

Anno XXII - Aprile 2013 - n. 2

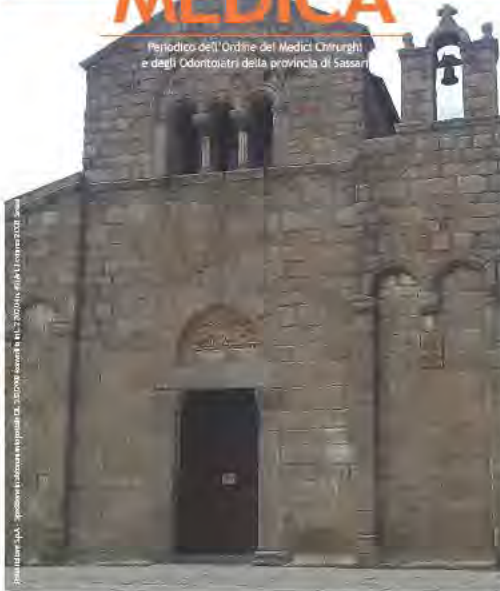
SASSARI MEDICA

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 02 - Aprile 2013

SASSARI MEDICA



In copertina: Olbia, chiesa di San Simeone
Le immagini di Olbia e della Gallura che illustrano le pagine interne
sono di Ivan Pirina e Angela Galiberti; la vignetta è di Mario Soma.

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 Cristiano Alicino, Saverio Bellizzi, Francesco Bustio Dettori, Giuseppe Franco Mancuso, Cesare Masala, Scilla Maststrandrea, Pietro Francesco Meloni, Mario Oppes, Giovanna Rau, Giuseppina Sarobba, Eugenia Tognotti.

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 e Odontoiatri di Sassari.
Realizzazione editoriale Tipografia TAS
Zona Industriale Predda Niedda sud strada n° 10 07100 Sassari.

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



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/Il Governo clinico e gestionale alla luce del Codice Deontologico Pagina 5
- 2/ L'importanza di comunicare (correttamente) con i cittadini 7

■ OMCeOSS/MTA DELL'ORDINE

- Il percorso dell'ufficiale medico militare: intervista al tenente Giovanni Maria Virgilio 8
- Dionigi Mura, uomo di scienza fra medicina e veterinaria 12
- Iniziative coordinate per sconfiggere la violenza sulle donne e gli abusi sui minori 15

■ IL GRAFFIO/Le teorie dell'ANTI-patico 17

■ ODONTOIATRIA

- La conoscenza per la sicurezza. Nozioni utili per salvare una vita 18
- La clinica universitaria di Sassari ha rinnovato le attrezzature 20

■ SPAZIO/GIOVANI

- Diario/Saverio Bellizzi, un Medico Senza Frontiere 22
- Formazione specialistica (e non) a un bivio: cambiare o arenarsi 24

■ APPROFONDIMENTI

- La relazione cancro-malato-medico e gli aspetti psicologici e sociali 27
- L'echinococcosi cistica, sempre presente (e in Sardegna in forma endemica) 31
- Fave "speciali" per fabici: due anni di studio e sperimentazioni all'ospedale di Alghero 35
- Allergie primaverili, quali progressi? Lo stato di ricerca, diagnosi e terapie 37
- Aiutiamo gli autistici ma senza pregiudizi evitando di condannare i vaccini 46
- Note di Fitoterapia/Proprietà terapeutiche delle piante officinali: Calendula e Tarassaco 49
- Regole per una formazione certificata in agopuntura, fitoterapia e omeopatia 51
- Umanizzazione delle cure, un concetto spesso frainteso 52

■ NOTIZIARIO

- Linee guida delle società scientifiche e protocolli delle strutture sanitarie 54
- Congresso ANMA, borsa di studio in Valle d'Aosta, incontro a Sassari sulla celiachia 55

■ FNOMCeO e CAO

- Gli italiani spendono esageratamente per acquistare farmaci "griffati" 56
- Informazioni varie 56-58

■ CULTURE

- Poesia/Ricordi, nostalgia di Florinas, Ammentos, gana manna de Figulina 59
- Un libro di Egidio Castiglia: Perdasdefogu dopo la rivolta del 1908 63
- Libri/"Hanno arrestato a Dario Fo" - Sassari, il '68 e dintorni 66

■ MUSICA

- OK computer dei Radiohead, ipnotica ragnatela di suoni e melodie 67
- AIO/Il 7° Congresso internazionale ad Alghero, una vetrina per la Sardegna 70
- Bacheca/Annunci 71
- Elenco dei medici disponibili 72

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.

La sanità italiana: criticità e opportunità

Il Governo Clinico e gestionale alla luce del Codice Deontologico

Lo scorso 5 aprile, nella sala conferenze dell'Ordine, si è tenuto un convegno che ha avuto come argomento "La sanità italiana nel contesto attuale: criticità e opportunità".

I relatori erano: Franco Riboldi, già direttore generale dell'Asl di Bologna e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer di Firenze, Antonio Onnis, responsabile dell'Igiene pubblica di Carbonia, Giovanni Bissoni, presidente dell'AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), Marcello Giannico, direttore generale dell'ASL di Sassari, e il sottoscritto.

Mi è stata affidata, su mia sollecitazione, una relazione dal titolo: "Buon uso delle risorse, governo clinico e gestionale alla luce del Codice Deontologico". Ciò a seguito della mia asserzione, portata avanti da anni, secondo la quale il Codice Deontologico è un insieme di principi e regole che tracciano le linee guida della professione.

La definizione di Governo Clinico secondo il Ministero della Salute è la seguente: "Il Governo Clinico è stato individuato come strategia per comprendere le funzioni delle organizzazioni sanitarie che si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi, del raggiungimento e mantenimento di standard assistenziali definiti, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale".

Per meglio precisare di cosa si parla, sempre il Ministero fa un preciso riferimento: "Sicurezza del paziente e gestione del rischio, Coinvolgimento dei pazienti e carta dei servizi, Linee guida, Liste d'attesa, Formazione, Programmi finanziati, Indagini, rilevazioni e rapporti".

Se il raggiungimento "dell'eccellenza profes-

di Agostino Sussarellu



nale" è il fine ultimo del Governo Clinico, la conoscenza dei principi e delle regole contenuti nel Codice Deontologico sono basilari per ottenere questo risultato. Uno dei doveri principali del medico è di attenersi, nell'esercizio della professione, alle conoscenze scientifiche, secondo il principio di efficacia delle cure nel rispetto dell'autonomia della persona, tenendo conto dell'uso appropriato delle risorse, al fine di garantire a tutti i cittadini stesse opportunità di accesso, disponibilità, utilizzazione e qualità delle cure ...

La prescrizione di un accertamento diagnostico, e/o di una terapia, impegna la diretta responsabilità professionale ed etica del medico e non può che far seguito a un'analisi circostanziata o, quantomeno, a un fondato sospetto clinico.

Al medico è riconosciuta un'autonomia assoluta nelle sue scelte diagnostico-terapeutiche, purché siano ispirate ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche, tenendo conto dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente secondo criteri di equità.

Nel processo di cura è necessaria un'attenta conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e delle reazioni individuali prevedibili, nonché delle caratteristiche di impiego dei mezzi diagnostici e terapeutici. E' inoltre indispensabile, nell'interesse del paziente, adeguare le proprie decisioni ai dati scientifici accreditati o alle evidenze metodologicamente fondate.

Sono vietate l'adozione e la diffusione di terapie e di presidi diagnostici non provati scientificamente o non supportati da adeguata sperimentazione e

documentazione clinico-scientifica, se non addirittura di terapie segrete.

Compito primario nella professione è garantire la sicurezza del paziente e contribuire all'adeguamento dell'organizzazione sanitaria, alla prevenzione e gestione del rischio clinico anche attraverso la rilevazione, segnalazione e valutazione degli errori per il miglioramento della qualità delle cure; a tal fine si devono utilizzare tutti gli strumenti disponibili per comprendere le cause di un evento avverso e mettere in atto i comportamenti necessari per evitarne la ripetizione.

E' importante avere la consapevolezza che, essendo uomini come tutti gli altri, anche noi medici possiamo sbagliare, ma l'analisi attenta di quanto avvenuto deve servire per la crescita, sia personale, sia del sistema salute. L'obbligo dell'aggiornamento e formazione professionale permanente non si riduce al campo tecnico-scientifico, ma si deve allargare alle questioni etico-deontologiche e alle dinamiche gestionali-organizzative, onde adeguarsi ai costanti mutamenti delle conoscenze scientifiche, della pratica professionale e dell'organizzazione sanitaria.

L'aggiornamento non può ritenersi compiuto se è limitato alla raccolta dei punti premio di un programma ECM, che spesso assume i connotati di un affare economico per i vari provider, ma deve avere le caratteristiche di una crescita personale indirizzata a raggiungere l'eccellenza professionale.

La competenza professionale acquisita impone

al medico l'obbligo di non assumere impegni che non sia in grado di soddisfare, e in tal caso di indicare al paziente le specifiche competenze necessarie per la risoluzione del problema in esame.

E' quasi inutile ribadire l'obbligo di compilazione corretta e diligente della cartella clinica e di tutta la documentazione, che deve essere sempre disponibile per il cittadino. Fondamentale, nella moderna visione della sanità, è la condivisione degli indirizzi diagnostico-terapeutici col cittadino, unico titolare della propria salute, ed è non solo necessario, ma obbligatorio, rispettarne sempre le volontà.

In quest'ottica, il consenso informato è attualmente uno dei fondamenti della moderna medicina che deve essere rigorosamente attuato. Altrettanto moderno è il concetto di lavoro multi-disciplinare e multi-professionale nel rispetto reciproco delle varie competenze, abbandonando la vecchia visione personalistica del "mio malato". Da tempo dico che l'attenta lettura e la profonda conoscenza del nostro Codice Deontologico può permettere a ciascuno di noi di trovare la risposta a qualunque problema gli si presenti nell'esercizio della professione.

Concludo con una frase espressa dal presidente nazionale, Amedeo Bianco, nella sua presentazione dell'ultima edizione del Codice Deontologico: "Ci sentiamo di affermare che il Codice Deontologico, oggi più che mai, rappresenta la Carta Costituzionale dei diritti e dei doveri della professione medica e odontoiatrica, al fine di tutelare i cittadini".



Costa Smeralda, luminosità a Porto Cervo. La baia e l'ingresso del porto al crepuscolo

La Giornata Mondiale dell'igiene orale

L'importanza di comunicare (correttamente) con i cittadini

La Giornata Mondiale per la salute orale, promossa dalla FDI (Federation Dentaire International) e celebrata il 20 marzo, è stata per i numerosi paesi che hanno aderito, l'occasione per polarizzare l'attenzione dei cittadini e dei media sull'importanza della prevenzione e delle corrette abitudini per ottenere un miglior livello di salute orale che si rifletta positivamente sulla salute generale dell'individuo. Con lo stesso spirito l'AIO ha allestito suoi stand nelle piazze delle più importanti città italiane dove odontoiatri e igienisti dentali volontari si sono messi a disposizione per effettuare visite di controllo e dare consigli su alimentazione, stili di vita e corrette manovre di igiene orale.

Molti studi dentistici hanno promosso l'evento effettuando delle visite gratuite: gesto significativo a supporto dell'avvenimento. Il grande valore della Giornata è stato rafforzato da diverse iniziative giornalistiche che hanno consentito alla professione di rivolgersi direttamente ai mediatori dell'informazione generale con efficacia e con la giusta attenzione alla tematica. Non è facile far parlare di odontoiatria, nella cronaca dei quotidiani, con toni propositivi e non scandalistici e soprattutto prescindendo dai luoghi comuni che spesso accompagnano la figura del professionista e della professione odontoiatrica.

È stata l'occasione propizia per avere i riflettori della stampa puntati sul nostro settore, per aprire un dialogo costruttivo e trasmettere messaggi indispensabili a interlocutori attenti e motivati. Nell'occasione abbiamo avuto modo di constatare la correttezza e la precisione nel riportare le notizie recepite e il rilievo che si è voluto dare al tema della salute orale e all'importanza della prevenzione. Ci siamo

di Pier Luigi Delogu



rivolti ai cittadini con la giusta valenza e senza filtri di sorta, abbiamo rivendicato il ruolo sociale imprescindibile che riveste l'odontoiatria nel campo sanitario generale e abbiamo suscitato grande interesse anche presso gli esponenti politici intervenuti. Naturalmente l'evento rappresenta un primo passo sulla strada già tracciata del dialogo e della comunicazione con i cittadini; il nostro imperativo sarà quello di indicare dei punti di riferimento credibili,

corretti, basati sulle più recenti evidenze scientifiche, utili a migliorare il livello di salute della nostra comunità. Una comunicazione non urlata ma consapevole e autorevole per poter rispondere a tutti i dubbi ed evitare la confusione creata da messaggi commerciali di scarso valore medico. Interessante e utile sempre sull'argomento, è stato il convegno che ha avuto luogo a Sassari il 13 aprile, per l'organizzazione della CAO. L'incontro ha offerto un'opportunità per un confronto sulla informazione sanitaria e sulle linee di indirizzo elaborate da questo Ordine, per garantire una comunicazione deontologicamente corretta di messaggi da rivolgere alla collettività.



Arzachena, stazione ferroviaria

Intervista al tenente Giovanni Maria Virgilio

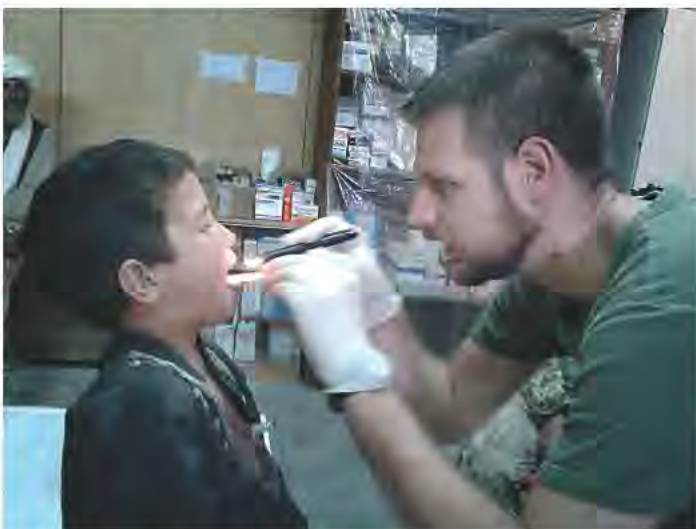
Lavoro e missioni, il percorso dell'ufficiale medico militare

I rapporti, spesso delicati, fra mondi militari, medico e civile in un contesto difficile come la missione in Afghanistan: un testimone, diretto e attento, è il tenente medico Giovanni Maria Virgilio, che ha partecipato lo scorso ottobre alla 57ª Giornata del Medico svoltasi a Sassari nell'aula magna dell'università. Virgilio era presente come ospite in qualità di rappresentante per il settore medico della Brigata Sassari, con la quale per oltre 3 mesi ha operato in Afghanistan nella missione ISAF (International Security Assistance Force) in ambito NATO. Il tenente medico ha con noi voluto parlare delle sue esperienze di lavoro e della missione afghana.

Qual è il percorso che si deve svolgere per diventare medici militari e quali peculiarità deve avere il medico per poter operare all'interno delle forze armate ed essere coinvolto in missioni all'estero? Ci sono addestramenti fisici particolari da sostenere?

Il medico militare, o meglio l'ufficiale medico militare, è una particolare figura della sanità militare, laureato in medicina e chirurgia, in servizio nelle forze armate. Oltre a occuparsi della salute dei militari, prevenendo, diagnosticando e curando le malattie, agli ufficiali medici viene impartito un addestramento militare di base, come per tutti gli altri Ufficiali che hanno differenti specializzazioni.

Per diventare ufficiale medico dell'esercito, una



Il tenente Giovanni Maria Virgilio

volta superato il concorso di arruolamento presso il centro di selezione e reclutamento di Foligno, i vincitori frequentano, in qualità di allievi, l'Accademia Militare di Modena, dove iniziano l'iter previsto per la propria formazione. Alla scadenza del biennio formativo nel normale corso di laurea in medicina e chirurgia, gli allievi ufficiali vengono promossi al grado di sottotenente e avviati, nei successivi quattro anni e fino al conseguimento della laurea in medicina e chirurgia, alla frequenza del corso all'Università degli studi di Modena, presso il Policlinico. Contestualmente, nei sei anni di corso, vengono svolte numerose attività e studiate discipline prettamente militari (topografia, armi, trasmissioni, NBC-R, etica militare, storia militare, regolamenti militari, etc.) cui va a sommarsi un addestramento militare e ginnico-sportivo, attraverso l'uso delle armi, dei mezzi e dei materiali dell'esercito. Conseguono altresì il brevetto di lancio con il paracadute, frequentano

corsi avanzati di primo soccorso in ambienti ostili, preparandosi ed esercitandosi per le criticità che potranno riscontrare nell'impiego durante le missioni fuori area. Vengono insomma forgiati come dei veri e propri militari ma con la specificità che ne deriva dall'essere medici.

Al termine degli studi, dopo un periodo di tirocinio per sostenere l'esame di stato previsto per i medici, i giovani sottotenenti frequentano un ulteriore periodo di corso presso la Scuola di Sanità e Veterinaria in Roma, completato il quale vengono promossi al grado di tenente e poi inviati ai vari reparti operativi, dove iniziano il vero e proprio impiego in qualità di ufficiali medici.

Ci sono branche della medicina che necessitano di particolari approfondimenti per svolgere l'opera medica durante una missione? E' possibile frequentare qualche scuola di specializzazione, e se sì, quali potrebbero essere quelle più utili da conseguire?

Nei teatri operativi, le figure mediche che ritengo maggiormente necessarie sono i medici chirurghi, anestesisti e rianimatori, ortopedici, medici delle emergenze, medici internisti, odontoiatri e oculisti.



Un ufficiale medico visita un capo tribù in Afghanistan

E' possibile frequentare le scuole di specializzazione anche per gli ufficiali medici i quali accedono alle specializzazioni tramite concorsi.

Esiste la figura dell'odontoiatra nelle Forze Armate, e qual è la strada da percorrere?

Sì, la figura dell'odontoiatra esiste, gli ufficiali odontoiatri provengono dal ruolo degli ufficiali a nomina diretta, ossia odontoiatri già laureati che concorrono per i posti riservati nella forza armata.

Che possibilità di carriera ha un medico all'interno delle forze armate?

Il medico militare può perseguire varie strade in ambito militare, ricoprendo incarichi in base al grado rivestito o in base alla specializzazione. Le possibilità di impiego prevedono la figura del medico militare in qualità di dirigente del servizio sanitario o ufficiale medico addetto presso i reparti operativi (reggimenti, reparti comando), nelle scuole militari, nelle accademie, nei vari centri di selezione; oppure come capo sezione sanità e veterinaria presso i comandi brigata, scuole militari, accademie, centri di selezione, stati maggiori, dipartimenti di medicina legale e ospedali militari; oppure ancora come capo servizio delle

varie branche specialistiche presso i dipartimenti di medicina legale e negli ospedali militari. Ciascuno di tali incarichi di servizio sia a livello dirigenziale sia a livello di comando, permette di arrivare agli alti vertici della gerarchia militare, fino al grado di generale.

Senza dimenticare che anche in ambito civile, i medici militari possono svolgere la libera professione, rispettando prioritariamente gli impegni di forza Armata.



Bambini in Afghanistan

Riguardo alla missione in Afghanistan, quali erano grosso modo le tue mansioni e in che condizioni hai dovuto espletare i tuoi doveri di medico? Avevate a disposizione letti dove ospedalizzare di chi aveva necessità di cure mediche?

La missione che ho ricoperto nella missione in Afghanistan era quella di "medico tutto campo": in quanto medico della base avanzata dove operavo a 360°, ero di conseguenza chiamato a intervenire su tutto ciò che riguardava la parte prettamente medica sia dei nostri militari, sia dei militari dell'esercito afgano e anche dei civili, compresi bambini (il più piccolo che ho visitato aveva solo sei mesi).

Ho seguito tutta le fasi della potabilizzazione delle acque, della disinfestazione della base e il controllo della mensa e del cibo quando arrivavano i rifornimenti (supervisionando le varie temperature e lo stato di conservazione degli alimenti) e, infine, partecipavo a tutte le attività esterne di controllo del territorio. Le condizioni in cui mi sono trovato ad operare erano abbastanza critiche: le alte temperature che si raggiungevano durante il giorno e le frequenti tempeste di sabbia rendevano gli ambienti poco confortevoli e idonei al trattamento dei

pazienti: nonostante che la struttura dove lavoravo (l'infermeria in realtà era un PMA, ossia un posto medico avanzato) fosse in legno, sono riuscito a gestire efficacemente situazioni a volte anche difficili, nonostante le difficoltà riscontrabili. Naturalmente per pazienti più gravi, che necessitavano di ulteriori cure non somministrabili nella struttura a disposizione, ho richiesto l'intervento del MEDEVAC ossia l'evacuazione medica con l'ausilio dell'elicottero congruamente disponibile per la gestione di tali criticità. Per le maxi emergenze, era stata individuata per il supporto logistico la tenda della mensa come luogo di raccolta feriti; inoltre, avevo predisposto uno

zaino sanitario e una barella in ogni bunker, dove per ogni motivo di sicurezza, tutto il personale, a seguito di possibili e improvvisi attacchi alla base si sarebbe dovuto rifugiare.

Durante la missione hai quindi avuto anche il compito di curare civili? Come erano i rapporti con la popolazione? Quali erano le patologie che hai riscontrato maggiormente fra la gente del posto?

Sì, mi occupavo anche di civili che venivano nella base per ricevere cure mediche. Solitamente venivano gli adulti (maschi) con i bambini. Le problematiche che maggiormente ho dovuto affrontare erano legate alla carenza di cibo e di acqua, mentre le patologie erano principalmente febbri, dissenterie, lombalgie (negli anziani), ferite da taglio o da morsi di cane e rispettive infezioni, ferite da armi da fuoco. I rapporti con i civili erano improntati alla massima collaborazione: l'assistenza sanitaria fornita permetteva di ricevere informazioni sulla minaccia esterna alla base, in quanto solitamente gli adulti che venivano erano i capi villaggio, che conoscevano molto bene il territorio e le realtà locali.

Nella tua attività di medico potevi essere facilmente identificato dai colleghi o dai civili?

All'interno della base, essendo non molto numerosi e molto affiatati, ero facilmente riconoscibile e reperibile. Quando si usciva per attività esterne, in base al livello di rischio si cercava di essere più o meno riconoscibili agli occhi dei civili, per motivi di sicurezza, mentre i nostri militari sapevano bene in quale mezzo mi trovavo.

Faccio un esempio: in attività quali distribuzione viveri e visite mediche ero riconoscibile anche dai civili, mentre in attività di controllo del territorio in situazioni particolari non lo ero affatto.

Avete avuto rapporti con medici afgani? Esiste una sanità organizzata nonostante la guerra? I colleghi afgani sono preparati a sufficienza?

Purtroppo, nella base in cui stavo, non vi erano medici afgani e io non ho avuto mai occasione di conoscerne. Esiste una sanità afgana, ma la sua organizzazione è ancora in fase di formazione e organizzazione.

Un medico militare presta due giuramenti, uno è il giuramento di Ippocrate, l'altro è il giuramento militare; questo porta a dover seguire nello stesso momento sia il codice di deontologia medica che quello di comportamento militare. Tali due codici si compenetrano oppure c'è una linea di confine ben marcata? Oppure ci sono delle differenze sostanziali che portano al conflitto le due cose?

Domanda difficile; cercherò di rispondere in maniera semplice. Sì, un medico militare presta due giuramenti e, sinceramente, non c'è cosa più bella che poter mettere la propria "vita" al servizio degli altri come medico, fino ad arrivare all'estremo sacrificio come militare, e ancora di più come medico militare. Sono ancora un giovane ufficiale medico e spero, con lo studio e con l'esperienza, di maturare le conoscenze che mi serviranno per affrontare al meglio tutti quegli ostacoli che quotidianamente mi si dovessero presentare davanti.

Francesco Bustio Dettori



Con opere, studi e ricerche ha dato lustro alla Sardegna

Dionigi Mura, uomo di scienza fra medicina e veterinaria

Troppo spesso, in quest'isola, si tende a dimenticare grandi figure che hanno dato un prezioso contributo alla crescita civile, allo sviluppo economico, al progresso in vari campi della ricerca di base e applicata. Riportare alla luce biografie di alcuni grandi sardi che hanno dato lustro a quest'isola – come il professor Dionigi Mura – appare dunque particolarmente importante. Dionigi Mura, nato a Sassari il 2 ottobre 1915, si iscrive nel 1936 alla facoltà di medicina veterinaria dell'Università di Sassari, corso di studi istituito nel 1928, legato intimamente con una economia basata sull'allevamento ovi-bovino, e destinato a diventare il fiore all'occhiello dei corsi di laurea sardi. Già dal primo anno accademico frequenta come allievo interno gli istituti di malattie infettive, patologia e clinica medica, zooprofilassi sperimentale, impadronendosi delle tecniche di prelievo dei materiali, preparazioni microscopiche, allestimento dei terreni culturali, approfondendo i metodi immunodiagnostici, dalla siero agglutinazione alla reazione batteriolitica fino alla termo precipitazione. Conseguisce la laurea nel giugno del 1940 presso l'Ateneo Turritano e nel febbraio 1941, a Torino, si abilita all'esercizio della professione. Durante il

periodo del secondo conflitto mondiale (1941-1943), dopo aver frequentato la scuola allievi ufficiali veterinari di Pinerolo, dirige il reparto isolamento dei cavalli appartenenti al corpo d'armata della Sardegna, ruolo che ben gli si attaglia e che gli permette di coltivare, nel tempo libero, la sua grande passione per l'equitazione. Diventa quindi reggente della sezione di Cagliari dell'istituto zooprofilattico e successivamente dirigente del servizio veterinario del 60° reggimento fanteria mobilitato. Già direttore dell'ufficio ippico e veterinario della divisione "Calabria" durante le operazioni belliche svoltesi in Gallura e nel Mediterraneo, viene insignito della croce al

merito di guerra. Chiamato nel 1943 dal comando militare a prestare servizio presso l'istituto zooprofilattico della Sardegna, ed esortato dalla sovrintendenza sanitaria dell'isola, riceve il mandato di dirigere un centro per la preparazione di sieri e vaccini per l'immunoprofilassi umana (antidifterica, antitetanica, anticarbonchiosa), considerata la sua particolare esperienza nel ricavare siero immune, forza antitossica per eccellenza, dal sangue di cavalli vaccinati e ovviamente nel contempo, in maniera provvidenziale, ai problemi di non reperibilità di tali presidi do-



Dionigi Mura in laboratorio

vuta all'isolamento della regione durante il conflitto. Dal gennaio 1944 viene assunto, in qualità di aiuto incaricato, dall'istituto zooprofilattico della Sardegna diretto dal suo illustre maestro professor Giuseppe Pegreff. Il suo impegno si manifesta nella collaborazione con ospedali civili e militari, cliniche e ambulatori, nell'eseguire innumerevoli esami microscopici, batteriologici, sierologici, ritagliando una fetta del suo tempo per gli studi in medicina umana, in quanto già iscritto nella relativa facoltà.

Si laurea in medicina e chirurgia nel 1947, concretizzando una singolare coniugazione di titoli e competenze affini che gli consente di comprendere e perseguire una medicina a tutto campo per quanto attiene alle malattie interconnesse tra animale e uomo, come tubercolosi, brucellosi e idatidosi. Il suo impegno sarà indirizzato alla prevenzione dell'infezione umana secondo i protocolli di controllo ed eliminazione di quella animale, realizzabile con la vaccinazione dei capi di bestiame, eradicazione della malattia nei trasmettitori e trattamenti tecnologici adeguati degli alimenti sospetti. Nel 1950 vince, da primo classificato, il concorso per aiuto titolare dell'istituto zooprofilattico della Sardegna. Dal 1952, a soli 37 anni, è libero docente in microbiologia e immunologia e incaricato dell'insegnamento ufficiale nella facoltà di medicina veterinaria e dal 1958 libero docente in malattie infettive, profilassi e polizia veterinaria. Nel 1959 è nominato vicedirettore e nell'aprile del 1969, a 54 anni, direttore dell'Istituto Zoo-profilattico della Sardegna. Da allora spende le proprie energie per fare dell'Istituto uno tra i più importanti ed efficienti della Nazione, adoperandosi per ingrandire la sede centrale di Sassari, realizzare un nuovo edificio per la sezione diagnostica di Nuoro e potenziare quella di Cagliari.

Notevole il suo apporto scientifico, per la approfondita conoscenza di varie forme infettive, particolarmente della specie ovina, che ha consentito di poter realizzare, in qualche caso per la prima volta nel mondo, presidi immunizzanti a beneficio dell'allevamento ovino, pilastro fondamentale dell'economia agropastorale sarda. Il suo impegno riguarda lo studio delle zoonosi più gravi e preoccupanti per la



Dionigi Mura, direttore dell'Istituto Zooprofilattico

nostra isola: tubercolosi, rabbia, brucellosi, amebiasi, giardiasi, salmonellosi, echinococcosi-idatidosi, e facendo tesoro degli studi effettuati proprio a Sassari dai professori Giuseppe Sabatini e Luigi Pinelli della clinica medica, ne concretizza i trattamenti con la preparazione di vaccini, sieri, prodotti antiparassitari.

Nel 1973 è incaricato stabilizzato dell'insegnamento della microbiologia generale. Dal 1976 al 1982, per i suoi indiscussi meriti, è rappresentante per l'Italia nel "comitato scientifico permanente per l'alimentazione" presso la Comunità Economica Europea di Bruxelles. Nello stesso lasso di tempo, con decreto del 14 marzo 1979, gli viene conferita dal Presidente della Repubblica la medaglia d'oro al merito per la sanità pubblica e nel 1982, dalla Repubblica Francese, l'onorificenza di *Officier de l'ordre du mérite scientifique agricole*. In qualità di esperto partecipa a numerose riunioni del Consiglio Superiore di Sanità e ricopre il ruolo di socio corrispondente del corpo accademico dell'Accademia Nazionale di Agricoltura. Fonda la società italiana di patologia allevamento ovini caprini (S.I.P.A.O.C.), di cui è il primo presidente e socio onorario a vita. Nel 1979 lascia volontariamente la direzione dell'istituto zooprofilattico pur

mantenendo, in qualità di associato, l'insegnamento in microbiologia fino al 1985. Nel 1989 viene insignito dal Presidente della Repubblica dell'onorificenza di "commendatore" e nel 2005, da parte del Rotary Club di Sassari, riceve il premio "Parajo d'oro", prestigioso riconoscimento riservato ai personaggi illustri della nostra provincia. Si spegne a Sassari il 19 febbraio 2009.

Veterinario e medico-chirurgo, microbiologo e immunologo, docente universitario, organizzatore ai più alti livelli di responsabilità di interventi nel campo della patologia animale, igiene e sanità pubblica veterinaria, Dionigi Mura ha rivestito, nel campo della patologia animale, un ruolo di primo piano nelle istituzioni sanitarie della provincia di Sassari, formando generazioni di veterinari sardi. Promotore di iniziative per la salute pubblica, dove ha proficuamente intrecciato le funzioni di veterinario e di medico; studioso impegnato nella divulgazione scientifica, instancabile nel promuovere la ricerca nel campo della batteriologia, virologia, parassitologia e delle malattie infettive (è autore di numerosissime pubblicazioni scientifiche), ha frequentato i più importanti Istituti scientifici e di ricerca italiani e stranieri e partecipato, preceduto dalla sua meritata fama, a diverse missioni governative in vari paesi d'Europa e in Oceania.

Una vita dedicata alla ricerca e alla medicina che si infutura nelle azioni e nel ricordo di chi, da vicino, ne ha potuto apprezzare le qualità di marito e padre, e di chi, avendone sentito parlare e avendone letto gli elaborati, non può non riconoscere il grande valore che ha rappresentato per la scienza. Da parte nostra, incasellatori delle sue note biografiche, un doveroso omaggio alla carriera con la gratitudine di coloro che gli sono succeduti traendo dal suo esempio lezione di vita.

Antonio Pinna

Mente aperta e modello d'impegno

La prima cosa che colpiva del professor Mura – anche a parlargli solo al telefono come è capitato a me, più volte – era la grande lucidità e lo straordinario interesse per la cultura scientifica. Ricordo che,

avendo avuto dalla figlia, l'amica e collega Ida Mura, il mio libro sul colera volle telefonarmi, dopo averlo letto con grande attenzione. Doveva avere allora 83 anni. Rimasi sorpresa non solo dalla signorilità e dalla finezza, che denunciava un'educazione e un tratto di gentilezza non comuni, propria di un tempo di cui si sono smarriti i valori; ma anche dalle pertinenti osservazioni sul vibrione del colera: mi ricordò che Cagliari era stata l'ultima città italiana a denunciare casi di colera, negli anni '70; e come il batterio possa vivere anche in ambienti naturali, come i fiumi salmastri e le zone costiere come quelle della città sarda, dove il rischio di contrarre l'infezione per l'ingestione di molluschi era allora particolarmente elevato.

Era un lettore interessato e curioso e aveva una memoria impressionante. Tra l'altro mi descrisse minuziosamente l'Istituto antirabbico (che si trovava, quando lui era studente, dov'era la vecchia questura) e la lunga fila dei pazienti che aspettava di accedervi e che arrivava fino ai giardini. Quando lui si era iscritto all'università, il grande igienista Claudio Fermi era appena andato in pensione, ma aneddoti e storie su quello scienziato, a cui si deve il vaccino antirabbico Fermi (era riuscito ad attenuare il virus della rabbia mediante una operazione di fenicatura, praticata aggiungendo il fenolo all'emulsione di virus fisso) circolavano ancora tra gli studenti, molti dei quali ricordavano le mute dei cani che lo accompagnavano nelle sue peregrinazioni nelle campagne malariche e le pezuole bagnate che usava portare nel cappello per evitare insolazioni.

Come molti intellettuali scientifici, tra guerra e dopoguerra, il professor Mura aveva saputo coniugare l'attività di ricerca con il lavoro sul campo come direttore della Stazione Sperimentale per le malattie infettive del bestiame, importante struttura tecnico-scientifica al servizio di allevatori e veterinari, e di supporto alla didattica. Una mente aperta e vigile, un modello d'impegno e di applicazione, un precursore nella consapevolezza – che oggi s'impone con particolare evidenza – che la sanità animale è collegata a quella umana.

Eugenia Tognotti

Il convegno "Combattiamo il silenzio"

Iniziative coordinate per sconfiggere violenza sulle donne e abusi sui minori

Un tavolo inter istituzionale che comprenda la Asl, la Polizia, i Carabinieri, l'Ordine dei Medici e l'Ordine Forense, le varie associazioni che operano nel territorio, dal Progetto Aurora allo Spazio Neutro, coordinato dalla Prefettura che, attraverso le parole del vice prefetto Riccardo Mattei, ha già dato la propria disponibilità "a trasformarlo in tavolo permanente". E' questa la sintesi operativa del convegno che si è tenuto il 9 marzo nell'aula magna dell'Università di Sassari sul tema "Dall'abuso sui minori alla violenza sulle donne: combattiamo il silenzio", promosso dai Lions Club di Sassari, Castelsardo e Porto Torres insieme all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della provincia di Sassari e al consiglio dell'Ordine Forense di Sassari.

"I problemi degli abusi e delle violenze sulle donne e sui minori non sono capitoli disgiunti, spesso

sono due facce della stessa violenza. Le percosse, gli abusi sessuali, le cause ma soprattutto gli autori delle violenze spesso sono gli stessi. Un marito violento è anche un padre violento, come gli abusi e violenze sulle donne si ripercuotono anche sui minori, come se le subissero direttamente: perciò la necessità di affrontare insieme il problema" spiega Rita Nonnis, vice-presidente dell'Ordine dei Medici di Sassari, una delle promotrici dell'iniziativa.

I vari interventi hanno evidenziato che il problema principale è la rete che deve accogliere e supportare bambini e donne vittime di violenza: allo stato attuale esistono diverse maglie che operano, però, separatamente, o con accordi bilaterali, ma comunque frutto di un dialogo che resta alla buona volontà dei singoli. Sono maglie che devono essere ricucite, e anche in fretta, per poter garantire un



Il tavolo della presidenza al convegno sugli abusi ai minori e la violenza sulle donne

vero sostegno alle vittime di abusi e violenze; per raggiungere questo scopo è necessario un protocollo, obiettivo degli organizzatori del convegno. Dalla tavola rotonda è emersa la necessità di stimolare le donne che subiscono violenza a denunciare. "Noi medici del pronto soccorso, formati per affrontare le urgenze ma non le violenze, cerchiamo di spingere le donne a denunciare, anche se la prognosi non supera i 3 giorni, superati i quali si attiva la segnalazione al posto di Polizia. C'è ancora molta omertà, e la modalità di accesso al pronto soccorso, dove è presente un numero notevole di operatori, non aiuta certo una donna maltrattata a confidarsi" ha raccontato Maria Franca Puggioni, medico al pronto soccorso del Santissima Annunziata di Sassari.

Una denuncia sulle violenze non censite dei minori è arrivata da Pierluigi Delogu, presidente della Commissione Albo Odontoiatri della provincia di Sassari. "Ci si può domandare: cosa c'entra un dentista? Ebbene, lo scorso novembre il ministero della

Salute ha emanato le linee guida per i traumi dentali dei bambini, e l'ultimo capitolo recita appunto "trauma dentale da maltrattamenti e abusi su minori". Anche noi dentisti possiamo indagare e scoprire se un bambino è stato oggetto di violenza, non solo, dall'esame dei denti possiamo anche diagnosticarne la malnutrizione.

Si pensi (studi americani) che 3-6 bambini su 1000 sono vittime di maltrattamenti, ma purtroppo in Italia il dato è ancora sottovalutato, tanto che manca un registro".

Al convegno sono intervenuti, fra gli altri, il colonnello Pietro Salsano, comandante provinciale dei Carabinieri di Sassari, Bibiana Pala, vice questore e dirigente della Squadra Mobile di Sassari, il sostituto procuratore della Repubblica, Paolo De Angelis, Salvatore Dessole, direttore della clinica ginecologica dell'Università di Sassari, Elena Mazzeo, direttore dell'istituto di medicina legale di Sassari, Noemi Sanna, psichiatra e docente universitaria.



Olbia, municipio

Le teorie dell'ANTI-patico

Lo scorso 27 marzo, un sedicente scienziato e giornalista investigativo, ha dichiarato che grazie al Movimento 5 stelle, al quale aderisce, avrebbe portato avanti l'abolizione dell'obbligatorietà delle vaccinazioni, in quanto i vaccini provocano l'omosessualità, che è una malattia. Non avremmo voluto fargli pubblicità, ma non possiamo non citare la fonte di tanta astrusità <http://www.vice.com/it/read/intervista-movimento-5-stelle-gian-paolo-vanoli>. È difficile riuscire in così poche parole a concentrare tanta insipienza, eppure lui c'è riuscito. Bisogna dargliene atto. La nostra preoccupazione non deriva però da questa farneticante esternazione, ma dal fatto che molti colleghi che sono contrari alle vaccinazioni si abbeverano alla sua fonte (lui è il responsabile del sito MedNat.org). Molti dei luoghi comuni che sentite normalmente contro i vaccini e contro la medicina tradizionale sono tratti da qui. Ovviamente Grillo prenderà ora le distanze, ma nella sua storia ha messo radici in movimenti come questo, lanciando la guerra alle multinazionali e prima fra tutte a Big Pharma.

Questo estematore non è un medico ma un "naturopata" ed anzi "non capisce come mai bisogna essere medici in Italia per curare la gente". Purtroppo, però, molti medici si rifanno alle astrusità che ha scritto nel suo sito contro la medicina tradizionale (non solo contro i vaccini). L'Ordine dei Medici deve avere la possibilità di perseguire queste derive: ci si riferisce a quei medici che seguendo le teorie di questi signori ricercano in realtà il loro lucro personale, professando le più fantasiose branche delle medicine alternative che chiameremo come xxx-patie (dove il prefisso xxx può essere sostituito dalla radice più amena).

Fino a poco tempo fa queste medicine alternative rappresentavano un'integrazione della medicina tradizionale; vi ricorreva chi dalla medicina tradizionale non traeva più beneficio; oggi stanno diventando aggressive: mostrano, come nel caso specifico, un attacco frontale alla medicina tradizionale, che passa per i vaccini, ma che sembrano cercare ampi spazi di mercato. Ma chi dà loro credito? Sembra esistere una trama difficile da sbrogliare,

che lega fra loro antipolitica, estremismi ideologici, specialisti frustrati, gruppi di pazienti genuinamente convinti di difendere i legittimi diritti.

Stiamo vivendo nell'era dell'ANTI. Se l'archetipo prototipo dell'antropomorfismo si materializzava dal principio nella paura del "diverso", oggi assistiamo all'esatto opposto: si dà credito agli omologatori di chi è contro la normalità, vale a dire l'ANTI. Non per niente le elezioni sono state vinte dall'ANTIPolitica. Non credo che per sbrogliare la matassa si debba comunque cadere nella teoria del complotto, che è proprio quella usata da questi stessi gruppi per attaccare la Medicina tradizionale (corrotta da BigPharma, Coca-cola, mafia, politica, tutto ciò che è retrologia diventa automaticamente credibile).

Riteniamo infatti che ciascuno di quelli che aderiscono all'ANTI sia spinto da motivati interessi personali: i genitori spinti da legittime preoccupazioni per quello che si legge su internet; altri genitori che pur nella consapevolezza che il proprio figlio è affetto da patologia ad eziologia non nota (autismo) pur di avere riconosciuti indennizzi monetari seguono la via giudiziaria; medici che cavalcando l'onda delle medicine alternative trovano spazi di mercato imperscrutati; altri che su questo scrivono e vendono libri e, purtroppo, vengono invitati a gettone da enti pubblici a parlare alle folle in sedicenti convegni scientifici. In altre parole l'ANTI rappresenta il pretesto per inseguire il proprio, più o meno piccolo, interesse particolare.

Una sorta di sdoganamento, insomma, rispetto ad una vecchia, becera, normale e dunque insulsa, medicina tradizionale. Ma in tutto questo chi garantisce chi non si vuole omologare? Chi difende la salute collettiva? È probabilmente il momento che il Ministero della Salute non stia più fermo a guardare. Gli Ordini dei medici devono fare la loro parte sorvegliando su eventuali derive. E del signore dell'intervista e delle assurde esternazioni sui vaccini e sugli omosessuali che dire?

Lui si definisce un naturopata; propugna le teorie che abbiamo definito dell'ANTI; per quanto ha detto è certamente un... ANTI-patico.

Incontro e corso teorico-pratico organizzato dall'ANDI

La conoscenza per la sicurezza Nozioni utili per salvare una vita

Organizzato dall'Associazione Nazionale Dentisti Italiani, sezione di Sassari, si è svolto il 23 marzo al Centro Ricerche Porto Conte il corso di aggiornamento BLS-D. Presso questa struttura del Parco Scientifico e Tecnologico della Sardegna opera il Cardio Sim, espressione della facoltà di medicina e chirurgia della università degli studi di Sassari, che sotto la direzione dei cardiologi dottor Pier Sergio Saba e del Professor Antonello Ganau si occupa dal 2006 della formazione degli specializzandi di cardiologia e dei medici della Sardegna. Il centro, grazie anche ai contributi della Fondazione Banco di Sardegna, è dotato dei più moderni strumenti didattici come manichini interattivi e sale di ripresa che consentono l'insegnamento secondo i criteri più attuali, seguendo le raccomandazioni dell'European Resuscitation Council. Il corso BLS-D viene ripetuto almeno tre volte all'anno consentendo così formazione e aggiornamento costanti grazie anche alla pubblicazione di un valido manuale (reperibile all'indirizzo <https://dl.dropbox.com/u/30173094/ManualeBLS.pdf>) che viene consigliato studiare prima di seguire il corso e riutilizzare poi per imprimere nella memoria ancora meglio le conoscenze acquisite. La necessità della diffusione della conoscenza delle tecniche di primo soccorso per le malattie cardiache è legata alla osservazione che l'80% degli arresti cardiaci extraospedalieri avviene a domicilio, il 15% per strada e che il 60% delle morti improvvise per ragioni cardiache si verifica in presenza di testimoni: se in queste situazioni si attuassero prontamente quei provvedimenti che vengono insegnati da Saba e dalla validissima équipe di cui si avvale, avremmo una riduzione drastica della mortalità da

di Pietro Francesco Meloni



arresto cardiaco. Quando si manifesta l'arresto cardiaco, che ha un'incidenza di 4 eventi su 1000 persone per anno, si verifica l'assenza di una valida circolazione ematica. Intervenire il più precocemente possibile con le corrette manovre di valutazione della coscienza consente di discernere rapidamente quali saranno le azioni seguenti, se cioè continuare in una vigile attesa dopo avere comunque allertato il 118 o attuare immediatamente gli altri tre ele-

menti della "catena della sopravvivenza": massaggio cardiaco esterno, elettrostimolazione cardiaca e intervento specializzato avanzato. Se nella prima valutazione si rileva che il circolo è presente ma la respirazione è interrotta si deve procedere con le "ventilazioni di soccorso" al ritmo di una ventilazione ogni 6 secondi; dopo 10 insufflazioni (1 minuto quindi) si deve rivalutare il polso e se questo è assente si procede con la rianimazione cardio-polmonare. La messa a punto del DAE (defibrillatore semiautomatico esterno) è stata la grande innovazione che ha permesso al soccorritore di sollevarsi dall'onere di riconoscere il ritmo cardiaco. Collegati gli elettrodi adesivi al torace del paziente il dispositivo è in grado di individuare il ritmo cardiaco in atto e solo qualora vengano riconosciuti i "ritmi di salvezza" (la fibrillazione ventricolare o la tachicardia ventricolare) tramite chiari messaggi vocali indica all'operatore che è possibile erogare lo "shock elettrico". Eseguito immediatamente un altro ciclo di rianimazione cardio-polmonare viene fatta una rivalutazione per osservare se la defibrillazione è stata efficace e la vittima ha ripreso la normale respirazione e il circolo spontaneo o se proseguire secondo le modalità precedenti.



Foto ricordo a conclusione del corso con istruttori e partecipanti

Qualora invece venisse rilevata una asistolia, il DAE darebbe il comando vocale "shock non consigliato" e inviterebbe a riprendere immediatamente le manovre rianimatorie al ritmo di 30 massaggi cardiaci e 2 insufflazioni per altri due minuti.

La caratteristica di questo dispositivo è agevolare il compito del rianimatore con chiare e rapide indicazioni verbali che guidano l'operatore meno esperto verso un percorso più sicuro per sé e per il paziente. È questo uno dei motivi che consentono non solo ai medici ma anche agli infermieri e al personale laico l'utilizzo del DAE, purché siano stati adeguatamente addestrati. Il medico deve perciò aggiornare le sue conoscenze ed esperienze in questa pratica: che ogni minuto di ritardo nella defibrillazione riduce la possibilità di sopravvivenza del 10-12%. Fondamentale sarà fare sì che il cuore grazie alle manovre di rianimazione cardio-polmonare sia sempre ossigenato perché questo consentirà una efficace defibrillazione; va inoltre considerato che, se l'anossia cerebrale provoca inizialmente delle lesioni reversibili, queste dopo 6/10 minuti possono essere irreversibili anche se si possono osservare tempi più lunghi là dove siano presenti condizioni di ipotermia come esposizione ad agenti atmosferici o sommersione in acqua.

I partecipanti al corso full-immersion dopo essere stati bene addestrati dai medici istruttori Pier Sergio, Stefania, Nadia, Giovanni, Giuseppe, Fabrizio, Luca, Antonello e Laura hanno a fine serata sostenuto una

prova teorico-pratica che ha permesso loro di conseguire l'attestato di "Esecutore BLS-D". Un particolare ringraziamento va quindi al Cardio Sim (centro di simulazione cardiologica avanzata) e al dipartimento di medicina clinica e sperimentale, scuola di specializzazione di malattie dell'apparato cardiovascolare della università di Sassari per la giornata di istruzione e l'ospitalità presso la magnifica struttura del Centro Ricerche di Tramariglio, Porto Conte.

Il progetto "ANDI YOUNG" persegue l'obiettivo di favorire l'inserimento dei giovani odontoiatri nel mondo del lavoro curandone la formazione, e offre iniziative rivolte agli studenti di odontoiatria nel loro percorso di apprendimento, auspicandone l'inserimento nell'Associazione con la qualifica di Soci Uditori (con iscrizione gratuita). In questa prima fase, il progetto ha individuato una serie di agevolazioni riservate agli iscritti all'Associazione Under 35: fascia che comprende i Soci Ordinari (dai 32 ai 35 aa), i Soci Ordinari a quota ridotta (fino a 32 aa) e i Soci Uditori Studenti (no benefit 5 e 6). Tali benefit consisteranno in un libro e un DVD sull'isolamento del campo operatorio, due interessanti corsi FAD gratuiti su finitura protesica e perimplantiti, iscrizione gratuita alla sessione ANDI Young nell'ambito del congresso nazionale del 15-16 Novembre in Roma, nonché delle scontistiche su alcuni corsi riservati ai neolaureati under 35.

Nuovi riuniti per assistenza e didattica

La clinica universitaria di Sassari ha rinnovato le attrezzature

Sono di undici colori diversi, rallegrano gli ambulatori, sono undici gocce che alimentano il vasto mare della sanità pubblica e dell'istruzione pubblica. Sono soprattutto undici prove concrete di cosa vuol dire una buona amministrazione e un impegno quotidiano dedicato esclusivamente al miglioramento dei servizi offerti al cittadino. Gli undici riuniti che da qualche tempo sono entrati nell'unità operativa di odontoiatria dell'Azienda ospedaliero universitaria di Sassari – e presentati poche settimane fa alla stampa – sono stati acquistati, infatti, grazie ai fondi raccolti dai pagamenti per prestazioni fuori dai livelli essenziali di assistenza (protesi, ortodonzia, etc).

Sono stati acquisiti in service: l'AOU verserà 55mila euro l'anno per cinque anni. Con gli stessi fondi, inoltre, è stata comprata un'autoclave per la sterilizzazione dei ferri e un elettrobisturi. L'Azienda Ospedaliero Universitaria ha una missione che è im-

plicita nella sua denominazione: garantire attività assistenziale intimamente integrata con l'impegno didattico e viceversa.

Le nuove poltrone ne hanno sostituito altrettante ormai vecchie e rovinate, lasciando così invariato il numero di postazioni dell'unità operativa, che sono sempre 29. Il rettore, Attilio Mastino, che ha preso parte alla presentazione, ha detto però che l'università sta cercando di finanziare l'acquisto di altri 9 riuniti; ne sono necessari 20 per l'accreditamento del CLMOPD.

In particolare due nuove poltrone di ultima generazione possono permettere di offrire alla didattica e all'assistenza cure più moderne che prima non erano possibili: una è utilizzata per l'endodonzia, mentre l'altra, che si trova in chirurgia, in futuro potrebbe essere usata per l'Implantologia. Pierfranca Lugliè, che dirige l'unità operativa, ha guidato i giornalisti in un tour della clinica per far conoscere non

solo i nuovi riuniti ma anche i tanti servizi che la struttura offre ai cittadini; ha voluto sottolineare come queste poltrone siano utili non solo per le cure ai pazienti, ma anche per la didattica: «Negli ambulatori di odontoiatria imparano quotidianamente gli studenti dei corsi di laurea di odontoiatria e protesi dentaria, quelli del corso di laurea di igiene dentale nonché gli al-



Una delle sale rinnovate di odontoiatria



Parte dell'equipe dell'unità operativa di odontoiatria dell'AOU di Sassari, con la professoressa Pierfranca Lugliè

lievi della scuola di specializzazione di chirurgia odontostomatologica. La recente assegnazione all'unità operativa di odontoiatria di un ricercatore, inoltre, potrebbe dare un ulteriore input della didattica e dei servizi offerti perché, in un futuro, potrebbe attivare il servizio di paradontologia e implantologia, oggi inesistente. L'attività assistenziale di ogni ambulatorio, quindi, riflette la necessità che le differenti discipline dei corsi di studio siano rappresentate: protesi e gnatologia, odontoiatria restaurativa, endodonzia, ortognatodonzia, odontoiatria pediatrica, igiene dentale e prevenzione, clinica odontostomatologica e patologia speciale nell'ambulatorio di accettazione urgenze.

Cinque dei nuovi riuniti sono stati sistemati nell'ambulatorio di odontoiatria pediatrica e ortognatodonzia: tante poltrone colorate avvolte da pareti gialle, bianche e blu, con allegri poster e pupazzi ovunque. «In questa struttura curiamo annualmente circa 13mila pazienti. Anche se non abbiamo dati

ufficiali, posso affermare che con la crisi questo numero è salito vistosamente – spiega la professoressa Lugliè -. Nonostante questo riusciamo a limitare i tempi di attesa e così una prima visita, che deve essere prenotata tramite il CUP, si ottiene nel giro di due mesi circa, mentre le urgenze vengono trattate in giornata. Cerchiamo di dare attenzione alle esigenze di tutti e di ogni fascia di popolazione, ma non possiamo negare il particolare occhio di riguardo che dedichiamo ai bambini». E questo è facile da capire appena si entra nell'ambulatorio dedicato a loro.

Tra i bimbi, c'è poi chi gode di ulteriori coccole: sono i disabili. «Nell'ambulatorio di odontoiatria pediatrica curiamo quelli con cui riusciamo a collaborare, mentre per i casi più complessi abbiamo due volte al mese la disponibilità di una sala operatoria dove li trattiamo sotto anestesia. Nelle stesse sedute curiamo, in anestesia locale, opportunamente monitorati, i pazienti a rischio per condizioni generali di salute».

Saverio Bellizzi da Bruxelles ad Haiti e in Pakistan

Diario/Un Medico Senza Frontiere Emozioni nell'avamposto di Islamabad

Ultimamente quando qualche amico chiede a mio padre che faccio esattamente, lui, Enzo, un po' perplesso risponde dicendo che mi occupo di salute pubblica ma che in realtà son fotografo...ecco, la realtà è che la curiosità nel vedere e vivere nuove situazioni è stata alla base di ciò che la mia vita è diventata.

Per una serie di fortunate scelte, mi ritrovo nel primo semestre del 2010 a vivere a Bruxelles dove lavoro nel quartier generale di Medici Senza Frontiere e dove mi occupo di fornire supporto alle varie missioni MSF nel mondo; precedentemente ero già stato in Congo e l'entusiasmo dell'organizzazione nel voler fornire assistenza medica alle popolazioni più disagiate a prescindere da colori, status sociali e religioni, mi aveva spinto a continuare.

Come dicevo, è il 2010, esattamente aprile, e io

sono appena tornato da Haiti dove ho vissuto il post terremoto: ora invece, mi ritrovo quasi immediatamente un "poco" più a est, esattamente ad Islamabad: la mia missione è visitare i progetti nella provincia nord ovest al confine con l'Afghanistan, storicamente una buffer zone dal tempo dell'invasione russa, di fatto autogovernata dalle popolazioni locali.

È dal 1986 che Medici Senza Frontiere opera in Pakistan con le comunità pakistane e i rifugiati afgani che sono stati coinvolti in conflitti armati, colpiti da disastri naturali o che non hanno accesso alle cure mediche.

Attualmente, le équipe di Medici Senza Frontiere garantiscono cure di emergenza gratuite nella Kurram Agency nella FATA, Hangu, Peshawar, Lower Dir e Malakand nelle province di Khyber Pakhtunkhwa

e Balochistan. Io son diretto esattamente nel Lower Dir e il problema di tale area è la quasi totale assenza di supporto da parte del governo centrale nell'assicurare l'assistenza sanitaria gratuita alla popolazione: qui Medici Senza Frontiere ha aperto degli ambulatori e una sala operatoria con specifico focus alla salute materno infantile. Avendo le popolazioni locali tendenze estremamente conservatrici, dobbiamo vestirci secondo l'uso tradizionale e dunque



Saverio Bellizzi, ematologo presso l'OMS



La zona in cui operano Medici Senza Frontiere

supero i vari checkpoints lungo la strada con una nuova shalwaar kamiz e una folta barba che induce i vari soldati incontrati a rivolgermi la parola in pashtun; quando arrivo a destinazione mi rendo conto di un mondo lontano, di un mondo in cui le donne sono invisibili.

Quasi totalmente coperte da burqa integrali, os-



Il sorriso di Haneef

servo una scia di donne al lato dell'entrata dell'ospedale, che aspettano di potere essere visitate; son le stesse donne che non possono assicurarsi un minimo standard di cure e che corrono il rischio, parecchie volte superiore rispetto alle donne italiane, di morire durante il parto.

Assorto da mille pensieri riguardanti tale situazione, trascorro il primo pomeriggio della mia field mission nella veranda dell'ufficio, che dà su una lussureggiante vallata, teatro di scorribande di hippies negli anni 60, ma che ora vive momenti di tensione, viste le aspre lotte interne e ciò che accade nei paesi limitrofi; il mio pensiero

fisso rimane il poter carpire e interpretare un sguardo di una ragazza locale con tutte le sue sfumature... sono consapevole che questa forse rimarrà un'illusione pura. Qualcuno mi avrà ascoltato o forse son io che ho mandato delle vibrazioni, che manifestò i miei pensieri?

È già il terzo giorno che sono in questo progetto, ancora una volta assorto nella veranda e fra un paio di giorni mi sposterò verso un altro progetto di Medici Senza Frontiere più a sud. Mi sento come spiato e improvvisamente giro la testa alla mia destra verso l'alto dove una piccola donna, rannicchiata sul tetto della casa affianco, mi osserva con un sorriso accicante.

Saprò che si chiama Haneef e che frequenta la secondary school e che ama giocare e scherzare, soprattutto con chi la fa sorridere come me; non la rivedrò più, e ancora mi chiedo se quel sorriso potrà rimaner immutato quando lei sarà più grande...

Saverio Bellizzi
è medico collaboratore
di Medici Senza Frontiere

La legge di riordino e i regolamenti sono stati disattesi

Formazione specialistica (e non) a un bivio: cambiare con una riforma o arenarsi

La formazione specialistica medica si trova a un importante crocevia: rinnovarsi, riscoprendo la sua vocazione educativa e quindi sociale, oppure, in assenza di una presa di coscienza collettiva dell'improcrastinabilità di una sua riforma, arenarsi sotto il peso di problematiche insolute, ormai, da molti anni.

La prima criticità riguarda la qualità della formazione offerta dalle scuole di specializzazione di area medica. I principi che hanno guidato la legge di riordino della formazione specialistica (Dlgs 369/99) e successivi regolamenti attuativi e ordinamenti didattici sono, a distanza di 14 anni, largamente disattesi e il loro stato di applicazione presenta una notevole eterogeneità non solo su scala geografica ma addirittura fra diverse scuole dello stesso ateneo. La partecipazione guidata alle attività assistenziali, un sistema di tutoraggio costruito sulla falsariga di quello anglosassone e scandinavo, la graduale assunzione di responsabilità basata sulla certificazione di competenze tecniche, e non, acquisite nel percorso di specializzazione, il principio di non sostituibilità del personale di ruolo, l'intuizione del tronco comune quale fondamento imprescindibile, particolarmente per le scuole di specializzazione di area medica e chirurgica, per garantire una completa formazione specialistica ed evitare la trasformazione delle scuole in spazi di ultra-specializzazione, la rotazione nel contesto di una rete formativa al fine di consentire l'acquisizione di una molteplicità di competenze e creare e consolidare il contatto fra il medico in formazione specialistica e la medicina territoriale (ambito in cui sempre più frequentemente si svolgerà l'attività professionale del neo specialista), la valutazione sistematica della

di Cristiano Alicino



qualità della formazione offerta attraverso l'Osservatorio Nazionale e gli Osservatori Regionali, rappresentano un manifesto d'intenti che fatica a trovare una reale attuazione. Accanto alle scuole di specializzazione di buona qualità formativa e alcune (troppo poche) eccellenze, sopravvivono altrettante situazioni di disagio formativo che, in alcuni casi, sfociano in un vero e proprio "abbandono" del medico in formazione specialistica.

Quali soluzioni attuare per superare questi ostacoli e fornire al nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN), quindi alla società, dei medici specialisti in grado di rispondere ai bisogni di salute? E' necessario ripartire dalle teorie dei processi pedagogici da cui la formazione post-laurea non si può sottrarre. Vanno nuovamente individuati gli obiettivi formativi di ogni singola scuola di specializzazione e a ogni obiettivo devono corrispondere competenze tecniche e non da acquisire.

Si tratta di un processo non facile da attuare, in quanto la definizione degli obiettivi deve essere costruita sulla base delle professionalità realmente richieste dal sistema, e deve superare alcune tradizionali resistenze a una vera innovazione del sistema formativo. Tuttavia un aiuto in questo senso potrebbe arrivare dalle esperienze di altri Paesi europei o dai curricula che numerose società scientifiche di categoria europee hanno elaborato o stanno elaborando con lo scopo di tracciare il profilo di conoscenze e competenze dei futuri specialisti. Probabilmente tali esperienze non sono immediatamente declinabili nel nostro specifico contesto, perché fanno riferimento a modelli di organizzazione sanitaria e di erogazione dell'assistenza molto diversi fra loro, tuttavia possono



Costa Smeralda, la Spiaggia del Principe

rappresentare un'utile base di discussione. Inoltre, costruire percorsi formativi affini su tutto il territorio europeo significa poter offrire una risposta alla crescente mobilità di giovani medici che dall'Italia si spostano verso altri paesi per compiere parte della loro formazione o a specializzazione conclusa.

A una ridefinizione degli obiettivi è necessario affiancare un nuovo sistema di valutazione, in itinere e finale, delle competenze acquisite lungo il percorso. E' evidente come le attuali strategie di valutazione basate su un libretto delle competenze, mai o mal costruito, e sulla discussione finale di una tesi di specialità siano inadeguate a valutare il reale perseguimento di obiettivi formativi. Alcune esperienze esistono già anche in questo senso: un esempio sono i test standardizzati proposti da alcune società scientifiche europee per valutare l'apprendimento al termine del percorso di specializzazione e che, solo se superati, danno diritto al titolo di specialista.

La seconda criticità, alla ribalta proprio in queste settimane, riguarda la sostenibilità stessa del sistema di formazione post-laurea. Già per questo anno ac-

cademico saranno necessari molti sforzi per mantenere invariato il numero di nuovi contratti di specializzazione (5000) e nei prossimi anni le difficoltà potrebbero essere ancora maggiori.

E' necessario considerare che l'attuale numero di nuove borse di specializzazione è già largamente insufficiente a coprire i fabbisogni espressi dalle Regioni (8.000 vs 5.000) e, come se non bastasse, il numero dei laureati a medicina, in virtù di un incremento del numero di accessi al corso di laurea magistrale di circa un 10% annuo, è destinato ad aumentare significativamente nei prossimi anni fino a toccare la quota dei 10.000 laureati all'anno. E' evidente come, anche semplicemente mantenendo lo status quo (5000 borse di specialità a cui vanno sommate circa 1000 borse per il corso di medicina generale), la forbice fra i laureati in medicina e coloro che avranno accesso alla formazione post-laurea, attualmente prerequisito per poter lavorare nel Servizio Sanitario Nazionale, è destinata ad aprirsi in maniera drammatica.

Quali prospettive dare alle migliaia di medici che

non avendo un titolo post-laurea, non avranno accesso ai concorsi per accedere alle posizioni lavorative del Servizio Sanitario Nazionale, quali funzioni andranno a svolgere nel sistema?

A questo tipo di riflessione di carattere meramente numerico, è necessario affiancarne una seconda di ordine programmatico. Già ora, moltissimi medici specialisti vanno a svolgere all'interno del sistema ruoli molto diversi da quelli per cui, almeno teoricamente, sono stati preparati, andando così a disperdere un patrimonio di formazione oltre che un importante investimento della società.

Sempre più spesso i neo-specialisti accedono al mondo del lavoro con incarichi che non richiederebbero alcuna formazione specialistica, ma per cui sarebbe probabilmente sufficiente un buon corso di laurea in medicina e un reale tirocinio post-laurea. In un contesto in cui gli sbocchi lavorativi che consentono di mettere a frutto competenze di carattere specialistico si stanno progressivamente riducendo, sembra lecito tornare ad ipotizzare, sulla falsariga di ciò che accade in altri paesi europei, un accesso al mondo del lavoro con percorsi differenti per i medici che conseguiranno titoli di formazione post-laurea e per i medici che invece avranno una for-

mazione di carattere generale. Tuttavia una riforma in questo senso deve necessariamente implicare una revisione anche della formazione pre-laurea. Non è più pensabile, per parafrasare la recente denuncia del Presidente dell'Ordine Provinciale dei Medici di Milano, immettere nel sistema medici con ottime conoscenze teoriche ma con sempre più ridotte competenze e capacità pratiche. Anche in questo caso deve essere il Servizio Sanitario Nazionale a indicare le professionalità di cui necessita e, conseguentemente, indirizzare verso una nuova impostazione del corso di laurea magistrale in medicina e chirurgia e del tirocinio post-laurea. Solo se la politica, l'università e gli ordini professionali, nei prossimi mesi, sapranno cogliere e affrontare la portata di questa sfida, una riforma strutturale del sistema di formazione medica, vi è un futuro per la formazione specialistica. L'alternativa è che il fondamentale investimento rappresentato dalla formazione universitaria, si trasformi in una spesa non sostenibile perché incapace di restituire alla società risorse umane e professionali realmente in grado di rispondere alle esigenze del sistema.

Cristiano Alicino è presidente nazionale della Feder Specializzandi



Arzachena, tombe dei giganti di Coddhu Ecchju

Difficoltà e problemi della patologia oncologica

La relazione cancro-malato-medico e gli aspetti psicologici e sociali

Un aspetto particolare, un po' al di fuori delle tematiche strettamente mediche cui siamo abituati, è quello della relazione triadica che esiste tra cancro-malato-medico, con le difficoltà e i problemi che questa relazione comporta, soprattutto sul piano psicologico.

Ancora oggi tutto ciò che concerne gli aspetti psicologici e sociali del malato oncologico viene considerato un'appendice e rientra nelle cosiddette "terapie di sostegno". In realtà le conoscenze attuali sull'esistenza di complesse interazioni fra stati fisiologici, psicologici e patologia devono indurci a porre attenzione alle dimensioni psicologiche del paziente. L'attenzione cosciente del medico verso gli aspetti psicologici è altrettanto necessaria, per fornire una assistenza appropriata, quanto una buona conoscenza delle terapie chirurgiche, farmacologiche, radianti. L'approccio al malato oncologico in realtà non si discosta dal punto di vista della metodologia clinica da quello con un qualsiasi altro paziente affetto da una malattia cronica evolutiva. Ci sono però alcuni aspetti che rendono peculiare questo approccio e sono appunto legati alla malattia. Fatte queste premesse vediamo di analizzare quali difficoltà e quali problemi esistono nell'ambito di questo triangolo.

Malattia

A differenza di quanto succede per altre malattie croniche e fatalmente evolutive, intorno al cancro esiste una grossa complicazione che possiamo definire come "allegoria della malattia cancro", intendendo quei significati e sensazioni emotive che la nostra società le ha attribuito, quindi il folclore che

di Giuseppina Sarobba



la circonda. Il cancro evoca immagini di solitudine, impotenza, di morte che altre malattie altrettanto ineluttabili non evocano. In periodi differenti della storia dell'uomo varie malattie hanno rappresentato per le popolazioni la realtà della propria mortalità e in particolare i limiti al controllo della propria vita: la lebbra, la peste, il tifo, la tubercolosi. Erano malattie misteriose, di cui non si conoscevano le cause e le modalità di insorgenza, così come oggi succede per il cancro.

Nella nostra cultura cattolica i misteri che provocano una sofferenza personale tendono ad essere considerati come una punizione per trasgressioni, note o sconosciute, i cosiddetti peccati; tutto ciò fornisce una causa identificabile, una ragione.

Data l'associazione con il peccato ecco che emerge un marchio particolare della persona, associato con la disgrazia, la vergogna, l'infamia. Anche in ambienti socio-culturali più evoluti, ma soprattutto in classi sociali più arretrate, la malattia cancro continua a stigmatizzare le persone nelle loro famiglie, nelle loro amicizie, nel loro vicinato, nel posto di lavoro.

La stigmatizzazione si esprime oggi in varie maniere, le più frequenti:

- Attraverso la curiosità morbosa mostrata da persone che prima non si erano mai interessate all'individuo ammalatosi di cancro.
- Attraverso l'allontanamento di coloro che erano precedentemente in buone relazioni col malato (Paura del contagio? Proiezione? Incapacità di sostenere la relazione?).
- Difficoltà nell'ambiente di lavoro (attribuzione di incapacità, di inaffidabilità). Quindi nel considerare



gli aspetti psicologici della malattia del paziente neoplastico, il medico deve essere conscio del marchio sociale portato dall'individuo e degli aspetti potenziali che ciò può avere sulle sue relazioni, sull'attività lavorativa, sull'immagine che il paziente ha di sé. Quando il marchio diventa il processo sociale chiamato stigmatizzazione, lo stress sopportato dal paziente può diventare intollerabile, tanto da indurre depressione, inedia, scarsa tolleranza e perfino ridotta responsabilità alle terapie.

Inoltre il marchio, assieme alla paura generata dalla perdita di controllo implicata nella diagnosi, produce una serie di comportamenti sconcertanti. Tra questi vi è l'atteggiamento dilazionatorio, cioè la riluttanza e l'incapacità, da parte di una persona con sintomi, di sottoporsi ad accertamenti, con notevoli ritardi nella diagnosi e quindi nella possibilità di una cura radicale.

Paziente

Uno degli aspetti più emblematici del paziente è il suo rapporto con il fluire della vita, col "tempo

che resta". Un tempo non solo punteggiato da eventi clinici, ma anche quello da dedicare a se stesso, agli affetti, agli affari da sistemare. Pensare al tempo che resta per il malato è quello di un uomo che si sente tradito.

La nostra cultura, la scienza, la tecnologia, la logica dei consumi avevano promesso una eterna giovinezza, un eterno benessere ed ora si trova umiliato, mortificato con i suoi problemi di amputazioni, urostomie, colostomie, di cattivi odori in un mondo che ci vuole tutti profumati, a nascondere imbarazzanti alopecie in un contesto di consumatori di shampoo e gel; non si può proporre il proprio corpo agli altri. Quanto mi resta da vivere? Come vivrò questo tempo? Perché me ne resta così poco? Perché proprio a me doveva capitare la sfortuna di non vivere compiutamente tutto il tempo che avrei meritato di vivere? Siamo noi medici preparati ad affrontare queste domande, questi occhi che chiedono, queste mani che tormentano il lenzuolo? Siamo noi medici preparati ad affrontare il nostro tempo che resta? Spesso nelle corsie d'ospedale si viene a creare una situazione che si può definire paradossale. Il paziente

è angosciato dalla sua malattia, dai fenomeni ad essa correlati: ha paura della sofferenza indotta dalla malattia, dall'aggressività delle procedure diagnostiche e dagli interventi terapeutici, dagli effetti collaterali dei trattamenti chemioterapici; ha paura di essere abbandonato dai familiari, dai medici, dal personale di assistenza; si aspetta che il suo programma terapeutico comprenda la lotta contro tutte queste paure.

Questa aspettativa fa parte di un'idea complessiva della terapia che è spesso più diffusa tra i pazienti che tra i medici.

Dall'altra parte molti sanitari hanno difficoltà reale a fermarsi a parlare con un malato tumorale durante il giro delle visite e questo avviene non soltanto negli stadi terminali, quando la comunicazione, verbale e non verbale, con il paziente può essere già compromessa, ma già molto tempo prima.

Spesso le prestazioni mediche vengono delegate al giovane assistente, ancora poco esperto e insufficientemente addestrato nell'arte del colloquio. Così può accadere che il dialogo tra il medico e il paziente sia traumatico per l'uno e per l'altro. Per il medico

perché lo costringe a cercare dentro di sé risposte plausibili alle domande e, nel fare questa introspezione spesso non trova la risposta più utile per il paziente, quella di maggior conforto; non la trova perché cerca un'altra risposta, una risposta che rassicuri se stesso, lo deresponsabilizzi, cosicché vien fuori una risposta ipertecnica, incomprensibile per il malato, oppure al contrario banale, magari accompagnata dal classico buffetto sulle guance.

Il malato rimane con i suoi dubbi e con la sola certezza che non è quello di prima: quando stava bene, quando il suo mondo non era circoscritto fra due lenzuola, nessuno si sarebbe permesso di rispondere in modo così evasivo, e perciò offensivo, alle sue richieste di chiarimento.

Alla base di queste difficoltà di relazione sta un triplice ordine di fattori:

- L'angoscia di morte del paziente complicata dalla delusione di vedere disattese le sue aspettative di "assistenza globale"
- L'angoscia di morte dell'operatore sanitario con i meccanismi automatici e grossolani di difesa che egli mette in atto



- L'impreparazione, da parte del personale sanitario, a riconoscere i meccanismi di difesa propri e del malato e a modificare i propri atteggiamenti a seconda delle fasi che il paziente attraversa..

Medico

Per il medico, qualunque sia la sua specialità, il trattamento di un paziente neoplastico rivela una difficoltà personale e professionale; questo deriva dalla associazione tra:

- Significato simbolico del cancro
- Limitazione e natura delle terapie
- Intolleranza della nostra cultura per l'invalidità
- Timore della morte (del paziente – del medico)
- Ossessione al controllo (delirio di onnipotenza, non accettazione del limite).

Naturalmente il grado di difficoltà varia in rapporto al ruolo del medico e alle condizioni del malato. I medici devono educarsi ad una continua consapevolezza del fatto che ci sono almeno tre aspetti nel lavoro in oncologia: le domande e gli effetti che queste creano su ciascuno di noi in quanto esseri umani, le nostre reazioni fisiche e psicologiche a queste domande, le difese psicologiche e comportamentali che mettiamo in atto per affrontare lo stress che ne risulta.

I medici rispondono alle domande del paziente sapendo che in realtà i trattamenti frequentemente trasformano uno stato patologico in un altro, per esempio l'amputazione di un arto sarcomatoso dolente risulta nell'invalidità dell'amputazione; inoltre costanti ed intense sono le aspettative di assistenza e di sostegno, psicologico e sociale, da parte del paziente.

Queste aspettative fanno sì che il medico sia la persona principale con cui il paziente e la sua famiglia possono dividere la loro ansietà, i timori, l'ira, la disperazione e la sensazione di impotenza.

Tutti noi reagiamo consciamente o non a queste domande: l'ansietà, i timori, le alterazioni d'umore sono influenzate dalle situazioni e dai paralleli stati psicologici del paziente.

La stanchezza che il medico avverte spesso non è causata dal lungo orario di lavoro, ma dalla ten-

sione fisica e dalle altre modificazioni fisiologiche che lo stress provoca. La stanchezza e la tensione sono anche accresciute dal fatto che per educazione, inclinazione e opportunità il medico si condanna all'isolamento in se stesso, non ha o non vuole una persona di fiducia cui esternare la propria ansia, timore, collera, senso di impotenza e quindi automaticamente e inconsciamente mette in atto varie difese psicologiche e comportamentali.

Quella che più facilmente è abituato ad impiegare è l'intellettualizzazione: questo meccanismo viene usato in modo esteso ed appropriato; un esempio familiare è il continuo sforzo per aggiornarsi sulla malattia e sul suo trattamento, un altro esempio è quello dei molti medici coinvolti in varie forme di ricerca e di soluzione di problemi. L'humor, gli scherzi fra colleghi, il cameratismo dello spogliatoio di sala operatoria o dopo il giro di visita derivano da queste difese. Anche l'isolamento e la presa di distanza sono usate comunemente.

Usando queste difese il medico spesso prende distanza dal malato opprimendolo con l'informazione, spiegando in maniera dettagliata un nuovo regime terapeutico e tutti i suoi effetti collaterali e impedendogli così di esternare la sua paura per l'evoluzione della malattia ed evitando quindi di doverlo sostenere in un momento di angoscia.

E questi comportamenti di difesa sono più facili da riconoscere negli altri che in se stessi. Di comune riscontro sono anche le esplosioni di impazienza e di collera, non importa contro chi dirette, come risposta immediata a problemi minimi o anche non identificabili, talora tristezza, chiusura in sé e nelle forme limite il burn out.

Quanto più il medico riesce a riconoscere e superare questi problemi con successo, tanto più potrà essere d'aiuto al paziente e alla sua famiglia e il primo passo necessario in questo percorso è accettare il fatto che egli stesso è un essere umano, con risposte umane allo stress che la cura di questi pazienti inevitabilmente porta.

Giuseppina Sarobba è oncologa e dirigente medico dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Sassari

Sintomi, diagnosi, scelte terapeutiche e costi sociali

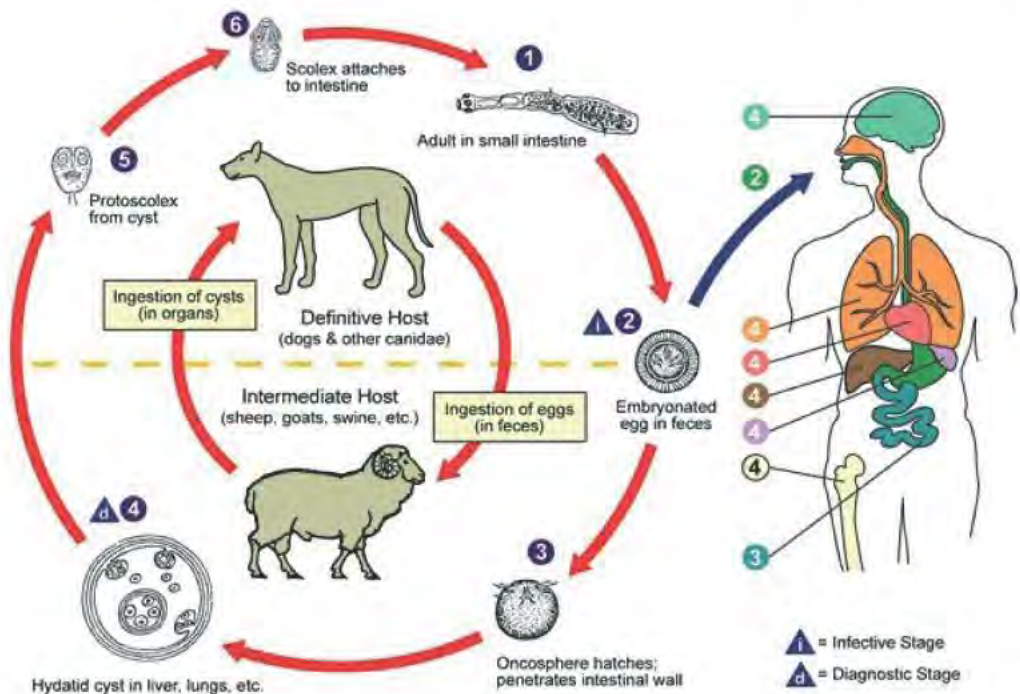
L'echinococcosi cistica, sempre presente (e in Sardegna in forma endemica)

L'echinococcosi è una infezione parassitaria zoonotica, (che si trasmette tra animali e uomo) causata dalle forme larvali di un cestode o tenia del genere *Echinococcus*. Caratteristica di questa zoonosi è la crescita lenta delle cisti negli organi degli ospiti intermedi, responsabile della diagnosi molti anni dopo l'avvenuta infezione. Le due specie principali di parassita in grado di provocare lesioni nell'uomo sono l' *Echinococcus granulosus*, responsabile dell' Echinococcosi Cistica e l'*Echinococcus multilocularis* responsabile della Echinococcosi Alveolare. Altre specie, *E. vogeli* e *E.*

di Scilla Mastrandrea



oligarthrus, sono responsabili di un numero limitato di casi di Echinococcosi policistica in Sud America; per altre due specie, *E. shiquicus* e *E. felidis*, non è stato identificato con certezza il loro ruolo patogenetico per l'uomo. L'Echinococcosi Cistica, ed in particolare l'Echinococcosi Alveolare, sono due malattie croniche che presentano un certo grado di severità, con una mortalità che, se adeguatamente trattate, interessa circa il 2-4% dei pazienti con forma cistica e il 90% di quelli con forma alveolare. Le cisti alveolari, a differenza delle cisti classiche, presentano una fase di latenza più



lunga, interessano prevalentemente il lobo destro del fegato, le lesioni sono multiple, non delimitate dal tessuto epatico, con estese aree di infiltrazione, e possono arrivare a 15-20 cm di diametro. Dei circa tre milioni di casi di echinococcosi stimati nel mondo, la maggior parte sono rappresentati dalla forma cistica, anche se il numero dei casi dell'alveolare è ogni anno in aumento. Fortunatamente, in Italia non sono stati descritti casi autoctoni di quest'ultima forma, nonostante da poco, nel Nord Italia, sia stato identificato il verme adulto nell'intestino di una volpe, ospite definitivo dell'*E. multilocularis*.

Al contrario la forma cistica è presente in tutto il territorio nazionale. Il ciclo vitale dell'*Echinococcus granulosus* è mantenuto in natura attraverso i cani, principali ospiti definitivi, nel cui intestino si sviluppa la tenia adulta e che tramite le feci eliminano le uova del parassita.

Liberate nell'ambiente, le uova possono essere ingerite, tramite cibi, acqua o altri alimenti contaminati, da un ospite intermedio, prevalentemente ovini ma anche caprini, bovini e suini, nei cui organi si sviluppano le forme cistiche. Una volta ingerite, le uova si aprono nell'intestino dell'ospite intermedio liberando le forme larvali; le larve attraversano la parete intestinale e raggiungono per via ematica prevalentemente il fegato e il polmone ma anche altri organi interni, dove danno luogo alla formazione delle cisti a contenuto liquido. Quando i cani si nutrono con visceri parassitati e scarti di macellazione contenenti cisti di Echinococco, nel loro intestino le cisti si sviluppano fino a verme adulto, completando il ciclo.

Anche l'uomo rappresenta un ospite intermedio, potendo ingerire le uova di Echinococco tramite cibi, acqua o altri mezzi contaminati. Come nell'ospite intermedio naturale, nell'uomo si sviluppano delle cisti, che nella maggior parte dei casi, circa il 70%, si localizzano al fegato ma che si ritrovano con percentuali variabili anche nel polmone (20%) e altri organi. Le cisti hanno una crescita lenta e spesso non inducono sintomi.

Se presenti, i sintomi possono essere causati dalla espansione della cisti che comprime varie strutture dell'organo (dolore addominale, tosse, ittero, etc.) da reazioni allergiche (orticaria, eruzione cutanea) oppure da complicazioni (sovrinfezione, rottura nelle vie biliari o nei bronchi). La rottura della cisti, spontanea, traumatica o chirurgica, in assenza di terapia farmacologica, causa la disseminazione del loro contenuto e induce una echinococcosi secondaria, caratterizzata dallo sviluppo di molteplici cisti in diversi organi. La diagnosi è spesso casuale, in corso di accertamenti effettuati per altri motivi (radiografia del torace, ecografia dell'addome, TAC o RMN, etc). La diagnosi può essere supportata, oltre che dalla tecnica per immagini, dalla ricerca di anticorpi rivolti verso antigeni del parassita, nel siero del paziente. L'approccio terapeutico dipende da molti fattori legati alla localizzazione e al numero delle cisti, alla loro dimensione e stadio di evoluzione e dalle caratteristiche del paziente.

È importante quindi fare una scelta terapeutica personalizzata per ottenere i risultati migliori e diminuire i rischi per il malato. Le opzioni comprendono il trattamento farmacologico, continuativo per 3-6 mesi o più, con un benzimidazolico, prevalentemente l'albendazolo, l'aspirazione percutanea sotto controllo ecografico (PAIR), il trattamento chirurgico o l'attesa vigile, secondo le direttive messe a punto da un gruppo di esperti in collaborazione con l'Organizzazione Mon-

Total DALYs by cluster of age and outcome in the years 2001-2009.

(Medtrondira S. et al. Acta Tropica 2012)

Age cluster	Improving patients	Patients developing morbidity	Patients developing relapse after surgery	Patients developing relapse after medical care	Total DALYs
0-20	5,45	11,29	4,08	3,74	24,56
21-40	30,54	57,04	20,61	18,92	127,10
41-60	41,40	75,55	27,30	25,06	169,32
61-80	40,32	72,85	26,32	24,16	163,65
81->90	5,13	9,23	3,34	3,06	20,76
Total DALYs	122,83	225,96	81,65	74,95	505,4

Patient group	%	Disability (D)	Duration (L)
Improving after surgery or medical care	71.10	0.200	1 year
Developing morbidity	23.98	0.239	5 years
Developing relapse after surgery	2.55	0.809	5 years
Developing relapse after medical care	2.34	0.809	5 years

Percentages of patient groups (%) classified according to disability (D) and duration of disability (L). (Mastrandrea S. et al. ACTA TROPICA 2012)

diale della Sanità. La malattia rappresenta tuttora un importante problema di sanità pubblica a livello mondiale, essendo presente in molti paesi del bacino del Mediterraneo, nel Nord Africa e in Medio Oriente, in Asia centrale, Cina, Sud America e Australia. In Europa le regioni più colpite sono oltre la Spagna, l'Italia, in particolare il Sud e la Sardegna. Nella nostra regione sono state istituite in passato tre campagne di eradicazione (1962, 1978 e 1987), che, grazie a un capillare intervento di educazione sanitaria e di sensibilizzazione nella popolazione e un adeguato controllo sanitario veterinario sulla macellazione domestica, hanno contribuito a diminuire, nel periodo immediatamente successivo, l'incidenza dell'echinococcosi umana. La riduzione dei fondi per l'implementazione dei piani di sorveglianza ha sicuramente contribuito alla recrudescenza della malattia: dopo il 1990 si è osservata una recrudescenza del numero dei ricoveri per Echinococcosi e al momento attuale la malattia è considerata endemica in Sardegna.

Tenendo presenti le peculiarità del ciclo biologico del parassita, risulta chiaro come molti fattori contribuiscano alla persistenza della malattia; tra questi un ruolo chiave svolge l'elevato numero di cani cosiddetti "migranti" o "randagi" che possono cibarsi con i visceri di animali morti nei campi e le cui carcasse non sono state rimosse. L'analisi di 1409 Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), in un arco di tempo dal 2001 al 2009, ha evidenziato come

ogni anno vi siano circa 156 ricoveri per Echinococcosi negli ospedali pubblici del territorio regionale, con un tasso medio di ricovero annuale di 9,3/100.000 abitanti; in alcune province, in particolare nella provincia di Nuoro che presenta la più alta densità del patrimonio ovino sardo, il tasso medio di ricovero annuale arriva a 25,8/100.000 abitanti.

Per comprendere la gravità del problema che affligge il nostro territorio, si può considerare che il tasso medio osservato nel restante territorio nazionale è di 2,7/100.000 abitanti e che in Sardegna si verificano il 12% dei ricoveri totali per Echinococcosi Cistica. E ancor più si deve tener conto che i dati ottenuti, per quanto possano apparirci consistenti, rappresentano solo la punta di un iceberg, in quanto si riferiscono esclusivamente ai pazienti ospedalizzati in strutture convenzionate del Servizio Sanitario Nazionale e non comprendono i pazienti che si rivolgono a strutture private o sono seguiti dai medici di base. È un dato che va considerato nella valutazione dei reali costi economici e sociali della malattia. La stessa storia naturale dell'infezione da CE, che si manifesta sintomaticamente in una minoranza di pazienti e dopo molti anni dall'infezione, contribuisce alla sottostima del problema.

Una volta diagnosticata, la malattia spesso richiede cure intensive che generano costi elevati, in particolare nei pazienti chirurgici. Negli ultimi dieci anni in Sardegna abbiamo speso circa 7 milioni di euro per l'ospedalizzazione di 1409 pazienti affetti

da Echinococcosi cistica, circa 6 mila euro per persona. Il totale della spesa nel territorio nazionale in 7 anni è superiore a 54 milioni di euro. I costi totali della malattia sono la somma dei costi per servizi sanitari ma anche della perdita della produttività sia umana che animale. Dai dati SDO risulta come il gruppo di età prevalente nei pazienti ricoverati sia compreso nella fascia di età tra 41 e 60 anni, prevalentemente maschi e presumibilmente coinvolti nella cura degli allevamenti. Il peso economico di una malattia comprende i costi diretti, legati al ricovero del paziente, alla spesa per interventi di diagnosi e di terapia ma anche altri costi che sono più difficilmente identificabili ma che pesano considerevolmente sulla salute umana e sono rappresentati dalle conseguenze a lungo termine che la malattia avrà sull'attività lavorativa del paziente e sulla sua produttività e sono calcolati come Disability-Adjusted Life Year (DALY). Il DALY serve per quantificare il peso di una malattia sulla società ed è il risultato della somma degli anni di vita persi (YLL) in seguito a mortalità prematura, con gli anni vissuti in disabilità o malattia (YLD).

Per il DALY la scala di misura dello stato di salute è una "scala di gravità", in cui cioè lo "0" equivale a una perfetta salute e "1" equivale alla morte. Il valore di DALYs più elevato calcolato sui 1409 pazienti con

Echinococcosi Cistica è stato osservato nella fascia di età 41-60, corrispondente al 28% dei ricoveri, con un valore complessivo di 169,32 DALYs. L'Echinococcosi Cistica è tuttora una emergenza nel nostro territorio, ancor più se consideriamo che potrebbe essere sconfitta se venissero implementati i sistemi di sorveglianza e venisse rispettata la richiesta di notifica dei casi di malattia.

Nonostante l'Echinococcosi sia una malattia notificabile di classe V, come previsto dal Decreto Ministeriale del 15 Dicembre 1990, negli ultimi 5 anni non sono pervenute notifiche al ministero della Salute. Recentemente è stato istituito il Registro Italiano dell'Echinococcosi Cistica (RIEC), un progetto nato dalla collaborazione tra l'Istituto Superiore di Sanità e la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia e la clinica delle Malattie Infettive di Sassari è stata scelta come Centro di Riferimento per la Regione Sardegna. La raccolta dei dati clinici e la collaborazione dei vari centri sparsi sul territorio nazionale permetterà di far emergere le dimensioni reali di questa patologia e incentivare la pianificazione di interventi di salute pubblica volti al suo controllo.

Scilla Mastrandrea è dirigente medico dell'unità operativa complessa di malattie infettive dell'AOU di Sassari e referente RIEC della Regione Sardegna



Arzachena, nuraghe La Prisgiona

Progetto con l'INRA di Digione e l'Università di Torino

Fave "speciali" per fabici: due anni di studi e sperimentazioni all'ospedale di Alghero

Il favismo è il difetto congenito di un enzima normalmente presente nei globuli rossi, la glucosio-6-fosfato-deidrogenasi, essenziale per la vitalità degli eritrociti e in particolare per i processi ossidoriduttivi che in essi si svolgono. La carenza di questo enzima si manifesta con emolisi, cioè rottura della mem-



brana dei globuli rossi e conseguente rilascio di emoglobina, necessaria per il trasporto di ossigeno ai diversi tessuti. Per questo motivo si può instaurare un'anemia (basso numero di globuli rossi) di tipo emolitico (cioè dovuto alla rottura dei globuli rossi). Nella maggioranza delle persone affette l'emolisi si manifesta solo in seguito a esposizione ai fattori scatenanti, e fra questi vi è l'ingestione delle fave. Ma si profila una grande novità: anche i soggetti affetti da favismo, carenti di G6pd, potrebbero mangiare le fave. Fave speciali, però, a basso contenuto di vicina (V) e convicina (C), due amino-pirimidine pericolose per fabici. È quanto emerso da uno studio sperimentale portato avanti da tre équipes di medici e ricercatori che per 2 anni hanno svolto una ricerca, in una prima fase su soggetti parzialmente (eterozigoti) carenti di G6pd, e in seguito su soggetti con carenza totale dell'enzima. Lo studio è stato condotto dai ricercatori del Dipartimento di genetica, biologia e biochimica dell'Università di Torino con a capo il professor Paolo Arese, dall'équipe guidata dal dottor Gérard Duc dell'Inra, Institut National Recherche Agricole di Digione, in Francia, e da un'équipe dell'ospedale civile di Alghero guidata dal primario del Laboratorio analisi di Alghero, dottor Luigi Felice Si-

mula. Lo scopo del progetto è stato uno studio teso ad accertare la non tossicità per soggetti affetti da carenza di G6PD di nuove cultivar di *Vicia faba* con bassissimo tenore di vicina e convicina (V/C), selezionate da Gérard Duc e dalla sua équipe presso l'istituto francese: queste cultivar sono sul mercato, ma non esisteva alcuno studio nutrizionale che ne accertasse la innocuità anche per soggetti G6PD-carenti. Esistono, invece, molti risultati dimostranti che l'effetto emolitico di V/C su soggetti carenti è dovuto alla presenza di alte concentrazioni dei due composti nelle fave normalmente coltivate in Sardegna e in tutta l'area del Mediterraneo. Lo studio è nato dalla ricerca congiunta realizzata dall'Inra di Digione in collaborazione con l'Università di Torino. Il gruppo francese aveva selezionato alcune cultivar di fave a bassissimo contenuto di componenti tossici per i soggetti G6pd carenti: una scoperta casuale di Gérard Duc, che cercava in realtà una fava particolare da utilizzare come mangime, una esigenza commerciale di un'azienda canadese.

Quando l'istituto di ricerca agricola si è accorto della scoperta, ha creduto bene che potesse interessare l'uomo, ed ha quindi contattato il professor Paolo Arese dell'Università di Torino, che a sua volta

si è rivolto a Simula, che aveva elaborato l'attuale metodica per il dosaggio di G6pd nelle donne, proponendogli di effettuare lo studio nel laboratorio di analisi di Alghero, con l'ausilio strumentale dell'Università di Torino.

"Lo scopo del progetto, al quale siamo stati invitati a partecipare dal professor Arese, è stato quello di accertare la non tossicità, per soggetti affetti da carenza di G6pd, delle fave con bassissimo tenore di vicina e convicina (V/C). Ho accettato con grande motivazione perchè non esisteva ancora alcuno studio nutrizionale che ne accertasse la innocuità anche per soggetti G6pd-carenti." - afferma Luigi Felice Simula - "Siamo partiti con la sperimentazione di queste fave su un gruppo ristretto di donne, selezionate per la presenza di una carenza enzimatica parziale, reclutate su base volontaria ad Alghero" - racconta Simula. Dall'indagine erano rimasti fuori in una prima fase i maschi G6pd carenti che sono stati oggetto di un secondo studio. Questo studio conclusivo è stato realizzato nel marzo 2011 e ha dato risultati sovrapponibili a quelli eseguiti sulle donne con carenza parziale.

"Durante l'osservazione - spiega il primario del laboratorio analisi di Alghero - abbiamo somministrato ai volontari 500 grammi di fave fresche ogni 70 chili di peso corporeo, una quantità superiore dieci volte un normale pasto. Con cadenza oraria abbiamo monitorato i valori dei globuli rossi nel sangue. A distanza di 10 ore e poi di 24 e 48 ore dall'ingestione non si è avuto né alcun danno biochimico ai globuli rossi né alcun segno di emolisi".

Come è noto i semi di fave sono totalmente innocui nei soggetti che hanno livelli normali per l'enzima G6pd ma, nonostante la loro innocuità, inducono leggere e transitorie modificazioni biochimiche anche nei soggetti non-carenti, modificazioni di breve durata che non causano alcun danno apparente ai globuli rossi e alcuna anemia.

Nel caso dei soggetti G6pd carenti, invece, queste modificazioni sono molto più marcate, non sono reversibili e nel giro di 24-48 ore dall'ingestione delle fave possono causare la distruzione dei globuli rossi da parte della milza con conseguente anemizzazione.

Nei casi più gravi, prevalentemente riscontrati nei bambini e negli anziani, l'anemia può essere molto grave e richiedere una o più trasfusioni di globuli rossi. I soggetti di sesso maschile con deficit totale di G6pd eritrocitaria sono quelli nei quali, come noto, si manifestano la maggioranza delle crisi faboliche.

"I risultati conseguiti sono la prima evidenza del fatto che fave a basso contenuto di componenti glucosidici possono essere somministrate in larga quantità a soggetti fabolici, senza il rischio di distruzione dei globuli rossi, e siamo convinti, con i nostri colleghi di Torino e Digione, che questo studio possa incoraggiare la sostituzione delle cultivar tradizionali, potenzialmente tossiche, con queste nuove cultivar, che non fanno male e mantengono le stesse caratteristiche delle fave tradizionali", precisa Simula. Sono stati misurati una serie di sensibili indicatori di danno ossidativo precoce esercitato dalla produzione di ROS (radicali dell'ossigeno) e di prodotti terminali della lipoperossidazione, quali il 4-HNE. I risultati ottenuti con le fave a basso tenore di V e C dimostrano la notevole costanza di tutti gli indicatori precoci di danno ossidativo e indicano che tali fave possono essere somministrate in modo controllato senza alcun rischio di emolisi anche in soggetti eterozigoti per la G6PD-carenza.

Quindi, dopo due anni di studio, è stata sperimentata l'innocuità delle cultivar a basso tenore di V/C e si potrebbe già raccomandare la loro coltivazione in particolare in aree, quali quella sarda, in cui la carenza di G6PD è diffusa ed in cui il rischio di favismo è tuttora presente.

I dati della sperimentazione sono stati presentati durante due simposi, prima nell'ottobre del 2010 al congresso della Società italiana medicina di laboratorio (Simel) svolto a Verona, dove lo studio è stato premiato per l'originalità del contributo scientifico alla conoscenza di problematiche attinenti alla Medicina di laboratorio; poi successivamente a Parma, nel novembre 2011, al congresso nazionale congiunto della Società italiana medicina di laboratorio (Simel) e della Società italiana di biochimica e biologia molecolare clinica (Sibioc).

Maria Antonietta Izza

Le cause: pollini prodotti da piante ma anche fattori ambientali

Allergie primaverili, quali progressi? Lo stato di ricerca, diagnosi e terapie

Eziologia

Dopo un inverno piuttosto rigido è atteso con piacere il dolce tepore primaverile. Per essere più precisi, diciamo che molti, ma non tutti, lo attendono. Al contrario, una percentuale non esigua di soggetti, variabile in Italia tra il 5 e il 15%, vive con apprensione l'arrivo della primavera. Il motivo è semplice: la primavera rappresenta il periodo più favorevole per la fioritura di un grande numero di piante allergizzanti: Graminacee, Urticacee, Composite, Oleacee, Betulacee, Fagacee e, in minor misura, Salicacee e Platanacee. I pollini di tali piante sono responsabili di quelle che sono le manifestazioni cliniche più frequenti dell'allergia primaverile: congiuntivite, rinite, asma, che possono comparire isolatamente ovvero essere tra loro variamente associate. Questa, tuttavia, è una visione assolutamente semplicistica del problema della pollinosi. Ogni singolo polline, infatti, contiene variabili molecole allergeniche e ogni singola molecola allergenica, a sua volta, esprime differenti determinanti antigenici (denominati anche epitopi): alcuni di tali determinanti sono in grado di indurre una forte risposta IgE (determinanti "maggiori"), altri non inducono - o inducono in maniera ridotta - tale risposta (determinanti "minori"); dall'entità della risposta dipende la comparsa o meno delle manifestazioni allergiche. Inoltre, gli studi più recenti nel settore della proteomica allergologica hanno consentito di sostanziare il concetto, da tempo noto, di "allergia crociata". È stato infatti ampiamente dimostrato che epitopi "lineari" (sequenze di 6-8 aminoacidi contigui riconosciuti dalle IgE sulla struttura primaria dell'allergene) o "conformazionali" (se-

di Cesare Masala



quenze non contigue di aminoacidi correlate alle variazioni della configurazione tridimensionale della molecola allergenica) possono essere condivisi non soltanto da determinanti antigenici espressi in molecole di altri pollini, bensì anche da fonti allergeniche totalmente diverse. A tali determinanti allergenici cross-reattivi, noti come "panallergeni", appartengono *Profiline* (proteine labili delle piante presenti non soltanto nei pollini, ma anche in alimenti di origine

vegetale), LTP (*Lipid Transfer Proteins*, proteine presenti in una larga varietà di alimenti vegetali), *Polcalcine* (proteine calcio-leganti presenti virtualmente nei pollini di tutte le specie vegetali) e SSP (*Seed Storage Proteins*, albumina o globuline presenti nei semi di numerose angiosperme). Allergia crociata può essere associata anche alla *Pathogenesis Related Protein di classe 10* (PR-10) appartenente al gruppo delle proteine che vengono prodotte dalle piante non soltanto quale risposta ad infezioni batteriche, virali o fungine, ma anche a fattori ambientali, ivi incluso l'inquinamento da agenti chimici. Un esempio paradigmatico è offerto dall'allergene "maggiore" del polline della betulla (Bet v 1, appartenente alla PR-10) il quale crocia non soltanto con un allergene affine del polline del faggio, della quercia, dell'ontano e di altri alberi, ma anche con allergeni associati ad alimenti di origine vegetale, quali kiwi, mela, pera, fragola, lampone, prugna, albicocca, carota, finocchio, sedano, prezzemolo. Altri esempi di cross reattività includono: il polline delle graminacee che crocia con frumento, cocomero, melone, limone, arancia, prugna, pesca, albicocca, ciliegia, kiwi, mandorla, pomodoro, arachide; il polline di parietaria con gelso, basilico, melone, pistacchio, pisello. Si comprende,



in tal modo, come soggetti sensibilizzati nei confronti di un definito polline possano presentare manifestazioni cliniche (sindrome orale allergica, orticaria o sindrome orticaria-angioedema, rinocongiuntivite, asma, disordini gastrointestinali e, anche se eccezionalmente, shock anafilattico) dopo ingestione di alimenti, soprattutto se di origine vegetale.

Patogenesi

Dopo la scoperta di una "nuova" classe immunoglobulinica, le IgE, effettuata nel 1967 dai coniugi Ishizaka, e la inequivocabile dimostrazione che a tale classe appartiene la quasi totalità degli anticorpi reaginici, è stato costruito un modello patogenetico delle malattie allergiche ampiamente condiviso. Secondo tale modello, in soggetti geneticamente predisposti (si ricordi al riguardo che le malattie allergiche sono non soltanto multifattoriali ma anche multigeniche, in ciò assimilabili ad altri "disordini genetici complessi" quali l'ipertensione arteriosa, l'aterosclerosi, il diabete e l'artrite reumatoide) un

allergene supera una barriera mucosa e viene fagocitato da cellule presentatrici dell'antigene (APC, comprendente macrofagi, cellule dendritiche e anche, nel caso specifico, linfociti B). Peptidi allergenici vengono quindi riesposti sulle membrane delle APC stesse e "presentati", nel contesto della appropriate molecole HLA di classe II, al recettore per l'antigene (TCR) espresso sulla membrana plasmatica dei linfociti T con fenotipo "helper" (Th CD4+). La formazione di questo complesso trimolecolare (HLAII-peptide allergenico-TCR), unitamente all'indispensabile concorso di una molteplicità di segnali co-stimolatori reciproci che intercorrono tra APC e cellule Th, porta all'attivazione di quest'ultimo tipo cellulare. Una volta attivati, i linfociti Th "aiutano", direttamente o indirettamente, i linfociti B a maturare sino a plasmacellule ed a produrre anticorpi IgE specificamente rivolti verso il peptide allergenico in causa. *E il fatto che in risposta a uno stimolo allergenico vengano prodotti anticorpi appartenenti all'isotipo IgE rappresenta l'essenza stessa dell'allergia* (termine deri-

vato dal greco "allos" = diversa e "ergon" = reazione). La qualificazione "allergico", di fatto, contrassegna quei soggetti i quali, allorché esposti ad agenti esogeni del tutto innocui per i soggetti "normali", reagiscono in maniera "diversa" formando nei loro confronti anticorpi IgE i quali, lungi dall'esplicare effetto protettivo, condizionano l'insorgenza delle malattie allergiche. Gli anticorpi IgE, infatti, contrariamente agli anticorpi appartenenti alle altre classi immunoglobuliniche, in virtù verosimilmente di una loro peculiare configurazione tridimensionale, stabiliscono legami con recettori ad alta affinità per le IgE (Fc R-1) espressi sulla membrane di due principali tipi cellulari: i mastociti, rappresentati in grande quantità a livello di cute e mucose, ed i basofili, presenti nel sangue periferico. Allorché una molecola bivalente o polivalente di allergene stabilisce un legame "a ponte" tra due molecole contigue di IgE legate ai loro specifici recettori mastocitari i quali, a loro volta, contraggono rapporti con altre molecole citoplasmatiche del mastocita, denominate ITAM (*Immunoreceptor Tyrosine-based Activation Motifs*), viene attivato il processo che direttamente o indirettamente conduce alla liberazione di una vasta molteplicità (oltre settanta) dei cosiddetti "mediatori dell'anafilassi", preformati o formati *ex novo* (istamina, prostaglandine, leucotrieni, citochine, molecole di adesione, fattori chemiotattici per altri tipi cellulari, ecc.), dai quali dipendono le variabili manifestazioni cliniche dell'allergia. Il modello patogenetico sopra riportato conserva ancora oggi, nelle sue linee essenziali, la sua validità. Esso, tuttavia, non dà risposta ad alcuni fondamentali quesiti, tra cui, in primo luogo, il seguente: ammesso che gli anticorpi IgE specifici rappresentino i principali, anche se non esclusivi, mediatori dell'allergia, quali sono le basi cellulari e molecolari che stanno alla base della loro facilitata produzione nel soggetto allergico? Un contributo fondamentale alla soluzione di tale quesito è derivato, nel 1986, dalla scoperta di Tim Mosmann e dei suoi Collaboratori dell'esistenza, nel topo, di due distinti subsets di cellule Th CD4+ tra loro distinguibili non già sulla base di caratteristiche morfologiche, bensì sulla base delle citochine da esse

prodotte. L'esistenza di tali distinti sottotipi, indicati come Th1 e Th2, è stata ben presto confermata anche nell'uomo. Le cellule Th1 producono eminentemente interferoni (IFN- γ , - ϵ -), TNF- e interleuchina 12 (IL-12), mentre quelle Th2 producono larghe quantità di IL-4, -5, -3, -9 e -13. Gli studi *in vitro* e *in vivo* volti a valutare gli effetti biologici delle singole citochine hanno ben presto consentito di documentare che i cloni Th2 secernono citochine che rivestono un ruolo fondamentale nell'immunopatologia delle malattie allergiche. La IL-4, con il concorso della IL-13, rappresenta il più potente attivatore della sintesi delle IgE: essa, infatti, interagendo con un recettore specifico (condiviso dalla IL-13) espresso alla superficie delle cellule B, attiva quel fenomeno noto come "switching isotipico" in virtù del quale una cellula B IgM-produttrice si trasforma, per fenomeni di riarrangiamento intracellulare dei geni che codificano per la catena pesante delle immunoglobuline, prima in una cellula IgG-produttrice, quindi in una cellula IgE-produttrice. La IL-3 e la IL-5 favoriscono, rispettivamente, la crescita dei mastociti e degli eosinofili. Il ruolo delle altre citochine Th2 nella fisiopatologia dell'allergia è sintetizzato nella figura (Vedi figura a pag. 41).

Ma spesso, come sottolineato da Karl Popper, la soluzione di un problema suscita una vasta mole di nuovi problemi da risolvere. Nel caso specifico, uno di tali problemi è il seguente: perchè una cellula T *naive*, o "vergine" o Th0 vira verso una cellula Th2, favorendo il tal modo l'insorgenza della patologia allergica? Le risposte a tali quesiti non sono ancora conclusive, ma si ritiene che taleviraggio possa dipendere dal variabile concorso di molteplici fattori, tra cui: la natura dello stimolo antigenico; la concentrazione dei peptidi allergenici sulle APC; la preponderanza di citochine Th2 nel microambiente nel quale avviene il riconoscimento degli epitopi allergenici da parte delle cellule Th (si ricordi, al riguardo, che, per un meccanismo di tipo autocrino/paracrino, le citochine di tipo 1 favoriscono l'espansione delle cellule Th1 e inibiscono l'espansione delle cellule Th2 e le citochine di tipo 2 potenziano l'espansione delle cellule Th2 a scapito delle cellule Th1); difetti di con-

trollo dell'equilibrio tra cellule Th1 e cellule Th2 per deficit quantitativi o funzionali delle cellule T regolatorie innate o acquisite; tipo delle cellule dendritiche presentanti l'allergene. A quest'ultima possibilità viene attualmente dedicata particolare attenzione. E' stato infatti documentata l'esistenza di almeno due sottotipi di cellule dendritiche: le cellule dendritiche di tipo 1 presentano il peptide allergenico e, simultaneamente, liberano citochine Th1, in tal modo favorendo il viraggio di una cellula Th indifferenziata verso le cellule con fenotipo Th1; le cellule dendritiche di tipo 2 presentano l'allergene e liberano citochine Th2, favorendo il viraggio verso le cellule Th2. A questo punto, il problema si sposta a monte: perché nel soggetto allergico la cellula dendritica indifferenziata si differenzia verso una cellula di tipo 2? Gli studi più recenti indicano che tale differenziazione è correlata, almeno in parte, agli effetti biologici di un fattore denominato TSLP (*Thymic Stromal Lymphopoietin*). Contrariamente a quanto il nome potrebbe suggerire, la principale fonte di tale linfopoietina è rappresentata dalle cellule epiteliali dell'apparato respiratorio. Tali cellule esprimono sulla loro superficie i cosiddetti Toll-like Receptors (TLR): e la stimolazione di tali recettori (in particolare del TLR-4) da parte di allergeni (o di polisaccaridi batterici o di altri agenti esogeni o endogeni), induce l'attivazione delle cellule epiteliali le quali, tra l'altro, iniziano a produrre larghe quantità di TSLP, nonché di altre citochine pro-allergeniche innate (in particolare IL-25 e IL-33), il tal modo favorendo il viraggio di una cellula dendritica indifferenziata verso una cellula dendritica di tipo 2.

Negli ultimi anni è apparso evidente che il modello (o paradigma) Th2-orientato, per quanto probabilmente dominante, non esclude la partecipazione di altre cellule e/o di altri mediatori nella fisiopatologia delle malattie allergiche. Ricordiamo al riguardo:

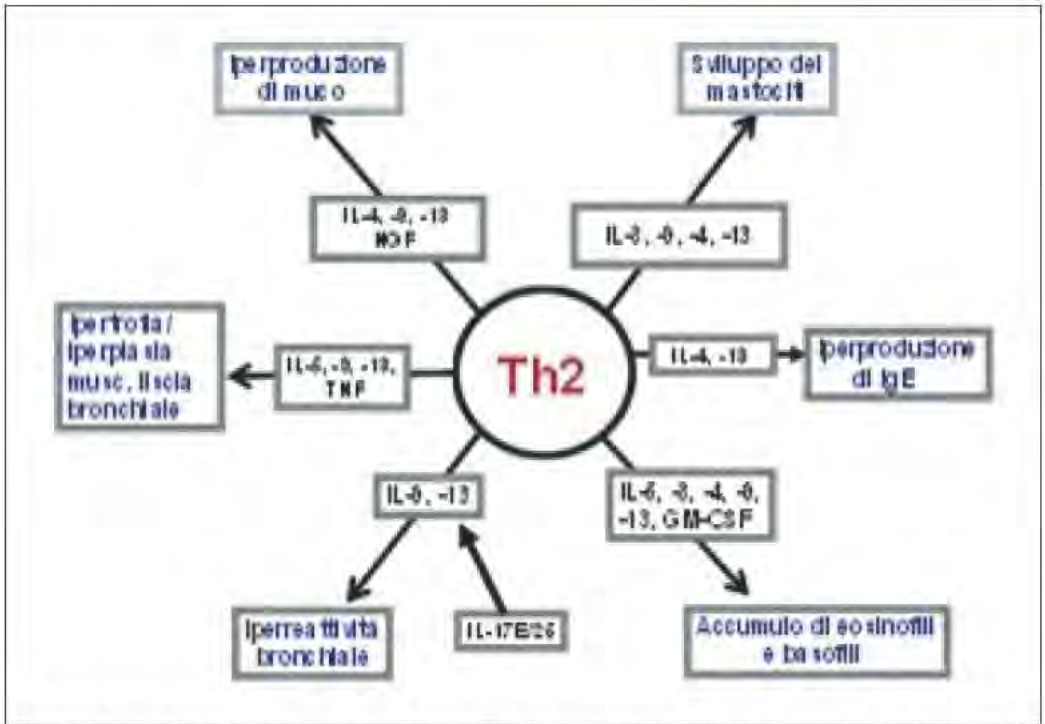
Le *invariant NK-T cells*, dotate di recettori invariati che riconoscono soltanto antigeni di natura glicolipidica, sia autologhi (autoantigeni) che eterologhi (presenti in pollini e in cellule batteriche) e che, allorché attivate, liberano citochine di tipo Th2.

Secondo alcuni Ricercatori, tali cellule rappresenterebbero la maggioranza delle cellule T presenti nel polmone dei soggetti allergici. Il loro potere patogenetico, tuttavia, è controverso, ma si ritiene che esse possano rivestire un ruolo non secondario nell'induzione dell'iperreattività bronchiale aspecifica che contrassegna il soggetto asmatico.

Le *cellule Th17*, una nuova linea di cellule Th CD4+ distinta dalle classiche cellule Th1 e Th2, in grado di secernere IL-17. Tale popolazione emerge in condizioni in cui la cellula Th *naive* riceve lo stimolo apportato dalla IL-23 (probabilmente con il concorso di altre citochine, quali il *Transforming Growth Factor*-) in un microambiente nel quale sono carenti sia le citochine Th1 che quelle Th2. La IL-17 è una citochina proflogogena e la sua liberazione a livello polmonare esercita un potente effetto chemiotattico sui neutrofili, i quali a loro volta, allorché attivati, liberano molecole pro-infiammatorie. E' quindi probabile che le cellule Th17 concorrano alla genesi della flogosi allergica.

Le *cellule Th1*. La polarizzazione Th1-Th2, ben definita nei roditori, non è altrettanto netta nella specie umana: in realtà, nell'uomo non esistono cellule che producono esclusivamente citochine Th1 o citochine Th2, bensì cloni cellulari che producono prevalentemente l'uno o l'altro tipo di citochine. In effetti, i più recenti studi condotti sia in modelli sperimentali dell'asma che in pazienti asmatici sembrano indicare che, mentre negli stadi iniziali della malattia le citochine Th2 hanno una netta predominanza; man mano che la patologia, se non adeguatamente trattata, evolve verso una forma cronica grave, aumenta progressivamente l'effetto pro-infiammatorio delle citochine Th1, che condizionano anche il rimodellamento delle vie aeree e il viraggio dell'asma da malattia con ostruzione *reversibile* delle vie aeree a malattia con ostruzione *irreversibile*.

Le *cellule linfoidi innate del gruppo 2 (ILC-2)*. Identificate molto recentemente, tale tipo cellulare viene attivato dalla IL-25 e/o dalla IL-33 ed è capace di secernere citochine Th2 in assenza di quel processo di attivazione che nelle cellule Th2 "tradizionali" viene indotto dalla presentazione e il riconoscimento



Ruolo delle cellule Th2 e delle citochine da esse prodotte nella fisiopatologia dell'asma allergica. IL= interleuchina; GM-CSF = Granulocyte Monocyte Colony-Stimulating Factor; TNF = Tumor Necrosis Factor; NGF = Nerve Growth Factor.

di peptidi allergenici: e ciò può render conto dell'esistenza di manifestazioni cliniche dell'allergia in soggetti che risultano negativi, anche ai test più estesi e sensibili, per la presenza di anticorpi IgE specificamente rivolti verso epitopi allergenici.

In sintesi, per quanto riguarda il paradigma Th1-Th2, è bene tener sempre presente l'affermazione di Robert Coffmann apparsa su *Nature Immunology* (vol. 6, p. 539, 2006): "Attempts to interpret complex immunological diseases as simple Th1- or Th2-mediated processes did not always succeed". Robert Coffman è il ricercatore che per primo, insieme a Tim Mosmann, ha scoperto le cellule Th1 e Th2 e ne ha descritto le rispettive funzioni.

Diagnosi

La diagnosi clinica di pollinosi è, nella maggior parte dei casi, relativamente agevole e un rapido controllo dei periodi di fioritura delle principali piante allergizzanti consente spesso di immaginare quali

possano essere i pollini allergizzanti. Tuttavia, per una migliore precisazione dei molteplici aspetti della patologia e, soprattutto, per l'eventuale attuazione di una immunoterapia specifica (ITS) è spesso necessario porre in atto alcune procedure diagnostiche. Per la *rinocongiuntivite allergica* tali procedure includono: 1. *Picco di flusso nasale*; 2. *Peak Expiratory Flow (PEF) o prove spirometriche complete* (si ricordi al riguardo che oltre il 30% dei pazienti con rinite o rinocongiuntivite allergica apparentemente isolata presenta una ostruzione subclinica delle basse vie aeree); 3. *Endoscopia*; 4. *Citologia nasale* (da *scraping*, da *brushing* o da lavaggio); 5. *Rx o TAC crania/seni paranasali* (se sospetto di complicanze, quali sinusite, poliposi, ipertrofia dei turbinati e altre); 6. *Prove allergologiche cutanee*, in particolare lo *skin prick test*, che ancora oggi rappresenta il test di prima scelta (a patto che non insorga il sospetto che le prove *in vivo* possano essere potenzialmente pericolose o che non forniscano risultati attendibili

per vari motivi, quali l'esistenza di un dermografismo orticarico o atrofia cutanea nei soggetti di età avanzata); il *prick by prick* viene effettuato in casi selezionati di sospetta allergia alimentare. 7. *Test di provocazione nasale/congiuntivale* (oggi raramente impiegati); 8. *Determinazione della concentrazione sierica delle IgE totali* (in genere, scarsamente utile); 9. *Determinazione delle IgE specifiche* mediante il RAST (RadioAllergo Sorbent Test) o simili e, più recentemente, mediante il *microarray proteomico* applicato agli allergeni.

Per quanto concerne l'*asma bronchiale*, oltre ai dati ricavati dall'accurata anamnesi e dall'esame obiettivo, la diagnosi viene posta sulla base della accurata valutazione dei seguenti elementi:

Prove di funzionalità respiratoria, comprendenti:

1. *La spirometria di base*, necessaria per valutare il grado di ostruzione al flusso aereo e monitorare la risposta alla terapia. Utile, al riguardo, anche la semplice determinazione del PEF circadiano (cioè registrato più volte nell'arco delle 24 ore, comprese quelle notturne, dal momento che in molti asmatici le crisi si verificano prevalentemente nelle prime ore del mattino). 2. *I test di reversibilità*, che vengono effettuati dopo la spirometria di base mediante la somministrazione per via inalatoria di un beta-agonista (di solito, il salbutamolo) e che vengono quindi valutati sulla base dell'incremento, rispetto al basale, di FEV1 e/o FVC. Il test può non essere attendibile in asmatici già in trattamento con β -agonisti. 3. *Il test di provocazione bronchiale aspecifica*. La metacolina, per scarsità di effetti collaterali e per la buona riproducibilità, è la sostanza più frequentemente impiegata per l'esecuzione di tale test. Un risultato negativo in soggetti con spirometria normale e sintomi simili all'asma di solito consente di escludere tale patologia; un risultato positivo è tanto più utile per la conferma di asma quanto maggiori sono le probabilità derivanti dalla clinica.

Indagini volte alla identificazione dei possibili fattori etiologici. Lo *skin prick test*, il *prick by prick*, la determinazione delle IgE totali e delle IgE specifiche mediante, rispettivamente, PRIST (*Paper RadioImmuno Sorbent Test*) e RAST o analoghi, vengono an-

cora oggi largamente impiegati per la diagnosi etiologica delle malattie allergiche in generale e per la pollinosi in particolare. Grandi progressi in questo settore sono derivati dalla recente immissione in commercio di test diagnostici che impiegano molecole allergeniche ottenute mediante la tecnologia del DNA ricombinante. Il vantaggio di tale metodologia rispetto a quelle che utilizzano estratti allergenici, anche se sempre più purificati, è che questi ultimi rimangono pur sempre miscele di allergeni dei quali si può riconoscere la concentrazione totale ma non quella della singole proteine che ne fanno parte.

Il *microarray proteomico*, per contro, permette di identificare non soltanto l'allergene *in toto* ma anche i singoli determinanti antigenici che fanno parte di ogni singola molecola. In tal modo è possibile identificare sulla molecola allergenica i determinanti "maggiori" e differenziarli da quelli "minori", e riconoscere anche le cross-reattività tra pollini di una definita specie con pollini di altre specie, nonché tra determinanti allergenici pollinici e determinanti contenuti in altre fonti, soprattutto in alimenti di origine vegetale.

Valutazione dell'eventuale coesistenza di altri fattori, in grado di indurre o aggravare le manifestazioni allergiche (rinocongiuntivite, rinosinusite, reflusso gastro-esofageo, intolleranza a farmaci o a conservanti alimentari, interferenze psicogene, fattori di rischio professionali, e altri).

Altre indagini di recente introduzione, comprendenti: 1. *Misurazione dell'ossido nitrico inalato (FE_{NO})*: si tratta di un marker utile per la identificazione del fenotipo eosinofilo dell'asma e la differenziazione da quello neutrofilo. Permette, altresì, di valutare se l'asma è ben controllata e di stabilire se è sensibile al trattamento cortisonico. 2. *Esame dell'espettorato indotto*: è una procedura volta alla identificazione dei due principali fenotipi dell'asma, l'asma eosinofila e l'asma neutrofila, che tra loro differiscono per gravità e risposta al trattamento. 3. *Valutazione dei livelli della proteina cationica degli eosinofili (ECP)* nel siero e nel liquido di lavaggio broncoalveolare: valori elevati di tale mediatore spesso depongono per una imminente riattivazione della flogosi allergica.



Esecuzione del prick-test

Terapia

I farmaci correntemente utilizzati per il trattamento della malattie allergiche appartengono a varie categorie, qui riportate in ordine cronologico, dai più "vecchi" (antistaminici, identificati dal premio Nobel Daniele Bovet nel 1957) ai più "giovani", gli antagonisti dei leucotrieni (introdotti in terapia nel 1990): *Antistaminici* (di prima, seconda e terza generazione); *cromoni* (cromoglicato, nedocromile); *2-agonisti* (a effetto rapido o long-acting); *antico-linergici* (ipratropio, ossitropio e tiotropio); *corticosteroidi* (uso topico, orale, parenterale); *teofillinici* (a rapido o lento rilascio); *antileucotrienici* (montelukast, zafirlukast). L'introduzione degli steroidi per uso topico, dei 2-agonisti long-acting e dei leucotrieni ha indubbiamente contribuito al miglior controllo delle malattie allergiche, in particolare dell'asma nei suoi differenti fenotipi: ad esempio, l'asma eosinofila di solito risponde bene al trattamento corticosteroidico mentre l'asma neutrofila è resistente

a tali farmaci e richiede trattamenti combinati a volte intensivi.

Nuovi trattamenti per l'asma sono attualmente allo studio. Ne ricordiamo alcuni:

1. *Nuovi 2-agonisti* ultra-long acting, quali indacarolo e carmoterolo.

2. *Nuovi corticosteroidi*, comprendenti pro-farmaci (quali la ciclesonide, che viene attivata a livello polmonare per effetto delle esterasi) e i cosiddetti steroidi dissociati (cioè steroidi che conservato i loro poteri anti-infiammatori senza indurre effetti collaterali). Con riferimento ai corticosteroidi occorre segnalare che ricerche molto recenti, condotte sia in animali che nell'uomo, sembrano mettere in dubbio la nozione, da sempre accettata, che i glucocorticoidi e i mineralocorticoidi vengano prodotti esclusivamente dalle ghiandole surrenaliche. Al contrario, l'evidenza attuale suggerisce che tali ormoni possono essere sintetizzati anche localmente, cioè a livello di vari organi e tessuti, ivi incluso il polmone. L'ipotesi di lavoro attuale è che la sintesi locale di glucocor-

ticoidi rappresenti un nuovo meccanismo immunoregulatorio volto a minimizzare risposte immuni incontrollate a livello polmonare (o a livello di altri organi, tra cui, soprattutto, l'apparato gastro-intestinale) e che un deficit locale di steroidogenesi possa avere un ruolo nella patogenesi della flogosi allergica delle vie aeree. *Varie molecole sono state già identificate che sembrano in grado di stimolare la sintesi locale di glucocorticoidi*; l'aspettativa è che da tali ricerche derivino approcci del tutto nuovi per il trattamento delle malattie allergiche (e non solo allergiche).

3) *Nuovi antagonisti dei mediatori dell'allergia*, comprendenti antagonisti selettivi del recettore 4 dell'istamina, di recente identificato, che viene espresso sulle cellule Th2 (tali antagonisti sembrano essere utili non soltanto per la terapia dell'oculorinite, ma anche dell'asma).

4. *Nuovi inibitori delle fosfodiesterasi*, quali il Roflumilast, potente inibitore della fosfodiesterasi

5. *La termoplastica bronchiale*, cioè l'ablazione con radiofrequenze di parte della massa muscolare liscia bronchiale, nell'intento di ridurre la capacità contrattile indotta dall'istamina e altri mediatori e, quindi, di minimizzare l'ostruzione bronchiale. I risultati fin qui ottenuti, specialmente negli USA, sembrerebbero incoraggianti, ma sono necessari studi controllati più estesi.

A tali trattamenti viene affiancata, nella maggior parte dei pazienti con pollinosi, la *immunoterapia specifica (ITS)* allergene-orientata. Introdotta da Leonard Noon nel 1911, la ITS, sia effettuata per via sottocutanea che per via orale/sublinguale, risulta ancora oggi, secondo la maggior parte delle metanalisi, un trattamento efficace e l'unico dotato di proprietà *disease modifying*. Ciò nonostante, non mancano pareri contrastanti, alcuni espressi anche da allergologi internazionalmente noti.

Dopo la formulazione del paradigma Th1-Th2 e la dimostrazione del rilevante ruolo che le citochine Th2 rivestono nella fisiopatologia delle malattie allergiche, si è assistito ad una vera e propria esplosione di ricerche volte a neutralizzare l'espansione delle cellule Th2 e/o minimizzare il ruolo delle cito-

chine da esse prodotte. È nata, in tal modo, e si è rapidamente sviluppata la *immunoterapia specifica* delle malattie allergiche. Tale immunoterapia si avvale, in larga prevalenza, dell'impiego di *anticorpi monoclonali*. Da alcuni anni è stato realizzato, con tecniche di ingegneria molecolare, ed approvato per l'impiego clinico, un anticorpo monoclonale anti-IgE, Omalizumab. Tale anticorpo è in grado di riconoscere determinanti antigenici localizzati nel terzo dominio (C3) del frammento Fc delle IgE umane libere nel siero. C3 è il principale sito attraverso cui si stabilisce il legame delle IgE con i recettori ad alta affinità per le IgE espressi sulla membrana plasmatica dei mastociti; ne consegue che il legame C3-IgE impedisce alle IgE stesse di legarsi al recettore specifico, e in tal modo neutralizza l'attivazione mastocitaria IgE-mediata e, quindi, la liberazione dei mediatori dell'anafilassi.

L'indicazione principale all'impiego dell'Omalizumab è quella dell'asma allergica grave persistente (grado 4) non adeguatamente controllata con gli altri farmaci. Tale indicazione è motivata non tanto da aspetti economici, quanto piuttosto dal rilievo che, in termini assoluti, i benefici del monoclonale sembrano essere tanto più apprezzabili quanto maggiore è la gravità dell'asma.

Nei pazienti con asma e rinite il trattamento col monoclonale anti-IgE apporta benefici significativi su entrambe le manifestazioni cliniche, e ciò ulteriormente depone per l'unitarietà tra vie aeree superiori e vie aeree inferiori. La lista degli anticorpi monoclonali impiegati nel trattamento dell'asma sia sperimentale che umana è diventata particolarmente estesa: alcuni monoclonali sono finalizzati al controllo dell'espansione delle cellule Th2; altri alla neutralizzazione delle citochine Th2 (soprattutto monoclonali anti-IL-4, anti-IL-13 e anti-IL-5); altri ancora alla espansione delle cellule T-regolatorie al fine di ristabilire l'equilibrio tra cloni Th1 e Th2, sbilanciato negli allergici a favore di queste ultime e così via. I risultati sin qui conseguiti possono essere globalmente etichettati come "promettenti", dal momento che accanto a voci entusiastiche di approvazione non mancano voci di clamorosi insuccessi.



Negli ultimi anni sono apparse in letteratura varie segnalazioni relative al ruolo benefico che gli anticorpi monoclonali anti-TNF- (Infliximab o Etanercept) possono esplicare in soggetti con asma cronica severa.

Questo sembrerebbe un paradosso, dal momento che l'inibizione di una citochina Th1, quale è il TNF-, dovrebbe comportare una maggiore liberazione di citochine Th2 e, quindi, un peggioramento dell'asma. In realtà, l'impiego di monoclonali anti-TNF- potrebbe trovare una base razionale derivante da alcune recenti osservazioni tra cui: a) Come già accennato, nell'asma, parallelamente alla progressiva cronicizzazione e all'aumento della gravità aumenta anche, a livello polmonare, la quota delle cellule Th1 e delle citochine da esse secrete. 2. In modelli sperimentali di asma, è stato dimostrato che il TNF- è uno dei fattori capaci di stimolare la sintesi di glucocorticoidi a livello polmonare.

Per finire, una riflessione. Nei soggetti con filariosi è stata documentata una correlazione inversa tra l'infestazione parassitaria e le malattie autoimmuni mediate da linfociti Th1, quali l'artrite reumatoide, le malattie intestinali croniche, il diabete di tipo 1 e la sclerosi multipla.

Tale rilievo non è sorprendente dal momento che, come è noto, alcune parassitosi determinano una straordinaria espansione delle cellule Th2, con conseguente inibizione dell'espansione delle cellule Th1.

Ciò che è sorprendente, per contro, è il fatto che negli stessi pazienti esista una correlazione inversa tra il carico parassitario e le malattie allergiche. Una delle ipotesi prospettate è stata quella secondo cui i parassiti disporrebbero di peculiari sistemi di difesa. In effetti, in modelli di asma allergico sperimentale è stato ampiamente dimostrato che una molecola immunoregolatoria (Es-62) derivata dalla filaria: a) Protegge dalla insorgenza della iperreattività bronchiale aspecifica; b) riduce la flogosi bronchiale e l'iperplasia mucosa; c) inibisce l'eosinofilia; d) previene la liberazione di IL-4; e) sopprime la degranulazione IgE-mediata dei mastociti e la liberazione dei mediatori dell'anafilassi. E' possibile che i Parassiti indichino all'Uomo la via per difendersi dalle malattie sia Th1- che Th2-mediate?

Cesare Masala, già direttore della cattedra e della scuola di specializzazione in Allergologia e Immunologia Clinica Sapienza Università di Roma

L'importanza di cambiare il modo di considerare le disabilità

Aiutiamo gli autistici, ma senza pregiudizi ed evitando di condannare i vaccini

LONU ha stabilito che a partire dal 2008 il giorno 2 aprile ricorresse la giornata mondiale dell'autismo, un riconoscimento alla necessità di colmare un gap in termini di conoscenze, ricerche, organizzazione ed aiuti per far fronte a questo problema di salute. Alla vigilia della celebrazione, il 27 marzo, nella trasmissione "Le invasioni barbariche" su La7, è stato trattato l'argomento. L'ospite della trasmissione, padre di Andrea, ragazzo autistico presente in studio, ha raccontato con grande efficacia comunicativa le difficoltà di questi pazienti ed altresì l'importanza di modificare il modo di vedere le relative disabilità. Egli infatti ha dimostrato che è possibile affrontare le avventure della vita fino a limiti finora impensabili, dando rinnovate speranze alle famiglie di questi pazienti. Peccato che sia poi caduto in una serie di luoghi comuni che vorrebbero attribuire l'eziologia di questo problema ai vaccini, propagandando inoltre siti web che potrebbero fornire supporto alle famiglie per percorrere la via giudiziaria del riconoscimento dell'indennizzo per danni da vaccino. Recentemente proprio in ambito giudiziario si è assistito ad una sorta di regressione in questo senso: il Tribunale di Rimini, con sentenza n. 2010\148, Ruolo n°2010\0474, Cron. N° 2012\886, ha accolto il ricorso presentato da una coppia di genitori contro il ministero della Salute per chiedere il pagamento dell'indennizzo per complicanze irreversibili causate da una vaccinazione, accogliendo la teoria secondo la quale il disturbo autistico del figlio fosse riconducibile "con ragionevole probabilità scientifica" alla somministrazione del vaccino MPR avvenuta presso la Asl di Riccione. Data la grande eco mediatica di tale

di Paolo Castiglia



sentenza, avverso la quale il Ministero ha ovviamente ricorso in appello, per evitare che altri colleghi possano cadere nel frattempo in dubbio circa il nesso di causalità, appare opportuno fornire le motivazioni scientifiche che rendono tale postulata relazione totalmente infondata.

Una correlazione tra vaccinazione MPR (Morbilli-Parotite-Rosolia), malattia infiammatoria intestinale e la sindrome autistica è stata descritta dal medico gastroenterologo britannico Andrew Wakefield nel 1998 su 12 bambini ricoverati presso il *Royal Free Hospital* di Londra [*Lancet* 1998;351:637-41]. Nonostante la limitata consistenza dello studio e le conclusioni dubitative dello stesso, Wakefield alimentò il caso con una conferenza stampa in cui dichiarò che il legame autismo-vaccino antigenico multiplo era probabile, nonostante questo venisse scientificamente contestato [*Chen RT, et al. Lancet* 1998;351:611-2], consigliando inoltre ai genitori di sospendere la tradizionale vaccinazione trivalente in favore di formulazioni singole, di fatto non esistenti in commercio. Questo portò al crollo delle coperture vaccinali, la conseguente ripresa delle epidemie di morbillo con la ricomparsa delle gravi sequele, inclusi due casi letali.

Seguirono negli anni numerose pubblicazioni che confermavano la totale assenza di relazione causale tra MPR e autismo, affermazione sostenuta a più riprese dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e di recente dimostrata da una revisione della letteratura su oltre 10 studi ed una popolazione superiore ad 1 milione di bambini vaccinati [*Demicheli V, et al. Cochrane Database Syst Rev* 2012]. Solo successivamente, grazie ad un'indagine del giornalista



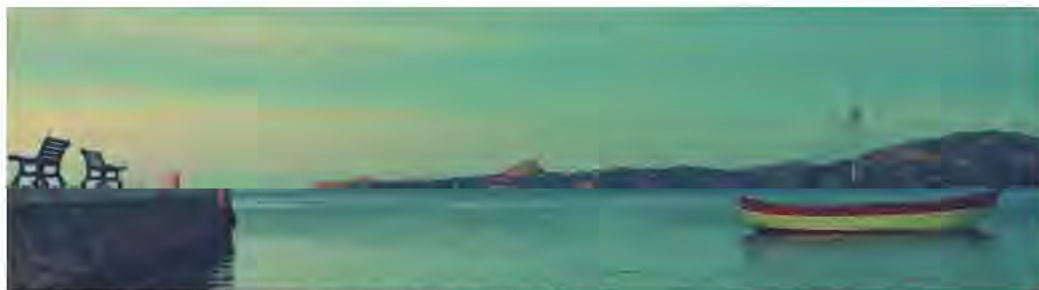
La vaccinazione praticata a un bimbo

investigativo Brian Deer, venne rivelato che tutti e 12 i pazienti descritti da Wakefield erano stati reclutati attraverso propagandisti contro il vaccino MPR, che lo studio era stato commissionato e finanziato in funzione di cause legali da intentare nei confronti della aziende produttrici dei vaccini e che lo stesso Wakefield falsificò deliberatamente i dati dell'originale pubblicazione: infatti un solo paziente su 12 era affetto da autismo regressivo, in 5 su 12 i sintomi erano insorti prima della vaccinazione MPR, 3 non erano autistici, in nessuno dei rimanenti i sintomi erano insorti entro 14 giorni dalla vaccinazione, ma a distanza di mesi da questa, vale a dire nell'età di normale massima incidenza dei sintomi, in 9 casi i risultati istopatologici intestinali erano stati falsificati. [Deer B. *BMJ* 2011;342:c5347].

Questo fu però solo l'atto culminante, poiché il lavoro di Wakefield era stato ritratto da *Lancet* in maniera parziale già nel 2004 [Murch SH, et al. *Lancet* 2004;363:750] e poi in via definitiva nel 2010 [Lancet 2010;375:445]. Era poi seguita la pubblica

denuncia di Wakefield da parte della commissione disciplinare del *General Medical Council* (GMC) per aver commesso reati gravi, tenendo un "comportamento disonesto ed irresponsabile e mostrando insensibilità ed indifferenza per il dolore e la sofferenza dei bambini oggetto dello studio" [GMC. *Fitness to practise panel hearing. January 2010*]. La commissione ha inoltre affermato che Wakefield "ha abusato della fiducia accordata al suo ruolo di medico" mentre conduceva le sue ricerche nel tentare di dimostrare un collegamento tra il vaccino trivalente e l'autismo e che "ha effettuato test invasivi e non giustificati dal punto di vista clinico sui bambini senza la necessaria approvazione del Comitato Etico del suo ospedale". Nel rapporto del GMC si legge inoltre che Wakefield ha "rovinato la reputazione della professione medica". Tutto questo è stato accuratamente registrato e descritto in maniera definitiva [Dyer C. *BMJ* 2010; 340: 281].

Ma perché Wakefield, che fu costretto a dimettersi dopo 14 anni di servizio nel *Royal Free Hospital* di



Arzachena, barca di pescatori alla fonda nel porto di Cannigione

Londra, aveva fatto tutto questo? A seguito di circostanziata denuncia si appurò che il medico (ed altri suoi colleghi) aveva percepito denaro (circa 436 mila sterline) da parte di avvocati impegnati nelle *class action* di genitori con bambini autistici [Harris E. *BMJ* 2010; 340: 1169]. Inoltre, Wakefield, otto mesi prima della pubblicazione dell'articolo su *Lancet*, aveva depositato un brevetto per un vaccino anti-morbillo monovalente e per prodotti per il trattamento sia dell'autismo che delle malattie infiammatorie croniche [Deer B. *BMJ* 2011; 342:c5258].

Le teorie di Wakefield sono state smentite non solo dal punto di vista epidemiologico, ma anche dal punto di vista biologico: infatti, mentre un articolo pubblicato nel 2002 da Uhlmann, e che aveva fra i coautori lo stesso Wakefield, nello studiare l'etiologia di una "nuova forma" di malattia cronica intestinale (iperplasia linfonodulare ileo-colica) riscontrata in una popolazione di bambini con disordini dello sviluppo, indicava la presenza persistente del virus del morbillo a livello intestinale [Uhlmann V, et al. *Mol Pathol* 2002;55:84-90], un successivo studio caso controllo dimostrava l'assenza di associazione eliminando qualsiasi residuo dubbio sul fatto che la sindrome autistica associata a disturbi gastrointestinali possa essere messa in relazione con il vaccino MPR [Hornig M, et al. *PLoS One* 2008 Sep 4;3(9):e3140].

In virtù delle sopra riportate considerazioni appare quanto mai sconcertante che ancora oggi si continui a perseguire in Italia un siffatto comportamento antiscientifico nel voler asserire la relazione tra i due eventi (vaccinazione MPR e autismo). Relazione ormai non solo acclaratamente negata da

un punto di vista scientifico, ma che ha portato ad individuare precui interessi economici personali da parte dei suoi sostenitori, con il caso eclatante della mistificazione di Wakefield.

Non è casuale infatti che chi oggi continua a sostenere quelle tesi possa manifestare un palese conflitto di interesse derivante dalla promozione di "medicine alternative" come la naturopatia e tutta una serie di trattamenti o accertamenti diagnostici prevaccinali dei quali non vi è alcuna evidenza scientifica di efficacia predittiva, preventiva o terapeutica. C'è poi chi vorrebbe contrapporre ai vaccini l'omeopatia, non considerando che la vaccinologia è a tutti gli effetti una "scienza omeopatica preventiva" secondo il principio di Hahnemann del "*similia similibus curantur*".

Oltre a MPR sono state avanzate altre ipotesi di associazione tra autismo e vaccini, come il possibile effetto di un composto mercuriale (timerosal), non più usato dal 2001 e del quale è stata comunque dimostrata l'innocuità [Pediatrics 2010; 126(4):656-664] o l'ipotesi dell'effetto sinergico negativo di più antigeni vaccinali, anche questo recentissimamente negato [Journal of Pediatrics March 2013; <http://jpediatrics.com/webfiles/images/journals/jympd/-JPEDSDeStefano.pdf>]. Appare, pertanto, antiscientifico e deontologicamente scorretto continuare a sostenere queste tesi, sfruttando ingannevolmente la buona fede dei genitori, che necessitano invece di un'organizzata rete di supporto e aiuto per i problemi che l'autismo comporta.

Paolo Castiglia è professore ordinario di Igiene e Medicina Preventiva

Note di Fitoterapia

Proprietà terapeutiche delle piante officinali

Calendula

di Giovanna Rau



Nome Sardo

Flori de dogna mesi, cacaranciu

Famiglia

Compositae

Cenni storici

Il nome della Calendula (*Calendula arvensis*) deriva dal latino *Calendae* e dal greco *Caletin* che fa riferimento al primo giorno del mese nel Calendario Romano; il termine *arvensis* invece promana da *arva*, perchè si trova spontanea nei prati e fiorisce tutto l'anno.

Utilizzo

Le parti della pianta utilizzate in fitoterapia sono i fiori e le foglie.

Componenti principali

Olio essenziale, carotenoidi, flavonoidi, xantofille, alcoli triterpenici, polissaccaridi, sostanza resinosa gialla.

Aspetti botanici e habitat

La Calendula è chiamata anche fioraccio selvatico ed è una pianta con radice fusiforme, con foglie alterne, intere; i fiori sono riuniti in capolini di colore arancione.

I frutti sono degli acheni arcuati e rugosi, e tutta la pianta emana un forte odore. E' una pianta comune in tutta la Sardegna e in Italia, si trova in qualunque luogo incolto sino a 700 mt di altitudine.

Impiego

I numerosi principi attivi presenti nei fiori sono utili sia in campo dermatologico che cosmetico: essi hanno potere cicatrizzante, antiflogistico, antibatterico; curano quindi acne, eczemi e piaghe purulente. Le creme che si ricavano dalla Calendula vengono usate anche come anti-arrossamento pre e post esposizione al sole e sono ottime anche come antirughe. La Calendula si utilizza anche per vie interne per le proprietà

antinfiammatorie e lenitive oltre che emmenagoghe e coleretiche. Regolarizza il ciclo mestruale e i dolori che spesso lo accompagnano. Possiede anche proprietà diuretiche e fluidificanti la bile. Una curiosità: i petali di calendula venivano usati per colorare gli alimenti, come ad esempio il burro, oppure tagliati a filini per adulterare lo zafferano.

La calendula ci offre anche un altro uso, quello tintorio, possedendo sostanze coloranti tipo calendulina e xantofille. I fiori vengono infatti utilizzati per colorare i filati di lana e seta di giallo ocra, naturalmente dopo il trattamento di mordenzatura.



Tarassaco

Famiglia

Asteraceae

Cenni storici

Il Tarassaco (*Taraxacum officinale*) è meglio conosciuto come dente di leone, soffione o cicoria selvatica. L'etimologia del nome *Taraxacum* sembra derivi dal greco *Tarakè* che significa turbamento o da *tarasso* che significa scompiglio e akos rimedio. Secondo altri dall'arabo *Tarakkahakon* che significa cicoria.

Utilizzo

La droga è costituita dalle radici e dalle foglie.

Componenti Principali

Inulina, tarasserolo, carotenoidi, xantofille, levulina, vitamine del gruppo B, sostanze amaricanti come la taraxicina, contenuta nelle radici, e la tarassina, un alcaloide dall'azione diuretica.

Aspetti botanici e habitat

È una pianta perenne con una radice lunga e carnosa, bianca all'interno.

Le foglie sono disposte a rosetta, lanciolate; dal centro si diparte lo stelo florale con capolini di un bel giallo intenso.

Il frutto prende il nome di soffione perché composto da semi sorretti da un pappo chiaro e leggero.

È una pianta comunissima spesso infestante, cresce nei campi erbosi incolti, dal mare alla montagna.

Impiego

È una delle piante officinali (ma anche commestibili) più raccolte: stimola infatti la secrezione epatica, diuretica e lassativa; efficace contro l'ipercolesterolemia e l'obesità.

Per depurare l'organismo si consiglia una cura stagionale che prevede l'assunzione di infuso di radici e foglie per circa 10 giorni.

Le foglie giovani del dente di leone si mangiano in insalata e sono un autentico toccasana per il fegato, mentre la radice veniva e viene usata come surrogato del caffè.

Per uso esterno si può usare il lattice del Tarassaco, utile per eliminare le verruche o, se si vogliono schiarire le efelidi, un infuso di fiori di tarassaco.

Macerando 100 gr di radice di tarassaco in 1 lt di grappa con 100 gr di zucchero si ottiene un liquore amaro - tonico dal sapore gradevole e gustoso.



Accordo Stato-Regioni per medici, veterinari e farmacisti

Regole per una formazione certificata in agopuntura, fitoterapia e omeopatia

La conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha sancito un accordo di portata storica: infatti da oggi, 7 febbraio 2013, gli oltre 20.000 medici che esercitano in Italia l'agopuntura, la fitoterapia, l'omeopatia e altre terapie con farmaci in diluizione, nonché i medici veterinari e i farmacisti impegnati nel settore, il 20% della popolazione e gli animali che vengono curati con queste terapie sono tutelati su tutto il territorio nazionale. Il prolungato vuoto normativo viene finalmente superato con l'approvazione definitiva, dopo il

passaggio all'unanimità presso la Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome dello scorso 20 dicembre e il parere favorevole del Ministero della Salute, del documento che detta le regole per una formazione certificata nel settore. Le Regioni dovranno a questo punto recepirlo nella propria normativa, avendo margini di autonomia a livello organizzativo. Il testo, proposto dal Gruppo Tecnico Interregionale Medicine Complementari coordinato dalla Regione Toscana, contiene un allegato che regola la formazione dei medici chirurghi e odontoiatri e si impegna a una successiva regola-



Seduta di agopuntura

mentazione anche per veterinari e farmacisti. Per quanto riguarda i medici, l'accordo consentirà ai professionisti formati di iscriversi in appositi elenchi di esperti, che saranno tenuti dagli Ordini professionali competenti per territorio, e agli istituti di formazione, pubblici e privati, di erogare corsi accreditati riconosciuti a livello nazionale. I medici per essere definiti esperti nelle medicine complementari oggetto dell'Accordo dovranno seguire master universitari ovvero corsi formativi triennali per 500 ore teorico/pratiche, cui si accompagnano studio individuale, formazione guidata e tirocinio presso

medici esperti. Completano l'Accordo gli obiettivi formativi, la metodologia didattica, i requisiti dei docenti e le norme transitorie per la fase di prima applicazione. Si tratta di un risultato straordinario che allinea l'Italia alle più avanzate esperienze europee individuando, in mancanza di un'iniziativa parlamentare, regole condivise e uniformi in tutto il Paese. Regole che rispondono allo scopo di garantire la libertà di scelta dei cittadini e di tutelare quella di cura dei medici.

Testo del documento al link www.statoregioni.it
Info: retemedicinaintegrata@regione.toscana.it

La capacità di interpretare e soddisfare i bisogni di salute della persona

Umanizzazione delle cure, un concetto spesso frainteso

Si deve ammettere che è oggi piuttosto diffusa la sensazione di uno scollamento tra una medicina dotata di grandi potenzialità, acquisite attraverso gli incredibili progressi tecnologici degli ultimi 50 anni, e la capacità di intercettare i reali bisogni di salute dei pazienti.

Una difficoltà che potrebbe dipendere dalla perdita della capacità di guardare all'uomo nella sua dimensione personale, mentre di fatto lo sguardo del medico si sofferma piuttosto sulla malattia e sulle possibilità di modificarne la storia naturale attraverso gli interventi terapeutici. Il dubbio che questo fatto possa rappresentare un limite per la medicina era presente, già 60 anni fa, nelle riflessioni di uno dei più grandi filosofi del Novecento: "il paziente - scriveva infatti Karl Jaspers - viene sottoposto alla lunga serie di indagini metodiche e terapie specialistiche che, però, contraddicono le loro buone intenzioni se non trovano un punto di sintesi nello sguardo superiore di un medico che abbia dinanzi ai propri occhi il tutto dell'uomo nella sua situazione reale".

L'idea di un progresso tecnologico sganciato dai bisogni dell'uomo è però con ogni evidenza contraddittorio. Come sostiene José Ortega y Gasset: "gli atti tecnici dell'uomo servono la buona vita, lo star bene, che implica l'adattamento dell'ambiente alla volontà del soggetto, ma - continua Ortega - i connotati dello star bene si sono trasformati innumerevoli volte e, in certi casi, così radicalmente che i cosiddetti progressi tecnici furono abbandonati". Ne deriva pertanto l'esigenza di indirizzare i progressi della tecnica verso bisogni in continua evoluzione. Ma la medicina è capace di fare questo? Tornando

di Mario Oppes



al concetto di umanizzazione della cura dobbiamo ammettere che esso si correla in qualche modo con la capacità di interpretare e soddisfare i bisogni di salute della persona, posta così al centro dell'intervento medico.

In realtà chi oggi parla di umanizzazione della medicina si riferisce più spesso all'esigenza di migliorare il rapporto col paziente attraverso un maggior coinvolgimento emotivo che faccia percepire una vicinanza dell'operatore

sanitario che oggi appare troppo spesso distaccato e freddo. In realtà non si tratta di dare qualche "pacca sulla spalla" o, se si preferisce, di migliorare la capacità relazionale, ma di qualcosa di molto più complesso. In estrema sintesi potremo dire che il processo di umanizzazione della medicina passa attraverso il recupero della dimensione etica dell'atto medico, recupero che appare sempre più difficile se si guarda il modello di medicina adottato. Infatti prevale oggi un modello riduzionistico e meccanicistico, dove il paziente viene ridotto alla sola dimensione biologica e trattato come una macchina da riparare.

Prevale in sostanza un'idea materialistica della medicina dove l'attenzione è posta sulle strutture organiche e sui processi chimico-fisici.

La conseguenza di tutto ciò è - come afferma Stefano Canali - che è diventata più faticosa "la percezione delle dinamiche e delle variabili di contesto, come i fattori sociali, culturali e psicologici, che contribuiscono a determinare la malattia ovvero anche a realizzare le finalità della pratica medica". Invece, come afferma tra gli altri Giorgio Israel, non è possibile fare a meno di considerare il fattore specificamente umano che fa sì che: "l'idea di salute non



altra cosa partecipa all'idea di umanizzazione è sicuramente la concezione scientifica, vale a dire il modo di conoscere la malattia e il malato". Pertanto oggi riumanizzare significa recuperare un'asimmetria tra "ciò che è il malato e come lo conosco". Da qui discende la conferma che l'umanizzazione non è primariamente un problema di comportamenti ma ha a che fare - secondo Cavicchi - con un profondo ripensamento dell'idea di scienza rispetto ad una nuova ontologia del malato. Alla luce di queste

possa essere concepita come il conformarsi a un ideale esterno, ma si definisca nella relazione tra la coscienza del soggetto e il suo organismo".

Il termine umanizzazione si collega così al concetto di rispetto della dignità umana come fondamento dei diritti del singolo individuo e della intera collettività. Come afferma Gian Antonio Dei Tos: "l'umanizzazione è un'azione di cambiamento e tale cambiamento non si limita alla relazione medico-malato, ma coinvolge tutti gli attori e le strutture del sistema".

Ne consegue allora che l'umanizzazione si esprime nel "rispetto incondizionato della persona indipendentemente dai ruoli che assume o dalle situazioni in cui vive e dall'inserimento delle modalità di agire nella prospettiva della solidarietà e della comunione".

Ma Ivan Cavicchi va oltre questo concetto affermando che la nozione di umanità in medicina, oltre che dipendere dai contesti culturali e sociali di riferimento è soprattutto un problema di rapporto tra ontologia e conoscenza. In altri termini - continua Cavicchi - "la variabile che in medicina più di ogni

considerazioni perseguire l'obiettivo dell'umanizzazione della medicina significa anche combattere sprechi, irrazionalità, inappropriately, rimuovere le contraddizioni tra bisogni e risorse e, non ultimo, attuare politiche sanitarie improntate alla sostenibilità.

Quale approccio allora dovremo scegliere? Una possibilità ce la suggerisce ancora una volta Ivan Cavicchi: "Il ragionamento clinico confronta l'impiego dei mezzi con i fini del malato, accetta che vi sia quindi una condivisione dei fini.

La ragione pratica per raggiungere un fine clinico, chiama in causa qualsiasi elemento utile, sia esso appartenente alla natura della malattia o alla persona del malato; il suo campo logico è quello della convenienza e del buon senso".

Umanizzare la cura richiede allora un profondo cambiamento culturale che coinvolge tutti, che rimette in discussione metodi e scopi della medicina. Sarà così finalmente possibile riscoprire come, anche nel campo della medicina, la tecnica possa davvero svolgere il ruolo che le compete, quello di intercettare e soddisfare i più significativi bisogni dell'uomo.

Responsabilità professionale e accertamento della colpa

Linee guida delle società scientifiche e protocolli delle strutture sanitarie

Il Decreto Legge n. 158 del 12/09/2012 ha riportato alla ribalta non solo il problema della "responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" ma anche la prassi tipicamente "italica" di non voler mai affrontare le problematiche d'importanza critica nel loro vulnus. Scopriamo così, al comma 1 dell'articolo 3, che il giudice, nell'accertamento della colpa lieve nell'attività del medico, "tiene conto in particolare dell'osservanza, nel caso concreto, delle Linee Guida e delle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale". Finalmente si riconosce quel compito che le società medico-scientifiche svolgono, in alcuni casi, da più di 100 anni: però paradossalmente si dimentica che lo svolgimento dei doveri di assistenza, diagnosi e cure non avviene in strutture ideali poste fuori dal contesto della quotidiana realtà sanitaria ma nell'ambito di strutture ospedaliere che spesso non riescono a garantire la presenza di specifici requisiti organizzativi in termini di risorse, strumenti e protocolli operativi, senza i quali la mera sequela di Linee Guida accreditate non garantisce per nulla il livello qualitativo delle prestazioni effettuate. In un contesto di carenza legislativa sconcertante per la mancata definizione di cosa si debba inequivocabilmente intendere per atto medico, colpa grave e colpa lieve, si lasciano inevitabilmente ai giudici ampi spazi all'interno dei quali è possibile operare liberamente fornendo interpretazioni che definire suggestive e, in alcuni casi, inquietanti è sicuramente limitativo. Le Linee Guida, infatti, non possono avere in alcun modo dignità di norma, dal momento che contengono raccomandazioni costruite sulla base dei requisiti minimi che devono consentire una determinata prestazione resa in ambito clinico-sanitario. Registriamo con grande sconcerto la totale assenza di qualsiasi riferimento a protocolli operativi che dovrebbero essere prodotti e applicati dalle strut-

ture sanitarie facendo riferimento agli standard assistenziali, per la produzione delle diverse prestazioni sanitarie, garantite nel proprio ambito. FSM, in rappresentanza di 163 società medico-scientifiche sottopone alle Istituzioni preposte e all'intera collettività nazionale, le seguenti proposte d'intervento:

1. Prendere atto del fatto che Linee Guida e "buone pratiche" accreditate devono essere emanate e continuamente aggiornate da soggetti accreditati del sistema sanitario; elementi da tenere presenti in fase di accertamento della responsabilità professionale, senza trascurare i protocolli operativi emanati dalla struttura coinvolta nel singolo caso specifico.
2. Porre rimedio al vuoto legislativo esistente definendo in modo inequivocabile i concetti di "colpa grave", analogamente a quanto previsto per la magistratura.
3. Rimodulare l'entità dei risarcimenti individuando limiti adeguati e proporzionati, analogamente a quanto accade ad altre forme di risarcimento danni previste nel nostro Paese e in altri Paesi europei. Si porrà rimedio, in questo modo, al pericoloso trend di svuotamento delle scuole mediche di specialità, prevalentemente chirurgiche.
4. Introdurre una norma che preveda, nei procedimenti riguardanti l'area sanitaria, l'utilizzo obbligatorio di consulenti tecnici d'ufficio provenienti da società medico-scientifiche accreditate.

La realizzazione degli interventi indicati consentirà di porre un freno alla diffusione della cosiddetta medicina difensiva, foriera di prestazioni "inappropriate".

Solo regole certe e una normativa moderna e intelligente potranno eliminare tutte quelle zone di discrezionalità interpretativa che hanno reso il nostro Paese un esempio negativo da non imitare.

*Dal comunicato FSM
(Società Medico Sscientifiche Italiane)*

Congresso ANMA a Castiadas

L'ANMA (Associazione nazionale medici d'azienda e competenti) organizza a Castiadas (CA), nel centro congressuale Sant'Elmo Beach Hotel, il suo 26° congresso nazionale, che si svolgerà dal 30 maggio al 1° giugno. Il programma scientifico preliminare prevede interessanti interventi su varie tematiche. E' previsto accreditamento ECM.

Segreteria Organizzativa:

anma_formazione@mclink.it

tel. 02/86453978 fax 02/86913115 - www.anma.it



Borsa di studio in Val d'Aosta

L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri Valle d'Aosta bandisce un concorso per una borsa di studio biennale di 6 mila euro in memoria della dottoressa Bonino, deceduta in Africa durante l'esercizio della sua professione. La borsa è riservata a giovani medici che presentino tesi o lavori di ricerca sulle problematiche sanitarie materno-infantili nelle aree in via di sviluppo. Maggiori informazioni al sito (http://om-coeoasta.altervista.org/index.php?option=com_content&task=view&id=180&Itemid=47).

Incontro a Sassari sulla celiachia

L'A.I.C. (Associazione Italiana Celiachia) presenta un incontro che si terrà il 18 maggio 2013 nell'aula magna dell'Università di Sassari a partire dalle ore 08.30 fino alle 13.00 dal titolo: "Celiachia: Conoscerla per trovarla". Maggiori informazioni al sito: www.celiachia.sardegna.it, alla pagina appuntamenti e news incontri programmati 2013. Per prenotazioni inviare alla segreteria organizzativa all'attenzione del dottor Gianfranco Alloni via fax al n. 070.6848285 ovvero via e-mail ad alloni@tiscali.it; per ulteriori informazioni telefonare al numero 338.8310343.

Premio letterario di narrativa a Parma

La Lega Italiana per la lotta contro i Tumori, sezione di Parma, indice per il 2013 la XXXIV edizione del Premio Letterario Nazionale di narrativa per medici scrittori. I racconti dovranno trattare una tematica inerente a una situazione di carattere oncologico. Per informazioni e iscrizioni consultare il sito <http://www.liltparma.org/>, oppure scaricare il pdf all'indirizzo <http://liltparma.files.wordpress.com/2013/02/premio-letterario-nazionale-flaminio-musa-2013.pdf>.



Per i medicinali non generici in un anno 5 miliardi e mezzo

Gli italiani spendono esageratamente per acquistare farmaci "griffati"

Dagli ultimi rilevamenti dell'Osservatorio sull'impiego dei medicinali (Osmed), gli italiani spendono di tasca propria ogni anno oltre 5 miliardi e mezzo per i farmaci. Solo per il differenziale di prezzo fra il generico (per il quale è garantita la rimborsabilità) e il corrispettivo di marca si pagano 651 milioni, più del doppio rispetto a 4 anni fa, confermando come i pazienti siano ancora spesso molto affezionati ai medicinali griffati nonostante ciò comporti maggiore spesa. Cresce in generale anche il consumo dei medicinali: in media una dose al giorno per ognuno, per un totale di un miliardo e 368 milioni di confezioni, circa 22 confezioni a testa. I farmaci per il sistema cardiovascolare sono i più utilizzati dagli italiani mentre gli antidepressivi si attestano al quinto posto per la spesa pubblica con 24 euro a testa. Per la prima volta invece si riduce l'uso degli antibiotici. Secondo le disposizioni sulle prescrizioni, se si soffre per la prima volta di una malattia, curabile con diversi farmaci equivalenti, il medico è tenuto a indicare il principio attivo del medicinale sulla ricetta rossa, che altrimenti non risulterebbe esser valida; può aggiungere, però, anche la denominazione di uno specifico farmaco, sia di marca sia generico. Qualora scriva sulla ricetta «non sostituibile», motivando la sua scelta, il farmacista dovrà consegnare il medicinale indicato, e non potrà cambiarlo con altri.

Comunicazioni sulle modalità di prescrizione dei farmaci

L'ultima legge in materia di ricette mediche (legge 7 agosto 2012, n. 135) recita: "Il medico che curi un paziente, per la prima volta, per una patologia cronica, ovvero per un nuovo episodio di patologia non cronica, per il cui trattamento sono disponibili più

medicinali equivalenti, indica nella ricetta del Servizio sanitario nazionale la denominazione del principio attivo contenuto nel farmaco oppure la denominazione di uno specifico medicinale a base dello stesso principio attivo accompagnata dalla denominazione di quest'ultimo. L'indicazione dello specifico medicinale è vincolante per il farmacista ove nella ricetta sia inserita, corredata obbligatoriamente da una sintetica motivazione, la clausola di non sostituibilità di cui all'articolo 11. L'indicazione è vincolante per il farmacista anche quando il farmaco indicato abbia un prezzo pari a quello di rimborso, fatta comunque salva la diversa richiesta del cliente"

Operatori sanitari e tubercolosi: obbligo di vaccinazione

Come espresso in Gazzetta Ufficiale n. 63 del 15 marzo 2013, sulla scia dei recenti studi sulla trasmissibilità della TBC, gli operatori sanitari vengono considerati soggetti a rischio di contagio della malattia, pertanto se ne prevede la vaccinazione obbligatoria. Ai fini della prevenzione della tubercolosi è un obbligo del datore di lavoro effettuare la valutazione dei rischi ai sensi del decreto legislativo n. 81/2008, da ripetersi con periodicità non superiore a tre anni.

Stop ai bandi al ribasso

Si rileva che continuano a giungere a quella Federazione segnalazioni di bandi adottati secondo il criterio del massimo ribasso su base d'asta. Si è notato inoltre che spesso la gran parte degli incarichi inerenti alla sorveglianza sanitaria sono gestiti da società di servizi che si frappongono tra pubbliche amministrazioni, aziende private e medico competente con possibile violazione dell'art 18, comma 1,

lett. a), del D.Lgs 81/08, che sancisce il carattere diretto del rapporto fra azienda e medico senza prevedere alcun tipo di figure intermedie. Si ricorda che la FNOMCeO, di concerto con il ministero della Salute ritiene comunque che l'indizione di bandi di gara al ribasso per il servizio di sorveglianza sanitaria da parte di pubbliche amministrazioni ed enti locali deve ritenersi in contrasto con l'elaborazione di corrette procedure, oltre a violare nella gran parte dei casi anche il codice di deontologia medica.

Incontro fra CAO nazionale e Consiglio Superiore della Magistratura

Nella giornata del 21 marzo 2013 una delegazione della Cao Nazionale si è incontrata con il segretario generale del consiglio superiore della magistratura Carlo Visconti per un esame congiunto delle problematiche relative ai rapporti fra procedimenti disciplinari di competenza delle Cao e procedimenti penali. Nell'occasione l'alto rappresentante del CSM ha offerto ogni possibile collaborazione per trovare soluzioni giuridicamente ineccepibili. E' stata stabilita la possibilità di promuovere incontri fra i presidenti Cao provinciali e i procuratori generali competenti per territorio per un'opera di reciproca collaborazione al fine di garantire una costante informativa sulle azioni penali e le eventuali sentenze definitive che riguardassero gli iscritti ai nostri albi.

Tavolo tecnico per accreditamento di studi dentistici

È stato istituito presso il ministero della Salute un tavolo tecnico per l'accreditamento degli studi dentistici, con lo scopo di dare soluzioni logiche e giuridicamente corrette al problema della diversità di regolamentazione ora esistente sul territorio nazionale in merito alla disciplina concernente l'apertura delle strutture odontoiatriche.

Sentenza sull'autorizzazione in Italia all'università Fernando Pessoa

IL TAR Lazio con sentenza n.2651/2013 ha respinto, anche nella fase di merito, il ricorso presen-

tato dall'Universidade Fernando Pessoa avverso il decreto del MIUR del 16 febbraio 2012, che revocava l'autorizzazione ad aprire una filiazione in Italia dell'università stessa. Si tratta di una importante vittoria che consentirà di mettere in guardia i giovani dal perseguire scorciatoie illegittime aventi obiettivi esclusivamente di carattere economico speculativo a tutto danno dei nostri studenti.

Esposto del Presidente CAO su pubblicità ingannevole

Il presidente della Commissione Albo Odontoiatri della Federazione Nazionale Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri ha richiesto l'intervento dell'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato e del comando dei carabinieri per la tutela della salute al fine di ottenere l'inibizione degli atti di pubblicità ingannevole posti in essere dalla società "Amico-dentista.com". Si fa riferimento, in particolare, all'inserzione pubblicitaria apparsa sabato 2 marzo sul giornale "La Repubblica" che in modo grossolano e scorretto, per pubblicizzare una non meglio specificata attività professionale odontoiatrica, parla di "mal di dentista" fornendo un messaggio ingannevole rispetto a un'attività professionale qualificata che da sempre gli odontoiatri italiani garantiscono ai cittadini.

Dalla nota del Presidente CAO a Rai 2 sull'offerta di cure odontoiatriche in un supermercato

Il servizio apparso nell'edizione delle ore 13.00 del TG2 del giorno 9 marzo, nell'ambito di una certamente auspicabile volontà informativa sulle cure odontoiatriche, si sviluppa attraverso una sostanziale pubblicizzazione dell'attività di un centro denominato "Identicoop" di Imola che offre cure odontoiatriche nell'ambito di non meglio identificati spazi insistenti entro strutture di un supermercato. Amareggia il voler promuovere iniziative che potrebbero non garantire tutti i necessari requisiti igienico-sanitari che devono ovviamente preesistere laddove si erogano cure mediche e si continua, sia pure con

la massima buona fede, a presentare la "prestazione odontoiatrica" come offerta di un mero servizio se non addirittura di una merce qualsiasi. Nel settore odontoiatrico, purtroppo, abbondano messaggi pericolosi, si pensi ai "viaggi all'estero" per ricevere cure dentistiche a basso prezzo, all'enorme e deprecabile esercizio abusivo della professione con tutti i rischi che ne derivano per i cittadini inconsapevoli. Nel caso di specie poi, dopo aver verificato anche quanto contenuto nel sito dell'"Identicoop", non risulta esistere la figura del direttore sanitario che, ai sensi di legge, deve garantire la sussistenza dei corretti requisiti sanitari della struttura e il possesso da parte degli operatori dei necessari titoli abilitanti per lo svolgimento delle attività prestate. Non viene menzionata inoltre alcuna autorizzazione amministrativa per l'apertura della struttura stessa nonostante quanto previsto in modo inderogabile dall'art 8 ter della legge 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.

Etica e responsabilità nell'esercizio degli incarichi formativi e istituzionali

Il vigente Codice di Deontologia medica all'art. 4 comma 2 testualmente prevede: "Il Medico nell'esercizio della professione deve attecchire alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici della professione, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona; non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura". E' quindi evidente il "primato dell'etica" come elemento di guida e di ispirazione per i medici e per gli odontoiatri in ogni ambito in cui la loro attività venga a esplicarsi. Questi principi trovano ulteriore e maggior valenza per quei professionisti che vengono chiamati a ricoprire incarichi di "formatori" delle nuove leve professionali, cariche istituzionali e/o associative in rappresentanza della professione. Colui, quindi, che liberamente accetta una carica istituzionale è chiamato a svolgere quella che una volta era definita una "funzione onoraria" attraverso

comportamenti che siano irreprensibili e che costituiscano la migliore garanzia per tutti i colleghi di essere rappresentati da persone di specchiata moralità.

Si ricorda a questo riguardo che la carica ordinistica presuppone anche poteri di valutazione disciplinare del comportamento dei colleghi ed è evidente che tale funzione non può essere svolta da professionisti in grado di costituire un esempio di rispetto dei valori dell'etica, della deontologia e della correttezza professionale. Non può trovare giustificazione, quindi, il comportamento di chi, dimentico dei propri compiti, "utilizzi" il proprio ruolo per perseguire interessi particolari.



La vignetta del collega Mario Soma, risalente al periodo in cui la presidenza del nostro Ordine era ricoperta da Mario Oppes (figura a sinistra) e quella della Fnomceo da Eolo Parodi (figura a destra), ripropone in veste "storica" e in chiave metaforica il tema attuale della acquiescenza delle Istituzioni di fronte alle pressioni del mercato. Un richiamo non certo casuale al rispetto dell'articolo 57 del codice deontologico delle professioni mediche, che a tal proposito recita: "Il medico singolo o componente di associazioni scientifiche o professionali non deve concedere avallo o patrocinio a iniziative o forme di pubblicità o comunque promozionali a favore di aziende o istituzioni relativamente a prodotti sanitari o commerciali."

Poesia/Giuseppe Franco Mancuso

Ricordi, nostalgia di Florinas

Ammentos, gana manna de Figulina

Ammentos di Giuseppe Franco Mancuso è tratta da una pregevole raccolta di poesie ancora inedite prodotte nell'arco di quarant'anni. Pensata e maturata in logudorese, viene presentata ai lettori in lingua italiana, in maniera del tutto originale, con strofe libere, senza rime né anafore in cui i verbi, posti al termine dei versi, paiono quasi ininfluenti alla percezione di contesti già conclusi da poche, ma ben armonizzate parole. Florinas, nei ricordi vivi dell'autore, si compenetra nel proprio territorio; le pietre grigie delle case e delle chiese si fondono con il verde dei campi dove i macchioni proteggono antichissime vestigia e le rocce sfoggiano fossili cambriani. Nel paese natio lo scorrere del tempo conserva ritmi di valore ancestrale e le campane della parrocchiale richiamano non solo alla quotidianità del lavoro e del riposo, ma anche a eventi straordinari, ora vergati a lutto ora vestiti a festa. Il racconto si sviluppa in una trama sottile di luoghi e atmosfere, che riporta sapori, profumi e suoni di un ambiente agropastorale tipicamente sardo, nella conquista quasi nostalgica di un passato remoto. (A.P.)

RICORDI

Pallide luci, nella notte,
su nella collina.
Ripida la strada
che ti porta al paese.

Luci sparse
lungo le vie,
alle bianche case conducono.

Un giaciglio di fresche coltri,
mi accoglieva
nel silenzio
di una dimora
odorosa di fragranze di grano
e di vino che allegra.

Ricordo: sorgeva l'aurora.
Dopo una pioggia benedicente,
caduta nella notte,
il paesaggio, come ravvivato,
appariva;

AMMENTOS

Grogas lughes, in sa notte,
subra su montiju (cuccuru).
Una carrela in pigada,
in sa 'idda ti giughet.

Lùghes ispàrtas a longu de sas carrelas,
a sa biancas domos,
giùghene.

Unu corcadòrsu de friscos ammentos
[(de friskas mantas),]
in d'unu silentziu de una domo
un fiagu 'onu de trigu
et de 'inu chi alligrada,
m'accogliada.

M' ammento: fit s'albore.
Pustis una beneighente abba,
c'at fattu (c'est calada) intro 'e notte,
su paesaggiu, comente torradu a vita,
apparaiat;

Ricordo: sorgeva l'aurora.
Dopo una pioggia benedicente,
caduta nella notte,
il paesaggio, come ravvivato,
appariva;

rossi, luminosi i tetti,
il campanile antico,
dalla grigia sbiadita pietra,
il verde intenso
della campagna,
e degli alberi d'ulivo,
le vigne ben lavorate,
le zolle di terra bruna,
nei campi arati.

Alle prime luci del giorno,
il cigolio dei chiavistelli
delle porte di vecchie stalle,
si poteva udire.

Robuste creature, pazienti,
pronte per servire
non più giovani contadini,
venivano sellate, per andare
ai campi, agli orti, alle vigne.

Il tintinnio dei campani
il belar di agnelli
annunciavano un gregge sonnolento,
sulla bianca strada.
Un ragazzino piccole pietre
nervosamente scalciava,
rotolavano lontano.

Ricordo:
ai primi rintocchi
della campana,
leste le devote,
coperte da scure mantelle, s'avviavano
per la messa quotidiana.
Saliva il sole,
al canto del gallo,
si svegliava il paese.

M' ammento: fit s'albore.
Pustis una beneighente abba,
c'at fattu (c'est calada) intro 'e notte,
su paesaggiu, comente torradu a vita,
apparaiat;

rujas, lughentes sas coperturas
su campanile antigu,
dae sa murra et isclorida pedra,
brullu su 'irde
de sa campagna,
et de sos arvures de olia,
sas binzas bene trabagliadas,
sas chervas de terra nieddastras,
in sos campos arados.

A sa prima lughe de sa die,
su istriore de sos frilcios
(chi aberiana) de sas janas bètzas de sas istallas
si potiat intendere.

Fortes animales, pacientes,
prontos a servire non piusu giovanos
massajos, inseddados beniana
pro andare a sos campos, a sos ortos,
a sas binzas.

Su sonu de sos sonajos (campaneddhas)
su melare de sos anzones
unu masone sonnidu,
in d'una carrèla bianca, annuntiaiana.
Unu pizzinnèddu arrojladu
leàit a puntas de pe' pedras minores,
chi troulaiana addane.

M'ammento:
A su primu toccu
de sa campana,
lestras sas feminas devotas,
cun sos iscialles nieddos, ammuntadas,
a Missa tuccaiana.
Su sole pigaiat,
a su cantu de su puddu.
Sa 'idda s'ischidaiait.

Voci di donne, di bambini,
nella strada, si univano
al canto di vigorosa fanciulla,
dal piede libero e sicuro.
Frutti dell'orto, leale e fiduciosa,
(a comparare) proponeva.

Nel meriggio il silenzio,
conciliava il riposo.

Improvviso, il suono
di una trombetta era seguito
dalla voce argentina del banditore.
Diffondeva
annunci che pian piano
si dileguavano,
per le strade del paese.

Sul far della sera,
ritornavano al paese
i contadini.
Lieve rumore di zoccoli
frettolosi, sulla bianca strada.
Sommesso il saluto, a capo chino,
da paesano a paesano.

Liberate le groppe
dai pesanti fardelli,
il consueto pasto, pronto nei ripari,
che odoravano
di acre foraggio.

La campana del vespro,
invitava alla preghiera mariana.
Suppliche, canti,
e profumo d'incenso
salivano al Cielo.

Nella mente, risuona
il suo rintoccare festoso, nella domenica.
Avvisava il fedele, per la celebrazione
del Santo Sacrificio.

Il rintocco, profondo,
per un evento doloroso.

Boghes de feminas, de pizzinnos
in sa carrela, andaiana umpare
a su cantigu de una vigorosa
pisedda da su pè liberu et siguru
Fruttos de s'ortu, sintzera
(cumbidaia) proponiat.

Appoi 'ustadu, su silentziu,
su reposu cuntziliaiat.

A s'improvvisu su sònu
de sa trombitta, sighidu
da-e sa 'oghe lughida de su bandidore.
Annùntzios ispalghiat,
chi a bellu a bellu,
a longu de sa carrèla,
ispàriana.

A sero,
a bidde,
sos massajos torraiana.
Lebiu e pressadu su sonu
de sos zocculos, in sa carrela bianca
Summittidu a conca bassa
su saludu tra paisonos.

Dae sos graves barrios
sas groppas liberadas,
su matessi mandigu, prontu in sas istallas
chi fiagaini
de fenu allitzadu.

Sa campana de su vesperu
a sa preghiera mariana jamaiat.
Sùpplicas, cantigos
et profumu de intzènsu,
pigaiana a Chelu.

In sa mènte ancòra presente
su toccu de allegria, in sa dominiga,
avisaiat su fidèle
pro su Sacrifitziu Sàntu.

S'addòppiu profundu,
in d'una die dolorosa

Lesti i passi,
di un corteo di addio,
che s'avviava, in preghiera,
al campo santo,

Tante le strette di mano solidali,
unite nel dolore.

Mani benedicenti di una mamma,
per sposi promessi.
Spighe di grano offerte,
per una fertilità augurata.

Piccole mani protese in alto,
vagiti nelle culle
non si facevano attendere.

Contentezza tangibile, nel paese.
Il padre e la madre, con viva fede,
il battesimo donavano
alla creatura.

In estate,
ore liete trascorrevamo godendo il fresco
della notte,
al racconto di storie del paese,
su piccole panche,
all'ingresso della magione amica.

E una luna gialla spiava
l'orto e la campagna.
Quella semplicità antica
veniva pian piano
rischiarata.

Un manto di stelle luminose
attirava lo sguardo incantato.
Desideri in noi nascevano
alla vista di strie luminose
che cadevano dal cielo.

Piacevole il sonno
che ci prendeva.
Invitava
al notturno riposo.

A passos lestros
unu accompagnamentu
si avviaiat preghende
a campusantu.

Amigas, medas istrintas de manu
in su dolore, unidas.

Sas manos de una mama beneighentes
Sos isposos promissos.
Ispigas de trigu offertas,
pro unu auguriu de fertilitàde.

Manos minores in artu distesas
et ticchirriu de pizzinnu in sos bantzigos (brassolos),
aisettare non si faghiana.

Cuntentèsa de totta sa 'idda,
Babbu e mama, con fide manna,
a sa criatura,
daiana su battiju.

In s'istiu,
oras diciòsas, a sa friscura
de sa notte, passimis.
A s'intrada de sa domo amica,
supra sezzidorzos minores,
paristorias de sa 'idda si contaiana.

Una luna groga,
s'ortu e su saltu oretait.
A bellu a bellu
cussa semplicitade antiga,
beniat isgiarida.

Un mantu isteddadu
attiraiat s'ojàda ispantada.
In nois naschiana sos disizzos
abbaidende strias luminosas,
chi da-e chelu ruiana.

Drucche su sonnu
nos che leaiat.
Jamaiat
a su reposu de sa notte.

Un libro di Egidio Castiglia

Perdasdefogu dopo la rivolta del 1908 Le condizioni igienico sanitarie

Egidio Castiglia, sassarese di nascita, funzionario dello stato, inviato nel Nuorese per studiare il mondo criminale barbaricino, pubblica nel 1899 presso la tipografia Dessi un pregevole volume dal titolo "Undici mesi nella zona delinquente", recentemente riproposto dalla "Biblioteca della Nuova Sardegna". Trasferitosi in qualità di commissario regio nel 1908 nel comune di Perdasdefogu (CA), già teatro di una violenta rivolta popolare sollevatasi contro il sindaco con conseguenti dimissioni di ben 13 consiglieri, traccia una approfondita relazione sulla propria straordinaria amministrazione durata 5 mesi (tipografia Montorsi di Cagliari). Abbiamo il piacere di pubblicare la sezione riguardante le condizioni igienico-sanitarie in cui versava la cittadinanza: una analisi accurata del substrato culturale della popolazione, dell'impianto sociale, dello stato dei luoghi, descritta con grande forza rappresentativa; un racconto pittoresco dalla terminologia puntuale e ricercata. Portiamo questa testimonianza come omaggio e solidarietà a un territorio che ancora oggi subisce le conseguenze di una modernizzazione dissociata dalla tutela della salute. (A.P.)



Nessuna strada per i vasti orizzonti dove il sole sorge e dove il sole tramonta; ma a sud la parvenza d'una strada che si volle e che non fu, verso un altro desolato paese, Escalaplano, strada che costò sacrifici indicibili, per cui dolorano le finanze dei due comuni obbligati a costruirla; strada cui mancò il traffico per la povertà dei commerci, cui mancò la manutenzione per la povertà delle risorse: e che perciò, abbandonata e maledetta nel suo nascere, non fiorì mai, e si discioglie giù per la valle del Flumineddu, e si riannoda sui dirupi di Escalaplano, sconvolta e flagellata presso tutti i ponti, scoscesa e diroccata presso tutti i muraglioni di sostegno e di deriva, percorsa solo per le imperiose

necessità da radi cavalieri e da attardati carri a buoi in autunno e in inverno, e meno tristemente solitaria in primavera ed in estate per l'erbe fresche che vi crescono e per il fieno che vi odora. E in tanta solitudine di vita selvaggia, nel paese non ufficio telegrafico, non ufficio postale, i quali potessero, col rapido ininterrotto scambio delle corrispondenze, ravvivare di parole di pensiero di idee di ricordi vicini e lontani le nuove mutevoli forme della civile comunanza, le manifestazioni tutte del progresso e dei bisogni sociali, resi oggi dappertutto intensi e frenetici: ma la parvenza d'un servizio postale ultra primitivo con un postino caracollante da e per lerzu; sui monti senza strade, e soltanto ogni due giorni,

se il sole, la neve, la volontà e la salute del ronzino e del conduttore lo permettevano! Alla exteriorità desolata corrispondeva l'interno del paese: le vie senza selciati, sul fango o sulla roccia viva, le case solitarie entro i cortili, i cortili circondanti il cimitero, il cimitero avvolgente pietosamente l'umilissima chiesa parrocchiale! E nell'affastellamento delle case e delle vie, non ufficio comunale, ma due rozze camere su una stalla, e pochi mobili sconnessi, dove le carte si

impolveravano e si perdevano in una pazza volontà di rivolta; e nelle stesse camere, con eguale ordine l'ufficio della Conciliatura, di questa minuscola, ma pur così interessante, sede dei primi giudizi. Per l'igiene e la salute pubblica non medico, non levatrice, non armadio farmaceutico; ma un vecchio flebotomo e qualche vecchia empirica che non seppero, che è meglio non sappiano mai, le incredibili colpe, le innocenti infamie della loro incoscienza. Non pulizia

delle strade e delle case, dove transitava e viveva il bestiame con gli abitanti, non vigilanza né accortezza sui prodotti e sui generi alimentari; ma al sole e alla pioggia il grande incarico di provvedere a tutto, alla rude forza delle fibre l'obbligo di resistere, o la necessità di perire.

Non scuole nelle quali si allietassero i fanciulli, e tornasse più gradevole il difficile primo passo del dirozzamento, dove potesse ravvivarsi con la luce del giorno anche la luce della adolescenza e del sapere; ma due rozze tane sotto l'ufficio comunale, a fianco delle stalle dei carabinieri, tane che per carità e per decenza gli insegnanti avevano volontariamente abbandonato conducendo i fanciulli in due camere terrene delle rispettive loro modeste abitazioni. Non stabile servizio di sicurezza pubblica, tanto indispensabile in tanto isolamento, per i malvagi del luogo e per i



Perdasdefogu, parrocchia di San Pietro dopo il restauro



Perdasdefogu, antica chiesa di San Sebastiano

perversi obbligati a transitarvi o volenterosi ad accorrervi; ma due rozzi sottani e due stalle, dove i carabinieri non dimoravano che a tratti, quando il servizio della loro stazione - Tertenia - lo permetteva, quando era loro concesso, a quando a quando, a due a due, di inerpicarsi per le vette di Tacchixeddu, e comparire sugli altipiani desolati. Non una fontana, dalla quale sgorgasse l'acqua limpida e leggera, ma fosse e buche dove l'acqua si impantanava, dove ad ogni ora - prima o dopo non importava - si abbeveravano uomini ed animali; dove le donne, ad ogni ora - prima o poi o dopo poco premeva - lavavano i panni ed immergevano le brocche di terra perché si riempissero avanti che fossero trasportate alle case per la cucina e per dissertarvi i piccini.

Non un'opera pubblica, non un segno vivido di vita civile: nemmeno un cimitero appartato, dove se non le leggi sanitarie potessero rispettarsi le leggi della umanità e del cuore; ma un recinto ristretto; nel centro del paese, attorno all'umilissima ed unica chiesa, a dieci passi dalla casa comunale, e da cinquanta, da cento altre case; triste e piccolo recinto,

dove ad ogni scavo si ritrovavano cadaveri non ancora disfatti, che si dovevano costringere a ridurre da un canto delle miserande buche per far posto ai nuovi venuti. E su tutta questa desolazione non un segno di decoro comunale, non una parvenza di regolare e continua e benefica amministrazione, non coscienza dei più vitali interessi collettivi. Consiglieri comunali che accettavano l'incarico per obbedire alle preghiere altrui, se non pure per chiedere e ottenere per se stessi l'esonero o la diminuzione dei gravami; un Sindaco cui fu lecito imporre alla popolazione di tacere sulla abusiva vendita di piante e terreni comunali; un segretario comunale "provvisorio-supplente" - succeduto a tutta una serie di titolari assassinati, finiti alla reclusione o tentati di assassinio - disfatto dalla tardissima età, onesto ma inetto, chiuso nel silenzio per prudente necessità e per quieto vivere, assorto ne' suoi ricordi, incapace ed impossibilitato ad agire per le miserie altrui, per le minacce che gli chiusero il cuore e la bocca, per gli anni che ne affievolirono a poco a poco le fibre e l'intelligenza.

Una pubblicazione di Pier Luigi Cherchi e Francesca Vargiu **"Hanno arrestato a Dario Fo!"** **Sassari, il '68 e dintorni**

Cosa è stato il Sessantotto? Un anno particolare, durante il quale ampie frange della popolazione, costituite da gruppi sociali disomogenei (studenti, operai e gruppi etnici minoritari) hanno fatto sentire la loro voce in quasi tutti i paesi del mondo nel segno di una trasformazione radicale della società. L'evoluzione storica di questa ondata di rinnovamento politico e generazionale ha investito anche la Sardegna, un'isola, lontana dalle lotte razziali degli Stati Uniti e dalla guerra in Vietnam, che sentì comunque il bisogno di trasformarsi e di adattarsi alla nuova società nascente.

Partendo dalle vicende estere e passando attraverso quelle italiane, viene descritto il periodo sessantottino sassarese, con la storia delle occupazioni (università, istituti medi), delle rivendicazioni studentesche ed operaie (La "battaglia dell'Upim"), degli assedi di via Roma alla sede MSI, delle manganelate, delle storie dei tanti protagonisti, ormai assopiti nella loro entusiastica veemenza giovanile, ma sempre coerenti con lo spirito di allora, come dimostrano le interviste riportate nel libro. La realtà "distruttiva" e non "costruttiva" del post '68, il periodo buio degli "anni di piombo", vengono condensati in una cronaca di provincia, ascisa ai fasti di prima notizia sulle testate nazionali e alla televisione: l'arresto di Dario Fo a Sassari al cinema Rex, al termine di una giornata di ordinaria follia, seguita da una straordinaria reazione popolare cittadina che molti ricordano ancora. E se qualche purista dovesse storcere il naso di fronte a quella "a" posta nel titolo, davanti a "Dario Fo" la risposta è semplice: "A Sassari noi parliamo così".



PIER LUIGI CHERCHI è professore ordinario di ginecologia e ostetricia presso l'università di Sassari. Nel pieno della maturità accademica si è dedicato all'impegnativo campo della memorialistica, affrontando i grandi temi della società contemporanea, dal parto domiciliare nella società agro-pastorale della Sardegna del dopoguerra ("Il parto domiciliare nella Sardegna della prima metà del Novecento. Tradizioni e sapere medico", TAS Ed., Sassari, 2005), alla rivoluzione culturale dell'epoca beat dei mi-

ti anni 60 (C'era un ragazzo che come me amava... „Edes Ed., 2008), al dramma dell'emigrazione meridionale nei Paesi mitteleuropei degli anni 60/70, vista attraverso il "Magical Mystery Tour" in Germania di tre ragazzi sassaresi ("Prendi la chitarra e vai", Edes 2010) fino all'ultima opera ("Hanno arrestato a Dario Fo!") in collaborazione con Francesca Vargiu.

FRANCESCA VARGIU, esperta di storia contemporanea, laureata in Lettere moderne con una tesi sul Sessantotto, e laureanda in "Scienze dello spettacolo e della produzione multimediale", Laurea Magistrale presso il Dipartimento di Scienze Umanistiche e sociali dell'università di Sassari. Nel campo della produzione multimediale ha curato riprese e montaggio di numerosi video-spot per l'ERSU, e collaborato alla documentazione audiovisiva del Progetto Backstage, nato dalla collaborazione dell'Università con l'ERSU e l'Accademia dei Belle Arti.

Il cd che ha segnato la svolta della band inglese

Ok computer dei Radiohead ipnotica ragnatela di suoni e melodie

"Ok computer" non era previsto, e nemmeno prevedibile. Non in quel periodo storico, non in quell'ambiente musicale, non prodotto da quella band. La seconda metà degli anni '90 vede il dominio assoluto del brit-pop, dopo la rivoluzione grunge involontariamente capitanata dai Nirvana, scatenatasi nei primi anni della decade.

Gli Oasis e i Blur scalano le classifiche di vendite a colpi di dischi d'oro e di platino, ispirando le sonorità di centinaia di altri gruppi. I Radiohead (Thom Yorke - voce, chitarra, pianoforte; Jonny Greenwood - chitarra, tastiere, sintetizzatori; Ed O'Brien - basso, sintetizzatori; Phil Selway - batteria e percussioni) iniziano proprio così: *Pablo Honey* paga tributo sia ai già citati grunge e brit-pop, ma porta in seno una gemma dal nome *Creep*, manifesto definitivo dei disadattati in crisi sentimentale di tutto il mondo. Il successivo *The Bends* definisce meglio il sound dei nostri, rendendolo espressivo ed efficace, forte anche di brani epocali come *Fake Plastic Trees*, *Just* e *Street Spirit*, dove si inizia ad intuire che la band dell'Oxfordshire possa non essere una bellissima ma effimera

di Francesco Bustio Dettori



meteora. Passano due anni, *Ok Computer* è negli scaffali dei negozi di dischi, la copertina è fredda, glaciale, sintetica, il piccolo CD contenuto nella confezione pare non chieda altro che di essere inserito nello stereo.

Quando il tasto play viene premuto, quelli che escono dalle casse non sono più i soliti Radiohead, sono un gruppo nuovo, evoluto, che non ha tagliato i ponti col passato, ma lo ha semplicemente ripreso, triturato e destrutturato per poi ricomporlo in una maniera nuova, cangiante e inaspettata. Il risultato è maestoso fin dall'inizio,



con il gargantuesco riff di chitarra di *Airbag*, anteprima di una canzone densa di suoni nascosti fra le pieghe dei suoi accordi: suoni estatici, che rimandando ad atmosfere interstellari e levitanti, che sfumano in un elettronico "bip bip" che da origine a *Paranoid Android*, una sorta di moderna composizione progressive, dove ogni strumento pare incastrarsi in maniera perfetta con l'altro, in una sorta di folle costruzione Lego: percussioni brasiliane, cori, chitarre acustiche ed elettriche, tastiere...impossibile non restare invischiati nell' ipnotica ragnatela di suoni e melodie intessute dai 5 inglesi. Il testo della stessa *Paranoid Android* è quanto di più misterioso e assieme malinconico ci possa essere: tutte le liriche dell'album hanno un'ermeneutica difficilmente scardinabile, la qual cosa ha portato a svariate interpretazioni dell'opera, che arrivano addirittura alla sovrapposizione perfetta fra *Ok Computer* e il celebre "1984" di George Orwell, in una sorta di confronto a distanza con i Pink Floyd, il cui classico "Dark Side

of the Moon" era stato a sua volta sovrapposto al film "Il mago di Oz"; questo non sarà in seguito l'unico paragone che verrà fatto fra i due gruppi inglesi. Tornando al discorso principale, *Subterranean Homesick Alien* riprende la spazialità di *Airbag*, per poi trasportarci nella notte di *Exit Music (for a Film)*, composizione votata a un climax ascendente che ci porta da semplici accordi chitarristici ad un finale emozionale dai connotati disperatamente epici.

La successiva *Let down* è una "dolce" ballata sull'insostenibilità della routine quotidiana, bagnata da un'aria quasi piovosa e leggera, che ci conduce pian piano a *Karma Police*, probabilmente il capitolo più noto del disco e forse di tutta la discografia dei Radiohead: sulla chitarra acustica si basano le fondamenta di tutto il brano, il resto è un equilibrio magnifico di pianoforte, cori e suoni siderali, tendente alla perfezione.

La scelta del combo inglese è quella giusta: dopo un capolavoro come *Karma Police* appare in scaletta



Immagine di gruppo dei Radiohead



Radiohead in concerto a Coachella nel 2012

un brano di rottura, *Fitter Happier*: una semplice voce robotica che sembra provenire dall'evoluzione di Hal 9000 di "Odissea nello spazio", che recita frasi su un sottofondo musicale di rara angoscia. Quasi a voler interrompere l'atmosfera creata si irrompe *Electioneering*, l'unica canzone del long playing che possa essere riconducibile in qualche modo ad alcune composizioni passate, ma con dei suoni adulterati, che in qualche modo faranno da ponte verso alcuni successivi lavori del gruppo.

Dopo la spaccatura centrale le tonalità e i colori del disco ritornano quelli che abbiamo conosciuto nella prima parte, con la minacciosa *Climbing Up The Walls*, dove trovano spazio gli archi più inquietanti dai tempi della colonna sonora di *Psycho*. *No surprises* usa una melodia e un arrangiamento rassicuranti per nascondere il testo amaro sulla vita di ogni giorno, lo stesso espediente usato in *Let Down*: la musica diventa una specie di guscio rassicurante, ne' più e ne' meno come quelle tranquillizzanti abi-

tudini che l'uomo costruisce su se stesso giorno per giorno, e che sedimentandosi uccidono pian piano. In *Lucky* c'è posto anche per l'amore, visto sempre sotto una luce fredda e tetra, che da sempre la sensazione fastidiosa della fine imminente.

La conclusiva *The Tourist* chiude il disco, quasi con lentezza e lassità, e mentre il protagonista del testo precipita alla velocità di 1000 piedi al secondo verso il suolo, le ultime parole sono una invocazione a rallentare prima dello schianto: l'inevitabile collisione si ricollega alla iniziale *Airbag*, il cerchio si chiude.

Esattamente come da un giorno di routine nasce la routine di un altro giorno, in una sorta di ritmo circadiano che si ripete all'infinito.

Un disco alieno, che sembra provenire da altri mondi per investigare con occhio critico la vita dell'uomo moderno e le sue malattie croniche, di cui l'umanità si è infettata senza neanche accorgersi del malanno.

“La salute dei denti fa sorridere il tuo cuore”

AIO/Il 7° congresso internazionale ad Alghero, una vetrina per tutta l'isola

Nella splendida cornice di Alghero, si svolgerà, dal 13 al 15 giugno 2013, il 26° Congresso Nazionale e 7° Congresso Internazionale AIO (Associazione italiana Odontoiatri) - Focus on dentistry: "La salute dei denti fa sorridere il tuo cuore" "Healthy teeth let your heart smile". L'insieme dell'offerta scientifica e turistica, rappresenta per tutto il territorio una preziosa occasione per esaltare il nome della Sardegna in ambito europeo e non solo, grazie alla presenza di relatori di livello internazionale. L'importanza dei temi scientifici, la rilevanza internazionale dei relatori presenti, le tradizioni regionali, i beni naturali e storici, la produzione agro-alimentare, saranno una vetrina prestigiosa e di valore assoluto per il futuro congressuale della nostra terra. I lavori congressuali del 14 e 15 giugno saranno preceduti il giovedì da quattro corsi monotematici su implantologia, odontoiatria ricostruttiva, parodontologia, terapia del dolore e cure palliative in odontoiatria, tematica che verrà inquadrata sia dal punto di vista della terapia medica classica sia dalla prospettiva della terapia non convenzionale. L'inaugurazione

del congresso si svolgerà il pomeriggio di venerdì 14 e sarà seguita da un corso di Lorenzo Vanini che tratterà delle più recenti tendenze nel campo dei restauri. Il sabato mattina la relazione principale sarà affidata al Ignazio Loi che discuterà sulla metodica di riabilitazione protesica per il controllo dei tessuti biologici. Il pomeriggio di sabato vedrà la partecipazione di relatori nazionali e internazionali sul tema dei collegamenti tra patologie orali e patologie sistemiche come diabete, OSAS, cardiopatie. Il simposio

AIO-SIE avrà come tema il quesito: recupero del dente naturale o soluzione implantologica, mentre nel simposio AIO-SIDO si discuterà di ortodonzia e patologie correlate. Una sessione aperta anche agli odontotecnici tratterà la protesi mobile secondo la scuola di Zurigo e un corso per il team odontoiatrico sarà tenuto da Carlo Guastamacchia. Le attività collaterali, come la regata velica di beneficenza che si svolgerà l'11 e 12 giugno, serviranno per consolidare il ricordo di una bellissima esperienza vissuta nell'isola.



Focus
on dentistry
www.aio.it

La salute dei denti fa
sorridere il tuo cuore!
Healthy teeth let your
heart smile!

Alghero
13-15 giugno
2013

Ferluigi Delogu
Presidente del Congresso
Presidente Nazionale AIO
Congress President
AIO President

Marcello Masala
Presidente Comitato Organizzatore
Presidente Regionale AIO
Organizational Committee President
AIO Regional President



Bacheca annunci

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

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

Il sottoscritto _____

Residente in _____

Città _____

Telefono/Fax _____

Email/PEC _____

Professione ed eventuale numero di iscrizione all'albo _____

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

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

Data _____

Firma _____

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

Affittasi studio medico/dentistico sito a Sassari in via Pasella (Li Punti) così disposto: ingresso, reception, sala d'attesa, 2 sale operative, sterilizzazione, archivio-ufficio priv., bagno priv., bagno per disabili, perfetto stato, ampio parcheggio, 600 euro + IVA, contattare Dott.ssa Elena Solinas (3939187542 - 079395111)

Il dott Gianfranco Lai, odontoiatra e protesista dentale, Dottorando in Odontostomatologia Preventiva presso l'Università degli Studi di Sassari, comunica la propria disponibilità a frequentare ambulatorio odontoiatrico a fini di apprendimento, perfezionamento e collaborazione. Tel: 3498323234; 86.gianfranco@gmail.com

La Dott.ssa Renata Strinna, igienista dentale, comunica la propria disponibilità per collaborazioni presso strutture odontoiatriche. Tel 3294737959; rstrinna@gmail.com

La Sig.na Fabiola Leoni comunica la propria disponibilità per un impiego presso strutture medico/odontoiatriche in qualità di segretaria o assistente alla poltrona. Tel 3468016420

La Sig.na Giovanna Michela Ganadu comunica la propria disponibilità per un impiego presso strutture medico/odontoiatriche in qualità di segretaria o assistente alla poltrona. Tel 3490637900 - 3204115102 giovannamichelaganadu@yahoo.it

**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	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		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		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	SI	Pruneddu Gian Luca	2012	Via Asproni 28	07100 Sassari		347/6101788
SI	SI	Rassu Anna Laura	2012	Via XX Settembre 19	07010 Mara		329/3059390
SI	NO	Rocchi Chiara	2012	Via Turrutana 42/a	07100 Sassari		333/3321712
SI	NO	Rum Iolanda	2007	Via Salvatore Dau 7	07100 Sassari		338/3483224
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		349/7570413
SI	NO	Sudano Silvia Domenica	2012	Via Balduca 24	07100 Sassari		346/2129149
SI	NO	Zodda Assunta	2012	Via Monte Grappa 13	07100 Sassari		340/3298062

Aggiornato al 28.03.2013