

Anno XXII - Ottobre 2013 - n. 5

# SASSARI MEDICA

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



www.williams.it - Spettacolo in movimento per Ute D.L. 352/2003 convertito in L. 27/02/04 n. 46 Art. 10 comma 2 DGS 52/07



In copertina: Cala Soraya, Spargi

**La Maddalena**

*Terra del mio esilio e mia ultima dimora, sii mi ospitale e amica, come io sarò tuo discreto e leale ospite! Io fruirò dei tuoi doni con gratitudine, dei tuoi rigori con pazienza, né mai il mio labbro dirà parola di biasimo o di lagnanza contro di te, o la mia penna scriverà cosa che valga ad alienarti l'affetto degli uomini.*

Vincenzo Sulis (settembre 1820)

Le immagini dell'arcipelago de La Maddalena, riprodotte all'interno, sono di Mauro Coppadoro; le immagini del paese di Nuchis sono di Antonio Pinna e la vignetta è di Carlo Marcello Acciari

**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 Alfonso Bolognini, Graziano Demurtas, Francesco Bustio Dettori, Lucia Latte, Lucia Anna Mamei, Paola Mulas, Laura Perati, Antonio Pirisi, Giovanna Rau, Gino Simula, Eugenia Tognotti

Redazione Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Sassari - Via Cavour n°71/B 07100 Sassari - Tel. 079/234430 telefax. 079/232228

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

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

Realizzazione editoriale Tipografia TAS

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

Bollettino ufficiale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari  
Anno XXII Numero 05 - Ottobre 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
- Pier Luigi Delogu (odontoiatra)
- Alberto Ettore Delpini
- Monica Derosas
- Gabriele Farina
- Carla Fundoni
- Antonio Pinna (odontoiatra)
- Nicolino Sanna
- Francesco Pio Scanu
- Patrizia Anna Virgona

**Commissione Iscritti all'Albo Odontoiatri 2012/2014**

**Presidente** Pier Luigi Delogu

**Componenti**

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

**Collegio Revisori dei Conti**

**Presidente** Giancarlo Bazzoni

**Revisori**

- Natalia Marta C. Grondona
- Leila Maria Marchisio

**Revisore Supplente:** Pasqualina Bardino



## Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari

Via Cavour n° 71/b - 07100 Sassari

Telefono 079-234430

Fax 079-232228

Sito Internet

<http://www.omceoss.org>

@Email@ e PEC

Segreteria: [ordine@omceoss.org](mailto:ordine@omceoss.org); [ordine.ss@pec.omceoss.it](mailto:ordine.ss@pec.omceoss.it)

Presidente: [presidente@omceoss.org](mailto:presidente@omceoss.org); [presidente.ss@pec.omceoss.it](mailto:presidente.ss@pec.omceoss.it)

Presidente C.A.O: [presidentecao.ss@pec.omceoss.it](mailto: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/ Percorsi di continuità assistenziale e modelli sul territorio: "Forza Paris" | Pagina | 5 |
| - 2/ Come organizzare nel territorio l'emergenza in odontoiatria                  |        | 7 |

## ■ OMCeOSS/VITA DELL'ORDINE

- |  |  |    |
|--|--|----|
| - La relazione fra mente e corpo. Pratica clinica e esperienza dell'ipnosi       |  | 8  |
| - Perché ha donato alla Brigata Sassari la medaglia d'argento avuta per Nassirya |  | 10 |

## ■ GRAFFITI

- |  |  |    |
|--|--|----|
| - La battaglia di Romeo Milani per evitare la chiusura dell'ospedale Paolo Merlo |  | 12 |
|--|--|----|

## ■ NOIPERVOI

- |   |  |    |
|---|--|----|
| - Le attività dell'AIRC a Sassari a sostegno della ricerca sulle patologie tumorali |  | 14 |
|---|--|----|

## ■ APPROFONDIMENTI

- |   |  |    |
|---|--|----|
| - Ossigenoterapia iperbarica trattamenti benefici indicazioni e contro      |  | 16 |
| - Risonanza magnetica all'avanguardia a Ozieri                              |  | 22 |
| - Gli screening per la trombofilia. Quando, come e perché                   |  | 25 |
| - G6PD carenza e favismo: studi utili allo sviluppo di farmaci antimalarici |  | 27 |

## ■ FITOTERAPIA

- |  |  |    |
|--|--|----|
| - Proprietà terapeutiche di piante comuni e officinali |  | 35 |
|--|--|----|

## ■ IL GRAFFIO

- |   |  |    |
|---|--|----|
| - Non basta la parola: cliente, ammalato, paziente o persona assistita? |  | 37 |
|---|--|----|

## ■ FNOMCeO

- |   |  |    |
|---|--|----|
| - Medaglia di merito e al valor civile per due medici donne scomparse |  | 39 |
|---|--|----|

## ■ NEWS

- |  |  |    |
|--|--|----|
| - Giovani medici: indagine su lavoro e aspettative |  | 42 |
|--|--|----|

## ■ CULTURE

- |  |  |    |
|--|--|----|
| - Appunti di viaggio. Il Senegal e le sue emozioni |  | 46 |
| - L'isola che c'è: Nuchis                          |  | 49 |
| - Racconto/Il Legionario                           |  | 52 |

## ■ MUSICA

- |  |  |    |
|--|--|----|
| - Bruce Springsteen, Born in the U.S.A. menestrello e rocker |  | 59 |
| - Bacheca  |  | 62 |
| - 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](mailto:ordine@omceoss.org). Per favorire una veloce e corretta distribuzione razionale degli elaborati suggeriamo le seguenti indicazioni:

I lavori di carattere medico-scientifico dovranno essere inediti o originali e di taglio divulgativo; scritti al computer con Microsoft Word e inviati in forma digitale; di numero pari o inferiore alle 5 pagine comprese tabelle, fotografie e grafici; dovranno essere corredati di fotografia a colori dell'Autore e breve profilo professionale o personale di massimo 400 battute, nonché recapiti telefonici, postali ed eventuale indirizzo di posta elettronica.

Il testo recherà un titolo e un sottotitolo (brevi), finalizzati a stimolare l'attenzione del lettore; dovrà essere suddiviso in paragrafi e riportare un breve sunto di massimo 10 righe, illustrante il contenuto. Eventuali acronimi dovranno essere esplicitati per esteso. La bibliografia sarà consultabile solo sul sito [www.omceoss.org](http://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.

Presentato a operatori e utenti il documento dell'Ordine

## Percorsi di continuità assistenziale e modelli sul territorio: "Forza Paris"

**R**ivesto il ruolo di presidente del nostro Ordine Professionale e fin dall'inizio di questa interessantissima esperienza mi sono trovato di fronte alla miriade di problemi che ruotano intorno alla nostra professione.

Insieme al consiglio direttivo ci si è sempre dedicati a tali problematiche. Porto, a titolo di esempio, alcune delle tante questioni su cui abbiamo posto la nostra attenzione: la pletera medica con la conseguente forte disoccupazione; la nascita e il fiorire dei contratti atipici (forme abnormi di sfruttamento a basso costo di professionisti preparati); la politica sanitaria (come pungolare i vari assessori che negli anni hanno guidato, con maggiore o minore impegno, il nostro servizio sanitario regionale).

Da subito, però, ci è parso chiaro che il problema per il quale più spesso i colleghi richiedevano il nostro intervento era la conflittualità esistente tra le diverse branche della professione, non solo per quanto concerneva il rispetto reciproco, ma ancor più per i compiti che ciascuno doveva assolvere, il tutto con forti ripercussioni sull'assistenza erogata ai cittadini e sulla stessa nostra immagine di medici.

L'atteggiamento del consiglio fu improntato, all'inizio, all'applicazione dei dettami del nostro Codice di Deontologia, con conseguenti richiami disciplinari. Un ragionamento non troppo complesso ci portò però a considerare il concetto che forse molti colleghi, attenti agli aspetti clinici del proprio lavoro, in realtà non conoscessero i propri compiti amministrativo-gestionali. Da questa considerazione nacque l'idea di raccogliere e organizzare, all'interno di un unico documento, le mansioni di ciascuna branca della nostra professione, quando, per motivi di assistenza, si ravvisavano incroci di competenze.

di Agostino Sussarellu



Questa semplice idea portò alla stesura di un atto condiviso e sottoscritto da tutti i rappresentanti sindacali della nostra provincia.

Il frutto di questa fatica fu fatto pervenire a tutti i nostri iscritti attraverso la nostra pubblicazione periodica "Sassari Medica".

Questo grosso lavoro non ebbe purtroppo il successo che meritava; in realtà credo che pochissimi lo abbiano letto, e sicuramente pochi lo hanno applicato.

La pazienza è la virtù dei forti. Così, quel documento è stato sottoposto ad accurata revisione e aggiornamento, grazie all'impegno di alcuni componenti del nostro consiglio direttivo e alla collaborazione della ASL 1 di Sassari nella figura del collega Franco Cesarani, attuale responsabile dei presidi ospedalieri di Thiesi e Ittiri.

Il testo definitivo è stato approvato dal nostro consiglio direttivo e fa parte integrante della delibera della ASL 1 di Sassari, n° 707, del 9 ottobre 2012.

Consapevoli però della storia di questo documento, in collaborazione con la direzione generale e sanitaria della ASL 1 di Sassari abbiamo deciso di non limitarci alla sua pubblicazione, ma di provvedere anche alla sua divulgazione diretta, organizzando una serie di convegni di presentazione e di discussione per tutti i soggetti che vi vorranno partecipare: con la conoscenza di percorsi chiari e condivisi si può arrivare a fornire ai pazienti che a noi si rivolgono le risposte assistenziali degne di un moderno sistema sanitario.

Il testo completo del documento "Percorsi di Continuità Assistenziale", si trova facilmente sul sito della ASL 1 di Sassari ed è possibile consultarlo accedendo anche dal nostro portale attraverso un link apposito. E' nostra intenzione fare un percorso univoco con la ASL 2 di Olbia, con la quale a breve

prenderemo contatti per costruire insieme un modello analogo che tenga conto delle peculiarità di quel territorio.

Il 28 settembre abbiamo effettuato la prima sperimentazione della presentazione del documento nella sala conferenze dell'ospedale SS Annunziata, con una riunione che è stata caratterizzata da una forte partecipazione e da un'attenta discussione. In tale occasione la dottoressa Sulas,

responsabile della farmacia ospedaliera della ASL 1 di Sassari, ha voluto dare alla sua relazione un sottotitolo emblematico del significato del documento: "Forza Paris".

L'antico motto, bandiera dei nostri progenitori della Brigata Sassari, sta infatti a significare che stando uniti e lavorando con uno scopo comune si può costruire realmente un futuro migliore per tutti.



PosteCom

### Posta Elettronica Certificata-Rinnovo convenzione con PosteCom Spa, Gruppo Poste Italiane

Si comunica che l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari ha rinnovato, con oneri a proprio carico, la convenzione triennale con Postecom Spa, Gruppo Poste Italiane, per l'attivazione ed il rinnovo delle caselle di posta elettronica certificata degli iscritti agli Albi provinciali.

Non è dunque previsto alcun costo per gli iscritti.

Si avvisano tutti gli iscritti in possesso di una casella di Posta Elettronica Certificata fornita dall'Ordine che potrebbero ricevere, da parte di Poste Italiane, una richiesta di rinnovo della suddetta Casella.

Si prega di non tenere conto in alcun modo di tale richiesta, poiché l'Ordine ha già provveduto al rinnovo della Convenzione per ulteriori tre anni senza alcun onere per gli iscritti (Prossima scadenza del servizio: settembre 2016).

Si ricorda che l'iscritto deve dare comunicazione all'Ordine dell'indirizzo della propria casella PEC, in considerazione dell'obbligo per tutti i professionisti iscritti in albi ed elenchi istituiti con legge dello Stato di dotarsi di una casella di posta elettronica certificata e di comunicare il proprio indirizzo PEC all'Ordine di appartenenza (art. 16 del D.L. 29.11.2008, n. 185, convertito con modifiche in Legge 28 gennaio 2009, n. 2).

Si sottolinea che la modalità di PEC gratuita per il cittadino, CEC-PAC (Comunicazione Elettronica Certificata tra Pubblica Amministrazione e Cittadino) è uno strumento che viene rilasciato al cittadino esclusivamente ad uso personale, perciò non è sufficiente al fine di rispettare l'obbligo di dotarsi di una casella PEC in qualità di professionista.

Pertanto l'Ordine non può accettare alcun indirizzo CEC-PAC (esempio:

nome.cognome@postacertificata.gov.it) poiché viene scartato dall'Indice Nazionale degli indirizzi di Posta Elettronica Certificata (INI - PEC).

La casella di CEC-PAC, quindi, può integrare una casella PEC, ma non sostituirla.

Convegno il 24 ottobre: idee e proposte per un servizio essenziale

## Come organizzare nel territorio l'emergenza in odontoiatria

Il tema dell'assistenza odontoiatrica d'urgenza, come risposta adeguata alle esigenze dei cittadini, assieme a un approfondito censimento dei servizi pubblici e privati dedicati a tale scopo, sono stati analizzati con attenzione e preoccupazione dalla Commissione Albo Odontoiatri della nostra provincia. La politica sanitaria del territorio ha gradualmente indebolito e a volte cancellato i pochi presidi dedicati all'odontoiatria che, con non poche difficoltà, tentavano di gestire, oltre agli interventi programmati, anche la straordinarietà delle emergenze. Con convinzione ritengo che, alla luce delle sempre più diversificate prestazioni richieste dal cittadino, che rappresenta pur sempre il perno su cui deve ruotare la sanità, non si debba più attendere che altri intraprendano iniziative sul nostro futuro, ma che ci si debba impegnare in prima persona per risolvere i problemi presentati dalla collettività.

La categoria odontoiatrica è sufficientemente matura e particolarmente coesa per tracciare strategie efficaci a soddisfare le necessità emergenti. La campagna di prevenzione nelle scuole, che ha registrato la partecipazione di più di un terzo dei colleghi iscritti all'Albo, ne è uno splendido ed emblematico esempio. Per questo motivo abbiamo voluto orga-

di Pier Luigi Delogu



nizzare un convegno-dibattito per la mattina del 24 ottobre, presso la sala conferenza dell'Ordine dei medici e odontoiatri di Sassari sul tema: Pronto soccorso odontoiatrico, Organizzazione territoriale. Sarà l'occasione propizia per mettere a confronto le linee programmatiche della componente gestionale politico amministrativa del servizio sanitario pubblico con quegli intendimenti ed eventuali protocolli operativi che la nostra compagine, prevalentemente costituita da libero-professionisti, vorrà

esprimere.

Mi auguro che dalla discussione emergano proposte reali e sostenibili per strutturare un servizio essenziale rivolto alla popolazione. Saranno possibili diverse ipotesi di lavoro e vari modelli potranno essere messi in campo da una forza professionale come la nostra, che dispone di una organizzazione territoriale autonoma così ben distribuita da rappresentare un punto di riferimento talvolta più capillare delle farmacie. Verrà presentato un progetto pilota per un'assistenza continuativa, che partirà, sotto l'egida di questo Ordine, dalla città di Alghero, non nuova a questo tipo di iniziative. L'obiettivo che ci prefiggiamo è che tutto il territorio provinciale venga coinvolto, con regole ben precise, a partire da un tariffario fisso comune. Un lavoro che riteniamo debba essere sinergico e complementare con il S.S.N..

Auspichiamo di ottenere il supporto di tutti i soggetti interessati e la collaborazione dei responsabili dell'informazione, che potranno aiutarci nella diffusione ai cittadini dei concetti di educazione sanitaria e prevenzione, e informarli sui percorsi assistenziali da seguire.



La Maddalena, Punta Tegge



La seconda edizione del corso teorico-pratico informativo

# La relazione fra mente e corpo Pratica clinica e esperienza dell'ipnosi

**P**er soddisfare le numerose richieste che nella prima edizione dello scorso maggio non hanno potuto essere accolte, il 19 ottobre a Sassari, presso la sala conferenze dell'Ordine dei Medici, si svolgerà la seconda edizione del corso teorico-pratico informativo sull'ipnosi dal titolo: "Relazione mente-corpo nella pratica clinica: l'esperienza dell'ipnosi". L'evento formativo, che vede proseguire la proficua collaborazione tra l'Ordine e la sede sarda della Società Italiana di Ipnosi, si propone di offrire un'occasione di conoscenza ed approfondimento su una branca medico-psicoterapeutica che merita l'attenzione e la curiosità del professionista al passo con i tempi e che trova ancora poco spazio, se non scetticismo e diffidenza, nei contesti formativi accademici e tradizionali. Il titolo dell'evento focalizza i temi cardine della giornata: la relazione tra psiche e soma, troppo spesso considerati come due compartimenti stagni a causa di retaggi cartesiani che le attuali scoperte in materia di neuroscienze dimostrano desueti, e il fatto che l'ipnosi sia un'esperienza.

Un'esperienza sensomotiva naturale e geneticamente determinata, un modo di-

verso di far lavorare la nostra mente sfruttandone potenzialità spesso insospettite, la cui evocazione con finalità terapeutiche permette interessanti risultati in una vasta gamma di aree cliniche.

Giuseppe Ducci, direttore dell'SPDC del San Filippo Neri di Roma, docente di psichiatria d'urgenza presso la scuola di specializzazione in psichiatria della facoltà di Medicina all'Università La Sapienza, socio fondatore e segretario della Società Italiana di Ipnosi, supervisore clinico della Scuola Italiana di Ipnosi e Psicoterapia Ericksoniana dal 1989 e autore di numerose pubblicazioni sull'argomento, accompagnerà i presenti in un'introduzione che affronterà

gli aspetti storici, ivi incluse connotazioni sciamaniche, magiche e da palcoscenico, per poi spiegare però quali sono oggi le evidenze neurobiologiche e i fondamenti scientifici che permettono di dare una collocazione a una risorsa che, grazie al notevole impulso recente delle neuroscienze, comincia ad essere spiegata anche secondo i legittimi severi canoni della scienza tradizionale.

Seguiranno poi gli interventi dei locali esponenti della Società Italiana di Ipnosi, tutti psicoterapeuti con alle spalle la formazione quadriennale in ip-

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari Società Italiana di Ipnosi Sede Sarda

**RELAZIONE MENTE-CORPO NELLA PRATICA CLINICA: L'ESPERIENZA DELL'IPNOSI**

**CORSO TEORICO PRATICO INFORMATIVO APERTO A MEDICI ED ODONTOIATRI ASSEGNATI 10,5 CREDITI ECM**

**19 OTTOBRE 2013 ORE 8.30-19.00 Sala Ordine dei Medici di Sassari**

INTERVENGONO:

GIUSEPPE DUCCI AGOSTINO SUSSARELLU LUCIA LAI  
LUCA CARABASI STEFANO CASULA MARIA LUCIA MUCCI

Iscrizione gratuita - 50 posti disponibili  
Informazioni ed iscrizioni 079/234430 o sportello dell'Ordine  
www.omceoss.org www.ipnosisardegna.it www.societaipnosi.it



Trasparenze nelle acque di Cala Soraya, isola di Spargi

nosi e psicoterapia ericksoniana: Luca Carcassi, psichiatra, affronterà il tema dell'ipnosi in medicina, accompagnando gli astanti alla scoperta delle aree cliniche in cui essa può essere applicata, per esempio come strumento per dirimere una diagnosi differenziale dubbia, coadiuvare e potenziare la risposta ad un trattamento farmacologico, permettere la gestione di una sintomatologia che non risponda a terapia medica. Poiché però è fermo intendimento del comitato organizzatore sensibilizzare anche sul fatto che ogni sintomo ha una componente psicologica, fattore importante anche in un contesto organico, Stefano Casula, psicologo e sessuologo, illustrerà le applicazioni dell'ipnosi in ambito psicoterapeutico, accompagnando verso una maggiore consapevolezza di quei casi in cui è importante che al paziente venga proposto un percorso di psicoterapia che, allargando il campo dal sintomo che spesso è solo la punta dell'iceberg, permetta di toccare le radici del problema. Dopo la breve pausa

pranzo si terrà un laboratorio esperienziale con coloro che esprimeranno consenso a parteciparvi: la componente esperienziale manterrà delle connotazioni volutamente circoscritte, per tutela dei partecipanti e rispetto del contesto divulgativo e grup-pale. Come si possa tradurre nella pratica clinica quanto appreso sarà spiegato dalle due relattrici successive: Lucia Latte, medico, parlerà di un'esperienza di ipnosi fatta con un paziente affetto da SLA nel territorio di Sassari e delle risultanze psicobiologiche; il lavoro

presentato ha vinto il premio giovani della Società Italiana di Psicoterapia, in un concorso che vedeva competere quaranta scuole.

Maria Lucia Mocci, psicologa, parlerà della sua pluriennale esperienza di volontariato con pazienti affetti da sclerosi multipla presso l'AIMS di Oristano, dimostrando come una presa in carico del sintomo somatico e congiuntamente della sofferenza psicologica correlata a una diagnosi di tale portata possano contribuire in maniera determinante a ristrutturare un percorso esistenziale.

Concluderà la giornata Agostino Sussarellu, anestesista e decano degli ipnotisti sassaresi e sardi, che offrirà, anche attraverso il racconto di casi clinici, un excursus sulle applicazioni dell'ipnosi nel trattamento del dolore.

Le iscrizioni possono essere effettuate telefonando all'Ordine al n. 079/234430, maggiori informazioni sui siti [www.omceoss.it](http://www.omceoss.it), [www.ipnosisardegna.it](http://www.ipnosisardegna.it) e [www.societaipnosi.it](http://www.societaipnosi.it)

Intervista a Gianmarco Carboni, all'epoca sottotenente medico

## Perché ha donato alla Brigata Sassari la medaglia d'argento ricevuta per Nassirya

**N**ella vita si possono fare vari tipi di incontri: inutili, effimeri, importanti, duraturi, mediocri. Gianmarco Carboni rappresenta uno di quegli incontri che lasciano il segno, perché fanno riflettere sulle contraddizioni che la guerra porta con sé, sugli stigmi che può lasciare e sui comportamenti che può evocare, perché, come dice Gianmarco, "il coraggio nasce dalla debolezza"

Com'è stato il tuo percorso di studi e attualmente dove svolgi la tua attività di medico?

Sono specialista in chirurgia dell'apparato digerente ed endoscopia digestiva chirurgica e attualmente lavoro al Pronto Soccorso di Sassari. Nella mia vita da "civile" dopo il congedo, mi sono sempre occupato di medicina d'urgenza.

Come hai deciso di entrare nelle forze armate? E soprattutto come è avvenuto che tu sia stato il primo ufficiale di complemento ad andare in missione all'estero? Dove eri inquadrato e dove svolgevi il tuo servizio?

Ero inquadrato nel 151° reggimento fanteria meccanizzata Sassari a Cagliari; da tempo volevo partecipare a una missione di pace fuori area; la vedevo come un'ottima occasione per completare maggiormente la mia attività formativa in scuola di specializzazione: posso dire che è stato addirittura il motivo principale del mio arruolamento. Così quando mi fu chiesto se volevo partecipare alla missione di peace-keeping "Antica Babilonia" in Iraq, non ho esitato a rispondere positivamente. Teoricamente gli ufficiali di complemento non possono essere impiegati in missioni fuori area, ma tanta era la mia voglia di fare questa esperienza che sono riuscito a ottenere il permesso dal Ministero della Difesa. Molti dopo di me hanno seguito il mio esempio, io ho semplicemente dato la stura al fenomeno. Ovviamente il mio essere medico non mi esimeva dal partecipare alle operazioni che devono eseguire tutti i militari, quindi dovevo fare esercitazioni di tiro, e altre attività.

Quali erano i vostri compiti? Com'erano i

contatti con la popolazione? Hai visitato strutture locali e colleghi del posto?

Io avevo ovviamente dei compiti sanitari nei confronti del mio contingente, ma svolgevamo anche funzioni umanitarie di sostegno alla popolazione autoctona. Siamo andati a vaccinare bambini nei villaggi e nelle scuole, portando sempre alcuni doni: generi alimentari, matite, quaderni e così via. Spesso viene sottovalutato quanto importante possa essere per la gente di un paese in guerra, il poter fare cose apparentemente normali come andare a scuola armati semplicemente di zaino e pastelli. Nelle mie ricognizioni ho visitato diversi ospedali compreso quello pediatrico di Nassirya e quello di Ashatra, incontrando colleghi e persone meravigliose che cercavano di dare il massimo per la gente del loro paese in maniera ammirevole.

Hai vissuto l'inferno di Nassirya e sei stato decorato per questo, immagino sia stata un'esperienza fortissima e non facile, hai voglia di raccontarci qualcosa a riguardo?

E' stata un'esperienza che non auguro a nessuno per intensità e strascichi sentimentali ed emozionali inimmaginabili. Rammento quei momenti ogni giorno della mia vita, conoscevo molti di quei ragazzi che sono rimasti feriti, conoscevo il maresciallo Silvio Olla, morto nell'attentato; sono ricordi con cui bisogna fare i conti sempre, anche perché riguardano persone con le quali si stabiliscono legami speciali che solo chi ha svolto una missione fuori area può capire. Stare lì mi ha fatto comprendere che solo un uomo realmente debole apprende l'importanza del coraggio e della responsabilità nei confronti dei propri compagni. In quei momenti, mentre attorno a te fischiano le pallottole provenienti da un'armeria in fiamme, ogni tua debolezza si trasforma in forza.

Cosa ti sei portato dietro dalla tua esperienza in missione? Come pensi che possa essere utile alla tua professione attuale?

Uno dei ricordi più belli che ho è sicuramente quello di aver portato a Sassari, grazie alla collabo-



Gianmarco Carboni visita un bambino iracheno

razione fra la Brigata e il reparto di patologia chirurgica del Policlinico Universitario, una bambina gravemente ustionata in seguito all'esplosione di una bomba ad Ashatra. Ho un caro ricordo anche della gente del posto, che ci ha sempre accolto molto bene: venivamo veramente visti non come occupanti, ma come persone che erano lì per porgere aiuto e cercare di salvare più persone possibile dalla guerra che si stava combattendo. Da quando sono stato in missione, dove vivevo l'emergenza ogni secondo, mantengo un approccio più sereno verso il paziente, una sorta di calma che mi aiuta anche nelle piccole attività quotidiane.

Hai donato la tua medaglia d'argento al valor militare, un riconoscimento prestigioso, al museo della Brigata Sassari. Ci puoi dire i motivi di questo tuo gesto?

Innanzitutto vorrei dire che la medaglia mi venne conferita per motivazioni prettamente sanitarie, cioè per le attività mediche che ho svolto prima sul luogo dell'attentato alla base Maestrale a Nassirya, e poi nel Role 2 americano dove molti dei carabinieri feriti nell'attentato sono stati portati per ricevere le cure. Il mio gesto ha molteplici motivazioni, del tutto personali: innanzitutto è stato per me come uno sgravarmi di un grande peso; ogni volta che vedo quella medaglia mi tornano in mente un sacco di cose, belle e brutte, difficilmente gestibili quando hai una vita normale e una famiglia a cui pensare. È stato anche un gesto commemorativo, per ricordare tutti quei ragazzi che non

sono tornati alle proprie famiglie da Nassirya. E poi soprattutto io sono un medico civile, che lavora nel pronto soccorso, dove ogni giorno ci sono medici di trincea, che compiono quotidianamente veri atti di eroismo salvando le vite degli altri, anche a scapito della propria tranquillità, lasciando in secondo piano gli affetti personali per cercare di donarsi a chi a bisogno: a questi colleghi nessuno dà medaglie e io non ho più diritto di loro ad averne una. Anche per questo ho preferito farne dono al museo della Brigata Sassari: il generale Manlio Scopigno ha capito le motivazioni del mio gesto e mi ha ringraziato con affetto.

La medicina civile e quella militare sono spesso viste come due cose un po' distanti fra loro; tu hai vissuto e vivi entrambi i ruoli sulla tua pelle, cosa ci puoi dire sulle relazioni che intercorrono fra questi due mondi? Pensi che potrebbero imparar qualcosa l'uno dall'altro?

La medicina militare e quella civile a volte pare che viaggino su due binari paralleli senza mai incontrarsi pur andando verso la stessa direzione, quando invece dovrebbero intersecarsi allo scopo di una crescita comune e reciproca. Credo che se le conoscenze del mondo medico militare e quello civile si embricassero meglio, si potrebbero avere delle occasioni di miglioramento che sarebbe un peccato perdere. Io ho fatto parte della medicina militare, ora dopo il congedo sono un semplice medico di pronto soccorso, ma mi piacerebbe fungere da membrana osmotica tra questi due mondi, apparentemente lontani, ma che, in effetti, rappresentano un'unica realtà.

(F.B.D.)



La caserma Maestrale dopo l'attentato

Quando la storia rischia di essere cancellata dai conti

## La battaglia di Romeo Milani per evitare la chiusura dell'ospedale Paolo Merlo

**L**'ospedale Paolo Merlo nasce il 24 maggio del 1970 sotto la direzione dell'Ente Crespellani di Cagliari come una struttura per le lungodegenze, a cui si sono aggiunte nell'arco di qualche anno le varie unità operative.

Il merito di aver trasformato quello che era un vero e proprio cronario in un centro interattivo di assistenza territoriale va certamente al professor Romeo Milani, che di quel presidio negli anni '80 è stato direttore sanitario.

L'ospedale a La Maddalena nacque per sopperire al disagio geografico della popolazione residente, pensando di creare un servizio sanitario polivalente che potesse fronteggiare le urgenze e le emergenze, ma fosse anche in grado di provvedere alle esigenze diagnostico-terapeutiche del territorio. Le due comunità allora insistenti, civile e militare, benché strutturate in modo diverso, necessitavano di un'organizzazione sanitaria integrata, che potesse offrire anche la possibilità di ricoveri per patologie complesse.

"Il modello sanitario adottato si caratterizzò con la ripartizione degli impegni: all'amministrazione militare si affidò la realizzazione e gestione di una struttura nosocomiale, mentre alla comunità civile si assegnò la competenza sui bisogni igienico-sanitari del territorio, intervenendo con servizi di prevenzione e cura, operanti in regime ambulatoriale e domiciliare" ricorda il professor Milani.

Ma l'esclusione dai ricoveri degli infettivi e delle patologie ostetrico-ginecologiche crearono ugualmente disagi e limitazioni operative, che imposero una modifica al sistema.

"Ciò fu possibile quando in Gallura si realizzò una rete ospedaliera di più semplice utilizzo, con gli ospedali di Olbia e Tempio, a cui si poteva afferire per il trattamento pluri specialistico di routine: alla struttura militare rimase affidato il solo intervento per l'emergenza, che nel 1970 venne meno, quando la comunità civile rese operativo il proprio punto di primo intervento, ovvero quando iniziò a funzionare



**Romeo Milani è libero docente in semeiotica chirurgica, già direttore sanitario e primario chirurgo del presidio ospedaliero Paolo Merlo.**

l'ospedale Merlo" racconta il professor Milani. A quel punto l'ospedale de La Maddalena divenne autonomo e si affrancò non solo da quello militare, ma anche dalle strutture ospedaliere galluresi, crescendo progressivamente nei servizi offerti. "In

questo processo evolutivo l'ospedale Paolo Merlo realizzò anche settori d'intervento di alta specializzazione, qualificandosi con prestazioni diagnostico-terapeutiche di interesse regionale, come la dialisi, la terapia iperbarica e la riabilitazione, e diventò un punto di riferimento anche per aree non servite" ricorda ancora Milani.

La storia del Paolo Merlo è di grande attualità, perché da qualche anno, soprattutto dopo che si è reso necessario il riordino organizzativo delle strutture sanitarie, è evidente che la valutazione di economicità di una struttura può ipotizzarne anche la chiusura. Legittimo e giusto per un nuovo modello di sanità, ma è anche comprensibile come sia doloroso per chi ha speso energie, professionalità e dedicato anni della propria vita alla nascita e alla crescita di un ospedale. Le leggi dell'economia non sono quelle del cuore, per cui il professor Milani è diventato uno dei promotori dell'associazione BiancoCeleste che si oppone al ridimensionamento, ancor più alla chiusura, del Paolo Merlo.

Quella del professor Milani è "un'etica azione di recupero del piccolo quanto prestigioso presidio ospedaliero de La Maddalena, illecitamente scippato all'utenza insulare dal campanilistico interesse del

territorio di Olbia". Non è una voce sola, perché lo stesso consiglio comunale dell'isola il 9 agosto scorso ha deliberato all'unanimità che "i servizi già presenti debbano essere salvaguardati e possibilmente potenziati".

Non serve ragionare sulla scarsità degli utenti, nonostante l'aumento nel periodo estivo, non serve ribadire che è meglio rivolgersi a una struttura maggiore come quella di Olbia, perché tecnologicamente dotata e quindi in grado di offrire maggiore assistenza ai pazienti.

Questa è la ragione, ma non il cuore. Al cuore poco importa dei numeri, dell'economicità della gestione, della spending review, ossia la revisione della spesa pubblica per migliorare efficienza ed efficacia dei servizi pubblici. Questa è l'economia, la logica, nulla a che vedere con la storia. Sì, la storia di tanti anni passati a battagliare per avere un ospedale a La Maddalena, quando per andare a curarsi a Tempio ci volevano anche dieci ore. Oggi non è più questo il problema, ma vi è senza dubbio un disagio a spostarsi a Olbia, nonostante gran parte degli abitanti dell'arcipelago di La Maddalena già lo faccia. Ma è lo scippo di quell'orgoglio di appartenenza che contraddistingue i maddalenini.

Per questo il professor Milani non demorde, e insieme ai suoi amici dell'associazione continua a scrivere alla Regione, al Distretto sanitario, all'Agenas, a tutte le istituzioni che hanno delega in sanità. Per salvare l'ospedale Paolo Merlo, protestando contro



le decisioni, anche obbligate, dei conti, proponendo "altri conti" che contestano "l'asservimento dell'utenza insulare agli interessi produttivi del Giovanni Paolo II".

È una battaglia che, qualunque sia l'esito finale, non avrà vincitori, ma solo vinti. Il "Paolo Merlo" ha visto la sua parabola tornare giù, ma non per questo si cancellano la storia, l'impegno e la dedizione di tanti professionisti come Romeo Milani. Chi la storia l'ha scritta non può rassegnarsi alle esigenze di nuovi standard di riferimento, alle esigenze della crisi che stiamo vivendo, e vorrebbe ridare nuova vita e un futuro a una struttura che è destinata alla chiusura. È un accanimento quello del professor Milani? No, è solo un gesto di grande amore, e per questo merita rispetto e ammirazione. Anche se poi le scelte dovranno essere obbligate.



L'ospedale Paolo Merlo

Eventi, manifestazioni, corsi di studi, finanziamenti

## Le attività dell'AIRC a Sassari a sostegno della ricerca sulle patologie tumorali

L'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro, ente privato senza fini di lucro, nasce nel 1965, per iniziativa di alcuni ricercatori dell'Istituto Nazionale Tumori di Milano e diversi noti imprenditori. L'Associazione si prefigge di finanziare i progetti di ricerca oncologica svolti presso istituti scientifici, laboratori universitari e ospedali, perfezionare le conoscenze dei giovani ricercatori attraverso l'assegnazione di borse di studio, informare l'opinione pubblica sui progressi compiuti dalle indagini scientifiche. L'AIRC vanta 2 milioni di soci e 17 comitati regionali e finanzia oggi il 40% della ricerca sul cancro nel nostro paese.

Il comitato Sardegna, costituito nel 1991, lavora con impegno e partecipa alle grandi manifestazioni nazionali: l'Azalea della Ricerca con circa 150 piazze, le Arance della Salute con 60 piazze e 20 Scuole, i Cioccolatini della Ricerca in occasione della Settimana della Ricerca. Promuove diverse manifestazioni locali grazie alle iniziative proposte dai vari gruppi di volontari.

A Sassari è presente una delegazione molto unita e attiva, coordinata da Paola Mulas, che ogni anno realizza eventi sportivi e culturali e organizza le diverse piazze in occasione delle ricorrenze di più ampio respiro previste in calendario; con il ricavato delle offerte raccolte ha contribuito a finanziare l'Istituto di patologia generale dell'Università di Sassari, ora divenuto sezione di patologia sperimentale e oncologia del dipartimento di medicina clinica e sperimentale, che da trentacinque anni svolge, in un primo tempo sotto la direzione del professor Francesco Feo e in seguito della professoressa Rosa Maria Pascale, ricerche sulla patogenesi delle neo-

plasie, soprattutto epatiche. Tali approfondimenti, in parte anche frutto di collaborazioni internazionali, sono rivolti prevalentemente all'analisi della predisposizione genetica delle patologie tumorali e delle alterazioni molecolari responsabili della loro progressione. Lo scopo principale di questi studi è trovare nuovi marcatori prognostici e diagnostici e bersagli per nuove terapie molecolari spesso personalizzate.

Per poter erogare i finanziamenti si ricorre a un comitato di revisori, scelti tra esperti nei vari campi della ricerca oncologica, privi di conflitto d'interessi, stranieri e riconosciuti a livello internazionale, che in maniera indipendente e anonima giudicano i progetti di ricerca proposti, argomentando la loro accettabilità o riacquiescenza; un protocollo di valutazione serio e rigoroso, che

tiene conto della qualità della produzione scientifica dei candidati, dell'originalità e della possibile applicazione in campo medico dei risultati della ricerca stessa. Questo sistema da un lato assicura che l'utilizzazione delle sovvenzioni private, gestite dall'AIRC, sia corretta e fruttuosa a livello sociale, e dall'altro, sottolinea la validità del lavoro di coloro che richiedono i finanziamenti.

Le ricerche sponsorizzate dall'AIRC sono numerose e hanno fortemente contribuito all'avanzamento della conoscenza sulla oncologia di base e applicata: procedimenti e risultati vengono pubblicati in alcune tra le più prestigiose riviste internazionali. Il sodalizio ha contribuito molto al successo del lavoro svolto nell'Istituto di Patologia Generale e nella Sezione di Patologia Sperimentale e Oncologia dell'Università di Sassari. Gran parte dell'attrezzatura moderna presente in questa struttura, comprendente



tra l'altro apparati per sequenziamento e pirosequenziamento, real-time quantitative, Microarray, congelatori e altro, è stata acquistata con finanziamenti dell'AIRC.

Questa organizzazione ha erogato borse di studio per cinque ricercatori finalizzate all'approfondimento in prestigiose istituzioni all'estero e altre utilizzate da borsisti nella stessa struttura sassarese. A cadenza annuale l'associazione organizza incontri tra i ricercatori che hanno ricevuto i finanziamenti e il pubblico, in particolare con studenti delle scuole superiori: appuntamenti importanti che, unitamente alla pubblicazione del periodico AIRC, informano la collettività di come le somme elargite dai privati siano state spese e dei progressi recenti nella ricerca oncologica. Negli ultimi decenni la percentuale delle guarigioni di ammalati di tumore è in costante au-

mento; ciò è dipeso soprattutto dai progressi nella diagnosi e nel trattamento della malattia. Al raggiungimento di questo risultato hanno contribuito ricerche di tutta la comunità scientifica internazionale, tra le quali anche quelle della sezione di patologia sperimentale e oncologia di Sassari. Una parte non trascurabile di queste ricerche è stata svolta in Italia grazie ai contributi erogati dall'AIRC. La delegazione di Sassari, situata in via Cavallotti 21, è aperta a tutti coloro che desiderino ricevere ulteriori informazioni, offrire il proprio sostegno e proporre iniziative per continuare a supportare la ricerca oncologica.

La segreteria regionale si trova a Cagliari in via De Magistris 8, telefono 070/664172, mentre il codice fiscale AIRC per il 5 x 1000 è 80051890152.



Giornata delle azalee in piazza Castello a Sassari



Determinante il ruolo del medico specialista

## Ossigenoterapia iperbarica Trattamenti, benefici, indicazioni e contro

**L**ossigenoterapia iperbarica sta vivendo un momento di grande espansione; nonostante non la si insegna nel corso di laurea in medicina, la ricerca scientifica ha evidenziato complessi meccanismi di azione che agiscono positivamente nella cura di diversi stati morbosi.

### Un po' di storia

La medicina iperbarica è presente nella letteratura medica fin dal 1664. Bisogna però arrivare ai lavori di Prestey e Lavoisier alla fine del diciottesimo secolo e a quello di Paul Bert alla fine del diciannovesimo secolo per poter conoscere gli effetti dell'ossigeno iperbarico e le basi fisiologiche dell'iperbarismo. Nel 1800 si assiste a un rinnovato interesse per la terapia iperbarica con ampie applicazioni, nel 1834 Junod costruisce una camera iperbarica che può funzionare con pressioni da 2 a 4 atmosfere.

Nel 1861 viene sperimentata la camera di Jourdane da parte del grande fisiologo Paul Bert. Durante la fine del 1930, la terapia iperbarica è stata proposta come trattamento per le embolie nei subacquei. Le decompressioni dei cassonisti o dei palombari erano eseguite in aria secondo le prime tabelle messe a punto da Haldane con i celebri esperimenti sulle caprette. La "malattia dei cassoni" colpiva gli operai impegnati nella costruzione dei pilastri portanti dei grandi ponti degli Stati Uniti. Poiché lavoravano all'interno di cassoni stagni dove veniva pompata aria così da permettere di gettare le fondamenta in ambiente asciutto, gli

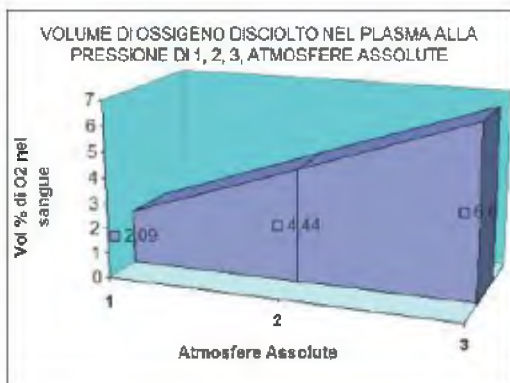
di Alfonso Bolognini



operai accumulavano azoto nei propri tessuti che, una volta riportati a pressione ambiente, provocava la classica embolia gassosa, denominata appunto, a quel tempo, malattia dei cassoni. Successivamente, con lo sviluppo delle attività subacquee civili e militari le camere iperbariche cominciarono a diffondersi nel mondo. Le basi dell'era moderna furono poste durante il primo Congresso di ossigenoterapia iperbarica tenuto ad Amsterdam nel 1963, dove Boerema, cardiocirurgo e fisiologo olandese, il-

lustrò le sue osservazioni su maiali privati dei globuli rossi che sopravvivevano all'interno di camere iperbariche respirando ossigeno al 100% (life without blood). Boerema sfruttò questa osservazione eseguendo interventi di cardiocirurgia in ambienti iperbarici dove poteva prolungare l'arresto cardiaco grazie all'ambiente saturo di ossigeno. Studi successivi dimostrarono l'efficacia dell'ossigeno iperbarico nel trattamento della gangrena gassosa e delle ferite a lenta guarigione, nel potenziamento del killing dei globuli bianchi, nella riparazione dei tessuti ipossici,

nella neoangiogenesi. Questi sviluppi portarono alla creazione di istituzioni scientifiche sia in America che in Europa, dove nascono rispettivamente la Undersea and Hyperbaric Medical Society (UHMS Stati Uniti) e la European Committee for Hyperbaric Medicine (ECHM), che attraverso riunioni chiamate Consensus Conference, mirano a definire sempre meglio le patologie per le quali sono evidenti i vantaggi arrecati dalla OTI e le linee guida di utilizzo. Nacquero così in Italia le



rano a definire sempre meglio le patologie per le quali sono evidenti i vantaggi arrecati dalla OTI e le linee guida di utilizzo. Nacquero così in Italia le



L'interno della camera iperbarica

prime camere iperbariche pluriposto che per la cronaca furono: nel 1950 un impianto semovente dell'INAIL dislocato presso il comando vigili del fuoco di Genova; nel 1955 un impianto fisso pluriposto presso l'istituto di medicina del lavoro di Napoli ed un altro uguale presso l'istituto di medicina del lavoro di Genova.

## Le basi fisiologiche

L'Ossigenoterapia Iperbarica (OTI) è la somministrazione incurrente di ossigeno puro o miscele gassose arricchite in ossigeno, che avviene all'interno di speciali ambienti, le camere iperbariche, portate a una pressione superiore a quella atmosferica mediante pressurizzazione con aria compressa, mentre il paziente, all'interno, respira ossigeno puro o miscele gassose in circuito chiuso, attraverso maschere, caschi o tubi endotracheali. Per la *legge di Henry*, infatti, nella camera iperbarica si ottiene un aumento della frazione di ossigeno disciolta nel plasma fino a 15 volte superiore a quella normale e di conseguenza una sua diffusione più rapida e in maggior quantità nei liquidi extra ed intracellulari supplendo così a una insufficienza circolatoria meccanica e metabolica.

L'ossigeno può così diffondersi anche in quei territori dove arrivano con difficoltà i globuli rossi, cellule essenziali, in normobarismo, per veicolare questo gas vitale.

Cio consente al sangue di trasportare una mag-

gior quantità di ossigeno e di cederlo agli organi e ai tessuti del corpo, in modo da facilitarne, nei casi resistenti alla guarigione, una più veloce rigenerazione. L'unità di misura di pressione utilizzata in medicina iperbarica e quella dell'atmosfera assoluta, ATA.

La pressione di 1 ATA equivale a quella barometrica registrata a livello del mare. La pressione di 2 ATA equivale alla pressione di 10 metri sott'acqua (per calcolare il numero dei metri sotto il livello del mare si deve sottrarre alle atmosfere assolute la pressione atmosferica presente a livello del mare che equivale a 1 ATM); pertanto la pressione di 3 ATA corrisponde a 20 metri e così via.

Alla pressione barometrica a livello del mare (1 ATA) l'ossigeno, che rappresenta circa il 21% dell'aria, ha dunque una pressione di 0,21 ATA o 156 mm di HG. La pressione parziale dell'O<sub>2</sub> alveolare di un individuo che respiri aria ambiente (1 ATA) è di poco superiore a 100 mmHg (possiamo considerarla uguale alla PAO<sub>2</sub>); durante la respirazione l'O<sub>2</sub> iperbarico alla pressione di 2,2- 2,8 ATA, (pressione equivalente a una profondità di 12-18 metri), può rag-



L'esterno della camera iperbarica

giungere valori di 1500 - 2200 mmHg..

A livello ematico i valori dell'O<sub>2</sub> fisicamente disciolto si innalzano da 0,32 ml.% cc. di sangue (in aria a pressione ambiente) a 4 - 6 ml.% circa. Tale quantità di ossigeno è sufficiente a soddisfare le richieste metaboliche cellulari indipendentemente dal contenuto di ossigeno legato all'emoglobina, che in condizioni ossiperbariche si eleva solo da 19,5 a 20,1 cc %.



Tecnico iperbarico al lavoro

### Il meccanismo d'azione

L'aumento dell'ossigeno, disciolto in forma fisica nel plasma, ripristina l'ossigenazione in aree ipossiche o ipoperfuse causate dalla presenza di vasi sanguigni carenti o defedati, sollecita la ripresa di funzioni tissutali ossigeno-dipendenti, contrasta gli effetti tossici che abbiano implicato una ipossia tissutale; aumenta altresì la deformabilità dei globuli rossi facilitandone la mobilità all'interno dei vasi sanguigni, capillari compresi, e induce la redistribuzione del sangue verso i tessuti ipossici a seguito d'effetto correlato di vasocostrizione nei tessuti sani.

Oltre a questi benefici l'ossigeno iperbarico esplica anche un'azione antibatterica diretta e indiretta, produce vasocostrizione con riduzione dell'edema nei trattamenti post-traumatici e/o post-chirurgici; protegge i tessuti dai danni derivanti dal fenomeno di ischemia/riperfusion mantenendo normale il livello di ATPasi e di Fosfocreatinkinasi e tenendo basso quello dei lattati; protegge le membrane dalla lipoperossidazione radicalica; inibisce la produzione di beta2-integrine che favoriscono l'adesività dei leucociti sulla parete capillare, con conseguente danno endoteliale; promuove i processi riparativi con l'aumento del metabolismo cellulare e collagenosintesi, la riattivazione di fibroblasti e osteoblasti; incrementa la sintesi di matrice extra-

cellulare, stimola la neoformazione vascolare. L'OTI viene usata negli stati morbosi in cui esiste e persiste uno squilibrio locale fra necessità, apporto e capacità di utilizzazione dell'ossigeno: insufficienze vascolari acute e croniche, patologie distrofiche o infezioni acute e croniche delle ossa e dei tessuti molli. L'azione dell'ossigeno iperbarico, per potersi esplicare, ha bisogno di un certo tempo e di un certo numero di sedute, che variano a seconda

della patologia, acuta o cronica, da trattare, del tessuto interessato dalla patologia (il tessuto osseo, ad esempio, necessita di un maggior numero di trattamenti rispetto ad altri tessuti) e dall'associazione di più cause invalidanti (ad esempio nel piede diabetico la gravità della situazione locale viene appesantita dalla presenza di ischemia e di infezione).

Il ripristino di funzioni vitali come la respirazione cellulare, con conseguente riattivazione dei compiti cui la cellula è preposta, la neoformazione vascolare, ecc. sono tutti effetti che l'ossigeno iperbarico esplica nel corso di cicli più o meno lunghi e tali benefici si protraggono nel tempo anche dopo la fine della terapia.

### L'impianto iperbarico

Nella foto un particolare del centro iperbarico di Sassari: camera multiposto da 12 + 2 posti, composta da 2 ambienti pressurizzabili fino a 6 atmosfere assolute (50 metri): la camera principale e la camera di equilibrio. Alla camera principale si accede attraverso un portellone che permette l'entrata di pazienti deambulanti, in carrozzina e in barella. Collegata in serie con la camera principale da un portello più piccolo si vede la camera di equilibrio o garitta: una vera e propria seconda camera al servizio della principale, pressurizzabile indipendentemente dall'habitat



## Il pannello di controllo

principale, che consente l'entrata e l'uscita del personale medico e paramedico per l'assistenza ai pazienti durante il trattamento, senza interferire con la quota terapeutica dell'ambiente principale. La camera iperbarica è dotata di un sistema antincendio azionabile dall'interno e dall'esterno, a pioggia e mediante pompa naspo; di un sistema di comunicazione con l'esterno (interfono e passaoggetti); di un circuito televisivo interno e di un sistema di emissione all'esterno dei gas espirati. L'ossigeno può essere somministrato con maschera, con caschetto o tubo endotracheale.

In ogni postazione è possibile misurare la quantità di ossigeno nell'espriato per valutare la qualità della terapia erogata. Nell'ambiente iperbarico sono presenti due ossimetri a diverse altezze che istantaneamente informano il tecnico sulla quantità di ossigeno presente nell'ambiente che non può superare il 21,5 %.

## Il tecnico iperbarico

Il tecnico iperbarico è un operatore che esplica le proprie mansioni nell'ambito dei servizi specialistici e si occupa della manovra e della manutenzione delle camere iperbariche. Partecipa attivamente alla corretta somministrazione della terapia prescritta dal personale medico e dal direttore sanitario. Si oc-

cupa anche di tutte le mansioni relative alla sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari all'interno dell'ambiente iperbarico.

## Modalità di esecuzione di un ciclo OTI

### Visita di ammissione

I pazienti che sono accettati al centro iperbarico, prima di iniziare il ciclo di terapia eseguono una visita di ammissione che è finalizzata a verificare sia l'appropriatezza e l'indicazione all'OTI sia le eventuali controindicazioni relative o assolute. Sono necessari

per escludere le principali controindicazioni un Rx Torace, l'ECG con la visita cardiologica e la visita otiologica con impedenziometria. Ogni altro accertamento specialistico ritenuto necessario per l'inquadramento delle condizioni generali del paziente e per la patologia da trattare può essere richiesto al momento della visita di ammissione.

Il paziente è istruito su come eseguire la compensazione forzata dell'orecchio medio, sulle principali misure di sicurezza e sui vestiti che si possono indossare. Infine onde acquisire il consenso informato viene esposto il programma terapeutico e vengono illustrati i possibili (rari) effetti collaterali.

### OTI

L'aumento di pressione all'interno della camera iperbarica si ottiene immettendovi aria compressa. La fase di compressione (o di "discesa") avviene a velocità non superiore ai 3 metri al minuto, per permettere la compensazione degli spazi aerei delle orecchie e dei seni paranasali. Raggiunta la "quota" prestabilita (dai 12 ai 18 metri, a seconda della patologia da trattare), i pazienti indossano la mascherina oronasale e cominciano a respirare ossigeno puro erogato a una pressione corrispondente a quella della camera.

Salvo che per alcuni casi particolari, i pazienti

respirano ossigeno per periodi di 20 o 25 minuti, intervallati da un periodo di 3 o 5 minuti di aria. La fase di decompressione avviene a una velocità compresa tra 0,7 e 1 metro al minuto circa, e i pazienti continuano a respirare ossigeno fino alla "quota" di 6 metri. All'interno dell'ambiente iperbarico è sempre presente un assistente medico o infermiere per garantire il massimo confort e la massima sicurezza dei pazienti che eseguono l'ossigenoterapia iperbarica.

Questo accorgimento ci ha permesso di migliorare notevolmente la compliance del paziente verso la terapia. All'interno non sono necessari accorgimenti particolari.

A tutti i pazienti nel corso della visita di ammissione, viene consegnato un promemoria scritto con i comportamenti da tenere in camera e l'abbigliamento consigliato. Naturalmente per motivi di sicurezza devono essere evitati tutti quegli accessori elettronici dotati di batterie che potrebbero creare un innesco; è possibile portare un giornale e gli occhiali.

### Controindicazioni

**Absolute:** enfisema bolloso; asma evolutiva; pneumotorace; stato di male epilettico; glaucoma in fase acuta; claustrofobia; insufficienza cardiaca grave.

**Relative:** otiti e/o sinusiti; patologie cardiache ischemiche e/o congestizie; ipertensione arteriosa non trattata farmacologicamente; patologie polmonari restrittive e/o ostruttive di grado elevato; gravidanza normo evolvente (primo trimestre) nei trattamenti iperbarici per patologie non acute.

### Effetti avversi

La terapia è generalmente molto bene tollerata. Gli effetti collaterali sono rapidamente reversibili sospendendo il trattamento.

Classicamente è conosciuta la tossicità neurologica che può portare alle convulsioni chiamata effetto Paul Bert dallo studioso che lo ha pubblicato nel 1878 (incidenza, 1,3/10000 trattamenti). Il medico di assistenza è preparato a riconoscere i segni premonitori di tale patologia, istruisce preventivamente il paziente a riferirli durante il loro insorgere e interrompe prontamente la respirazione di ossigeno bloccandone l'evoluzione. La tossicità dell'O<sub>2</sub> sul polmone, effetto Lorrain Smith (dolore toracico

retrosternale, tosse e atelettasia a chiazze) può verificarsi a seguito di continue esposizioni all'ossigeno iperbarico a pressioni > di 2 atmosfere per un tempo superiore alle 6 h, ma non si manifesta mai se si seguono i protocolli terapeutici standard. Uno degli effetti collaterali che si verifica comunemente è la modificazione del potere di rifrazione del cristallino. La miopia tende a peggiorare, specialmente negli adulti di mezza età, ma i pazienti con presbiopia riferiscono un miglioramento dell'acuità visiva, in particolare durante la lettura.

Il potere di rifrazione solitamente ritorna ai livelli precedenti al trattamento entro 4-6 sett. dalla sospensione; tuttavia, l'acuità visiva può non ritornare al livello pre-trattamento nei pazienti con preesistente cataratta. Raramente e in misura variabile a seconda delle statistiche è possibile riscontrare una complicazione barotraumatica a livello dell'orecchio medio.

Per tale motivo il paziente viene istruito a eseguire un'adeguata compensazione durante le fasi di compressione della camera. Una opportuna tecnica, messa a punto nel nostro centro e pubblicata sull'European journal of baromedical society ci ha consentito di evitare tale complicazione anche per i pazienti non collaboranti.

### Il ruolo del medico iperbarico

Il ruolo del medico iperbarico è determinante per l'esecuzione di tali trattamenti; a lui spetta il compito di valutare le prescrizioni formulate da altri colleghi, coordinare e definire il protocollo terapeutico, analizzare i risultati di concerto con i vari specialisti coinvolti.

Il ruolo principale che gli compete è la valutazione delle condizioni generali del paziente onde prevenire le eventuali complicanze che potrebbero manifestarsi a seguito del trattamento iperbarico.

Il paziente, o i parenti o i tutori nel caso di minori o di pazienti in condizione di non intendere e volere, debbono essere ampiamente informati su tale tipo di terapia, sugli eventuali rischi, sui risultati clinici che si vogliono ottenere.

La partecipazione della persona assistita e la collaborazione del nucleo familiare al programma, è importante perché consente di attuare percorsi terapeutici di lunga durata che, necessariamente, coinvolgono e modificano l'organizzazione delle famiglie.

È indispensabile, a tal proposito, che il centro iperbarico di riferimento pianifichi accessi e trattamenti e sia in grado di risolvere tutti i problemi logistici, specie quando vengano sottoposti piccoli pazienti e portatori di handicap.

## Indicazioni

Nel 2006 una commissione mista, formata da rappresentanti delle società scientifiche: Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI), Società Italiana di Medicina Subacquea e Iperbarica (SIMSI) e di categoria: Associazione Nazionale Centri Iperbarici Privati (ANCIP), ha rivisto le linee guida sulle indicazioni all'ossigenoterapia iperbarica, alla luce delle nuove acquisizioni scientifiche e seguendo le regole della medicina basata sull'evidenza (EBM). Da questa revisione è nato il documento SIAARTI, SIMSI, ANCIP "Protocolli applicativi dell'ossigenoterapia iperbarica" aggiornato poi nel novembre 2007. La Regione Sardegna con una deliberazione innovativa e prima in Italia (N. 41/29 del 29.7.2008) ha recepito le indicazioni delle società scientifiche e ne ha sancito le seguenti indicazioni:

1. Malattia da decompressione.
2. Embolia gassosa arteriosa.

3. Gangrena gassosa da clostridi.
4. Infezione acuta e cronica dei tessuti molli a varia eziologia.
5. Gangrena e ulcere cutanee nel paziente diabetico.
6. Intossicazione da monossido di carbonio, fumi, cianuri, sostanze metaemoglobinizzanti.
7. Lesioni da schiacciamento e sindrome compartimentale.
8. Fratture a rischio (ritardato consolidamento, osteomielite; pseudoartrosi).
9. Innesti cutanei e lembi a rischio.
10. Osteomielite cronica refrattaria.
11. Ulcere cutanee da insufficienza arteriosa, venosa e post-traumatica.
12. Lesioni tissutali post-attiniche.
13. Ipoacusia improvvisa.
14. Osteonecrosi asettica.
15. Retinopatia pigmentosa.
16. Sindrome di Meniere.
17. Sindrome algodistrofica.
18. Parodontopatie

*Alfonso Bolognini è medico chirurgo specialista in medicina subacquea e iperbarica, direttore del Centro Iperbarico Sassarese*



Fioritura spontanea a Cala Soraya (Spargi)

Attività raddoppiata con la nuova strumentazione

# Risonanza magnetica all'avanguardia a Ozieri

**D**a circa 2 anni, presso l'unità operativa di radiologia del presidio ospedaliero di Ozieri, è in funzione la nuova apparecchiatura di risonanza magnetica. Si tratta della ripresa, dopo alcuni anni, di una tradizionale attività iniziata nel lontano 1991. In tale anno infatti vennero installate a Ozieri e al Brotzu di Cagliari le prime due apparecchiature di risonanza magnetica della Sardegna. Si trattava di due apparecchi gemelli, gli storici Toshiba MRT-A 50 da 0,5 Tesla che all'epoca, pur trattandosi di apparecchi a basso campo, rappresentavano certamente quanto di meglio vi fosse nelle radiologie italiane, basti pensare che il training del personale venne svolto presso l'istituto di radiologia del prestigioso San Raffaele di Milano, dove per l'appunto era in funzione lo stesso apparecchio.

Di quegli anni ricordo lo shock scientifico e il

di Antonio Pirisi



particolare entusiasmo determinato dall'arrivo nel servizio di radiologia, grazie alle iniziative dell'allora presidente Nanni Terrosu, insieme alla risonanza magnetica, di altre sofisticate apparecchiature quali l'angiografo digitale, la T.A.C. e la medicina nucleare. Ma in particolare fu la risonanza magnetica a indurci e "costringerci" ad approfondire le nostre conoscenze in altre discipline della medicina, prima fra tutte la neurologia. L'attività svolta in quegli anni infatti era quasi totalmente rivolta ai

pazienti con problematiche neurologiche, per i quali la risonanza magnetica rappresentava una tappa obbligatoria nell'iter diagnostico. Insieme allo studio del sistema nervoso veniva svolta inoltre una non trascurabile attività di diagnostica ortopedica. Per tanti anni la radiologia di Ozieri è stata un punto riferimento nell'attività di risonanza magnetica del



Svolgimento di esame risonanza magnetica



La nuova apparecchiatura Hechelon nel reparto di radiologia a Ozieri

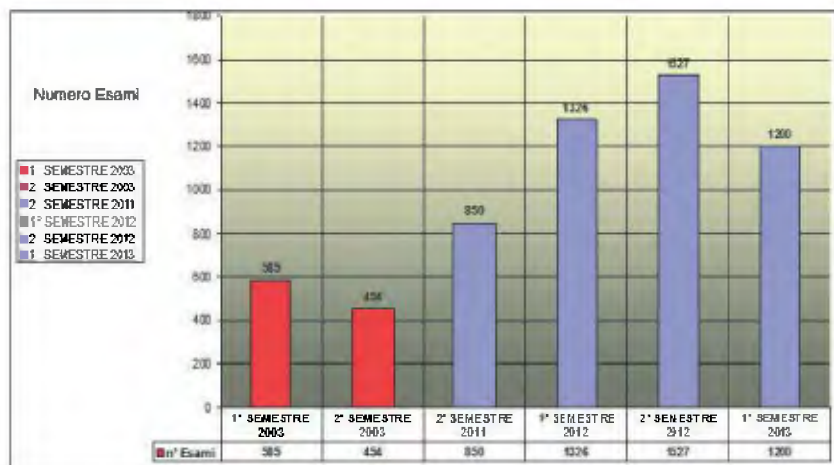
nord Sardegna. Essa ha rappresentato una valida scuola per molti specialisti radiologi che oggi, con grande professionalità, svolgono la propria attività presso altre Strutture Radiologiche della Provincia. Nel 2007, il vecchio e glorioso Toshiba MRT 50 A ha cessato di funzionare e con esso si è spenta un'attività protrattasi per circa 15 anni, che oltre ad aver conferito lustro al presidio ospedaliero di Ozieri ha certamente dato un notevole contributo alla sanità della Sardegna. Nel mese di agosto 2011, in occasione del trasferimento della radiologia nei nuovi locali del padiglione C del presidio ospedaliero di Ozieri, insieme alla completa digitalizzazione del servizio e l'acquisizione di nuovissime apparecchiature fra le quali la T.A.C. multi slice, è stata installata la nuova risonanza magnetica. Si tratta di un apparecchio ad alto campo da 1,5 Tesla, l'Hechelon della Hitachi. Esso è dotato di tutte le bobine e software necessari per una diagnostica risonanza magnetica d'avanguardia:

- Bobina Phased Array per lo studio della spalla
- Bobina Phased Array per lo studio del ginocchio e delle piccole articolazioni
- Bobina Phased Array per torace, addome, pelvi, rachide dorsale, lombare e sacro-coccige
- Bobina Phased Array per lo studio del collo e rachide cervicale

#### Bobina Gantry corpo

Bobina Phased Array per lo studio della mammella. Il sito risonanza magnetica inoltre è dotato di tutte le apparecchiature amagnetiche che, qualora si rendesse necessario, permettono un'adeguata assistenza anestesiológica durante l'esecuzione degli esami. Essendo presente nel presidio ospedaliero di Ozieri l'unico reparto di neurologia della A.S.L. n° 1, gli esami maggiormente richiesti ed eseguiti sono ovviamente quelli sul sistema nervoso centrale, attraverso lo studio del parenchima cerebrale e del suo sistema vascolare arterioso e venoso, utilizzando appositi e moderni software di elaborazione e di ricostruzione (angio-risonanza magnetica, diffusione, etc.) che rendono particolarmente elevata l'accuratezza diagnostica degli esami. Altre importanti applicazioni sono rappresentate dallo studio della patologia della colonna e del midollo vertebrale. Naturalmente l'attività non è interamente rivolta alla neurologia ma vengono studiati anche altri organi e apparati come quello osteo-articolare: grazie all'utilizzo delle apposite bobine dedicate, vengono infatti valutate le più svariate patologie a carico delle articolazioni, in particolare quelle del ginocchio e della spalla; gli specialisti ortopedici ormai sempre più frequentemente richiedono lo studio risonanza





magnetica di queste due articolazioni prima di qualsiasi intervento terapeutico. Le potenzialità diagnostiche della risonanza magnetica si estendono in maniera spesso determinante anche allo studio dell'apparato muscolare, rappresentando sovente la conclusione dell'iter diagnostico nelle patologie precedentemente studiate mediante T.C. e/o ecografia. Un altro campo dove la risonanza magnetica trova sempre maggiori indicazioni ed è spesso dirimente è rappresentato dallo studio dell'addome. Essa è particolarmente richiesta per risolvere i noti problemi di diagnosi differenziale delle lesioni focali epatiche nei casi, non infrequenti, di persistenza di dubbi diagnostici dopo T.C. e/o CEUS; la risonanza magnetica della pelvi femminile viene ormai routinariamente prescritta sia nella diagnosi che nella pianificazione degli interventi per endometriosi. La risonanza magnetica della pelvi maschile trova indicazione soprattutto nella stadiazione del carcinoma prostatico.

Molto praticata infine è la risonanza magnetica colangio-wirsungrafia che rappresenta una tappa ormai obbligatoria nello studio della patologia litiasica e tumorale delle vie biliari e del pancreas; a differenza delle vecchie colangio e colangiocolicistografie, ormai abbandonate, questo esame viene eseguito senza l'utilizzo del mezzo di contrasto. Da circa un anno nella nostra unità operativa vengono eseguiti gli esami risonanza magnetica per lo studio dell'articolazione temporo mandibolare. Si tratta di una procedura che, eseguita in fase dinamica, permette di evidenziare, mediante apposite ricostruzioni, alterazioni funzionali e lesioni meniscali altrimenti non evidenziabili con le comuni metodiche radiolo-

giche. Un'affiatata équipe di risonanza magnetica, composta da qualificati specialisti radiologi, tecnici sanitari di radiologia medica e infermieri si occupa con la massima professionalità dell'accoglienza dei pazienti, dell'esecuzione degli esami e della loro refertazione. Per i pazienti provenienti da sedi

lontane e su loro richiesta, è prevista la spedizione a domicilio dei referti e delle immagini contenute su CD, riducendo in tal modo i disagi del viaggio.

Il continuo aumento delle richieste provenienti dalle più svariate sedi è la dimostrazione dell'ottimo lavoro che quotidianamente viene svolto a Ozieri. Sebbene l'organico non sia ottimale per un'attività di così grossa importanza i numeri ottenuti sono abbastanza soddisfacenti e certamente, rispetto alla precedente apparecchiatura si è avuto un radicale salto non solo di qualità ma anche di quantità. Come si evince facilmente dal grafico, il numero degli esami che vengono eseguiti con la nuova apparecchiatura sono più che raddoppiati rispetto all'attività svolta con il vecchio apparecchio (in rosso). Se ne può inoltre notare il costante incremento nel tempo, fatta eccezione per il primo semestre del 2013, in cui si è avuta una leggera contrazione, dovuta al fermo-macchina di circa un mese e al trasferimento di un medico radiologo in altra sede; il recente incremento della dotazione di personale ci permette di prevedere per il 2013, con sufficiente attendibilità, l'esecuzione di oltre 3500 esami.

Nonostante gli ottimi risultati raggiunti si spera che nell'immediato futuro la Direzione Aziendale metta a disposizione ulteriori risorse affinché l'attività di risonanza magnetica (e non solo) possa essere garantita senza interruzioni per 12 ore al giorno e per sette giorni la settimana su sette.

*Antonio Pirisi è direttore dell'unità operativa complessa di radiologia presidio ospedaliero di Ozieri*

Linee guida per effettuare soltanto esami utili

# Gli screening per la trombofilia

## Quando, come e perché

**S**i definisce trombofilia la predisposizione, correlata a condizioni di natura congenita o acquisita, al tromboembolismo venoso e/o arterioso, caratterizzata dalla comparsa di manifestazioni cliniche in età giovanile (40-50 anni), anche in assenza di cause apparenti e scatenanti e con la tendenza a recidivare.

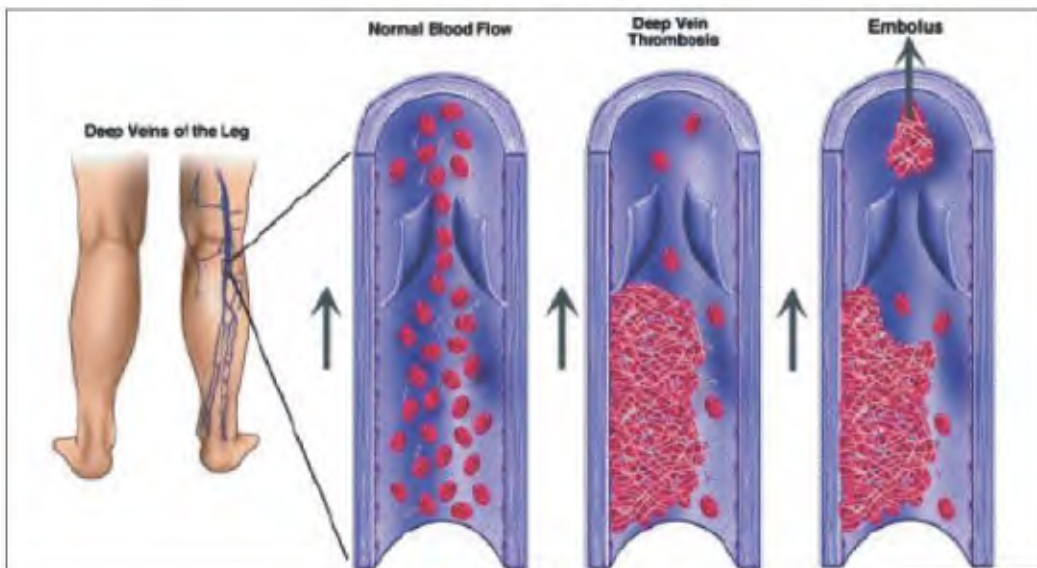
La trombofilia implica l'alterazione dell'equilibrio del sistema emostatico verso la trombo genesi, con il venir meno dei numerosi meccanismi compensatori. La maggior parte delle alterazioni trombofiliche sono congenite, alcune estremamente rare nella popolazione generale, come ad esempio i deficit di antitrombina, altre invece sono più frequenti, come la resistenza alla proteina C attivata FV Leiden. I difetti ereditari trombofilici non sono malattie, bensì condizioni predisponenti alla trombosi, sia essa arteriosa che venosa.

di Lucia Anna Marneli



La loro ricerca consente di individuare i soggetti a maggior rischio di eventi, consentendo un approccio clinico, strumentale e terapeutico mirato. Infatti il riscontro di una trombofilia ereditaria in un paziente affetto da trombosi, consente di definire quella che è la gestione ottimale, in termini di durata, della terapia anticoagulante secondo le linee guida.

Dal punto di vista della trasmissione genetica, la maggior parte dei difetti trombofilici si presenta in forma eterozigote e si trasmette con modalità autosomica dominante a penetranza incompleta; le persone portatrici hanno una possibilità su due di trasmettere la mutazione ai figli, indipendentemente dal sesso. Va sottolineato che l'essere portatore di una mutazione predisponente non significa automaticamente sviluppare una trombosi, infatti la trombofilia è una tipica malattia multifattoriale.



Fasi di formazione di un trombo venoso

Essa richiede l'interazione tra condizioni predisponenti concomitanti e/o fattori di rischio acquisiti (permanenti o transitori) come le neoplasie attive, i traumi, l'immobilizzazione prolungata, la chirurgia, la gravidanza, le patologie cardiovascolari, terapia estro-progestinica e il fumo.

Nonostante l'uso più frequente di misure di prevenzione in profilassi primaria del tromboembolismo venoso, sia in campo chirurgico che medico, abbia ridotto negli ultimi anni l'incidenza degli eventi trombotici, la prevalenza, la mortalità, e la stessa incidenza totale per tromboembolismo venoso, rimangono ancora alte.

Considerato il ruolo svolto dalle condizioni predisponenti per episodi trombotici, e dato l'elevato costo di tali esami, è ovvia la necessità di definire i protocolli da seguire per l'individuazione dei soggetti a rischio.

Queste indagini vanno appunto condotte secondo opportuni criteri per evitare l'enorme dispendiosità e spesso l'inutilità di esami richiesti in modo generalizzato. Esistono linee guida raccomandate per le indicazioni allo screening trombotico che comprendono soggetti giovani con tromboembolismo recidivante o ricorrente o idiopatico, trombosi in sedi atipiche, soggetti con familiarità per trombosi ricorrenti o trombofilia già accertata, associazione trombosi e perdita fetale, condizioni più rare come la porpora fulminante neonatale e la necrosi cutanea indotta da anticoagulanti orali.

La ricerca dei difetti trombotici prevede l'esecuzione di numerosi test abbastanza complessi e costosi non sempre eseguibili.

Esistono condizioni cliniche nelle quali non è opportuno eseguire le indagini: infatti, a differenza dei test genetici, i test funzionali per la trombofilia sono spesso alterati in modo specifico in numerose condizioni come la fase acuta di un evento trombotico, venoso o ar-

terioso, durante la terapia anticoagulante, con terapia estro progestinica, in gravidanza e in presenza di epatopatie.

Eventuali risultati alterati, ottenuti in queste condizioni, non potrebbero essere ritenuti attendibili, comporterebbero errori diagnostici, e quindi spreco di risorse economiche in quanto andrebbero comunque ripetuti.

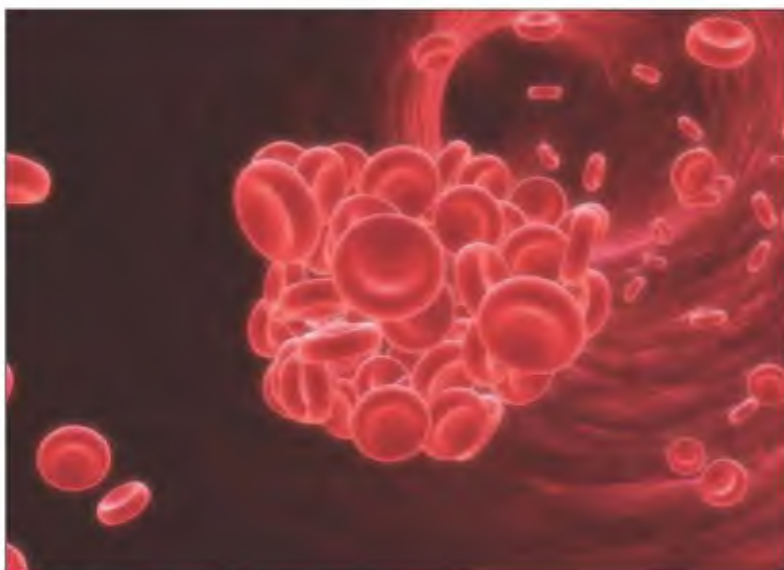
Durante la terapia anticoagulante orale possono comunque essere eseguiti i test genetici e la ricerca degli anticorpi antifosfolipidi.

Una delle incongruità più frequenti è la richiesta dello screening per l'inizio di una terapia estro progestinica in assenza di problematiche cliniche di rilievo: in casi come questi non è giustificabile l'elevato rapporto fra costo e beneficio.

Per la relativa rarità dei difetti trombotici e la necessità di competenze specialistiche, è opportuna la consulenza dei Centri Specialistici, che possono supportare i pazienti nelle scelte diagnostiche e terapeutiche di profilassi primaria e secondaria.

Si ricorda, in conclusione, che l'esecuzione del test di screening trombotico nella popolazione generale ha lo scopo di prevenire e definire la durata del trattamento terapeutico, non rivestendo pertanto un carattere di urgenza.

*Lucia Anna Mameli è direttore dell'unità operativa di malattie della coagulazione della Asl di Sassari.*



Ricostruzione 3D di embolo

Le ricerche sui meccanismi che determinano le crisi emolitiche

## G6PD carenza e favismo: studi utili allo sviluppo di farmaci antimalarici

La carenza di G6PD rappresenta un meccanismo di protezione nei confronti della malaria; ciò è stato dimostrato in numerosi studi clinici effettuati sia nei maschi che nelle donne eterozigoti: in particolare, i soggetti carenti hanno più bassi livelli di parassitemia e minori probabilità di contrarre forme gravi di malaria (malaria cerebrale e altre complicazioni).

La malaria rappresenta una delle maggiori emergenze mediche in numerosi paesi, coinvolgendo circa un quinto della popolazione mondiale, con una mortalità di circa 1 milione di individui per anno e con una prevalenza per i bambini di età inferiore ai 5 anni. Particolare preoccupazione desta la recente comparsa della resistenza alla Artemisinina (principale farmaco antimalarico), sviluppatasi nel sud-est asiatico. Si teme che questo fenomeno possa annullare il lieve calo di mortalità riscontrato nell'ultimo decennio, mentre sul fronte dei nuovi vaccini antimalarici non si riscontrano ancora risultati pratici di particolare interesse.

Il processo di difesa conferito dalla carenza di G6PD è molto complesso e solo parzialmente conosciuto: non inibisce la crescita del parassita ma causa bensì un aumentato danno ossidativo a carico del globulo rosso parassitato, che di conseguenza viene selettivamente distrutto dal nostro sistema immunitario. Pertanto la parassitemia nei soggetti G6PD carenti è inferiore e per questo motivo i pazienti possono presentare forme di malaria più lieve e minor frequenza di complicanze gravi. Questo fatto ha favorito la selezione del gene della G6PD carenza. È interessante notare che il meccanismo di distruzione dei globuli rossi parassitati sembra essere identico a quello dell'eliminazione dei globuli rossi G6PD carenti, particolarmente suscettibili, durante una crisi fabica.

Lo studio del meccanismo che determina le crisi

di Gino Simula



emolitiche nei soggetti G6PD carenti si è quindi rivelato utilissimo per sviluppare nuovi farmaci antimalarici che mimano una condizione naturale di protezione. Il nuovo farmaco INODs è stato sintetizzato grazie alla collaborazione tra ASL di Sassari (presidio di Alghero), Università di Sassari, Università di Torino e Tolosa. Questa molecola amplifica lo stress ossidativo generato dai parassiti che si sviluppano all'interno dei globuli rossi e li rende vulnerabili. In questo modo, lo sporozoo malarico (che

deve risiedere nei globuli rossi per 48 ore per completare il suo ciclo vitale), viene eliminato precocemente dal circolo sanguigno. Sul farmaco si stanno completando gli studi preclinici e si attende l'inizio della sperimentazione clinica per il 2014. Un altro farmaco, derivato dalla collaborazione tra la ASL di Sassari (presidio di Alghero), Università di Torino e Sassari con la Purdue University (USA), potrebbe essere impiegato, a titolo sperimentale, in Vietnam già nel corso dell'anno corrente (Turrini).

### Variabilità genetica della G6PD e sue conseguenze clinico/diagnostiche

Nel mondo ci sono almeno 400 milioni di persone portatrici del gene per la carenza di G6PD. L'enzima G6PD presenta una marcata variabilità genetica in tutte le regioni del mondo che sono o che erano interessate da endemismo malarico. Le centinaia di varianti genetiche conferiscono notevoli differenze a carico della attività dell'enzima: si possono avere attività enzimatiche estremamente ridotte come nella variante mediterranea (G6PD Med con meno di 1% di attività rispetto all'enzima normale) o attività intermedie come nella variante africana (A- con circa il 20% di attività rispetto all'enzima normale). Queste differenze hanno notevoli implicazioni pratiche sia di tipo clinico che diagnostico. In Sardegna la grande maggioranza dei casi

di G6PD carenza riguarda la variante G6PD Med con attività enzimatica estremamente ridotta. Solo questo tipo di varianti espone al favismo, che non interessa invece la variante africana. Un altro aspetto particolare della G6PD carenza in Sardegna è la presenza di crisi emolitiche, anche molto gravi, nelle donne eterozigoti: queste presentano infatti un mosaicismismo a carico dei globuli rossi, che risultano essere G6PD carenti per una percentuale che varia dal 10% al 90%. I fenomeni emolitici riguardano solo questa frazione di globuli rossi G6PD carenti presenti nelle donne eterozigoti: una crisi emolitica in una donna con il 90% dei globuli rossi carenti non differirà per gravità da una crisi emolitica in un maschio con una carenza totale. Queste osservazioni presumono una serie di requisiti diagnostici: a) la misura dell'enzima deve essere quantitativa per discriminare tra diverse varianti enzimatiche; b) deve essere effettuata una diagnosi precoce sulle donne eterozigoti e deve essere stimata la loro percentuale di globuli rossi G6PD carenti.

## La nuova metodica per il dosaggio di G6PD e lo screening delle donne eterozigoti.

Per far fronte a questo problema è stata messa a punto presso l'Università di Sassari una metodica basata non sulla determinazione dell'attività di G6PD, ma sul rapporto tra G6PD e 6PGD (6-fosfogluconato deidrogenasi). L'enzima 6PGD è stabile nella sua attività, e viene usato come riferimento. L'attività dell'enzima G6PD invece, che può variare soprattutto nelle donne eterozigoti, viene riferita a quella del 6PGD considerato come punto di riferimento stabile.

Premesso che 6PGD non ha varianti genetiche mentre G6PD ha numerose varianti tra le quali quella mediterranea, a bassissima attività, che caratterizza il tipo di carenza presente nella nostra regione, l'enzima G6PD può comunque essere soggetto a una ulteriore variabilità nella sua quantità, dipendente dallo stato di salute e dalle condizioni della persona in esame. Ad esempio, l'attività enzimatica può essere influenzata dal numero dei globuli rossi (attività diminuita come valore assoluto nel caso di diminuzione del numero), dalla presenza di reticolociti (attività aumentata nei globuli rossi giovani), dal valore dell'emoglobina, per cui una donna eterozigote con valori vicini alla normalità potrebbe sembrare normale se c'è reticolocitosi, oppure lievemente carente se c'è per esempio anemia. Per evitare questi artefatti e questa influenzabilità da diversi fattori, è stata messa a punto presso l'Università di Sassari (Arese-Simula-Turrini) una nuova metodica, diffusa ormai presso tutti i laboratori della Sardegna. Il rapporto fra i due enzimi rappresenta quindi una misura che risente minimamente delle variazioni individuali del contenuto eritrocitario di Hb, del numero di eritrociti, del numero di reticolociti e di leucociti. Se l'attività della G6PD viene espressa in forma grafica si evidenzia una netta separazione delle donne eterozigoti dai soggetti normali (Fig. 1A); se l'attività enzimatica è invece riferita all'Hb (Fig. 1B) la separazione presenta ampie zone di sovrapposizione tra i soggetti eterozigoti e i controlli normali.

L'identificazione dei soggetti omozigoti (carenza "totale") non comporta particolari difficoltà diagnostiche, al contrario della diagnosi di eterozigosi (ca-

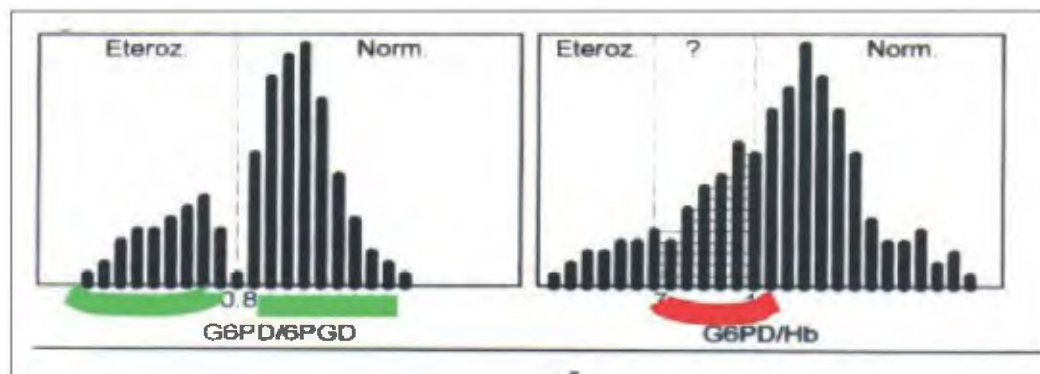
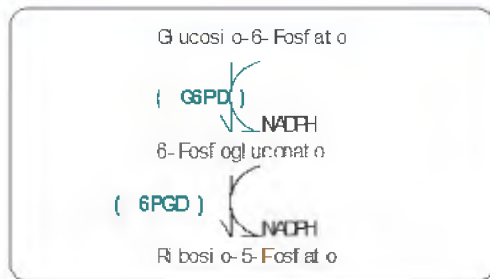


Fig. 1 A. Netta separazione fra donne eterozigoti e normali. (rapporto G6PD/6PGD).

Fig. 1 B. Ampia zona di sovrapposizione e incertezza, indicata in rosso, fra donne eterozigoti e normali (G6PD/Hb)



**Figura 2**

renza "parziale"), resa difficile da una serie di fattori. La ricerca delle mutazioni non è resa praticabile dalla notevole variabilità genica, per questo motivo è necessario utilizzare una metodica basata su metodi biochimici specificamente progettata e validata per la diagnosi di eterozigosi. In particolare, è richiesta una metodica efficace anche in presenza di mutazioni per alfa e beta talassemia che interferiscono sulla attività della G6PD.

La metodica indicata dalla WHO (World Health Organization) era stata sviluppata negli anni 60 (Beutler E. *Red Cell Metabolism Manual of Biochemical Methods*. 1971, Academic Press) per la diagnosi di G6PD carenza nella popolazione afro-americana, che presenta una variante enzimatica con maggiore attività (15-20% dei valori normali) rispetto alle varianti Mediterranee (0.1-0.5% dei valori normali). Tale protocollo non era stato finalizzato alla diagnosi dei soggetti eterozigoti. Questa diagnosi è invece fondamentale in presenza di varianti mediterranee che causano gravi emolisi anche in soggetti eterozigoti. Precisando meglio quanto affermato sopra, è stato dimostrato che la misura dell'enzima può essere imprecisa a causa di diversi fattori che devono essere presi in considerazione per poter effettuare la diagnosi di eterozigosi:

**Variabilità individuale dei livelli enzimatici:** è strettamente legata alla vita media eritrocitaria (la G6PD diminuisce nel corso dell' invecchiamento dell'eritrocita) per cui, in seguito a lievi modificazioni dell'indice reticolocitario si assiste a un marcato aumento della G6PD. Variazioni dei livelli di G6PD si riscontrano con maggiore frequenza nelle donne (dovuto alle lievi oscillazioni dell' indice reticolocitario riscontrabili durante il ciclo mestruale). I traits alfa e beta microcitemici, causando lieve emolisi, si associano ad aumentata attività della G6PD.

**Variabilità dovuta alla misura additiva della 6PGD:** Come si evidenzia nella Fig. 2 qui a fianco, l'enzima 6-Fosfogluconato deidrogenasi (6PGD) utilizza il prodotto della reazione della G6PD come substrato; ne consegue che quando si misura l'attività della G6PD si misura anche l'attività della 6PGD.

**Variabilità del sistema di riferimento (Hb, numero eritrociti, etc.):** oltre alle variabili sopraesposte si deve considerare la notevole mutabilità dei parametri scelti come riferimento dell'attività enzimatica. Infatti l' enzima G6PD viene usualmente riferito ai livelli ematici di Hb o al numero degli eritrociti presenti nel campione. Tali riferimenti introducono una notevole fonte di errore (ad esempio nelle microcitemie i valori di G6PD vengono artificialmente incrementati se l'enzima viene riferito all' Hb ed artificialmente diminuiti se riferiti al numero di eritrociti). Altra frequente causa di sovradosaggio sono le anemie sideropeniche. In base alle suddette problematiche non deve quindi stupire se la misura quantitativa dell'enzima, riferita a parametri ematologici e non corretta per l'attività della 6PGD, è causa di incertezza diagnostica in circa il 45% delle donne eterozigoti. In base all'analisi statistica dei risultati ottenuti riportando la G6PD all'Hb, si osserva una forte sottostima delle donne eterozigoti rispetto ai dati attesi in base alla frequenza riscontrata di maschi carenti.

**Scarsa stabilità dell'enzima:** L'enzima decade rapidamente nei campioni di sangue conservati a temperatura ambiente.

Il rapporto G6PD/6PGD attenua efficacemente questo fenomeno. Inoltre l'enzima è particolarmente labile sia per l'azione di proteasi leucocitarie ed eritrocitarie, che per la tendenza a perdere la sua conformazione quaternaria attiva. Soluzioni specifiche devono quindi essere introdotte nella metodica di misura per evitare sottodosaggi che porterebbero a diagnosi di falsi eterozigoti.

Il test deriva da una lunga sperimentazione effettuata in Sardegna (1982-1992) su un vasto numero di soggetti, finalizzata a sviluppare e ottimizzare una tecnica che fosse efficace a separare i valori di G6PD tra soggetti normali ed eterozigoti.

Sono state inoltre studiate le interferenze legate alla presenza di varie forme di alfa e beta talassemie. In base all' analisi statistica dei risultati e allo studio di un vasto numero di soggetti sicuramente etero-

zigoti, si osserva che il metodo G6PD/6PGD consente la diagnosi nel 97% dei casi. Tale procedura è inoltre utilizzabile per la diagnosi di eterozigosi anche nei neonati e in pazienti durante il corso di crisi fatiche. Al contrario, l'enzima riferito alla concentrazione di Hb permette una diagnosi solo nel 55% dei casi di eterozigosi. Il valore del rapporto G6PD/6PGD negli individui normali è pari a  $1,0 \pm 0,2$  mentre nei carenti totali è di 0,0. Nelle donne con carenza intermedia si hanno tutti i valori compresi da 0,1 a 0,8 con vari gradi di carenza, dalla più marcata (0,1 - 0,3), a quella intermedia (0,4 - 0,6) a quella lieve (0,6 - 0,8).

### Le crisi fatiche: maggiore efficacia della prevenzione dopo l'introduzione della nuova metodica.

L'associazione tra il largo consumo di fave e alta incidenza di varianti di G6PD a bassa attività è tipica dell'area Mediterranea, Medio Oriente, Cina Meridionale e Taiwan. Perciò il favismo è (o era) frequente nelle Isole Baleari, in Grecia, Cipro, Turchia, Libano, Israele, Egitto, Africa del Nord, Iran, Iraq, Cina Meridionale e Taiwan. In Italia, il favismo è limitato alla Sardegna e alla Sicilia.

In Sardegna, l'emolisi correlata al favismo è ora rara, in conseguenza dello screening neonatale per la carenza di G6PD, e per la maggiore informazione della popolazione. Attualmente nella nostra isola si verificano circa 50 severe crisi emolitiche all'anno che richiedono un trattamento ospedaliero con trasfusione di sangue.

Negli ultimi 15 anni la mortalità è stata limitata, a causa del ridotto numero di casi e dell'efficienza della terapia trasfusionale. Il favismo severo generalmente colpisce i bambini tra i 2 e i 5 anni di età. Recentemente comunque la distribuzione di età è cambiata in Sardegna. In conseguenza dello screening neonatale, della maggior consapevolezza e attenzione da parte dei genitori, del cambiamento delle abitudini alimentari, si registrano in proporzione ora-

mai più casi relativi a persone adulte, tant'è che anche individui anziani, che erano soliti mangiare fave senza alcun danno, improvvisamente possono essere soggetti a emolisi severa. Il favismo è più frequentemente dovuto a fave fresche, o fave fresche cotte in modo incompleto (bollite per breve tempo o fritte). In un sondaggio su 924 crisi pediatriche, il 96,8% era causato da fave fresche, il 3% da fave secche e lo 0,2% da fave congelate. La carenza di G6PD è un tratto legato al sesso con una marcata variabilità dell'espressione fenotipica nelle donne eterozigoti.

La grande maggioranza dei casi di favismo si ha in maschi emizigoti per la carenza di G6PD, con un rapporto maschio/femmina di 6/1. Negli anni 80 nella provincia di Oristano si avevano 25-30 casi gravi di favismo all'anno; tale valore è drasticamente diminuito fino a 7-8 casi gravi (~ 75% circa). Questo fatto è dovuto a una maggiore azione di prevenzione, alla quale ha contribuito molto probabilmente la



migliore precisione nella diagnosi, merito anche della nuova metodica per il dosaggio della G6PD introdotta negli anni 80, messa a punto nell'istituto di biochimica dell'Università di Sassari, di cui si è parlato nel precedente paragrafo, e adattata a tutte le moderne apparecchiature di laboratorio dalla ditta Nurex di Sassari.

## Importanza dei legumi in agricoltura. Le fave.

Il consumo umano di alimenti e la nutrizione animale stanno aumentando esponenzialmente in seguito all'aumento della popolazione mondiale e del suo bisogno di proteine; da qui deriva l'importanza dei legumi in agricoltura. I legumi sono considerati il miglior sostituto della carne in molte parti del mondo, per sopperire alla mancanza di proteine animali. Le fave sono un importante membro della famiglia dei legumi, con caratteristiche altamente utili. La produzione mondiale di fave è di circa 4,5 milioni di tonnellate, e costituiscono la seconda più importante raccolta di legumi in Europa, che rappresenta il 14% della superficie mondiale e il 25% della produzione mondiale di fave. Esse sono coltivate e consumate in Egitto, bacino del Mediterraneo, Cina, Nord Africa, parti dell'Europa e Sud America; forniscono, sia per gli uomini che per il bestiame, proteine di alta qualità ricche in lisina, carboidrati e fibre. Sono ricche anche di carotenoidi, vitamine e minerali essenziali quali ferro, magnesio, potassio, zinco, rame e selenio. Le fave hanno anche un effetto ipo-lipidemizzante, e possono essere peraltro una buona sorgente di antiossidanti. D'altro canto, in comune con numerosi altri legumi, le fave producono vari fattori antinutrizionali quali oligosaccaridi, lectine e inibitori delle proteasi, fitati e tannini. Quasi unici nelle fave, sono la vicina e la convicina, gli agenti eziologici del favismo in diverse popolazioni umane. Questi fattori antinutrizionali ne hanno limitato il successo come un cibo competitivo. Essendo una specie efficace nel fissare l'azoto, è considerato un ottimo ammendante e fornisce anche per gli animali un mangime di alta qualità.

## Le fave a basso contenuto di "composti tossici"

Si è parlato in un precedente numero di questo periodico della selezione di un cultivar di fave a bassissimo contenuto di vicina e convicina, i due glicosidi "tossici" presenti normalmente nelle fave. Lo studio è stato supportato dall'Università del Saskatchewan,

Saskatchewan Pulse Growers, Saskatoon, Saskatchewan, Canada. Le fave a basso contenuto di Vicina/Convicina (Low V/C, low tannin faba beans- FEVITA beans), sono state fornite da Dr Gérard Duc, INRA-UMR LEG, 21065 Dijon, France. Queste fave sono state selezionate in Francia, presso l'Università di Digione (Gerard Duc) e testate prima presso l'università di Torino (Paolo Arese) in individui normali; in questi si è potuto vedere che non provocano nemmeno quel danno minimo che comunque le fave causano anche negli individui normali, danno che viene prontamente riparato dal sistema del ciclo dei pentosi, attraverso l'enzima G6PD. Presso il laboratorio analisi dell'ospedale civile di Alghero le medesime fave sono state testate prima in donne eterozigoti, con un grado quindi di carenza intermedia, poi in maschi con totale carenza di G6PD. Si è visto che sia negli individui con carenza parziale (7 femmine eterozigoti) che in quelli con carenza totale (7 maschi emizigoti) queste fave non causano quel danno responsabile dell'emolisi e di tutti i fenomeni che caratterizzano la crisi fabica. Si pensa di proporre questo tipo di fave (faba fevita) per una coltura su larga scala, in Sardegna, coinvolgendo l'apparato regionale, con l'intento di superare i problemi relativi al favismo, almeno quelli derivanti dal consumo di fave; rimarrebbero comunque quelli relativi al consumo di farmaci.

## Il meccanismo di azione di Vicina e Convicina

I semi delle fave (*Vicia faba*) contengono 2 glicosidi, Vicina e Convicina, che possono causare anemia anche grave (Favismo) nei soggetti carenti per l'enzima G6PD, dopo la trasformazione rispettivamente nei due a-gliconi Divicina e Isouramile, cioè le sostanze responsabili della crisi fabica. Come è noto i semi di fave sono totalmente innocui nei soggetti che hanno livelli normali dell'enzima G6PD, ma nonostante la loro innocuità (rappresentano un alimento largamente consumato presso la nostra regione), i semi di fave inducono leggere e transienti modificazioni biochimiche anche nei soggetti non carenti.

Eseguendo misurazioni molto sensibili è infatti possibile rilevare l'azione sui globuli rossi delle sostanze contenute nelle fave. Queste modificazioni sono di breve durata (alcune ore), non causano alcun danno apparente ai globuli rossi né alcuna anemia. Nel caso dei soggetti G6PD carenti, queste modifi-





era quello di fornire evidenza dell'effetto dell'antibiotico neomicina somministrato per via orale sulla tossicità della vicina. I vari esperimenti eseguiti sui ratti dimostrarono che la vicina somministrata per via intra peritoneale a basse dosi non ha alcun effetto, mentre la vicina somministrata ad alte dosi ne causa la morte.

Ma se viene somministrata loro la neomicina per via orale, prima della iniezione di Vicina, la percentuale di mortalità scende da 80% a 10%. La Vicina da sola fa diminuire il numero dei globuli rossi, l'ematocrito e l'emoglobina, mentre se prima di iniettare vicina

viene somministrata la Neomicina per os, si ha un miglioramento di tutti questi parametri.

Il glicoside Vicina che si trova nelle fave provoca, somministrato ad alte dosi per via intraperitoneale, una rapida diminuzione della concentrazione nel sangue del glutatione ridotto (GSH) seguita dalla morte degli animali.

Un'equipe di ricercatori egiziani ha studiato in modo particolare uno dei due glicosidi, la Vicina, pubblicando recentemente (nel maggio 2013) un interessante e originale lavoro sul *Journal of toxicology*, riguardante l'effetto dell'antibiotico neomicina sulla tossicità di tale sostanza nei ratti. La Vicina è un composto che, tramite una beta-glucosidasi, viene idrolizzato dalla microflora intestinale in un radicale libero altamente reattivo che genera il composto Divicina, uno dei due agenti eziologici del processo emolitico nel favismo.

Questo fatto può essere attribuito alla rapida captazione e idrolisi di questo glicoside da parte della microflora intestinale, generando il composto divicina che è considerato essere l'agente eziologico delle manifestazioni del favismo.

Solo alte concentrazioni di Vicina possono permettere la conversione nel suo  $\alpha$ -glicone (Divicina), che la rende biologicamente attiva, altrimenti il processo sarebbe abbastanza lento, per la capacità dell'animale di neutralizzare la maggior parte dei prodotti della Divicina, dovuti all'idrolisi della Vicina. Il meccanismo di protezione della neomicina è basato sull'ipotesi che questa possa produrre dei cambiamenti morfologici nella microflora dell'intestino, tanto da prevenire l'idrolisi della Vicina nel suo aglicone (Divicina), vero e proprio agente eziologico del favismo. Il team di ricercatori egiziani aveva precedentemente dimostrato che la Neomicina riduceva la velocità con cui la Vicina e la Convicina venivano idrolizzate nel tratto gastrointestinale, riducendo la tossicità di entrambe, mentre nell'ultimo lavoro pubblicato soltanto tre mesi fa, hanno approfondito il fatto che la Neomicina previene l'idrolisi della Vicina e l'effetto ossidativo; tale effetto antiossidante è stato confermato attraverso la misurazione dei

Nei polli da carne, una riduzione del contenuto di Vicina e Convicina nei mangimi a base di fave ne aumenta in modo evidente il valore energetico. Pare anche che alti livelli di Vicina o Convicina, o di ambedue, potrebbero interferire negativamente sulla durata della sopravvivenza attraverso meccanismi di neurotossicità.

### Prevenire la crisi emolitica con un antibiotico?

Arbid, il ricercatore egiziano responsabile dello studio sopra descritto, e i suoi collaboratori, hanno avuto una intuizione geniale. La Neomicina solfato è un antibiotico ad ampio spettro, scarsamente assorbito, che inibisce la crescita dei batteri anaerobi nel tratto gastrointestinale. Lo scopo dello studio

parametri ematologici, sierologici, della funzionalità epatica, oltre che dalle biopsie epatiche, dimostrando l'utilità della Neomicina in caso di favismo e anemia emolitica.

## Meccanismo di azione di Vicina (V) Convicina (C) e beta-glucosidasi in vivo, nella crisi fabica.

Se nei ratti la Vicina viene trasformata nel suo a-glicone "tossico" Divicina (D) a opera della beta-glucosidasi prodotta dalla flora batterica dell'intestino, in vivo, cioè negli individui G6PD carenti, questa trasformazione avviene soprattutto a opera di una beta-glucosidasi presente nelle fave stesse; le fave contengono infatti una beta-glucosidasi in grado di scindere il legame beta-glucosidico di V e C generando Divicina (D) e Isouramile (I).

Quando le fave vengono mangiate la beta-glucosidasi presente catalizza la reazione di trasformazione di V e C, precursori beta-glucosidici inattivi presenti nelle fave in alta concentrazione, nei due a-gliconi tossici D e I, che nei globuli rossi G6PD-carenti, in vitro, ossidano in modo rapido e irreversibile il GSH, e potenziano i markers dello stress ossidativo. Durante la crisi fabica vengono rimossi dal circolo per fagocitosi fino all'80% delle emazie danneggiate ad opera di D e I, 24-36 ore dopo l'ingestione delle fave.

L'enzima beta-glucosidasi presente nelle fave è però termolabile e sensibile al pH acido; ne conseguono perciò due importanti effetti: 1) può essere inattivato dalla cottura, per cui quando le fave vengono cotte sono poco o niente tossiche anche per gli individui G6PD carenti, 2) può essere inattivato dal pH acido del succo gastrico.

È scarsamente attivo anche nelle fave secche. Questo spiega le interessanti osservazioni che sono state fatte nel tempo, a partire dai primi studi sul favismo del 1905 ad opera di Claudio Fermi, professore di igiene presso l'Università di Sassari. Da uno studio epidemiologico da lui effettuato si poteva già rilevare che le crisi avvenivano prevalentemente dopo il consumo di fave fresche e crude, e che le fave secche o cotte sono poco o per niente emolizzanti.

In due sondaggi comprendenti più di 1500 crisi fabiche studiate in Sardegna, l'emolisi era dovuta al consumo di fave fresche e crude in percentuali che in un gruppo arrivavano addirittura fino al 99% circa dei casi osservati. Tradizionalmente, in diverse regioni quali le Isole Greche e Medio Oriente, nelle quali il favismo era frequente come in Sardegna, le fave secche cotte, contenenti la quantità totale di V+C, sono state sempre consumate come zuppa durante la stagione invernale, senza creare particolari problemi.

	Associazione accertata	Associazione possibile	Associazione dubbia
Antimalarici	Primachina Pamachina	Glorochina	Mepacrina Chinina
Sulfonamidi	Sulfanilamide Sulfacetamide Sulfapiridina Sulfametossazolo	Sulfadimidina Sulfasalazina Glibenclamide	Aldesulfone Sulfadiazina Sulfafurazolo
Sulfoni	Dapsone		
Nitrofurantoina	Nitrofurantoina		
Antipiretici o analgesici	Acetamilide	Aspirina	Paracetamolo Fenacetina
Altri farmaci	Acido Nalidissico Niridazolo Methylthionium Fenazopiridina Co-trimossazolo	Ciprofloxacina Cloramfenicolo Vitamina K e analoghi Acido ascorbico Mesalazina	A.c. Aminosalicilico Doxorubicina Probenecid Dimercapolo
Altre sostanze chimiche	Naftalene 2,4,6-trinitrotoluene	Estratto di Acalypha indica	

Farmaci e sostanze chimiche associate con emolisi in pazienti con carenza di G6PD

da MD Cappellini, G Florelli - 2008

La beta-glucosidasi presente nelle fave gioca un ruolo essenziale come causa della loro tossicità.

Si è visto che la beta-glucosidasi è inattiva nelle fave secche, nelle fave fresche cotte (bollite) per 30 minuti e nelle fave incubate in ambiente acido simile al succo gastrico.

C'è da dire che quando si consumano fave secche o cotte, nelle quali l'enzima è inattivato, potrebbe intervenire, secondo le conclusioni di Arbid, la beta glucosidasi prodotta dai batteri intestinali, ma in realtà sembra che questo non succeda.

Secondo le osservazioni di Aresè e dei suoi collaboratori, le crisi fabiche sono presenti soprattutto nell'età infantile e nell'età avanzata; questo può essere spiegato col fatto che nei bambini il transito gastrico è molto rapido, mentre negli anziani è frequente una achilia; per questi motivi l'enzima beta-glicosidasi nei bambini e negli anziani non può essere inattivato dal pH acido del succo gastrico (o lo può essere molto meno), e può di conseguenza scindere il legame beta-glucosidico di V e C generando i due a-gliconi "tossici" D e I e scatenando quindi la crisi fabica.

### Pro-memoria dei farmaci da evitare.

Il favismo si manifesta generalmente come una emolisi acuta, che compare quando i globuli rossi vengono sottoposti a stress ossidativo scatenato da agenti come farmaci, infezioni, o ingestione di fave. La carenza di G6PD generalmente comporta anemia emolitica acuta indotta da farmaci, infezioni, favismo, ittero neonatale o anemia emolitica cronica

non sferocitica. Varie situazioni critiche come il diabete, l'infarto del miocardio e l'esercizio fisico estremo sono stati considerati responsabili nel precipitare l'emolisi in individui G6PD carenti; tuttavia la coesistenza di infezioni e di farmaci ossidanti può essere la causa scatenante in questi casi. La carenza di G6PD venne scoperta mentre si studiava l'insorgenza di emolisi in pazienti che avevano ricevuto primachina.

Prima di tutto, un farmaco considerato sicuro per alcuni individui G6PD carenti, non è necessariamente sicuro per tutti i pazienti, anche perché la farmacocinetica può variare da un individuo all'altro. In secondo luogo, farmaci con potenziali effetti ossidanti vengono qualche volta somministrati a pazienti con una condizione clinica di fondo (es. un'infezione) che potrebbe essa stessa portare ad emolisi. In terza analisi, i pazienti spesso stanno assumendo più di un tipo di farmaci; e infine, l'emolisi nella G6PD carenza è un processo auto-limitante, e perciò non sempre produce anemia clinicamente significativa e reticolocitosi.

L'infezione è probabilmente la più tipica causa di emolisi nei G6PD carenti. I virus dell'epatite A e B, il citomegalovirus, la polmonite e la febbre tifoide sono tutte cause importanti.

La severità dell'emolisi può essere influenzata da molti fattori, compresa la concomitante somministrazione di farmaci, la funzionalità epatica e l'età.

*Gino Simula è responsabile del laboratorio analisi dell'ospedale civile di Alghero*



Isola di Spargi: l'insenatura che si apre davanti a Cala Soraya

# Proprietà terapeutiche di piante comuni e officinali

## Asparago Selvatico

di Giovanna Rau

Nome sardo Isparau, sparau, sparagina

Famiglia Liliaceae  
Specie *Asparagus acutifolius* L.

### Cenni storici

Conosciuto fin dall'antichità, veniva utilizzato e coltivato in Egitto e nel Medio Oriente. Dioscoride, Galeno e Celso esaltavano le virtù salutari delle sue radici e lo consigliavano come diuretico. Il nome *Asparagus* deriverebbe dal greco "aspàragos" che significa punto.

### Utilizzo

Radici, turioni.

### Componenti principali

Vitamine A, C e del gruppo B, ferro e fosforo nei turioni, asparagine, zuccheri e sali di potassio.

### Aspetti botanici e habitat

Pianta rizomatosa dalle grosse radici carnose. In primavera dal rizoma fuoriescono i giovani germogli chiamati turioni, che con la crescita diventano fusti ramificati con pseudo foglie aghiformi dette cladodi; le foglie sono piccole e ridotte a scaglie. I fiori sono minuscoli e di colore gialliccio. I frutti sono bacche verdi, che diventano nere con la maturazione. L'asparago selvatico è comune nel sottobosco, nei luoghi umidi, vicino alle siepi, sia nelle zone marine che in quelle collinari.

### Impiego

Le radici sono utilizzate, da un punto di vista officinale, come depurative, diuretiche e dimagranti; sotto forma di infuso o decotto, consigliato ai cardiopatici che presentano ritenzione idrica. Sconsigliato agli ipertesi e a chi soffre di infiammazioni renali o ve-

scicali: le somministrazioni di tali prodotti determinano infatti un aumento delle contrazioni delle pareti vescicali con conseguente eccessivo stimolo alla minzione.

I turioni vengono utilizzati in culinaria e cucinati nei modi più diversi, lessati o in frittate.

### Uso locale

In Sardegna l'uso fitoterapico dell'asparago è molto limitato. Nel centro-sud viene utilizzato l'infuso delle radici come

depurativo e disintossicante, il decotto come diuretico. I turioni vengono invece impiegati in cucina in tutta l'isola. In Gallura, i fusti adulti della pianta vengono compressi, arrotolati e inseriti in corrispondenza del foro del vascone ove viene pigiata l'uva: utilizzati quindi come filtro per trattenere i raspi e gli acini.



## Rosa Canina

Nome sardo Piscialettu, rosa crabina, rosa de margiani, rosa di macchia.

Famiglia Rosaceae

Specie Rosa canina L.

### Cenni storici

Il nome "canina" dato alla specie ha origine antica, quando si credeva che la radice di questa rosa selvatica rappresentasse un valido rimedio contro la rabbia. In Oriente dai suoi petali si estraeva un olio utilizzato per il confezionamento di profumi, mentre dai frutti si ricavava una polvere utilizzata come anti-reumatica e antigottosa. Solo nel XVII secolo furono individuate le proprietà astringenti intestinali e antidiarroiche dei frutti, denominati cinorroidi, da "kyon", cane e da "rodon" rosa.

### Utilizzo

Foglie, petali, pseudofrutti.

### Componenti principali

Acido ascorbico, Vitamina A, carotenoidi, flavonoidi, tannini, acidi organici, carboidrati.

### Aspetti botanici e habitat

Arbusto dai tronchi robusti che si dividono in numerosi rami arcuati formando dei folti cespugli provvisti di aculei più o meno uncinati. Le foglie sono composte, imparipennate e spicciolate, mentre le foglioline sono 5 o 7, ovali con il margine dentato. I fiori sono formati da un calice che termina con 5 lacinie triangolari e da una corolla di petali rosa pallido.

Il frutto è da considerarsi in realtà uno pseudo frutto, formato da acheni ricoperti di peli, chiamato cinorroide, a maturità rosso e carnoso.

### Impiego

Le proprietà della rosa canina sono varie; fiori e foglie vengono utilizzati come astringenti intestinali e come cicatrizzanti nelle piaghe e nelle ulcere; i cinorroidi, ad alto contenuto di vitamina C, vengono impiegati come integratori vitaminici, ansiolitici e ricostituenti, antinfettivi e febbrifughi oltre che come vaso-protettori; utilissimi nel trattamento emolliente e protettivo della pelle grazie alla ricchezza in carotenoidi e flavonoidi.

### Uso tradizionale

Nel centro Sardegna era uso, alla vigilia di San Giovanni, deporre in una bacinella d'acqua petali di rosa con altri fiori profumati tenendoli in immersione



per tutta la notte; al mattino ci si lavava il viso non solo per rendere la pelle morbida e liscia, ma anche come buon auspicio di salute e ricchezza.

In tutta l'isola si adopera il decotto di petali di rose come lenitivo per le congiuntiviti e i rigonfiamenti delle palpebre e come rimedio per il raffreddore. I cinorroidi non sono stati quasi mai impiegati per scopi terapeutici: solo nel Sud-Sardegna venivano utilizzati per confezionare marmellate.

È usanza comune in tutta l'isola lanciare petali di rosa assieme a riso e grano durante le cerimonie e i cortei nuziali a simboleggiare amore, fortuna e prosperità.

Quando oltre la terminologia c'è la realtà

## Non basta la parola: cliente, ammalato paziente o persona assistita?

Le parole sono importanti, generano cultura, trasformano i pensieri in realtà. Per questo è necessario averne molta cura, perché poi le parole crescono, producono radici. Quando una parola, un termine, una definizione, un appellativo, mancano al compito di corrispondere in pieno alla realtà, la tradiscono, contribuendo ad accrescere la confusione che regna nel nostro tempo. È il caso dell'espressione "persona assistita", in sostituzione della parola "paziente", che la Federazione nazionale degli ordini dei Medici propone di introdurre nel nuovo Codice deontologico che, a partire dal 2014, sostituirà quello del 2006, il cui testo è stato aggiornato in alcune parti e sottoposto a un lifting. Non malato, né ammalato, né soggetto o individuo o cittadino, ma "persona assistita". E questo, come ha spiegato il presidente della Fnomceo Amedeo Bianco, al fine di trasmettere "il significato immediato di chi ha diritto a ricevere cure e assistenza senza passività". Ogni

di Eugenia Tognotti



iniziativa capace di spingere alla conquista della centralità del cittadino che ha bisogno di cure, è da salutare con soddisfazione. Sennonché non si può non esprimere perplessità sull'idea che il cambiamento del termine paziente - dal latino *patiens*, "sofferente" o "che sopporta" - abbia il potere, ipso facto, di indurre una differenza di qualità in medicina. O di aiutare a smettere di esercitare la pazienza e di soffrire chi si trova a chiedere l'aiuto del medico; e

ancora, di evitargli di sottoporsi a file estenuanti per fissare gli appuntamenti o per pagare il ticket, per procurarsi un letto in ospedale. E, in generale, di far sì che si senta al centro del sistema di cure, in una realtà sanitaria problematica quale quella italiana, in cui, a causa della crisi, reparti e prestazioni hanno subito pesanti tagli e ridimensionamenti. Non è la prima volta che la parola "paziente" è oggetto di discussione, anche se per motivi diversi. Ad animarla, verso la metà del secolo scorso, fu uno dei



Primario e assistenti: giro delle visite in un ospedale all'inizio del secolo scorso

psicologi più influenti del Novecento, Carl R. Rogers, pensatore e umanista statunitense.

Per il fondatore della *"Terapia centrata sul cliente"*, la parola - che ha implicitamente una valenza passiva - non corrispondeva alla visione di una relazione terapeutica in cui la self-direction giocava una parte attiva nella terapia.

La parola *"cliente"* - con cui la sostituì - enfatizzava proprio l'importanza del singolo in cerca di assistenza, con l'assunzione di responsabilità e il ruolo attivo di chi richiede un supporto professionale per un disagio mentale. In altre parole, non la posizione di un *"paziente"* succube di un trattamento su cui non aveva nessun controllo, ma la partecipazione attiva del *"cliente"* al trattamento, di cui aveva avvertito la necessità per controllare il proprio destino e superare le difficoltà. Auto-direzione gioca una parte vitale della terapia centrata sul cliente.

Il dibattito non attraversò i confini della psicoterapia e la parola *"paziente"* restò nella pratica professionale, conquistando spazio rispetto al termine *"ammalato"*, di uso più frequente nel passato, come confermano memorie e dibattiti tra medici come quello che, tra Ottocento e Novecento, ebbe come tema la questione dell'opportunità di comunicare una diagnosi infausta. La parola *"ammalato"* era usata dalla maggioranza dei medici. Vi ricorre anche uno dei maggiori clinici italiani, Achille De Giovanni, il quale ad esempio pensava che il medico non dovesse nascondere nulla: "Oggi sappiamo - nell'epoca della scienza in cui si ravvisa la malattia al suo nascere - che si possono mutare le predisposizioni e allora si deve dire la verità. In questa occasione si deve dire all'ammalato: curatevi; e allora gli si produce un beneficio immenso".

Siamo nel 1900, un periodo in cui cominciava - col moltiplicarsi degli specialismi - a diventare frequente l'identificazione del paziente col cuore, col fegato, con l'occhio. I clinici in camice bianco entravano nelle camerette degli ospedali con un nutrito se-

guito di assistenti e studenti e parlavano dell'ammalato come se non fosse stato presente, un *"caso"* da esaminare, con il linguaggio astruso della medicina accademica che escludeva ogni partecipazione dal proprio percorso di cura.

Lo scenario è oggi completamente cambiato e la capacità degli operatori sanitari di relazionarsi è innegabilmente cresciuta, insieme alla capacità di fornire comprensione e ascolto, almeno in alcuni ambiti e categorie professionali. La cultura del consenso informato è ormai radicata nella mentalità comune del rapporto medico-cittadino/paziente, gli *"attori"* principali del percorso di diagnosi e cura. Ma in una realtà complessa come quella odierna restano sullo sfondo le questioni della qualità dei servizi, della fiducia del paziente, del suo coinvolgimento attivo, della condivisione del piano di cura e assistenza col medico.

Una cosa è certa: per realizzare efficacemente il principio della centralità della persona nella sua totalità non basterà il termine *"persona assistita"*, che se si deve credere alle numerose prese di posizione fatterà ad affermarsi nella pratica quotidiana, nel linguaggio tra colleghi, nelle cartelle cliniche o nella documentazione sanitaria.

Eugenia Tognotti è professore ordinario di storia della medicina dell'Università degli studi di Sassari



Vignetta di Carlo Marcello Acciaro

La richiesta del Comitato centrale

## Medaglia di merito e al valor civile per due medici donne scomparse

Il Comitato Centrale della Fnomceo, riunito oggi a Roma, desidera esprimere cordoglio alle famiglie e rendere grazie e omaggio alle due donne medico che hanno pagato un prezzo inimmaginabile al loro impegno nella professione: Paola Labriola e Eleonora Cantamessa. Cosa accomuna due storie diverse per contesto e presupposti?

Si tratta di due donne, due medici, a cui è stata sottratta la vita mentre rispondevano a quei principi, a quel diritto-dovere di curare, che costituiscono l'essenza stessa della professione, manifestandone così il senso più profondo.

Pur nella dovuta sobrietà di toni e considerazioni, non possiamo non rilevare, ancora una volta, la rischiosità di molte attività del nostro esercizio professionale, da troppe parti e troppo spesso dimenticata, sia nelle organizzazioni dei servizi sia, talvolta, nella rappresentazione mediatica, quando coglie solo il contenzioso, esaspera l'errore, costruisce il "caso". Fermo restando il diritto alla denuncia se giusta e doverosa, è necessario evitare esasperazioni che rischiano di alimentare l'aggressività e la conflittualità; occorre migliorare la sicurezza degli operatori sanitari e dei luoghi di lavoro, in particolare nei posti di prima assistenza.

La sicurezza degli operatori è infatti il primo presupposto della sicurezza delle cure; così come la rischiosità della professione è l'effetto collaterale della quotidiana attività di prossimità e vicinanza dei nostri medici ai disagi delle persone e delle comunità, spesso in qualità di primi se non unici testimoni di diritti elusi e negati. I nostri professionisti entrano nelle case, nei quartieri, nelle comunità devastate da malesseri ambientali e sociali, sino a pagare il prezzo più alto per non poter che rispondere "sì" a chi chiede soccorso.

Nulla potrà restituire alla famiglia e alla nostra comunità professionale queste preziose donne medico. Ma tutto dobbiamo fare perché ne resti il ricordo e l'insegnamento. Il Comitato Centrale ufficialmente rivolgerà al ministro della Salute la richi-



Eleonora Cantamessa e Paola Labriola

esta di una medaglia al Merito della Sanità Pubblica e al ministro dell'Interno quella di una medaglia al Valor Civile. Da parte nostra, ogni volta che chiederemo più attenzione e rispetto per la nostra Professione, sarà anche per Paola, anche per Eleonora.

### Farmaci

La IBSA Farmaceutici Italia S.r.l. ha inviato agli uffici della federazione nazionale una nota informativa concernente le modifiche del foglio illustrativo del medicinale PRONTOGEST. Consigliamo agli iscritti di prendere conoscenza della nota sul sito internet della FNOMCeO. Si dispone inoltre il ritiro dei seguenti medicinali, poiché il profilo beneficio-rischio viene considerato ancora favorevole nei bambini solo di età superiore ai 12 anni, mentre al di sotto di tale età la codeina non deve essere utilizzata come antidolorifico a causa del rischio di tossicità da oppioidi: "LONARID bambini 200 mg + 5 mg supposte"; "TACHIDOL Bambini 125 mg/5 ml + 7,5 mg / 5 ml Sciroppo" - flacone da 120 ml"; "TACHIDOL "Bambini 125 mg/7,5 mg Granulato effervescente" - 10 bustine" ; "PARACETAMOLO + CODEINA ANGENERICO 2,5 g + 0,150 g Sciroppo flacone da 120 ml"; "PARACETAMOLO + CODEINA ANGENERICO 125 mg + 7,5 mg Granulato effervescente 10 bustine"

### La figura dell'odontotecnico

La sentenza della Commissione tributaria del Lazio n. 82/35/13 esprime con chiarezza che "l'odon-





totecnico che fornisce il materiale necessario per le cure odontoiatriche non può essere considerato un collaboratore del medico, in primis perché l'odontotecnico non può in alcun modo svolgere attività di cura odontoiatrica".

Viene quindi confermato che l'odontotecnico collabora con il professionista al pari di un fornitore, svolgendo attività artigianale senza prestare cure e senza poter sostituire il medico.

## Trasmissione telematica di dati sensibili

Recependo le obiezioni poste dalla FNOMCeO, è stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale la modifica del decreto del 9 luglio 2012, che descriveva i contenuti e le modalità di trasmissione delle informazioni relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori. In particolare viene prorogato al primo

trimestre dell'anno successivo all'anno di avvenuta costituzione della piattaforma informatica predisposta dall'INAIL (31 marzo 2014), ed entro il primo trimestre di ciascun anno successivo, il termine entro il quale il medico competente deve trasmettere, esclusivamente per via telematica, ai servizi competenti per territorio, le informazioni dell'anno di riferimento relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori di cui all'allegato 3B del D.Lgs. 81/08.

## Sport e certificati

In seguito alle domande poste da questa federazione riguardanti le disposizioni introdotte dall'articolo 42-bis della legge n. 98 del 9 agosto 2013, il Ministero della Salute precisa quanto segue:

"È stato soppresso l'obbligo della certificazione per l'attività ludico motoria/amatoriale, che era stato

introdotto dall'articolo 7, comma 11, del DL n.158, sopra citato, nonché le correlate disposizioni recate dal decreto attuativo del Ministro della salute 24 aprile 2013.

La stessa disposizione ha confermato l'obbligo di certificazione presso il medico o il pediatra di base per l'attività sportiva non agonistica, rinviando alla discrezionalità tecnica del medico certificatore la necessità o meno di prescrivere ulteriori esami clinici, come l'elettrocardiogramma.

La norma introdotta, nel confermare l'obbligo della medesima certificazione, ha nel contempo rinviato alla valutazione del medico prescrittore la necessità o meno di effettuare ulteriori esami clinici e indagini diagnostiche, come l'elettrocardiogramma. Ne consegue, pertanto, che l'articolo 3 del decreto ministeriale 24 aprile 2013, riferito a tale ultima specifica certificazione, sia da considerarsi vigente, ad eccezione del comma 3 dello stesso articolo, che aveva disposto l'obbligo dell'effettuazione dell'elettrocardiogramma. Per quanto attiene alla certificazione relativa alle attività di particolare ed elevato impegno cardiovascolare "gran fondo", nulla sembra essere stato modificato rispetto alla disciplina prevista dall'articolo 4 del decreto ministeriale del 24 aprile 2013."

## Spending Review e Ordini Professionali

Sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 204 del 31 agosto 2013 è stato pubblicato il decreto-legge 31 agosto 2013, n° 101 recante "Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni". L'art. 2, comma 2, primo periodo, del suddetto decreto prevede che gli Ordini e i Collegi professionali sono esclusi dall'applicazione dell'articolo 2, comma 1, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni in materia di riduzione di organico e del personale. Si rileva pertanto che nel decreto-legge indicato in oggetto, è stata recepita la posizione di questa Federazione espressa nella nota del 25 maggio 2013, trasmessa alla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica (Ali. n. 1). Ai fini delle assunzioni resta ferma invece anche per gli Ordini e Collegi professionali la disposizione di cui all'art. 1, comma 505, penultimo periodo, della legge 296/06, che prevede che "per

quanto riguarda le spese del personale le predette amministrazioni adeguino le proprie politiche ai principi di contenimento e razionalizzazione".

## Beni strumentali e IRAP

La Corte Suprema di Cassazione - Sezione Civile - con sentenza n. 18108/13 (AH. n. 1) ha rilevato che nell'esercizio dell'attività medica, il possesso di beni strumentali di valore superiore ai 15.000 Euro non implica necessariamente l'assoggettamento del professionista al presupposto impositivo dell'IRAP. Di fatto la Corte Suprema di Cassazione ha sancito che, contrariamente a quanto sostenuto dalla Agenzia delle Entrate con la circolare n. 45/2008, "l'assoggettamento ad IRAP richiede un analitico esame delle spese affrontate dal contribuente con specifica considerazione delle esigenze di chi esercita l'attività medica, per cui sono indispensabili strumenti di una certa consistenza e caratteristiche".

Si ricorda in conclusione che il valore dei beni strumentali e l'utilizzo in modo non occasionale di lavoro altrui sono tra i fattori che possono determinare l'assoggettabilità del lavoratore autonomo, che risulti responsabile dell'organizzazione, all'imposta regionale sulle attività produttive.

## Taccuino

Il 24 ottobre, dalle ore 9:00 fino alle 13:00, organizzato dalla CAO di Sassari, si terrà un incontro sul tema: "Pronto soccorso odontoiatrico, organizzazione territoriale". Medici, odontoiatri, responsabili dei servizi sanitari pubblici, referenti alla salute del mondo politico, sono invitati presso la sala conferenza dell'Ordine dei medici e odontoiatri di Sassari in via Cavour 71, per discutere sulle iniziative intraprese in passato e proporre nuovi progetti per il futuro.





## Giovani medici: indagine Fnomceo su lavoro e aspettative

L'Osservatorio Giovani Professionisti ha redatto un questionario a cui si può accedere nel sito [www.fnomceo.it](http://www.fnomceo.it) per capire i percorsi formativi e lavorativi dei giovani medici entro i 10 anni di anzianità di laurea. Lo scopo è sapere quanti laureati trovano impiego, quando lo trovano, se la formazione è adeguata e in particolare verificare se una specialità è saturata o si rischiano vuoti. «È sbagliato programmare solo sulle serie demografiche, sul fatto che entro 5 anni tanti medici abbandoneranno la professione, colleghi che ovviamente andranno rimpiazzati. Occorre invece valutare i trend, sapere che nell'era della telemedicina ci sarà meno bisogno magari di anatomopatologi e più di epidemiologi e geriatrici», spiega il segretario Fnomceo Luigi Conte. Ad esempio, per quanto riguarda i medici di famiglia, oggi hanno meno di 40 anni solo mille su 46 mila convenzionati, il 6% ha meno di 13 anni di anzianità di laurea, da 0 a 6 anni non li ha quasi nessuno. «La vocazione arriva tardi anche perché solo al V° e VI° anno di corso ci sono seminari e la possibilità di frequentare gli studi dei tutor, e ciò si riflette nella demografia della professione. L'indagine - conclude Conte - può dirci come agire».

## Ospedalieri: l'eccessiva burocrazia mina il rapporto con i pazienti

Una indagine commissionata da Cimo Asmd alla Sics, Società italiana di comunicazione scientifica e sanitaria, con un campione di oltre 6 mila medici del SSN, ha evidenziato che, per il 63% degli inter-

vistati, il rapporto con i pazienti è peggiorato. Oltre metà di questi (2000 su 3500) afferma che la causa della diffidenza verso i medici sta nelle inefficienze organizzative delle strutture; quasi mille medici (936) dichiarano che il rapporto con i pazienti è peggiorato per i troppi oneri economici e le complicazioni burocratiche; infine 821 sono convinti che la causa dipenda dalle campagne mediatiche in tema di malasanità. Indirettamente a sua volta il medico conferma le ragioni dei pazienti: il 73% degli intervistati ritiene che ormai il proprio lavoro sia solo un insieme di adempimenti gestionali. Uno su due non si sente più gratificato dalla sua professione. Tutti (93%) si vedono come impiegati amministrativi.

Per Riccardo Cassi, presidente della Confederazione Italiana Medici Ospedalieri, i dati confermano quanto la Cimo sostiene da anni, ovvero che la figura del medico è stata sempre più depauperata dei veri poteri e valori. Il medico deve essere l'unico responsabile delle cure e dell'assistenza al paziente, non un manager con l'unico compito di stare nelle spese.

Per Cimo Asmd, è il momento di una riforma quater: un provvedimento che corregga gli errori del passato e riporti l'atto medico al centro delle cure.

## Codice Deontologico: anche online sarà rispettata la privacy

Cartelle e ricette elettroniche obbligheranno il medico a salvaguardare la riservatezza dei dati personali. Lo afferma la bozza del nuovo codice deontologico dei medici, di cui si è appena chiusa la fase di esame da parte dei singoli ordini con la proposta di emendamenti. "Il medico, anche in caso di uso di tecnologie di informazione e comunicazione "a distanza", è tenuto al rispetto della riservatezza nel trattamento dei dati personali della persona assistita - si legge nel documento - e particolarmente dei dati sensibili inerenti la salute e la vita sessuale". Per quanto riguarda il giuramento professionale, i singoli ordini continueranno a organizzare i giuramenti; già da diversi anni non si usa più il giuramento di Ippocrate, ma un giuramento professionale che rimane invariato. La bozza e gli emendamenti inviati dai singoli ordini saranno ora esaminati dal Consiglio nazionale, che dovrebbe approvare il nuovo codice entro quest'anno.

## Nicola Surico è il nuovo presidente dei chirurghi italiani

Nicola Surico è il nuovo presidente del Collegio italiano dei chirurghi (Cic). L'elezione per acclamazione è avvenuta lo scorso 27 settembre nel corso dell'assemblea nazionale a Roma. Surico, presidente Sigo, prende il posto di Marco D'Imporzano. "Sono diverse le problematiche urgenti da affrontare: le azioni incisive da fare riguardano in primo luogo il contenzioso medico legale. La ginecologia è al terzo posto per richiesta di risarcimenti, dopo oncologi e ortopedici. Ma a noi vengono richiesti milioni di euro di risarcimento e i prezzi delle polizze sono altissimi - ha detto il neo presidente nel suo primo discorso - Nel primo direttivo affronteremo questo problema e vedremo in quale direzione muoverci". Surico ha parlato anche del 'problema chirurgia': "Dobbiamo rilanciare la figura professionale del chirurgo, riappropriarci della nostra dignità professionale e dovremo anche recuperare anche il rapporto medico paziente che si è perso" ha detto. Per quanto riguarda la spending review, per il neo presidente "è difficile conciliare il risparmio con la qualità, ma bisogna necessariamente trovare una via di mezzo: come può il chirurgo essere all'avanguardia se non si rinnovano le tecnologie che dopo due anni sono già vecchie e vanno assolutamente rinnovate? Purtroppo in questo momento non si parla di tecnologie, e viviamo una grandissima difficoltà".

Infine, secondo Surico, altro aspetto da riprendere con urgenza è quello del Governo Clinico: "Errori ne abbiamo fatti anche noi, però i medici sono stati defenestrati dal Governo Clinico che è finito nelle mani della sola politica, la quale sceglie i direttori generali che scelgono i direttori di struttura complessa. Invece sono i colleghi esperti che devono scegliere il direttore della struttura complessa, senza conflitti tra universitari e ospedalieri".

## Rapporto CEIS. Spesa sanitaria ai minimi: in Italia il 24% in meno degli altri paesi UE

Nel 2011 la spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata) pro-capite in Italia è stata inferiore di circa il 23,9% rispetto ai Paesi appartenenti all'EU 15 (-22,2 quella pubblica e - 29,4 quella privata). Con un'incidenza complessiva sul PIL che è ormai infe-

riore al 9% (fonte OECD). Un quadro negativo che si ritrova anche nella spesa pubblica per protezione sociale e - soprattutto - per Istruzione che in Italia è inferiore rispetto all'Europa (EU12): rispettivamente, di - 6,44% e - 26,95%. Ma la nona edizione del Rapporto rimarca anche come nel 2011, per il secondo anno di seguito, la spesa sanitaria pubblica diminuisce: in termini nominali del -0,7% (contro il -0,8% dello scorso anno). E in questo senso la privata cala più della pubblica. Al palo i finanziamenti. La crescita è piuttosto modesta, e nel 2011 quello reale (depurato dell'inflazione) registra rispetto al 2010 addirittura una diminuzione. L'Italia sembra essere propensa a effettuare investimenti strutturali in sanità, ma a farlo è essenzialmente il settore privato (nel 2011 è a suo carico il 61,2% degli investimenti fissi in sanità): lo scenario che si prospetta è quello di strutture pubbliche obsolete, e un settore privato sempre più attraente.

## Rapporto OSMED. Spesa ospedaliera fuori controllo: + 101% rispetto al tetto

Non accenna a fermarsi la corsa della spesa farmaceutica ospedaliera, che ha sfiorato del 101%, il limite che gli viene permesso rispetto all'entità del Fondo sanitario nazionale.

Tale limite è fissato al 2,4% del Fsn per la spesa farmaceutica ospedaliera e al 13,1% del Fsn per la spesa farmaceutica territoriale (dal 2013 il tetto scenderà all'11,35% per la territoriale mentre salirà al 3,5% per l'ospedaliera). Da sottolineare che per la valutazione dello sfioramento, la spesa territoriale è calcolata come somma della spesa farmaceutica convenzionata, comprensiva di ogni compartecipazione a carico degli assistiti e della spesa per medicinali di classe A erogati in distribuzione diretta, inclusa la distribuzione per conto e la distribuzione in dimissione ospedaliera, al netto di ogni importo versato dalle aziende farmaceutiche in attuazione di procedimenti di legge.

Allo stesso modo la definizione "assistenza farmaceutica ospedaliera", ai fini del monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera ai sensi della L. 135/2012, include nel consumo di medicinali in ambito ospedaliero anche quello dei medicinali di fascia H e C dispensati all'assistito in distribuzione diretta e per conto.

Nel dettaglio, la spesa ospedaliera, toccando quota 5.170,6 milioni di euro, ha segnato rispetto allo scorso anno una crescita di oltre il 3,7%, con un disavanzo complessivo di 2.598,7 milioni di euro rispetto al livello di finanziamento programmato (+101% rispetto al tetto del 2,4%, appunto). Di contro, la spesa farmaceutica territoriale continua il suo andamento virtuoso, fermandosi a 13.070 milioni di euro, con un avanzo complessivo di 968,7 milioni di euro rispetto al livello di finanziamento programmato (-6,9% rispetto a 14.038 milioni di euro) e con una riduzione del 6,7% rispetto alla spesa del 2011.

## Caro farmaci: la Sardegna è maglia nera, spende più di ogni altra regione

La Sardegna spende troppo per i farmaci, infatti, è al primo posto nella classifica delle regioni più spendaccione. La fonte è l'Aifa (Agenzia italiana del farmaco), l'ente che controlla il settore, e i dati fanno riferimento al primo trimestre del 2013. A fine anno, la spesa territoriale (quella per i pazienti non ricoverati) sarà di 419 milioni di euro con un incremento del 3,7% rispetto al 2012. Quella nelle strutture pubbliche sarà di 167 milioni, con un aumento del 5,7%. Complessivamente, quindi, nell'isola saranno necessari ben 568 milioni di euro. Il tetto imposto dal ministero della Salute alla spesa farmaceutica su quella della sanità in generale è del 14,85%. In Sardegna la percentuale è del 19,50 per cento, oltre quattro punti in percentuale oltre la media nazionale che è del 15,40.

Si dice che la Sardegna abbia una popolazione anziana, ed è vero. Ma quella della Liguria lo è di più e nonostante ciò, quella regione è attestata al 14,80%, al di sotto della media imposta dal ministero. «Ma da noi non si paga il ticket», ha cercato di spiegare Giorgio Congiu, segretario regionale della Federfarma. Ma anche le Marche (16,10%), il Friuli Venezia Giulia (14,80%), la Valle d'Aosta (12,40%) e la Provincia regionale di Trento (11%) non lo fanno pagare. Eppure, sono ben al di sotto del tetto.

Il dottor Fabio Lombardo, direttore della farmacia dell'ospedale Binaghi di Cagliari, spiega: «Mentre la spesa farmaceutica territoriale nel 2012 è diminuita in tutta Italia del 10,3%, con punte anche del 17%, da noi si rileva una marginale riduzione del 4,6%, di

molto inferiore alla media, tanto da essere il peggior dato nazionale. Alcune regioni dimostrano che risparmiare è possibile.

Bisogna promuovere uno sforzo congiunto per un obiettivo comune capace di coinvolgere tutti gli attori del processo, immaginando un patto strategico tra istituzioni e mondo accademico: sostenibilità, spesa farmaceutica, appropriatezza prescrittiva, uso dei farmaci generici, sono temi scottanti.

Serve un patto, dunque, prima di tutto culturale, che dovrebbe estendersi agli utilizzatori del farmaco, i quali vanno coinvolti direttamente: il paziente dovrebbe essere responsabilizzato riguardo la spesa sanitaria e coinvolto nel processo assistenziale».

## Stamina: stop alla sperimentazione, le ragioni della bocciatura

Il Comitato scientifico ha ritenuto che non sussistono i necessari presupposti di scientificità e sicurezza. Un documento di oltre cento pagine, di cui 15 di conclusioni, approvato all'unanimità da tutti i componenti, compreso il rappresentante dei pazienti. La prima ragione del no al trattamento ideato da Davide Vannoni: non c'è differenziazione in senso neurale delle cellule.

Praticamente un colpo al cuore del metodo: Vannoni ha sempre ripetuto che la chiave del trattamento sta nella capacità delle cellule staminali mesenchimali (ovvero del midollo osseo) di differenziarsi verso la linea neurale, diventando così in grado di curare le malattie neurodegenerative più disparate, dall'atrofia muscolare spinale (Sma) alla leucodistrofia metacromatica, la patologia di cui soffre la piccola Sofia il cui caso era stato raccontato dalle lene scatenando il putiferio che ha portato sino a oggi. In secondo luogo, per la commissione ministeriale, non c'è definizione biologica delle cellule: non c'è uno studio sulla loro differenziazione, rendendo non riproducibile il trattamento (e la riproducibilità è il fondamento del metodo scientifico). Terzo: il trattamento è rischioso perché non prevede alcuna distinzione tra cellule prelevate dal malato e quelle da altro paziente, violando la norma che impone lo screening del donatore.

La quarta motivazione riguarda sempre la sicurezza: le infusioni ripetute di staminali comportano il rischio di complicanze, soprattutto in alcune pa-

tologie. Insomma: per gli esperti è impossibile affermare che è un metodo sicuro.

## Certificati per attività sportive: emendamento al Senato

Da quest'anno non è più obbligatorio il certificato medico per fare un corso di danza, di nuoto o educazione fisica a scuola, tanto meno serve un elettrocardiogramma (Ecg), come invece molti si sentono richiedere.

Ma, ad avere le idee confuse sono le famiglie, i medici e anche i proprietari di palestre. Un emendamento al decreto sulla pubblica amministrazione presentato dal senatore Amedeo Bianco, prevede linee guida per fare chiarezza.

Le novità in materia di certificazione sportiva erano state introdotte dal decreto Balduzzi e introducevano una distinzione fra tre tipi di certificazioni a seconda dell'attività svolta: amatoriale e ludico motoria, come andare in palestra; non agonistica, ad esempio un torneo di calcetto, e, infine, non agonistica ma ad alto impatto cardiovascolare, come gare podistiche superiori ai 20 km, svolte da non tesserati a federazioni e ad associazioni sportive. La norma, per tutte le attività, richiedeva un Ecg, ma ha avuto vita breve.

La conversione in legge del Decreto Fare, infatti, «per non gravare cittadini e Servizio Sanitario di ulteriori onerosi accertamenti», lo scorso 20 agosto ha soppresso l'obbligo di certificazione per attività ludico-motoria, mantenendolo per quella sportiva non agonistica.

Quanto all'Ecg, viene lasciato sempre alla discrezionalità del medico. Nonostante le precisazioni del ministero e le circolari delle Asl, molte le domande. «Le palestre continuano a richiedere il certificato anche se non necessario, qualcuno perché non lo sa, qualcuno per tutelarsi», spiega Giacomo Milillo, segretario della Fimmg (Federazione medici di medicina generale).

Stessa cosa fanno i medici. «Spesso l'Ecg viene richiesto solo a scopo cautelativo e si traduce in una spesa per le famiglie e in un aggravio di lavoro per gli ospedali. Un certificato rilasciato senza approfondimento diagnostico, infatti, potrebbe essere considerato, in sede legale, un'imprudenza. I medici «vivono nel timore della magistratura», conclude Milillo.

## Istruttoria Antitrust verso la Fnomceo per intesa restrittiva della concorrenza

L'applicazione delle norme del codice deontologico della Federazione Fnomceo limiterebbe il diritto dei singoli professionisti a farsi pubblicità: l'Antitrust ha avviato un'istruttoria dopo molte segnalazioni di singoli medici e odontoiatri, di reti di studi odontoiatrici e una denuncia di Groupon, dopo gli attacchi sulle cure low cost che nell'ultimo anno si sono susseguiti da parte degli Ordini professionali.

L'Antitrust ha avviato un'istruttoria per stabilire se le norme denunciate abbiano ingiustificatamente limitato il ricorso alla pubblicità, in violazione delle norme comunitarie in materia di intese restrittive della concorrenza.

Nel mirino delle denunce di medici e odontoiatri l'art. 56 del Codice deontologico (sulla pubblicità dell'informazione sanitaria, appunto) e un'applicazione fortemente restrittiva che ne deriverebbe della nozione di "decoro professionale".

Il Codice prevede infatti: a) l'assoluto divieto di pubblicità promozionale, utilizzato, secondo alcune denunce arrivate, per contestare l'utilizzo di specifici mezzi di diffusione o messaggi incentrati sulla particolare convenienza economica delle prestazioni; b) il divieto di pubblicità comparativa; c) limitazioni relative ai messaggi pubblicitari contenenti le tariffe; d) la verifica preventiva da parte degli Ordini della conformità alle norme deontologiche dei messaggi pubblicitari che intendono diffondere.

Secondo l'Antitrust gli ostacoli al ricorso alla pubblicità potrebbero avere «effetti restrittivi della concorrenza in quanto limiterebbero l'utilizzo, da parte dei singoli professionisti e di studi associati, di una importante leva concorrenziale». Il commento del presidente della Fnomceo, Amedeo Bianco: «Il Codice deontologico è l'insieme delle regole che ispirano la nostra condotta.

Tutela una pubblicità sana, trasparente, dignitosa e non magnificante.

Su questo dato acquisito costruiremo la replica che dovremo produrre all'Antitrust. Del resto, non ci sembra di aver travalicato o disatteso nessuna legge nazionale».

L'ultima parte del diario di una volontaria dello sportello Emergency di Sassari

## Appunti di viaggio Il Senegal e le sue emozioni

### Il cibo

La cucina senegalese è gradevole; speziata e piccante, si basa principalmente su piatti unici a base di cereali, arricchiti da verdure cotte e pezzi di pesce o di pollo. Scalzi e seduti a terra, ci si serve con le mani da un unico grande contenitore. L'educazione impone di consumare solo il cibo che si ha di fronte dentro al vassoio; sono i padroni di casa che scelgono per l'ospite i bocconi migliori e glieli pongono davanti.

La stragrande maggioranza della popolazione è islamica, quindi non consuma alcolici e carne di maiale, reperibili in commercio per la minoranza cristiana. Il pane è l'onnipresente "baguette" francese, che si mangia anche durante la colazione mattutina, accompagnata da caffè solubile o tè verde e burro di arachidi.

A pasto concluso, si lavano le mani versandovi sopra dell'acqua da un apposito contenitore. Ho mangiato frutta e dolci, la sera dopo cena. Mango e papaia non erano ancora maturi; c'erano banane, arance, piccole mele rosse, meloni, angurie, arachidi tostate e caramellate dalle donne della famiglia.

### I mercati e le botteghe

In Senegal manca una catena distributiva valida, quindi si consumano prodotti locali o provenienti da Stati vicini; questo spiega la presenza di una moltitudine di mercati, dove chi ha qualche prodotto da vendere, fossero anche pochi chili di frutta e verdura, lo espone e ci si siede accanto per ore, in paziente attesa. Pesci e carne, circondati da nugoli di mosche e offerti direttamente sulla strada, farebbero inorridire i nostri vigili sanitari; si tratta fortunatamente di prodotti freschissimi, destinati ad essere consumati in giornata. Ho visto mercati dappertutto: grandi e suggestivi a Dakar, Saint Louis e Touba, poverissimi e improvvisati lungo le strade che sfiorano i villaggi. In giorni stabiliti a rotazione e in occasione di feste religiose, nelle diverse località si tiene il mer-



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

cato "grande", dove convergono venditori da tutto il circondario, e c'è uno spazio espositivo anche per il bestiame. In ogni mercato, grande o piccolo che sia, occorre fare attenzione al traffico di carretti; trainati da asini e talvolta da cavalli, passano veloci, carichi di persone e cose. Guidare un carro in mezzo alla confusione non è facile e ci si aspetta che siano i pedoni a spostarsi agilmente dalla carreggiata. Al mercato di Kébémér ho trascorso molte ore e fatto buoni acquisti.

Le stoffe sono splendide, coloratissime, spesso *double face*; i sarti lavorano velocemente e in modo accurato; il calzolaio produce diversi modelli di sandali, uno più bello dell'altro. Il cambio è molto favorevole all'euro, così non mi sono posta problemi e lo spazio che era stato occupato nella valigia da regali per gli amici africani, è stato riempito da altrettanti doni per me stessa e per i miei cari in Italia. Le botteghe meritano un discorso a parte. Alcune gravitano attorno allo spazio del mercato, di cui sono

parte integrante, mentre altre sono collocate lungo la strada di maggior traffico. Hanno struttura stabile e dimensioni ridotte; spesso, davanti all'ingresso o, se c'è spazio sufficiente, all'interno, sono collocate panche e sedie, a disposizione di clienti e visitatori.

Molte botteghe sono coloratissime e affreschi sulle pareti esterne ne suggeriscono la funzione: il parrucchiere è indicato da grandi teste maschili e femminili accuratamente acconciate, l'idraulico ostenta disegni murari di tubature e rubinetti, e così via. Non ho visto supermercati; il negozio di alimentari e casalinghi più grande in cui sono entrata ha le dimensioni del nostro più piccolo omologo e la varietà della merce esposta è davvero ridotta. Suppongo che a Dakar le cose siano diverse, ma non ne ho fatto esperienza.

### La musica, la danza e i griots

Il popolo *Wolof* costituisce l'etnia più numerosa del Senegal ed ha uno strumento e una danza che si chiamano con lo stesso nome: *sabar*. Lo strumento presenta diverse varianti; si suona a percussione con entrambe le mani o con una mano e un bastone. La danza, molto erotica, viene eseguita ad un ritmo travolgente dai ballerini, che si esibiscono

uno per volta al centro dello spazio delimitato dal pubblico. La televisione mi ha permesso di assistere a qualche *sabar* e a un concerto melodico, dove vari artisti si alternavano al microfono, invitandosi l'un l'altro al canto. Mi ha colpito il comportamento del pubblico: gli spettatori più entusiasti si alzavano dal loro posto per consegnare denaro ai cantanti, che lo intascavano senza scomporsi continuando la loro esibizione. Gli amici mi hanno spiegato che questa è la prassi e che avviene la stessa cosa con i danzatori particolarmente bravi e che tutti, cantanti e ballerini professionisti, sono *griot* per nascita, proprio come accade per i *marabout*.

Può capitare che qualcuno segua la propria vocazione indipendentemente dal lignaggio d'appartenenza, ma si tratta di casi molto rari. Ad esempio, l'attuale ministro della cultura e del turismo, Yousou N'Dour, è un *griot* ed è stato un cantante di successo finché non ha scelto di abbandonare la musica per dedicarsi all'attività di governo.

### La preghiera

In realtà la colonna sonora che ha accompagnato il mio soggiorno senegalese non è stata il *sabar*, ma il canto del *muezzin*, che dall'alto del mi-



Mercato senegalese



nareto invitava alle cinque preghiere giornaliere. Il *Corano* è scritto in versi di grande musicalità, così mi sono presto abituata alla voce del *muezzin* anche per il richiamo dell'alba, che mi raggiungeva nel dormiveglia con una sensazione di pace.

I miei ospiti si dedicavano alla preghiera con naturalezza. Osservandoli, mi sono resa conto di quanto sia pervasiva, nell'Islam, la presenza di Allah, quotidianamente invocato dai singoli musulmani, onorato ogni venerdì dalla comunità riunita nella moschea. Prima di partire avevo letto una versione italiana del *Corano*; ora ne vedevo la concreta manifestazione e le domande nascevano spontanee. Non posso dire di aver raggiunto una conoscenza approfondita, tuttavia credo di aver colto alcuni aspetti, sui quali avrò modo di riflettere nel tempo che verrà.

## Il grande baobab di Touba

Poco distante dalla grande Moschea di Touba, il più grande monumento musulmano dell'Africa, dove il *Corano* viene letto ogni giorno ventotto volte, meta del pellegrinaggio di milioni di musulmani di tutto il mondo, c'è un baobab millenario, molto più grande di quello incontrato a Kébémér. La tradizione vuole che, dopo aver girato per tre volte attorno al suo tronco, si rivolga una richiesta agli spiriti degli antenati che vi risiedono e così ho fatto anch'io,

come migliaia di persone prima di me e chissà quante altre dopo.

## L'oceano

Mi piace finire questi miei appunti di viaggio, dedicando qualche parola a ciò che mi ha lasciato il ricordo più intenso, accanto all'affetto per gli amici ed i loro familiari.

Se ripenso alla mia permanenza africana, infatti, l'immagine che per prima affiora alla memoria è la spiaggia di Lompoul, una sconfinata distesa di sabbia davanti all'Atlantico. Non ci sono bagnanti, perché la risacca è pericolosa. L'immensa massa d'acqua grigio-verde, così placida in apparenza, a ridosso della terra ferma scava la sabbia in profondità e risucchia verso il largo ciò che riesce ad avvolgere nel suo abbraccio. A Lompoul vive e lavora una piccola comunità di pescatori. Ho trascorso molte ore al riparo di una tettoia, osservando le snelle barche di legno, decorate con scritte propiziatorie e colori sgargianti. Restavano a lungo parallele alla risacca, in attesa di un varco per infilarsi nell'acqua aperta o riguadagnare la riva.

Mentre sorseggiavo l'immane tè verde, vedevo passare, di tanto in tanto, qualche carretto o piccoli gruppi di donne con larghe ceste sulla testa. Salutavano da lontano e proseguivano nel loro viaggio. Nel bianco calore del sole, un'infinità di granchi

attraversava in continuazione la spiaggia; li guardavo uscire dalle loro tane, correre sbilenchi per pochi metri e subito tuffarsi in altri buchi, altre tane rimaste vuote.

Li osservavo e pensavo agli amici migranti, alla mia presenza in un Paese tanto lontano, alla condizione umana di perenne conflitto tra l'esplorazione di nuovi mondi e il bisogno di sicurezza. A Lompoul, davanti all'oceano, ho forse compreso l'aspetto di eterno presente del Tempo.



La spiaggia di Lompoul sull'Oceano Atlantico

Laura Perati  
Sassari, aprile 2013

## L'isola che c'è Nuchis

a cura di Antonio Pinna

Nel cuore dell'alta Gallura, a circa sei chilometri da Tempio, lungo la vecchia provinciale che si snoda verso Calangianus, immersi nel verde di noci e castagni, si scorgono i primi tetti rossi di Nuchis. Il paese ti accoglie con un insieme di piccole ma dignitose case dalla caratteristica architettura gallurese: conci di pietra a vista a tutta parete, poggioli e gronde sorretti da mensole granitiche, e fiori, tanti variopinti fiori su davanzali e balconi.

Dall' unica strada asfaltata centrale, la "Carrera longa", destinata al traffico locale e al transito della *carriera*, si dipartono pochi viottoli che portano, alcuni in alto, al pianoro delle chiese principali, mentre altri digradano verso la vallata di Luras.

Il toponimo forse deriva da *nughes* (noce), che ricorre spesso nei documenti settecenteschi, ma non si esclude un'origine più antica, riferibile a *vigiliae ad noctes*, per via della vigilanza notturna effettuata in quel luogo da parte di una centuria di legionari romani a protezione di due coorti accampate nella piana sottostante.

L'aria che si respira è quella della collina di media altitudine, il silenzio induce alla riflessione e i pochi abitanti che incontri ti sorridono e ti accolgono con cordialità.

Si impone un breve e salutare soggiorno: puoi scegliere tra "La casa di babbaì", letto e colazione in splendida dimora antica e "Il melograno", albergo tre stelle con ristorante tipico d'eccellenza.

Il primo nucleo del borgo affonda le sue radici nel periodo medievale, attorno al 1000. Appartenuta al vasto giudicato di Gallura e alla Curatoria del Gemini inferiore, con il nome di Villa Nughes, confinante con Villa Lauras (Luras) e Villa Calangianus (attuale Calangianus), disponeva di un territorio di pertinenza molto vasto: a essa erano annesse sei cussorgie e almeno quarantadue stazzi.

A seguito degli apparentamenti dei giudici con illustri famiglie pisane, il potere passa nelle mani della famiglia Visconti. Nel periodo della dominazione aragonese diviene feudo del cavaliere spagnolo Guglielmo di Podio, venuto in Sardegna al seguito del re. Dopo il matrimonio tra Isabella di Castiglia e Ferdinando II d'Aragona, con l'unificazione sotto unica corona dei regni di Castiglia, Aragona, Portogallo, Navarra, anche la Sardegna passa sotto la dominazione spagnola e il paese precipita in un oscuro dimenticatoio.

Solo sotto l'amministrazione Sabauda, con l'istituzione dei "consigli comunicativi", precursori degli attuali consigli comunali, il territorio di Nuchis acquista importanza ed estende i propri confini tanto da com-



Scorcio del paese di Nuchis



L'interno della chiesa dedicata ai Santi Cosma e Damiano, patroni dei medici e dei chirurghi

prendere anche la popolosa frazione di San Pantaleo, distante ben 52 chilometri.

Nel 1848, data storica che segna la caduta dei feudi, al primo censimento particolarmente documentato, si registrarono ben 800 anime contro le attuali 350. In considerazione del sensibile spopolamento, oggi non è più comune autonomo, ma frazione di Tempio.

L'ambiente salubre è particolarmente favorevole alle lunghe passeggiate, indirizzate sia alla visita dei cinque luoghi di culto, sia dei numerosi resti nuragici che ne costellano l'entroterra.

Così, percorrendo in salita la via di Santo Spirito, pregevolmente pavimentata a sampietrini, si arriva sino alla sommità di un'altura dove si erge, maestosa, l'omonima parrocchiale settecentesca, con le facciate rivestite di conci regolari di granito; l'interno, mononavata con tre cappelle laterali per lato, custodisce due preziosi crocifissi lignei del XVII secolo e "La pentecoste", prezioso dipinto di fine ottocento, eseguito dal pittore Giovanni Marghinotti; l'imponente torre campanaria, a canna quadrata, sopraelevata nel 1882, presenta attorno al pinnacolo una straordinaria ed elegante balaustra.

A pochi metri dalla parrocchiale e sullo stesso piazzale dai giardini ben curati, si trova la chiesa cinquecentesca dei santi Cosma e Damiano, raffigurati con una palma nella mano destra e alcuni strumenti chirurgici nella sinistra; patroni dei medici e dei chirurghi, dei farmacisti e degli ospedali, originari dell'Arabia, di genitori cristiani, forse gemelli, vissuti nel III secolo, studiarono medicina nella provincia romana di Siria.

Esercitarono l'arte medica sempre insieme e non percepirono mai compensi seguendo il precetto evangelico "*nihil accepistis, gratis date*", tanto da essere appellati santi anàrgiri (senza denaro).

Qui vengono festeggiati nell'ultima settimana di settembre, rinnovando sempre il rito sacramentale della unzione degli infermi.

La tradizione vuole che siano stati martirizzati per ben cinque volte sotto l'imperatore Diocleziano e abbiano superato anche la prova del fuoco. Ed è forse per loro intercessione che Pasquale Bulciolu, nativo di San Pasquale e vissuto a Nuchis fino al 1962, scoprì casualmente una medicina portentosa e diventò guaritore delle bruciate. Pare che, mentre procedeva all'abbruciamento delle stoppie nel suo podere, una lingua di fuoco gli abbia provocato forti ustioni a un braccio.

Lungo la via del ritorno, giunto nei pressi della chiesa dedicata ai martiri medici, strappò da terra alcuni ciuffi d'erba, istintivamente, per procurarsi refrigerio. Il dolore si attenuò e tziu Pasquale continuò la propria terapia utilizzando quella stessa essenza, che divenne poi una medicina miracolosa per sé e per tanti altri.

Convinto che la guarigione fosse derivata dall'intervento dei santi, in loro memoria e seguendone l'esempio, decise di curare gratuitamente tutti *li bruscgiati* che ne avessero avuto necessità, e così fu: le erbe diventarono decotte, il liquido spalmato con una piuma di oca sulle parti ustionate e l'arte tramandata ai figli tanto che per diverso tempo la figlia Catalina (Caterina) continuò a esercitare nel paese l'opera tramandata dal padre con ottimi, tangibili risultati.

Ritornando al centro del paese, ci rinfreschiamo alla fontana pubblica de *Li frailli* e visitiamo l'attigua piccola chiesa secentesca di Santa Croce, lambita da una gigantesca ortensia; proseguendo verso l'antica strada che porta a Luras, sulla sinistra possiamo ammirare la chiesetta del Purgatorio dal bel rosone

e piccolo campanile a vela, e, sullo sfondo, la Funtana d'ignò, con annesso lavatoio, del XVIII secolo, realizzati con rara perizia dai maestri scalpellini dell'epoca. Percorrere l'antico tratturo riserva delle sorprese; ora muri a secco alti e ben conservati, ora tratti di selciato basaltico con tracce del passaggio di antichi carri, e poi i profumi di un bosco ricco e incontaminato. Il pont'e Nughes, di legno e granito, steso sopra il rio San Paolo, segna il confine con il territorio di Luras, paese dagli olivastri millenari.

Il territorio di pertinenza è disseminato di reperti archeologici ben conservati che meritano particolare attenzione.

Una volta raggiunta la vecchia stazione ferroviaria, superati i binari destinati ormai solo al passaggio del trenino verde, dopo aver percorso una stradina ornata di siepi di "prunishedda", si arriva alla tomba dei giganti di Pascaredda, riferibile al bronzo medio del XIII sec. a.C..

Qui ti senti avvolto da un silenzio surreale e lo spettacolo che ti si offre suscita profonde suggestioni. In una cornice di sughere e lecci domina la scena una stele centrale alta più di due metri da cui si sviluppa una esedra regolare di lastroni di granito, dieci per lato, infissi verticalmente sul terreno: raro esempio di ancestrale genialità.

A duecento metri il Nuraghe Agnu, del tipo par-

ticolare "a corridoio", con pianta a ferro di cavallo, addossato in parte alla parete rocciosa. Nelle immediate vicinanze la fonte sacra de "Li Paladini", ancora attiva, dalla celletta interna chiusa a semicupola.

Un pieno di atmosfera nuragica e poi il ritorno verso Nuchis attraverso campi coltivati, ora a frutteti e vigne, ora a piantagioni di tabacco, impiantate per il particolare tipo di terreno e il clima favorevole; come primo incontro, ai margini della borgata, la piccola, seicentesca chiesa di San Salvatore.

La leggenda vuole che una statua di marmo del Salvatore sia stata rinvenuta sulla spiaggia di San Paolo nei pressi di Terranova (Olbia) da alcuni nuchesi e tempiesi.

Durante il viaggio verso la città di Tempio, i buoi aggiogati al carro di trasporto si impuntarono all'ingresso di Nuchis, quasi a circoscrivere il terreno su cui sarebbe dovuta sorgere una chiesa in suo onore; e così avvenne.

E anche per noi, turisti e viandanti, si impone una sosta ricostituente anche perchè i profumi accattivanti provenienti dalle cucine del nostro "curatore al ventre" ci invitano a indulgere: stasera tagliere di salumi e funghi porcini sott'olio, *puligioni di bruciata* al pomodoro e formaggio, e per finire *casgiatini* a volontà.



La fontana d'ignò

Racconto

## Il Legionario

In un giorno imprecisato del 1925 un ragazzo male in arnese sbarcò, da uno scassato mercantile, nel porto di Marsiglia. Non parlava una parola di francese, ma la sua richiesta di informazioni fu compresa all'istante dalle prime persone cui si rivolse. Gli furono indicati diversi camion che stazionavano sulla banchina. Non erano camion qualsiasi: erano camion della Legione Straniera che, quotidianamente, raccoglievano disperati provenienti da mezzo mondo per accompagnarli, per il momento senza alcuna costrizione, nei vari punti di arruolamento. I camion portarono i circa 50 volontari di quel giorno nel campo di Aubagne, a circa 15 chilometri da Marsiglia. Tra gli aspiranti legionari c'era anche quello che, per il momento, chiameremo "il ragazzo" e che abbiamo incontrato all'inizio.

Ma l'arruolamento nella Legione non era così facile né così immediato come si credeva. Inizialmente si procedeva a un colloquio preliminare con tre sottufficiali, ai quali interessava soltanto capire, "in maniera assolutamente certa e inequivocabile", la volontà del candidato di diventare un Legionario. Il ragazzo e i suoi colleghi di avventura, in una babele di lingue diverse, riuscirono in ogni caso a farsi capire.

Furono condotti tutti in un camerone, dove vennero fatti spogliare. Gli vennero tolti gli abiti, i documenti e ogni altro oggetto o bene personale. Quindi vennero infilati sotto docce gelate dove vennero invitati, e lasciati, a lavarsi a lungo. Dopo di che vennero rapati e spidocchiati. Infine venne loro consegnato un pezzo di sapone, un rasoio, due paia di calze, un paio di pantaloni, una informe casacca e un paio di scarpe con il numero scelto a occhio. Venne fatto consumare un frugale pasto consistente in due scatole di sardine, una baguette e una piccola bottiglia di vino. A nessuno venne chiesto il nome, la data di nascita o la nazionalità.

di Graziano Demurtas



Il giorno successivo venne loro spiegato, in sei lingue diverse, che avrebbero iniziato un corso di addestramento e selezione della durata di sei mesi, al termine del quale, (ma anche durante), avrebbero saputo se la Legione li avrebbe accolti o meno. Inoltre dal momento del loro eventuale arruolamento avrebbero dovuto sempre e comunque parlare francese. I loro sergenti istruttori si dichiararono certi che avrebbero imparato la lingua. C'era qualcosa di sinistro in

quelle certezze.

L'addestramento nella Legione Straniera è stato sempre giudicato il più terribile dell'intera storia militare. Lo spirito ne è sconvolto, la fatica diventa una manifestazione di coraggio quasi irreali, la disciplina ferrea e assoluta è il fondamento su cui si basa tutto. Accetta questo regime o la tua vita sarà un inferno; accettalo o vattene; marcia o muori...

Circa il 50% non ce la fa.

Il ragazzo ce la fece.

Al termine del periodo di addestramento venne convocato da un sergente che gli rivolse alcune domande generiche, ottenendo risposte in un discreto francese, cosa che lo stupì favorevolmente. Il sergente gettò un'occhiata distratta alla scheda del giovane, ancora senza nome ma recante, sul frontespizio, soltanto il numero che gli era stato assegnato e con il quale, sino a quel momento, veniva chiamato e conosciuto. Poi guardò il punteggio ottenuto e trasecolò.

Era un punteggio altissimo.

Il sergente ci pensò su qualche minuto. Quel punteggio era il più alto che avesse mai visto nella sua vita!

Osservò il ragazzo con nuovo interesse. Gli parve una persona del tutto normale. Pensò che fosse greco, o forse spagnolo. Gli fece per l'ennesima volta la domanda - obbligatoria - sulla sua volontà o meno di diventare un legionario. Il ragazzo rispose

affermativamente. A quel punto il sottufficiale gli chiese non "il nome" ma "un nome".

Il ragazzo sorrise lievemente e si strinse nelle spalle.

Il sergente, chissà perché, pensò in quel momento a un pugile suo amico che, qualche giorno prima, in un ring di periferia, era andato giù alla seconda ripresa per fargli vincere un discreto gruzzolo. Quel pugile si chiamava Christian Delacroix, e quel nome il sergente scrisse sulla scheda. Poi scrisse qualche altra cosa di nessuna importanza. Infine prese un timbro e lo appose su quel documento. In quel preciso istante tutto il passato del ragazzo venne annientato.

Spazzato via.

Per sempre.

Adesso era soltanto un legionario e niente di più.

La Legione era la sua casa.

La Legione era la sua Patria.

La Legione era la sua bandiera e il suo orgoglio.

La Legione era la sua famiglia. Lui ne faceva parte e non faceva parte di nient'altro al mondo.

Per sempre!

Il sergente congedò il ragazzo e osservò ridacchiando il nome che aveva scritto: Christian Delacroix. Non avrebbe mai immaginato che quel nome sarebbe diventato una leggenda!

Da secoli il Marocco era abitato da Berberi, che, nell'estate del 1920, dopo la fine della prima guerra mondiale, avevano dato vita a un grande movimento di ribellione contro la dominazione francese, sotto la guida dell'emiro Abd-el-Krim. Il legionario Christian Delacroix venne inviato in quei deserti insanguinati, dove combatté distinguendosi in ogni circostanza per il suo coraggio. Arrivò rapidamente al grado di sergente. Fu decorato

numerose volte per atti di eroismo, ma anche per le sue straordinarie doti di comando in battaglia.

Da sempre gli ufficiali per la Legione venivano forniti dalle Accademie Militari Francesi, ma le eccezionali attitudini per il comando del sergente Delacroix non passarono inosservate agli Alti Comandi Francesi. Il sottufficiale Delacroix venne richiamato in Patria dove – caso rarissimo – gli venne assegnato un corso di due anni presso l'Accademia Militare di Castelnaudary, dalla quale uscì con il massimo dei voti e con il grado di tenente. Ritornò in Marocco dove guidò l'attacco all'ultima fortezza berbera di Abd-el-Krim. Mille legionari sconfissero e misero in fuga diecimila berberi, ponendo fine alla rivolta. Delacroix venne ferito gravemente, ma guarì e ritornò dai suoi uomini. Venne inviato in Algeria dove prese parte alle più sanguinose battaglie, raccogliendo ferite e decorazioni a piene mani.

Venne promosso capitano e nel 1940, allo scoppio della II guerra mondiale, al comando di duemila legionari, venne inviato in Norvegia dove, insieme agli inglesi e agli americani, combatté a Narvik, a Bjrvik e su molti altri fronti. Ebbe cinque attestati al valore e riportò due ferite non gravi. Ma Delacroix, oltre a combattere, si guardava anche intorno, cercando di imparare dagli amici ma anche dai nemici. E si convinse che il paracadute sarebbe stata un'arma vincente anche per la Legione. Elaborò le sue teorie



Kepi, mostrine e altri simboli della Legione Straniera

per tutta la durata della guerra e alla fine, con un mazzetto di medaglie in più, era pronto. Ormai era famoso, e il suo parere era ascoltato da tutti. Interpellò e convinse tutte le gerarchie militari, contattò ministri, lo stesso De Gaulle si interessò al suo progetto.

Venne promosso Maggiore e gli venne assegnato il compito di creare la prima formazione di paracadutisti della Legione. Nel giro di un anno aveva fra le mani i migliori soldati: la leggendaria 1° B.E.P. (Brigade Etranger Parachutistes), alla quale successivamente seguirono altre brigate. La 1° B.E.P. combatté con strepitosi atti di valore in Indocina e in Algeria. Christian Delacroix ebbe altre ferite e altre medaglie. Venne promosso colonnello.

Nel 1953 gli fu riconosciuto il massimo degli onori. Il 14 luglio, data della presa della Bastiglia, la 1° B.E.P. sfilò lungo gli Champs Elisée, al passo dei re, impeccabile e in perfetta tenuta da parata, con alla testa il leggendario colonnello Christian Delacroix.

Fu un evento di risonanza mondiale: migliaia di fotografi immortalarono l'eroe di mille battaglie. Migliaia di giornali, in tutto il mondo, pubblicarono le sue fotografie.

Tra gli altri, anche uno sconosciuto (al resto del mondo) giornale della Sardegna - L'Unione Sarda pubblicò la foto dell'eroe. Dopo molti giorni un foglio di quel giornale capitò per caso in una piccola misera casa di un piccolo misero paesino sperduto tra i monti dell'isola.

Involgeva poche uova che un vecchio aveva acquistato per la cena. Mentre svolgeva con delicatezza il pacco per evitare di rompere le preziose uova, lo sguardo del vecchio cadde casualmente su una fotografia pubblicata su quel foglio. Il vecchio guardò meglio e sentì il cuore che gli si fermava. In quella fotografia gli sembrò di riconoscere le sembianze

del figlio, scomparso da casa circa trent'anni prima. Chiamò la moglie e le mostrò la foto. La donna scoppiò in lacrime: anch'essa credeva che si trattasse del figlio. Il giorno dopo ne parlarono con i vicini, i quali, a loro volta, ne parlarono con altre persone e così via...

Fu il sassolino che dà inizio alla valanga. In breve tutto il paese fu al corrente del fatto e la voce si sparse di paese in paese. E giunse alla orecchie di un cronista del giornale che aveva pubblicato la notizia e la foto. Non era un grande cronista: girava per i paesi dell'isola raccogliendo notizie di furti di bestiame o di zuffe tra ubriachi, ma sperando sempre di incappare in un bell'omicidio o in un bel sequestro di persona. Ma non aveva mai avuto fortuna. Il cronista trovò interessante la storia che aveva sentito raccontare. Si recò a casa dei vecchi e chiese loro che gli raccontassero la storia del figlio. E il vecchio raccontò:

"Bravo ragazzo...grande lavoratore...mesi sui monti dietro alle capre.....poi la scomparsa...."

Il cronista, deluso, aveva capito tutto.

"La solita storia...il solito morto ammazzato per le solite storie.....almeno fosse stata una cosa recente.... Questi poveri vecchi visionari...."

Non sapendo più cosa chiedere, tanto per parlare, buttò: "Mancò qualcosa da casa quando vostro figlio sparì?"

"No - rispose il vecchio - non mancò nulla, tranne una cosa: un coltello. Un bellissimo coltello a serramanico, una "resolza", dono di un compare che faceva il fabbro e il coltellinaio a Pattada."

Al cronista questa storia del coltello piacque. E così ci fece su un pezzo, parlando del ragazzo e del suo coltello, del ragazzo forse approdato alla Legione con in tasca soltanto una "resolza", simbolo della sua terra, ed altre amenità del genere. L'articolo era una boiata, ma dopo qualche giorno, causa una



La legione in parata

grande disponibilità di spazio, venne pubblicato.

E divenne una bomba.

Per una qualche ragione incomprensibile questa storia del pastorello sardo, forse divenuto un eroe della Legione, piacque alla grande stampa nazionale. Pressoché tutti i giornali italiani si interessarono del caso. Il piccolo paese tra le montagne divenne meta dei più famosi cronisti. Tutti ricavarono articoli commoventissimi, mettendo in rilievo il dolore mai sopito dei due vecchi, ma soprattutto il loro grande desiderio di incontrare "l'uomo della fotografia", di incontrare il loro figlio prima di morire.

Fu un tam tam senza uguali, ripreso anche dai giornali stranieri. E anche da molti giornali francesi.

In quei giorni fra la Francia e l'Italia non correva buon sangue, anzi i rapporti erano del tutto pessimi. La causa stava nel fatto che durante la Conferenza Permanente di Parigi, dove si continuavano a ridisegnare i confini post bellici degli Stati, qualche mese prima il generale De Gaulle era sbottato ritenendo "inaudito e inammissibile che una nazione sconfitta pretendesse di sedere al tavolo dei vincitori." (STORICO)

Aveva ragione. Ma l'Italia la prese malissimo. Per farla breve i rapporti diplomatici divennero gelidi, ma soprattutto si interruppero quasi completamente anche gli scambi commerciali tra i due paesi con grandissimi danni per entrambi.

L'Italia insisteva: voleva le scuse.

La Francia resisteva: non aveva alcuna intenzione di farle.

Mancò poco (si fa per dire) che i due paesi si dichiarassero guerra, ma si rischiò comunque uno stallo che sarebbe potuto essere economicamente disastroso. E così la Francia colse al volo l'occasione per salvare la faccia. Il ministro degli esteri francese comunicò al suo collega italiano che la Francia, commossa dalla storia dei due anziani genitori della Sardegna, invitava gli stessi a Parigi dove avrebbero incontrato il colonnello Christian Delacroix.

Delacroix protestò vibratamente, potremmo dire furiosamente. Niente e nessuno poteva rivangare il suo passato. Era la regola assoluta, mai violata, della Legione.

Ma davanti alla Ragione di Stato non c'è legge o norma che tenga. Il governo gli ordinò di incontrare gli ospiti. Il colonnello fu costretto a ubbidire.

Il governo italiano fece finta di gradire moltissimo la gentile offerta dei francesi. Fu organizzata, per la verità in maniera ineccepibile, la trasferta dei

due anziani coniugi a Parigi. Tralasciando i particolari, veniamo al momento dell'incontro.

I due vecchi vennero introdotti in un salone sfarzosamente arredato, tanto per ricordare la "grandeur" francese. In fondo, dietro un grande tavolo, sedeva il colonnello Delacroix, impeccabile nella sua divisa, la giacca letteralmente coperta di decorazioni. Erano presenti nutrite rappresentanze delle diplomazie dei due paesi e una ancor più nutrita rappresentanza di giornalisti di tutta Europa. Erano presenti anche due interpreti: uno franco - italiano e un secondo italiano - sardo, nella fondata ipotesi che i due vecchi, oltre a non capire il francese, non capissero e non sapessero parlare nemmeno la loro lingua madre. I due interpreti si integrarono perfettamente e non ci furono problemi. Il colonnello Delacroix osservò benevolmente i due vecchi. Li invitò ad avvicinarsi e ad osservarlo bene. Per circa un'ora i due vecchi guardarono Delacroix, gli girarono intorno. Si consultarono numerosissime volte tra loro. Tramite gli interpreti gli fecero anche numerosissime domande, alle quali il colonnello rispose sempre in perfetto francese. Alla fine i due vecchi si presero per mano e si fecero coraggio.

Si rivolsero agli interpreti.

"No. Non riconoscevano nel colonnello Delacroix il proprio figlio. Si erano sbagliati."

Alla domanda se fossero sicuri risposero di sì, che erano sicuri. Avviliti e spaventati chiesero scusa a tutti i presenti, molti dei quali si commossero.

Il comportamento del governo italiano, nei riguardi dei due vecchi fu impeccabile. Un aereo militare li portò all'aeroporto di Cagliari dove erano ad attenderli numerose auto dei carabinieri. Li portarono e scortarono sino alla porta della loro abitazione, insieme a numerosi giornalisti e rappresentanti diplomatici. Vennero accompagnati addirittura sin dentro casa, dove due carabinieri si premurarono di accendere anche il camino. Da un furgone vennero scaricati numerosi doni del Governo Italiano: quasi tutti articoli commestibili e di prima necessità. Un quintale di spaghetti e due mortadelle (ma c'era molto, molto di più) furono il prezzo che l'Italia pagò ai due vecchi che avevano, senza saperlo, evitato una crisi internazionale che sarebbe costata centinaia di miliardi di lire e centinaia di miliardi di franchi.

Alla fine tutti se ne andarono.

Restò soltanto il piccolo cronista che aveva sollevato il caso. Girellò ancora un po' per il paese, riflettendo con amarezza su come, nel giro di pochi





Il generale vietnamita Giap

giorni, fosse passato dagli altari alla polvere. Poi si avviò di buon passo verso una lontanissima stazioncina ferroviaria dove, con molta fortuna, forse sarebbe riuscito a prendere un treno che l'indomani lo avrebbe portato a Cagliari.

La faccenda si chiuse lì.

Nessuno ne parlò mai più.

Il Governo Italiano ringraziò i cugini francesi per la gentilezza.

Il Governo Francese ringraziò i cugini italiani per i ringraziamenti.

Il Governo Italiano ringraziò i cugini francesi per i ringraziamenti per i ringraziamenti.

I rapporti fra i due paesi si normalizzarono.

La Francia salvò la faccia e non chiese scusa.

L'Italia lasciò perdere e fece finta di averla ricevuta.

Ma la Francia aveva ben altre grane alle quali pensare. Il vasto impero coloniale francese in Indocina si era ormai praticamente dissolto sotto gli attacchi degli eserciti Vietminh, il cui capo politico era un certo Nguyen Ai Quoc, conosciuto in seguito come Ho Chi Minh, e il capo militare uno sconosciuto generale, certo Giap, che in seguito gli osservatori militari avrebbero dichiarato essere uno dei più grandi strateghi mai esistiti. Ma questo, allora i Francesi, e gli Americani in seguito, ancora non lo sapevano.

La residua resistenza francese si era concentrata in una località che sino ad allora nessuno aveva mai sentito nominare, ma che in seguito sarebbe diventata tristemente famosa.

Si chiamava DIEN BIEN PHU.

Era una lunga valle ai confini con il Laos, sul cui fondo si trovava un aeroporto. La difesa faceva fondamento su otto postazioni ben fortificate e pesantemente armate. Avevano tutte un nome di donna: Beatrice, Gabrielle, Dominique, Isabelle, Eliane I, Eliane II, Huguette e Claudine. Dien Bien Phu era difesa soltanto da soldati della Legione.

Per prima cosa le artiglierie viet martellarono per mesi l'aeroporto, distruggendolo e chiudendo i rifornimenti. Portare aiuti attraverso la giungla si era già rivelato impossibile. I soccorsi ormai potevano giungere soltanto dal cielo. Per

qualche mese i francesi continuarono a paracadutare uomini e rifornimenti su Dien Bien Phu.

Una notte del gennaio 1954 anche il colonnello Christian Delacroix si lanciò insieme alla sua prima brigata di paracadutisti. Gli aerei erano della Legione: incuranti del fuoco nemico volarono bassi e lanciarono bassi, da circa 300 metri. Tutti gli uomini finirono sul bersaglio.

La seconda ondata era formata da aerei dell'Aviazione Militare Regolare. Avrebbero dovuto lanciare i rifornimenti. Ebbero paura del fuoco contraereo: passarono alti e lanciarono alti. Tutti i rifornimenti finirono nella giungla. Quello fu l'ultimo aiuto che la Francia inviò a Dien Bien Phu.

Con perenne ignominia nei secoli la Francia abbandonò Dien Bien Phu e i suoi difensori al loro destino. (STORICO)

Delacroix aveva portato con sé 559 uomini della sua Brigata. Assunse il comando e la difesa della postazione fortificata Isabelle. Impiegò tutta la sua abilità e la sua esperienza per migliorare le fortificazioni e nel rastrellare acqua, cibo, armi e tutte le munizioni possibili, inviando anche i suoi uomini a cercare nella giungla almeno una parte dei rifornimenti andati perduti. Le pattuglie inviate ottennero discreti risultati, ma le perdite negli scontri a fuoco con i guerriglieri viet furono pesanti.

Ma la dedizione dei soldati verso Delacroix era assoluta e totale. Per lui non avrebbero conosciuto pace, non avrebbero conosciuto tregua, non avrebbero conosciuto resa. Per lui avrebbero combattuto fino alla morte.

Dopo alcuni giorni si scatenò l'attacco finale.



I soldati francesi vengono paracadutati a Dien Bien Phu

Una dopo l'altra caddero tutte le postazioni.

Tutte tranne Isabelle!

Isabelle resistette.

Per giorni, per settimane, ondate su ondate di viet-minh si abbattono su Isabelle. Ma furono sempre respinte. Durante uno degli ultimi contatti radio l'Alto Comando Francese ordinò la resa al colonnello Delacroix. Per la prima volta nella sua vita il colonnello rifiutò di obbedire a un ordine.

Delacroix rifiutò di arrendersi.

La 1<sup>a</sup> B.E.P. rifiutò di arrendersi.

Isabelle rifiutò di arrendersi.

In quelle notti risuonò spesso, tra le trincee, il canto proibito della Legione "...camerata vai a morire, al posto di un francese, che non è voluto andare...".

Gli attacchi viet si moltiplicarono per numero ed intensità.

Ma incredibilmente Isabelle resisteva.

Contro ogni ordine resisteva.

Contro ogni pronostico resisteva.

Gli osservatori internazionali cominciarono a premere sul Governo Francese perché facesse qualcosa. La popolazione scese in piazza pretendendo aiuti. Perfino il Partito Comunista Francese, che fiumi di ostilità aveva riversato contro la campagna di Indocina e contro la Legione, chiese al Governo di intervenire. (STORICO). Ma ormai era troppo tardi.



La resa francese: prigionieri



La pattadese

Quattrocento cannoni e più di mille mortai aprirono il fuoco contro Isabelle. Per 48 ore, ininterrottamente, una valanga di bombe distrusse ogni difesa, massacrando uomini e disintegrando anche i sassi. Immediatamente dopo il cessate il fuoco 3000 uomini uscirono dalla giungla e si avventarono su Isabelle.

Ebbero vita facile. La stragrande maggioranza degli uomini era morta. Soltanto pochissimi erano ancora vivi, ma tutti più o meno gravemente feriti. Furono finiti a colpi di baionetta. Soltanto pochi fortunati morirono con una pallottola in testa.

Dei 760 difensori di Isabelle non sopravvisse nessuno.

Il giorno successivo altri 1000 uomini scesero su Isabelle. Erano le terze linee viet, soldati non ancora addestrati. Il loro compito era di rastrellare meticolosamente il campo e raccogliere tutto quello che potesse essere utile. Tra di loro c'era un soldatino dal nome impronunciabile. Era stato arruolato coattamente, pena la sua morte e quella dei suoi familiari, ma da quel giorno aveva avuto un solo pensiero: fuggire.

Ma la sorveglianza era implacabile e la diserzione si pagava con la morte immediata. Il soldatino svolgeva diligentemente i suoi compiti, ma teneva occhi e orecchie sempre ben aperti. E così aveva ascoltato tanti discorsi dei suoi camerati: sussurravano, quando pensavano di non essere uditi, che molti

ufficiali, dietro adeguata ricompensa, chiudevano un occhio sulle diserzioni.

Addirittura segnavano il nome del disertore tra i morti in battaglia, chiudendo per sempre il discorso.

Per comprarsi la libertà e la vita il soldatino aveva cominciato a racimolare qualcosa, soprattutto derubando i cadaveri, senza fare grande distinzione fra amici e nemici.

Mentre si aggirava per Isabelle notò un corpo al quale mancavano le gambe. Sulla giacca coperta di fango e sangue vide degli strani colori.

Ripulì un poco con la baionetta.

Quei colori che aveva intravisto erano decorazioni e mostrine. Ne aveva visto qualcuna sulle giacche dei suoi ufficiali, ma mai in quantità così grande. Associò il tutto con il pensiero che forse nelle tasche di quella giacca si potesse trovare qualcosa di valore.

Fu fortunato.

In una tasca trovò un mazzetto di franchi ed anche delle strane banconote che in seguito avrebbe scoperto si chiamavano dollari.

Frugando in un'ultima tasca trovò uno strano coltello a serramanico.

Se avesse mai visto un albero di ulivo avrebbe detto che la lama assomigliava alla foglia di quella pianta. Era una lama affilatissima: la provò sul pollice procurandosi un piccolo taglio.

Anche il manico aveva una forma snella che non aveva mai visto, ma che si adattava bene alla sua mano.

Quel coltello gli piacque.

Se lo mise in tasca e se lo portò via.

## GRAZIANO DEMURTAS

*Graziano Demurtas è specialista in urologia. Ha lavorato per circa cinque anni presso il pronto soccorso dell'Ospedale S.S. Annunziata di Sassari esercitando nel contempo la medicina di base. Trasferito a tempo pieno presso la divisione di Urologia vi ha trascorso tutta la sua restante carriera professionale e raggiunto le funzioni di aiuto.*

*Per circa quindici anni è stato Segretario Provinciale e Consigliere Nazionale della C.I.M.O.*

Il talento di the boss e l'American Dream

# Bruce Springsteen, Born in the U.S.A. menestrello/rocker che canta l'umanità

Dal 1965 al 1984 sono passati quasi vent'anni. Perché fare un calcolo del genere? Semplice: nel 1965 esce "Highway 61 revisited" di Bob Dylan, introdotto dalla monumentale "Like a Rolling Stone", mentre nel 1984 viene pubblicato "Born in the U.S.A." di Bruce Springsteen, con l'omonima canzone ad aprire le danze. Cosa hanno in comune queste due canzoni in particolare? L'inizio. Un colpo secco, picchiato con vigore sul rullante della batteria, potente come il rintocco di una campana, un suono che richiama l'attenzione in maniera violenta e immediata, che ci permette di fare una similitudine fra il menestrello e il rocker, due modi forse molto diversi di cantare l'umanità partendo dall'America, ma con un obiettivo comune: raccontare storie, sentimenti, disillusioni, e tradimenti. Vorrei soffermarmi in particolare sul disco di Bruce Springsteen, chiamato confidenzialmente "The Boss".

Bruce Springsteen è un ragazzo proveniente da una famiglia di condizioni economiche assai modeste: si è fatto da solo, ha portato il suo talento, il suo entusiasmo e la sua musica sui palchi di tutta l'America prima, e di tutto il mondo poi, senza mai risparmiarsi. I suoi concerti sono sempre stati qualcosa di simile a una celebrazione religiosa, dove il sacerdote Springsteen scatena la sua furia anche per più di quattro ore, coadiuvato dai suoi fidi chierichetti, la E-Street Band. La realizzazione perfetta del cosiddetto Ameri-

di Francesco Bustio  
Dettori



can Dream tanto caro agli statunitensi. Agli anni '80 Bruce arriva forte di numerose esperienze e chi in lui vedeva un folksinger come il primo Dylan rimase deluso: anche lui come come Bob non voleva semplicemente essere un tizio con chitarra acustica e armonica, voleva essere molto di più e sentirsi libero nel suo processo creativo. Così dopo gli iniziali tentennamenti arrivò il successo di "Born To Run", epocale e pieno di canzoni seminali, per poi continuare in un crescendo di vendite e

qualità. Le composizioni, da semplici immagini musicate di personaggi comuni, abitanti abituali delle lunghe highway americane, definiti veri eroi a stelle e strisce perché riescono a uscire dagli schemi imposti da una società in realtà molto schematica e chiusa, diventano quadri più complessi e ricercati, anche grazie alla maggiore consapevolezza, anche politica, acquisita dall'autore durante gli anni. Seguono album celeberrimi come "Darkness at the edge of town" e "The River", l'intimista e acustico "Nebraska" apprezzato dai critici ma meno dal pubblico, privato improvvisamente di

inni da cantare a squarcigola. "Born in the U.S.A." è immediatamente successivo a questa fase riflessiva, definita dal produttore e amico fraterno del Boss John Landau (che nel 1974, in veste di giornalista profetizzò: "Ho visto il futuro del rock'n'roll e il suo nome è Bruce Springsteen") come un vero e proprio periodo di depressione. Probabilmente è da



La celebre copertina di "Born in the U.S.A"



Bruce Springsteen e la E-Street Band: qualche capello in più, molti anni di meno

qui bisogna partire per descrivere il più grande successo ottenuto dall'artista a stelle e strisce: una risposta eclatante a un periodo buio, come che le canzoni sussurrate in una camera di un motel sperduto in qualche landa desolata, decorato con neon intermittenti e ronzanti, si fossero trasformate in una voce tonante capace di riempire uno stadio intero senza bisogno di un microfono. Come già detto in precedenza l'incipit del disco è proprio "Born in the U.S.A.", scambiata da molti, perfino da Ronald Reagan, che voleva usarla per la sua campagna elettorale, come una canzone patriottica. In realtà è una violenta critica alla guerra in Vietnam e descrive le condizioni miserevoli di un reduce. Per la cronaca Springsteen, di opinioni liberali poco vicine alle visioni repubblicane di Reagan, rifiutò la partnership; in futuro appoggerà ufficialmente alcune candidature democratiche assieme ad altri artisti (a partire dal celebre "Vote for change tour", intrapreso nel 2004 assieme ad artisti del calibro di R.E.M., Pearl Jam, Dave Mathews Band, a favore dell'allora candidato democratico John Kerry).

La canzone ha un ritmo incalzante, il riff dell'organo di Danny Federici (spentosi nel 2008) è inesorabile, la E-Street Band pompa suono

con una ferocia inaudita. Non c'è scampo, non ci sono prigionieri, ormai si è dentro qualcosa di abnorme. E' come l'inizio di un solco profondo, che si continua con la disperata richiesta di amore e protezione di Cover me e con i cori di Darlington County, tipica storia springsteeniana di ricerca di un qualcosa che probabilmente non arriverà mai. Una storia d'amore finita dietro le sbarre di una prigione sta alla base della quasi insensata allegria della sostenuta Working on a Highway. Il

ritmo non rallenta, dal disco trasudano forza, passione, dedizione totale verso la musica e verso gli ascoltatori.

Quando la tensione si allenta produce capolavori come la piovosa Downbound Train, che raffigura con violenza la disperazione di un ragazzo che perde il lavoro e l'amore, e la successiva I'm on fire, una dichiarazione d'amore che partendo da toni espliciti e diretti raggiunge vette di struggente delicatezza. No surrender risuona come una promessa sacra, ma non confidenziale, anzi, potente e roboante, sorretta da un uragano chitarristico messo in atto da Springsteen e Steve Van Zandt. "We learned more from a three-minute record than we ever learned in school" ("abbiamo imparato di più da un brano di tre minuti



Bruce Springsteen e la E-Street band durante uno degli ultimi tour



Un momento di uno dei tanti concerti di Bruce Springsteen con la E-Street Band

che da quello che abbiamo imparato a scuola") è il passo che viene citato a memoria dai fan, assieme alle parole del ritornello: "We made a promise we swore we'd always remember. No retreat, baby, no surrender. Like soldiers in the winter's night, with a vow to defend. No retreat, baby, no surrender" ("Abbiamo fatto una promessa, abbiamo giurato che l'avremmo ricordata. Nessuna ritirata, piccola, nessuna resa.

Come soldati in una notte d'inverno con un giuramento da rispettare. Nessuna ritirata, piccola, nessuna resa."). Il commovente saluto di Bobby Jean è il naturale prosieguo del disco, il sax di Clarence Clemons lacrima la sua linea melodica, che diventerà un classico del Big Man, fraterno sodale di Springsteen, purtroppo recentemente scomparso. Poche canzoni hanno la capacità di descrivere il lento degrado di una relazione affettiva come *I'm going down*, l'amarrezza del testo è mascherata abilmente da una certa allegria evocata dal giro armonico, il pezzo centrale del brano è una piccola e geniale gemma dove un'atmosfera carica di attesa riesplode con fragore.

Lo stesso fragore che accompagna tutta *Glory Days*, dove un febbrile riff accompagna le riflessioni sul passare del tempo. La sezione ritmica composta

dalla batteria di Max Weinberg e dal basso di Gary Tallent emerge in tutta la sua meraviglia nel capolavoro *Dancing in the dark*, con il solenne suono del sintetizzatore del professor Roy Bittan (che presterà le sue preziose dita ai Dire Straits di Mark Knopfler nel celeberrimo *Making Movies*) che va a marchiare una delle canzoni d'amore per eccellenza. *My hometown* è il commovente capitolo finale dell'opera, drammaticamente attuale nel suo spietato ritratto di una crisi economica che travolge i più deboli, una semplice ballata acustica che chiude in maniera soft un disco dai toni spesso ruggenti ed esaltanti. Non occorre aggiungere molto altro per descrivere un vero e proprio classico: una pietra miliare della storia del rock, basato su una apparente semplicità, mascherata da arrangiamenti intelligenti, a tratti maestosi. Numerosi i singoli di successo estratti dal disco, ma solo l'ascolto dell'intero LP può far capire la forza e l'impatto che ha avuto sull'intera storia della musica, e in alcuni casi addirittura sulla stessa società statunitense. Forse il miglior tributo all'artista americano lo ha reso l'attuale presidente degli Stati Uniti quando ha puntualizzato dopo la sua elezione: "Ho scelto di fare il presidente - ha affermato Barack Obama - solo perché non potevo essere Bruce Springsteen".

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

*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](mailto:ordine@omceoss.org)

Il dottor 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](mailto:antonio.rubattu@geopec.it); [antonio\\_rubattu@yahoo.it](mailto:antonio_rubattu@yahoo.it)

La dottoressa Deborah Belfiglio, infermiera e ausiliare socio sanitario, comunica la propria disponibilità per un impiego in ambito medico-sanitario Tel 3409673996; mail: [Deborah.76@tiscali.it](mailto:Deborah.76@tiscali.it)

La dott.ssa Stefania Angius comunica la propria disponibilità per un impiego come igienista dentale Tel: 3209448739/3470528096; mail: [stefania.angius@yahoo.it](mailto:stefania.angius@yahoo.it)



Scorcio con barche alla fonda nell'isola di Spargi e gabbiano in volo al tramonto

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 dottoressa Elena Solinas (3939187542 - 079395111)

La signora Rita Idini comunica la propria disponibilità per un impiego in ambito medico-sanitario in qualità di assistente alla poltrona o segretaria. Tel 3404587102; mail: carmelo.biosin@tiscali.it  
Affittasi ampia stanza luminosa, termo-condizio-

nata, con impianto elettrico a norma di legge, a medico chirurgo specialista che riceve per appuntamento. Sassari, fronte centro commerciale Monserrat, ascensore al piano, facile parcheggio. Tel 079219899; mail a Jucaferri@tiscali.it

Affittasi due stanze (ambulatorio e ufficio) in studio medico sito a Sassari in via Monte Grappa, per uso medico o odontoiatrico. Sala d'attesa in comune con altro professionista, euro 650 mensili. Contattare per info Stefano Patteri, tel 3358353822; mail stepat@tiscali.it



Trasparenze all'isola di Caprera (Cala Coticcio)



**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	Bentivegna Giovanni	1972	Str. Provinciale Porto Cervo (Portisco)	07026 Olbia		335/1661756
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	Careddu Stefano	2013	Via Guido Sieni 9	07100 Sassari		392/0149188
SI	NO	Cherchi Pasqualina	2013	Via Vittorio Emanuele 40	07040 Uri		347/8570712
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	Fiori Mariangela	2013	Via San Pietro d'Ottava 53	07100 Sassari		338/6408230
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 Aona 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 Codrongianus	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.