha approvato il decreto sulle staminali con 259 sì, 2 no e 6 astenuti. Il provvedimento ora è legge.

Con l'approvazione del testo si consente la prosecuzione delle terapie effettuate secondo il metodo Stamina a chi ha già iniziato le cure, e si prevede l'avvio di una sperimentazione di 18 mesi per la quale vengono stanziati fino a 3 milioni di euro, promossa dal ministero avvalendosi di Aifa, Centro nazionale trapianti e coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità.

La legge ha anche spostato al 1° aprile 2014 la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari. Il ministro della salute, Beatrice Lorenzin, ha ricordato che nel decreto sono presenti «il rigore ed il rispetto delle regole della sicurezza e della scienza ma anche la comprensione e la solidarietà ai malati e alle loro famiglie», ringraziando le commissioni e i gruppi parlamentari per «la sensibilità dimostrata e per la puntualità con cui è stato studiato ogni aspetto di questo provvedimento», permettendo di arrivare a una soluzione «equilibrata e di buon senso che rispetta la medicina da una parte e le famiglie dall'altra».

«Nonostante le tante provocazioni di Stamina, ora si può iniziare con la sperimentazione rispettando una legge approvata quasi all'unanimità dal Parlamento» ha detto Paolo Fadda, sottosegretario alla Salute.

Ora sarà predisposto un regolamento per la sperimentazione. Da Stamina disponibilità alla sperimentazione, ovviamente se viene mantenuto quello che è stato detto alla Camera, e cioè che Stamina potrà mettere i necessari paletti perché la metodica non venga cambiata.

Davide Vannoni, fondatore di Stamina, apre alla sperimentazione nel quadro della legge appena varata, anche se si dice rammaricato «perché il testo che è diventato legge, al contrario di quello che era stato votato all'unanimità dal Senato inizialmente, risponde più all'interesse della comunità scientifica italiana e della burocrazia e non assolutamente alle esigenze dei pazienti».

Personale sanitario: in aumento assenze e infortuni causati dallo stress

Le condizioni di lavoro del personale delle Asl e degli ospedali italiani peggiorano: sono in aumento assenze e infortuni causati dallo stress. Lo dimostrano i primi dati di una rilevazione condotta dalla Fiaso (Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere) in 15 grandi aziende italiane, che assistono complessivamente un territorio abitato da 11 milioni di persone.

Lo studio sta proseguendo ormai da un paio d'anni e indica chiaramente come un clima positivo all'interno delle aziende sia in grado di ridurre le assenze e gli infortuni e di aumentare la produttività. Negli ultimi anni le condizioni lavorative si sono logorate, e dai riscontri effettuati risulta che negli ultimi mesi il 50% degli infortuni sul lavoro e il 60% delle assenze sarebbero riconducibili allo stress del personale.

Per la Fiaso è un disagio che cresce, allarma e che deve essere gestito anche in tempi di crisi, perché le peggiori condizioni di lavoro possono influire sulla sicurezza delle cure, aumentando anche i costi sociali ed economici.

Farmaci generici, per lo SNAMI rischio di confusione

Farmaci generici: una sola realtà, due modi opposti di interpretarla. Se da un lato alcune regioni, come la Campania, punteranno proprio sugli equivalenti per continuare nel processo di risanamento della spesa sanitaria, dall'altro lato lo Snamì (Sindacato nazionale autonomo medici italiani) continua a denunciare i disagi causati dal «turbine della sostituzione di confezioni con differenti scritte, colori e dimensioni» che rischiano di mettere in confusione i pazienti anziani.

Molto critica la posizione espressa a Roma da Angelo Testa, presidente Snamì, che si chiede «qual è la logica che porta il farmacista ad avere il potere di consegnare al nostro paziente ogni settimana una confezione di un farmaco a volte del tutto diversa

da quella consegnata la settimana precedente?». Lo Snamì continua a pensare «che il medico debba tornare a essere l'unico attore nella prescrizione dei farmaci ai propri assistiti e che altri non debbano intervenire alterando la sua scelta terapeutica, di cui si assume la responsabilità, e che dipende dalla profonda conoscenza di quel paziente che lo ha liberamente scelto». Così, nell'ambito del progetto Veritas, varato per approfondire le problematiche legate alla prescrizione per principio attivo e le possibili implicazioni per medico, farmacista e cittadino, il sindacato realizzerà a sua volta un ciclo di conferenze in tutta Italia.

Malattia di Parkinson, c'è un legame con idrocarburi e pesticidi

Una metanalisi italiana, che ha preso in considerazione ben 104 studi, dimostra che l'esposizione a solventi o pesticidi è associata ad un aumento del 60% del rischio di sviluppare la malattia di Parkinson. Nessuna relazione, invece, è emersa per quanto riguarda l'esposizione ai fungicidi o al Ddt (*para-diclorodifeniltricloroetano*), insetticida vietato da anni in occidente.

I solventi a base di idrocarburi sono contenuti nel petrolio e in diversi suoi derivati di uso comune come benzina, vernice, colle e trielina, mentre i pesticidi comprendono composti organoclorurati e organofosfati. La ricerca è stata condotta da Gianni Pezzoli, direttore del centro Parkinson, Icp, Milano, presidente della Fondazione Grigioni per il Morbo di Parkinson e presidente della Associazione italiana parkinsoniani (Aip), e da Emanuele Cereda, medico nutrizionista, ricercatore della Fondazione Irccs Policlinico San Matteo di Pavia e collaboratore della Fondazione Grigioni, ed è pubblicata su *Neurology*. Dall'analisi dei dati emerge che gli erbicidi sono associati ad un aumento del rischio del 36% (che aumenta fino al 72% nel caso del paraquat) e gli insetticidi in generale ad un aumento del 24%. La ricerca si è anche occupata del contesto dell'esposizione, confermando che i contadini e le persone che vivono in campagna presentano un rischio lievemente aumentato di sviluppare il Parkinson (rispettivamente del 18% e del 14%), perché possono essere esposti a pesticidi ed erbicidi.

Premio letterario Cronin 2013 di narrativa e poesia



Archibald Joseph Cronin

La sezione Savonese "G.B. Parodi" dell'Associazione Medici Cattolici Italiani, in collaborazione con l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Savona, organizza la sesta edizione del Premio J.A. Cronin, riservato a medici e odontoiatri. Sono previste due sezioni: narrativa e poesia. Gli elaborati devono essere presentati inderogabilmente entro il 14 settembre del 2013; la cerimonia di premiazione si terrà nella sala rossa del comune di Savona il 26 ottobre del 2013. Per maggiori informazioni telefonare al numero 3482684590 o inviare una mail a marco.lovisetti@libero.it



Convegno ad Alghero "I colori dell'Umanizzazione"

Il dipartimento di architettura design ed urbanistica di Alghero, in collaborazione con l'Università degli studi di Sassari, la A.U.S.L. n. 1 di Sassari, e il

distretto sanitario di Alghero, organizzano un convegno intitolato "I colori dell'Umanizzazione. Architettura e cura". L'evento si terrà nell'aula magna IPIA di Alghero, il 12 e 13 luglio 2013. Interverranno Attilio Mastino (magnifico rettore dell'Università degli studi di Sassari); Arnaldo Cecchini (direttore del D.A.D.U.); Simonetta Dettori (responsabile accreditamento aziendale A.S.L. 1 di Sassari); Stefano Lubrano (sindaco del Comune di Alghero); Gabriel Cardì (storico); Aldo Lino, D.A.D.U.; Ida Mura (Università degli studi di Sassari); Gianluca Favero, (Torino); Mario Becciu (Roma).

Campionati italiani di tennis riservati a medici e odontoiatri



Dal 14 al 21 settembre 2013, presso il prestigioso circolo Hermitage dell'isola d'Elba, nella splendida cornice del golfo della Biodola, si svolgeranno i quarantunesimi campionati italiani di tennis riservati ai medici, organizzati dall'AMTI (Associazione Medici Tennisti Italiani).

Sono previsti tabelloni per ogni età e livello di gioco. Il sodalizio, fondato nel 1971, raccoglie circa 800 iscritti più 400 studenti della sezione giovani: si occupa di promuovere il gioco del tennis e di curare l'organizzazione di convegni e concorsi riguardanti la medicina sportiva.

L'AMTI fa inoltre parte della WMTS, la Associazione Mondiale Medici Tennisti, che organizza campionati mondiali riservati alla categoria, dai quali i nostri rappresentanti sono spesso tornati a casa da vincitori assoluti.

Diario di una volontaria dello sportello di Emergency di Sassari

Appunti di viaggio Il Senegal e le sue emozioni

Tra gennaio e febbraio ho trascorso tre settimane in Senegal. Non mi interessavano le località turistiche; volevo conoscere il Paese di cui mi avevano parlato amici africani, da anni ambulanti estivi in Sardegna, che ora mi invitavano a raggiungerli. Mi sono preparata al viaggio visitando diversi siti internet, raccogliendo informazioni dai vicini di casa (abito nel centro storico di Sassari, accanto a una piccola comunità senegalese), rinfrescando il mio francese scolastico e scegliendo con cura i regali da portare con me.

Mi sono sottoposta al protocollo sanitario consigliato e ho messo in valigia una piccola farmacia di pronto intervento. Dentro di me sapevo che quei preparativi servivano a darmi l'illusione di avere tutto "sotto controllo"; infatti, quando mi sono trovata in Senegal, ho capito che un europeo non può prepararsi all'Africa: la differenza è troppo grande. Grazie ai miei ospiti, ho imparato a guardarla da più vicino di quanto avrei fatto se avessi alloggiato in un hotel.

Dakar

Dakar è la capitale. Sede d'aeroporto, è attraversata da un flusso costante di traffico, reso ancora più caotico da innumerevoli taxi gialli. Ci sono stata di passaggio, all'arrivo e alla partenza. Ricordo il grande mercato, dove ho fatto gli ultimi acquisti, ma è la prima alba africana che si è stampata nella mia memoria.

I miei ospiti erano venuti a prendermi all'aeroporto verso le due e abbiamo trascorso il resto della notte in una stanza d'albergo. Eravamo al sesto piano; non c'era ascensore; la porta del bagno non chiudeva e lo sciacquone, guasto, scrosciava implacabile. Vedevo gli amici addormentati, ma io non potevo prendere sonno e così, appena il cielo si è schiarito, mi sono affacciata alla finestra. Sotto di me si stendeva un mare di tetti. Quasi in ogni terrazzo, capre e ancora capre, belavano sotto il sole nascente.



L'autrice di questo diario di viaggio, Laura Perati, collaboratrice volontaria presso lo sportello Emergency di assistenza sociale e sanitaria per migranti e italiani aperto a Sassari

Le capre

Il simbolo del Senegal è il leone, ma non ne ho incontrato nemmeno uno. In compenso tutto il mio viaggio è stato accompagnato dalla costante presenza delle capre, che vengono allevate per il consumo familiare di latte, ma soprattutto per la festa del Sacrificio. La festa è una delle più importanti dell'Islam; cade verso la fine di ottobre e ricorda l'episodio biblico del sacrificio di Isacco da parte del padre Abramo, sostituito, quando ormai stava per compiersi, con l'uccisione di un montone. Ogni fa-

miglia senegalese che ne ha la possibilità alleva almeno una capra e i suoi piccoli. In città li tiene in ogni possibile spazio domestico all'aperto; nei paesi e in campagna, li lascia liberi di pascolare durante il giorno e li accoglie all'interno della casa durante la notte. L'erba non spunta rigogliosa, dove la sabbia tende a coprire il terreno. Credo sia per questo motivo che il latte viene munto solo se necessario, e che i pochi formaggi in vendita siano importati dalla Francia. Per mesi le capre e i loro piccoli condividono con gli uomini lo spazio esterno e parte di quello domestico. La cura con cui viene allevato il piccolo montone in vista della festa, quando sarà macellato e gustato dalla famiglia dopo averne fatto parte per mesi, fa di lui un "figlio" sostitutivo, simbolo del piccolo Isacco biblico.



Senegal, capre in mezzo alla gente

La famiglia

La famiglia è la forza della società senegalese. L'Islam consente agli uomini di sposare fino a quattro donne e i figli sono considerati una ricchezza, garanzia di futura sopravvivenza dei genitori. Accade così che le relazioni parentali, che sono numerose e complesse, vengano semplificate estendendo ad ogni grado di parentela l'appellativo "fratello" o "sorella". Per identificare i consanguinei patrilineari, si aggiunge alla parola la specificazione "di sangue" mentre, nel caso di figli della stessa coppia genitoriale, si precisa "della stessa madre". Anche gli amici intimi e le persone particolarmente stimate vengono chiamati "fratello" o "sorella", ad indicare la profondità del legame reciproco che il termine "amico" limita ad una relazione d'affetto meno intensa, spesso con implicazioni sessuali. Per questo motivo i miei ospiti mi hanno presentato a parenti e conoscenti come la loro "sorella" italiana.

L'abitazione

I gruppi familiari tendono a condividere lo spazio abitativo; se questo non è possibile, cercano di vivere

nelle immediate vicinanze del parentado. Quando un figlio prende moglie, generalmente la porta con sé nella casa dei propri genitori dove la nuova coppia coabita anche per anni con la famiglia d'origine dello sposo. Chi se lo può permettere acquista mobili di produzione locale, che sono grandi, massicci e di gusto "francese". I meno abbienti sostituiscono divano e poltrone con materassi rivestiti da un telo e sedie di resina. Tavoli e armadi sono poco diffusi. Non mancano mai le stuoie, anche molto grandi. Le pareti sono spesso schermate da tendoni. Ho visto pochissimi quadri (tutti di soggetto africano), grandi riproduzioni fotografiche di parenti e di importanti capi religiosi, scritte coraniche protettive della casa e dei suoi abitanti. A differenza degli usci delle diverse stanze, che sono sempre accostati, la porta d'ingresso resta aperta fino a tarda ora, quando la famiglia non riceve più ospiti e si ritira per la notte.

La vita sociale e l'ospitalità

Nell'ambito familiare ogni mattina ero attesa per la colazione e ogni notte per il tè; ho sempre pranzato e cenato in compagnia, da me o da loro. Durante la giornata qualcuno si metteva a mia disposizione per accompagnarmi in paese ovunque ne avessi necessità, mostrarmi i dintorni o anche per viaggi più lunghi, alla grande moschea di Touba,

a Louga, alla vecchia capitale Saint Louis. Spesso andavamo a Lompoul, piccolo centro di pescatori, dove spiaggia e oceano si fronteggiano, immensi e solitari, al confine del deserto. Credo che la costante presenza dei miei ospiti, attenta e amorevole, mi abbia protetta da esperienze certo non rischiose, ma poco gradevoli. Ho incontrato pochissimi *toubab* (parola che in *wolof* significa uomo bianco) e ho visto la curiosità accendersi negli occhi dei bambini e di molti adulti, al mio passaggio. Quando ho provato a fare acquisti da sola, spesso ho dovuto discutere per non pagare un prezzo esorbitante e mi è anche capitato di essere fermata per strada con la richiesta di "un regalo". Ne ho parlato con i miei amici, che si sono messi a ridere. Mi hanno spiegato che ogni *toubab* è considerato ricco e che, in Senegal, le richieste di denaro ad un ricco si tentano spesso, perché, se si è fortunati, potrebbero essere accolte.

L'assistenza sanitaria

In Senegal esiste un sistema sanitario, con farmacie, ospedali e ambulatori pediatrico - ginecologici simili a quelli dei nostri consultori familiari. Nella zona dove sono stata, è in atto un progetto di edu-

cazione alimentare rivolto al benessere infantile; me ne hanno parlato gli operatori che vi sono impegnati e che alloggiavano nella stessa piccola struttura ricettiva dove avevo preso in affitto una camera. Purtroppo il mio francese non è abbastanza buono da intavolare una discussione approfondita. Ho solo potuto capire che, negli ultimi anni, il raccolto di cereali è drasticamente calato proprio in quella zona, con una ricaduta fortemente negativa sulla qualità dell'alimentazione di madri e bambini e che il governo ha inviato operatori per girare di villaggio in villaggio, rilevare le attuali abitudini alimentari e suggerirne di più adeguate.

Non ho altre informazioni sul sistema sanitario pubblico locale. I miei amici se ne sono detti soddisfatti, ma la piccola farmacia che avevo portato con me in previsione di eventuali malesseri, è stata per loro utile e molto gradita. C'erano una pomata contro i crampi muscolari, un antidolorifico generico e uno specifico per problemi ai denti, campioncini di igiene per neonati, disinfettanti, cerotti e bende. L'unico farmaco che è tornato in Italia con me è un medicinale per risolvere problemi intestinali.

Laura Perati

(continua nei prossimi numeri)



Bambini in una scuola del Senegal

L'isola che c'è Semestene

Presentiamo ai lettori una nuova rubrica, a cura di Antonio Pinna. "L'isola che c'è" nasce per raccontare i piccoli paesi del nord Sardegna che non meritano l'oblio cui l'inesorabile spopolamento rischia di condannarli. Villaggi da scoprire o da riscoprire, che custodiscono tesori storici e preistorici, costumi e tradizioni, tratti peculiari della nostra identità.

Meilogu: luogo di mezzo, territorio al centro del vasto Giudicato di Torres. In una piccola area denominata Nurkàra, adagiata sull'altipiano di Campeda, il contesto che fa da quinta al paese di Semestene, poche case su un pianoro di basalto costellato di *tancas* dai confini di pietra a secco che digrada verso il Riu sa Puntigia. Incombe il massiccio vulcanico Benazzòsu alto quasi 600 metri. Nei dintorni, si contano quattro nuraghi. L'etimo deriverebbe dall'espressione "sèmes tènèt", a significare la ricca produzione di grano e di sementi di cui gli abitanti del borgo andavano fieri.

Il paese, 170 anime, respira d'antico e la parrocchiale di San Giorgio che sovrasta i tetti dai conci muschiosi, occupa gran parte del primo nucleo d'origine medioevale, *Semestene Noa*, da cui si dipartono stradine in maniera radiale. Gli storici datano l'origine del paese al lontano 1272 quando era proprietà dei Malaspina della Lunigiana; ceduta nel 1300 al Giudicato d'Arborea, divenne poi feudo aragonese incluso nella incontrada di Costa de Valles della signoria del Costaval; già della potente famiglia dei Carrillo, fu acquistata nel 1578 da Gerolamo Ledà e incluso nella contea di Bonorva nel 1630. Nel 1796 la *villasi* fregiò di un evento importante da tramandare al ricordo dei posteri quando Giovanni Maria Angioy, in testa ai moti antifeudali della Sardegna, si trovò a convegno con un corteo di popolo, dragoni, e notabili, nel pendio limitrofo di Andròliga, con l'amico e patriota Francesco Maria Muroni, nativo di Bonorva e rettore di Semestene. Se ci rechiamo nella casa comunale, nella parete di prospetto della



Semestene, chiesa di San Giorgio

sala consiliare, campeggia un interessante dipinto di Michele Sanna, che rievoca quel memorabile incontro. L'imponente chiesa di San Giorgio, dicevamo, è del XII secolo, si erge su una lunga gradinata e la sua facciata, di colore chiaro, richiama gli schemi tardo rinascimentali impiantati su modelli gotico aragonesi. Il bel portale architravato ci introduce a un interno di ampio respiro a navata unica e presenta segni di impianto tardo gotico, come la volta a crociera nervata. L'alto campanile, sul lato sinistro dell'edificio, completato nel 1704 a opera dei Bonorvesi Tola e Coco, è gugliato a canna quadrata e partito in sei ordini. Ai piedi del sagrato gradinato, due rigogliose palme canariensis ci accolgono con la loro ombra e aprono a un reticolo di vicoli dal selciato commisto di calcare bianco e basalto bruno che invitano all'esplorazione.

Così, vagolando, nell'aria profumi di legna combusta e di pane appena sfornato, scopriamo a tratti, sulle pareti delle case, una serie di murales che celebrano la vocazione prettamente agricola e la quotidianità del villaggio: ora un giogo di buoi ai campi,

ora un gigantesco mietitore alle messi, ora donne e panni al torrente, lavatoio naturale.

Nei viottoli regna il silenzio della buona convivenza sociale; le molte case abbandonate da proprietari lontani recano i segni della vetustà dei tempi; quelle abitate, sobriamente restaurate con paramenti a vista, serbano la chiave nella toppa, quasi un invito per i forestieri a condividere il focolare domestico. Al battere dei

passi sugli acciottolati deserti, i residenti aprono le porte di casa, salutano, si informano sulla nostra origine e provenienza, e ci danno indicazioni su dove andare, con l'affabilità di intimi familiari. Così riusciamo a scoprire oasi di verde cullate dallo scorbido di sorgenti, ora della vecchia fonte *Murroccu*, ora della splendida *Sos cantaros de funtana* e l'annesso antico lavatoio, rivestita di basalto e trachite ombreggiata da eucalipti, ora della fonte di *Donnigazza*, dalle acque fredde e limpide. Rifocillati, rientriamo sulla provinciale verso Pozzomaggiore e, mentre sfumano le ultime case e la sommità del campanile si sperde tra le rocce eruttive, immersa nel verde dei campi, in rarefatta solitudine, ecco apparire in tutta la sua magnificenza San Nicola di Trullas, una vera perla architettonica. Le notizie si leggono in un documento coevo: l'omonimo Condaghe. Costruita sulle spoglie di una villa dominica



Semestene, il lavatoio

di età romana, la chiesa, uno degli edifici più interessanti del romanico sardo, fu eretta per volontà della famiglia Athen di Pozzomaggiore prima del 1113, e donata poi ai camaldolesi. La facciata, particolare, è bipartita da una cornice orizzontale che sorregge una serie di archetti su colonnine e, sulle fiancate, è gradevole osservare, nella parte alta, sotto la gronda, lo scorrere di gentili festoni ad arco che contornano anche il grandioso abside. L'interno, mononavata, si articola in due campate quadrate, presenta volte a crociera e conserva preziosi affreschi già dal XIII secolo: sulle volte principali, sull'arco trionfale, sul catino absidale, ecco rappresentate con colori tenui pastello, le gerarchie celesti.

Si compie così il nostro breve soggiorno nel paese di Semestene, dove nulla è fuori posto perché la mano dell'uomo, negli anni, è riuscita a tutelarne l'intima essenza.



San Nicola di Trullas, sullo sfondo, in lontananza, Semestene

Poesia



Luigi Ruiu (Sassari: Dicembre 1917 - Aprile 2011) Laureato in medicina e chirurgia, libero docente in psichiatria, ha diretto per trenta anni l'Ospedale Psichiatrico di Sassari. Autore

di oltre trenta pubblicazioni scientifiche di argomento psichiatrico. Ha scritto tre romanzi: "Vento di terra, vanto di mare"; "Il vento di Rizzeddu", "La tribù di Eli-gus". La poesia che abbiamo il piacere di pubblicare si è classificata terza al concorso per medici poeti svoltosi a Sanremo nel 1980.

Il Puledro

Al vento distendi
nel balzo
la fulva criniera,
protendi la testa
nel salto, selvaggio, oltre il muro
alla tanca,
puledro.

Libero, sgroppi
tra mirto e lentischio
per colle scosceso,
e leggero il galoppo
ti porta al torrente
impetuoso,
puledro.

Improvviso
un fragore di sassi
e lo schianto,
le gambe spezzate,
il terrore di un lungo nitrito
in un solo lamento.
La bocca
un rigo di sangue nell'erba,
puledro.



Cheremule, murale



Mara, panorama



Cossoine, murales



Pozzomaggiore, nuraghe S'Alvu

Libri 1/Riti e credenze della tradizione sarda

Accabadora e la sacralità del femminile Medicina e magia popolare

Mediando scienza, storia e mito, Maria Antonella Arras ci offre un libro di grande fascino: un volume che ci consente di viaggiare nel tempo, seguendo il filo indelebile della tradizione. Senza scivolare in retorici voli pindarici sul "come si stava bene una volta" e senza nulla cedere a inutili richiami a presunti valori identitari, l'autrice conduce la sua ricerca avendo come elemento di riferimento la passione per la sua terra e lo sguardo antropologico caratteristico di chi è abituato a guardare dentro alla gente, percependone i moti dell'anima e le sue dirette correlazioni con la cultura.

Nel libro occupa un ruolo determinate "s'accabadora", figura contesa tra storia e leggenda, che nella Sardegna dei tempi andati era incaricata di porre fine alla vita dei morenti.

In questo nostro tempo in cui la discussione sull'eutanasia si è arrestata su posizioni inconciliabili, colpisce molto sentir parlare di una pratica che ha in sé toni drammatici, in cui riverberano i riflessi del cosiddetto geronticidio, cioè l'uccisione degli anziani compiuta con modalità in alcuni casi colme di influssi rituali.

Maria Antonella Arras, medico di formazione, si pone al cospetto di questo singolare e un po' misterioso personaggio, con gli occhi disincantati di chi conosce il rilevante peso della sofferenza nel condizionare i comportamenti degli esseri umani, sempre alla ricerca di un mezzo per dare un senso al dolore, al male, alla morte.



Maria Antonella Arras, laureata a Torino nel 1981 e specialista in andrologia; appassionata di bioetica e di promozione della salute, ha orientato la sua attività al mantenimento della salute individuale e al corretto utilizzo delle risorse della sanità pubblica attraverso l'organizzazione funzionale ed efficiente dei servizi.

Allo studio sulla "accabadora", Maria Antonella affianca un'ampia messe di materiali sulla medicina popolare sarda: un campo sconfinato, che ancora una volta consente al lettore di effettuare un viaggio colmo di fascino nell'universo della tradizione popolare, oggi spesso dimenticata.

Medicina e magia popolare sono spesso vicini: sono in simbiosi e danno vita a una serie di pratiche che attualmente fanno parte dell'archeologia culturale; le sue pratiche non sono però ascrivibili solo alla superstizione. Infatti alla sua complessa struttura si sono coagulati millenni di esperienze, tradizioni e credenze nate quando la magia, la religione e la scienza erano così vicine da sembrare un'unica realtà. Quanto noi oggi definiamo medicina popolare è soprattutto uno strumento capace di ri-

comporre simbolicamente, prima di tutto, l'equilibrio uomo-natura: scopriamo che la malattia e la guarigione (o la sua ricerca) sono correlate a una dimensione spesso irrazionale, dove la malattia può avere un'origine soprannaturale dovuta a una fattura o a un sortilegio, e la guarigione può essere determinata da guaritori o taumaturghi.

Il libro di Maria Antonella Arras ci consente di percorrere ampi ambiti di questa tradizione, guidandoci in un universo a tratti oscuro, in altri casi colmo di luce, di speranza e di poesia, come si evince dai racconti con i quali l'autrice ha voluto arricchire il suo pregevole saggio.

(Dalla prefazione di Massimo Centini)

Libri 2/A Genova nel 1942 bombe e allucinazioni

“La paziente n. 9”, un thriller tra i reparti nel regno della follia

Se gli ingredienti canonici di un thriller sono l'ambiente gotico, le scene raccapriccianti e talora truculente, la trama contorta e i colpi di scena inaspettati, bisogna ammettere che Alessandro Defilippi nel suo “La Paziente n° 9” sia riuscito in pieno nell'intento prefisso. Il racconto si sviluppa nel manicomio di Pratozanino sulle alture di Cogoleto: struttura istituzionale della città di Genova, autosufficiente per energia elettrica, forni e animali, estesa per 100 ettari con 21 padiglioni e 2000 pazienti.

Siamo nel 1942 e, mentre le bombe piovono sulla città, alterandone fisionomia ed essenza, nell'ospedale psichiatrico accadono eventi inquietanti, strani omicidi che recano quali unici stigmi denominatori il disegno di un occhio dalle tinte rosse e una straordinaria forma di telepatia sensitiva, che evolve in allucinazioni collettive. Ma ciò che più allarma è la sinistra presenza dell'assassino che si muove indisturbato tra i grigi reparti del regno della follia, terreno fertile per compiere delitti da far rica-



Alessandro Defilippi, laureato in medicina e chirurgia, svolge attività di psicoanalista in Torino. Ha scritto i romanzi Locus animae, Le perdute tracce degli dei, Manca sempre una piccola cosa, Danubio rosso, L'alba dei barbari. La paziente n° 9 è il suo ultimo libro edito nell'agosto 2012 da Mondadori

dere poi sui poveri ricoverati; un nemico invisibile contro cui lottano da una parte il colonnello dei carabinieri Anglesio e il maresciallo Vincenzi, e dall'altra il giovane psichiatra tedesco Muller, dagli occhi bellissimi, tormentato da segreti sconvolgenti.

La figura femminile si impone e regola i ritmi dei protagonisti in una storia intrisa di crimini di cui non si conosce il movente, ma se ne intuisce lo spirito vendicatore. Su tutto incombe lo spauracchio della terapia elettroconvulsivante, usata spesso a sproposito come terapia punitiva d'urto. Nonostante il viaggio ci conduca in luoghi spettrali per esplorare i drammi oscuri dell'anima umana, i sentimenti più delicati e profondi riescono a trovare i propri spazi e maturare. Tra un amore travagliato che deve fare i conti con tutte le crepe di un passato che affiora prepotentemente, tra misteri coperti da identità fittizie, l'autore

delinea due itinerari narrativi paralleli, destinati a embricarsi in un finale assolutamente imprevedibile. (A.P)



Cossoine, Santa Maria Iscalas

Libri 3/Il nuovo romanzo di Luigi Mancuso

"Zio Vanja e altre storie russe"

Riscrittura narrata del teatro di Cechov

È curioso, da medico, confezionare un commento, destinato a lettori medici, su un libro scritto da un collega, riferito all'opera letteraria di un altro medico, che elegge spesso al ruolo di protagonisti figure di colleghi. Un richiamo inevitabile a quel dipinto di Salvador Dalí che ritrae se stesso di spalle che dipinge Gala di spalle dinanzi allo specchio, in una tavola che si ripete in diverse stratificazioni; oppure, per rimanere contestuali all'argomento, quasi un rimando alle bambole russe a incastro. Così, se scomponiamo il primo pezzo della matrioska, scopriamo un volumetto, oltremodo inconsueto, di Luigi Mancuso, medico cardiologo in Palermo, intitolato "Zio Vanja e altre storie russe", bizzarra trasposizione in chiave romanzesca di alcune opere di Anton Pavlovic Cechov, in particolare "La proposta di matrimonio", vaudeville in atto unico andato in scena nel 1888; "Le nozze", commedia in atto unico rappresentata nel 1889 e infine "Zio Vanja", dramma in quattro atti che vide "la prima" nell'ottobre del 1889, affidata al Teatro D'Arte di Mosca.

Lo scrittore, padre a pieno titolo della commedia russa, nato nella Russia zarista nel 1860 e vissuto per soli 44 anni, *letterato prestatato alla medicina*, come egli amava definirsi, nei suoi lavori era solito inserire quasi costantemente la figura del medico, come il pingue Samoilenko ne "Il duello", il delicato medico di famiglia Astrov in "Zio Vanja", il dottor Ragin ne "La corsia n° 6", il professore di psicologia Kovrin ne "Il monaco nero", tanto per citarne alcuni. Era il periodo di fin di secolo e per il giovane Cechov non mancavano gli spunti per descrivere il declino di una classe dirigente aristocratica, supponente e parassitaria, e la graduale emersione del ceto medio



borghese che, pur nella sua inelleganza, si distingueva per laboriosità; all'epoca sia la capitale Pietroburgo che la grande e austera Mosca andavano pazze per il teatro, unico luogo dove i vari strati sociali di un paese istituzionalmente classista potevano incontrarsi per godere soprattutto di commedie, melodrammi e vaudevilles, pièces di importazione francese, forme leggere di rappresentazione basate sull'ironia, sulla battuta fuggitiva, sui giochi di parole, tanto gradite alla popolazione quanto invise a Nikolaj Gogol. Non deve essere stato facile, per Mancuso, riscrivere le tre

opere teatrali in maniera narrativa, elidendo la descrizione degli ambienti a inizio di atto, i commenti sulle azioni e sugli umori dei protagonisti a corollario dei dialoghi serrati, le conversazioni accattivanti, le gestualità e i suoni; le pause e i respiri, trovate sceniche atte a indurre gli spettatori alla fissazione delle ultime immagini e avvolgere di pathos il racconto.

Siamo infatti abituati a pensare che un romanzo, specie se costituito da numerosi coprotagonisti e intessuto di vicende dinamiche, possa diventare copione d'arte scenica o essere trasposto in pellicola cinematografica; ma non avremmo mai potuto immaginare, e qui sta l'originalità del lavoro di Mancuso, che da storie caratterizzate da un linguaggio dalle frasi brevi e dai ritmi concitati, come nello stile del commediografo russo, se ne potesse ricavare una narrazione in prosa fluente.

Particolarmente rischiosa la trasmutazione di "Zio Vanja", testo di difficile interpretazione, che già rappresenta sensibili differenze formali e sostanziali a seconda delle varie traduzioni compiute negli anni da Lunari, Ripellino, Grabher.

Nonostante le difficoltà oggettive, il collega si-

ciliano è riuscito a trasformare le voci di scena in parole e, affiancando le proprie frasi a quelle dell'Autore russo, a trasmettere le opere descritte in tutta la loro essenza e le sottili sfumature che vi sono comprese: circostanze grottesche che evolvono a lieto fine, situazioni particolarmente esilaranti basate su miraggi che svaniscono e desideri di spe-

gnere le proprie inquietudini in amori non corrisposti.

Anton Cechov, divenuto rarità per gli scaffali delle librerie, rivive sotto nuova veste e ci riporta a un teatro specchio della mediocrità borghese, che ricercava, con la semplicità dei costumi e dei mezzi di scena commista a contenuti particolarmente pregnanti, la verosimiglianza assoluta realizzata in ogni

minimo dettaglio, tale da confondersi con la tangibile realtà quotidiana; una letteratura senza eroi, descrizione palese di esistenze semplici e talora banali, combattute tra il desiderio di soddisfare i propri ideali e l'impotenza della realizzazione.

La scrittura molto agile di Luigi Mancuso, in cui i dialoghi sono legati da una voce narrante fuori campo e la novella si esprime senza interruzioni in maniera semplice ed evidente, quasi da favola raccontata, ci reintroduce alla grandezza e al fascino del mondo cechoviano, costituito dalla credibilità delle vicende e del linguaggio e dal suggerimento di grandi cose attraverso piccoli eventi del vivere quotidiano, dagli epiloghi talvolta amari.

Le illustrazioni contenute nel libro sono affidate alla matita di Gioia Marchegiani, illustratrice e autrice di libri per ragazzi.

Antonio Pinna



Padria, frontale della chiesa di Santa Giulia

Ricordo di un geniale artista e collega

Enzo Jannacci, cantore degli ultimi che irridono ai potenti di ogni epoca

"Sempre allegri bisogna stare che il nostro piangere fa male al re, fa male al ricco e al cardinale, diventan tristi se noi piangiam". Quando si è appreso della morte di Enzo Jannacci questa è la frase che ha preso immediatamente forma nella mia mente. Sempre allegri bisogna stare, anche di fronte agli avvenimenti più tristi che circondano le nostre esistenze. Ancora possiamo ricordare Enzo cantare proprio questa canzone *Ho visto un Re* circondato dai suoi amici più cari: Giorgio Gaber, Antonio Albanese, Dario Fò, Adriano Celentano, durante uno degli show televisivi del Molleggiato.

E proprio da questa filastrocca musicale può avere inizio il racconto dell'esistenza di Jannacci, perché è una canzone simbolo di tutta la sua opera, un marchio di fabbrica, un racconto che parla delle miserie umane della povera gente in maniera spensierata e allegra, irridendo al contempo ai potenti di ogni epoca. Jannacci era del 1935, lo si può definire senza dubbio un milanese doc, un personaggio di cui è difficile parlare, a causa del multiforme ingegno che lo ha visto eccellere in numerosi ambiti, del tutto diversi fra loro: musica, teatro, cabaret, karate e medicina.

Nella sua irrequietudine artistica ha infatti sempre ritagliato un grosso spazio per gli studi universitari, trovando il tempo di laurearsi in medicina e chirurgia a Milano nel 1967, trasferendosi poi in Sudafrica per conseguire la specializzazione in chirurgia generale, entrando addirittura a far parte dell'equipe del celebre dottor Barnard, per poi trasferirsi negli States per operare come medical doctor al pronto soccorso della Columbia University di New York, e tornando infine a esercitare la professione nella natia Milano a partire dal 1973, prima all'Alfieri e in seguito al Sacco; spesso lo si è visto sfrecciare da una parte all'altra di Milano nella veste di medico reperibile

di Francesco Bustio
Dettori



della U.S.S.L. Non è l'unico cantautore ad aver mantenuto un piede all'interno di un'altra professione, basti pensare all'avvocato Paolo Conte, o al professor Roberto Vecchioni, abili cantautori che sono sempre riusciti a conciliare la propria vena artistica con una professione più "normale". La vita artistica di Enzo Jannacci getta le sue radici nel Derby, nella scuola milanese, più ironica forse rispetto alla scuola genovese di Tenco, Paoli e De Andrè, ma entrambe bene in contatto con il tessuto sociale del-

l'epoca. La passione per la musica è forte: si diploma in composizione, armonia e direzione d'orchestra presso il conservatorio meneghino, invaghendosi poi del jazz e del rock'n roll, nuovo linguaggio proveniente dall'America, ritagliandosi spesso ruoli di spessore come pianista, al fianco di mostri sacri come Franco Cerri e Chet Baker.

Nei primordi della sua carriera lavora con le prime rock-band capitanate da Tony Dallara e Adriano Celentano, per poi costituire un solido sodalizio con Giorgio Gaber, suo amico fraterno, che terminerà solo alla morte del Signor G, sopraggiunta nel 2003, proprio nel primo giorno di pensione del suo amico Enzo. Tante le sue opere, impossibili da raccogliere in un paio di pagine, ben 18 i dischi dati





Enzo Jannacci con il figlio Paolo

alle stampe, innumerevoli le raccolte, due registrazioni live, e una pubblicazione in duo con Gaber.

Tante le canzoni che hanno graffiato le orecchie degli italiani, a cominciare dalla celeberrima *"Vengo anch'io. No tu no!"*, manifesto dell'emarginazione massima, un tema nascosto abilmente sotto una vicenda tragicomica. Per non parlare della gelosia de *"L'Armando"*, della struggente e tormentata bellezza, racchiusa in una coltre jazzistica, di *"Vincenzina e la fabbrica"*, della ritmata e milanesissima *"El purtavì scarp del tennis"*, l'epocale *"Quelli che..."*; teatro di ovvietà e brutture tipicamente italiane, e poi ancora *"Il palo della banda dell'ortica"*, *"La canzone intelligente"*, *"Giovanni telegrafista"*, *"Messico e nuvole"*... tante, troppe per essere annoverate tutte. Si potrebbe obiettare, alcuni potrebbero dire *"ma in fin dei conti sono solo canzoni"*. Sbagliato! Queste non sono semplici canzoni, sono la nostra vita, che va via in fretta e che quando ti accorgi che sta passando è già finita, sono le storie degli ultimi e dei penultimi, le storie di chi è potente e di chi è povero, storie di sottile e dolce amore, storie di banditi, di fabbriche, storie di nebbia e di sole, in bianco e nero o in technicolor.

In quelle canzoni ci sono gli italiani, con il loro ipocrita perbenismo, i loro difetti, le loro magagne, ma anche con il loro grande cuore e la grande voglia di affrontare la vita con un sorriso e senza mai arrendersi alla vita. Diffidate da chi dice che Enzo Jan-

nacci in fin dei conti era solo un comico da cabaret: un giudizio superficiale, dettato dall'ignoranza.

La sua ironia tipicamente milanese era semplicemente la sua maniera di esprimersi e comunicare cose che andavano al di là della risata, un linguaggio estremamente personale, ingiustamente sottovalutato da molti pseudo-critici musicali. Apparivano semplici le canzoni di Jannacci, alcune quasi da stornello alcolico da osteria, invece erano realmente colme di peripezie inusuali, intrise di jazz e accarezzate dal rock'n roll, con pianoforti e chitarre sempre in bella evidenza anche grazie a figure ritmiche diverse e mai banali; canzoni spesso suonate con il figlio Paolo, che ha seguito le orme del padre, diplomandosi al conservatorio e laureandosi in lingue, seguendo il geniale padre nei suoi concerti e percorrendo la sua strada fatta di jazz e colonne sonore. Ci mancherà Enzo Jannacci, ci mancheranno il suo fare istrionico e le sue composizioni che facevano sorridere, ma che sapevano però striarsi di quel retrogusto agrodolce tipicamente italiano, perché come diceva in romanesco il grande Alberto Sordi: *"Per far ride, bisogna esse seri"*; ma ogni qualvolta riascolteremo la sua voce incisa nei dischi, il suo pianoforte trillante di note, le sue frasi sarcastiche e appuntite, ci accorgeremo che in realtà non ci abbandonerà mai, perché lui resterà per sempre scolpito nella sua musica.

La scadenza è il 31 luglio

Libera professione: dichiarazione obbligatoria anche dopo il pensionamento

Fondo della libera professione - "quota b" del fondo generale - dichiarazione annuale dei redditi professionali prodotti nell'anno 2012 e soggetti a contribuzione nell'anno 2013.

Dal "Giornale della Previdenza dei Medici e degli Odontoiatri" n. 3 del 2013 pubblichiamo:

Per effetto di una legge, da quest'anno tutti i medici e gli odontoiatri ultra-sessantacinquenni devono dichiarare il loro reddito professionale. La dichiarazione andrà presentata entro il 31 luglio.

Da quest'anno non ci sono più dubbi. Anche tutti i medici e gli odontoiatri che continuano a svolgere la libera professione dopo il pensionamento devono dichiarare all'Enpam il reddito che deriva dalla loro attività. A far scattare l'obbligo è stato il Decreto legge 98 del 6 luglio 2011 (articolo 38, commi 11 e 12), che ha messo fine a un'annosa controversia con la Gestione separata dell'Inps. Il reddito andrà dichiarato compilando il modello D. La scadenza e le modalità di invio sono uguali per tutti gli iscritti, attivi e pensionati.

COME DICHIARARE IL REDDITO

Il reddito del 2012 andrà dichiarato con il modello D che ciascun pensionato potrà trovare nella propria area riservata sul sito dell'Enpam.

La dichiarazione potrà essere fatta direttamente online entro il 31 luglio. Una copia cartacea del modello verrà comunque spedita dall'Enpam a giugno. I pensionati che non sono ancora iscritti all'area riservata riceveranno una prima parte della password per registrarsi al sito.

La procedura è semplice e i vantaggi sono numerosi: in questo caso oltre a evitare le file alla posta e a risparmiare il costo del francobollo, con la dichiarazione online si ha la certezza immediata dell'avvenuta consegna e della correttezza formale dei dati inseriti.

Coloro che non potessero registrarsi al sito del-

l'Enpam dovranno spedire il modello D con raccomandata semplice entro il 31 luglio a: Fondazione Enpam, Casella postale n. 7216, 00162 Roma.

I VANTAGGI DELLA CONTRIBUZIONE OBBLIGATORIA

I contributi previdenziali obbligatori rientrano tra le spese interamente deducibili dal reddito. Oltre a questo vantaggio fiscale, c'è da considerare che, versando i contributi all'Enpam, si evita di disperdere i propri soldi in una gestione diversa. In questo modo, le somme pagate daranno diritto a un supplemento di pensione.

L'integrazione viene liquidata d'ufficio dall'Enpam ogni tre anni, sulla base di tutti i contributi relativi al periodo di riferimento.

SUPERATA LA CONTROVERSIA CON LA GESTIONE SEPARATA DELL'INPS

Con la nuova normativa, si è definitivamente risolta a favore dei medici un'annosa controversia con l'Inps.

I sanitari pensionati infatti non corrono più il rischio di essere iscritti d'ufficio alla Gestione separata dell'istituto pubblico, con il conseguente obbligo di pagare un'aliquota molto più alta rispetto a quella dell'Enpam.

La legge ha però stabilito che l'aliquota non possa essere inferiore alla metà di quella ordinaria. Ciò significa che a partire da quest'anno i pensionati Enpam ultrasessantacinquenni che fanno libera professione dovranno versare il 6,25 per cento. Comunque un'aliquota molto inferiore a quella dell'Inps (che è del 17 per cento).

CHI RIGUARDA

Le informazioni contenute in quest'articolo riguardano i pensionati del fondo generale dell'Enpam, cioè coloro che hanno compiuto il sessantacinquesimo anno di età.

**ELENCO DEI MEDICI DISPONIBILI AD EFFETTUARE SOSTITUZIONI
DI ASSISTENZA PRIMARIA E DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
ANNO 2013**

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	Azzena Giovanni Battista	2010	Via Lisbona 14	07023 Calangianus		393/0049405
SI	NO	Bianco Davide	2012	Via G. Verdi 2	07029 Tempio Pausania		340/2685313
SI	NO	Bursi Antonella	1995	Via Sorso 111	07100 Sassari		347/9657468
SI	NO	Cabigiosu Federico	2012	Via Figari 1	07100 Sassari		3491789950
SI	NO	Calisai Alessandra	2012	Via Milano 19/a	07100 Sassari		3406890495
SI	NO	Canu Nicole	2012	Via Besta 16/d	07100 Sassari	079/271840	340/1692790
SI	NO	Cipiciani Giovanni	2005	Via Monte Grappa	07100 Sassari		393/4376341
SI	NO	Forteleoni Giovanna Maria	2012	Via Amsicora 14	07023 Calangianus	079/661459	348/9386327
SI	NO	Fundoni Carla	2002	S.V. Pala di San Francesco n. 19	07100 Sassari		329/0210498
SI	NO	Giorico Federico A. G.	2012	S.V. Pala di San Francesco 19/C	07100 Sassari		346/3553637
SI	SI	Lisbo Marcella	2009	Via Sassari 42	07033 Osilo		380/4349661
SI	SI	Marras Viviana	2012	Via De Sena 3	07100 Sassari		348/5678599
SI	NO	Murgia Carlo	1996	Via Coraduzza 49	07100 Sassari		347/3127209
SI	SI	Paddeu Grazia	2012	Via Berlinguer 8	07100 Sassari		320/7706437
SI	NO	Peruzzu Francesca	2012	Via L. Camboni 50	07017 Ploaghe		349/0548463
SI	NO	Pisanu Giovanna	2007	Via La Marmora 55	07032 Nulvi	079/576367	333/8307494
SI	NO	Popova Elena	2006		07100 Sassari		329/1791346
SI	SI	Pruneddu Gian Luca	2012	Via Asproni 28	07100 Sassari	079/2828069	347/6101788
SI	SI	Rassu Anna Laura	2012	Via XX Settembre 19	07010 Mara		329/3059390
SI	NO	Rocchi Chiara	2012	Via Turritana 42/a	07100 Sassaru		333/3321712
SI	NO	Rum Iolanda	2007	Via Salvatore Dau 7	07100 Sassari		338/3483224
SI	SI	Sassu Salvatore	1969	Via Limbara 22	07029 Tempio P.	079/6391460	333/9184989
SI	NO	Sechi Elia, Michelangelo, Francesco	2012	Via delle Magnolie 48	07100 Sassari		329/4061768
SI	SI	Simula Delia Maria	2005	Via Civitavecchia 39	07100 Sassari		333/3269752
SI	NO	Sini Giovanna	2012	Via Parigi 12	07100 Sassari		393/2712467
SI	NO	Soro Sara	2012	Loc. Baddiju e Porcu	07040 Codrongianos	079/9435210	349/7570413
SI	NO	Sudano Silvia Domenica	2012	Via Baldinca 24	07100 Sassari		346/2129149
SI	NO	Zodda Assunta	2012	Via Monte Grappa 13	07100 Sassari		340/3298062



PEC

Posta elettronica certificata

Avere la casella PEC è obbligatorio*

Richiedi all'Ordine la tua casella personale e attivala al più presto.

*Vedi a pagina 6 di questo bollettino.