

Anno XXII - Agosto 2013 - n. 4

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 04 - Agosto 2013

SASSARI MEDICA

Consiglio Direttivo 2012/2014

Presidente Agostino Sussarellu

Vicepresidente Rita Nonnis

Segretario Giovanni Biddau

Tesoriere Nicola Addis

Consiglieri

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

Commissione Iscritti

all'Albo Odontoiatri 2012/2014

Presidente Pier Luigi Delogu

Componenti

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

Collegio Revisori dei Conti

Presidente Giancarlo Bazzoni

Revisori

- Natalia Marta C. Grondona
- Leila Maria Marchisio

Revisore Supplente: Pasqualina Bardino



In copertina: Castelsardo (Masala)

Le immagini dell'Anglona sono di Niki Bratovich, Marcello Masala e Antonio Pinna

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 Giancarlo Bazzoni, Guglielmo Campus, Paolo De Angelis, Francesco Bustio Dettori, Piero Di Silverio, Marilena Fiori, Valerio Gennaro, Alessandra Lucaferri, Vincenzo Migalettu, Mario Oppes, Mario Pala, Mario Palermo, Laura Perati, Giovanna Rau, Stefano Serra

Redazione Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Sassari - Via Cavour n°71/B 07100 Sassari - Tel. 079/234430 telefax. 079/232228
Registrazione n° 236 del 15-12-1989 tribunale di Sassari. Poste italiane s.p.s spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003 (conv.inl. 27/02/2004 n°45) art. 1 comma 2 DCB Sassari

Proprietà Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari.

Realizzazione editoriale Tipografia TAS

Zona Industriale Predda Niedda sud strada n° 10 07100 Sassari.



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari

Via Cavour n° 71/b - 07100 Sassari

Telefono 079-234430

Fax 079-232228

Sito Internet

<http://www.omceoss.org>

@Email@ e PEC

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

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

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

Orari di apertura al pubblico

Lunedì: 11:00 – 13:00

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

Mercoledì: 11:00 – 13:00

Giovedì: 11:00 – 15:30

Venerdì: 11:00 – 13:00

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

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

IN QUESTO NUMERO

EDITORIALI DEI PRESIDENTI

- 1/ I danni della Medicina Difensiva e il ruolo dell'Ordine nelle controversie Pagina 5
- 2/ Riforma dell'Enpam e audizioni alla Camera, primi segnali che qualcosa si muove 7

OMCeOSS/VITA DELL'ORDINE

- Approvato il bilancio consuntivo 2012. Risultati coerenti con gli obiettivi 8
- Sanità pubblica: quanto può essere sostenibile con più bisogni e meno risorse? 9

GRAFFITI

- Nino Bagella, cattolico impegnato e pioniere della bioetica in Sardegna 10

NOIPERVOI

- ALL Sassari, vent'anni di volontariato a sostegno dei malati di leucemia 12

ODONTOIATRIA

- Focus on dentistry: le relazioni scientifiche dopo la regata velica di beneficenza 14
- Prevenzione orale e salute pubblica alla Summer School in giugno a Alghero 16
- Il sorriso dei bambini, posologia ed effetti collaterali 17
- Tecnologie e materiali innovativi per conservativa e endodonzia 19

SPAZIO/GIOVANI

- Conferenza Nazionale ANAAO: ci siamo e non vogliamo stare a guardare 22

APPROFONDIMENTI

- Perché esistono le liste di attesa? È anche un problema di appropriatezza 23
- Il metodo dell'agopuntura auricolare nel trattamento di sovrappeso e obesità 27
- Un sardo su tre vive in un sito inquinato. Aree a rischio Sassarese e Sulcis 36
- Ecocardiografia fetale: una grande risorsa contro le cardiopatie congenite 40
- Il doping: un problema diffuso e un allarme inascoltato 44
- Proprietà terapeutiche delle piante officinali: Pungitopo e Digitale 48

FNOMCeO e CAO

- Valutazione dei rischi per i titolari di studi medici e odontoiatrici 50
- Sanità pubblica veterinaria, sicurezza degli alimenti: corsi di formazione 51

TACCUINO

- Congresso annuale della FDI a Istanbul e a Cagliari XI Simposio AIO Sardegna 51

NEWS

- L'ospedale della Maddalena; ricerca sul tumore all'utero nel nord Sardegna e notiziario 52

CULTURE

- Appunti di viaggio/Emozioni dal Senegal: medicina, tradizione, marabout e macumba 54
- L'isola che c'è/Bulzi 57
- Libri/L'ultima lettera per Pambira e La violenza su donne e minori 59

MUSICA

- Mille vibrazioni d'amore. Il rock tricolore di Ivan Satta 60

FLORILEGIO

- Piccole perle di saggezza nelle frasi celebri di Anton Cechov 62
- Bacheca 63
- Elenco dei medici disponibili 64

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 (breve), finalizzati a stimolare l'attenzione del lettore; dovrà essere suddiviso in paragrafi e riportare un breve sunto di massimo 10 righe, illustrante il contenuto. Eventuali acronimi dovranno essere esplicitati per esteso. La bibliografia 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 mediazione fra medico e paziente: un istituto (purtroppo) poco utilizzato

I danni della Medicina Difensiva e il ruolo dell'Ordine nelle controversie

Nell'editoriale pubblicato nel precedente numero di "Sassari Medica", ho accennato al grave danno che la così detta "Medicina Difensiva" causa alle esauste casse dello stato. Circa il 10 % della spesa sanitaria si perde dietro questo mostro che la nostra categoria è stata in grado di creare e, soprattutto, di alimentare; parliamo di dieci miliardi di euro, per i nostalgici circa 20.000 (ventimila) miliardi delle vecchie lire.

In qualsiasi consenso, tale argomento trova tutti d'accordo nel sostenere che il fenomeno va affrontato con decisione e quindi risolto.

Quando però si tratta di trovare le cause scatenanti e le soluzioni conseguenti, inizia il caos: non c'è un'idea condivisa, ognuno cerca di attribuire ad altri la responsabilità di quanto sta avvenendo.

"La colpa è dei pazienti, o dei loro parenti, che con le denunce alimentano il contenzioso medico-legale e di conseguenza il medico cerca di difendersi da possibili rivalse economiche".

"I pazienti sono troppo informati, grazie a internet, sulla loro malattia (a volte più degli stessi medici) e questo li mette in una condizione di forte capacità critica nei confronti delle cure cui sono sottoposti".

"L'aziendalismo sanitario mette i medici in condizioni sempre più precarie, per il forte carico lavorativo e lo stress conseguente, per esempio, ai mancati riposi e ai turni massacranti".

Queste sono alcune cause spesso portate ad esempio. E se invece cercassimo dentro noi stessi, le motivazioni di quanto sta avvenendo?

E se il problema sostanziale fosse rappresentato dalla sempre più precaria relazione medico-paziente, che non vede più come protagonista l'individuo, ma, nei casi più fortunati, vede solo la sua malattia? L'ammalato non è considerato globalmente per i suoi bisogni fisici e psicologici, per le sue aspettative,

di Agostino Sussarellu



le sue paure, le sue necessità, ma per la sua malattia che va guarita, altrimenti la Medicina subisce una sconfitta. La crisi profonda della comunicazione medico-paziente viene da lontano, da quando ci si è affidati molto alla tecnologia mettendo da parte l'umanità su cui si fondava il nostro operare.

Non mi sogno minimamente di ripudiare quanto di moderno la scienza ci mette a disposizione, ma ritengo che compito del medico sia anche dialogare con l'uomo che gli sta davanti, conoscere

le inquietudini, le ansie, parlargli in maniera adeguata e con il tatto necessario.

È indispensabile riappropriarci appieno di quello che è il cardine della nostra professione, ben definito all'interno del Codice Deontologico: "La libertà e l'indipendenza della professione", che si esplica "assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persone senza soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura".

È anche giusto ricordare che l'Ordine non va visto come un organo a cui rivolgersi solo per rivendicare tutela di diritti più o meno violati o una qualche tardiva difesa alla fine di lunghi percorsi giudiziari, ma come un'istituzione nata con scopi ben precisi, e che ha tra i suoi compiti primari (articolo 3 del decreto legislativo 233/1946) quello di "interporre, se richiesto, nelle controversie fra sanitario e sanitario o fra sanitario e persona o enti a favore dei quali il sanitario abbia prestato o presti la propria opera professionale, per ragioni di spese, di onorari o per altre questioni inerenti all'esercizio professionale, procurando la conciliazione della vertenza e, nel caso di non riuscito accordo, formulando il proprio parere sulle controversie stesse".

Il legislatore, pur non immaginando gli effetti nefasti della Medicina Difensiva (il decreto è del 1946), era ben conscio della necessità di porre argini

ai contenziosi e ritenne opportuno che, nel controllo deontologico del comportamento dei sanitari, fossero insite le giuste regole per far emergere leggerezze foriere di eccessivi procedimenti risarcitori in campo sanitario.

Voglio sottolineare come siano state poste le basi per la soluzione delle vertenze nella nostra stessa "casa" di appartenenza senza dover necessariamente giungere in tribunale.

Il legislatore pose un unico vincolo: "L'Ordine Professionale s'interpone su richiesta".

Nella mia esperienza di Presidente dell'Ordine della provincia di Sassari raramente ho avuto modo d'interporvi, su richiesta, tra un sanitario e un paziente.

Le poche occasioni che ho avuto sono state sollecitate da cittadini che ritenevano, a torto o a ragione, di aver subito un danno e curiosamente si sono risolte sempre con soddisfazione di entrambe

le parti. Perché mai il medico che si trova in una condizione di contenzioso, non ritiene di doversi rivolgere a chi, come appartenenza, lo rappresenta?

Qualora un collega si sentisse ingiustamente chiamato in causa, potrebbe chiedere al proprio Ordine di mediare tra lui e il cittadino oppure tra lui e i periti che si occupano della vicenda.

Periti che, nello svolgimento del loro delicato compito professionale, hanno dei precisi vincoli deontologici e che perciò non potrebbero rifiutare un confronto all'interno della nostra istituzione.

Sicuro della propria professionalità, il medico ha il compito di difenderla in ogni luogo e in particolare nell'organo deputato a questo: l'Ordine dei Medici.

Non sto rivendicando un ruolo nella mediazione civile che si sta cercando di ripristinare, ma sto semplicemente evidenziando questa funzione fondamentale che il legislatore ha attribuito agli Ordini Professionali sin dalla loro istituzione.

OBBLIGO DI ATTIVAZIONE POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Professione: confronto fra istituzioni, operatori e associazioni di categoria

Riforma dell'Enpam e audizioni alla Camera primi segnali che qualcosa si muove

Finalmente si discute in maniera paritetica e si tenta di affrontare i problemi con idee innovative e atteggiamenti costruttivi.

Il tono ottimistico delle mie parole è motivato da alcune recenti iniziative che rappresentano una ventata di straordinarietà nel nostro settore: si è infatti sviluppata una convergenza fra forze sociali ed enti istituzionali per cercare soluzioni condivise a problematiche che da tempo affliggono la nostra professione.

Desidero in particolare porre l'attenzione su due eventi che possono gettare le fondamenta per la costruzione di un nuovo progetto dedicato al futuro della nostra compagine.

Il primo è rappresentato da un convegno organizzato dall'Enpam, che ha sancito l'istituzione di un osservatorio sullo stato e sulla evoluzione del mondo del lavoro in sanità.

Questo organo di rilevamento e analisi, che nasce in collaborazione con tutte le associazioni di categoria, elaborerà i dati attuali e le proiezioni future per esprimere una serie di proposte operative che possano prevenire le eventuali criticità e possano formulare indicazioni utili sulla sostenibilità del sistema di interconnessione tra lavoro e previdenza.

Per ottenere tali risultati l'Ente desidera modificare i propri paradigmi statutari e ampliare, di concerto con le istituzioni governative, il proprio campo di azione con interventi mirati a creare dei percorsi di assistenza per i giovani medici e odontoiatri allo start-up della loro attività. Verranno proposte risoluzioni volte sia alla formazione del medico con sistemi professionalizzanti, sia alla garanzia della anticipazione della potenziale produttività reddituale; verranno inoltre valutate forme di credito agevolato per i neolaureati.

di Pier Luigi Delogu



Dall'esame dei dati ottenuti si potranno individuare tendenze evolutive e le relative direttrici distributive delle risorse disponibili. Insomma la professione non è un "gigante addormentato" ma si riscopre dinamica e punta sulle nuove generazioni e su una proposta politica di welfare autogestito, con prospettive moderne che portino a una programmazione sostenibile di lunga durata: in pratica si riappropria del valore etico del suo ruolo determinando un equilibrio tra le generazioni con

l'obiettivo precipuo della tutela della salute dei cittadini. Il secondo evento è stato l'audizione, presso le commissioni riunite affari sociali e bilancio, programmazione e tesoro della Camera dei Deputati, di tutte le associazioni di categoria interessate alle problematiche della salute per avviare una indagine conoscitiva sul sistema attuale e analizzare, attraverso le criticità, la sostenibilità dell'assistenza sanitaria.

Come anticipato dal presidente della commissione affari sociali, onorevole e collega Pierpaolo Vargiu, durante il recente convegno svoltosi a Sassari, la componente politica ha sentito l'esigenza di confrontarsi con gli addetti ai lavori del mondo medico per avere input, dati e proposte operative che possano salvaguardare la salute collettiva, individuando le priorità e migliorandone l'offerta.

Ritengo che questa iniziativa sia un ottimo punto di partenza e possa rappresentare un collegamento diretto tra i cittadini e chi ci rappresenta, con la speranza che tutto questo venga avvalorato dai fatti e non si riveli solo un improduttivo spreco di parole.

Tutto ciò mi rende fiducioso soprattutto perchè evidenzia una sterzata verso nuove metodologie operative che derivano da una assunzione di responsabilità, foriera di grandi progetti.

I revisori hanno attestato la regolarità contabile e amministrativa

Approvato il bilancio consuntivo 2012 Risultati coerenti con gli obiettivi

Il Consiglio direttivo dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Sassari ha esaminato e approvato il 23 aprile scorso il conto consuntivo dell'esercizio finanziario 2012, ovvero il riscontro dell'attività dell'Ordine, verificando i programmi stabiliti nel bilancio di previsione. Come pre-



visto dal regolamento per l'amministrazione e la contabilità dell'Ordine, il conto consuntivo si compone del rendiconto finanziario, della situazione amministrativa e del conto economico.

Come consuetudine è stato predisposto un rendiconto finanziario dettagliato, che è sempre a disposizione degli iscritti. Sinteticamente, nonostante alcuni scostamenti rispetto a quanto preventivato, si può affermare che l'ente ha raggiunto risultati coerenti con gli obiettivi proposti e approvati. Gli incassi e i pagamenti sono conformi alle scritture contabili regolarmente tenute e tempestivamente aggiornate, così come ogni determinazione contabile è basata su documenti giustificativi agli atti. Le spese per il personale dipendente non hanno subito alcuna variazione in considerazione del fatto che il contratto collettivo nazionale di lavoro del comparto enti pubblici non economici non è stato ancora rinnovato, nonostante sia scaduto alla fine del 2009.

Dalla situazione amministrativa si rileva che al 31.12.2012 l'avanzo di amministrazione è di 251.720,48 euro, mentre l'avanzo di cassa è di 320.145,73 euro: la differenza fra i due importi, di amministrazione e di cassa, è determinata dal fatto che il primo tiene conto dei residui attivi e passivi, mentre il secondo è il risultato di un bilancio di

cassa, cioè di un conto che evidenzia solo le somme materialmente entrate e uscite dalle casse dell'Ente.

Per quanto riguarda il conto economico, formato da componenti positivi e negativi della gestione secondo criteri di competenza economica, non vi sono partite di giro né residui degli anni precedenti; si possono evidenziare l'accantonamento dei trattamenti di fine rapporto dei dipendenti e l'ammortamento dei beni. In merito alla situazione patrimoniale tra le immobilizzazioni, alla voce "mobili, attrezzature, macchine ufficio, software, etc" si registra un importo inferiore al 2011, in quanto una parte dei beni sono stati ammortizzati per intero, pertanto il loro valore è stato indicato a zero; inoltre, le nuove attrezzature informatiche non sono state consegnate entro il 2012, pertanto saranno iscritte nell'anno 2013. Le variazioni dei beni ammortizzati per intero interessano anche il Fondo ammortamento, che è stato decurtato del medesimo importo sottratto dalle immobilizzazioni, ma allo stesso tempo è aumentato per l'importo corrispondente alle quote di ammortamento relative all'esercizio corrente.

La relazione è stata illustrata al Consiglio direttivo dal tesoriere Nicola Addis. Positivo anche il rapporto dei revisori dei conti, Giancarlo Bazzoni, Natalia Marta Grondona e Leila Maria Marchisio. Il collegio ha attestato: di aver verificato che la contabilità è stata tenuta con il sistema meccanizzato, che gli obblighi fiscali e previdenziali a carico dell'Ente risultano essere rispettati; che i versamenti di imposte, tributi e contributi dovuti nell'anno 2012 sono stati eseguiti regolarmente.

Dopo l'esame particolareggiato del conto stesso e dei documenti di entrata e uscita il collegio dei revisori dei conti ha attestato che il bilancio consuntivo è stato formulato in applicazione dei criteri di cui al Codice Civile, al regolamento per l'amministrazione e la contabilità dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri e alle norme in materia di contabilità e amministrazione degli enti pubblici non economici.

Incontro-dibattito con il presidente della Commissione Sanità della Camera

Sanità pubblica: quanto può essere sostenibile con più bisogni e meno risorse?

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari ha promosso un incontro-dibattito dal titolo "La sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Crescono i bisogni diminuiscono le risorse". L'incontro è stato organizzato in collaborazione con la presidenza della commissione affari sociali e Sanità della Camera dei Deputati e si è svolto il 21 giugno scorso, nella sala conferenze del quotidiano "La Nuova Sardegna", a Sassari.

"È un momento di crisi partcolare, la povertà ha incrementato l'aumento degli esenti da ticket, con una perdita di 140 milioni di euro di introiti, a cui si aggiunge il miliardo di euro in meno nel fondo sanitario: il nostro Servizio Sanitario Nazionale è fra i migliori del mondo, ma ciò comporta spese di non poco conto, e dobbiamo chiederci se e come si potrà andare avanti" ha detto il presidente dell'Ordine Agostino Sussarellu, aprendo i lavori. Sussarellu ha poi ricordato quanto stia incidendo negativamente la medicina difensiva, una "preoccupante deriva soprattutto per i più giovani, che sta costando al Servizio Sanitario Nazionale 10 miliardi di euro all'anno". Si è parlato di sfida, perché di questo si tratta quando si cerca un modo per garantire a tutti l'assistenza raggiunta, ma con meno risorse.

L'ospite d'onore dell'incontro è stato Pier Paolo Vargiu, presidente della commissione affari sociali e sanità della Camera, che non si è sottratto al confronto, anzi, sin da subito ha parlato di quella sassarese come "una occasione utile per delineare un quadro della situazione per trovare soluzioni". Medico prima che politico, Vargiu ha evidenziato i limiti dei politici e della Regione, sottolineando come, al di là degli schieramenti, vi siano state idee innovative, ma nessuno è riuscito poi a mettere in pratica una strategia per un vero cambiamento dell'organizzazione sanitaria, nel centrodestra come nel centrosinistra (Dirindin), e il "non scegliere" sta comportando conseguenze anche gravi. "Dobbiamo assolutamente fare i conti con una spesa sanitaria che

cresce e con la contemporanea diminuzione del prodotto interno lordo, e per quanto riguarda la Sardegna diventa sempre più difficile coniugare la sostenibilità economica con il welfare" ha detto Vargiu.

Puntuali gli interventi dei manager del territorio: Marcello Giannico, direttore generale della Asl 1, ha sottolineato quanto sia complesso gestire la sanità a livello territoriale senza il supporto dei piani di programmazione nazionali e regionali, rimarcando l'urgenza di riordinare la rete sanitaria e l'organizzazione delle Asl, evitando tagli lineari.

D'accordo anche Giovanni Antonio Fadda, direttore generale della Asl 2, che ha lamentato come la mancata programmazione dall'alto e gli eccessivi vincoli delle Asl producano problemi organizzativi sul territorio, e ha citato quelli della Gallura, riferendosi in particolare a Tempio e La Maddalena. Anche Mario Manca, in rappresentanza della Aou ha lamentato i vincoli eccessivi imposti alle aziende sanitarie, soprattutto in merito al bilancio.

Nel dibattito sono state diverse le tematiche espresse; Nicolò Licheri, direttore del distretto sanitario di Sassari, ha rimarcato la mancanza di dialogo fra Asl e Aou, che continuano a operare in modo autonomo, tanto che hanno prodotto due atti aziendali senza "percorsi condivisi di assistenza ai pazienti". Sul concetto che forse con maggiore organizzazione si può fare meglio anche con fondi limitati si sono espressi in diversi.

Ad esempio il dirigente della clinica di anestesia, Luca Brazzi, che ha parlato della difficoltà di operare con fondi ridotti, mantenendo però doppie strutture che, se razionalizzate, potrebbero offrire un servizio migliore a costi contenuti.

Nelle sue conclusioni l'onorevole Vargiu ha posto alcuni interrogativi sui quali riflettere in vista dei prossimi incontri. Il principale è che in Sardegna esistono "due linee di pensiero" per migliorare la sanità, ma sono entrambe fallite: perché? Forse perché fa paura l'innovazione, che vuol dire anche sacrificio e perdita di qualche rendita di posizione?



Il tavolo dei relatori

Ad un anno dalla scomparsa un convegno per ricordarne la figura

Nino Bagella, cattolico impegnato e pioniere della bioetica in Sardegna

“La bioetica pone in dialogo discipline scientifiche e opzioni culturali diverse, adulti e giovani, se possibile uomini e animali... Costruire ponti sopra grandi fiumi può essere difficile, ma è sicuramente molto utile. Si conosce la gente che sta oltre il fiume, con i suoi costumi e il suo territorio, si attivano i traffici e cresce la ricchezza di tutti. La bioetica getta ponti innanzitutto tra bios (vita) ed ethos (regole di comportamento), tra scienze sperimentali, come la biologia e la medicina, e scienze umane come la morale e il diritto”. Con queste parole Nino Bagella, allora presidente del Comitato di Bioetica di Sassari, nato da meno di tre anni, presentava la sua idea della bioetica sul quotidiano *La Nuova Sardegna*. Bagella aveva accettato di far parte del comitato con qualche esitazione, perché i suoi impegni di magistrato (ricopriva allora la carica di presidente del tribunale di Sassari) erano senz'altro molto onerosi. Ma si era ben presto appassionato alla bioetica ed era diventato il principale motore di tutte le iniziative che avevano permesso di far conoscere, anche in Sardegna, una disciplina che ormai assumeva una rilevanza indiscutibile. Bagella si era rapidamente convinto dell'importanza del compito di far conoscere la bioetica e l'impegno dedicato alla diffusione di questa disciplina verrà più tardi ricordato da lui stesso come

di Mario Oppes



una fase importante della sua vita, tanto che in un suo libro autobiografico, pubblicato 6 anni prima della morte, avvenuta nel 2012, dedicherà un intero capitolo alla bioetica.

Ma ciò che probabilmente lo affascina maggiormente era il fatto che la bioetica potesse rappresentare un modello di civile e costruttivo confronto fra culture, posizioni e sensibilità diverse. “Uomini di diverse discipline che prima si ignoravano, - scriveva ancora Nino Bagella sulla *Nuova Sardegna* - si incontrano, constatano di avere interessi comuni, primo fra tutti la salvezza e anzi la promozione dell'uomo e insieme si accingono a gettare ancora un ponte verso il futuro, a favore cioè delle nuove generazioni”. Una bioetica come luogo del dialogo, molto lontana dall'immagine, dominante nei media, caratterizzata da scontri tra fondamentalismi incapaci di comunicare, dove l'affermazione delle proprie posizioni è affidata più alla aggressività di chi le sostiene che alla forza delle argomentazioni razionali. E alla ricerca bioetica assegnava un ruolo fondamentale, la promozione dell'uomo, sottolineandone così il compito pratico e rifuggendo di conseguenza dalle inconcludenti discussioni accademiche. Da cattolico impegnato, incoraggiava senz'altro il dialogo con i laici, senza per questo cadere in posizioni relativistiche e arrivò a manifestare



Nino Bagella

concretamente il rispetto per le posizioni diverse dalle sue, sollecitando la scelta del suo successore nella figura dell'avvocato Francesco Giuffrida, un laico col quale condivideva però il comune obiettivo del rispetto della dignità umana.

Oggi, ad un anno dalla scomparsa, il Comitato di Bioetica ha voluto ricordare Nino Bagella dedicandogli un convegno in cui i temi della bioetica si sono mescolati con quelli della politica sanitaria e della giustizia, tutti ambiti a lui particolarmente congeniali e sui quali non avrebbe rinunciato ad esprimere le proprie opinioni.

Nei quasi 20 anni di attività del Comitato di Bioetica aveva avuto l'opportunità di raccogliere i frutti del suo impegno, ma c'era un obiettivo che riteneva non fosse stato ancora raggiunto ed era quello di far penetrare la cultura bioetica nella professione medica.

Constatava infatti che lo spazio riservato alla bioetica nell'ambito della formazione dei medici era ancora troppo marginale e l'interesse per la disciplina da parte dei medici complessivamente ancora scarso. Fino alla prima metà degli anni '90 la bioetica era in Sardegna una disciplina pressoché sconosciuta. Nino Bagella ha dato senz'altro un contributo significativo alla sua diffusione e non si potrebbe immaginare un modo migliore di onorare la sua memoria che dando continuità al percorso da lui tracciato.



Nulvi, murale



Santa Maria di Tergu

La benemerita attività dell'associazione

AIL Sassari vent'anni di volontariato a sostegno dei malati di leucemia

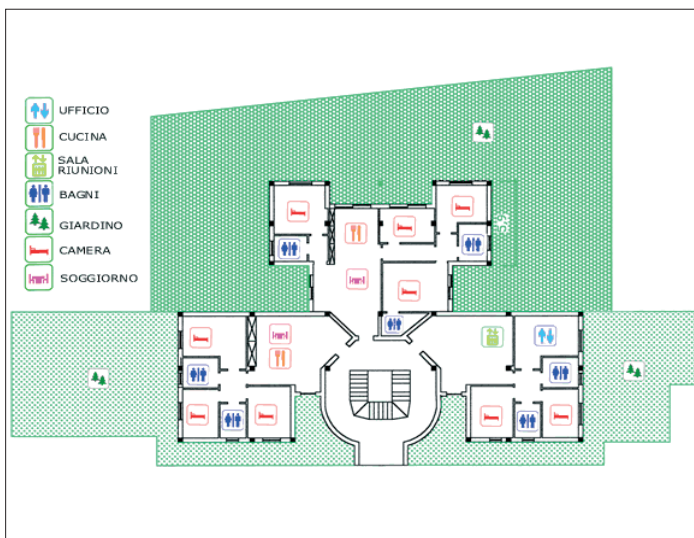
La sezione dell'AIL di Sassari (Associazione Italiana contro le leucemie-linfomi e mielomi) è nata nel 1992 per sostenere l'opera dell'Istituto di Ematologia dell'Università di Sassari; infatti con le prime raccolte fondi, nel 1996, è stato realizzato il reparto delle camere sterili per poter effettuare autotrapianti di cellule staminali e chemioterapie preparatorie per i trapianti di midollo osseo. In seguito, grazie a un aggiornamento dello statuto proposto dalla sede nazionale, la sezione si è dedicata al sostegno di tutti i malati di leucemia della provincia (Sassari - Olbia Tempio); dal 1997 finanzia un'equipe medica e paramedica per l'assistenza domiciliare a pazienti leucemici, che ricevono cure ed eventuali trasfusioni gratuitamente, evitando così lunghi ricoveri in ospedale; vengono seguiti in media 15/20 pazienti al mese.

La domiciliare opera in stretta collaborazione con l'Istituto di Ematologia, dove peraltro, nel 2002, sono stati assunti, a carico dell'AIL, due biologi che si occupano degli esami dei pazienti in domiciliare, di quelli del reparto, svolgendo al contempo attività di ricerca. Dal 2011 i biologi assunti dalla sezione di Sassari sono tre. Negli anni successivi sono stati assunti per l'assistenza domiciliare un'infermiera professionale che opera in collaborazione con il reparto di Oncologia dell'ospedale Civile di Alghero e un biologo presso il Laboratorio Analisi dello stesso nosocomio, per gli esami relativi; dal 2005 è stato impegnato un medico per la Domiciliare Oncologica dell'Ospedale di Olbia.

Il 1998 è stato contrassegnato dalla inaugurazione di Casa AIL, con sede in via Piandanna a Sassari, dove vengono ospitati gratuitamente pazienti leucemici

e loro parenti, provenienti sia dai paesi della Sardegna che dalle altre regioni italiane, per essere sottoposti a trattamenti terapeutici. La casa si compone di nove camere a due letti e due ampi soggiorni con angolo cottura dove i pensionanti possono risiedere come se fossero nella propria abitazione; è gestita da una governante, un'addetta alle pulizie e un manutentore regolarmente stipendiati dalla sezione. Nel 2002, grazie al premio "Dash Missione Bontà", l'AIL ha partecipato alle opere di ristrutturazione della Clinica Pediatrica dell'Università di Sassari con un significativo contributo: le decorazioni di tutte le pareti del reparto con pregevoli dipinti degli studenti dell'Accademia delle Belle Arti di Sassari, la fornitura dei mobili per la sala giochi, la realizzazione di due camere per il day hospital e nel corso degli anni successivi tutti i comodini, le sedie oltre a numerose poltrone letto per le mamme.

L'AIL Sassari ha da sempre finanziato i soggiorni a Cagliari dei familiari dei pazienti sottoposti a trapianto di midollo osseo; i viaggi dei malati costretti



Pianta del nuovo centro di accoglienza dell'AIL

a recarsi sul continente per terapie particolari e attualmente le trasferte mensili di un ragazzo ventenne, affetto da una forma rara di leucemia, che sta seguendo una terapia sperimentale in un centro specializzato. Da diversi anni, e in particolare in questi ultimi tempi contrassegnati da profondi disagi, l'AIL Sassari eroga un contributo mensile a quindici pazienti in particolari ristrettezze segnalati dall'Istituto di Ematologia o da altre fonti attendibili, che consenta il pagamento dei canoni d'affitto, bollette acqua e luce. Attualmente si occupa del sostegno psicologico per un piccolo paziente leucemico con difficoltà familiari ed economiche.

Per l'Istituto di Ematologia dell'Università di Sassari, nel corso degli anni, sono stati acquistati monitor, condizionatori per le camere di degenza, poltrone per la chemio, presidi di laboratorio, suppellettili per day hospital, cucine e frigoriferi per il reparto; per l'Ospedale Civile di Olbia gran parte degli arredi del reparto di Oncologia; per i centri trasfusionali di Ozieri, Tempio e Alghero gli apparecchi televisivi; per la Pediatria di Tempio i decori delle pareti e una incubatrice di ultima generazione.

Tutto questo è nato e si mantiene dalle raccolte fondi nazionali e locali, e non si sarebbe potuto certo realizzare se le sezioni provinciali dell'AIL non avessero autonomia gestionale su tutti i contributi, che per regolamento rimangono nelle sedi periferiche. La sede centrale è a conoscenza delle attività delle sezioni ed esercita un controllo sui bilanci ma lascia alle stesse la massima discrezionalità amministrativa.

L'assoluta libertà di esercizio economico consente alle sezioni di intervenire tempestivamente senza preventive autorizzazioni centrali, con il vantaggio di gestire l'assistenza in base alle reali necessità del territorio e di utilizzare al massimo, senza residui di capitale, le entrate correnti. I fondi vengono raccolti con campagne nazionali come "le Stelle di Natale" e "le Uova di Pasqua" o con manifestazioni locali: concerti, eventi sportivi, esposizioni di quadri donati dagli artisti o di manufatti realizzati dalle socie, bomboniere solidali, memorial in ricordo di persone scomparse.

Alcune di queste mostre sono ormai un appuntamento che si rinnova ogni anno, come "Il Natale in villa" al villino Ricci di Sassari, "I colori dell'AIL" nei locali dell'ex circolo dei marinai in piazza Civica ad Alghero, "il Mercatino Volante" presso i giardini

pubblici di Sassari con la collaborazione degli alunni della scuola dell'obbligo. L'AIL Sassari svolge anche dei cicli di conferenze nelle scuole di ogni ordine, per informare gli studenti sulle affezioni leucemiche e problematiche correlate e, nell'ambito della campagna delle uova di Pasqua, ha istituito l'iniziativa "Adotta un uovo per classe", per rafforzare la sensibilizzazione dei ragazzi.

Un'altra fonte di finanziamento molto importante è rappresentata dalle donazioni del "cinque per mille", ridistribuita dalla sede nazionale in base all'operatività delle sezioni e sotto questo aspetto siamo nelle prime posizioni per la frenetica attività che ci ha sempre caratterizzato.

Con il cinque per mille elargito sul Codice Fiscale 80102390582 abbiamo sostenuto interamente un progetto di ricerca presso l'Hammersmith Hospital di Londra in collaborazione con l'Istituto di Ematologia dell'Università di Sassari.

I programmi futuri dell'AIL Sassari sono quelli di mantenere in funzione quanto realizzato e dare continuità al sostegno diretto dei pazienti e loro familiari.

www.ailsassari.it - segreteria@ailsassari.it



Ad Alghero il XXVI Congresso Nazionale dell'AIO

Focus on dentistry: le relazioni scientifiche dopo la regata velica di beneficenza

Una regata velica davanti alla costa di Alghero ha inaugurato il 26° Congresso nazionale, il settimo a carattere internazionale, dell'Associazione Italiana Odontoiatri, nei giorni 11 e 12 giugno; una vetrina insolita per promuovere "Focus on Dentistry", e dare il benvenuto ai numerosi ospiti, in particolare alla delegazione della Chicago Dental Association guidata dal presidente David Fulton jr. All'evento sportivo hanno partecipato cinque equipaggi per un totale di 30 "atleti" che con la loro iscrizione hanno permesso di raccogliere 6 mila euro, da destinarsi a onlus impegnate localmente nel sociale; per la cronaca, ha vinto l'equipaggio composto da "novizi" della vela.

"La regata è un' iniziativa da ripetere nei prossimi anni, - spiega Pierluigi Delogu, presidente nazionale AIO - utile sia per potenziare l'attrattiva turistica

dello scenario algherese, sia per dare un forte segnale di attenzione al mondo del volontariato e di solidarietà a chi è meno fortunato. Tre anni fa nelle sale d'attesa dei 50 mila dentisti privati mancavano all'appello sei italiani su dieci; con la crisi sono saliti a sette e mezzo su dieci. Allora il punto di vista cambia: se ieri lo studio dentistico temeva la concorrenza del low cost, ora fa paura la salute generale. Non si chiedono più ai governi sgravi fiscali ma si punta sull'odontoiatria che non si vede: la prevenzione". Così, Pierluigi Delogu si rivolge al ministro della salute Beatrice Lorenzin, e chiede al Servizio Sanitario Nazionale di assicurare le sigillature dei denti dei bambini di famiglie con reddito Isee annuo sotto 8 mila euro.

"Bastano 100 milioni - dettaglia Delogu - il prezzo del cartellino di un calciatore come Cristiano Ronaldo, per coprire i costi delle sigillature dei primi molari in età scolare. Sono quattro denti a bambino, da moltiplicare per 600 mila bambini in fascia "debole" (20 per cento della popolazione) compresi fra i 3 milioni di minori da 6 a 10 anni residenti in Italia. Se per ogni sigillatura stabiliamo il prezzo politico di 40 euro, il costo totale per il Servizio Sanitario Nazionale sarebbe 96 milioni di euro.

E se proprio il Servizio Sanitario Nazionale non contemplates tali risorse nel capitolo di spesa riguardante la prevenzione, si potrebbe concedere al professionista che offre gratuitamente le sigillature, di dedurre interamente i corrispettivi delle prestazioni dalle tasse, ormai giunte a livello di guardia; ne trarrebbe vantaggio l'economia, il paziente risparmierebbe danaro ed eviterebbe di ritrovarsi nelle condizioni cui assistiamo quotidianamente: tasche periodontali cinque volte più profonde di 10 anni fa, buchi cariogeni tre volte più estesi, costi dei preventivi di cura quintuplicati".

Pur se in crescita graduale, l'offerta di odontoiatria pubblica sostenuta dai 5 mila dentisti convenzionati, non è sufficiente. Negli ultimi 4 anni Delogu ha visto di persona peggiorare le condizioni



Pierluigi Delogu ascolta il presidente della Chicago Dental Association David Fulton Jr.

dei bambini durante le visite scolastiche. "Programmi di prevenzione come quello che l'Ordine dei Medici di Sassari offre agli alunni e alle famiglie, puntando sulla rete dei dentisti privati, vanno estesi a tutto il paese, in quanto tale situazione non è più tollerabile".

L'AIO non limita la sua proposta all'età evolutiva; ha infatti impostato il suo programma operativo sulle Linee Guida di Prevenzione del Ministero della salute (Antonella Polimeni presidente del Collegio dei Docenti di Odontoiatria ne ha annunciato ad Alghero imminenti aggiornamenti) e chiede alle Regioni di co-gestire alcune cronicità dell'adulto di concerto con i medici di base, in modo che possano giungere alla osservazione dello stomatologo pazienti con patologie sistemiche correlate ad affezioni orali. Ricerche condotte da odontoiatri nelle università di Pavia (Marzia Segù), Cagliari (Elisabetta Cotti) e Sassari (Guglielmo Campus) dimostrano rispettivamente la correlazione tra apnee notturne, granulomi apicali e parodontiti, patologie trattabili in ambito odontoiatrico, con eventi cardiovascolari, danni endoteliali e diabete.

In Nord Europa i colleghi sono già coinvolti in team con i medici in piani di prevenzione – dice Gerhard Seeberger, già presidente Aio e membro della Federation Dentaire Internationale, società scientifica mondiale dei dentisti – e ora anche l'Italia dovrà fare la sua parte. Abbiamo proposto ai medici di famiglia di condividere una scheda di ogni nostro assistito dove riportiamo i parametri relativi ai fattori di rischio".

Nella città catalana, sede di questo prestigioso convegno, AIO e Operation Smile Italia hanno suggellato un accordo: i dentisti affiancheranno nei prossimi mesi gli oltre 100 "volontari del sorriso" nella lotta alla labiopalatoschisi. Tra i vari eventi in agenda, è da segnalare l'appuntamento in programma a luglio a Taranto sulla portaerei Cavour nell'ambito dell'operazione "Un Mare di Sorrisi".

Sulla nave della Marina

Militare Italiana – dotata di due sale operatorie, tac, ortopantomografo, 12 posti di terapia intensiva e 24 di degenza – a maggio sono stati operati gratuitamente dal team della Fondazione tre bambini con labiopalatoschisi e malformazioni oro mandibolari, interventi chirurgici che saranno compiuti anche in occasione della permanenza triestina dell'imbarcazione.

Operation Smile è una Fondazione attiva in tutto il mondo, nata nel 1982 per iniziativa del medico statunitense Bill Magee. Ogni anno nascono 115 mila bambini affetti da labiopalatoschisi nei paesi in cui è presente Operation Smile. Il trattamento inizia alla nascita e termina a fine crescita, e in questo lasso di tempo un team multidisciplinare dovrà farsi carico dei pazienti, una squadra in cui l'odontoiatra/ortodontista gioca un ruolo molto importante.

Il congresso di Alghero ha rappresentato l'occasione per adottare diverse iniziative di grande rilevanza e una ulteriore opportunità per il territorio di esporre ai relatori e ospiti intervenuti le proprie indiscusse bellezze naturali e i gradevoli, genuini prodotti enogastronomici: grazie a un impeccabile gruppo organizzativo, l'incontro è stato coronato da un grande, confortante successo decretato da una massiccia partecipazione di colleghi altamente motivati e dal gradimento apertamente espresso da tutti i convenuti.



Una delle regate che hanno fatto da corollario al convegno

Per iniziativa del Centro di collaborazione OMS di Milano

Prevenzione orale e salute pubblica alla Summer School in giugno ad Alghero

Anche quest'anno nella splendida cornice di Capo Caccia, si è svolta l'ottava edizione della Summer School, organizzata dal Centro Collaborazione OMS sull'Epidemiologia e Odontoiatria di Comunità di Milano, diretto da Laura Strohmenger, e dai suoi collaboratori, Guglielmo Campus e Maria Grazia Cagetti. Questo corso, che ha una durata di 5 giorni, si



Docenti e partecipanti alla Summer School di Alghero

svolge nel mese di giugno, e ha degli obiettivi ben precisi, vale a dire promuovere i temi della OMS inerenti ai problemi odontoiatrici di comunità, concentrandosi in primis sulla prevenzione e sulla salute pubblica e pianificando interventi preventivi in gruppi di lavoro. Inoltre l'aspetto "vacanza" della Summer, molto apprezzato dai partecipanti; nelle ore pomeridiane post-corso si possono raggiungere con facilità spiagge, quali Le Bombarde, Mugoni e il Lazaretto, e partecipare alle divertentissime cene sociali previste dal programma (ovviamente facoltative). Quest'anno abbiamo avuto, come sempre, relatori italiani ed internazionali, che hanno trattato temi sulla correlazione tra salute orale e la salute sistemica del paziente. Sono intervenuti:

Andrea Vania, università La Sapienza di Roma e presidente dell'ECOG (European Childhood Obesity Group), ha illustrato i problemi correlati all'obesità infantile, le interazioni con il cavo orale e i dati epidemiologici di questa patologia, ormai diffusa in quasi tutto il mondo.

Alessandra Majorana, Università degli Studi di Brescia, ha fornito i dati rilevati da un studio sull'alterazione del gusto e la disgeusia causata dai trat-

tamenti radio e chemioterapici nei pazienti pediatrici oncologici.

Maurizio Bossù, università La Sapienza di Roma, ha trattato il tema della celiachia, dandoci interessanti spunti riscontrabili nei tessuti duri e molli del cavo orale, per una possibile precoce intercettazione della malattia celiaca.

Michele Nardone rappresentante del Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione, ha spiegato i protocolli necessari per richiedere un progetto di ricerca al Ministero della Salute.

Peter Lingstrom, Università di Goteborg in Svezia, è intervenuto fornendoci dati sulla cariologia e la prevenzione ad essa correlata, e ha offerto spunti per i lavori di gruppo, focalizzando l'attenzione sulle principali patologie sistemiche che possono innalzare il rischio di carie.

La Summer School 2014 avrà come tema le problematiche correlate a due fasce d'età particolarmente sensibili, vale a dire i pazienti pediatrici e geriatrici. Le date dovrebbero essere dal 16 al 20 giugno 2014.

Guglielmo Campus, odontoiatra,
docente all'università di Sassari

Il racconto di un'esperienza e un appello: "Fatevi coinvolgere"

Il sorriso dei bambini posologia ed effetti collaterali

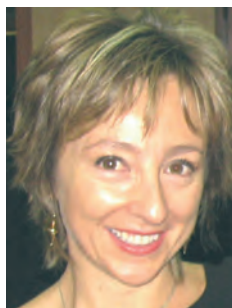
Questo inverno il dottor Antonio Pinna e la dottoressa Destefanis hanno voluto testare su qualche altro collega gli effetti del lavoro di preparazione alle visite nelle scuole dell'infanzia del progetto "Il sorriso dei bambini". Negli anni precedenti avevano già sperimentato su se stessi che non avveniva alcuna trasformazione da dottor Jekyll a Mister Hyde, al massimo la dottoressa Destefanis per un po' aveva risentito di una inusuale attrazione per i tailleurs che qualche mese di mancata frequentazione degli uffici dell'Ordine aveva neutralizzato.

La collega scelta come cavia sono io. Ecco gli effetti:

- Orecchie bollenti dovute a cellulare incautamente usato senza auricolare per lunghe telefonate a colleghi e brevi ma numerose telefonate alle scuole (effetto temporaneo)

- Affinamento della sensibilità tattile-proprio-cettiva da manipolazione dei vari moduli di consenso,

di Alessandra Lucaferri



presentazione progetto, spiegazioni su patologie orali, schede anamnestiche ecc. da portare nei plessi; nel senso che riesco a quantificare a peso quante me ne ha preparato Riccardo nelle segrete stanze dell'Ordine.

- Falcata scattante dovuta alla spola tra Ordine dei Medici e le scuole dove portare il materiale per le visite (effetto temporaneo, ahimè!)

- Miglioramento del senso dell'orientamento dovuto alla ricerca dei vari plessi che migrano nei diversi cas-

seggiati scolastici a seconda delle rovine climatico-edilizie che li mettono fuori uso (effetto permanente o quanto meno di lunga durata sugli edifici scolastici!)

- Incremento della resistenza agli stimoli orchio-clastici esercitati da vari ed eventuali (effetto transitorio, e tutti sarete d'accordo con me se dico che, se possibile, gli stimoli orchio-clastici vanno evitati!!)

Purtroppo il professor Castiglia dell'Istituto di



Una classe ascolta i consigli di igiene dentale



Igiene non considera significativa la sperimentazione su così pochi soggetti e quindi... **ABBIAMO BISOGNO DI VOI!!!!** Fatevi coinvolgere nel Progetto, è meglio di quando si va a donare il sangue, che si scrocca a malapena una colazione.

Per esempio io e la mia assistente siamo sempre state invitate dai bimbi (3 giorni su 3!) a pranzo nella mensa (e non solo il giorno del minestrone!). Ho potuto permettermi di non domare i miei capelli ricci perchè completavano l'aria da "scienziata pazza" che rendeva molto credibile la lezione di igiene orale (commento di un bimbo del primo giorno)! Potrete sfruttare impunemente il lavoro minorile: "guarda

che sono abbastanza alto per tenere la luce sulla bocca sua...!" "posso passarti la busta con lo specchio?". Potreste avere delle gratificazioni personali: bimbo alla mia assistente: "hai il fidanzato?" "eh, si," "peccato, oggi babbo viene a prendermi prima, te lo facevo vedere...".

Se andate più di una volta nella stessa scuola i bimbi che oramai vi hanno inquadrato vi racconteranno delle esperienze dentali di fratelli, cane e gatto e non necessariamente in questo ordine!

E quelli che avete visitato la volta prima si avvicineranno a farvi vedere "quanto sono più puliti i denti da quando hanno visto il cartone animato" e spesso sarà persino vero. E penserete: "lo non visito solo per l'indagine epidemiologica, che magari in quella scheda verde ho scritto pure qualche stupidaggine, ma qualcosa di utile è passata a questi bambini".

Quindi a settembre basta palestra, stop al corso di danza emozionale, fine dell'orto sinergico che tanto nessuno apprezza e fai qualcosa di utile, fai felice l'Igienista: rendi statisticamente significativa la sperimentazione degli effetti sui dentisti del Progetto Il Sorriso dei Bambini! Aderisci e vedrai che benefici psico-fisici!



Approccio colloquiale e confidenziale con i bambini

La dimensione multispecialistica della professione

Tecnologie e materiali innovativi per conservativa ed endodonzia

Parlare di odontoiatria oggi ha un significato che esula da quello che per decenni l'immaginario collettivo degli italiani ha costruito attorno ad una branca considerata minore in ambito medico. Il mondo odontoiatrico è divenuto un puzzle di materie che si sono sviluppate in maniera particolare e hanno proiettato la professione del dentista in una nuova dimensione multispecialistica. Il concetto più importante è quello di mettere a fuoco un fatto determinante: il nuovo millennio ha sortito, in moltissime branche del sapere scientifico, un ampliamento delle conoscenze, un approfondimento di concetti un tempo considerati marginali, e soprattutto l'introduzione di nuove tecnologie, tecniche e materiali. Queste innovazioni, pare banale dirlo, hanno conferito a tutti i campi dell'odontoiatria una rilevante accelerazione.

Le nuove frontiere hanno indotto tutti gli operatori della sfera medica a perseguire un nuovo e costante percorso formativo, denominato Educazione Continua in Medicina (E.C.M.), peraltro reso obbligatorio dal Ministero della Salute. Tale cammino culturale gode di una rilevante offerta di corsi e congressi vari, organizzati sia da società scientifiche e associazioni di categoria (ANDI, AIO), sia da aziende produttrici o ditte fornitrici di strumentario o prodotti dentali; in buona sostanza il fine ultimo è quello di rendere capillare la possibilità di apprendere nuovi protocolli e tecniche operative. Attraverso queste pagine, ci occuperemo prevalentemente di conservativa e di endodonzia, cercando di esporre la materia

di Stefano Serra



in maniera divulgativa per i lettori medici. La conservativa è la branca dell'odontoiatria che per prima si occupa del recupero dell'entità anatomica del dente; essa infatti ripara, appunto conservando attraverso restauri, il dente interessato dalla carie. La seconda materia che osserveremo è l'endodonzia, tenendo presente che la necessità di far ricorso ad essa rappresenta un fallimento di tutte le misure di prevenzione adottate; la terapia che ne consegue porta alla perdita della vitalità del dente perciò del

circuito di protezione offertogli dall'innervazione e dalla sensibilità al dolore.

La conservativa ha subito il suo primo rilevante cambiamento con l'introduzione e conseguente affermazione dei materiali estetici dalle colorazioni naturali e ciò ha invogliato numerosi pazienti a respingere, con il passare degli anni, il "vecchio materiale", cioè gli amalgami d'argento (*caso 1*).

L'affermazione della resina composita, come nuovo composto per restauri, è di fatto da considerarsi il risultato di una duplice operazione; la prima riguarda le aziende produttrici di amalgami, che, in considerazione dell'importante contrazione delle vendite, hanno riconvertito la propria filiera produttiva; la seconda è la ricerca scientifica svolta da Università e gruppi di studio che hanno investito in sperimentazione sulle resine composite, migliorandone le qualità, rendendole superiori alle precedenti e garantendo così una maggiore estetica, secondo le richieste dell'utenza.

Altro importante passo in avanti svolto dalla ricerca è il perfezionamento degli adesivi smalto-dentinali, che, utilizzati con provati protocolli operativi, offrono performance di lunga durata delle ricostruzioni, aumentandone la longevità



Caso 1: ricostruzione in amalgama d'argento



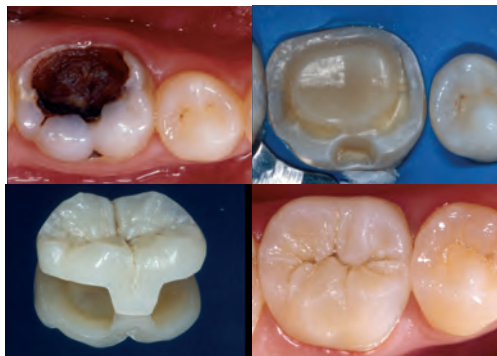
Caso 2: ricostruzione diretta in composito

e quindi riducendo la recidiva di carie nel medio periodo. Il risultato finale di queste evoluzioni merceologiche è stato il passaggio da una conservativa in bianco e nero a una a colori, sollecitato anche da pazienti più motivati e informati, sempre più esigenti e assetati di mimetismo per gli interventi terapeutici orali.

Sotto il profilo puramente odontoiatrico si è concretizzata l'esigenza dell'introduzione di un protocollo clinico che rendesse indispensabile l'isolamento del campo operatorio attraverso l'utilizzo della diga di gomma, unico ausilio esistente capace di garantire l'assoluta assenza di umidità, altrimenti difficile da realizzare. L'assenza di condizioni sfavorevoli ottenute in tale maniera e l'osservanza di procedure di lavoro rigorose consentono sia agli adesivi smalto-dentinali che alle resine composite di assicurare risultati eccellenti. Tali otturazioni possono essere suddivise in restauri diretti (caso 2) e indiretti (caso 3); i primi rappresentano le classiche ricostruzioni che vengono realizzate alla poltrona in singola seduta; fanno parte di questa famiglia tutti i trattamenti di carie, erosioni, piccole fratture o rifacimenti di vecchi lavori, che portano (conseguentemente) alla preparazione di una cavità dentale medio-piccola. Le otturazioni indirette rappresentano l'opportunità, per il dentista conservatore, di eseguire un restauro di dimensioni medio-grandi in due tempi, con l'ausilio dell'odontotecnico, che eseguirà il lavoro, chiamato anche intarsio, in laboratorio; tale manufatto, confezionato non più alla poltrona ma all'esterno della cavità orale, sarà verosimilmente per-

fetto sotto tutti i profili: forma, colore, punti di contatto con elementi adiacenti, occlusione con gli antagonisti, nonché chiusure marginali; lavoro di precisione che sarebbe difficile da controllare in singole sedute di durata limitata. La ricerca attraverso studi di metanalisi e review della letteratura, in verità non evidenzia differenze significative per quanto attiene alla longevità dei due tipi di restauro

su elencati, e il dentista, nella valutazione terapeutica del caso clinico e della sua complessità, avrà a disposizione diverse opzioni operative. In campo endodontico varie sono le innovazioni che hanno portato progressi alla clinica quotidiana; tra le più importanti di quest'ultimo decennio, l'introduzione della lega nikel-titanio per la produzione di strumenti canalari e l'affermarsi dei sistemi ingrandenti, già utilizzati in microchirurgia ultraspecialistica. Già dalla seconda metà del secolo scorso erano stati introdotti strumenti rotanti, vibranti e oscillanti in acciaio, con la speranza di ridurre i tempi di lavoro e nel contempo garantire una migliore detersione e sagomatura degli spazi endoradicolari, vanificata però dalla frequente frattura degli stessi, all'interno del sistema canalare. Solo nei primi anni duemila sono stati realizzati strumenti concettualmente simili ma ottenuti con materiali e leghe al nikel-titanio dalle caratteristiche



Caso n. 3: ricostruzione indiretta

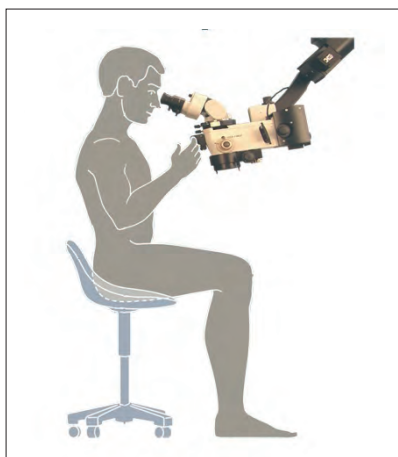


Strumenti in nickel-titanio



Microscopio operatorio

particolarmente interessanti (metalli intelligenti). Questa lega trova già svariate applicazioni in campo idraulico, meccanico, ottico, medico e biomedico (stent vascolari), etc., ma le caratteristiche endodontiche più rilevanti sono la memoria elastica e la superelasticità. La forma degli strumenti con conicità aumentata, il minor numero degli stessi nella sequenza operativa, e il movimento reciprocante o di rotazione continua, hanno portato le terapie endodontiche a essere più brevi e con elevati risultati di predicibilità, non più riservati ai soli specialisti. In verità la curva di apprendimento e le conoscenze della complessità del sistema canalare rendono tale disciplina particolarmente ostica, anche perché viene svolta prevalentemente senza il riscontro visivo degli strumenti canalari, quando lavorano nella profondità della radice. A tal proposito la comparsa dei sistemi ingrandenti, e nello specifico del microscopio operatorio, hanno fornito elementi di notevole innovazione per la possibilità



Posizione corretta

di vedere gran parte del sistema canalare, evidenziabile finora solo attraverso radiografie periapicali che comunque consentono solo immagini bidimensionali del dente.

Le caratteristiche salienti del microscopio operatorio sono: visione stereoscopica, cioè la capacità di vedere con i due occhi contemporaneamente attraverso l'oculare, senza impedimenti anatomici che spesso costringono il dentista a mettere a fuoco con un singolo occhio, e ricostruire un'immagine tridimensionale con notevole aumento della profondità di campo. La luce coassiale è una caratteristica che dà all'operatore la percezione di avere la fonte luminosa posta davanti ai propri occhi, cioè tra gli oculari e l'oggetto osservato.

Per quanto riguarda le tipologie di luce esistente da corredo o come opzionali, le più performanti sono quelle ad alta intensità (LED, Xenon o metal hide) e con temperatura colore non inferiore a 5500°Kelvin; la luce prodotta è molto bianca e forte e ciò migliora la risoluzione dei dettagli dell'elemento osservato; le lenti che forniscono l'ingrandimento sono distribuite sia sugli oculari che alla base della testa del microscopio e queste ultime determinano sia il potere ingrandente che la distanza di lavoro o distanza focale espressa in millimetri; gli ingrandimenti, generalmente compresi tra 10 e 30, possono variare tramite comandi a scatto o congegno motorizzato. La configurazione del microscopio è del

tutto personale e a seconda delle necessità individuali può prevedere integrazioni come ad esempio quella necessaria alla documentazione foto e video che si ottiene tramite il dipartitore ottico.

In sostanza, richiamando la premessa fatta inizialmente, la progressione degli ultimi anni che ha impreziosito l'odontoiatria moderna, non è senz'altro destinata a concludersi, e ciò rappresenterà sempre nuovi stimoli e interessi per rendere più lusinghiero il nostro difficile lavoro.

Il futuro delle nuove generazioni di medici

Conferenza Nazionale ANAAO: ci siamo e non vogliamo stare a guardare

19 giugno 2013, Hotel Boscolo Bari, 1ª conferenza Nazionale ANAAO Giovani: sembrerebbe solo una scarna e ritrita pubblicità di quei congressi ricchi di enfasi e poveri di contenuti di cui oggi il mondo medico pullula; invece in questa giornata è stata posta una pietra miliare per quello che potrebbe essere il futuro sindacale dei giovani medici. Il consesso è stato denso di spunti, proposte, entusiasmi, ma soprattutto di giovani che sembrano aver riacquisito la capacità di indignarsi, quella capacità che le precedenti generazioni hanno utilizzato come arma per ottenere le vittorie più importanti; causa di questo sentimento è lo smembramento lento, graduale e impietoso del sistema sanitario pubblico in Italia. Una interessantissima survey ha posto in evidenza le problematiche sentite maggiormente dalla compagine, la scarsa conoscenza delle linee sindacali, e la sfiducia crescente verso le possibilità di cambiamento. A seguire, interessanti relazioni hanno sviscerato i numeri della crisi riguardante i giovani medici italiani del presente e del futuro: crisi occupazionale ma soprattutto vocazionale, dovuta all'assenza di prospettive, di obiettivi da prefiggersi oltre quelli riguardanti la ricerca di un impiego; in pratica siamo di fronte a un esercito di precari e di liberi professionisti, liberi soprattutto da certezze lavorative. Parallelismi con i sistemi sanitari europei e rispettive prospettive lavorative, hanno permesso di evidenziare quanto sia diverso l'iter formativo italiano, non tanto nella durata quanto nella qualità della formazione. Posto così, però, questo simposio potrebbe risultare agli occhi di coloro che non hanno avuto la fortuna di parteciparvi, una mera elencazione dei problemi, peraltro posti in evidenza quotidianamente dal sindacato. La vera novità sono state le proposte emerse riguardanti la laurea abilitante, la riforma del percorso formativo, la richiesta della riorganizzazione dei carichi di lavoro e infine, come in un crescendo rosso-

di Pietro Di Silverio



niano, sanatoria per i precari, parcheggiati, sfruttati e sovrautilizzati, alle porte degli ospedali. Puntuale l'intervento del segretario nazionale Costantino Troise, che ha caldeggiato l'organizzazione della conferenza, che ha visto la partecipazione dei membri tutti del Consiglio Nazionale ANAAO, segno della volontà da parte del sodalizio di avviare quel confronto e ricambio generazionale tante volte citato in diversi ambiti ma mai davvero applicato. Il convegno è dunque un punto di partenza, che ha permesso a tanti giovani medici di diverse regioni italiane di confrontarsi sulle difficoltà, incontrandosi senza

scontrarsi o ignorarsi, lavorando assieme alla ricerca della strada giusta per uscir fuori da un'empasse snervante. Ed è da qui che dovrebbero partire i ministri, e le riflessioni della politica: da chi vive quotidianamente un mondo sanitario agonizzante, da chi pone in evidenza i limiti della legge 30, che da chimera di aumento occupazionale ha creato in sostanza una nuova classe di lavoratori: i precari. È emerso un mondo sotterraneo davvero variegato, con almeno 5 tipologie riconosciute di lavoratore precario, prive dei diritti più elementari, accomunate dalla voglia di gratificazione non solo meramente economica ma anche e soprattutto professionale e personale.



La conferenza ANAAO giovani

Questa data potrebbe essere ricordata come un giorno fausto che ha donato una speranza alle generazioni attuali e a quelle future, perché solo coinvolgendo e determinando una presa di coscienza da parte dei giovani medici potremo sperare di riappropriarci della professione più nobile, di quella professione che un tempo era considerata sacra e che oggi viene costantemente profanata a colpi di decreti ministeriali. Sembra sia proprio arrivato il momento di dire: ci siamo e non vogliamo stare a guardare, tenendo ben presente che l'unico modo per cambiare le cose è iniziare a cambiare noi stessi e il nostro modo di vedere i problemi che ci circondano.

Un formidabile indicatore di quanto non si fa per il paziente

Perché esistono le liste di attesa? È anche un problema di appropriatezza

Parlare di liste di attesa vuol dire risvegliare gli incubi dei malati (che le subiscono), ma anche dei direttori generali spesso vessati da progetti o richieste pressanti, talvolta al limite della fantascienza, da parte dell'assessorato regionale competente che ne pretende il taglio o l'azzeramento. Nella realtà, paradossalmente, esse però diventano quasi un indicatore oggettivo di quanto quella data struttura, specialità, ambulatorio o servizio siano ricercati dal paziente e, di conseguenza, misura della sua importanza o peso relativo all'interno della organizzazione sanitaria a cui appartiene (Ospedale, ASL, Azienda, Poliambulatorio).

Se ciò fosse vero può venire il sospetto che esse possano essere quasi un'arma di ricatto della classe medica nei confronti della propria dirigenza aziendale, ma certamente non in quei casi, e sono la maggior parte, in cui è palese la grande abnegazione che il personale sanitario dimostra quotidianamente sul campo. E' anche ovvio che un sistema sanitario di tipo universalistico come quello italiano non può certo fare selezione sulla base del ceto o della ricchezza del malato, come accade disgraziatamente in altre realtà, ma ha l'obbligo di dare la stessa opportunità a tutti di vedere garantita la propria salute nel migliore dei modi e quindi anche in tempi accettabili. Dare sanità dopo un anno di attesa vuol dire alimentare ingiustizie (viene visitato prima l'amico, il "conosciuto" nell'ambiente, il paziente meno timido o talvolta addirittura il prepotente che si impone) e questo indipendentemente dalla correttezza, abnegazione e spirito di squadra di buona parte del personale sanitario. Per finire, voglio solo ricordare, ma mi piacerebbe non doverlo fare, quale mole di attività privata le liste di attesa alimentano.

Bisogna quindi trovare le armi adatte per dare risposte appropriate. Io credo che si possa fare della buona sanità anche con le risorse economiche a di-

di Mario Carmine Palermo*



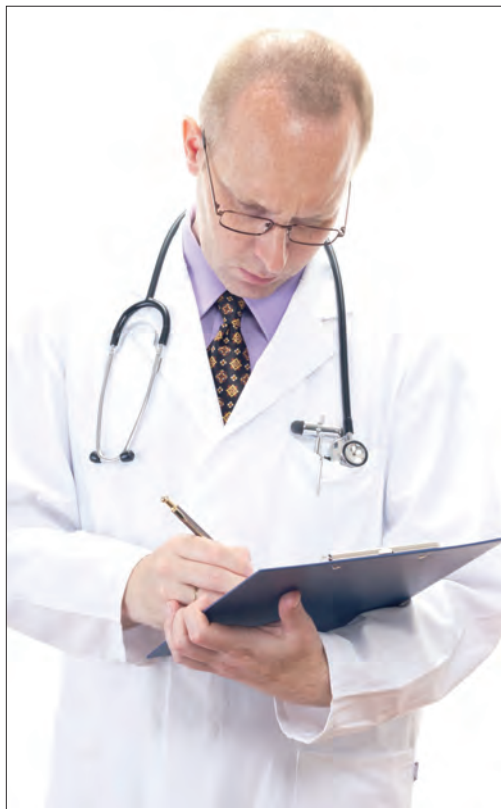
sposizione, sebbene scarse ed insufficienti. Non si spiegherebbero altrimenti le eccellenze che ci sono in Italia (e parlo di eccellenze planetarie) a fronte di altre vergognose condizioni dove i pazienti portano da casa i pasti, le medicine e la carta igienica. Spesso il ricorso alle "scarse risorse economiche" suona come scusa per giustificare incapacità organizzativa, sprechi, ignoranza e corruzione. Dove maggiore è la disorganizzazione, tanto maggiori sono i margini di miglioramento. La battaglia si vince

non sulla qualità degli attori (che è generalmente alta o molto alta), ma sulle condizioni di lavoro che permetteranno a questa qualità di emergere. La complessità di un Servizio Sanitario moderno non può basarsi sul volontariato del singolo (o della singola struttura), ma necessita di un lavoro coordinato in verticale (statale, regionale, locale, aziendale) ed orizzontale (iter diagnostici-terapeutici nella singola struttura, nella azienda, fra le aziende, fra aziende e territorio) con una organizzazione appropriata e multidisciplinare. Ricordo le parole pronunciate dall'appena nominato ministro della Salute del governo Monti, Renato Balduzzi, nel Novembre 2011: a domanda del giornalista su come intendesse migliorare il SSN, il ministro non disse "chiederò più fondi", ma, mostrandosi molto realista, disse "lavorerò sulla appropriatezza".

Alcune definizioni di appropriatezza:

- modo con cui si riesce a mettere insieme le risorse, necessariamente sempre definite e determinate, con i servizi e le prestazioni che devono essere resi. (Novembre 2011- Renato Balduzzi, Ministro della Salute del governo Monti: prima intervista ufficiale dopo il suo insediamento).

- una procedura appropriata è quella in cui il beneficio atteso di salute (per es. aumentata attesa di vita, liberazione dal dolore, riduzione dell'ansia, migliorate capacità funzionali) superano le conse-



guenze negative attese (per esempio mortalità, morbilità, ansia, dolore, assenza dal lavoro) di un margine sufficientemente ampio che la procedura valga la pena di essere praticata, eccetto il costo" RAM (RAND/UCLA Appropriateness Method)

– strumento della medicina "scientifico – burocratica" (Harrison 2000).

Io credo che l'appropriatezza sia un contenitore di singole azioni, programmazione, organizzazione, comportamenti, responsabilità e cultura. Fra i vari tipi di appropriatezza, quella organizzativa è la più difficile da perseguire. Si deve partire dalla consapevolezza personale dei propri comportamenti. L'autoreferenzialità è un pericolo sempre costante se non si è capaci di guardarsi intorno e prendere spunto da altre realtà. Anche la imperversante medicina difensiva, a cui si è stati costretti negli ultimi anni, è causa di una richiesta ipertrofica di esami, interventi terapeutici, visite specialistiche non necessarie e, quindi, inappropriate.

L'aggiornamento costante è una arma formidabile, ma ci vuole la volontà, il tempo ed i finanzia-

menti per farla. Tutta colpa dei medici, quindi. Certamente no. Essi devono assumersene la giusta quota, ma che dire dell'approssimazione con cui vengono talvolta selezionati i quadri dirigenziali amministrativi a tutti i livelli? Non bisogna ovviamente generalizzare perché esistono esempi di eccellenze, con grande competenza e capacità, ma è anche vero che la grande letteratura nazionale e internazionale sulla gestione della sanità (gli italiani nel campo della organizzazione sanitaria rivestono ruoli di eccellenza e godono di grande considerazione), i master, i corsi ed i convegni che si organizzano numerosi spesso si scontrano con una realtà fatta di convenienze, segnalazioni e opportunismo nell'assegnazione di incarichi di governo della sanità pubblica. Spesso personaggi inappropriati.

Personalmente sono ottimista sul futuro della sanità, in generale in Italia e a Sassari in particolare. Guardando indietro ci si accorge dei passi in avanti compiuti negli ultimi anni, sempre che si voglia onestamente riconoscere, mettendo da parte nostalgie del tipo "prima era meglio" o "lavoravamo senza guardare l'orologio" od ancora "non esistono più i medici di famiglia di una volta", che ci si è evoluti sia dal punto di vista organizzativo che della consapevolezza della necessità di lavorare appropriatamente. Un grande aiuto viene dai mezzi informatici a disposizione e dalla volontà di volerli utilizzare. È facile ora stabilire quanto una struttura lavora e come (autoreferenzialità smascherata), quanto spende, l'*outcome* sul paziente, le prescrizioni, i tempi di attesa, perfino la qualità dell'accoglienza nei reparti e servizi ospedalieri. È quindi aumentata la capacità di controllo e intervento correttivo contro le inappropriatezze.

La maniera di intendere questo miglioramento è interpretarla in senso positivo e non come un'azione punitiva. La valutazione serve per trovare insieme la strada per migliorare e per sviluppare progetti adeguati. È possibile confrontare i risultati di strutture anche di altre aziende o regioni, approfittare dell'esperienza altrui, guadagnare tempo nella riorganizzazione, ma alla base deve esserci la cultura del lavorare insieme per raggiungere un risultato eccellente. E si risparmia, tanto. Hanno (o dovrebbero) avere i giorni contati le organizzazioni, strutture e laboratori ridondanti create per accontentare questo o quel primario, le auto-prescrizioni di esami inutili per dimostrare che la propria struttura funziona.

Il confronto con organizzazioni appropriate diventa facile, talvolta impietoso. Certamente la sanità necessita di grandi investimenti, quindi non si fa solo con il risparmio derivante dalla abolizione degli sprechi, ma anche con questo. L'informatizzazione è anche un'arma a favore di giustizia e trasparenza dell'offerta sanitaria. Si pensi all'utilizzo a tappeto delle prenotazioni tramite CUP (Centro Unico di Prenotazione) che anche da noi, faticosamente, sta prendendo piede. Lo scotto da pagare della aziendalizzazione della sanità è la sua burocratizzazione e, qualcuno direbbe, la sua disumanizzazione con i malati che rischiano di essere considerati un codice DRG.

Sono d'accordo che talvolta la burocrazia sia eccessiva, non lo sono sulla disumanizzazione. È il personale sanitario che umanizza il rapporto con il malato, sia sul territorio che in ospedale ed in ogni caso la qualità delle cure va posta davanti a tutto. Lo stesso malato vuole essere curato, non coccolato. Il plus valore è buona accoglienza, umanità e comodità del servizio che si rende.

Ma in tutto ciò cosa c'entrano le liste di attesa? Esse sono il risultato di tutto quanto non si fa per il paziente. La Regione Sardegna ha stanziato nel 2012 un apposito fondo per l'abbattimento delle liste di attesa (DRG 39/57 2011). Con esso sono stati incrementati gli organici dei servizi ospedalieri e territoriali e si è data una risposta in termini di ammodernamento del parco tecnologico. Se il fine è certamente meritevole, altre azioni vanno affiancate, anche perché, ed è un assioma dell'organizzazione sanitaria, l'offerta di servizi incrementa la richiesta di prestazioni in una spirale infinita.

Io continuo a vedere nell'appropriatezza dell'organizzazione, dal medico di medicina generale sino al direttore generale, la soluzione del problema (e dell'abbattimento delle liste di attesa). Lasciatemi immaginare come, in un ipotetico servizio ospedaliero con pesanti attese per una visita specialistica, si possa lavorare e progettare

buona sanità e la riduzione, sino a valori fisiologici, della lista di attesa.

Bisogna lavorare su più fronti: interno al servizio, a livello di dirigenza aziendale e sul territorio.

Fronte interno: è necessario creare prima di tutto spirito di squadra. Ogni progetto fallirà se tutti gli attori non saranno impegnati a perseguire il medesimo obiettivo. Deve essere molto chiaro che ogni figura professionale presente nel servizio ha la sua dignità non inferiore alle altre, ma dalle altre diversa per il compito e le competenze assegnate. Il responsabile sarà il coordinatore di professionalità diverse, ma complementari. Gli obiettivi dovranno essere chiari a tutti. La comunicazione fra i singoli dovrà essere massima, da perseguire con incontri periodici, chiarimenti immediati, trasferimento di conoscenze. È importante che chi sa trasmetta, indipendentemente dai ruoli e dalle mansioni. Cosa c'è di meglio di un infermiere che anticipa consapevolmente il medico nelle sue decisioni o il medico che, all'occorrenza, è a conoscenza delle principali pratiche infermieristiche? L'aggiornamento costante, la verifica, lo sviluppo di nuove tecniche, la messa in atto di protocolli diagnostico-terapeutici accreditati che veda impegnate tutte le figure professionali presenti dovrà rendere l'attività priva di tempi morti, economica ed appropriata.

Dirigenza aziendale. La mia impressione è che la classe medica abbia abdicato al super potere della macchina organizzativa di controllo e gestione del-



l'amministrazione sanitaria.

Per convenienza, forse per comodità o talvolta per vera sudditanza, troppo spesso le decisioni sono poco tecniche e molto "politiche", termine da intendere solo in parte nel suo vero significato di gestione generale ed organizzativa, più spesso come mediazione fra poteri ed interessi, scientifici e non, fra persone, categorie o gruppi. Non mi spiego perché debba essere il medico ad inseguire il direttore generale o il direttore sanitario dell'Azienda o dell'Ospedale e non viceversa, stante lo scopo ultimo del Servizio Sanitario Nazionale che è quello di curare i malati.

Anche in questo caso vale il concetto che ogni professionalità ha la sua dignità, importanza e responsabilità decisionale, che collaborazione ed informazione sono alla base della riuscita del progetto e che lo spirito con cui si affrontano i problemi deve essere costruttivo e non di scontro. Con la dirigenza aziendale bisogna discutere sugli obiettivi e sulla maniera più appropriata per raggiungerli, pianificare gli interventi, proporre realistiche soluzioni, magari suggerire interventi di organizzazione finalizzati, per esempio, all'utilizzo di percorsi diagnostico-terapeutici multidisciplinari più economici per l'Azienda e di grande utilità per il malato. Anche in questo caso a guidare le decisioni deve essere l'appropriatezza organizzativa.

Territorio. Una attività coordinata fra territorio e centri ospedalieri e/o specializzati è la vera arma vincente. Sempre più gli ospedali devono rappresentare un continuum con il lavoro del medico di medicina generale e lo specialista territoriale. Troppo spesso l'attività dei centri ospedalieri è avulsa dal quotidiano confronto che il medico di famiglia, l'operatore sanitario e lo specialista territoriale ha con il paziente. Il lavoro del medico sul territorio ha una importanza fondamentale, è difficilissimo e richiede una abnegazione che le assicuranti mura ospedaliere risparmiano in gran parte al medico "interno".

Come fare per coordinare due mondi che, in



Interpretazione stilizzata di fila e attesa in ambulatorio

questo momento, raramente riescono a dialogare fra loro? Intanto riconoscendone la pari dignità, quindi interagendo per l'educazione del paziente che deve vedere nel proprio medico di famiglia una figura che con lo specialista dialoga e collabora e che, quindi, non va scavalcato. Incontri sui singoli progetti, protocolli comuni, linee di contatto dirette, addirittura possibilità di prenotare la visita specialistica con il computer dell'ambulatorio del medico di famiglia sono solo una parte delle possibili interazioni. Il risultato sarà una maggiore appropriatezza nel ricorso ai servizi ospedalieri, la capacità del medico di medicina generale di gestire il follow-up dei pazienti senza doverli reindirizzare in ospedale e la crescita culturale di entrambe le categorie mediche.

Riproponiamo la domanda del titolo di questo articolo: perché esistono le liste di attesa? La risposta: è normale che esistano laddove c'è richiesta di salute, ma l'appropriatezza organizzativa a tutti i livelli le limiterebbe in un ambito di fisiologica grandezza. Per non svuotare di significato la parola appropriatezza, però, non è sufficiente il vuoto affacciarsi per smaltire burocraticamente il lavoro che il proprio ruolo impone, ma necessita impegno costante, cultura del fare, progettualità e lungimiranza.

Mario Carmine Palermo

*è responsabile U.O. di Endocrinologia,
Malattie Metaboliche e della Nutrizione.
Azienda Ospedaliero-Universitaria Sassari*

Studi, protocolli terapeutici e integrazione con altre esperienze cliniche

Il metodo dell'agopuntura auricolare nel trattamento di sovrappeso e obesità

Auricoloterapia, Agopuntura auricolare, Neuro Stimolazione (Modulazione) auricolare sono i nomi utilizzati in tempi e da autori diversi per indicare una disciplina medica che utilizza il padiglione auricolare a scopo diagnostico e terapeutico. Nata in Francia nel 1957 con le prime pubblicazioni del medico di Lione Paul Nogier, riconosciuto unanimemente come il padre di questa metodica, si è sviluppata sia nell'ambito delle medicine non convenzionali (MNC) sia seguendo un modello teorico e operativo di tipo neurofisiologico. Alla scuola francese si è affiancata ben presto quella cinese, che con un gran numero di lavori clinici e sperimentali, ha permesso un notevole allargamento delle indicazioni terapeutiche, favorendo nel contempo l'integrazione con l'Agopuntura classica (somatica). L'agopuntura auricolare, pur considerata come facente parte del corpus agopunturistico di base, ha nel tempo assunto caratteristiche e dignità di disciplina a sé stante. L'OMS definisce la "ear acupuncture" come "una forma di agopuntura praticata sul padiglione auricolare - agopuntura dei microstimuli".

Negli ultimi anni l'interesse per l'agopuntura auricolare da parte di clinici e ricercatori è andata crescendo e ha portato alla produzione di lavori scientifici di buona qualità che hanno permesso di studiarne le basi neurobiologiche e validare le applicazioni cliniche

Dolore, ansia e patologie correlate, insonnia, tabagismo e dipendenze da sostanze, obesità e disturbi del comportamento alimentare sembrano rappresentare i campi d'intervento per i quali esistono maggiori evidenze cliniche e s'intravedono numerose e interessanti linee di ricerca.

Tra la metà degli anni Settanta e gli inizi degli Ottanta sono stati pubblicati i primi lavori su agopuntura auricolare (auricoloterapia) nel trattamento

di Giancarlo Bazzoni



dell'obesità. Si trattava per lo più di "studi non controllati", pubblicati in lingua cinese, che riportavano generalmente risultati notevolmente positivi per quanto riguarda la perdita di peso.

Questi lavori, pur gravati da diversi bias, hanno rappresentato un utile punto di partenza per ricerche successive. I numerosi lavori che si sono succeduti nel tempo sino ai giorni nostri, sino alla più recente e completa revisione sistematica e metanalitica pubblicata da Cho nel 2009, sembrano indicare una buona ef-

ficacia della terapia nel favorire il calo ponderale del soggetto obeso.

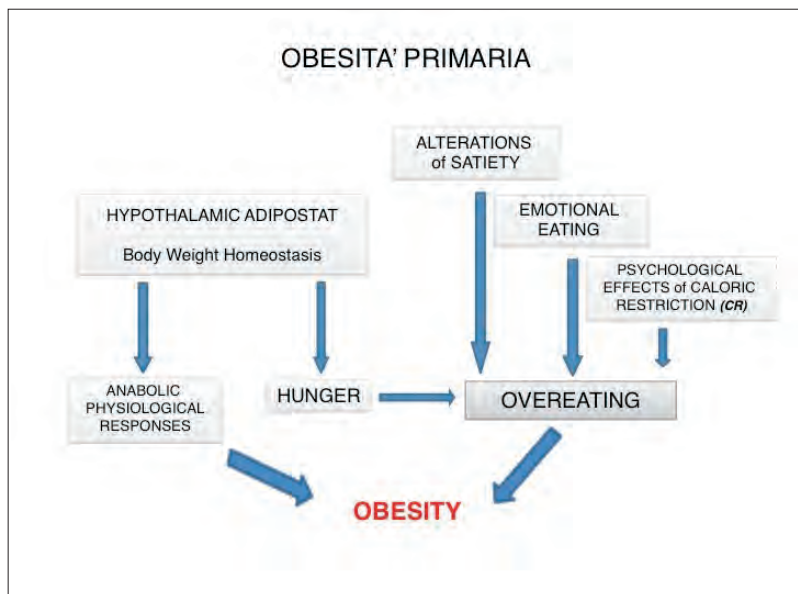
Questi autori hanno infine sottolineato la necessità di procedere con studi di qualità più elevata per meglio validare questa particolare applicazione dell'agopuntura auricolare.

La nostra scuola ha nel tempo definito un protocollo terapeutico che prevede l'impiego della stimolazione auricolare nel trattamento integrato dell'obesità. Le linee operative di questo metodo prevedono che l'agopuntura auricolare possa diventare parte di un modello "eclettico o integrato", applicabile sia nella fase iniziale del calo ponderale, che in quella non meno importante del mantenimento del peso perduto.

Pur con i limiti propri di ogni schematizzazione questo metodo può essere presentato secondo alcuni punti essenziali, ognuno dei quali sarà discusso basandosi sui dati presenti in letteratura, integrati con la personale esperienza clinica e di ricerca.

La terapia dell'obesità e il paradosso della dieta

L'approccio terapeutico al problema dell'obesità è sempre stato sostanzialmente prescrittivo, finalizzato alla perdita di peso tramite la diminuzione dell'apporto calorico (restrizione dietetica). Nella storia



Durante tale periodo, nel quale è assente ogni forma di controllo dietetico, il peso fatalmente aumenta, superando spesso quello iniziale, configurandosi la cosiddetta Weight Cycling Syndrome.

È ormai unanimemente accettato che le ripetute restrizioni caloriche, e i conseguenti cicli di fluttuazione ponderale, comportino un progressivo incremento del peso. Paradossalmente si potrebbe affermare che

naturale del soggetto obeso, almeno nelle prime fasi del trattamento, la perdita di peso è un evento relativamente facile da raggiungere, quale che sia il tipo di dieta applicata. I problemi insorgono nel proseguimento della terapia e in particolare nel mantenimento a lungo termine del peso perduto.

Come già descritto in un ormai classico studio del 1959 da Stunkard e McLaren, i 2/3 delle persone che perdono peso lo riacquistano entro un anno, e dopo cinque anni la maggior parte dei pazienti sottoposti a dieta riprendono il peso iniziale.

La restrizione calorica rappresenta per l'organismo una situazione di stress, con l'attivazione di una complessa catena neuro-endocrino-metabolica, cui seguono numerosi segnali d'allarme indicanti la necessità di energia. Il più importante è rappresentato dalla sensazione di fame.

Si possono avere cambiamenti psicoemotivi, quali ansia, ostilità, rabbia, irritabilità; così come diminuzione del tono dell'umore, spesso associati a episodi di craving e binge eating. In questa situazione di equilibrio precario, la perdita del controllo sulla restrizione calorica è un evento quanto mai probabile, soprattutto nelle situazioni di particolare impegno emotivo.

Nel prosieguo della restrizione dietetica, gli episodi di defaillance si moltiplicano e spesso il paziente abbandona definitivamente il proprio terapeuta (fenomeno dell'eclissi).

"le diete portano all'obesità". La comunità scientifica internazionale è ormai concorde nell'affermare che nessuna prescrizione medica (dietoterapica e/o farmacologica) ha, da sola, la capacità di ridurre stabilmente il peso nel soggetto obeso, se contemporaneamente non viene modificato il comportamento alimentare e lo stile di vita. Recenti studi evidenziano come la restrizione dietetica, se non supportata da un adeguato sostegno psicologico, farmaco-terapico, e perché no, agopunturale, sembra essere destinata al fallimento.

STIMOLAZIONE AURICOLARE E OBESITÀ, IL PROTOCOLLO TERAPEUTICO

Pur con i limiti propri di ogni schematizzazione, questo metodo viene presentato secondo alcuni punti essenziali, ognuno dei quali sarà discusso partendo dai dati presenti in letteratura, integrati con la personale esperienza clinica e di ricerca.

La stimolazione auricolare (agopuntura auricolare - auricoloterapia) può favorire, nel soggetto sovrappeso e/o obeso, sia il calo ponderale che il mantenimento del peso raggiunto, agendo sul comportamento alimentare migliorando la "compliance" alla restrizione calorica e sul metabolismo e consumo energetico.

1) Azione sul comportamento alimentare: miglioramento della "compliance" alla restrizione calorica.

a) Modulazione delle sensazioni biologiche di fame e sazietà.

b) Intervenendo su Emotional Eating, comportamenti disfunzionali quali food craving e binge eating, presenti frequentemente nei pazienti obesi.

Agendo su aspetti psicoemotivi che si accompagnano alla restrizione calorica.

a) *Modulazione dei segnali biologici di fame e sazietà.*

Studi clinici ma anche la stessa ricerca di base sull'animale sembrano indicare che la stimolazione auricolare è capace di influenzare i segnali biologici di fame e sazietà, favorendo in tal modo il calo ponderale. L'impiego della stimolazione auricolare sul paziente obeso, con l'obiettivo di modulare le sensazioni di fame e sazietà, trova una base clinica nel fatto che buona parte di questi pazienti presentano una riduzione della sensazione di sazietà e un errato riconoscimento di quella di fame.

L'agopuntura auricolare potrebbe quindi inserirsi in un contesto terapeutico di dimagrimento teso all'educazione del paziente, al riconoscimento e al successivo controllo di tali sensazioni.

Nell'uomo un ruolo centrale nella regolazione dell'assunzione di cibo è svolto dall'appetito e dalle sensazioni di fame e sazietà. La fame esprime le necessità fisiologiche di energia e di macronutrienti; determina l'inizio del pasto, la dimensione e la qualità nutrizionale dello stesso (Fame fisiologica). L'appetito ha una correlazione positiva con la fame fisiologica ma risente anche di altre variabili come la palatabilità, la disponibilità di un cibo e gli stati emotivi concomitanti. La sazietà regola l'intervallo tra un pasto e l'altro e la frequenza degli stessi. Nell'espressione umana del processo di sazietà intervengono, oltre

alla dimensione sensoriale, anche altri fattori: edonici, cognitivi, emozionali, psicologici, culturali e sociali.

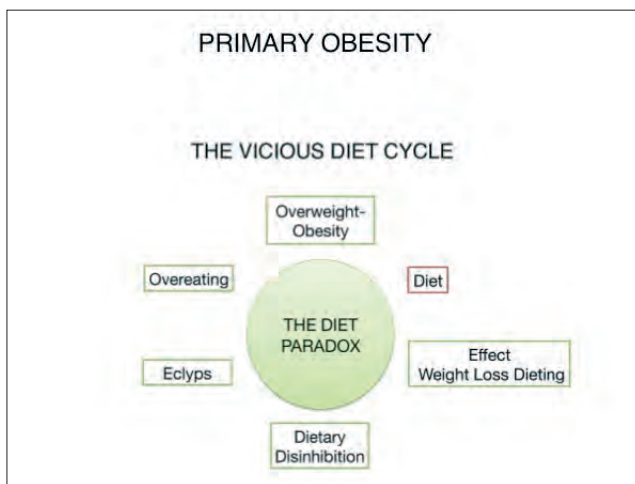
Il comportamento alimentare è il risultato di un complesso sistema di regolazione che processa continuamente una grande quantità di segnali esogeni ed endogeni, neurali, metabolici ed endocrini. Questa regolazione avviene su tre livelli: 1° Livello - comportamentale e psicologico; 2° Livello - fisiologico e biochimico; 3° Livello - sistema nervoso centrale. Questi livelli costituiscono un meccanismo a cascata che agisce di volta in volta sui centri nervosi che regolano la fame e la sazietà. Al primo livello appartengono gli stimoli psicosensoriali legati alle caratteristiche organolettiche degli alimenti (colore, odore, consistenza, gusto), ma anche altri aspetti quali la cultura, la religione, il significato sociale del cibo e dell'alimentarsi, la qualità e la quantità degli alimenti disponibili.

Il cibo viene assaporato, ingerito, digerito e metabolizzato, questo determina una serie di risposte umorali e nervose che costituiscono il secondo e terzo livello di controllo del comportamento alimentare.

Nel terzo livello, quello centrale, alla modulazione di fame e sazietà partecipano, con funzioni biologiche diverse, numerosi nuclei ipotalamici. È noto da molti decenni come i centri ipotalamici rivestano un ruolo centrale nella regolazione dell'assunzione di cibo. Tra le strutture ipotalamiche che intervengono nella regolazione del comportamento alimentare, ricordiamo il nucleo arcuato (ARC), il nucleo paraventricolare (PVN), l'ipotalamo ventromediale (VMN), il nucleo ipotalamico dorso mediale (DMH) e

l'area ipotalamica laterale (LHA). Spesso, all'interno di uno stesso nucleo coesistono più popolazioni di neuroni che regolano anche con azioni contrapposte l'assunzione di cibo.

L'ipotalamo riceve inoltre vie neuronali dal midollo spinale, tronco encefalico, corteccia e strut-



ture del sistema limbico, entrando a far parte di un complesso network di regolazione, che attualmente è solo in parte conosciuto. Le varie popolazioni neuronali coinvolte nella modulazione della fame e della sazietà utilizzano vari neuromediatori: serotonina, dopamina, adrenalina e altri numerosi neuropeptidi.

Le strutture nervose ricevono impulsi dalla periferia, sotto forma di stimoli nervosi (per via vagale), metabolici ed endocrini, che informano il sistema nervoso centrale dello stato nutrizionale dell'organismo.

1) Controllo "centrale dei segnali biologici di fame e sazietà"

Alcuni lavori sull'animale da esperimento hanno dimostrato che la stimolazione auricolare può agire a livello centrale, modulando i segnali di fame e sazietà, fornendo dunque un primo modello teorico-esplicativo all'applicazione della stimolazione auricolare nel paziente obeso.

Nel 1992 un gruppo di ricercatori giapponesi, guidati dal neurofisiologo Asamoto, in un lavoro sperimentale sul ratto, hanno dimostrato che la stimolazione con aghi di regioni della conca che corrispondono agli agopunti auricolari: piloro, trachea, stomaco, esofago, endocrino e cuore è stata capace di evocare potenziali nei neuroni dell'ipotalamo ventro-mediale (VMN), nessuna azione è stata invece dimostrata a livello neuronale nell'area ipotalamica laterale (LHA).

Questo stessa stimolazione ha determinato la riduzione del peso degli animali oggetto dello studio. Dopo lesione del VMN, il peso aumentava e l'agopuntura non era più in grado di influenzare il peso dei ratti.

Altri ricercatori (Shiraishi T, 1995; Zhao M, 2000) hanno successivamente confermato il dato che la stimolazione auricolare è capace di modulare nel ratto obeso l'attività neuronale ipotalamica dei centri di regolazione del comportamento alimentare (ipotalamo ventro-mediale - VMN, area ipotalamica laterale - LHA).

Nel 2001 il coreano Kim e i suoi collaboratori hanno studiato il ruolo della stimolazione auricolare sull'espressione ipotalamica del neuropeptide Y (NPY). Il NPY agisce a livello centrale e periferico su diversi sistemi biologici; particolarmente importante è l'azione sul comportamento alimentare e sulla fisiologica regolazione del peso corporeo.

Questo neuropeptide, agendo sui recettori NPY 5, determina insorgenza di fame e assunzione di cibo (azione oressigena), interviene anche nella selezione dei macronutrienti, favorendo il consumo di carboidrati. In condizioni di privazione del cibo è stato possibile rilevare un'aumentata espressione di NPY nel nucleo arcuato (ARN) e nel nucleo paraventricolare (PVN) dell'ipotalamo. Il lavoro di Kim ha dimostrato che la stimolazione con aghi del padiglione auricolare è capace di ridurre l'espressione ipotalamica del NPY nei ratti a digiuno, suggerendo l'esistenza di un altro meccanismo neurobiologico che la stimolazione auricolare potrebbe attivare nel modulare clinicamente fame e sazietà.

2) Controllo "periferico" dei segnali biologici di fame e sazietà

La sensazione di sazietà riceve un ulteriore controllo da parte di segnali metabolici, endocrini e nervosi che originano a livello periferico. Questi ultimi comprendono tra gli altri afferenze vagali capaci di segnalare il grado di distensione gastrica che rappresenta un importante segnale di sazietà.

È utile ricordare che l'innervazione del padiglione è fondamentalmente sotto il controllo dei nervi grande auricolare (plesso cervicale C2-C3), auricolotemporale (III branca del trigemino) e auricolare (N. vago). Si è ipotizzato che la terapia auricolare, stimolando proprio questa componente vagale (regione della conca), determini interferenze sui segnali periferici provenienti dal tratto gastro-enterico, generando un aumento del senso di sazietà e inibizione della fame. È stato dimostrato che la stimolazione del punto Stomaco, situato nella conca, aumenta il tono della muscolatura della parete gastrica, favorendo l'insorgenza della sazietà. L'americano Choy ha invece indagato gli effetti della stimolazione auricolare sul tempo di svuotamento dello stomaco. Questo ricercatore, applicando, su un gruppo di volontari, particolari clips auricolari (Ear clip - Aculite I - Openers, Cranston, RI) sull'Hunger point tragale, ha ottenuto un significativo allungamento del tempo di peristalsi gastrica (GPT- gastric peristalsis time). Ha dunque ipotizzato che proprio questo fenomeno sia uno dei meccanismi responsabili del più rapido insorgere e del mantenimento nel tempo della sensazione di sazietà raggiungibile con la stimolazione auricolare.

b) *La stimolazione auricolare interviene positi-*

vamente sugli aspetti psico-emotivi che accompagnano l'obesità o che insorgono quando si segue una dieta.

La scelta del cibo, la quantità e la frequenza dei pasti dipendono dunque da una serie di variabili non solo correlate a bisogni di tipo fisiologico. Determinati vissuti emotivi sono normalmente in grado di influire ampiamente sulla qualità e quantità di cibo assunto in qualsiasi fase e situazione della vita quotidiana. Esiste dunque uno stretto rapporto tra abitudini alimentari, stati emotivi, stress e restrizione dietetica. Il comportamento alimentare cambia in relazione al mutare degli stati emotivi, l'iperfagia si accompagna spesso a situazioni di noia, fatica e depressione, di contro condizioni di paura, tensione e dolore determinano una riduzione dell'assunzione di cibo. Emozioni negative si accompagnano anche alla tendenza a consumare pasti veloci e incontrollati. La ricerca del cibo rappresenta la più atavica spinta vitale

e possiede una forte coloritura emozionale. La nutrizione e la riproduzione stanno alla base della sopravvivenza individuale e della specie, entrambe sono legate al piacere. L'imprinting emozionale tra cibo e piacere inizia già nelle prime fasi della vita con l'allattamento. Spesso il cibo è utilizzato, fin dall'infanzia, come gratificazione, conforto, segno di affetto, arma di ricatto e rivalsa. Questa dimensione affettiva permane nel tempo e, in particolari condizioni di disagio psico-emotivo, può strutturarsi in comportamenti disfunzionali o in veri e propri disturbi del comportamento alimentare (DCA).

Nel 1993 Apfeldorfer ha individuato nel paziente obeso tre modalità di comportamento alimentare, ognuna con uno specifico assetto psico-emotivo: iperfagia prandiale, grignottage, binge eating.

L'iperfagia prandiale, caratterizzata dall'assunzione durante i pasti di grandi quantità di cibo, non risulta associata a malessere psicologico conseguente all'introduzione di cibo. E' il risultato di fattori so-

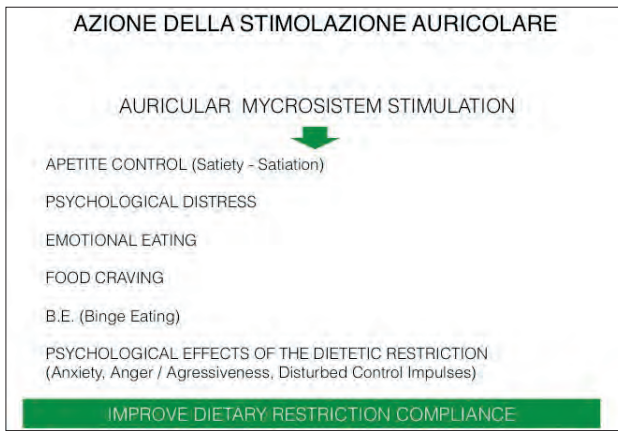
cio-culturali e spesso di consolidate abitudini familiari. L'iperfagico prandiale prova un notevole piacere per il cibo e riesce ad avere un sufficiente controllo sulle quantità assunte.

Per grignottage (crazing, letteralmente "pascolare", per gli autori alglossassoni) si intende il mangiare piccole quantità di cibo, solitamente cibi altamente calorici quali grassi e dolci, durante buona parte della giornata, ma in particolare nelle ore serali. Il "grignotteur" mangia lentamente e apprezza quello che sta mangiando. Il comportamento binge eating si caratterizza per la presenza di episodi di abbuffate. Questo termine indica un episodio ali-

mentare caratterizzato dall'introduzione di una grande quantità di cibo (una quantità di cibo indiscutibilmente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso periodo di tempo e in circostanze simili) accompagnato alla sensazione di per-

dità di controllo. Durante l'abbuffata la sensazione provata è quella di un impulso irrefrenabile all'assunzione di cibo, smodato e incontrollabile, sia per il tipo di alimenti assunti, sia per la durata dell'episodio. Il sintomo Binge Eating è presente in una proporzione rilevante di soggetti obesi, nei quali soltanto una minoranza, per altro non trascurabile, soddisfa i criteri diagnostici previsti nel DSM IV per la diagnosi di BED (binge eating disorder).

Il ruolo fondamentale, che le emozioni hanno nel determinare e mantenere comportamenti alimentari patologici, ha portato alla diffusione di un termine quale "emotional eating" o "fame emotiva", che indica il ricorso al cibo, non come risposta a uno stimolo biologico, ma in relazione a problemi emotivi e interpersonali. La fame presente nell'emotional eating non è la normale sensazione fisiologica, ma un comportamento alimentare disfunzionale, elaborato dal cervello per ridurre la consapevolezza di stati emotivi negativi, come per esempio l'ansia,



la rabbia, l'abbassamento del tono dell'umore, ma in alcuni casi si osserva anche nei confronti di stati emotivi positivi, come ad esempio l'eccitamento e la gioia. La fame "emotiva" e "nervosa" del paziente "grignotteur" può assumere le caratteristiche di "fame compulsiva" nei disturbi del comportamento alimentare (DCA), atteggiamenti bulimici (anoressia e bulimia), binge eating disorders (BED), night eating syndrome. Molto spesso la "fame compulsiva", pur in assenza di veri e propri DCA, rappresenta un comportamento che pervade e che dà una particolare coloritura a tutto il comportamento alimentare del paziente obeso, rendendo difficile il mantenimento di qualsiasi restrizione alimentare.

Tra i cosiddetti "fattori scatenanti" o "precipitanti" le abbuffate svolgono un ruolo di primo piano negli stati d'animo negativi (tristezza, ansia, rabbia e irritabilità variamente associate). Questo accade sia in pazienti con diagnosi di BED, sia in soggetti obesi che presentano saltuariamente questo sintomo. Spesso nel paziente obeso è presente il fenomeno del "craving per il cibo" (food craving). I mangiatori compulsivi sono guidati da una spinta motivazionale eccessiva verso cibo (craving) e sperimentano una cronica perdita del controllo, simile a quella osservata nei disturbi da abuso di sostanza. Per "craving" si intende: "desiderio incoercibile", "urgenza appetitiva di natura patologica", "bisogno imperioso", "desiderio incontrollabile" verso qualsiasi stimolo di rinforzo. È dunque possibile, partendo dalle similitudini presenti tra il "comportamento iperfagico" "overeating" dell'obeso e quello della dipendenza da sostanze, proporre un modello comune a questi comportamenti disfunzionali.

Studi recenti fanno ritenere che i meccanismi che elaborano le gratificazioni naturali, tra cui quelle legate al cibo, siano codificate dai medesimi circuiti neurali che determinano le proprietà gratificanti delle sostanze di abuso. C'è una forte evidenza che una disregolazione dopaminergica - chiamata sindrome da deficienza di gratificazione (RDS) sia alla base del fenomeno della dipendenza da sostanze, ma anche probabilmente dello sviluppo di obesità. Per quanto riguarda i rapporti tra stress, obesità e restrizione dietetica, numerosi lavori hanno confermato che i soggetti in sovrappeso, in condizioni di stress, tendono a mangiare di più rispetto alle proprie abitudini, mentre i normopeso fanno normalmente il contrario. Le situazioni di stress tendono inoltre a

ridurre l'assunzione di cibo nei soggetti a dieta libera, mentre la incrementano in coloro che seguono una restrizione calorica.

Numerosi lavori hanno individuato un'importante relazione tra stress psicologico e comportamenti alimentari disfunzionali. Situazioni stressanti sono state individuate come antecedenti nell'insorgenza dei suddetti BED o anche di isolati episodi di abbuffate alimentari.

Il seguire una restrizione dietetica, interpretata dall'organismo come una situazione di stress, può rappresentare un fattore importante nella genesi di comportamenti alimentari anomali, capaci di determinare un ritorno alle abitudini alimentari precedenti. Gli studi su possibili correlazioni tra regime dietetico restrittivo e sintomi clinici non hanno fornito risultati definitivi. Secondo alcuni autori una perdita costante di peso per 6 mesi non influirebbe negativamente sul tono dell'umore. Secondo altri, una restrizione calorica con perdita di peso significativa si accompagnerebbe, in un gran numero di casi, ad ansia, abbassamento del tono dell'umore e a disturbi del controllo degli impulsi. Il recupero di peso comporta l'insorgenza di ansia, depressione e peggioramento dell'autostima.

Il complesso network che interviene nella regolazione del comportamento alimentare, le cui alterazioni sono responsabili dello sviluppo di condotte alimentari anomale e dell'incremento del peso, è strettamente collegato con sistemi neurochimici cerebrali che controllano le emozioni, con i circuiti cerebrali della motivazione e gratificazione (reward pathway system) e con quelli neuro-ormonali che intervengono nello stress acuto e cronico. Tra i sistemi neurochimici cerebrali che hanno un ruolo sul versante psicoemotivo e sul comportamento alimentare ricordiamo i sistemi serotonergico, noradrenergico e degli oppioidi endogeni. La serotonina (5 idrossitriptamina 5 HT) è coinvolta in un range allargato di funzioni fisiologiche e comportamentali, tra le quali ricordiamo un'azione su umore, sonno, ricerca sessuale, termoregolazione e comportamento alimentare.

Gli agonisti serotonergici riducono l'alimentazione, viceversa i farmaci che aumentano la concentrazione di serotonina (SSRI) riducono la quantità di cibo per pasto e l'ingestione di carboidrati. Oltre a quest'azione diretta, il ruolo della serotonina sul comportamento alimentare potrebbe essere dovuto

alla sua azione su aspetti psicoemotivi (ansia e depressione) e sulla regolazione di tratti della personalità che possono predisporre a DCA.

Il circuito dopaminergico, rappresentato dai centri corticolimbici, corteccia prefrontale, amigdala, area ventro-tegmentale, nucleo accumbens, nucleo pallido ventrale, costituisce un network neuronale che, interagendo con le aree ipotalamiche, regola la via della gratificazione da parte di cibo. Comportamenti disfunzionali quali fame compulsiva e "food craving" nascono probabilmente a questo livello. Un elemento chiave è rappresentato dal fenomeno del neuro adattamento.

Studi di imaging nei soggetti dipendenti durante l'astinenza documentano una riduzione dei recettori dopaminergici D2 nello striato, lo stesso meccanismo è presente negli stessi pazienti obesi. I sistemi degli oppioidi e degli endocannabinoidi rappresentano i due principali modulatori del circuito della gratificazione. Nell'animale da esperimento l'iniezione di agonisti di oppioidi endogeni stimola preferibilmente l'ingestione di cibo molto appetitoso come saccarosio e grassi.

Per quanto riguarda il ruolo dello stress è dimostrato che il suo equivalente ormonale, rappresentato dall'elevazione ematica dei glicocorticoidi, favorisce l'introduzione di cibi altamente gratificanti, che agendo sull'area mesolimbica ripristinano la secrezione dopaminergica inibita dallo stress. Sempre nello stress un ruolo importante è svolto dal NPY, le cui azioni sono, tra le altre, quelle di regolare l'assunzione di cibo (attivazione) e il dispendio energetico (inibizione). Sull'animale da esperimento il NPY produce iperfagia se iniettato in specifici nuclei ipotalamici. Riduce la stimolazione simpatica diretta al BAT e di conseguenza deprime la termogenesi e il metabolismo basale. Studi recenti suggeriscono che esiste un'interazione funzionale tra il sistema GABAergico e NPYergico, ambedue sono sensibili alle azioni dello stress. Questo potrebbe spiegare gli effetti negativi dello stress sui tentativi di dimagrire del paziente obeso.

Numerosi studi sull'animale hanno indagato il ruolo dell'agopuntura nella modulazione dei diversi sistemi neurobiologici. Ne ricordiamo l'azione ansiolitica, sul tono dell'umore, sul controllo degli impulsi, nella prevenzione degli attacchi di panico.

Come abbiamo visto il comportamento alimentare patologico è spesso scatenato e mantenuto da

particolari stati psico-emotivi; la possibilità di modularli con la stimolazione auricolare, può rappresentare un importante strumento terapeutico. Vediamo su questo tema i principali contributi presenti in letteratura. Nel 1996 Apostolopoulos ha trovato che la stimolazione dei punti stomaco e shenmen è capace di agire su ambedue le componenti (biologiche ed emotive) del comportamento alimentare, attenuando la sensazione di fame e nel contempo riducendo l'ansia, spesso presente nei pazienti che seguono una restrizione dietetica.

In un lavoro del 2007 l'elettro-agopuntura, applicata su punti somatici e auricolari, si è dimostrata capace di favorire sia il calo ponderale che di ridurre i sintomi psicopatologici associati (ansia, fobie, ossessioni, depressione, sintomi paranoidi). In due diversi lavori Dung HC nel 1986 e Richards D nel 1998 hanno presentato i dati aneddotici di riduzione dell'appetito del sintomo "food craving". Nel 2003 l'italiana Luciana Colombo ha effettuato un interessante studio osservazionale sulla "fame compulsiva". Su tutti i 12 soggetti arruolati sono stati utilizzati i punti "shenmen", "craving", "hunger" ai quali sono stati associati punti a vocazione psichica, individuati sulla base della sensazione evocata dalla palpazione.

La terapia è stata praticata con aghi a semipermanenza (ASP) e microsferre magnetiche. Tranne un caso in cui il trattamento si è rivelato fallimentare, nel complesso si è potuto osservare una diminuzione (9 casi) o addirittura scomparsa (2 casi) del "food craving". Ovviamente, come sottolinea la stessa autrice "i risultati dello studio hanno un valore puramente esplorativo stanti i bias che i criteri di selezione e la esiguità della casistica osservata possono avere introdotto. Cionondimeno, gli effetti osservati empiricamente suggeriscono una ragguardevole efficacia dei trattamenti basati sulla auricoloterapia nei soggetti affetti da fame compulsiva, ponendo così le basi per ulteriori studi..."

2 Azione su metabolismo e consumo energetico

Tra gli altri possibili meccanismi, invocati per spiegare l'azione della stimolazione auricolare nel favorire il calo ponderale, vi sono quelli su termogenesi e metabolismo. Un ruolo fondamentale è rivestito dal NPY. Oltre all'azione ossigena questo neuropeptide riduce il metabolismo e il dispendio energetico, con la mediazione dei recettori NPY 1.

È importante sottolineare che il NPY viene liberato, non solo nelle situazioni di carenza alimentare (non voluta o subita dall'individuo, come nel caso di una carestia, o nel caso di carenza autoprocurata e volontaria dovuta alla dieta), ma anche in situazioni di stress.

La stimolazione auricolare si è dimostrata efficace nel ridurre l'espressione ipotalamica del NPY. Tale meccanismo potrebbe spiegare l'attivazione del dispendio energetico e la regolazione a un livello inferiore del set point del peso e dell'energia. Recentemente Shen e collaboratori hanno ipotizzato che il calo ponderale ottenuto su un gruppo di pazienti mediante la Stimolazione Auricolare sia da attribuire, non solo a una diminuzione dell'appetito, ma anche a un transitorio aumento del metabolismo basale.

ESPERIENZE CLINICHE

Osservazioni cliniche ultradecennali su un campione di oltre 1600 pazienti sovrappeso e obesi, integrate con un puntuale lavoro di revisione della letteratura presente su questo argomento, hanno permesso di proporre un modello teorico-operativo di applicazione dell'agopuntura auricolare nella terapia del paziente obeso. È prevista l'integrazione tra:

- agopuntura auricolare
- programma di educazione dietetica
- programma di educazione fisica.

Inizialmente l'obiettivo che ci siamo posti è stato quello di capire quali aspetti del comportamento alimentare fossero influenzati dalla stimolazione auricolare e nello stesso tempo individuare, nel mare magnum dei punti proposti dai vari autori, quelli più efficaci, per poi codificarli secondo il tipo d'azione.

L'adesione al programma, finalizzato inizialmente alla perdita di peso e successivamente al mantenimento dello stesso durante la fase del controllo, è sostenuta dalla terapia auricolare con:

- a) Modulazione del senso di sazietà (più rapida insorgenza e mantenimento della sazietà)
- b) Azione sugli aspetti psicoemotivi che possono accompagnare l'obesità:
 - Fame Emotiva
 - Food craving
 - Episodi di alimentazione compulsiva (Binge Eating),
 - Effetti psicologici della restrizione dietetica e della

perdita di peso (ansia, abbassamento del tono dell'umore, ostilità/rabbia/aggressività)

- Ottimizzazione della risposta allo stress.

- c) Azione metabolica e sul dispendio energetico.
- d) Azione positiva sulla cenestesi.

Sempre dalla nostra esperienza emerge che l'agopuntura auricolare può essere applicata sul paziente sovrappeso e obeso con scopi diversi secondo il tipo o le fasi del programma terapeutico in atto e la presenza o meno di DCA.

A) Nel primo periodo del trattamento (1-3 mesi).

Obiettivo: migliorare l'adesione alla restrizione calorica. La terapia auricolare è associata alla prescrizione di una dieta bilanciata moderatamente ipocalorica e/o a un programma dietetico-educazionale teso a modificare le abitudini alimentari del paziente.

Riservato a quei pazienti che hanno già tentato di perdere peso senza riuscirci e/o pazienti obesi con diagnosi di BED in associazione ad adeguato intervento psicoeducazionale e psicoterapeutico cognitivo comportamentale (CBT). L'attività fisica rappresenta un imprescindibile aspetto del programma, indispensabile sia come fattore di aumento del dispendio energetico che come prevenzione della riduzione reattiva del metabolismo e della termogenesi.

B) Nella seconda fase (da 3 a 6-12 mesi).

Questa fase corrisponde al rallentamento del dimagrimento, per azione di meccanismi omeostatici, che l'organismo attiva nel tentativo di riportare il peso corporeo ai valori antecedenti il calo ponderale.

Questa fisiologica reazione dell'organismo si estrinseca con una serie di meccanismi orientati al recupero del peso perduto: aumento della sensazione di fame e riduzione della sazietà, rallentamento metabolico e della termogenesi. Questa fase, presente durante il processo della perdita di peso nel 90% dei pazienti, è stata definita da Kirschenbaum "stadio della frustrazione".

Si caratterizza per una notevole difficoltà a controllare ulteriormente la dieta; inizialmente sono presenti saltuari episodi di iperalimentazione (lapse, letteralmente scivolata), che possono diventare, se non controllati, sempre più frequenti. Questo può far sì che il paziente ritorni più o meno completamente allo stile alimentare preesistente l'inizio della dieta (relapse) con recupero del peso perduto.

Obiettivo: mantenere l'adesione alla restrizione dietetica in atto, riducendo il fenomeno delle ricadute.

C) Al termine del periodo di calo ponderale comunque ottenuto.

(Semplice prescrizione dietetica, programma dietetico-comportamentale, farmaco assistito, chirurgico bariatrico).

Obiettivo: prevenire il recupero del peso perduto a breve termine, (12 - 24 mesi), secondo quanto stabilito nel 1995 dall' "Institute of Medicine of the National Academy of Sciences" (decremento ponderale di almeno il 5% e mantenimento per almeno 1 anno).

D) In associazione con diete a bassissimo contenuto calorico (very low calorie diets - VLCD) in pazienti con obesità severa (II grado), BMI compreso tra 35-39,9 e obesità grave (III grado), BMI uguale o superiore a 40. Un'alta percentuale di questi pazienti sono affetti da BED o presentano sintomi di binge eating (non classificabili come pazienti affetti da BED, in questo caso la stimolazione auricolare si deve in questo caso accompagnare ad un adeguato Intervento psico-educazionale e psicoterapeutico (CBT).

Obiettivo: migliorare l'adesione alla restrizione dietetica, favorire il mantenimento del peso perduto.

METODICA

Il metodo prevede la stimolazione continua nel tempo di 6/7 agopunti auricolari individuati nell'ambito di un gruppo di 13. Gli agopunti sono raggruppati tra loro a costituire "insiemi terapeutici" primari e secondari, capaci di agire sui diversi aspetti del comportamento alimentare.

Gli agopunti auricolari sono poi stimolati con sfere metalliche, semi di vaccaria, aghi a semipermanenza lasciati in situ per un periodo compreso tra 7 e 28 giorni, secondo quanto stabilito dal terapeuta in relazione alle diverse fasi del programma che

il paziente sta seguendo e ai risultati ottenuti.

Il protocollo inizia con la somministrazione dell'Insieme Terapeutico Primario applicato secondo la lateralità dominante del paziente.

La 2° seduta si effettua dopo sette giorni stimolando il padiglione contro laterale. In alcuni pazienti è possibile praticare la terapia indifferentemente su ambedue i padiglioni, alternando il lato di stimolazione. Viceversa in altri si dimostra responsivo solo il padiglione di un lato. La terapia prosegue con sedute ad intervalli regolari di 21- 30 giorni. Nel prosieguo della terapia e nella fase di mantenimento, la scelta dei punti è guidata da un algoritmo basato sulle informazioni fornite al terapeuta dallo stesso paziente che compila diversi strumenti di autovalutazione del comportamento alimentare e dello stato psicoemotivo.

È in fase di validazione un software dedicato che potrà aiutare il terapeuta e il paziente nell'applicazione del metodo. Al paziente vien chiesto di compilare una particolare scheda di valutazione, che integra il classico diario alimentare con quello dell'attività fisica. Nella stessa scheda sono diversi strumenti di valutazione del comportamento alimentare del paziente.

Per valutare la sensazione soggettiva di sazietà nei diversi momenti della giornata si utilizza una scala unipolare senza suddivisione (VAS visual analogue scale). Il fenomeno del "food craving", in attesa della validazione in lingua italiana del "Food Craving Inventory", viene valutato sempre con una scala VAS. La stessa scheda fornisce informazioni sullo stato psico-emotivo del paziente (ansia, tono dell'umore, ostilità/aggressività/rabbia). Il comportamento alimentare "abbuffate compulsive" è invece valutato con la somministrazione della binge eating scale (BES), nella versione italiana. Questa scala può essere impiegata per lo screening del disturbo di alimentazione incontrollata, ma può essere utile anche nella valutazione della risposta al trattamento.



Fernando Botero, The Dancers

Problemi ambientali e sanitari: l'incidenza dei tumori

Un sardo su tre vive in un sito inquinato Aree a rischio Sassarese e Sulcis

Il Decreto legislativo n. 152/06 (che ha sostituito con la parte IV – titolo V, il DM 471 del 1999) individua le aree da inserire tra i "siti di bonifica di interesse nazionale" – in acronimo SIN – sulla base di criteri di ordine sanitario, ambientale e sociale ("[...] Un sito nel quale i valori delle concentrazioni soglia di rischio (CSR) determinati con l'applicazione della procedura di analisi di rischio di cui all'allegato 1, alla parte quarta del presente decreto sulla base dei risultati del piano di caratterizzazione, risultano superati", Musmeci e all, 2011). Nello studio SENTIERI (Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento) condotto dall'Istituto Superiore di Sanità, in 44 su 56 siti (compresi quello di Porto Torres-Sassari e Sulcis-Iglesiente-Guspinese) è stata calcolata la mortalità nel periodo 1995-2002, a partire dai seguenti indicatori: tasso grezzo, tasso standardizzato, rapporto standardizzato di mortalità (SMR) e rapporto standardizzato di mortalità corretto per un indice di deprivazione socioeconomica ad hoc. Gli indicatori di mortalità sono stati calcolati per 63 cause/malattie singole o gruppi di cause/malattie. Per ogni sito sono disponibili i risultati per tutte le malattie e per grandi gruppi di malattie,

di Vincenzo Migalettu e Valerio Gennaro



SIN presenti nel territorio dello stato italiano. Fonte: Studio Sentieri Istituto Superiore di Sanità nov. 2011 Supp. Epidemiologia e prevenzione. pag. 9

a fini descrittivi per la conoscenza del profilo o reperimento di salute delle popolazioni residenti. Inoltre, in ogni SIN i risultati sono presentati in relazione alle cause definite come di maggiore interesse a priori, sulla base delle evidenze relative all'associazione con le sorgenti locali di contaminazione ambientale (Pirastu et al, 2011). La stima degli SMR è stata calcolata utilizzando come riferimento le popolazioni regionali data l'eterogeneità dei tassi di mortalità per diverse cause sul territorio nazionale (De Santis e all, 2011).

L'indice di deprivazione (ID)-SENTIERI, le cui basi teorico-pratiche sono descritte da Grisotto nel 2007, si è calibrato su base regionale calcolando il valore dell'ID per ciascun Comune, riferendosi ai valori degli indicatori dei Comuni della Regione di appartenenza. La Sardegna e la Campania sono le regioni dove si registrano le aree contaminate più vaste (in totale 445.000 ettari in Sardegna e 345.000 ettari in Campania – Studio Sentieri ISS 2011; GreenPeace 2012). Circa un sesto dell'Isola è incluso nei due SIN di Porto Torres-Sassari e Sulcis-Iglesiente-Guspinese; in questi 2 siti sono compresi 41 comuni e circa 404.910 abitanti. Poco più di un sardo su 3 vive in un sito contaminato (in Italia con complessivi oltre 300 co-

muni e con circa 9 milioni di abitanti: circa un cittadino su 8 compresi anche i residenti in Sardegna).

In 44 SIN presi in considerazione si sono riscontrati in eccesso 10mila decessi per tutte le cause (4 mila per tutti i tumori), rispetto ai riferimenti regionali. È una conferma del fatto che in questi 44 SIN esiste un rischio sanitario.

SIN Porto Torres (SS).

È costituito da due comuni (Sassari e Porto Torres) con una popolazione complessiva di 141.793 abitanti al Censimento 2001. Nella tabella seguente sono riportati l'estensione, le fonti normative, le attività industriali, i comparti e le fonti di inquinamento che caratterizzano il SIN.

Nome	Aree industriali di Porto Torres (SS)
Regione	Sardegna
Legge istitutiva	Legge 179/02
Norma perimetrazione	Decreto 07 febbraio 2003, Decreto 03 agosto 2005
Superficie	
Terra	1844 ha,
Mare	2762 ha
Tipologia impianti	chimico, petrolchimico, centrale elettrica, area portuale, discarica
Denominazione impianti	Polo Petrolchimico: stabilimento Syndial (ex Enichem), Sasol Italy, Evc, Turrus Espansi, Turrus Pack, Coseplast, Isoex, Sareuroplast, Officina meccanica Ormes Enichem-discardia industriale di "Minciaredda" Enichem-discardia industriale di "Cava Gessi" Laterizi Torres della Sarda Laterizi Distoms Srl Deposito costiero Eni Deposito costiero Esso Italiana Deposito costiero Liquigas Ex Ferriere Sarde E-ON Wanda (impianto itticoltura dismesso)
Comparto e contaminanti	
Suolo	metalli pesanti, BTEXS, idrocarburi leggeri e pesanti, IPA, composti alifatici clorurati cancerogeni
Acque di falda	metalli, BTEXS, solventi clorurati, IPA, idrocarburi, cloro benzeni
Sedimenti	mercurio, arsenico, idrocarburi C>12
Pescato	metalli (piombo, cromo, cadmio, nichel, rame, arsenico, zinco, mercurio)

Fonte: (www.epiprev.it/Sentieri2011_Allegati).

Per entrare nel dettaglio della situazione epidemiologica riportiamo la tabella riassuntiva.

Causa	Uomini			Donne		
	OSS	SMR (IC 90%)	SMR ID (IC 90%)	OSS	SMR (IC 90%)	SMR ID (IC 90%)
tutte le cause	4 708	107 (104-109)	109 (106-111)	4 357	112 (109-115)	115 (112-117)
tutti i tumori	1 508	108 (104-113)	106 (102-111)	1 105	114 (109-120)	113 (107-119)
malattie del sistema circolatorio	1 560	103 (99-107)	106 (102-111)	1 661	99 (95-103)	104 (100-109)
malattie dell'apparato respiratorio	392	110 (101-120)	118 (108-128)	313	138 (126-152)	139 (126-152)
malattie dell'apparato digerente	309	118 (107-129)	120 (109-132)	226	118 (105-132)	122 (109-136)
malattie dell'apparato genitourinario	73	137 (112-167)	141 (115-171)	71	122 (99-149)	127 (103-155)

Tabella 1. Mortalità per le principali cause di morte. Numero di casi osservati (OSS), rapporto standardizzato di mortalità grezzo (SMR) e corretto per deprivazione (SMR ID); IC 90%: intervalli di confidenza al 90%; riferimento regionale (1995-2002). Uomini e donne.

Fonte: Progetto SENTIERI; Epidemiol Prev 2011; 35 (5-6) Suppl. 4: pag 36

Esaminando il rapporto standardizzato di mortalità corretto per deprivazione in entrambi i sessi per tutte le cause correlabili alle condizioni ambientali (tutti i tumori, malattie del sistema circolatorio, malattie dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato digerente, malattie dell'apparato genito urinario) si rileva un valore di 109 e 115 rispettivamente nel sesso maschile e femminile (tali valori superano nello stesso studio anche quelli del più noto SIN di Taranto dove in entrambi i generi il valore è di 107). A Sassari e a Porto Torres ciò corrisponde (nel periodo 1995-2002) per il sesso maschile a 4708 casi osservati rispetto a 4319 attesi con 389 morti in più per tutte cause (tra cui 86 per tumori), quindi 48 in più per tutte le cause/anno e 11 tumori/anno. Per il sesso femminile si riscontrano 4357 casi osservati rispetto a 3788 attesi con 568 per tutte le cause (127 tu-

mori), quindi 71 morti in più tutte le cause/anno e 16 tumori/anno. I dati che interessano il sesso femminile destano particolare preoccupazione: le condizioni di inquinamento non riguardano solo le condizioni riscontrabili nel perimetro della fabbrica e quindi fattori di esposizione alle criticità del ciclo produttivo che interesserebbe prevalentemente il sesso maschile, ma rispecchiano un inquinamento ambientale diffuso anche nei territori circostanti le aree industriali.

Per le cause di morte per le quali vi è a priori un'evidenza sufficiente o limitata di associazione con le fonti di esposizioni ambientali del SIN, elencate nelle 2 tabelle seguenti, si osserva, in entrambi i generi, un'aumentata mortalità per il tumore del polmone, per le malattie dell'apparato respiratorio anche acute e per le malformazioni congenite (Pirastu et al. 2011).

Causa	Uomini			Donne			Esposizioni ambientali nel SIN*	Altre esposizioni				
	OSS	SMR (IC 90%)	SMR ID (IC 90%)	OSS	SMR (IC 90%)	SMR ID (IC 90%)		inquinamento dell'aria	fumo attivo	fumo passivo	alcol	occupazione
tumore dello stomaco	53	80 (63-100)	80 (63-101)	42	94 (71-121)	99 (75-128)	C	I	S+	I	I	I
tumore del colon-retto	124	104 (89-121)	102 (87-119)	116	102 (87-119)	101 (86-118)	C	**	I	I	S+	I
tumore della trachea, dei bronchi e del polmone	435	113 (104-122)	110 (101-119)	81	126 (104-152)	115 (95-139)	P&R, E	S+	S+	S+	I	S+
tumore della pleura	6	84 (37-165)	73 (32-144)	<3			AP	L	**	**	**	S+
malattie dell'apparato respiratorio	392	110 (101-120)	118 (108-128)	313	138 (126-152)	139 (126-152)	P&R, E	L ins / S+ agg	S+ ins / agg	L ins / agg	S+	S+
malattie respiratorie acute	152	184 (160-211)	166 (144-190)	163	161 (141-184)	157 (137-179)	P&R, E	S+	S+	L	L	L
asma	6	48 (21-95)	57 (25-112)	12	90 (52-145)	100 (58-162)	C, P&R, E	L ins / S+ agg	S+ ins / agg	L ins / agg	L	S+

Tabella 2. Numero di casi osservati (OSS), rapporto standardizzato di mortalità grezzo (SMR) e corretto per deprivazione (SMR ID); IC 90%: intervalli di confidenza al 90%; riferimento regionale (1995-2002). Uomini e donne. Cause con evidenza di associazione con le esposizioni ambientali Sufficente o Limitata.

Causa (classi di età)	Esposizioni ambientali nel SIN*			Altre esposizioni					
	OSS	SMR (IC 90%)	SMR ID (IC 90%)		inquinamento dell'aria	fumo attivo	fumo passivo	alcol	occupazione
malformazioni congenite (tutte le età)	38	140 (105-184)	138 (103-181)	P&R, D	I	**	L	L	I
alcune condizioni morbide di origine perinatale (0-1)	24	108 (74-152)	107 (74-150)	C, D	L	**	S+	I	I
malattie respiratorie acute (0-14)	<3			P&R	S+	**	S+	**	**
asma (0-14)	<3			C	L ins / S+ agg	**	S+ ins /agg	**	**

Tabella 3. Numero di casi osservati (OSS), rapporto standardizzato di mortalità grezzo (SMR) e corretto per deprivazione (SMR ID; IC 90%: intervalli di confidenza al 90%), riferimento regionale (1995-2002). Totale uomini e donne. Cause con evidenza Sufficiente o Limitata di associazione con le *esposizioni ambientali*.

Legenda esposizioni ambientali nel SIN

- C** = impianti chimici
- P&R** = impianti petrolchimici e raffinerie
- S** = impianti siderurgici
- E** = centrale elettrica
- M** = miniere e/o cave
- AP** = area portuale
- A** = amianto/altre fibre minerali
- D** = discarica
- I** = inceneritore

Legenda valutazione dell'evidenza

- S+** = sufficiente per inferire la presenza di una associazione causale
- L** = limitata ma non sufficiente per inferire la presenza di una associazione causale
- I** = inadeguata per inferire la presenza o l'assenza di una associazione
- S+ ins/agg** = sufficiente insorgenza e aggravamento
- L ins/S+ agg** = limitata insorgenza/sufficiente aggravamento
- L ins/agg** = limitata insorgenza e aggravamento
- *** = evidenza sufficiente o limitata
- **** = non applicabile

Fonte: Progetto SENTIERI; Epidemiol Prev 2011; 35 (5-6) Suppl. 4: pag 37

Raccomandazioni verso una nuova deontologia professionale

La scarsa o nulla consapevolezza del fatto che Sassari e Porto Torres siano compresi in un SIN è ancora riscontrabile in una larga fetta di medici che operano nel territorio; ciò si riflette anche sulle scelte strategiche operate dai decisori politici presenti nelle istituzioni del territorio, forse non sufficientemente sensibilizzati alle problematiche sanitarie presenti. Sarebbe opportuno diffondere la conoscenza dell'articolo 5 del codice deontologico che riguarda "L'educazione alla salute e rapporti con l'ambiente". L'articolo 5 recita "Il medico è tenuto a considerare l'ambiente nel quale l'uomo vive e lavora quale fondamentale determinante della salute dei cittadini.

A tal fine il medico è tenuto a promuovere una cultura civile tesa all'utilizzo appropriato delle risorse naturali, anche allo scopo di garantire alle future generazioni la fruizione di un ambiente vivibile. Il medico favorisce e partecipa alle iniziative di prevenzione, di tutela della salute nei luoghi di lavoro e di promozione della salute individuale e collettiva." Tale articolo è attualmente in fase di ulteriore defi-

nizione e rafforzamento. Sarebbe necessario un rapido aggiornamento dei dati al 2012, non solo per quanto riguarda le malattie tumorali, ma anche per tutte le malattie circolatorie, respiratorie, gastrointestinali e genitourinarie e malformazioni per le quali si è evidenziata una limitata e/o sufficiente associazione con le fonti di esposizione ambientale presenti nel SIN. Appare indispensabile, infine, avviare un'approfondita discussione tra i professionisti dell'Ordine con l'obiettivo che le conoscenze e competenze possano essere impiegate per la formulazione in tempo reale di un referto epidemiologico collettivo delle condizioni sanitarie delle popolazioni tra le quali si esercita la professione medica, impiegando i dati correnti (ricoveri, aborti, malformazioni, farmaci etc) già disponibili nelle varie strutture socio-sanitarie.

Vincenzo Migalettu

radiologo, presidente ISDE-Medici per l'Ambiente Sardegna

Valerio Gennaro

epidemiologo, dirigente medico Istituto Nazionale Ricerca sul Cancro (IST) Genova; Comitato Scientifico ISDE-Italia

Nuove aspettative terapeutiche della diagnosi prenatale precoce

Ecocardiografia fetale: una grande risorsa contro le cardiopatie congenite

Il sistema cardiovascolare del feto, fino agli inizi degli anni 80, era praticamente poco indagato. Se si escludono metodiche cruente, e la possibilità di valutare, in forma peraltro approssimativa, il battito cardiaco, il medico era incapace di ottenere utili informazioni sul cuore fetale. L'avvento dell'ecocardiografia inizialmente M-mode, integrata successivamente con la tecnica bidimensionale in tempo reale, con il Doppler pulsato e continuo ed il color Doppler, ha reso possibile studiare in maniera incruenta l'anatomia e la fisiologia del sistema cardiovascolare del feto e diagnosticare a partire dalla 16-18esima settimana di età gestazionale, la quasi totalità delle cardiopatie congenite e delle anomalie del ritmo, con una sensibilità superiore al 96% e una specificità vicina al 100%.

Questa possibilità acquista ancora maggiore rilevanza se si considera che le cardiopatie congenite rappresentano circa il 20% di tutte le malformazioni congenite riscontrate nei bambini nati vivi. La loro incidenza è di circa 8-10 per mille nati vivi e sale vertiginosamente al 20% negli aborti spontanei. Dunque soltanto una piccola parte dei feti con anomalie cardiache giunge alla maturazione completa e alla nascita; le cardiopatie più gravi portano in genere alla morte endouterina fetale o di per sé o perché associate a gravi malformazioni extra-cardiache.

Questi riscontri ci fanno capire come la nostra osservazione post-natale sia riservata ad una parte, non la più numerosa, delle patologie cardiache che si sviluppano nella vita intrauterina e come operi un meccanismo di selezione naturale di cui il ruolo e la portata possono essere rivisitati proprio alla luce delle nuove prospettive aperte dell'ecografia fetale. Grazie alle tecniche di ecocardiografia è ora possibile indagare con precisione il cuore del feto e

di Mario Pala



riconoscere alterazioni di funzione e struttura assai precocemente. Si aprono così nuovi orizzonti di conoscenze sull'origine e sulla storia naturale di difetti congeniti di cuore durante la vita intrauterina e possibilità fino a ieri impensabili di diagnosi precoce e controllo delle cardiopatie congenite. L'ecocardiografia fetale può essere infatti intesa come possibilità di riconoscimento anticipato di eventuali errori di sviluppo del cuore che consente di attuare misure terapeutiche

quanto più tempestive ed efficaci, per salvare la vita del piccolo paziente.

Questo nuovo scenario ha vari risvolti: sul piano culturale rappresenta una svolta epocale nella conoscenza della fisiopatologia del cuore fetale, dei suoi processi di accrescimento, del riconoscimento e monitoraggio delle malformazioni morfologiche, dell'individuazione di aritmie spesso misconosciute e sottodiagnosticate. Tutto ciò è rilevante sul piano clinico e gestionale, e necessariamente può determinare l'inizio di una nuova era nell'approccio al neonato con cardiopatia o addirittura già nella vita fetale. Si aprono prospettive terapeutiche altrimenti impensabili, le cui proporzioni soltanto si intravedono, ma compaiono anche importanti riflessioni e turbamenti sul piano etico e morale che riguardano le decisioni che la nuova consapevolezza può dettare.

La capacità di porre diagnosi accurate e inesorabili può indurre a scelte difficili, che coinvolgono la coppia, come la decisione di accedere o meno all'interruzione della gravidanza in caso di cardiopatie particolarmente gravi, piuttosto che portare avanti la gravidanza con tutto quello che comporta.

Secondo la maggior parte degli autori i migliori risultati nell'applicazione di questa metodica, si possono ottenere realizzando due livelli di diagnostica ecografica: un primo livello rappresentato

dall'ecografia ostetrica di base con apparecchi ad alta risoluzione, nel corso della quale l'ostetrico-ginecologo, oltre che a rilevare i parametri morfologici e di crescita del feto e l'eventuale presenza di malformazioni extracardiache, rileva una proiezione 4-camere del cuore fetale e una proiezione longitudinale con l'individuazione dell'origine dei grossi vasi, come d'altronde consiglia la SIEOG (Società Italiana di Ecografia Ostetrica e Ginecologica), un secondo livello riservato ad un eventuale approfondimento diagnostico eseguito con apparecchiature complete di Color-Doppler da personale specializzato in cardiologia pediatrica che ha come obiettivo fondamentale il riconoscimento e la precisa definizione delle malformazioni cardiache.

L'esame di secondo livello deve essere eseguito ogniqualvolta viene sospettata una patologia cardiaca durante l'esecuzione dell'esame di primo livello e, in prima istanza in tutte le gravide che presentano fattori di rischio. Da circa 30 anni lo screening delle cardiopatie congenite con l'ecocardiografia fetale, ha consentito un nuovo approccio verso queste malformazioni, che ha portato ad una migliore conoscenza della fisiopatologia e della storia clinica, modificandone in alcuni casi l'evoluzione e quindi l'incidenza e la prognosi sia a breve che a lungo termine.

Per quanto riguarda l'incidenza delle cardiopatie congenite i dati della letteratura internazionale sono ormai concordi nel ritenere che le CC hanno una incidenza del 8-10 per mille nati vivi, ma che tuttavia lo spettro dei difetti strutturali cardiaci che si riscontrano in utero, risulta maggiore rispetto a quello riportato nelle casistiche post-natali, essendo caratterizzato da una maggiore incidenza di cardiopatie complesse o severe quali ad esempio il cuore sinistro ipoplasico, l'atresia polmonare a setto intatto, gli isomerismi atriali etc.

Bisogna tuttavia sottolineare che l'incidenza delle cardiopatie congenite in età prenatale è sottostimata poiché talvolta interagiscono fattori che ne determinano una riduzione per difetto diagnostico soprattutto in

rapporto al luogo dove l'indagine viene svolta, agli strumenti utilizzati, all'abilità dell'operatore e soprattutto al tipo di metodica ecografica usata e all'estensione e al tipo di popolazione esaminata. Qualora infatti l'indagine ecocardiografica venga eseguita utilizzando una metodica limitata esclusivamente all'uso della sola scansione 4-camere, anziché all'uso delle due proiezioni, 4-camere più la scansione longitudinale per l'origine dei grandi vasi, è evidente che si avrà una riduzione del numero di CC individuate in epoca fetale per mancato riconoscimento di alcune di esse, così come si verifica, quando lo screening diagnostico anziché essere esteso a tutte le gestanti, sia invece limitato soltanto alla popolazione di donne gravide con alto rischio di malformazioni.

È certamente vero che in presenza di fattori di rischio, la possibilità di concepire un feto portatore di CC arriva in genere al 3-4%. Purtroppo però, da questa popolazione non viene concepito più del 25-30% di tutti i feti portatori di CC; la maggior parte, il 70-75% proviene dalla popolazione senza fattori di rischio. È necessario, quindi, un primo livello di screening ostetrico ed un secondo livello cardiologico limitato esclusivamente ai casi dubbi o alle gravidanze a rischio malformativo, nelle quali siano evidenti fattori di rischio materni e/o familiari.

Naturalmente in un'epoca così attenta alla corretta gestione delle risorse economiche, tale restrizione delle indicazioni allo screening ecocardiografico del feto derivano principalmente da una valutazione di convenienza in termini di costo beneficio della procedura oltre alla carenza di personale specializzato. La diagnosi prenatale è importante, per il management pre e post-natale, soprattutto in neonati affetti da cardiopatia con dotto-dipendenza. In questi casi è necessario programmare il parto

presso un centro di III livello dotato di cardiocirurgia pediatrica, in modo da evitare trasferimenti in condizioni critiche e avviando così le strategie terapeutiche necessarie, prima della comparsa di una sintomatologia grave, tale da compromettere la vita del neonato.



Indicazioni all'ecocardiografia fetale

Il controllo accurato del cuore fetale mediante ecocardiografia è fortemente indicato nei casi in cui vi siano evidenti fattori di rischio materni, genetici e fetali:

Fattori di rischio materni

Storia familiare per cardiopatie congenite
Assunzione di farmaci
Esposizione a radiazioni
Malattie virali
Malattie autoimmuni
Diabete mellito
Alcoolismo

Fattori di rischio genetici

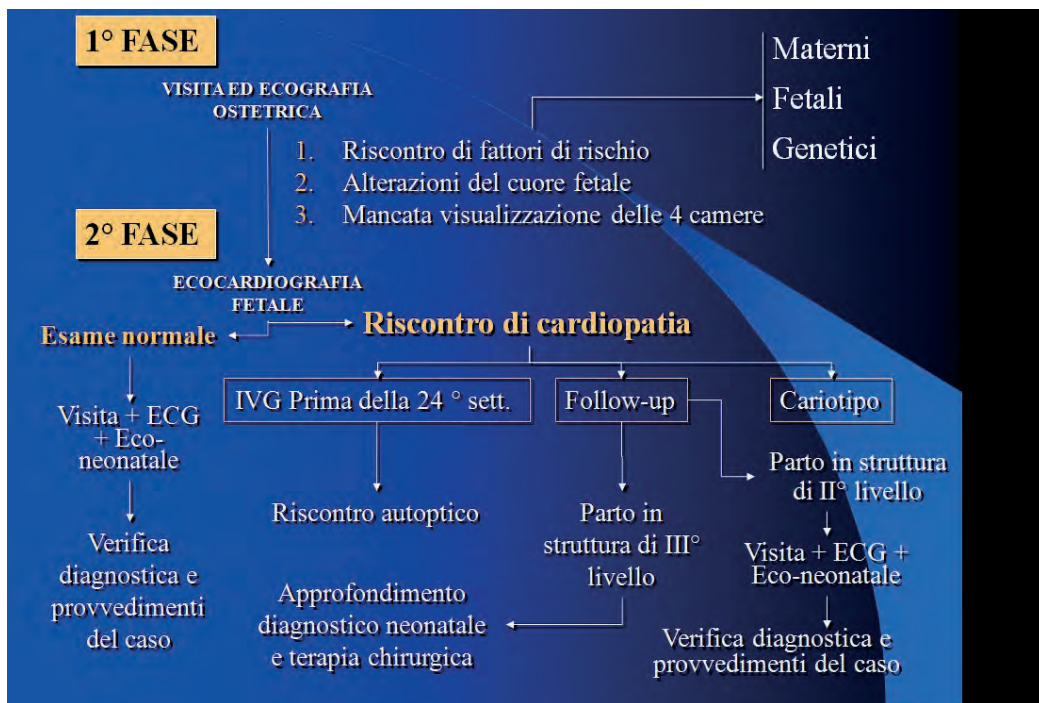
Anamnesi familiare positiva per sindromi genetiche
Fattori di rischio fetali
Ritardo di crescita intrauterina
Poli-oligoidramnios
Anomalie extracardiache
Anomalie cromosomiche e genetiche
Aritmie cardiache fetali
Idrope non immune

Tecnica dell'esame

L'esame ecocardiografico fetale viene eseguito con la gestante in posizione supina o in semidecubito laterale destro o sinistro. L'epoca ideale per uno studio diagnostico accurato è compresa tra la 18a e la 24a settimana di gestazione, in quanto, in questo periodo, il processo di ossificazione dello scheletro non è ancora giunto a compimento e la quantità di liquido amniotico è tale da permettere una corretta insonazione del feto.

L'approccio anatomico-sequenziale, abitualmente eseguito nel neonato, non può essere applicato allo studio del cuore fetale, a causa del pressoché continuo movimento del feto, che assume posizioni non adeguate per le proiezioni cardiache canoniche. Pertanto, queste ultime vengono rilevate molto spesso in modo disordinato ed è compito dell'operatore ricostruirle mentalmente per avere la logica sequenza anatomica, individuare, quindi: il situs, i ritorni venosi sistemici e polmonari, la concordanza atrio-ventricolare e ventricolo-arteriosa, la normale conformazione degli apparati valvolari e dei grossi vasi.

Nelle prime fasi si stabilisce quale posizione oc-



Flow chart

cupi il feto all'interno dell'addome materno, cefalica o podalica, con occipite anteriore o posteriore. Si individuano, così, le direzioni destra-sinistra, anteriore-posteriore, cefalica e caudale. Viene poi stabilito il situs, cioè la posizione degli organi nel torace e nell'addome e le loro relazioni, utilizzando una posizione trasversa, in modo da individuare a sinistra della colonna vertebrale, l'aorta e, anteriormente e a destra di questa, la vena cava inferiore ed il fegato. Gli atri costituiscono l'unico segmento cardiaco che riflette il piano di simmetria viscerale. Nel situs atriale solitus, l'atrio morfologicamente sinistro è situato a sinistra.

Pertanto, la concordanza viscerale-atriale è abitualmente rispettata. Il polmone trilobato, il fegato ed il tratto sovraepatico della vena cava inferiore si trovano dallo stesso lato dell'atrio destro. Viceversa, il polmone bilobato, la grande curvatura dello stomaco e la milza si trovano dal lato dell'atrio sinistro. A questo punto si individua la vena cava inferiore in sezione longitudinale, fino ad arrivare allo sbocco nell'atrio con la rispettiva valvola, chiamata anche di Eustachio, e l'auricola, di forma grossolanamente triangolare.

L'altra componente dei ritorni venosi sistemici da identificare, è la vena cava superiore ed il suo relativo sbocco in atrio destro. Un'altra struttura anatomica che aiuta a distinguere l'atrio destro dal sinistro è la valvola del forame ovale, che per le caratteristiche della circolazione fetale, viene sospinta dal torrente ematico da destra verso sinistra. Nell'atrio sinistro è importante identificare i ritorni venosi polmonari e l'auricola che presenta una forma allungata. Si procede, quindi, all'identificazione della concordanza delle connessioni atrio-ventricolari.

La connessione biventricolare è considerata concordante quando l'atrio, morfologicamente destro, è connesso al ventricolo morfologicamente destro e l'atrio sinistro, morfologicamente sinistro, è connesso al ventricolo morfologicamente sinistro. Il ventricolo destro si caratterizza per l'inserzione della tricuspidia più distale di qualche millimetro rispetto alla valvola mitralica e per la vistosa trabecolatura, nota come "banda moderatrice", in sede medio-apicale. Il ventricolo sinistro presenta, inoltre, superfici più lisce rispetto al controlaterale. A sua volta, la connessione ventricolo-arteriosa è considerata concordante quando il ventricolo destro è connesso all'arteria polmonare ed il ventri-

colo sinistro all'aorta. Completata l'esplorazione dei tre segmenti cardiaci (atriale, ventricolare ed arterioso), si procede, con la tecnica Color-Doppler, all'analisi dei flussi, utile nell'individuare alterazioni anatomiche e/o emodinamiche.

È di facile identificazione il dotto arterioso di Botallo che, nella vita fetale, è pervio, con direzione del flusso da destra verso sinistra. In questa fase viene, inoltre, effettuata la valutazione del profilo di flusso transmitralico, transtricuspidale, aortico e polmonare.

Nella proiezione quattro camere è possibile valutare le dimensioni atriali e ventricolari, mentre in M-mode si definiscono in maniera più particolareggiata gli spessori parietali, la cinetica biventricolare, la eventuale presenza di anomalie del ritmo cardiaco, la frequenza cardiaca fetale. Quest'ultima varia normalmente tra 140-180 bpm.

L'esecuzione dell'esame può essere resa particolarmente difficoltosa da vari fattori, tra cui: l'obesità materna, gravidanze multiple, l'età gestazionale avanzata, la posizione dorso-anteriore del feto, circostanza in cui la colonna vertebrale e le coste, impediscono una adeguata penetrazione del fascio ultrasonoro.

Nella cardiologia della Clinica Medica dell'Università di Sassari sono stati effettuati dal 1996 ad oggi circa 3800 esami.

Sono state diagnosticate circa 80 cardiopatie congenite. Ci sono state 8 interruzioni volontarie della gravidanza. La grande maggioranza delle gestanti ha partorito a Sassari in quanto le cardiopatie diagnosticate non richiedevano un parto in una struttura provvista di Cardiocirurgia Pediatrica. Una parte, invece, ha espletato il parto in strutture provviste di Cardiocirurgia Pediatrica. Sono stati individuati, inoltre, 2 casi di Tachiaritmia fetale ad alta frequenza, con segni di scompenso di circolo, trattate farmacologicamente in utero con risoluzione dell'aritmia che ha consentito il parto a termine.

In conclusione, possiamo affermare che l'ecocardiografia fetale ha aperto una finestra su scenari mai visti prima, la cui scoperta ha certamente contribuito a scrivere una nuova pagina della medicina moderna.

Mario Pala
*cardiologo, dirigente di I livello
presso la Clinica Medica AOU Sassari*

È ora di riflettere sul valore della prevenzione

Il doping: un problema diffuso e un allarme inascoltato

Al tema del doping è dedicata un'attenzione discontinua: prime pagine e titoli cubitali se viene coinvolto uno sportivo di livello mondiale, magari sino a quel momento simbolo dello sport pulito e sano; silenzio e indifferenza nell'informazione quotidiana, salvo piccoli trafiletti, in caso di arresti per allenatori o istruttori di secondo piano, anche nel mondo sportivo amatoriale. La percezione diffusa del fenomeno è, quindi, quella di un problema limitato nei numeri, collegato al solo sport di alto livello e lontanissimo dalla realtà che ci circonda: eppure, quello del doping è un fronte che coinvolge il diritto internazionale (la Convenzione di Strasburgo del 1989, sottoscritta e ratificata da Stati europei ed extraeuropei), gli ordinamenti nazionali, comprese le norme penali repressive (la nostra legge 376/2000, tra le prime e più avanzate legislazioni in materia), organismi sportivi mondiali (la Wada, che ha centinaia di ispettori sparsi per il mondo e coordina tutto il movimento antidoping internazionale, con laboratori

di Paolo De Angelis



di ricerca delle sostanze e dei trucchi di ultima generazione) e che, sul piano della salute pubblica, vede in primo piano l'Istituto Superiore di Sanità, con un osservatorio permanente sul problema e la Commissione di Vigilanza Antidoping, le cui relazioni annuali lanciano continui allarmi tanto preoccupanti quanto inascoltati.

La dimensione del fenomeno è sconosciuta, trattandosi di traffici illegali e quindi, per definizione, sottratti a qualsiasi possibilità di controllo: ma incrociando una serie di informazioni, Alessandro Donati, lo studioso italiano più conosciuto nel campo del contrasto al doping, consulente Wada e referente di numerosi gruppi di ricerca, ritiene che i numeri del problema siano impressionanti, paragonabili a quelli del grande traffico delle sostanze stupefacenti.

D'altronde, le tabelle delle droghe e quelle del doping presentano un nucleo comune di sostanze proibite che sono quindi, ai sensi delle rispettive disposizioni di legge, vietate in entrambi gli ambiti, ad

ulteriore riprova di un giudizio, giuridico e tossicologico, di estrema pericolosità. A fronte di questa situazione, come spiegare la sostanziale indifferenza che riguarda l'argomento del doping? Si badi, nessuno, né nel mondo sportivo né nella società civile, è disposto ad accettare il doping e, a parole, sono tutti nettamente contrari ma, dalle parole ai fatti, c'è un enorme spazio lasciato vuoto e che da tempo attende di essere occupato, dalle istituzioni e dagli organismi che per legge





schia di condurre, di farmaco in farmaco, al versante del doping.

C'è il caso Agricola, medico della Juventus, protagonista di un celebre processo, conclusosi con la prescrizione e che è passato mediaticamente come un terreno di scontro tra tifosi della blasonata squadra di Torino e i suoi fieri ed irriducibili avversari: eppure, nella sentenza della Cassazione che ha messo la parola fine al processo, ci sono pagine fondamentali sul rapporto tra terapia (lecita) e doping (ovviamente proibito), che segnano il confine tra attività medica consentita e responsabilità per

hanno obblighi di intervento e contrasto.

Non si tratta solo di interventi repressivi e sanzionatori, peraltro indispensabili e necessari, soprattutto se ad essere colpito non sia solo l'atleta, spesso anello debole della catena del doping, ma anche tutto il mondo che lo circonda, dai tecnici ai dirigenti sino ai responsabili sanitari della squadra o della società, che difficilmente possono essere ignari o estranei alle pratiche dopanti e che invece tendono a scaricare l'atleta risultato positivo ai controlli, prendendone le distanze in modo ipocrita e, spesso, falso.

Si tratta, invece, di un intervento di natura preventiva, un lavoro di tipo culturale che conduca ad una scelta, individuale e collettiva, di rifiuto di certe pratiche e di certe facili scorciatoie, una piccola rivoluzione che deve partire dalle giovani generazioni e deve coinvolgere ogni figura educativa con la quale i giovani, sportivi o meno che siano, vengano in contatto.

In uno studio della Commissione Vigilanza doping, risulta che la medicalizzazione dello sport sia giunta a livelli percentuali altissimi (intorno al 70% degli atleti di fascia olimpica dichiara di assumere prodotti farmaceutici e salutistici!!), confermando l'idea che il messaggio diffuso sia quello dell'aiuto esterno, della terapia coadiuvante, dell'esigenza di ricorrere ai medicinali, pericolosissima china che ri-

somministrazione di farmaci vietati.

La Suprema Corte parte da un'osservazione apparentemente banale eppure di fondamentale importanza: *o si è sani o si è malati... Il primo obiettivo del medico dello sport, come per ogni altro medico, dunque, è costituito dalla tutela della salute degli atleti a lui affidati. Il medico dello sport, ovviamente, deve seguire e preoccuparsi pure della bontà della prestazione agonistica dell'atleta, ma tale risultato deve essere raggiunto soltanto con un'adeguata preparazione atletica e con un accurato controllo medico, senza mai anteporre il risultato della prestazione agonistica alla salute dell'atleta.* Da qui, discendono considerazioni sulla tutela della salute, specie per il ricorso a farmaci: *se si usano medicinali non per curare, ma per migliorare la performance, anche se si tratta di medicinali non vietati dai regolamenti sportivi, certamente non si tutela la salute del soggetto che li assume.*

Le conclusioni indicano il quadro delle potenziali responsabilità mediche nella somministrazione di sostanze, dopanti oppure no, in assenza di esigenza terapeutica: si individuano almeno due distinti profili, il primo relativo al vero e proprio doping, punito dall'art. 9 della Legge del 2000, il secondo relativo ai farmaci non ricompresi nella prima categoria ma somministrati off-label, quindi al di fuori delle spe-

cifiche modalità d'uso e di somministrazione secondo l'autorizzazione ministeriale e la scheda tecnica, costituenti l'ipotesi di frode sportiva ovvero artifici diretti ad alterare il risultato di una competizione. Il discorso è molto delicato e va approfondito: esiste, per il mondo dello sport, uno statuto di tutela della salute diverso (e più rigido) di quello relativo a chiunque altro non sia uno sportivo? Può ancora parlarsi di libertà terapeutica e di cura nei confronti dello sportivo? Quali sono i limiti oltre i quali il medico che abbia in cura uno sportivo non può spingersi? Le risposte a queste domande non sono né semplici né definitivamente raggiunte, il dibattito è ancora molto aperto: ma questo basta per dimostrare che il silenzio attorno al doping è, oltre che colpevole, del tutto ingiustificato. In realtà,

sull'argomento del rapporto tra terapia medica (consentita) e abuso delle sostanze (vietato) la legge sul doping opera una scelta che, in modo equilibrato, fissa i criteri in base ai quali è possibile individuare i confini tra le due aree e la stessa definizione di doping tiene conto della possibile somministrazione di sostanze che sarebbero, in assenza di finalità terapeutica, vietate, stabilendo che *In presenza di condizioni patologiche dell'atleta documentate e certificate dal medico, all'atleta stesso può essere prescritto specifico trattamento purché sia attuato secondo le modalità indicate nel relativo e specifico decreto di registrazione europea o nazionale ed i dosaggi previsti dalle specifiche esigenze terapeutiche.*

In tale caso, l'atleta ha l'obbligo di tenere a disposizione delle autorità competenti la relativa documentazione e può partecipare a competizioni

sportive, nel rispetto di regolamenti sportivi, purché ciò non metta in pericolo la sua integrità psicofisica.

La legge quindi non esclude radicalmente che farmaci, sostanze e pratiche mediche vietate (cioè, ricomprese nelle classi di sostanze dopanti) possano essere assunte e somministrate; lo consente purché

sia dimostrata la presenza di una patologia che ne giustifichi assunzione e somministrazione. Questo punto avrà sicuramente uno sviluppo difficile sul piano interpretativo ed applicativo, perché apre il problema dei limiti del trattamento sanitario per l'atleta: si tratta tuttavia di una scelta equilibrata che evita di "criminalizzare" la medicina sportiva e consente, a certe condizioni, di qualificare come terapia ciò che altrimenti sarebbe doping. La legge, nel comma 4 dell'art. 1, prevede i casi in cui

l'esigenza terapeutica escluda la pratica dopante; essi sono:

a) condizione patologica dell'atleta documentata e certificata dal medico (non basta quindi la sola certificazione ma occorre idonea documentazione);

b) attuazione dello specifico trattamento secondo le modalità del decreto di registrazione europea o nazionale: si vuole cioè evitare l'uso di farmaci al di fuori dei limiti per i quali il trattamento è stato registrato: si tratta di una limitazione ex lege del principio della libertà di cura da parte del sanitario, ma in questo caso il legislatore ha ritenuto prevalente l'aspetto del controllo anti-doping, considerando la possibilità di assumere trattamenti vietati come eccezione derogatoria (e quindi di stretta interpretazione) alla rigida regola che ne inibisce l'assunzione;

c) rispetto del dosaggio prescritto per la specifica



esigenza terapeutica: anche questo elemento tende a restringere la possibilità di prescrivere farmaci dopanti, fissando il limite del "dosaggio previsto", oltre il quale cessa l'esigenza terapeutica: il limite quantitativo determina quindi la differenza tra cura dell'atleta (lecita) e doping (illecito);

d) assenza di pericoli per l'integrità psicofisica: quando ricorrono i tre punti precedenti, l'atleta può partecipare alle gare, perché la sua condizione, oggettivamente di dopato, è quella, soggettiva, di paziente in cura: ovviamente, il legislatore si preoccupa di riaffermare che, trattandosi di condizione patologica, occorre verificare la compatibilità tra terapia in atto e attività agonistica; precisazione opportuna ma che costituisce un semplice richiamo alle norme già in vigore in tema di visita medico sportiva, che demandano al medico sportivo la verifica dell'idoneità alla pratica agonistica dell'atleta.

Si tende quindi a limitare la libertà terapeutica, tenendola entro stretti limiti, oltre i quali si realizza un illecito, per evitare il quale è necessario, oltre alla effettiva esistenza di uno stato patologico (che giustifichi le cure), che la terapia non sia off label, circostanza che, di per sé, indurrebbe il sospetto di una forma camuffata di doping, rendendo quindi la cura illecita e vietata.

Il motivo di questa rigidità può essere spiegato nell'ottica della tutela della salute dello sportivo, per evitare che la finalità agonistica (che rischia di giustificare, in nome del successo, qualsiasi trucco) prevalga sul rispetto delle condizioni psico-fisiche dell'organismo dell'atleta, che si troverebbe, altrimenti, ad essere esposto a pericoli di alterazione, sino a veri e propri danni, a volte anche irreversibili.

Alcuni autorevoli commentatori (Rizzo S., 2006), attenti sia al fenomeno sportivo che alle sue implicazioni socio-sanitarie, parlano, non a caso, del doping come una sperimentazione impropria, con specifici richiami alla Dichiarazione di Helsinki sulla ricerca biomedica e alla necessità di separare le norme ed i valori sportivi dalle regole "giuridiche e morali che appartengono all'intera comunità umana" (con priorità di queste ultime nella esigenza di "superare il concetto di doping"): una posizione "culturalmente" forte che tuttavia coglie con chiarezza la questione poiché inquadra il tema nella sua dimensione extrasportiva, di cui segnala quindi l'ampiezza e la preoccupante estensione. D'altronde, quando è in gioco la salute non c'è spazio per le soluzioni



ambigue o per scelte che non siano dirette, in modo esplicito, alla tutela dei valori fondamentali.

Il tema, come è evidente, ha implicazioni che trascendono i confini dello sport e coinvolgono questioni fondamentali, dal diritto alla salute alle scelte terapeutiche: non è solo un problema limitato a poche decine di atleti di vertice ma si estende ben oltre, dai valori condivisi nella società attuale al campo della medicina sino all'industria farmaceutica ed ai suoi interessi.

In questo quadro, più che invocare sanzioni esemplari, è forse il momento di riflettere sul valore della prevenzione, specie nella formazione di una cultura (sportiva, ma anche scientifica e giuridica) antidoping: si tratta di un cambio di passo nella visione del rapporto tra individuo e società, che valorizzi, da un lato, la tutela dei valori fondamentali della persona e, dall'altro, il rispetto del principio di responsabilità, per educare al senso dei doveri che ciascuno deve assolvere verso la comunità e verso sé stesso.

Investire in cultura e in formazione è il segno di una società capace di crescere: un investimento di cui le giovani generazioni potranno, un giorno, essere grate.

Paolo De Angelis
magistrato a Cagliari

Note di Fitoterapia

Proprietà terapeutiche delle piante officinali

Pungitopo

Nome Sardo Frusciu, pugnirazzu, fruscu, surighina

Famiglia Liliaceae

Specie *Ruscus aculeatus*

Cenni storici

Conosciuto e utilizzato come pianta officinale da Dioscoride, dagli arabi, dai greci e dai latini, ai quali si deve il nome "ruscus aculeatus" (rovo pungente)

Utilizzo

radici, rizoma, cladodi.

Componenti principali

ruscogenine, tannini, fitosteroli, zuccheri, sali minerali.

Aspetti botanici e habitat

Arbusto comune nei boschi, sia nel piano costiero che in collina, sempre verde, dal rizoma fibroso e strisciante da cui si dipartono sia numerose radici, sia i fusti, che sono ramificati in alto. Le foglie sono ridotte a squamette e si trovano al centro dei cladodi, ovverosia i rami appiattiti, alterni, con una spina all'apice. I fiori sono maschili e femminili e si trovano in individui diversi nella pagina inferiore dei cladodi. Il frutto è una bacca rotonda rossa a maturità.

Impiego

Le proprietà del rusco sono diuretiche, depurative, astringenti e antinfiammatorie. I principi attivi che esso contiene trovano applicazione nelle disfunzioni dell'apparato circolatorio, specie nelle varici, nei geloni e nelle emorroidi, oltre che nell'eliminazione di piccoli calcoli. Recenti ricerche hanno evidenziato l'utilità del rusco in cosmesi: agisce non solo su pelli delicate e tendenti ad arrossamenti, ma anche a livello del microcircolo epidermico quando questo è indebolito; grazie alle saponine, che hanno azione decongestionante e antiedematosa specie per le

di Giovanna Rau



vene varicose, è benefico in caso di mani arrossate, piedi stanchi e affaticati, gambe gonfie e pesanti.

Uso locale

Il nome comune pungitopo (o nella versione sarda *pugnirazzu*), ci riporta all'uso che di esso normalmente si faceva: era uso infatti conservare formaggio e salsiccia su delle pertiche sospese al soffitto, circondate proprio dal pungitopo in modo da allontanare i roditori. I germogli invece vengono colti ed utilizzati in cucina nei modi più svariati: i rizomi vengono usati in tutta l'isola, in decotto

come diuretico e nella cura degli edemi e vene varicose. Le bacche vengono pestate e sfregate nelle varie parti del corpo per lenire i dolori artrici e anche nelle sciatalgie.



Digitale

Nome sardo Ciocca - ciocca, alba di Santu Linaldu, ditali

Famiglia Scrophlariaceae

Specie *Digitalis purpurea*

Cenni storici

Il nome "digitalis" deriva dal latino "digitus" che vuol dire dito, ditale, alludendo alla forma della corolla purpurea. Classificata come pianta velenosa fin dall'antichità, l'ingestione di due grammi di foglia possono portare alla morte. Nel XVII secolo sono state scoperte numerose sostanze in grado di curare gli scompensi cardiaci, anche se le virtù terapeutiche della pianta furono evidenziate già nella metà del 1500.

Utilizzo

Le foglie

Componenti principali

glucosidi: digitossina, digossina, gitossina e digitonina.

Aspetti botanici e habitat

La *digitalis purpurea* è spontanea in Sardegna e in Corsica, si trova quasi sempre oltre i 600 metri, la fioritura avviene tra maggio e giugno. È una pianta erbacea, eretta, con sole foglie basali; nel primo anno di età le foglie superiori della pianta adulta sono oblunghe e dotate di un picciolo che diminuisce man mano che salgono nello stelo. I fiori porporini sono raccolti in spiga. Le foglie sono morbide, dotate di peli, con la pagina superiore verde intenso, l'inferiore più chiara.

Impiego

La digitale è, come abbiamo già accennato, da utilizzare con cautela. I glucosidi presenti, agendo sul ritmo cardiaco, possono provocare aritmia e tachicardia. Il consiglio è quindi quello di non utilizzare tale pianta senza prescrizione medica.

Uso locale

In Sardegna si utilizzano gli infusi di foglie essiccate come cura dell'iperten-

sione e come diuretici, spesso con gravi conseguenze. Era considerata un'erba magica perché la sua fioritura avviene vicino al 24 giugno, festa di San Giovanni. In Gallura gli anziani, in mancanza del tabacco adoperavano le foglie essiccate e arrotolate della digitale, mentre i ragazzi si divertivano nel far schiacciare la corolla della pianta sulla fronte producendo un rumore forte (da cui il nome "ciocca-ciocca" o "tsokka-tsokka").

In Sardegna la Digitale cresce in maniera spontanea e abbondante. Sorgeva a Nuoro uno stabilimento per l'estrazione della droga della digitale sarda, la SASIPO (Società Autarchica Sarda Industria Piante Officinali), ma venne chiusa durante la guerra, anche perché prese il sopravvento la produzione di sintesi.



Disponibili sul sito del Ministero le procedure standardizzate

Valutazione dei rischi per i titolari di studi medici e odontoiatrici

Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha pubblicato sul suo sito le FAQ (domande poste frequentemente) sulle procedure standardizzate, che possono essere strumento di supporto per tutti i titolari di studio medico e odontoiatrico che occupano fino a 10 lavoratori che abbiano proceduto nel rispetto dei termini (1° giugno 2013) alla redazione della valutazione dei rischi secondo le procedure standardizzate. Il documento di valutazione dei rischi (DVR) è un documento dinamico, che deve quindi essere oggetto di aggiornamento e revisione al fine di assicurarne l'adeguatezza e l'efficacia nel tempo.

La FNOMCeO ribadisce che, qualora uno studio medico o odontoiatrico che occupa fino a 10 lavoratori abbia già un proprio documento di valutazione dei rischi, tale documento non dovrà essere necessariamente rielaborato secondo le procedure standardizzate, fermi restando gli obblighi di aggiornamento legati alla natura dinamica del DVR.

Di seguito si riporta la tipologia di corsi che i titolari di studio medico e odontoiatrico, i quali svolgano direttamente le funzioni di responsabili del servizio di prevenzione e protezione (RSPP) debbono obbligatoriamente svolgere.

1 - Il titolare di studio medico o odontoiatrico, che occupa lavoratori, il quale alla data del 11 gennaio 2012 abbia già svolto corsi di formazione ex art. 3 del decreto 16 gennaio 1997 è esonerato dallo svolgimento del corso ex novo di 48 ore per RSPP, ma dovrà svolgere il corso di aggiornamento di 14 ore entro 5 anni a far data dal 11 gennaio 2012.

2 - Il titolare di studio medico o odontoiatrico, che occupa lavoratori, il quale svolga direttamente le funzioni di RSPP da data anteriore al 31 dicembre 1996 e che, quindi, era esonerato dalla frequenza dei corsi di formazione ai sensi della norma transitoria di cui all'art. 95 del D.Lgs. 626/94 ora abrogato, è esonerato dallo svolgimento del corso ex-novo di 48 ore per RSPP, ma dovrà svolgere il corso di aggiornamento di 14 ore entro 2 anni a far data dall'11 gennaio 2012.

3 - Il titolare di studio medico e odontoiatrico, che abbia invece svolto i corsi di formazione per RSPP ex Accordo 26 gennaio 2006, è esonerato dallo svolgimento del corso ex novo di 48 ore, ma dovrà svolgere il corso di aggiornamento di 14 ore entro 5 anni a far data dal 11 gennaio 2012.

4 - Il titolare dello studio medico o odontoiatrico, che occupa lavoratori, il quale abbia svolto entro la data del 11 luglio 2012 corsi di formazione formalmente e documentalmente approvati alla data del 11 gennaio 2012 rispettosi delle previsioni di cui all'art. 3 del decreto 16 gennaio 1997, è esonerato dallo svolgimento del corso ex novo di 48 ore, ma dovrà svolgere il corso di aggiornamento di 14 ore entro 5 anni dal giorno dell'effettivo completamento del corso prima citato.

Per quanto riguarda i collaboratori dello studio medico o odontoiatrico essi sono equiparati alla figura dei lavoratori (sono esclusi i collaboratori familiari di cui all'art. 230-bis del codice civile -ed. impresa familiare). Il titolare dello studio medico o odontoiatrico è tenuto a far svolgere ad essi un corso di formazione per lavoratori della durata di 16 ore. Sempre con riferimento alla figura dei lavoratori è poi previsto un aggiornamento quinquennale della durata minima di 6 ore.

In conclusione giova sottolineare che è condizione obbligatoria, per continuare a svolgere il ruolo e le funzioni di RSPP, effettuare i corsi di formazione sopraccitati; in caso contrario si decade automaticamente dall'incarico di RSPP per mancanza di titolo. Si rileva, inoltre, che spetta al datore di lavoro la verifica di tali adempimenti. Grava, infatti, sul datore di lavoro l'apparato sanzionatorio in caso di mancata nomina del RSPP (arresto da 3 a 6 mesi o l'ammenda da 2.500 A 6.400 euro) In tal caso il titolare di studio medico e odontoiatrico che occupa lavoratori dovrà nominare un nuovo RSPP che abbia i titoli professionali richiesti ai sensi dell'art. 32 del D.Lgs. 81/08.

(Le FAQ sono disponibili sul sito del Ministero del Lavoro)

Sanità pubblica veterinaria Sicurezza degli alimenti: corsi di formazione della Commissione Europea

Il Dipartimento della Sanità Pubblica Veterinaria, della Sicurezza Alimentare e degli Organi Collegiali per la Tutela della Salute del Ministero ha inviato alla FNOMCeO la notizia di un progetto di formazione della Commissione Europea in igiene e sicurezza degli alimenti. I corsi, i cui costi sono totalmente a carico della Commissione Europea, sono rivolti oltre ai veterinari, anche ai medici coinvolti nel settore. Le iscrizioni per il 2013 si sono già concluse. Rimangono ancora aperte le iscrizioni per il 2014, per le quali vi è ancora disponibilità.

Il progetto di formazione "Better Training for Safer Food" prevede corsi aperti a pubblici dipendenti in varia misura coinvolti nell'igiene e sicurezza degli alimenti. Tra queste tematiche particolare importanza ha il corso Food Borne outbreaks investigation, che ha l'obiettivo di aggiornare il personale coinvolto in questo settore (medici, veterinari, biologi etc) sulla normativa, sulla gestione delle infezioni derivanti da alimenti (ovviamente non da un punto di vista sanitario) e sui flussi informativi, alla base per adeguati studi epidemiologici. Le sedi di svolgimento sono Roma, Lisbona e Tallin.

Lo scopo è quello di armonizzare i controlli in tutto il territorio europeo e dare una interpretazione comune della normativa.

Gli eventi sono erogati in modalità residenziale e le spese sono tutte a carico della Commissione Europea.

Le candidature (scheda di iscrizione+CV in Inglese+lettera di trasmissione firmata per approvazione dal Dirigente responsabile) dovranno essere inviate ai seguenti indirizzi di posta elettronica: formazione.veterinariassn@sanita.it
edsvet@postacert.sanita.it

Per ulteriori informazioni rivolgersi a Francesca Calvetti (che svolge il ruolo di National Contact Point), Ministero della Salute - Ufficio II Coordinamento della ricerca e sperimentazione degli Istituti zooprofilattici Roma tel. 06. 59946960 - email: f.calvetti@sanita.it

Congresso annuale della FDI a Istanbul il 28 agosto



La Federazione Odontoiatrica Mondiale organizza a Istanbul il suo congresso annuale che inizierà il 28 Agosto per terminare il 31 dello stesso mese. Il programma è vastissimo, abbraccerà tutte le branche dell'odontoiatria mediante conferenze, discussioni casi, corsi pratici. Previste inoltre diverse attività collaterali a carattere ludico-ricreativo.

A fine novembre a Cagliari l'XI Simposio AIO Sardegna



Il 29 e 30 Novembre si terrà a Cagliari l'undicesimo simposio AIO Sardegna. Il programma culturale prevede gli interventi di numerosi relatori di elevata caratura riconosciuti anche a livello internazionale.

Molti saranno gli argomenti trattati, sono previsti incontri speciali per odontotecnici, assistenti alla poltrona e igienisti/e orali.



L'assessore De Francisci: "L'ospedale alla Maddalena non sarà chiuso ma potenziato"

L'ospedale di La Maddalena non sarà chiuso, sarà invece potenziato nelle specialità per le patologie più incidenti. La rassicurazione è arrivata dall'assessore regionale della sanità Simona De Francisci che, accompagnata dal sindaco Angelo Comiti e dal direttore generale della Asl 2 Giovanni Fadda, ha visitato a fine luglio il piccolo ospedale dell'isola maddalenina. L'assessore ha ricordato che le norme stabiliscono in 1000 parti all'anno la soglia minima per istituire un punto nascita ospedaliero, anche a tutela delle madri e dei nati. A La Maddalena ci sono circa 122 parti annui ma l'assessore ha assicurato sarà garantita una sala con il ginecologo e un'ostetrica. Inoltre per le urgenze, entro l'anno sarà attivato l'elisoccorso regionale.

Ricerca dell'Istituto di Igiene di Sassari: tumore dell'utero, allarme nel nord Sardegna

La media delle infezioni da Papilloma virus, responsabile del tumore della cervice uterina, è molto più alta nel nord Sardegna che nel resto d'Italia: 35,9 per cento delle donne contro il 15-20 per cento a livello nazionale. Prevenendo l'infezione con la vaccinazione, lo screening organizzato e l'aggiunta dell'analisi del Dna al classico Pap test si può arrivare ad abbattere l'incidenza del cancro all'utero. E' quanto emerge da una ricerca pubblicata sulla prestigiosa rivista Plos One "Elevata prevalenza dell'Hpv-51 nel cancro cervicale invasivo: risultati di una ricerca in un periodo pre-vaccinale nel Nord Sardegna", realizzata da Andrea Piana e Paolo Ca-

stiglia, docenti di Igiene nell'università di Sassari. I due studiosi hanno dimostrato, per la prima volta, il ruolo rilevante del virus appartenente al genotipo Hpv-51 nell'insorgenza del tumore della cervice ma soprattutto la sua presenza massiccia nel nostro territorio da oltre 30 anni.

È nata l'Anmefi, l'associazione italiana dei medici fiscali

Dopo le recenti decisioni dell'INPS di sospendere drasticamente le visite mediche di controllo d'ufficio, e del conseguente gravissimo problema occupazionale che si è venuto a creare per i 1381 medici fiscali d'Italia, è nata l'Associazione nazionale medici di medicina fiscale (Anmefi). Il sodalizio ha il fine di promuovere iniziative a livello locale e nazionale per tutelare l'immagine e la dignità del medico di controllo, curarne l'aggiornamento professionale e preservarne gli interessi a difesa dei diritti della categoria. Presidente dell'associazione è Federica Ferraroni di Parma, la quale ha subito auspicato la rapida soluzione del grave disagio che stanno subendo da circa due mesi i medici fiscali d'Italia. L'Anmefi sollecita l'Inps, i Ministeri competenti e la Fnomceo alla stabilizzazione dei posti di lavoro e alla riorganizzazione della materia, puntando al polo unico della medicina fiscale italiana, non più procrastinabile. Presidente Anmefi e-mail: presidente@anmefi.it

Rapporto Pit 2013: in aumento le richieste di prestiti per le cure

Un quadro poco confortante della sanità pubblica emerge dal XVI° Rapporto Pit salute del tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva. Liste di attesa infinite, prestazioni sempre più onerose, pazienti costretti a pagare per non attendere a lungo, fino a indebitarsi, soprattutto per le prestazioni odontoiatriche. E poi strutture sempre più fatiscenti, personale non sempre attento, e malcontento per presunti errori medici in aumento. «A chi dice che bisogna ripensare il concetto di universalismo, ovvero garantire tutto a tutti, rispondiamo che ciò è già stato realizzato nei fatti attraverso una riforma non formalizzata, anche a causa dei 30 miliardi di tagli

che incombono sul Servizio Sanitario Nazionale per il triennio 2012-2015" ha affermato il coordinatore del Tribunale per i diritti del malato Tonino Aceti. Uno degli aspetti più allarmanti è il ricorso ai prestiti personali per far fronte alle spese sanitarie. L'accesso alle cure nella sanità pubblica è sempre più difficoltoso: il 18,4% delle segnalazioni degli utenti lamenta questo problema, mentre la presunta malpractice medica si attesta al 17,7%. Al primo posto ci sono le liste di attesa per visite ed esami troppo lunghe (fino a 13 mesi per una mammografia, un anno per una visita urologica o pneumologica) che portano spesso a richiedere prestazioni in intramoenia (care pure quelle) o a rivolgersi a strutture private.

Legge 40, spesi 870 milioni di euro all'estero per interventi e cure di fecondazione assistita

Tra il 2004 e il 2013, per cure e interventi di fecondazione assistita, sono stati spesi all'estero 870 milioni di euro. Il dato è stato comunicato a Milano, nel corso del congresso internazionale "Nuovi progressi nelle tecniche di riproduzione assistita e modifiche alla legge 40" organizzato a Milano dall'Associazione mondiale medicina della riproduzione (Warm). In base ai risultati di uno studio effettuato dalla Società europea di riproduzione umana ed embriologia (Eshre) insieme alla Società italiana di studi di medicina della riproduzione (Sismer) si evidenzia che, ogni anno, almeno 10mila coppie italiane si spostano per l'Europa per interventi di riproduzione assistita, spendendo in media 8.700 euro. Una popolazione che è andata aumentando esponenzialmente a partire dal 2004, anno di approvazione della Legge 40. Occorre sottolineare che il 40% di questi aspiranti genitori potrebbe essere seguito da strutture pubbliche o private italiane - nel nostro paese sono presenti 351 centri nell'elenco del Registro nazionale procreazione medicalmente assistita - ma preferisce in ogni caso recarsi all'estero, indirizzandosi verso nazioni con leggi considerate meno vincolanti. La maggior parte di queste coppie sono eterosessuali sposate (82%) oppure si tratta di conviventi in modo stabile (18%). L'età media delle donne è di 37 anni; il 27% ha meno di 35 anni, il 41% tra 35 e 40 anni, il 25% tra 40 e 44 anni e il 7% tra 45 e 50 anni.

Aids. Studio Italia-Usa: vicini alla cura definitiva

La notizia arriva dall'Istituto superiore di sanità che ha coordinato il team italo-americano che ha messo a punto un nuovo cocktail di farmaci in grado di indurre la remissione totale della malattia, un traguardo che sembra essere più vicino, senza dover costringere i pazienti - 33 milioni in tutto il mondo - ad assumere a vita, come avviene ora, quel cocktail di farmaci che costituisce la terapia antiretrovirale.

Un team italo-americano di ricercatori, coordinati da Andrea Savarino dell'Iss, ha aggiunto alla terapia antiretrovirale due farmaci, l'auranofin, un composto a base di sali di oro già conosciuto, e, per la prima volta, la butionina sulfossimina, un agente chemiosensibilizzante (Bso), ottenendo così, nei macachi usati come modello (il più vicino all'Aids umano) una remissione della patologia. La combinazione di farmaci ha rimpiazzato gradualmente e senza effetti collaterali i linfociti "malati" con cellule nuove e perfettamente funzionanti, anche se, in un primo momento, non è riuscita a prevenire un'iniziale ricarica del virus. I ricercatori stanno ora programmando l'inizio di un trial clinico nei primi mesi del 2014.

Cancro e Alzheimer non colpiscono insieme

Uno studio italiano pubblicato a luglio sulla rivista *Neurology* ha rilevato una correlazione inversa tra Alzheimer e cancro nella popolazione anziana. Massimo Musicco, del Cnr di Milano, è il primo autore dello studio che ha coinvolto 204.468 ultrasessantenni residenti nel nord Italia che sono stati seguiti per sei anni. Nel corso dell'indagine sono stati registrati 21.451 casi di cancro, e 2.832 demenze di Alzheimer. Date queste cifre, il numero di comorbidità attese era calcolato tra 246 e 281, ma nei fatti le due malattie si sono presentate insieme solo in 161 persone, a riprova del fatto che esiste un qualche meccanismo protettivo per cui ciascuna malattia riduce il rischio per l'altra: in dettaglio, la diagnosi di Alzheimer dimezza il rischio di cancro e da parte sua la diagnosi di cancro riduce il rischio di Alzheimer del 35% circa.

La seconda parte del diario di una volontaria dello sportello Emergency di Sassari

Appunti di viaggio/Emozioni dal Senegal medicina, tradizione, marabout e macumba

La medicina tradizionale

In realtà, se un senegalese sta male, per prima cosa si rivolge al marabout. Quella del marabout è una figura difficile da definire, perché riveste una grande molteplicità di ruoli: è punto di riferimento religioso, insegnante di Corano, giudice conciliatore, saggio, veggente e, nello specifico, colui che pratica la medicina tradizionale di guarigione. Ho assillato con molte domande i miei amici e questo è quello che mi hanno detto. La medicina tradizionale può guarire o far ammalare. Di quest'ultima si servono gli stregoni, mai i marabout. La medicina tradizionale di guarigione si divide in due livelli: il primo, meno potente, è per tutti; il secondo è solo per gli islamici, perché utilizza formule e preghiere coraniche, che potrebbero essere troppo forti e persino dannose per chi non è assuefatto alla loro potenza. A questo punto la mia curiosità era molto forte e ho accettato l'offerta di incontrare non uno ma due marabout, portatori di due diverse "medicine".

Il marabout di Kébémér

Sono stata accompagnata alla grande capanna ai margini del paese, dove il marabout vive e svolge la sua attività. Attorno abitano, in capanne più piccole anch'esse a pianta circolare, i parenti con le rispettive famiglie. Tra le capanne vagano in cerca di pascolo le immancabili capre con i loro cuccioli e qualche gallina. Il marabout di Kébémér è un uomo anziano, cortese e sorridente. La sua medicina è di tipo psichico: prevede il futuro e confeziona quegli amuleti protettivi che ogni senegalese indossa, allacciati attorno alla vita. Nella penombra della capanna, accanto all'amico che si prestava come interprete, sono stata invitata e aiutata a precisare a me stessa il mio desiderio più profondo. Il marabout sussurrava tra sé e sé, mentre tracciava segni sulla sabbia contenuta in un grande contenitore posto tra lui e me. La lettura



Laura Perati, collaboratrice volontaria presso lo sportello Emergency di assistenza sociale e sanitaria per migranti e italiani aperto a Sassari

mi è stata favorevole e me ne sono andata con il mio amuleto e una bella sensazione di serenità. Non mi è stato garantito niente di certo, perché il futuro dipende dalla volontà Dio: "Ogni cosa andrà per il meglio, inch Allah (se Allah lo vuole)".

Il marabout di Louga

Louga è una grande città, capoluogo del dipartimento di Kébémér. Lì è nata la moglie di uno dei miei ospiti, che si è offerta di accompagnarmi ad assistere all'incontro tra un'amica sofferente per dolori ossei e il marabout esperto nella cura del suo problema. Durante il viaggio, mi è stato detto che questa "medicina" appartiene da generazioni alla famiglia del marabout, la cui abilità è grande e rinomata. Molto più giovane del suo col-

lega di Kébémér, visita in una stanzetta al pianterreno di una piccola casa, ai margini di un piazzale di terra battuta e sabbia, stazione d'arrivo e partenza per una moltitudine di furgoni e vecchi pullman.

Davanti alla porta d'ingresso, su una panca di legno, abbiamo atteso il nostro turno in compagnia di ammalati con evidenti problemi ortopedici. Quando siamo state ricevute, dopo aver interrogato la paziente sulle sue difficoltà, il marabout l'ha invitata a sedersi su uno sgabello. Mormorando formule e preghiere e sputando a più riprese, ha sfiorato con le nocche di entrambe le mani la colonna vertebrale, verso l'alto e a scendere. Ha ripetuto questo movimento per tre o quattro volte e poi, dopo aver scelto un bastoncino fra i tanti contenuti in un grande cesto, ci ha salutate. L'amica di Louga ha spiegato che il marabout avrebbe conficcato il bastoncino in un angolo del cortile della propria casa e avrebbe rinnovato la "medicina" su di lui per un certo numero di giorni. Ho incontrato la paziente quotidianamente per tutta la mia permanenza in Senegal: non ha più accusato il dolore di cui soffriva, che descriveva forte e continuo e che sapevo essere stato causato da un gravissimo trauma alla colonna vertebrale subito più di un anno prima. Della seduta a Louga ricordava la sensazione di grande calore ("come una fiamma"), provocata dal movimento delle mani del marabout lungo la colonna vertebrale.

Marabout e talibé

Dovunque in Senegal, a Dakar come a Kébémér o lungo la strada principale dei villaggi attraversati durante i miei spostamenti, ho incontrato bambini vestiti di stracci, spesso scalzi, impegnati nella questua. Con un piccolo contenitore per la raccolta delle offerte, si affacciavano al finestrino dell'auto in sosta o cercavano di cat-

ture la mia attenzione mentre camminavo per strada; se davo una moneta ad uno di loro, ero immediatamente circondata da un numero crescente di piccoli accattoni, decisi ad avere la loro parte. Ogni mattina ne vedevo un piccolo gruppo entrare a casa dei miei amici, dove le donne della famiglia offrivano loro cibo, acqua e l'opportunità di lavarsi. Questo è quello che mi è stato detto su di loro e sulle loro condizioni di vita. I bambini, esclusivamente maschi, di età compresa tra i quattro ed i nove/dieci anni, appartengono in larghissima maggioranza all'etnia Peul e quindi sono figli di una popolazione di mandriani, presente in tutta l'ampia zona del Sahel, Senegal compreso. I Peul hanno tratti somatici poco negroidi e pelle dorata. Sono nomadi, poveri e prolifici; da tempo, vuoi per liberarsi del carico di troppe bocche da sfamare, vuoi immaginando di dare loro un'occasione di vita diversa, hanno preso l'abitudine di affidare alcuni dei loro figli ai marabout che si offrono di prendersene carico e istruirli nel Corano. I bambini prendono allora il nome talibé (discepolo) e salutano per l'ultima volta la propria famiglia, che non rivedranno mai più. Il marabout li porta nella propria casa, li sfama, li ospita per la notte, li inserisce nella scuola coranica, ma non lo fa gratuitamente: ogni piccolo deve provvedere al proprio mantenimento con la questua, come del resto fa lo stesso marabout, che vive grazie alle offerte dei fedeli. L'usanza è andata degenerando, perché, accanto a marabout onesti, ve ne sono molti che lucrano



Case senegalesi

sui talibé, prendendone con sé un numero spropositato e costringendoli all'accattonaggio.

Mi è stato detto che troppo spesso ai bambini viene imposto di raccogliere una somma giornaliera sostanziosa e quando ciò non accade, il talibé non entra a casa per la notte e non mangia. Si tratta di un grave problema sociale e spirituale, che si sta cercando di risolvere nel suo duplice aspetto; il governo sta investendo fondi sostanziosi per creare strutture laiche di accoglienza e i maggiori capi religiosi hanno recentemente richiamato ad un diverso comportamento i marabout coinvolti.

Nel frattempo, chi può, cerca di aiutare i talibé come fanno i miei amici, "adottandone" alcuni almeno per le necessità primarie.

La televisione, la lotta senegalese e la macumba

Dopo cena, durante le serate passate a bere tè verde in compagnia, il televisore era sempre acceso. Venivano proiettati telefilm francesi, commedie, concerti, talk show locali e soap opere indiane. C'erano anche molte trasmissioni sportive ed è stato così che ho potuto assistere agli incontri di lotta senegalese e apprendere alcune cose sulla macumba.

La lotta senegalese, sotto certi aspetti, ricorda "sa istrumpa": due contendenti si fronteggiano a mani nude, cercando di inchiodare a terra l'avversario.

Il combattimento è spesso molto breve, ma l'incontro è preceduto da una complessa cerimonia che può durare ore, durante la quale i sostenitori

dei lottatori danzano e cantano attorno al loro campione, lo agghindano con amuleti propiziatori (gri-gri) e infine lo scortano fino al campo di lotta. Durante il match, nel quale ogni colpo è consentito, gli atleti tentano di strappare all'avversario i suoi amuleti e di scagliarli lontano.

Mi è stato spiegato che amuleti e cerimonia sono "macumba", uso propiziatorio di energie primordiali per attivare e sostenere la potenza fisica del campione, che avrà maggiori opportunità di vittoria quanto più forte e potente è la macumba fatta per lui. In questa prospettiva, il lottatore non combatte da solo, perché i suoi sostenitori partecipano attivamente alla costruzione della sua forza.

Il baobab

Come il leone, il baobab è simbolo del Senegal. Nella savana ne ho visti molti e la prima impressione non è stata positiva.

Mi aspettavo grandi piante frondose, invece vedevo alberelli spogli e contorti, così scheletrici da far pensare che una forza potente li avesse conficcati capovolti nel terreno e abbandonati a seccare sotto il sole rovente.

Gli amici dicevano che il baobab può vivere anche mille anni; che è generoso, perché ogni sua parte è utile: foglie, semi, polpa, corteccia, la sua stessa ombra, sono tutti regali preziosi. Li ascoltavo in silenzio, senza riuscire a dividerne l'entusiasmo. Poi sono stata accompagnata a qualche chilometro da Kébémer, dove si trova un baobab millenario e lì, davanti a quella immensa creatura cava, sfiorandone la corteccia quasi spugnosa sotto le dita, ma pietrosa allo sguardo, ho provato un'intensa emozione. Sentivo

gli occhi riempirsi di lacrime e il cuore mi batteva più forte. Dentro, nella cavità del tronco, ogni suono arrivava ovattato e fruscante. Avevo con me la macchina fotografica, ma prima di usarla ho sentito il bisogno di chiedere mentalmente il permesso al baobab, proprio come ho sempre fatto con le persone. I miei amici si sono scambiati sguardi d'intesa e li ho sentiti dire: "Lei ha capito". In auto, sulla via del ritorno, siamo rimasti a lungo in silenzio.

(continua)



Strade in Senegal

L'isola che c'è Bulzi

a cura di Antonio Pinna

Percorriamo la provinciale che collega Castelsardo a Perfugas. Nella sub regione dell'Anglona, campi coltivati, vigneti e oliveti. Poi, chiazze bianche: le greggi, in questa terra dove la tradizione agropastorale è ben radicata. Attività antiche alle quali si dedica gran parte degli abitanti di Bulzi, circa seicento anime. Si respira l'aria del borgo sonnolento, placido. Le strade pulite, i marciapiedi ordinati accolgono alberi di alloro che regalano ombra e profumi. Angoli di verde pubblico ristorano bimbi e anziani.

La gente ama chiacchierare in perfetto italiano con il forestiero, anche se la parlata locale, nonostante la vicinanza con la bassa valle del Coghinas - quindi della Gallura - è il Logudorese. E in limba sono le indicazioni delle strade e delle piazze, che richiamano antichi toponimi. Così, incrociando sa carrela de s'ulimu, de su putu, de monte granaticu, viene spontaneo immaginare l'antico olmo, il vecchio pozzo e una lenta teoria di carri a conferire grano all'ammasso. Il selciato basaltico dei vicoli, di pregevole fattura, vira in curiosi sampietrini a disegnare canali di scolo centrali, e s'allarga nelle piccole piazze per dare spazio a rose dei venti a otto punte, in mosaico. Le case, monofamiliari, sono prevalentemente basse con tetti a tegola sarda e riportano su piastrelle i cognomi dei proprietari; a piè delle facciate ampi sedili in pietra vulcanica e rigogliose fioriere di gerani e fucsie inducono alla sosta. Dalla *piata de santa rughe* si accede alla bella chiesa romanica di Santa Croce, sede dell'omonima confraternita, depositaria di settecenteschi laudari e del canto *at cuncordu* a quattro parti maschili.

Nel cuore del centro storico, davanti a un sagrato dalle figurazioni variegata di basalto, trachite e calcare, s'vetta la parrocchiale di san Sebastiano, edificata probabilmente con i conci della antica chiesa di San Pietro di Simbranos. Custodisce *su rughefissu*, il più importante gruppo ligneo della Sardegna raffigurante la deposizione: datato all'undicesimo secolo, di scuola toscana, policromo, in



San Pietro delle Immagini, facciata

origine campeggiava entro l'abside della chiesa campestre di San Pietro delle Immagini. Seguendo la pitiraca de funtana, raggiungiamo la ottocentesca funtana manna; sotto livellata rispetto alla strada, vi si accede attraverso un'ampia scalinata in pietra lavica; di struttura cilindrica, a quattro bocche, è collegata con un ingegnoso sistema di comunicazione idrica con l'attiguo lavatoio e, separato da un muro divisorio, con l'abbeveratoio. Il nucleo centrale del paese affonda le radici nel periodo giudiciale quando Bulzi, denominata Villa e retta da un Maggiore con ampie competenze, apparteneva alla curatoria o cantone dell'Anglona, sotto il giudicato di Torres. Ed è proprio in età medievale che il territorio, afferente alla diocesi di Ampurias, si arricchì di insediamenti monastici rilevanti. Accadde grazie a Donnu Gonario che donò diverse chiese di ispirazione bizantina a beneficio dei monaci Cassinesi, seguaci di San Benedetto. Quando, nel 1259, si conchiude l'epoca del giudicato di Torres, l'Anglona passa prima ai Malaspina, poi sotto i Doria fino a tutto il Trecento, per diventare quindi feudo o *encontrada* degli aragonesi. Nel 1720, è dei Savoia.

A pochi chilometri dal paese, su un pianoro che domina la vallata del rio Silanis, possiamo ammirare



Funtana Manna (il lavatoio)

San Pietro in Nurchi, comunemente conosciuta come San Pietro delle Immagini. L'eteronimo è dovuto al rilievo presente nella lunetta che sovrasta il portale e che raffigura un orante e due accoliti. Edificata nel primo ventennio del XII secolo, rappresenta la parte terminale della dorsale Cassinese che origina da Santa Maria in Tergu, sede di abbazia, e prosegue per San Pancrazio e San Nicola in Solio, nel territorio di Sedini. La superba costruzione, a croce commissa, si presenta con conci di tufo bruno e strisce di calcare bianco; la facciata si sviluppa in tre ordini sormontati da archi sempre più piccoli per impreziosirne l'effetto prospettico. Sulla fiancata sono scolpite due meridiane, unico sistema di allora per il calcolo del tempo quotidiano. L'interno è mononavata e l'altare è sorretto da un tronco della vicina foresta pietrificata. Alcune conche scavate nelle rocce circostanti e altri segni di antiche vestigia, fanno supporre che vi fosse annesso un monastero con atrio, foreste-

ria, laboratori, refettorio e dormitori. Il complesso monastico sarebbe stato collegato con il transetto per rendere più agevole ai monaci l'accesso alla chiesa. Monaci dispensatori di cultura, per i quali l'obbligo scritto nella regola era quello di lavorare, pregare e leggere.

Tutte le colline circostanti portano i segni di una storia millenaria; dal villaggio nuragico Rodas, il dolmen, le tombe dei giganti, alle sette tombe ipogeiche, alla foresta pietrificata di monte Ultana, databile a circa venti milioni di anni fa, al miocene inferiore, quando un'eruzione vul-

canica fece inabissare le piante colme di cenere nei laghi circostanti. Un territorio affascinante che può essere condensato in una frase di Annamaria Premoli, storica e profonda conoscitrice di questi luoghi: "Il passato della terra di Anglona è ancora qui, sotto gli occhi di chi vuole vedere e di chi sa ascoltare. Si tratta di leggere ciò che sta scritto nelle antiche pietre, negli antichi canti, nel linguaggio, nella memoria storica, nelle tradizioni".



Funtana Manna

Libri/Il romanzo di Giorgio Todde e il saggio di Patrizia Romito e Mauro Melato

Ultima lettera di Pambira

L’abitudine intossica l’amore. Per questo motivo Ermanno Dick non ha voluto donne e vive da solo in una villa di tufo bianco dove dedica sentimenti e pensieri al suo harem botanico di rose. Un giorno, all’aranceto comunale, una giovane donna gli sorride. È per lei, per Pambira, che Ermanno decide di ridurre il proprio ventre enorme, centro di gravità e prolungamento fisico dell’intelligenza che lo ha reso ricco. Ma proprio quando lui è in ospedale, pronto ad affidarsi al chirurgo, Pambira cade dal balcone di casa e muore. Nel condominio dove lei abitava, opera in segreto un crudele tribunale guidato da Giovanni Cocco Mossa, magistrato in pensione, confinato nell’attico. Il diritto è la sua folle religione e processerà la madre e il padre di Pambira, accusato di un amore innaturale verso la figlia. Dal piano terra all’attico, ogni inquilino partecipa al processo. L’accusa, la difesa, i carcerieri, verbali, verdetto, colpe e punizioni. Un meccanismo inesorabile. Mentre la corte condominiale, rapida e inflessibile, emette la sentenza per un bisogno primigenio di giustizia, Ermanno Dick comprende come si sono svolti realmente i fatti. La verità che emerge è solo in apparenza paradossale, così come le feroci e candide creature di Lettera ultima sembrano bizzarre, ma sono in fondo molto comuni e quotidiane. Perché la giustizia, come l’amore, spesso sconfina nella terra della pazzia.

Giorgio Todde, medico oculista, vive e lavora a Cagliari. È autore di diversi romanzi, tra i quali la serie noir che ha come protagonista il medico imbalsamatore Efisio Marini.



La violenza su donne e minori

La violenza contro le donne e i minori, oltre a quella presente in altre relazioni interpersonali, è frequente, ha effetti devastanti sulle vittime e su tutta la comunità, ma rimane spesso invisibile. Dobbiamo constatare che ancora oggi le risposte sociali in proposito sono a volte frammentate o insufficienti. Questo testo si rivolge a tutti coloro che, nel loro lavoro, incontrano vittime di violenza e vogliono aiutarle. Per capire il fenomeno e intervenire correttamente, è essenziale un approccio di rete. Per questo, il volume ha un taglio multidisciplinare:



hanno collaborato, infatti, esperti di vari ambiti - servizi sociosanitari, magistratura, forze dell’ordine, scuola, associazioni femminili, università - vincendo la sfida di realizzare un testo coerente, pur nella diversità di punti di vista e di linguaggi. Il libro, chiaro, preciso,

aggiornato e ricco di indicazioni pratiche, è uno strumento indispensabile per la formazione sul tema e per tutti coloro che sono impegnati a contrastare la violenza e a sostenere le vittime.

Patrizia Romito, psicologa, professore associato presso il Dipartimento di Psicologia, Università di Trieste, da anni si occupa di violenza su donne, minori e nelle giovani coppie.

Mauro Melato professore ordinario di Anatomia patologica all’Università di Trieste

Oculista, polistrumentista (ma soprattutto chitarrista)

Mille vibrazioni d'amore il rock tricolore di Ivan Satta

Ivan Satta, classe '51, ha dedicato la sua vita allo studio della medicina, specializzandosi in oculistica e portando la sua professionalità al servizio di tanti nostri conterranei. Ma ci sono cose che gli occhi, gli oggetti principali del suo *cursus honorum* medico, non possono vedere, perché celate all'interno delle pieghe della mente e del cuore. La passione per la musica non si può vedere, si può solo sentire e percepire, non come una sensazione tattile, ma come un qualcosa di profondo, che si annida nei meandri più reconditi di una persona. E Ivan questo lo sa bene, quella passione, radicata in lui fin dall'infanzia grazie anche alla sensibilità dei genitori, non gli dà pace, e nel 2009 pubblica il suo primo disco, intitolato "Dopo le sette", chiaro riferimento agli orari in cui è stato concepito e regi-

di Francesco Bustio
Dettori

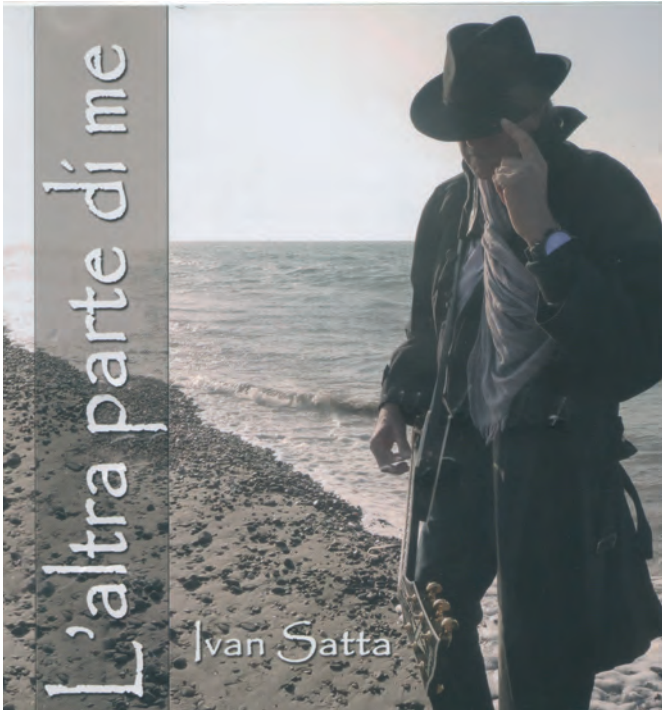


strato l'album. Gli anni passati a suonare, collezionare gli strumenti musicali più disparati per carpirne i segreti, soprattutto un gran numero di chitarre, finalmente trovano uno sbocco quasi naturale. Non contento, l'infaticabile Ivan replica l'esperienza nel 2012, con "L'altra parte di me".

I due dischi sono molto personali e si coglie un netto percorso di crescita musicale: non ci si improvvisa dottori e tantomeno non ci si può improvvisare musicisti, serve applicazione e umiltà per imparare col tempo quello che è un vero e proprio mestiere. Ascoltando le registrazioni, il progresso è evidente: si può udire il positivo cambiamento nella gestione dei suoni nonché nelle composizioni: una gran cosa per dei CD che hanno il sapore autentico del disco fatto in casa. Il tema delle due pubblicazioni è semplicemente l'amore, rac-

contato secondo varie sfaccettature, con un solido rock di stampo tricolore: in mezzo alle tinte della musica tipica degli anni 60 e 70 si odono infatti echi di Zucchero, Vasco Rossi e Ligabue, nonché di quell'indimenticato genio che era Ivan Graziani. Tanti i colleghi che hanno contribuito ad arricchire i solchi di questi LP: Alessandro Falchi, Rina Renna, Pietro Napoli, Antonello Soddu, Filomena Satta, Antonello Lai, solo per citarne alcuni, più altri ospiti e amici. I brani di "Dopo le sette" scorrono veloci: si va dalla ballata di esordio "Amica" fino al rock più deciso di "Dai mille vibrazioni", fino a canzoni più sblusate come "Confusa" e "Regina"; i suoni sono sempre coerenti e univoci, anche quando il ritmo rallenta come in "Luce", fino ad arrivare alla conclusiva "Giuanna", una piccola gemma cantata *in limba*, dominata dalla voce tenorile di Antonello Soddu e dalla fisarmonica suonata





sco riflessivo, ma non per questo meno spontaneo del precedente, anzi, questa maggior ricerca personale fa sì che le emozioni e le intenzioni dell'autore vengano messe a nudo in maniera chiara e decisa. Ivan Satta è un polistrumentista ma è evidente il suo amore verso le chitarre, che in questi long playing imperano, ora ammiccanti, ora marpione, ora un po' gigione, talvolta perfino strafottenti; quando Ivan ne prende in mano una, non si può fare a meno di avvertire il pagamento del dazio dovuto a un'eminenza della sei corde come Mark Knopfler, soprattutto in certi suoni acustici molto compressi, ma il tocco e il cosiddetto *tone* restano personali e riconoscibili al primo ascolto. Fa sempre piacere ascoltare dischi genuini come quelli ideati da Ivan Satta, sia perché dalle note che vengono sciorinate traspare una passione totale verso la musica,

dallo stesso Ivan Satta, il quale tiene a ricordare come questo strumento sia stato il suo primo vero incontro con la musica.

"L'altra parte di me" è, a detta dello stesso autore, più importante rispetto a "Dopo le sette", perché più ragionato, più vissuto e forse sofferto. Il *wha wha* acido di "Pepita colorata" fa da apripista, mentre "Sophie" getta un ponte fra il lavoro precedente e questo. "In cerca di un nuovo sole" sfrutta una elegante chitarra slide per regalare all'ascoltatore delle atmosfere estive che continuano nella successiva "Viola". "Oriente occidentale" è forse il punto forte del disco: un suadente giro di accordi rende plumbea l'aria che aleggia attorno alle note che scaturiscono dai diffusori, nonostante l'apertura del ritornello; notevole in questa traccia il lavoro delle chitarre, particolarmente pregevole l'assolo finale. Le canzoni si susseguono una dopo l'altra con un bel gioco di chiaroscuri dove diversi stati d'animo si fronteggiano: ai toni cupi di "Ti vorrei vivere" fanno da contraltare "Scendono ciliegie giù dal cielo" e la dolce "Dove nasce il tuo amore", per proseguire ininterrottamente con una predominanza di suoni acustici fino alla conclusiva "Mama de Chelu", un'altra affascinante ballata introspettiva, che chiude degnamente un di-

sia perché dimostrano al mondo come anche nelle persone dedite alle scienze, troppo spesso tacciate di freddezza e di mentalità matematica e calcolatrice, batta forte un cuore capace di generare e donare emozioni a chi lo sa ascoltare.



Ivan Satta e la sua Gibson Les Paul

Storie narrate intorno ai falò nella steppa

Piccole perle di saggezza nelle frasi celebri di Anton Cechov

Anton Pavlovic Cechov, nato a Taganrog (Russia) nel 1860 da famiglia di umili origini, dopo gli studi di medicina, alterna la professione di medico condotto con una florida composizione letteraria costituita da oltre cento racconti, diversi romanzi, ricordi di viaggi, commedie, drammi, melodrammi e vaudeville, dividendosi tra la vecchia Mosca, l'elegante Pietroburgo, e la piccola Melichovo. Dalla lettura dei suoi testi, tra le pieghe dei dialoghi incalzanti di protagonisti e comprimari, tra le note musicali riportate dai cori dei muzik e dai canti dei vetturali, tra le storie narrate attorno ai falò nella steppa o alle calde stufe delle isbe, emergono a tratti, con la forza lapidaria della sintesi e la dirompenza dell'imprevisto, poche ma significative frasi, piccole perle di saggezza incastonate nella descrizione limpida del vivere quotidiano. **(A.P.)**



La medicina è la mia legittima sposa, mentre la letteratura è la mia amante: quando mi stanco di una, passo la notte con l'altra.

Voglio scrivere cento, duecento pagine e pagare in tal modo una minima parte del debito contratto nei confronti della medicina che io ho trattato, come sapete, da mascalzone.

I dottori sono simili agli avvocati: la sola differenza è che gli avvocati ti derubano soltanto, mentre i medici ti derubano e per di più ti uccidono.

Meglio perire per mano degli stupidi che averne gli elogi.

La morte è spaventosa, ma ancor più spaventosa sarebbe la coscienza di vivere in eterno e di non poter morire mai.

Con la morte si ha un profitto. Non si deve più mangiare, né bere, né pagare le imposte. E, poiché l'uomo resta nella tomba delle centinaia, delle migliaia di anni, il profitto è enorme.

Può essere bello solo ciò che è grave.

Valutati di più: ci penseranno gli altri ad abbassare il prezzo.

Che fortuna possedere una grande intelligenza: non ti mancano mai le sciocchezze da dire.

Non permettere alla lingua di oltrepassare il pensiero.

L'intelligente ama istruirsi, lo stupido istruire.

Persino essere malato è piacevole quando ci sono persone che aspettano la tua guarigione come una festa.

Una carezza e una parola di compassione valgono più di un'elemosina.

Una volta nel gregge, è inutile che abbaia: scodinzola!

Nella ricerca della verità, gli uomini fanno due passi avanti e uno indietro

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. Se lo si desidera l'inserzione può essere ripresentata per il numero successivo del bollettino, in caso di mancata comunicazione verrà depennata. *

*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

Il dott. Antonio Rubattu offre prestazioni di consulente per aziende per quanto riguarda i seguenti campi: sicurezza e igiene degli ambienti di lavoro; rifiuti; sicurezza antincendio; acque ad uso idropotabile; emissioni in atmosfera; certificazioni di qualità, ambientali, sicurezza. Tel 3493720269; mail: antonio.rubattu@geopec.it; antonio_rubattu@yahoo.it

disponibilità per un impiego in ambito medico-sanitario Tel 3409673996; mail: Deborah.76@tiscali.it

Affittasi studio medico/dentistico (80 mq) 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, 800 euro + IVA, contattare Dott.ssa Elena Solinas (3939187542 - 079395111)

La dott.ssa Deborah Belfiglio, infermiera e ausiliare socio sanitario, comunica la propria

** L'Ordine non si assume nessuna responsabilità su quanto pubblicato.*

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

N. Assistenza Primaria	Pediatria	Cognome e nome	Anno laurea	Indirizzo	Cap-Città	Telefono	Cellulare
SI	NO	Arru Alessandra	2004	Via di Vittorio 22	07100 Sassari		328/9442820
SI	NO	Azzena Giovanni Battista	2010	Via Lisbona 14	07023 Calangianus		393/0049405
SI	NO	Bianco Davide	2012	Via G. Verdi 2	07029 Tempio Pausania		340/2685313
SI	NO	Bursi Antonella	1995	Via Sorso 111	07100 Sassari		347/9657468
SI	NO	Cabigiosu Federico	2012	Via Figari 1	07100 Sassari		3491789950
SI	NO	Calisai Alessandra	2012	Via Milano 19/a	07100 Sassari		3406890495
SI	NO	Canu Nicole	2012	Via Besta 16/d	07100 Sassari	079/271840	340/1692790
SI	NO	Cipiciani Giovanni	2005	Via Monte Grappa	07100 Sassari		393/4376341
SI	NO	Cosseddu Anna	2012	Reg. Badde Longa	07100 Sassari		340/3583653
SI	SI	Delaria Ada Bianca	2007	Via Rizzeddu 17	07100 Sassari		3280534901
SI	NO	Forteleoni Giovanna Maria	2012	Via Amsicora 14	07023 Calangianus	079/661459	348/9386327
SI	NO	Fundoni Carla	2002	S.V. Pala di San Francesco n. 19	07100 Sassari		329/0210498
SI	NO	Giorico Federico A. G.	2012	S.V. Pala di San Francesco 19/C	07100 Sassari		346/3553637
SI	SI	Lisbo Marcella	2009	Via Sassari 42	07033 Osilo		380/4349661
SI	SI	Marras Viviana	2012	Via De Sena 3	07100 Sassari		348/5678599
SI	SI	Marteddu Tomaso	2007	Via Rizzeddu 17	07100 Sassari		328/0550674
SI	NO	Murgia Carlo	1996	Via Coraduzza 49	07100 Sassari		347/3127209
SI	SI	Paddeu Grazia	2012	Via Berlinguer 8	07100 Sassari		320/7706437
SI	NO	Peruzzu Francesca	2012	Via L. Camboni 50	07017 Ploaghe		349/0548463
SI	NO	Pisanu Giovanna	2007	Via La Marmora 55	07032 Nulvi	079/576367	333/8307494
SI	NO	Popova Elena	2006		07100 Sassari		329/1791346
SI	SI	Pruneddu Gian Luca	2012	Via Asproni 28	07100 Sassari	079/2828069	347/6101788
SI	SI	Rassu Anna Laura	2012	Via XX Settembre 19	07010 Mara		329/3059390
SI	NO	Rocchi Chiara	2012	Via Turritana 42/a	07100 Sassari		333/3321712
SI	NO	Rum Iolanda	2007	Via Salvatore Dau 7	07100 Sassari		338/3483224
SI	SI	Sassu Salvatore	1969	Via Limbara 22	07029 Tempio P.	079/6391460	333/9184989
SI	NO	Sechi Elia, Michelangelo, Francesco	2012	Via delle Magnolie 48	07100 Sassari		329/4061768
SI	NO	Shekhovtsova	2011	Via G. Falcone 13	07014 Ozieri		329/7464585
SI	SI	Simula Delia Maria	2005	Via Civitavecchia 39	07100 Sassari		333/3269752
SI	NO	Sini Giovanna	2012	Via Parigi 12	07100 Sassari		393/2712467
SI	NO	Soro Sara	2012	Loc. Baddiju e Porcu	07040 Codrongianos	079/9435210	349/7570413
SI	NO	Sudano Silvia Domenica	2012	Via Balduca 24	07100 Sassari		346/2129149
SI	NO	Zodda Assunta	2012	Via Monte Grappa 13	07100 Sassari		340/3298062



PEC

Posta elettronica certificata

Avere la casella PEC è obbligatorio*

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

*Vedi a pagina 6 di questo bollettino.