

Anno XXIV - Maggio 2015 - n. 2

SASSARI MEDICA





Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari

Via Cavour n° 71/b - 07100 Sassari

Telefono 079 234430

Fax 079 232228

Sito Internet
<http://www.omceoss.org>

@Email@

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

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

Orari di apertura al pubblico

Lunedì: 11.00 – 13.00

Martedì: 11.00 – 13.00 e 15.00 – 17.00

Mercoledì: 11.00 – 13.00

Giovedì: 11.00 – 15.30

Venerdì: 11.00 – 13.00

Il Presidente dell'Ordine riceve il giovedì pomeriggio
previo appuntamento da concordare telefonicamente al n° 079 234430

Il Presidente della Commissione Albo Odontoiatri riceve il giovedì pomeriggio
previo appuntamento da concordare telefonicamente al n° 079 234430;
per comunicazioni urgenti telefonare al n° 3319940682 dal lunedì al giovedì ore 13.00-15.00



In copertina: Nostra Signora del Regno – Ardara, foto di Marco Falchi

Direttore Responsabile Agostino Sussarellu

Direttore Editoriale Agostino Sussarellu

Coordinatore di Redazione Antonio Pinna

Comitato di Redazione Consiglio Direttivo dell'Ordine, Commissione Albo Odontoiatri, Collegio dei Revisori dei Conti

Esecuzione Redazionale Francesco Bustio Dettori

Addetto stampa Maria Antonietta Izza

Hanno collaborato a questo numero

Salvatore Delogu, Francesco Bustio Dettori, Caterina Angela Fanni, Maria Antonietta Izza, Peppino Mela, Giovanna Pintus, Giovanna Rau, Giovanni Rizzo, Antonio Tullio, Assunta Zodda

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

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

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

Realizzazione editoriale Tipografia TAS
Zona Industriale Predda Niedda sud strada n° 10
tel. 079.262221 - tipografiatas@gmail.com
07100 Sassari.

Tiratura: 4265 copie

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

La pubblicazione è inviata gratuitamente a medici e odontoiatri delle province di Sassari e Olbia-Tempio iscritti all'Albo, a tutti gli Ordini dei Medici d'Italia e alle principali istituzioni sanitarie regionali e nazionali.

SASSARI MEDICA

Anno XXIV Numero 02 - Maggio 2015
Periodico bimestrale

Consiglio Direttivo 2015-2017

Presidente Agostino Sussarellu

Vicepresidente Francesco Pio Scanu

Segretario Giovanni Biddau

Tesoriere Nicola Addis

Consiglieri

- Alessandro Arru
- Carlo Azzena (odontoiatra)
- Piero Luigi Bellu
- Ferruccio Bilotta
- Paolo Giuseppino Castiglia
- Maria Grazia Cherchi
- Monica Derosas
- Carla Fundoni
- Antonella Giordo
- Rita Nonnis
- Rossella Pilo
- Antonio Pinna (odontoiatra)
- Patrizia Anna Virgona

Commissione Iscritti all'Albo Odontoiatri 2015-2017

Presidente Antonio Pinna

Componenti

- Carlo Azzena
- Nicolas Arnould
- Antonio Demartis
- Roberto Pinna

Collegio Revisori dei Conti 2015-2017

Presidente Giancarlo Bazzoni

Revisori

- Natalia Marta C. Grondona
- Assunta Zodda

Revisore supplente Federico Giorico

Indicazioni redazionali

Cari colleghi,

chiediamo la vostra collaborazione perché vorremmo sondare il gradimento degli iscritti circa il nostro bollettino bimestrale. La pubblicazione che vi viene regolarmente recapitata è infatti il risultato di un notevole sforzo in termini di impegno redazionale e oneri economici. Avrete notato che rispetto al passato il prodotto è molto diverso, a nostro avviso più leggibile, scorrevole e accattivante. A questo punto del cammino, anche per capire se finora ne è valsa la pena, ci occorre sapere cosa i lettori pensano davvero del periodico Sassari Medica. Ci agevolereste non poco inviando una mail all'indirizzo ordine@omceoss.org, contenente un breve giudizio critico, suggerimenti, osservazioni. Indispensabile specificare il dato fondamentale: il prodotto editoriale viene letto, sfogliato, oppure cestinato? Preferireste vi venisse inviato direttamente al vostro indirizzo mail? Certi di un vostro cortese riscontro, ringraziamo e porgiamo cordiali salui.

Il Consiglio Direttivo

I sigg. colleghi sono invitati a collaborare cortesemente con la redazione del periodico inviando i propri articoli al seguente indirizzo: redazione "Sassari Medica" c/o Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Sassari Via Cavour n°71 07100 Sassari tel. 079/234430, oppure via mail a: ordine@omceoss.org. Per favorire una veloce e corretta distribuzione razionale degli elaborati suggeriamo le seguenti indicazioni:

I lavori di carattere medico-scientifico dovranno essere di taglio divulgativo; scritti al computer e inviati in forma digitale; dovranno essere corredati di fotografia a colori dell'Autore e breve profilo professionale o personale di massimo 400 battute, nonché tutti i contatti utili.

Il testo recherà un titolo e un sottotitolo, finalizzati a stimolare l'attenzione del lettore. Eventuali acronimi dovranno essere esplicitati per esteso. 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. Gli articoli 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, potrà fruire di alcune copie del periodico, a discrezione della redazione.

Pagine libere

E' 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.

IN QUESTO NUMERO

EDITORIALI DEI PRESIDENTI	
- 1/Medici, pazienti e familiari: un rapporto da intensificare	Pagina 4
- 2/Pubblicità sanitaria: l'annosa disputa tra etica deontologica e regole di mercato	5
VITA DELL'ORDINE	
- Ciclone Cleopatra: consegnati a Olbia i fondi raccolti dall'Ordine con "Emergenza Alluvione"	6
- L'Ordine cresce: inaugurata la nuova sede	8
EVENTI	
- Intitolate due aule didattiche a Giorgio Andreoni e Maurizio Longinotti	10
NOSTRA SALUS	
- La giornata del Parkinson sassarese, un evento applaudito da medici, pazienti e familiari	13
NOI PER VOI	
- Associazione Gouro: venti anni di assistenza gratuita socio sanitaria per emarginati	16
- Un pozzo sardo per il Burkina Faso. Storie di medici al servizio del mondo che soffre	17
APPROFONDIMENTI	
- In cerca di "L'uomo dal fiore in bocca"	21
- Endoscopia digestiva terapeutica: una risorsa tecnologica per vasti campi di applicazione	25
- L'arrossamento dell'occhio: un sintomo espressione di varie patologie	33
- Le lesioni complesse nell'infortunistica stradale e del lavoro	36
FITOTERAPIA	
- Proprietà terapeutiche di piante comuni e officinali: Capperio e Genziana	41/42
TACCUINO	
- Seminari Interattivi per l'esame di Stato, Corsi Omceoss, Cadmium Symphose,	
- Convegno radiologico a Olbia, Congresso AIO 2015, Progressi in Cardiologia Pediatrica,	
- Giornata Mondiale della Celiachia, Premio Narrativa LILT, Torneo AMTI, Cerco/offro lavoro	43
FNOMCeO	
- Elezioni FNOMCeO: Roberta Chersevani è il nuovo presidente	46
- Accertamento decesso: norma per trasmissione dati, Professioni sanitarie e polizze assicurative	
- Abuso di professione, Criminalità organizzata e odontoiatria	47
NEWS	
- Regione. Ricetta Elettronica: alla fine del 2016 copertura del 90%	48
CULTURE	
- L'isola che c'è/Ittireddu, un piccolo paese in un territorio ricco di storia e tradizione	50
- Pasqua di Risurrezione	54
- Amor filiale nei versi della poetessa di Osilo	57
MUSICA	
- Dagli anni '90 ai giorni nostri: Ten, il disco di debutto dei Pearl Jam	62
- Elenco medici disponibili	

Medici, pazienti e familiari: un rapporto da intensificare

Nei primi giorni dell'anno, il quotidiano di Sassari, "La Nuova Sardegna", ha riferito che i familiari di un malato deceduto durante il ricovero nel reparto di medicina d'urgenza dell'ospedale Santissima Annunziata, non erano potuti rimanere accanto al loro congiunto, proprio mentre esalava l'ultimo respiro, perché la stanza nella quale si trovava doveva essere riassetata. Il giorno successivo alla divulgazione della notizia sono arrivate ai familiari le deferenti scuse della ASL e del suo Commissario, Agostino Sussarellu, atteggiamento di grande rilievo che ha manifestato la vicinanza dell'Istituzione al cittadino e ha riaffermato l'obiettivo di una costante e puntuale vigilanza atta a evitare l'insorgere di casi analoghi. Una rapida indagine, svolta dalla medesima Azienda Sanitaria e dal Direttore del Reparto, Mario Oppes, – sempre secondo quanto riportato dal giornale – aveva appurato che vi era stata una incresciosa incomprensione tra i medici, il personale del reparto e i familiari del paziente morente. Pur non desiderando entrare nei particolari, l'episodio offre lo spunto per un'ulteriore riflessione sul complesso e delicato tema del rapporto tra sanitari, pazienti e familiari di questi ultimi. Infatti, se da un lato i medici sono ben consapevoli dei compiti e degli obblighi derivanti dal rispetto del Codice Deontologico e del giuramento professionale, dall'altro sono tenuti a seguire procedure e regolamenti, sia di carattere terapeutico che comportamentale, che dipendono dai luoghi di cura e dalle condizioni in cui vanno a operare; terreno complicato e insidioso, spesso non strettamente attinente alla propria professione, che rischia di snaturare il rapporto umano tra medico e paziente. Per sovrappiù, negli anni recenti, grazie anche all'amplificazione delle comunicazioni di massa, si è registrata una crescita esponenziale del contenzioso tra strutture sanitarie e pazienti e/o loro familiari. Tengo a ribadire, sicuro di interpretare il sentire comune della nostra categoria, che il paziente non rappresenta semplicemente un'entità da curare, ma una per-

di Francesco Scanu



sona debole e indifesa, bisognosa di assistenza e aiuto, portata ad affidarsi totalmente al medico, dal quale attende non solo risposte conformi alle sue competenze ma anche tanta comprensione e condivisione umana. Lo stesso discorso vale per i familiari del malato, che spesso sono coinvolti emotivamente anche più del malato stesso. A noi medici, che ne siamo i diretti interlocutori, talvolta viene richiesto più di quanto umanamente e oggettivamente possiamo dare. Ma anche se la professionalità ci impone di contenere il coinvolgimento emotivo, onde evitare il rischio che si affievolisca la lucidità sulle decisioni di carattere terapeutico, nel rapporto medico-paziente-familiari non è da sottovalutare l'importanza dell'aspetto psicologico, fosse anche limitato ai semplici principi di solidarietà cristiana e condivisione evangelica; fattori, questi ultimi, che influiscono non poco anche sul piano strettamente curativo. Si tenga conto infatti che ciascun paziente, anche il meno grave, affida se stesso al suo Dio e al medico che lo cura; fiducia, speranze, bisogni e lo stesso futuro del malato sono riposti in quell'uomo in camice bianco, al quale si pongono le domande più disparate, che non tutti sono disponibili a recepire di buon grado. La solitudine e le paure che si appropriano del malato, devono, pertanto, trovare risposte, sia pure parziali, non necessariamente ed esclusivamente tecniche o altamente scientifiche; a volte il semplice ascolto attento e partecipativo può recare sollievo e sortire effetti insperati. Per concludere, le problematiche legate alla comunicazione tra medici e strutture sanitarie da una parte, malati e familiari dall'altra, sono oramai vagliate da tutte le organizzazioni che operano nel settore della salute e sembrano avviate verso rapide e positive soluzioni. Il nostro auspicio è che prevalga sempre il buon senso nella gestione delle svariate situazioni che di volta in volta si presenteranno alla nostra attenzione e che attorno a questo caso particolarmente delicato si sviluppi un movimento d'opinione condiviso all'insegna dei nostri valori etico-deontologici.

Pubblicità sanitaria: l'annosa disputa tra etica deontologica e regole di mercato

Gentili colleghe e cari colleghi, certamente siete venuti a conoscenza della tempesta giudiziaria che ha investito alcuni Ordini d'Italia e la Fnomceco, che ci rappresenta. L'oggetto del contendere è stato il tema, da sempre controverso, della pubblicità sanitaria; un settore che nell'arco degli ultimi decenni ha subito delle trasformazioni radicali, passando da situazioni altamente restrittive a liberalizzazioni incontrollabili, perché basate su norme poco chiare, suscettibili di interpretazioni diverse se non addirittura contrapposte. Tutto ha inizio quando, a seguito dell'esposto di Dental Franchising Srl, Groupon Srl, Amico dentista Srl e altri, l'Autorità Garante della concorrenza e del mercato irroga una pena pecuniaria alla nostra Federazione pari al 5% del "fatturato" per ogni anno di adozione e divulgazione, tramite il nostro Codice di deontologia medica 2006 e relative linee guida, di norme ritenute restrittive alla libera competizione, ai sensi dell'art. 101 del TFUE (Trattato sul funzionamento dell'unione europea). L'invocato corpus normativo recita testualmente "sono vietati e incompatibili con il mercato comune tutti gli accordi tra imprese e associazioni di imprese che abbiano per oggetto e per effetto di impedire, restringere o falsare il gioco della concorrenza all'interno del mercato comune". Sembra quindi, secondo l'Antitrust, che certi parametri di valutazione corrispondenti alla infrazione del decoro e al divieto di pubblicità promozionale e comparativa, presenti nell'edizione precedente del nostro Codice e de-rubricate solo in parte nella nuova stesura del 2014, confliggano con la disciplina vigente. A seguito di ricorso da parte della Fnomceco avverso tale decisione dell'Autorità, il Tribunale Amministrativo del Lazio conferma la posizione del Garante e, con sentenza del 25 marzo u.s., dimezza la sanzione "per istruttoria tardiva". Una vicenda così inquietante, che vede una Authority dello Stato Italiano contrapporsi a una Istituzione pubblica, emanazione del Ministero della salute e deputata

di Antonio Pinna



al controllo sanitario del territorio, può essere compresa solo se noi Ordini, mossi da irrefrenabile immaginazione, per un momento ci autoconvinciamo di rappresentare una associazione d'impresa. Tutto ci sembrerebbe più semplice: le regole del commercio, della libera rivalità, il testo unico e quant'altro. Ma sinceramente ci viene difficile pensare che tanti colleghi medici e odontoiatri indossino puntualmente, di giorno e di notte, il proprio camice d'ordinanza per perseguire logiche da impresari e alimentare il seme dell'antagonismo fraticida: crediamo fermamente che abbiano ben altro cui pensare.

Ma ammettendo pure che ci sia una ristretta cerchia di popolazione sanitaria, che in qualità di "dispensatrice di beni e servizi per consumatori", agisce nel quadro di una attività commerciale, si sappia che le regole sulla pubblicità, dettate dal mercato, sono meno flessibili e molto più restrittive di quelle contemplate nel nostro Vademecum. I messaggi potranno essere sì di tipo comparativo, promozionale e promulgati con qualsiasi mezzo, ma nel contempo dovranno essere privi di profili di ingannevolezza, equivocità e denigratorietà; non devono ledere i concorrenti e indurre in errore le persone cui sono rivolti; devono essere trasparenti e riconoscibili come tali, descrivere in maniera particolareggiata i servizi offerti e il prezzo esatto; qualunque riferimento a offerte speciali e garanzie deve essere circostanziato. Vedete bene che se prima di queste svolte epocali il confronto tra Commissioni Ordinarie e iscritti poteva sortire bonari richiami, ammonimenti o censure, con il nuovo corso chi infrange le regole ben codificate del libero scambio sarà soggetto a sanzioni pecuniarie di notevole entità.

Riformuliamo pertanto l'invito a comunicarci preventivamente i sensi delle vostre comunicazioni informative onde poter acquisire pareri di merito da parte del nostro gruppo di lavoro ad acta.

Grazie.

Per non dimenticare

Ciclone Cleopatra: consegnati a Olbia i fondi raccolti dall'Ordine con "Emergenza Alluvione"

Il 7 marzo scorso, alle 10,30, nell'aula magna dell'ospedale Giovanni Paolo II di Olbia, l'Ordine dei medici delle province di Sassari e Olbia-Tempio ha consegnato il contributo di solidarietà "Emergenza Alluvione". Come, purtroppo, ben si ricorda, il 18 novembre del 2013 la città di Olbia e parte della Gallura furono colpite da una grave calamità, che ha causato vittime ed enormi danni ambientali e strutturali.

L'Ordine, a livello locale e nazionale, si era attivato immediatamente per sostenere i colleghi che avevano subito danni ai loro studi professionali.

Il Consiglio direttivo dell'Ordine di Sassari, inoltre, aprendo un conto corrente dedicato, aveva promosso e coordinato una raccolta di fondi da destinare a istituzioni pubbliche e private, operanti nel sociale. I primi a rispondere furono gli Ordini di Milano e Caltanissetta.

Inoltre, era stato costituito un Comitato di Garanti, composto da tre medici della Gallura, Patrizia Virgona, Vincenzo Bifulco e Giovanni Barroccu, con il compito di individuare le istituzioni pubbliche o pri-

vate, purché operanti nel sociale, alle quali devolvere il contributo complessivamente raccolto, individuando i progetti particolarmente meritevoli di sostegno nell'ottica del miglior impiego della solidarietà dimostrata dalla categoria medica.

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine, il 27 gennaio scorso, preso atto delle indicazioni fornite dal Comitato dei Garanti, aveva deliberato di devolvere il contributo di solidarietà, complessivamente pari a € 25.260 a:

- Associazione "Pollicino" O.N.L.U.S. Olbia - contributo pari a € 12.260
- Asilo Nido Comunale di Via Lupacciolu Olbia - contributo pari a € 6.500
- Istituto di Istruzione Superiore "Amsicora" Olbia - contributo pari a € 6.500

La prima donazione, all'associazione "Pollicino" Onlus, impegnata oltre che nell'attività ludico-ricreativa a favore dei bambini ospedalizzati, anche nell'assistenza domiciliare per i minori con gravi situazioni di disagio, garantendo i diritti dei minori,

quali il cibo, l'istruzione e il gioco, è stata assegnata con la seguente motivazione *"sostenere il progetto "Crescere insieme" affinché, attraverso l'elaborazione di Piani di assistenza, provveda a fornire pappe, pannolini, latte e quanto altro utile per garantire una buona assistenza domiciliare e, quando necessario, anche materiale scolastico. Attività tutte a favore di bambini e neonati che versino in accertata e reale situazione di disagio economico e sociale".*



Il Presidente Agostino Sussarellu e il vicepresidente Cesco Scanu



Foto di gruppo al termine dell'evento

Ha ritirato l'assegno la presidente dell'associazione, Katuscia Canu.

La seconda donazione è andata all'Asilo nido comunale di via Lupacciolu, per far fronte ai danni riportati alle strutture, interne ed esterne, alle aule e al materiale didattico con la motivazione "di sostenere il ripristino delle strutture e dei sussidi scolastici dell'Asilo Nido di via Lupacciolu che, danneggiati dall'alluvione, non siano stati ancora ripristinati". Ha ritirato l'assegno la coordinatrice degli Asili comunali di Olbia, Tommasina Piro.

La terza donazione è stata a favore dell'Istituto d'istruzione superiore "Amsicora", che ha riportato ingenti danni alle strutture e alle attrezzature della segreteria e delle aule didattiche, con la motivazione "di sostenere il ripristino di un laboratorio che, danneggiato dall'alluvione, non sia stato ancora riorganizzato". Ha ritirato l'assegno il dirigente dell'Istituto, Gianluca Corda.

L'Ordine dei medici delle province di Sassari e Olbia-Tempio ha poi assegnato un encomio speciale a un giovane collega, Daniele Bertulu, specialista chirurgo dell'ospedale Giovanni Paolo II, per l'alto senso

del dovere e l'ammirevole comportamento tenuto in occasione dell'alluvione Cleopatra. Il riconoscimento al dottor Bertulu è stato attribuito "per il coraggio e l'attaccamento al lavoro dimostrati in occasione dell'alluvione del 18 novembre 2013 quando, sorpreso in macchina dall'inondazione, ha raggiunto l'ospedale Giovanni Paolo II nuotando e camminando nel fango, per prendere regolarmente servizio all'inizio del turno di notte nell'Unità operativa di Chirurgia". Il vice presidente dell'Ordine, Cesco Scanu, nel suo intervento introduttivo ha voluto rimarcare come "la cerimonia non sia stata finalizzata solo alla consegna delle donazioni ma sia servita a sottolineare l'importanza e il valore del lavoro quotidiano svolto nell'interesse comune, con l'intento di tutelare sempre le fasce più deboli e bisognose".

Alla cerimonia, oltre ai rappresentanti del Consiglio direttivo, hanno partecipato il presidente dell'Ordine e Commissario straordinario dell'Asl 1 Agostino Sussarellu, il Commissario straordinario dell'Asl 2, Paolo Teclème, e l'assessore ai Servizi alla persona del Comune di Olbia, Gaspare Piccinu.

(M.A.I.)

L'Ordine cresce: inaugurata la nuova sede

Il 10 aprile è stata inaugurata la nuova sede dell'Ordine dei medici delle province di Sassari e Olbia-Tempio, adiacente gli uffici. La cerimonia è stata onorata dalla presenza dell'Arcivescovo di Sassari, monsignor Paolo Atzei, che ha benedetto i nuovi locali. Erano presenti il sindaco di Sassari, Nicola Sanna, l'assessore del Comune di Sassari alle Politiche sociali, Grazia Manca, il rettore emerito professor Alessandro Maida, il Commissario straordinario della Asl1, Agostino Sussarellu, accompagnato dal direttore sanitario, Serenella Zedda, e dal direttore amministrativo, Andrea Marras.

L'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Sassari ha voluto ricordare, con l'intitolazione di due sale e una biblioteca, il professor Egidio Depperu, il dottor Antonio Fara e il dottor Tonino Pisanu, medici, ma prima di tutto persone, che nella loro vita si sono spese instancabilmente per gli altri.

"L'ampliamento della nostra sede storica ha sicuramente l'obiettivo di rendere più comoda e confortevole l'accoglienza di quanti vi accedono a vario titolo" ha detto il vice presidente dell'Ordine, Cesco Scanu, aggiungendo che "ciò è stato possibile grazie

anche alla disponibilità dei familiari dei nostri benemeriti colleghi e al contributo e sacrificio di tanti iscritti".

"Ci sono, infatti, persone che lasciano un segno indelebile del proprio passaggio, un ricordo profondo in chi ha avuto la fortuna di incontrarle, colleghi che hanno sempre riaffermato, con il loro operato e con il loro comportamento, i principi sacri e inviolabili del nostro giuramento professionale, quali quello della costante difesa della salute, dei diritti umani, della libertà di cura e della protezione sanitaria dei più deboli e diseredati, quanto quella dei più fortunati e abbienti. E noi vogliamo riaffermare il loro insegnamento, il loro comportamento, i principi e i valori di umana e cristiana solidarietà e altruismo, principi e valori che paiono trovare una collocazione sempre più marginale in una società sempre più fredda e distaccata dal prossimo e sempre più attenta a falsi idoli e a un ingannevole benessere" ha sottolineato Scanu nel suo toccante intervento.

Il Consiglio direttivo dell'Ordine ha deliberato all'unanimità di intitolare la sala conferenze della nostra sede al prof. Egidio Depperu, che resse la presidenza della nostra istituzione dal 1955 al 1987 e successivamente dal 1988 al 1990 come consigliere.

Egidio Depperu è stato direttore sanitario dell'Onmi (Opera nazionale maternità e infanzia), e direttore della cattedra di Puericoltura dell'Università di Sassari.

Perseverante nella ricerca del dialogo con i colleghi, specie con i più giovani ai quali dispensava informazioni e suggerimenti, grazie anche alla sua incredibile conoscenza delle leggi e dei regolamenti, fu l'ideatore e promotore della "Giornata Del Medico", che ogni anno si celebra il 18 ottobre, ricorrenza di San Luca Evangelista patrono dei camici bianchi e che San Paolo chiamava "il caro medico". Questa iniziativa, nata a Sassari, è stata poi mutuata dagli altri Ordini d'Italia.

La cerimonia vuole rappresentare l'annuale, simbolico passaggio del testimone da chi raggiunto le nozze d'oro della laurea, a favore dei neo iscritti al-



Il Presidente Agostino Sussarellu e il vicepresidente Cesco Scanu



L'arcivescovo Paolo Atzei impartisce la benedizione

l'albo che prestano il giuramento deontologico all'inizio del loro esercizio professionale.

"L'operato del prof. Depperu riflette una concezione dell'Ordine non come corporazione, ma piuttosto come elemento di aggregazione e formazione professionale per i giovani e come strumento di mediazione tra i medici e le istituzioni. Un interesse e un legame con il nostro Ente che lo ha accompagnato per tutta la vita, insieme a un particolare attaccamento alla funzione della medicina pubblica, che lo ha visto protagonista come componente del Consiglio Provinciale della Sanità, del Comitato Etico Regionale, del Comitato di Assistenza e Beneficenza, di quello degli orfani di Guerra, dell'Antitubercolare, di Patronati Scolastici, della Lega contro l'Alcolismo, della Consulta Etica Permanente, fu il reggente dell'Ufficio Medico Provinciale" ha ricordato il vicepresidente Cesco Scanu. Per tutte queste lodevoli funzioni è stato insignito della medaglia d'oro al merito della sanità pubblica, conferitagli nel 1990 dal Presidente della Repubblica.

La sala riunioni, invece, è stata intitolata al dottor Antonio Fara, consigliere Segretario dell'Ordine dal 1966 al 1969 e successivamente dal 1973 al 1987.

Il dott. Fara ha conseguito la laurea mentre svolgeva il servizio militare durante la seconda guerra mondiale e ciò lo ha portato a lavorare nell'Ospedale Militare di Sassari per svariati anni. Specialista in

Odontoiatria, è stato un alfiere della prevenzione dentale, allora semplicemente una chimera: svolse infatti per anni attività ambulatoriale come odontoiatra scolastico comunale presso la Scuola Elementare del Sacro Cuore di Sassari, al centro del quartiere di Monte Rosello, un rione allora particolarmente disagiato. "Per questi meriti, abbiamo deciso di intitolargli la nuova Sala Riunioni, sita nella nuova ala al primo piano, che lui stesso ha contribuito a realizzare, in quanto, nel suo lascito ai parenti, ha esplicitato la volontà che l'Ordine godesse del diritto di prelazione e di condizioni particolarmente agevolate nell'acquisto dell'appartamento di sua proprietà attiguo alla sede storica" ha sottolineato Cesco Scanu nel suo intervento. La biblioteca avrà invece il nome del dottor Tonino Pisanu, uomo di multiforme ingegno: medico, dentista, esperto della psiche umana

e della prevenzione, eccezionale fotografo, gran nuotatore, superbo velista. Ha sempre messo la famiglia e il lavoro al centro della sua esistenza, e la sua sete di conoscenza lo ha portato ad accumulare una gran mole di libri, che i figli hanno voluto donare all'Ordine. Ora, tutto il sapere condensato in quei tomi sarà disponibile per tutti, e la biblioteca che li conterrà, porterà per sempre il nome di colui che per anni li ha letti e sfogliati, cercando soluzioni per i problemi medici più complicati o anche solo per il semplice desiderio di apprendere nozioni nuove.

"E' doveroso ringraziare ancora una volta l'amico e collega Tonino per ciò che ha fatto e continuerà a fare grazie alla sua biblioteca, eredità preziosa per quanti lavorino nell'ambito della medicina e dell'odontoiatria, e un ringraziamento particolare ai suoi figli, che hanno permesso la realizzazione di tutto ciò" ha rimarcato il vice presidente dell'Ordine, Scanu, ed ha aggiunto che "il solco tracciato da questi tre colleghi attraverso il loro operato ha permesso che crescessero buoni frutti e la nostra Istituzione ha ora il privilegio di poterli raccogliere, così da metterli a disposizione della collettività e dei colleghi medici".

(M.A.I.)

Nel prossimo numero verrà pubblicato un ampio resoconto fotografico sull'evento e sui nuovi locali della sede dell'Ordine a disposizione degli iscritti.

L'Università di Sassari ricorda i suoi professori

Intitolate due aule didattiche a Giorgio Andreoni e Maurizio Longinotti

Alla presenza del Magnifico Rettore dell'Università di Sassari, del Prorettore Vicario, dei Direttori dei Dipartimenti di Medicina Clinica e Sperimentale, di Scienze Biomediche e di Scienze Chirurgiche, Microchirurgiche e Mediche, del presidente della Struttura di Raccordo di Medicina, il giorno 20 febbraio u.s., nella nuova struttura del complesso clinico ospedaliero di viale San Pietro, dedicata all'Istituto di malattie infettive, sono state intitolate due capienti aule didattiche, destinate a lezioni agli studenti e incontri scientifici, ai proff. Giorgio Andreoni e Maurizio Longinotti.

Il curriculum del prof Giorgio Andreoni, citato durante l'esposizione delle motivazioni che hanno indotto alla celebrazione dell'evento, è particolarmente ricco di avvenimenti e ci preme riportarlo in queste pagine. Giorgio Andreoni nasce a Reggio Calabria il 29 aprile 1918. Dopo essere stato allievo interno nella Clinica delle Malattie Infettive dell'Università di Roma, si laurea con lode nel 1942 in Medicina e Chirurgia e diviene assistente interno nel Reparto di Malattie Infettive del Policlinico degli Ospedali Riuniti di Roma. Dopo la specializzazione in pediatria, nel 1944 è assistente ordinario della Cattedra di Malattie Infettive dell'Università di Roma.

A seguito di libera docenza in malattie infettive, nel 1961 viene incaricato all'insegnamento e alla direzione della Clinica di Malattie Infettive dello stesso Ateneo.

Dopo diversi anni di insegnamento della disciplina, dividendosi tra Roma e Torino, dal 1975 inizia il suo periodo sassarese che lo vede direttore dell'Istituto di Malattie Infettive sino al 1990, data in cui viene collocato in quiescenza. In virtù delle sue particolari competenze organizza

e dirige il laboratorio di virologia dell'Istituto di Malattie Infettive dell'Università di Roma, che nel 1963 viene indicato dal Ministero della Sanità quale Centro di riferimento di Virologia per lo studio degli enterovirus, nel corso della campagna vaccinale antipoliomielitica con vaccino Sabin. Rivolge una particolare attenzione al trattamento di alcune infezioni batteriche quali il tifo, pertosse, brucellosi, febbre eruttiva mediterranea, sepsi meningococcica e meningite tubercolare.

Dimostra per primo l'effetto benefico del cortisone nella fase acuta della poliomielite e conduce approfondite ricerche su casi di rabbia umana e sulle infezioni da Coxsackie B. Porta avanti anche studi sperimentali su modelli animali per analizzare l'effetto dermo-necrotico della tossina stafilococcica e mette a punto test diagnostici di fluorescenza per la Lue e Toxoplasmosi. Rilevante è anche la produzione scientifica in campo virologico, mediante l'utilizzo di colture cellulari per verificare la dinamica di replicazione e di infettività di vari virus (ECHO, Influenzali, Cox-



sackie B, poliomielitici). Dopo l'esposizione del percorso scientifico del Professore, il direttore dell'Istituto di Malattie Infettive, prof. Maristella Mura, ha espresso il desiderio di ricordarlo a nome di tutti gli allievi che hanno avuto la fortuna di averlo come maestro. "La bontà, la disponibilità che manifestava verso tutti si accompagnavano a una grande signorilità che manifestava anche con i pazienti più difficili. In Facoltà era circondato dall'affetto e dal rispetto di tutti i colleghi per molti dei quali rappresentava anche una guida sotto il profilo professionale. Vorrei ricordare che sotto la sua direzione ha preso l'avvio la progettazione del nuovo Istituto. Ci ha insegnato molto, soprattutto il rigore scientifico della ricerca; erano tempi in cui non esisteva il computer e se un dato non risultava corretto ci faceva ricontrollare tutto con affettuosa fermezza. Impersonava la modestia dei grandi, soprattutto nella pratica clinica; padre per tutti noi, affettuoso ma talvolta severo, intransigente nel richiamarci al nostro dovere ma nel contempo sempre pronto ad aiutarci per risolvere i problemi. Per tutto ciò che è stato detto e per quanto è conservato gelosamente nei nostri animi oggi siamo lieti che il suo nome sia legato a un'aula didattica nella prospettiva che gli studenti, che non hanno avuto come noi la fortuna di conoscerlo, lo possano perennemente ricordare in un luogo adibito all'apprendimento dell'ars medica". Il prof. Andrea Montella, direttore del Dipartimento di Scienze Biomediche, ha ricordato così il prof. Maurizio Longinotti, Ematologo della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Sassari

"Il prof Maurizio Longinotti è scomparso il 15 ottobre 2013 dopo aver trascorso la sua vita professionale interamente dedicata ai pazienti, alla ricerca e all'insegnamento. Nato a Predazzo in provincia di Trento il 03.06.1943, ha trascorso quasi tutta la sua vita a Sassari dove si è laureato il 27.11.1968 discutendo una tesi dal titolo "Aspetti fisiopatologici e clinici dell'ipogonadismo nella distrofia miotonica".

Come si addice ai grandi maestri della medicina è stato al tempo stesso un eccellente clinico e un brillante ricercatore.



A proposito delle sue ricerche, a titolo di esempio, ricordo un importante contributo nella comprensione delle basi molecolari della talassemia in Sardegna e della genetica molecolare del TcR (T-cell-Receptor) in corso di varie patologie clonali della cellula staminale emopoietica; queste due linee di ricerca sono state indirizzate a definire variabilità genomica e mutazioni prevalenti nella popolazione sarda.

Il Prof Longinotti ha collaborato con varie istituzioni di ricerca nazionali (l'Istituto Superiore di Sanità, l'Ematologia I della "Sapienza" di Roma, il Centro Studi Patologia cellulare del CNR di Milano, l'Istituto CNR Talassemie di Cagliari, il Dipartimento di Fisiologia e Biochimica cellulare di Sassari) ed internazionali (lo Stem cell laboratory del Department of Haematology dell'Hammersmith Hospital di Londra, UK, la Cornell University, Lab of immunology, NY, USA; L'Albert Einstein College, Division of Hematology, NY, USA).

È stato socio di importanti società scientifiche nazionali e internazionali quali: La Società italiana di Ematologia sperimentale, il GITMO (Gruppo Italiano per il Trapianto di Midollo Osseo), l' European Society of Hematology, la NY Academy of Sciences. È stato direttore dell'Istituto del CNR per lo studio della Patologia del Sangue e degli Organi Emopoietici (IPSOE) di Sassari dal 1988 al 2000. È stato autore,

coautore di oltre 200 pubblicazioni scientifiche, molte delle quali sulle più prestigiose riviste scientifiche internazionali di ematologia, di bio-medicina, di genetica e di immunologia molecolare.

Quanto alla carriera accademica è stato nominato assistente ordinario della Facoltà di Medicina e Chirurgia Università di Sassari nel 1971, professore associato di Ematologia nel 1981 e professore ordinario di Ematologia dal 1987. Ha sempre lavorato a tempo pieno.

Nella seconda metà degli anni 80 ha fondato l'Istituto di Ematologia ed Endocrinologia che immediatamente è divenuto il riferimento per i pazienti oncoematologici nel Nord Sardegna; Nel 1999, dopo aver superato mille difficoltà di carattere organizzativo burocratico, è stata inaugurata l'unità di trapianti in campo ematologico dotata di moderne camere sterili.

Il Prof. Longinotti ha sempre dedicato tempo ed energie all'insegnamento, considerando particolarmente importante il rapporto con le nuove generazioni da avviare alla pratica clinica e/o alla ricerca. Ha saputo incarnare il suo essere docente universitario in maniera originale, con vero entusiasmo e dedizione e talora in maniera quasi provocatoria. Si è dedicato con impegno alla formazione di generazioni di solidi specialisti ematologi, educati allo studio, al rigore metodologico e alla dedizione verso il malato.

Amava profondamente i suoi allievi alla cui crescita si è dedicato molto attivamente, allievi a cui spetta il compito di portare avanti l'eredità dei suoi insegnamenti nei prossimi anni.

Personalmente ho avuto la fortuna di potermi intrattenere con lui in molte occasioni, a discutere della vita accademica, dell'organizzazione dei servizi assistenziali di laboratorio, o in occasione della preparazione di seminari scientifici divulgativi, come quello del febbraio 2012 per la sensibilizzazione alla donazione del sangue cordonale.

Sono sempre stato sorpreso dalla sua disponibilità, dal suo entusiasmo, dalla sua freschezza, dalla sua libertà di pensiero fuori dagli schemi usuali dell'accademia, ma caratterizzata sempre dal buon senso e dalla notevolissima lungimiranza.

Dopo la chiusura dell'Istituto di Ematologia, conseguenza anche della ultima riforma universitaria, il suo gruppo era confluito nel Dipartimento di Scienze Biomediche. Voleva essere vicino ai suoi antichi col-

laboratori, i biochimici e i genetisti, a quelli che fanno ricerca nei banconi dei laboratori. Nella vita del nostro dipartimento ha avuto uno spazio speciale e per tutti noi la sua mancanza rappresenta una grande perdita".

Vorrei chiudere il resoconto di una giornata particolarmente pregnante, dedicata alla memoria di chi ci ha preceduto nel difficile cammino della tutela della salute collettiva, con le parole del vice presidente dell'Ordine Cesco Scanu, che ha avuto il piacere di avere entrambi i Professori, in qualità di docenti, durante il suo corso di laurea.

"Non spetta sicuramente a me tratteggiare le personalità dei nostri colleghi, ma non posso esimermi dal soffermarmi, sia pur brevemente, sulla elevata statura professionale e sull'importanza delle feconde ricerche dei due studiosi. Ho avuto il privilegio di esserne allievo e ciò rappresenta ulteriore motivo di orgoglio personale, oltreché professionale.

Il professor Andreoni, che ha diretto per 15 anni l'Istituto di Malattie Infettive della nostra Università, ci ha regalato tutte le competenze acquisite precedentemente in altri Atenei, sia nel campo clinico che nella ricerca di laboratorio applicata alla clinica.

Quelli che allora erano i suoi allievi, oggi sono valenti maestri e professionisti, che ogni giorno rimarcano l'eccellenza di questo Istituto. Il Prof. Longinotti, storico direttore dell'Istituto di Ematologia delle Cliniche Universitarie, non ha mai amato i riflettori, ma la sua bravura lo annovera nella nomenclatura dei grandi ematologi.

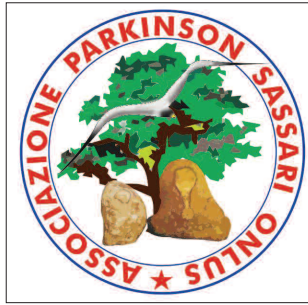
Pregevoli i suoi studi sulla leucemia, ed encomiabile l'attenzione e il sostegno per l'ALL, di cui rappresentò il costante punto di riferimento. Diverse le loro storie professionali, ma unite sicuramente dall'intelligenza, dalla dedizione al lavoro, e dalla grande umanità. Uomini, prima di tutto, che hanno voluto trasmettere le proprie conoscenze e instillare nei giovani l'amore per la medicina e la centralità del paziente.

Due grandi esempi per tutti noi, pionieri della medicina sassarese, figure da non dimenticare e da ricordare tangibilmente, alle future generazioni, anche con l'intitolazione odierna: il giusto riconoscimento per due grandi personalità della medicina che tanto hanno dato non solo all'Università di Sassari, ma soprattutto ai pazienti, ai quali hanno dedicato la vita, nello studio e nella cura".

(A.P.)

La giornata del Parkinson sassarese, un evento applaudito da medici, pazienti e familiari

L'11 aprile scorso si è celebrata la Giornata Mondiale della Malattia di Parkinson, promossa dalla Associazione Europea della Malattia di Parkinson. Per tale occasione il Centro dei Disordini del Movimento della Clinica Neurologica della Azienda Ospedaliera Universitaria di Sassari e l'Associazione Parkinson Sassari Onlus hanno organizzato un evento informativo avente come te-



matica principale alcuni aspetti della gestione non farmacologica della malattia di Parkinson, quali il supporto psicologico, le cure a base di sostanze naturali e antiossidanti, e l'agopuntura. L'appuntamento annuale è molto sentito in città e nel territorio e non a caso la sala Angjoy del Palazzo della Provincia di Sassari era gremita fino all'ultimo posto, tanto da non contenere tutti i presenti.

La Malattia di Parkinson è la patologia neurodegenerativa più diffusa dopo la malattia di Alzheimer: in Italia, secondo l'Istituto Superiore di Sanità, ci sono attualmente circa 220.000 persone affette da questa malattia. Il Parkinson causa negli anni un graduale peggioramento delle capacità motorie con rigidità muscolare, tremore, instabilità posturale e rallentamento dei movimenti. I trattamenti attualmente disponibili sono sintomatici, cioè possono alleviare sintomi e disagi, ma non esiste ancora una vera cura. Per questo motivo è importante la ricerca e il continuo aggiornamento della comunità sanitaria per una corretta informazione ed educazione finalizzate al sostegno del malato e di chi lo assiste.

Da alcuni anni a Sassari si sta facendo molto per lottare contro i disagi che comporta la malattia di Parkinson. Da un lato, il Centro dei Disordini del Movimento dell'AOU, attivato nel 2002, sta diventando sempre di più il punto di riferimento per gli ammalati di tutto il nord della Sardegna e, grazie al neurologo dott. Kai Paulus, i pazienti afferenti in questi anni al Centro hanno superato il ragguardevole numero di

2.300, con oltre 15000 visite ambulatoriali e, nonostante tali cifre, si precisa orgogliosamente, senza lista d'attesa. Con le recenti pubblicazioni su prestigiose riviste internazionali si sono concluse due ricerche sulla postura nel Parkinson, in collaborazione con l'Istituto di Fisiologia Umana dell'Università di Sassari, e attualmente è in corso un nuovo progetto scientifico su una possibile causa della malattia, insieme all'Istituto di Microbiologia dello stesso Ateneo. Inoltre, si parteciperà prossimamente a uno studio multicentrico italiano sulla qualità di vita di pazienti e familiari promossa dalla Fondazione LIMPE (Lega Italiana contro la Malattia di Parkinson e Sindromi Extrapiramidali). Nel mese di marzo u.s. si è tenuto a Sassari un congresso internazionale sull'influenza della musica sul cervello, "Music and Brain" in collaborazione con l'Associazione Ellipsis del prof. Alberto Cesaraccio e il Conservatorio di Musica "Luigi Canepa" di Sassari. Il convegno, di alto profilo scientifico-musicale è stato sperimentale e unico per l'Italia, e ha presentato comunicazioni scientifiche riguardanti l'effetto della musica sul cervello, la sua applicazione nella riabilitazione neurologica, e le distonie focali del musicista; alle varie relazioni sono state intercalate pregevoli esecuzioni musicali proposte da giovani talenti del Conservatorio; visto il grande successo dell'evento, si sta già lavorando a una riedizione di "Music and Brain" per la primavera dell'anno prossimo. Dall'altra parte, l'Associazione Parkinson Sassari, dal 2013 registrata come Onlus, con il suo direttivo composto da Franco Delli, Peppino Achene, Piero Faedda e Maria Grazia Manchia, è attivamente coinvolta in tutti questi progetti scientifici, senza trascurare le importanti attività sociali in corso quali il laboratorio del teatro, sotto la regia dello scrittore e sceneggiatore turritano Francesco Enna, la ginnastica di gruppo finalizzata alla riabilitazione, a cura della



Da sinistra, Prof. Pier Andrea Serra, Prof. Alessio Pirino, dott. Kai Paulus

dott.ssa Pinuccia Sanna, lo sportello d'ascolto, puntualmente gestito dalla psicologa dott.ssa Iole Sotgiu. In particolare, in questi mesi, l'associazione si è dedicata ai familiari con il progetto "E tu cosa provi?" in collaborazione con la Psicologia Clinica della AOU di Sassari del dott. Giovanni Carpentras e la sua équipe composta dalle psicologhe Angela Merella e Gabriella Meloni: incontri mensili con i familiari danno la possibilità di raccontare le proprie storie, esternarne i disagi e studiare insieme possibili soluzioni per migliorare la convivenza con l'ammalato.

Sin dal 2009 si organizzano a Sassari eventi informativi in occasione delle Giornate nazionali e mondiali della Malattia di Parkinson, quest'anno all'ottava edizione. La formula è ormai ben collaudata: nella prima parte si affrontano diversi temi di interesse per l'ammalato, spaziando dalle cellule staminali a stabilizzazioni della colonna vertebrale, dagli antiossidanti a interventi neurochirurgici della stimolazione cerebrale profonda, senza trascurare aspetti importanti quali i diffusi problemi gastrointestinali, cardiocircolatori e del riposo notturno. Per la disamina di tali argomenti vengono invitati esperti e ricercatori che operano nella sanità sassarese presentando al pubblico in questo modo le eccellenze e i riferimenti facilmente raggiungibili. Nella seconda parte ci si dedica agli aspetti pratici della gestione quotidiana della patologia con i preziosi contributi di psicologi, terapisti, infermieri, e assistenti sociali. Il filo conduttore di ogni incontro è rappresentato comunque dalla continua discussione interattiva in

modo che ammalati e familiari intervengano in ogni momento con domande e testimonianze. La formula, connotata dallo spirito di venire incontro alle molteplici esigenze con l'apporto dei necessari chiarimenti, riscuote un notevole apprezzamento tanto che in ogni edizione viene registrato un incremento di partecipanti. L'11 aprile, come ogni anno, grazie alla Giornata mondiale, si è alzato il sipario sull'universo Parkinson a Sassari. Dopo l'introduzione del dottor Paulus, che ha

presentato un elenco delle tante attività svolte negli ultimi mesi, sia quelle scientifiche in collaborazione con il Centro dei Disordini del Movimento, sia quelle socio-culturali e riabilitative organizzate dalla Associazione Parkinson Sassari, ha preso la parola l'assessore alle Politiche Sociali del Comune di Sassari, Maria Grazia Manca, che si è mostrata molto impressionata dalle molte iniziative utili e dagli ottimi risultati ottenuti. In particolare, l'assessore si è complimentato per l'impegno dell'Associazione e del Centro mirato alla gestione della malattia di Parkinson nel suo insieme, perchè non solo ci si occupa della patologia in senso stretto, ma ci si prende cura dell'ammalato e dei suoi familiari. Queste attività, ha rimarcato l'assessore Manca, sarebbero perfettamente in linea con l'intento dell'Assessorato alle Politiche Sociali e cioè quello di promuovere una maggiore attenzione ai bisogni e le difficoltà di tutti coloro che necessitano di assistenza, sensibilizzando la comunità e individuando risorse umane per migliorare le capacità assistenziali e ottimizzare l'intervento pubblico nell'interesse di tutta la collettività. Allora ben venga il progetto "E tu cosa provi?" della Psicologia Clinica dell'AOU di Sassari, nel quale l'équipe di psicologi, sotto la guida del dott. Giovanni Carpentras, pianifica una serie di appuntamenti dedicati ad ammalati e familiari, per indagare sulla loro qualità di vita, sulle rispettive emozioni, proponendo diverse linee di condotta per migliorare gli scenari familiari dove la convivenza con una malattia neurodegenerativa cronica mette a dura prova tutti

i partecipanti. L'assessore, infine, si è mostrato molto sensibile all'attuale problema della Associazione Parkinson Sassari, che è quello di non aver una propria sede e di essere costretta a svolgere le varie attività di teatro, ginnastica di gruppo, sportello d'ascolto, e danza terapia, oltre a riunioni, assemblee, ed eventi scientifici, in diversi locali sparsi per la città. Il direttore sanitario dell'Azienda Ospedaliera Universitaria, Antonella Viridis, ha ripreso il discorso dell'assessore, evidenziando la necessità di coesione tra le varie forze in campo per garantire una soddisfacente e sostenibile gestione della patologia in tutti i suoi aspetti. Il direttore sanitario ha iniziato da poco le sue funzioni nel direttivo della AOU ma essendo un chirurgo conosce molto bene le problematiche legate al Parkinson.

Il professor GianPiero Sechi, nuovo responsabile della Clinica Neurologica, ha invece aperto la sessione scientifica della mattinata con una breve introduzione alla malattia stessa, per proseguire successivamente a una interessante lettura sulla storia del principale farmaco del Parkinson, la dopamina. Rispondendo alle molte domande rivoltegli dal pubblico, Sechi ha lodato il lavoro del dott. Paulus, esortando però a non fermarsi, anzi a intensificare gli sforzi per portare avanti la ricerca scientifica locale. Il neurologo tedesco ha accolto positivamente l'incitamento del suo professore, ricordando due lavori appena pubblicati in altrettante riviste scientifiche internazionali sui problemi di postura nella malattia, e ha anticipato alcuni contenuti di una ricerca at-

tualmente in corso, insieme all'Istituto di Microbiologia dell'Università sassarese, a riguardo di una possibile causa ambientale del Parkinson. Ha preso, quindi, la parola il dott. Carpentras illustrando il suo lavoro "E tu cosa provi?", avviato da qualche mese con ammalati e familiari; un intervento molto partecipato anche dalla sala, perché parlando di emozioni positive e negative molti si sono riconosciuti in questo complesso percorso. Il convegno è proseguito con l'intervento del prof. Pier Andrea Serra del Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale su "leggende e verità dell'utilizzo di sostanze antiossidanti nella malattia di Parkinson". La brillante relazione ha riscosso largo consenso, ed è interessante osservare come il farmacologo, parlando di cellule staminali e del sonno, sia riuscito a catturare l'attenzione di tutti spiegando argomenti difficili in termini semplici e comprensibili.

Altrettanto interessante è stato l'exkursus del prof. Alessio Pirino, del Dipartimento di Scienze Biomediche, sulla storia e i vari campi di applicazione dell'agopuntura; ammiccando al direttore della Neurologia il professore di Anatomia ha svelato l'idea di un progetto ideato insieme a prof. Serra e dott. Paulus sui possibili benefici dell'agopuntura nella malattia di Parkinson. Infine, la psicologa Angela Merella, assistente del dott. Carpentras, ha riferito i primi risultati della sua ricerca sull'applicazione delle tecniche di bioenergetica su alcune persone affette da Parkinson. Non poteva mancare la psicologa Iole Sotgiu, che allo sportello d'ascolto dell'Associazione

raccoglie da due anni testimonianze della convivenza con una malattia forse non guaribile ma verosimilmente gestibile. La Giornata si è conclusa con la premiazione, da parte del presidente Franco Delli, del personaggio dell'anno scelto dall'Associazione Parkinson Sassari: la dott.ssa Pinuccia Sanna della Riabilitazione della ASL di Sassari, che da circa un anno con la sua instancabile dedizione e la sua simpatia, fa dimenticare agli ammalati deambulatori e sedie a rotelle. L'incontro del 13 aprile ha aperto una piccola finestra su alcune eccellenze della Sanità sassarese; ora l'appuntamento è per il 28 novembre, con la prossima Giornata Nazionale della Malattia di Parkinson.



Prof. Gian Pietro Sechi durante il suo intervento

Associazione Gouro: venti anni di assistenza gratuita socio sanitaria per emarginati

Dopo quasi 20 anni di impegno sul campo, l'associazione Gouro è costretta a chiudere. Il gruppo di volontari è stato fondato nel 1998 per l'assistenza gratuita socio sanitaria degli stranieri irregolari e nomadi, ed è stato costantemente operativo presso le suore Vincenziane di via Solari. Successivamente, dopo varie lotte, nel 2008 abbiamo ottenuto dalla Regione Sardegna l'autorizzazione a chiedere direttamente il codice STP che, dopo il rilascio della ASL N.1, consentiva agli extracomunitari non in regola con il permesso di soggiorno (che costituiscono una comunità particolarmente sensibile per le condizioni di indigenza e di disagio in cui spesso vivono) di accedere al servizio sanitario nazionale e a Gouro di prestare l'assistenza presso uno stabile di via Tempio a stretto contatto con gli altri servizi.

Attualmente il gruppo è così composto: sei medici di medicina generale, Luisa Linguini, Caterinangela Fanni, Rita Pruneddu, Natalia Santoni, Franca Tedde, Maria Pia Trogu, tre medici specialisti, Nanna Costa dermatologa, Donatella Moroso ginecologa, Maria Muroi psichiatra, una tirocinante, Giulia Bertoli, sette dedicati all'accoglienza, Caterina Brau, Caterina Bruno, Maria Assunta Campus, Francesca Falchi, Graziella Pistidda, Maria Assunta Stocchino, Maria Vandi.

Le attività svolte presso l'ambulatorio di via Tempio hanno garantito costantemente l'assistenza sanitaria di base, le prescrizioni per gli accertamenti, le consulenze specialistiche necessarie e hanno offerto un servizio con un alto indice di gradimento da parte dell'utenza. Inoltre la reale capacità del-

l'accoglienza ha offerto costanti indicazioni logistiche, solidarietà civile, sociale e culturale e perseguito il fine della solidarietà e della promozione umana degli stranieri adulti e minori. Tali attività e le conseguenti pratiche non hanno comportato alcun onere finanziario né per la ASL né per lo straniero presente nel territorio, in quanto a carico del Ministero degli Interni. Gouro ha praticato a proprie spese gli aggiornamenti, l'assicurazione per i rischi professionali, la formazione permanente sulla tematica della medicina delle migrazioni. Gouro ha

collaborato con le strutture territoriali responsabili della formazione degli stranieri, con l'associazione umanitaria Emergency fin dalla loro organizzazione e presenza nel territorio. La cooperazione con la ASL N.1 si è svolta con soddisfazione delle parti fino a che è sorto il

motivo di contesa: la richiesta nostra nel 2013 di regolarizzare, sempre a titolo gratuito, il rapporto Gouro - ASL, siglando una convenzione. Le nostre ripetute sollecitazioni sono state disattese nonostante la prosecuzione dell'erogazione del servizio. L'ultimo atto si è compiuto a settembre del 2014 quando, con la collocazione in quiescenza del presidente Gouro, la ASL ci ha respinto la richiesta di assegnazione del ricettario SSN per l'esclusivo utilizzo all'interno delle prestazioni per stranieri e nomadi. La nostra collaborazione con la ASL si è di necessità interrotta ma negli ultimi incontri bilaterali si è convenuto di creare una nuova struttura istituzionale che continui il cammino da noi percorso in questi lunghi anni con professionalità e passione.

Caterina Angela Fanni



Foto di gruppo per l'associazione Gouro

Le attività di MK ONLUS

Un pozzo sardo per il Burkina Faso. Storie di medici al servizio del mondo che soffre

Abbiamo intervistato Salvatore Masia, oculista, al ritorno da un viaggio umanitario in Togo. Gli abbiamo fatto alcune domande sulle attività della ONLUS per la quale opera, scoprendo il grande cuore che anima le attività dei volontari che la sostengono. (F.B.D.)

Cosa è MK Onlus?

MK è la Onlus dei Lions italiani che dal 2003 opera in Burkina Faso per sostenere la popolazione locale, in particolar modo i bambini. L'obiettivo principale è il contrasto delle malattie killer che ancora oggi, purtroppo, falciiano la popolazione burkinabè, ma negli anni la nostra attività si è sempre più estesa e radicata dando vita a progetti alimentari, di alfabetizzazione, di sostegno e di formazione all'economia ed all'agricoltura con la costruzione di ben 47 pozzi nei villaggi, oltre che a progetti sanitari. Abbiamo instaurato proficue collaborazioni con i Lions Club locali, con ospedali e orfanotrofi, con Ministeri nazionali ed imprese professionali. Il Governo del Burkina Faso ci ha riconosciuto come ONG operante

sul loro territorio. Attualmente siamo circa sessanta Lions - tutti volontari - impegnati in MK Onlus, sia nelle attività in Italia che nelle missioni in Burkina Faso.

Quali sono le principali realizzazioni di MK?

Molti sono gli obiettivi portati avanti e raggiunti dalla nostra ONLUS, faccio un breve elenco dei principali:

- 1) Vaccinate contro la meningite 433.556 persone da 1 a 29 anni.
- 2) Costruiti 47 pozzi di acqua potabile.
- 3) Dal 2007 MK garantisce il fabbisogno annuo di viveri a 4 orfanotrofi e 4 CREN (Centri Recupero Educazione Nutrizionale).
- 4) Migliaia di visite mediche pediatriche, ginecologiche, dentistiche, oculistiche da parte di una ventina di medici volontari Lions Italiani.

Nel Centro Medico "Don Orione" a Ouagadougou visite oculistiche, chirurgia oculare e trattamenti fisiatrici.

- 5) Rifacimento del CREN di Boussè (cucina, servizi sanitari e camere di degenza).

Creazione del reparto di Pneumologia infantile dell'ospedale universitario pediatrico a Ouagadougou.

- 7) Formazione di giovani medici: 5 stages di 3 mesi in Italia; formazione di giovani agricoltori: 5 stages in 2 anni; corsi di aggiornamento per medici ginecologi e personale infermieristico.

- 8) Educazione igienico-sanitaria nelle scuole.

- 9) Donazioni a varie strutture ospedaliere: 1



Salvatore Masia assieme all'equipe medica che lo supporta



In sala operatoria

TAC, 3 riuniti per odontoiatria, 2 ecografi, 2 colposcopi, 2 microscopi, 2 apparecchi RX specialistici, 1 gabinetto dentistico pediatrico, Kit per diagnosi di HIV, Strumentazione chirurgica, zanzariere, bilancia elettronica per farmacia, etc.

10) Circa 300 sostegni a distanza in 4 orfanotrofi: "Le Saints Innocents" di Ziniaré, "La cité des enfants" di Boulsa, "Anadji" di Koudougou, "Hotel maternel" di Ouagadougou. Contributi per sostegno a distanza: 50 euro annui per frequenza scolastica, 100 euro annui per scuola e mensa, 200 euro per alimentazione annua di un neonato.

11) In occasione delle missioni dei volontari vengono portati, oltre a medicinali, materiale scolastico e vestiario per adulti e bambini.

12) Dopo 7 anni di attività assistenziale in BF MK ha raggiunto un investimento reale superiore al milione di Euro. Oltre alla raccolta fondi con manifestazioni, ci sono le donazioni dei privati, dei Lions Club italiani, di contributi della Fondazione Internazionale dei Lions Club (LCIF), della regione Veneto, del 5x1000. Un valore inestimabile è quello dell'ap-

porto professionale di moltissimi volontari (medici, tecnici, legali, commercialisti) che si sono prodigati e si prodigano per MK. Tutto questo ci ha portato, nel 2011, al riconoscimento di ONG da parte del governo Burkinabè.

Quante volte sei andato in Africa di persona e quali sono state le attività che hai intrapreso?

Sono stato 3 volte in Burkina Faso, 3 volte in Togo, 1 volta in Madagascar, 1 volta in Angola, e 1 volta nella Amazzonia Ecuadoriana.

Nelle 3 missioni in Burkina Faso ho messo a disposizione la mia professione di medico oculista, per cui ho visitato centinaia di persone bisognose, nei villaggi e negli orfanotrofi assistiti da MK, mentre nel centro medico "Don Orione" di Ouagadougou, ho praticato numerosi interventi di chirurgia oculare soprattutto per cataratta e glaucoma.

Quanto è importante l'acqua per un piccolo villaggio del Burkina Faso?

L'Harmattan, il vento del nord, ti porta la polvere

in bocca, polvere di terra rossa che non accoglie acqua da molti mesi. Quando la folata si placa si vedono le capanne da cui escono bambini che si confondono con l'ambiente. Gli uomini al lato della strada non alzano la testa mentre stancamente curano il pascolo. Le donne invece sono sempre al lavoro: "il n'y a pas l'Afrique sans les femmes" recita un detto. Sono ombre che scompaiono fra le capanne portando sul dorso un fagotto leggerissimo di un bimbo. La fatica quotidiana delle donne è procurarsi l'acqua: acqua fangosa se viene da un pozzo artesiano scavato da anni, profondo pochi metri oppure acqua pulita e potabile da un pozzo profondo 70-100 metri, donato da anime generose, che non si esaurirà per moltissimi anni, e che rappresenta la vita per i fortunati che possono attingervi. L'acqua porta nel villaggio la speranza per un futuro più sano, per la coltivazione della terra, per la scolarizzazione dei bambini sacrificati al pesante trasporto dell'acqua da luoghi lontani. Nell'Africa subsahariana più del 40% della popolazione non ha accesso ad acqua pulita. La diarrea è la principale causa di malattia e di morte e l'88% dei decessi per diarrea è legato alla mancanza di servizi igienici e di acqua pulita per bere e lavarsi. La siccità e la conseguente assenza di qualsiasi attività agricola è la causa prin-

cipale dell'estrema povertà nei villaggi della savana. In 7 anni MK ha costruito 47 pozzi: ogni pozzo soddisfa il bisogno di circa 2000 persone. L'accesso ai pozzi è controllato dalle donne del villaggio, ogni prelievo viene registrato, così i pozzi sono vissuti come beni collettivi di cui la comunità è responsabile. Ogni pozzo porta il nome dello sponsor donatore. Da questa vitale necessità è nata la mia idea di una raccolta fondi in Sardegna per donare a un villaggio Burkinaabè un pozzo tutto sardo: controllo personalmente tutte le donazioni e seguo lo svolgimento delle operazioni che porteranno alla costruzione del pozzo; se tutto va bene verrà costruito durante questa estate e verrà inaugurato in Novembre con la prossima missione a cui parteciperò.

Com'è la situazione sanitaria in Africa?

In quasi tutti i paesi Africani l'assistenza sanitaria pubblica non esiste; le poche strutture esistenti sono spesso fatiscenti e il personale sanitario poco preparato e demotivato, inoltre tutti quelli che hanno necessità di ricorrere alle cure di un medico, devono pagarsi ogni tipo di prestazione. Molte patologie arrivano tardi all'osservazione: quelle croniche (diabete, ipertensione arteriosa, glaucoma) vengono curate fino a quando i malati hanno le possibilità econo-



Un pozzo nel Burkina Faso



Un pozzo nel Burkina Faso

miche per farlo. L'endemismo di molte malattie come la Malaria, la Oncocercosi, la Tripanosomiasi, la Filariasi, la Bilharziosi etc. completano il tragico quadro sanitario. Consiglio ai colleghi di fare un'esperienza di volontariato in Africa perché si fa qualcosa di utile per questi popoli afflitti da tanti problemi, si fa esperienza personale di cosa siano queste realtà e si intraprende un avventuroso viaggio dell'anima alla ricerca di se stessi. Nel caso qualche collega abbia voglia di "sporcarsi le mani" sul campo, unendosi al gruppo di volontari che già partecipa a queste missioni, può contattarmi presso la mia mail masiasalvatore@gmail.com

Salvatore Masia è medico chirurgo, specialista in oftalmologia, libero professionista

(F.B.D.)

Nel caso si volesse partecipare all'iniziativa "Costruiamo un pozzo sardo per il Burkina Faso" con MK Onlus, potete fare un bonifico indirizzato a: Unicredit Banca - Via 1° Maggio, 6 - 20090 Segrate (MI)

Intestatario: I Lions italiani contro le malattie killer dei bambini - onlus

IBAN : IT9000200820600000100894734

Causale: Un pozzo sardo per il Burkina Faso

Per saperne di più collegati al sito di MK: <http://www.mkonlus.org/it/>

Mal d'Africa

"Ci sono due mal d'Africa.

Il nostro, che è come un sogno.

E il loro, che è come un incubo.

Il mal d'Africa bianco è dolce come la vita,
quello nero è amaro come la morte.

Per noi è un bellissimo ricordo,
per loro un pessimo futuro.

Il vero mal d'Africa non viene a chi parte.

Rimane a chi resta.

Prima o poi a noi passa.

A loro no.

Non c'è da stupirsi se dall'Africa ci portiamo via il mal d'Africa, dal momento che abbiamo sempre portato via tutto. Diamanti e avorio, oro giallo e oro nero, gazzelle e leoni, uomini e donne.

Noi lo chiamiamo mal d'Africa, loro dovrebbero chiamarlo mal d'Occidente.

Prima che i bianchi mettessero piede nel continente nero il mal d'Africa non esisteva.

Lo capisce anche un bambino.

Soprattutto se africano."

Oliviero Toscani

In cerca di "L'uomo dal fiore in bocca"

Epitelioma si chiama. Pronunzii, sentirà che dolcezza: epitelioma... La morte, capisce? È passata. M'ha ficcato questo fiore in bocca, e m'ha detto: "Tienitelo, caro: ripasserò fra otto dieci mesi!" (L. Pirandello)

In occasione dell'avvicinarsi del 16 Maggio, giornata dedicata alla sensibilizzazione alla prevenzione delle patologie tumorali del cavo orale, indetta per il IX anno consecutivo dalla Fondazione ANDI Onlus (Associazione Nazionale Medici Dentisti), mi preme fare alcune riflessioni ed esternare qualche breve considerazione, approfittando della gentile disponibilità offertami dal bollettino periodico del nostro Ordine dei Medici ed Odontoiatri e dirigendo uno dei Centri di Riferimento Regionale della Sardegna per quanto riguarda la prevenzione del carcinoma del cavo orale.

Il carcinoma del cavo orale è tra i pochi tumori maligni del nostro organismo in costante e continuo aumento. L'incidenza annuale in Italia è di circa 12 nuovi casi su 100.000 abitanti (con netta preponderanza maschile). Questo vuol dire, in termini pratici, che nella nostra splendida regione ogni anno si ammalano di cancro del cavo orale (considerando con questo termine le labbra, la mucosa delle gengive, delle guance, la lingua ed il palato) circa 200 persone,

riferendomi ad una popolazione di poco più di 1.500.000 abitanti. Il carcinoma del cavo orale (più universalmente conosciuto cancro del cavo orale) è una malattia ad alta mortalità, nonostante che, dagli anni 60 ad oggi, si sia assistito ad una diminuzione della mortalità passando dal 60% al 42% nella popolazione europea. Ovvero in Europa complessivamente muoiono 42 pazienti su 100 affetti da cancro del cavo orale, diagnosticati e trattati. Questi dati si riferiscono ad un periodo di cinque anni dopo il trattamento, considerando il paziente sopravvissuto al quinto anno dal trattamento, clinicamente guarito dalla malattia, essendo estremamente rara la ripresa della malattia dopo il quinto anno. Purtroppo nonostante il progresso di questi ultimi decenni, il 42% dei malati di cancro del cavo orale non sopravvive oltre il 5° anno dopo la diagnosi ed il trattamento.

È ovvio che in mancanza di trattamento congruo, la mortalità è del 100%. La letteratura scientifica internazionale è priva di casi documentati di guarigione in assenza di trattamento.

Abbiamo assistito in questi anni alla diminuzione della mortalità, ovvero all'aumento della sopravvivenza, grazie al notevole progresso della diagnostica per immagini (TAC, RMN, PET etc), che ci consente di intercettare prima la neoplasia e studiarne le reali dimensioni, grazie all'evoluzione della Radioterapia



Carcinoma del pavimento orale: a sinistra una lesione diagnosticata precocemente, a destra una lesione in stato avanzato, col caratteristico aspetto a cavolfiore.



T1 sul margine linguale, effetti della terapia chirurgica su una lesione di piccole dimensioni

e delle terapie integrate Radio-Chemio e non ultima grazie all'impulso delle tecniche di chirurgia ricostruttiva cervico-facciale, che pone il chirurgo che sta asportando il tumore, in uno stato di maggiore tranquillità rispetto al passato, venendo meno la preoccupazione per la chiusura del difetto, in virtù della possibilità di ricostruire immediatamente anche grosse perdite di tessuto del cavo orale, senza che ne residuino importanti mutilazioni funzionali ed estetiche.

Il cancro del cavo orale è quindi una malattia mortale ma dalla quale si può guarire, e la percentuale di guarigione è tanto più alta quanto più immediata è la diagnosi, quindi più circoscritto il tumore, e tanto più mirata e congrua è l'opzione terapeutica.

La diagnosi precoce ha quindi un ruolo fondamentale non solo per la sopravvivenza del paziente ma anche per la sua qualità di vita. L'asportazione di un tumore piccolo comporta infatti una mutilazione più circoscritta e senz'altro un'aspettativa di vita superiore senza grosse alterazioni della fisionomia originaria del paziente o a carico delle sue principali funzioni dell'apparato stomatognatico e mi riferisco alla masticazione, alla deglutizione, alla fonazione ed anche alla respirazione.

Lo spostamento in avanti dell'età media della popolazione fa sì che l'individuo nella 5° e 6° decade di vita (periodo in cui si registra la massima incidenza di cancro del cavo orale) sia un individuo vitale che abbia, a pieno diritto, tutte le ragioni per essere rinserito, al termine del trattamento, nell'ambito familiare, sociale e lavorativo.

Solo in questa maniera si può sconfiggere la malattia cancro, garantendo al malato oncologico la massima sopravvivenza e la più alta qualità di vita possibile, evitando di farne un recluso, costretto dalle sue evidenti stigmate. La bocca ed il volto sono

il distretto del corpo che nella nostra civiltà nascondiamo meno possibile, sono lo strumento che ci permette di interrelazionarci con il prossimo, che ci permette di comunicare con l'ambiente circostante, che più di altre parti del corpo ci caratterizza. Una lesione neoplastica anche di dimensioni ampie ma in un altro distretto, può passare inosservata, nell'ambito del volto una lesione piccola è quasi sempre individuabile e percepibile dagli altri.

Il primo postulato della oncologia del cavo orale è l'assoluta necessità della diagnosi precoce; infatti solo asportando una lesione di dimensioni limitate avremo la riduzione della demolizione; il secondo punto fermo è la necessità di ricorrere alla ricostruzione contestuale del difetto che ne deriva, nella maniera più estetica e funzionale possibile.

La prevenzione dal cancro del cavo orale si attua mediante l'eliminazione di abitudini voluttuarie quali il tabagismo e l'uso di alcoolici, mediante l'astensione dalla prolungata esposizione alle radiazioni solari per quanto riguarda le labbra, mediante l'osservazione di consuetudini di scrupolosa igiene orale e intercettazione della presenza di spine irritative locali per le mucose del cavo orale (mi riferisco ad otturazioni debordanti e protesi incongrue).

Prevenzione è l'osservazione e l'eventuale rimozione di lesioni circoscritte delle mucose che hanno valenza di lesioni non ancora maligne ma cancerizzabili, mi riferisco a macchie biancastre desquamanti, le leucoplachie, visibili sempre all'interno del cavo orale in prossimità soprattutto dei margini linguali e della mucosa delle guance, all'altezza della linea occlusale dentale, macchie rossastre sfumate, le eritroplachie, di gran lunga molto più pericolose delle precedenti, il lichen planus, lesioni arboriformi o ulcerative, spesso contestuali a lesioni nodulari della cute.

Prevenzione è il monitoraggio delle mucose orali

in soggetti che presentano affezioni sistemiche, quali le sindromi da immunodeficienza, l'epatopatia alcolica o non, le disvitaminosi.

Prevenzione è soprattutto il trattamento immediato di quelle forme iniziali e già diagnosticate di cancro, prima che la crescita incontrollata e anarchica di questo, porti ad interventi mutilanti e passibili spesso di sequele.

La diagnosi precoce è tutt'oggi il vero tallone d'Achille della lotta al cancro del cavo orale. Questo appare paradossale in rapporto all'ampia visibilità ed accessibilità delle mucose, rispetto per esempio al polmone, allo stomaco od al fegato; nonostante ciò il 50% delle diagnosi sono fatte ben oltre il 6° mese dall'inizio del quadro sintomatologico ed obiettivo, quando ormai i buoi sono scappati dalla stalla ed è problematico recuperarli.

L'abitus tipico dei pazienti con carcinoma del cavo orale, caratterizzato da trascuratezza, da condizioni igieniche orali estremamente precarie, da indifferenza per le proprie condizioni di salute, non costituisce la sola causa di questo ritardo inspiegabile ed ingiustificabile. Spesso ed in maniera direi quasi criminale, il paziente è trattato dal proprio medico o odontoiatra con antibiotici o colluttori per mesi e mesi, assistendo all'evoluzione piuttosto che all'involuzione della malattia.

In aggiunta la mancata sensibilizzazione delle istituzioni al problema cancro del cavo orale, interesse sicuramente inferiore rispetto alle malattie neoplastiche di altri distretti, la penuria di centri ospedalieri in grado di trattare congruamente e seguire scrupolosamente questi pazienti nel tempo, la diffusione di eventi gestiti da relatori impreparati ed improvvisati, contribuiscono al dilazionamento o al ritardo della diagnosi o peggio alla misconoscenza della patologia.

Ogni lesione sospetta non passibile di guarigione

all'interno del cavo orale, dopo l'allontanamento dell'insulto traumatico deve obbligatoriamente essere sottoposta a biopsia, ovvero a diagnosi istologica previa l'asportazione parziale o totale della lesione stessa. Questa procedura estremamente banale può essere praticata in qualsiasi ambito ambulatoriale.

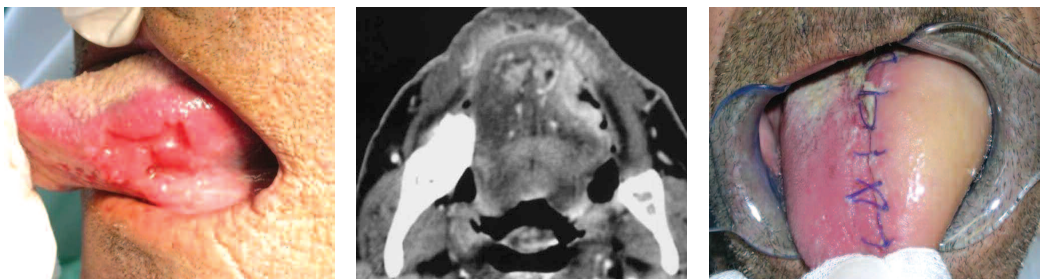
Nell'ambito della terapia, il trattamento è fondamentalmente chirurgico, anche se in determinate lesioni ottimi risultati si sono raggiunti con la radioterapia, mentre la chemioterapia utile nei trattamenti integrati chemio-radio degli stati estremamente avanzati, ha sicuramente una valenza nella malattia a distanza.

Operare subito ed operare bene, sapendo che la seconda volta può essere tardi ed inutile. Abbiamo solo un'unica cartuccia con cui fare centro ed è opportuno utilizzarla al meglio.

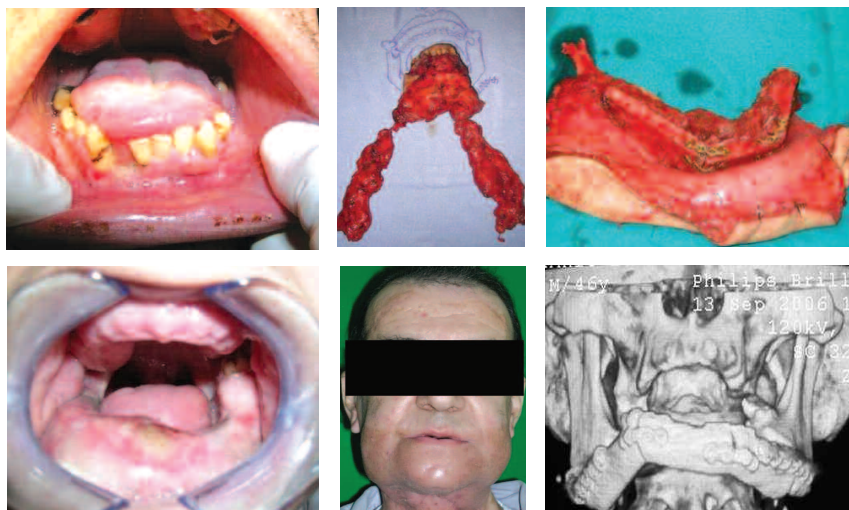
Il dilemma che attanaglia da sempre il chirurgo è sicuramente quanto tessuto sano circostante il tumore asportare, in maniera da garantire margini di resezione sicuri, ovvero l'asportazione di tutto il tumore senza effettuare un ipertrattamento pregiudicando il recupero estetico-funzionale della parte. Asportare più tessuto intorno al tumore non necessariamente garantisce il maggior controllo oncologico della malattia, creando di contro, in un ambiente limitato e circoscritto come il volto, molti più problemi in futuro.

Questo concetto è stato mirabilmente espresso dal prof. Umberto Veronesi qualche anno fa in un convegno ad Alghero: "si è passati dalla massima terapia tollerabile alla minima terapia efficace".

La ricostruzione chirurgica del difetto oggi giorno costituisce un atto operatorio imprescindibile dall'ablazione del tumore; la molteplicità delle varie opzioni ricostruttive devono essere insite nel bagaglio tecnico e culturale del chirurgo oncologico e della sua equipe; solo in casi rari e particolari la ricostru-



T2 margine linguale. Effetti della terapia chirurgica su una lesione di medie dimensioni



T2 margine linguale. Effetti della terapia chirurgica su una lesione di grandi dimensioni

zione non è considerata o è differita rispetto alla fase demolitiva.

Demolizione-ricostruzione contestuale del difetto chirurgico al fine di ottimizzare i tempi chirurgici, soprattutto qualora il paziente debba completare il suo protocollo terapeutico con la radioterapia (in questo caso poiché successiva e a completamento della chirurgia è detta "adiuvante") o con radio-chemio, certamente per restituirlo al mondo dei suoi affetti e possibilmente anche della sua sfera sociale-lavorativa.

Il controllo clinico del paziente operato deve essere obbligatoriamente periodico e scrupoloso dopo la dimissione ospedaliera, da praticarsi per i cinque anni successivi, mentre procedure correttive finalizzate al miglioramento della sua euritmia facciale ed al recupero delle sue funzioni: sgrassamento e rimodellamento dei lembi ricostruttivi, applicazione di impianti dentali nell'osso ricostruito etc., possono essere proposte sulla base delle motivazioni e del recupero generale del paziente stesso.

È chiaro che in questo lunghissimo iter, il chirurgo si debba avvalere sia nella fase preoperatoria ma soprattutto in quella successiva postoperatoria, della collaborazione dei familiari del malato, del supporto del suo ambiente e delle strutture sanitarie a lui prossime (medico ed odontoiatra curante).

Da parte nostra molto di più dobbiamo fare e ben vengano le campagne di sensibilizzazione da parte di tutte le associazioni (bisogna dare atto al-

l'ANDI di aver da sempre considerato prioritario il problema della prevenzione del carcinoma del cavo orale, così come all'AOOI Associazione Otorinolaringologi Ospedalieri Italiani che il 10 Aprile ha celebrato la 1° Giornata della prevenzione dei tumori del cavo orale) finalizzate al coinvolgimento degli organi d'informazione.

L'attenzione per questo problema deve portarci a considerare ogni giorno dell'anno il 10 Aprile o il 16 Maggio, perchè nel carcinoma del cavo orale non è assolutamente possibile differire a domani la diagnosi e la terapia, spesso già ieri è tardi. Intercettare prima possibile le lesioni sospette, assicurare la migliore terapia possibile, monitorare nel tempo i pazienti trattati.

Solo così assisteremo a una diminuzione dell'incidenza del cancro del cavo orale, a un aumento degli indici di sopravvivenza e alla riduzione delle sequele che il trattamento comporta, ben sapendo che il ruolo di noi clinici è fondamentale nella diagnosi e nel controllo della progressione della malattia, ma la battaglia contro il carcinoma del cavo orale così come di qualsiasi distretto del nostro corpo sarà vinta nei laboratori e negli istituti di ricerca da parte dei biologi, dei genetisti e degli oncologi.

Antonio Tullio

*Professore Ordinario di Chirurgia Maxillo-Facciale
Direttore U.O.C. Chirurgia Maxillo-Facciale
A.O.U. di Sassari*

Endoscopia digestiva terapeutica: una risorsa tecnologica per vasti campi di applicazione

L'endoscopia digestiva operativa

L'endoscopia digestiva permette di visualizzare tramite l'ausilio di video-endoscopi gran parte del tubo digerente. Gli esami più comunemente conosciuti ed eseguiti a scopo diagnostico con questa tecnica sono l'esofago-gastro-duodeno-scopia (EGDS) per studiare esofago, stomaco e duodeno, e la colonscopia per visualizzare il grosso intestino. Sebbene procedure estremamente conosciute e datate, l'evoluzione tecnologica dell'endoscopia digestiva ha permesso non solo di incrementare la qualità e l'accuratezza diagnostica delle patologie gastroenterologiche, ma

di Giovanni Rizzo



anche di assumere un ruolo fondamentale per quanto riguarda la sua funzione terapeutica (endoscopia operativa).

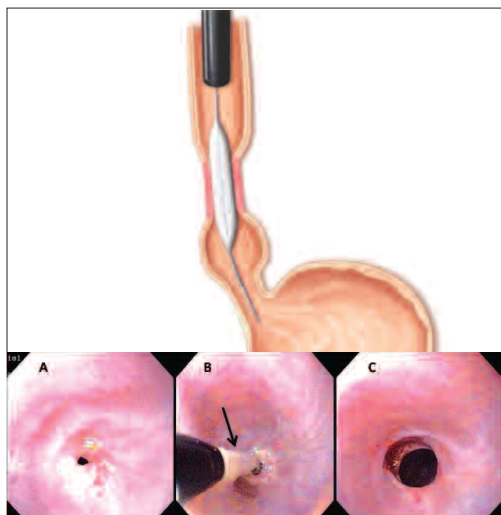
I nuovi strumenti endoscopici sono capaci di *performances* elevatissime (immagini in HD) e sono dotati di tecniche di magnificazione dell'immagine e della cromoendoscopia virtuale (attraverso le caratteristiche spettroscopiche del sistema di video-endoscopia e con l'applicazione di filtri ottici alla luce emessa, permette di migliorare la visualizzazione "microscopica" della mucosa). E', infatti, possibile individuare

lesioni di piccole dimensioni che non risultano visualizzabili con gli endoscopi tradizionali e addirittura classificarle secondo il cosiddetto *pit pattern* (studio della disposizione spaziale degli orifizi delle cripte ghiandolari), potendone predire il potenziale maligno e decidere al momento l'opzione terapeutica migliore.

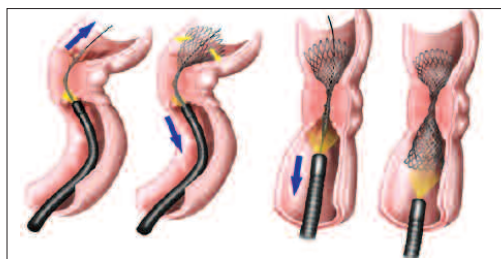
	Clinical classification		
	Non-neoplastic pattern	Non-invasive pattern	Invasive pattern
Kudo's classification	I - II	III - IIIs - IV - (part of VI)	VI - VN
Endoscopic findings			
Histology	Normal Hyperplastic polip	Adenoma "m" "sm-sight"	Ism profondo
Treatment	No treatment	Endoscopic treatment (Polypectomy or EMR)	Surgical treatment

Classificazione secondo il pit pattern delle lesioni coliche

L'endoscopia, nata come metodica diagnostica, si è quindi evoluta, essendo utilizzata oggi prevalentemente a scopo terapeutico e racchiudendo in sé anche quelle tecniche chirurgiche eseguibili mediante endoscopi. Per questo motivo, le nuove risorse tecnologiche e l'affinamento delle tecniche operative hanno elevato il rango della endoscopia digestiva a vera e propria disciplina micro-chirurgica, ponendola, di fatto, come anello di congiunzione tra la gastroenterologia e la chirurgia tradizionale. Questo appare ancora più realistico quando un esame endoscopico serve per completare un trattamento chirurgico o per rimediare



Esempio di dilatazione esofagea con pallone pneumatico per stenosi benigna



Esempio di posizionamento di stent colico per stenosi maligna

a qualche complicanza chirurgica come fistole, stenosi o emorragie e viceversa quando la chirurgia deve porre rimedio a qualche complicanza endoscopica (perforazione, sanguinamento, ematoma etc.)

Allo stato attuale, l'endoscopia digestiva operativa, per i suoi caratteri di bassa invasività e i vastissimi campi di applicazione, è da considerarsi uno step obbligato per la diagnosi, stadiazione e una valida opzione terapeutica in numerose patologie del tratto gastroenterico.

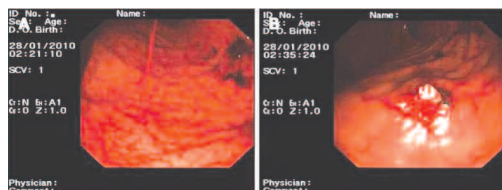
L'endoscopia appare come metodica di prima scelta nel trattamento delle stenosi benigne (anastomotiche, infiammatorie, da caustici) e talora maligne avanzate del tratto gastroenterico mediante dilatazione pneumatica e posizionamento di endoprotesi (stent). In quest'ultimo caso come trattamento palliativo o come "bridge to surgery" (ponte verso la chirurgia) in attesa di stabilizzazione e riso-

luzione di un'occlusione per poter affrontare il successivo intervento chirurgico. L'endoscopia risulta anche indicata per il trattamento di patologie benigne come l'acalasia e il diverticolo di Zenker mediante tecniche micro-chirurgiche endoscopiche, interventi che fino a poco tempo fa richiedevano un approccio chirurgico open.

Ad esempio, la POEM (Per Oral Endoscopic Myotomy), tecnica eseguita in centri specializzati, prevede il trattamento dell'acalasia eseguendo la miotomia delle fibre muscolari cardiaci solo per via endoscopica.

Anche in situazione di urgenza, oltre che a scopo diagnostico, l'endoscopia appare fondamentale e opzione di prima scelta per il trattamento dei sanguinamenti del tubo gastro-enterico. L'emostasi può essere eseguita mediante legatura elastica o sclerosi di varici esofagee oppure fermando lesioni sanguinanti con terapia iniettiva (adrenalina), termica (elettrobisturi mono - e bipolare), meccanica con clips metalliche e lacci (endo-loop) o ancora con l'argon-plasma (es. proctite post-attinica nei pazienti irradiati per neoplasia del retto).

Fondamentale è il ruolo dell'endoscopia nel trat-



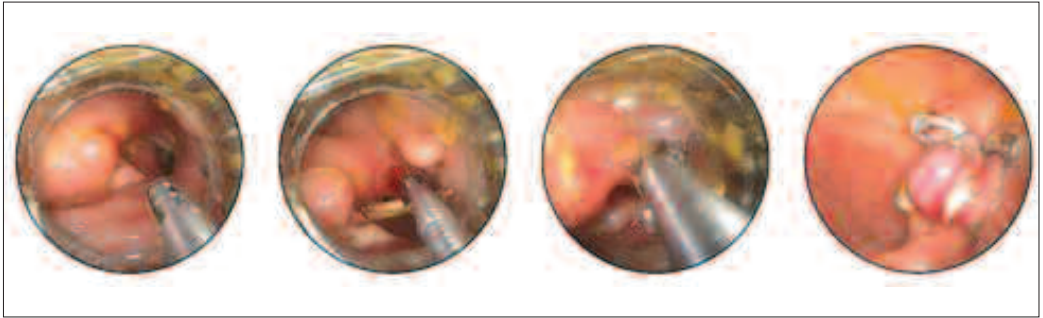
Esempio di emostasi con endoclip di ulcera di Dieulafoy

tamento delle lesioni pre-cancerose (polipi) e delle lesioni neoplastiche precoci (T1).

Le tecniche di polipectomia/mucosectomia ed ESD (endoscopic sub-mucosal dissection) permettono l'asportazione di queste lesioni sia a livello del tratto gastroenterico superiore che inferiore.

La mucosectomia (EMR) permette la rimozione di tessuto mucoso e sottomucoso con esposizione della muscolare propria.

La EMR è indicata quando la lesione neoplastica (bene differenziata e con margini di resezione indenni) non ha ancora invaso la muscolare propria e quando il rischio di linfonodi metastatici è assente. Uno dei vantaggi dell'EMR è di essere meno invasiva della chirurgia tradizionale, di avere meno rischi e meno complicanze. Tuttavia ha lo svantaggio di non



Es. di chiusura di fistola colo-rettale mediante utilizzo di clip OVESCO

poter asportare en bloc lesioni di dimensioni superiori a 25 mm con un aumentato rischio di tessuto adenomatoso residuo e di recidiva oltre che di possibili complicanze, e minore accuratezza dell'esame istologico in caso di asportazione piece-meal (a pezzi).

Un'alternativa all'EMR per lesioni sessili è la tecnica giapponese nota come dissezione endoscopica sottomucosa (ESD) che permette un'asportazione della lesione en bloc eliminando i limiti dell'asportazione in piece-meal.

Quest'ultima tecnica, per il momento, è eseguita in centri specializzati dotati di strumentazione specifica e usata solo da personale esperto in quanto il rischio di perforazione dei visceri risulta essere particolarmente elevato.

Altro capitolo dell'endoscopia operativa è il trattamento di certe complicanze della chirurgia digestiva, come ad esempio le fistole, mediante utilizzo di clip speciali o protesi endoluminali di diversa fattura (stent metallici, stent parzialmente o totalmente rivestiti o biodegradabili etc.)

Importante possibilità terapeutica, in particolare in chirurgia colo-rettale è la V.A.C. Therapy (Vacuum Assisted Closure Therapy).

Viene introdotta nel 1995 per trattare con pressione negativa ferite altrimenti di difficile gestione. La sua applicazione alla endoscopia, ossia l'ENDO-V.A.C. therapy viene invece descritta nel 2000 da Grutzmar e Weidanhagen per il trattamento di deiscenze anastomotiche coloretali applicando i medesimi concetti.

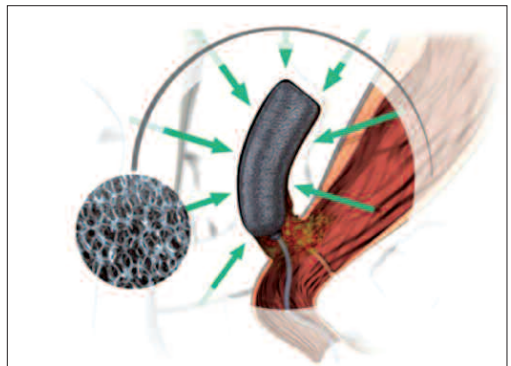
Lo strumento utilizzato (Endo-SPONGE) è formato da una spugna di poliuretano dotata di pori da 400 a 600 micron e dalle dimensioni standard, ma sagomabili, di 7 cm di lunghezza e 3 cm di diametro, connessa a un tubo di drenaggio per poter mantenere il sistema in aspirazione.

Il posizionamento del dispositivo viene eseguito

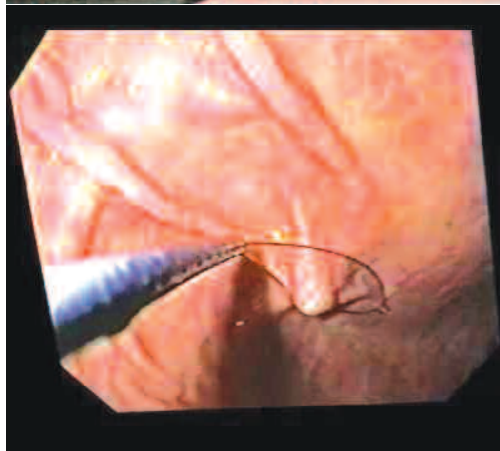
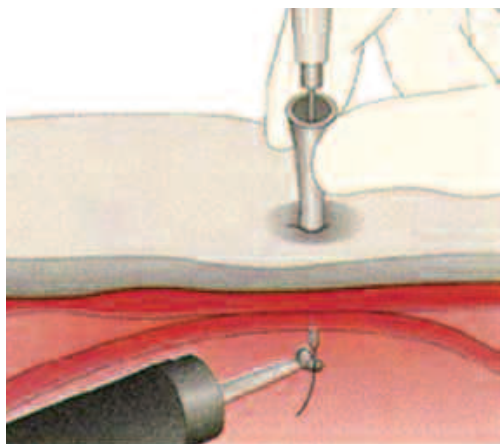
sotto guida endoscopica in modo da poter valutare in toto la lesione con relative misure (distanza dal margine anale e dimensioni della cavità).

Una volta che la spugna è introdotta nella cavità, si procede al collegamento del tubo di drenaggio del sistema V.A.C. al sistema di aspirazione.

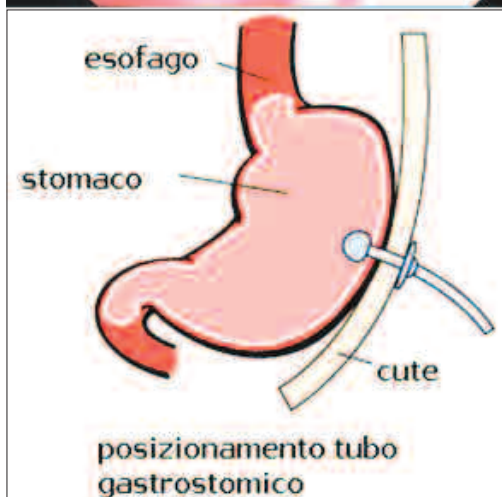
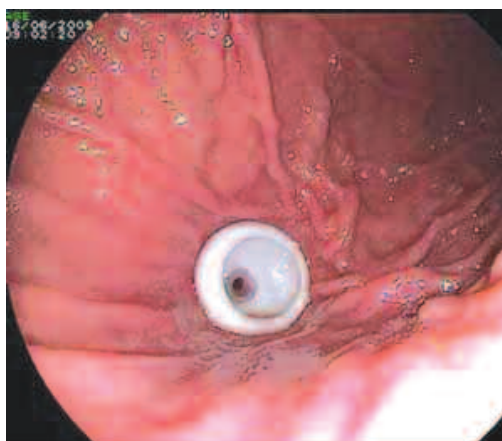
Il dispositivo è disegnato per rimanere in sede 48-72h, dopodiché si procede alla sua sostituzione. Il trattamento minimo necessario perché la procedura abbia effetto si è rivelato essere di 4 settimane. Durante la terapia non è sempre necessaria una copertura antibiotica e il paziente non avverte in genere dolore. Quando la cavità è di dimensioni < 1 cm di diametro e < 5 mm di profondità, questa si può considerare guarita, e tende a riepitelizzarsi a



Endo-Sponge



Schematizzazione di inserimento del filo-guida tramite un trocar infisso dalla parete addominale dentro lo stomaco e suo recupero con ansa



Posizionamento finale della sonda PEG

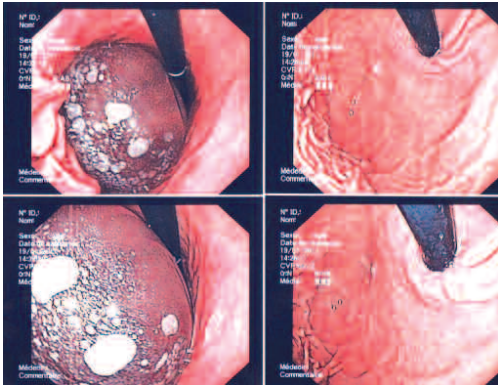
mo' di pseudo-diverticolo. Il ricovero per questo trattamento raramente è necessario, nella maggior parte dei casi si seguirà il paziente ambulatorialmente e la percentuale di guarigione totale è di circa il 90%.

Altra procedura che prima veniva effettuata chirurgicamente ad addome aperto, è la gastrostomia endoscopica percutanea (PEG), che viene utilizzata in quei pazienti che presentano disturbi organici e/o funzionali alla deglutizione, per permettere loro l'assunzione di cibi e di liquidi; ciò si verifica in patologie che interessino l'orofaringe, l'esofago, il mediastino (tumori, lesioni da caustici, stenosi peptiche...). La PEG è inoltre indicata in caso di patologie neurologiche (M. di Parkinson, Sclerosi multipla, vasculopatie cerebrali, M. di Alzheimer) quando, mancando il ri-

flesso della deglutizione, il paziente può incorrere nell'aspirazione di cibo nelle vie aeree con conseguente polmonite "ab-ingestis".

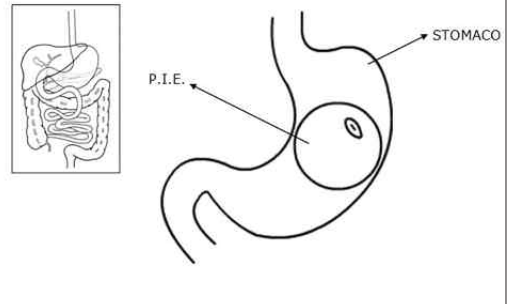
Attraverso tale sonda il nutrimento viene iniettato direttamente nella cavità gastrica. La PEG potrà essere rimossa in qualsiasi momento senza esiti se non una piccola cicatrice.

L'endoscopia è inoltre di ausilio nel posizionamento dei cosiddetti B.I.B. (bariatric intragastric balloon) per obesità grave. Il BIB permette di ridurre il volume gastrico senza gesti chirurgici sullo stomaco stesso. Viene utilizzato nei casi di obesità leggera o, al contrario, nei casi di super-obesità quando si voglia ottenere una riduzione del peso corporeo in vista di un intervento chirurgico, oppure ancora qualora si voglia testare l'adattabilità del paziente



Es. di posizionamento di BIB gastrico

IL PALLONCINO INTRAGASTRICO ENDOSCOPICO



alle restrizioni alimentari, in vista di un intervento chirurgico di riduzione gastrica.

Altre possibili ruoli dell'endoscopia operativa sono inoltre:

- La rimozione di corpi estranei
- La terapia ablativa a radiofrequenza (HALO system) di lesioni pre-cancerose esofagee (es. esofago di Barrett) o da gastropatia congestizia in pz. con ipertensione portale (GAVE syndrome).
- Posizionamento di sonde nutrizionali o decompressive (sondini naso-digiunali e naso-biliari)
- Tatuaggio con inchiostro di china delle lesioni neoplastiche coliche di aiuto al chirurgo per successivi interventi in laparoscopia

Capitolo importante dell'endoscopia digestiva operativa è la colangio-pancreatografia retrograda endoscopica (ERCP). Quest'ultima, nata come metodica diagnostica, è oggi una procedura utilizzata prevalentemente per la terapia di patologie delle vie biliari, del pancreas e della papilla di Vater. Il suo uso a scopo esclusivamente diagnostico è stato ormai soppiantato negli ultimi anni dall'introduzione della risonanza magnetica (colangio-RM), mentre l'ERCP è utilizzata per effettuare in maniera meno invasiva procedure chirurgiche che in passato necessitavano di un vero e proprio intervento. Questa metodica consiste nell'introduzione di un duodenoscopio attraverso la bocca e fino a raggiungere il duodeno, dove sboccano, unite in un unico canale le vie biliari, provenienti dal fegato, e il dotto pancreatico. Nel corso della procedura, l'endoscopista, mediante l'incannulamento della papilla di Vater e l'introduzione di mezzo di contrasto riesce a visualizzare tramite fluoroscopia l'albero biliare e pancreatico. Grazie poi a diversi strumenti (sfinterotomo, cestello di Dormia,

stent, etc.) sono possibili procedure terapeutiche per il trattamento di diverse condizioni patologiche.

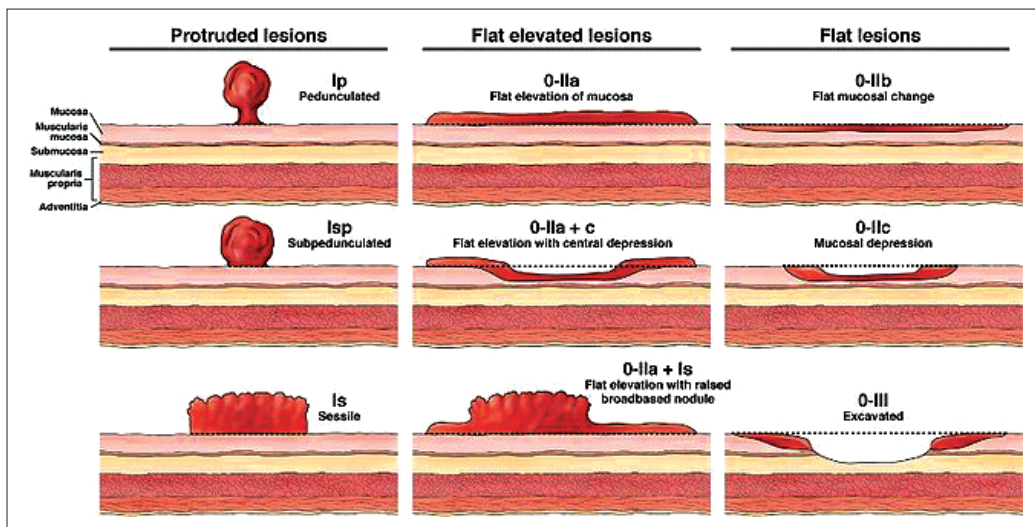
Di seguito le possibilità operative dell'ERCP:

- l'apertura in duodeno delle vie biliari e pancreatiche, effettuata mediante sezione della papilla di Vater e dello sfintere di Oddi
- l'estrazione di calcoli dalle vie biliari o dal pancreas
- l'inserimento di sondini naso-biliari o pancreatici
- la dilatazione di restringimenti dei dotti biliari e/o pancreatici (plastica endoscopica)
- l'inserimento di endoprotesi (STENT) all'interno di stenosi (benigne o maligne) delle vie biliari e/o pancreatiche o per il trattamento di fistole
- l'asportazione di neoformazioni a livello dello sbocco in duodeno delle vie biliari e pancreatiche (ampullectomia)
- lo svuotamento di cisti di origine pancreatica con messa in sede di endoprotesi.

Un cenno merita infine l'ecoendoscopia.

Questa è una metodica che associa l'endoscopia all'ecografia grazie al posizionamento sulla punta dell'endoscopio di una sonda con ecografo miniaturizzato ad emissione di frequenze molto alte, 5-10 MHz. La possibilità di posizionare la sonda a stretto contatto con la parete del tubo digerente, senza l'interposizione di aria, consente un'indagine accurata delle lesioni delle pareti dei visceri e delle strutture circostanti.

I più recenti dati della Letteratura scientifica di mostrano che attualmente l'eco-endoscopia è da considerare un imprescindibile complemento nella diagnostica di molte patologie consentendo di identificare e stadiare numerose neoplasie. Ma operativamente parlando, è inoltre possibile effettuare biop-



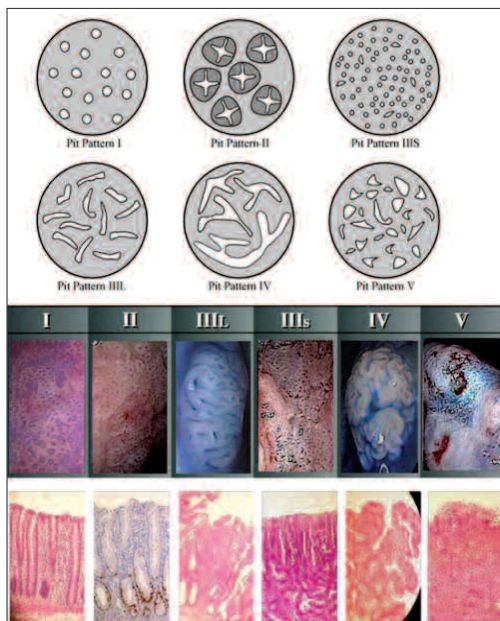
Classificazione di Parigi

sie di tessuto mirate con buon profilo di sicurezza, ottima precisione e tendenza a produrre meno "seeding" (diffusione della malattia tumorale attraverso il tragitto dell'ago), nonché la possibilità di raggiungere sedi anatomiche difficili o impossibili se non con metodiche chirurgiche.

Concludendo questo rapido panorama sulle potenzialità operative dell'endoscopia appare chiaro

come questa specialità sia andata e continuerà in futuro a dare sviluppi tecnologici e di applicazione clinica.

Ovviamente, data la complessità di alcune procedure, appare necessario che vi siano centri all'avanguardia dal punto di vista tecnologico e personale dedicato, specie in quelle aziende dove vi sono unità operative che svolgono chirurgia di alta complessità.



Classificazione di Kudo

Gli adenomi cancerizzati del colon-retto: radicalizzazione chirurgica vs sorveglianza endoscopica

Il polipo maligno del colon, o adenoma cancerizzato, rappresenta la forma più precoce di cancro del colon-retto. L'incidenza è pari al 7-8% all'anno e tali lesioni rappresentano il 2% di tutte le polipectomie. Questa diagnosi, oggi relativamente frequente per la crescente diffusione dei programmi di screening e dell'evoluzione tecnologica (magnificazione d'immagine e cromoendoscopia), pone spesso difficili problemi decisionali per il trattamento e successivi follow-up.

Il corretto trattamento del polipo cancerizzato, in particolare la valutazione della necessità di resezione chirurgica, non è infatti universalmente codificato e condiviso, sebbene differenti parametri diagnostici e classificativi delle lesioni possano guidare la scelta del medico.

Di fronte a un polipo del colon, l'endoscopista

**CONVOCAZIONE
ASSEMBLEA ORDINARIA
ANNUALE**

16 GIUGNO 2015

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI SASSARI

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

Gli iscritti sono convocati in Assemblea Ordinaria il giorno 14 giugno 2015 alle ore 24.00 in prima convocazione e il giorno **16 giugno 2015 alle ore 16,00 in seconda convocazione** a Sassari nella Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri in Via Cavour 71/b, piano terra.

Sarà discusso il seguente ordine del giorno:

1. Relazione del Vicepresidente;
2. Conto consuntivo anno 2014;
3. Variazioni e assestamenti al bilancio di previsione anno 2015;
4. Varie ed eventuali.

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

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

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

Nessun iscritto può essere investito di più di due deleghe.

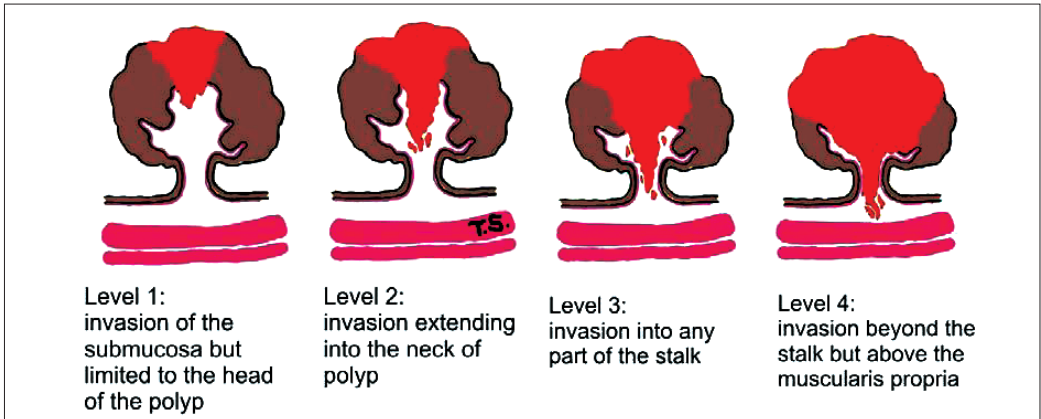
IL VICEPRESIDENTE



Il sottoscritto dott. delega a rappresentarlo nell'Assemblea Ordinaria dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del giorno **16 giugno 2015** il dott.

....., lì

firma



Livelli di infiltrazione del peduncolo sec. Haggitt

può già sospettare, in base alla sua morfologia, che questo sia cancerizzato e/o infiltrante. Tuttavia, nella pratica clinica, è estremamente facile sottostimare o sovrastimare la lesione.

Pertanto, l'imperativo per l'endoscopista è quello di resecare la lesione nella sua interezza e inviare al patologo materiale qualitativamente e quantitativamente adatto alla effettuazione di una diagnosi istopatologica corretta. Inoltre, sarà comunque necessario eseguire una minuziosa descrizione della lesione, facendo riferimento alla dimensione, sede, morfologia (sec. la classificazione di Parigi) e al pit pattern (morfologia ghiandolare), ponendo una prima indicazione sul rischio oncologico intrinseco nella lesione.

La diagnosi e il rischio oncologico sono attualmente definiti sui seguenti elementi:

- Grado istologico di differenziazione del carcinoma. Vengono distinti 4 gradi di differenziazione: da G1 (ben differenziato) a G4 (indifferenziato). Ai fini dell'indirizzo terapeutico si distingue basso grado (G1 e G2) ed alto grado (G3 e G4).
- Infiltrazione neoplastica dei vasi.
- "Budding" tumorale. Descrive la presenza di cellule di carcinoma isolate o disposte in gruppi di meno di 5 elementi nello stroma del margine di avanzamento tumorale: con ingrandimento X250. (Basso grado <5 focolai, alto grado >5 focolai).
- Stato del margine di resezione endoscopica. Positivo quando presenti cellule di carcinoma a meno di 1 mm dal margine.
- Rapporto percentuale tessuto Adenomatoso/-Adenocarcinoma: minori sono i volumi di carcinoma, più ridotto è il potenziale metastatico.

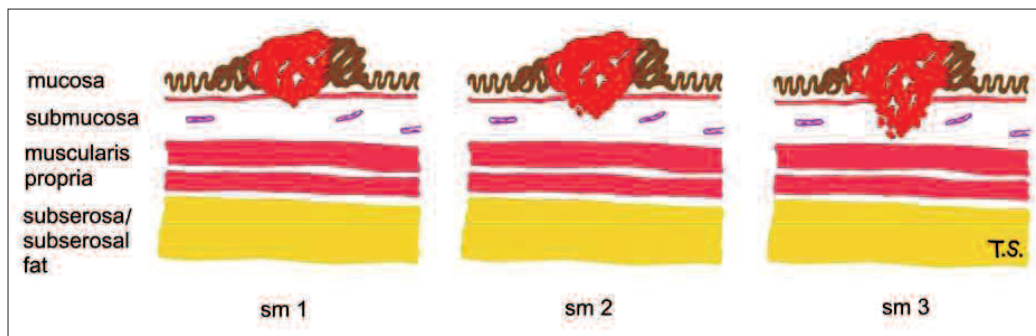
- Livello di infiltrazione.

Nei polipi pedunculati vengono seguite le indicazioni dello schema di Haggitt, nelle lesioni sessili i livelli di Kikuchi con l'interessamento degli strati della sottomucosa superiore (Sm1), medio (Sm2), inferiore (Sm3). Con l'incremento della invasione, il tasso di metastasi linfonodali aumenta: Sm1, 0% - 3%, Sm2, 5% - 10%, e Sm3, 10% - 15%.

Per le seguenti caratteristiche possiamo quindi distinguere polipi cancerizzati a basso e alto rischio con conseguente impatto decisionale sulla prosecuzione terapeutica versus sorveglianza endoscopica.

Per le forme a basso rischio la diffusione metastatica è inferiore all'1% (0,3% per adenomi maligni pedunculati e 1% per gli adenomi maligni sessili), mentre nelle forme ad alto rischio la diffusione supera il 10%.

Nel polipo cancerizzato ad alto rischio risulta evidente che il trattamento non può essere che chirurgico, a meno che il paziente non abbia importanti malattie associate che controindichino o rendano inaccettabile l'intervento. Il trattamento radicale di queste lesioni è caratterizzato da una buona prognosi, con una sopravvivenza a 5 anni, dopo resezione, del 90%-97% circa. Per quanto riguarda le lesioni con invasione sm2 tipo 0-Ip o Isp, la resezione endoscopica o locale deve avere soprattutto un significato diagnostico e in presenza di ulteriori fattori di rischio istologici, l'intervento di linfadenectomia si rende necessario. Per lesioni sm2 sessili con configurazione rilevata e depressione della superficie e sm3 di qualsiasi forma, la resezione chirurgica è l'opzione di scelta.



Livelli di infiltrazione sec. Kikuchi

Sorveglianza

In accordo con le linee guida europee pubblicate nel 2010, l'adenoma con displasia grave (o carcinoma intramucoso o carcinoma in situ), completamente asportato rientra nella categoria delle lesioni a rischio intermedio se di dimensioni < 20mm, oppure a rischio alto se > 20mm. Il controllo di sorveglianza sarà pertanto da eseguire rispettivamente a 3 anni e a 1 anno. Per il polipo cancerizzato completamente asportato, quando siano soddisfatti tutti i criteri di "non invasività" viene raccomandata una sorveglianza analoga a quella dei gruppi ad alto rischio, quindi entro 1 anno. Per i polipi cancerizzati ad alto rischio, in cui non possa essere effettuata una radi-

calizzazione chirurgica, le linee guida consigliano un follow-up più ravvicinato, per via di un maggiore rischio di recidiva. Viene suggerito che venga eseguita una sorveglianza endoscopica trimestrale nel primo anno del sito della polipectomia, che diventa poi semestrale nei successivi due anni. Il tipo di trattamento di queste lesioni, per quanto fin'ora accennato, è una decisione collegiale fra endoscopista, anatomopatologo, chirurgo e paziente.

L'endoscopista deve essere certo di aver rimosso interamente il polipo e aver recuperato tutti i frammenti. Tale condizione è molto importante soprattutto quando viene asportato un adenoma piatto con tecnica "piece-meal". L'anatomopatologo ha un ruolo fondamentale in quanto è proprio il suo referto che influenzerà la decisione se ritenere il trattamento endoscopico definitivo o se optare per la soluzione chirurgica. Quindi è importante che tale descrizione risponda ai criteri già esposti. Il chirurgo deve informare il paziente sul tipo d'intervento (per via laparotomica, laparoscopica, o per via trans rettale) e sui rischi (complicanze e mortalità) connessi all'atto chirurgico.

Il paziente, una volta che è stato correttamente informato sui pro e contro delle due soluzioni, deve, infine, prendere una decisione. Bisogna, comunque, che il paziente sia al corrente della possibilità, in caso di situazioni dubbie e complesse legate all'interpretazione istologica, di poter chiedere un secondo parere con altro specialista anatomopatologo, come viene suggerito nei protocolli dello screening nazionale del cancro colo rettale.

Giovanni Rizzo è *Dirigente Medico presso la Clinica Chirurgica dell'A.O.U. di Sassari (Direttore Prof. A. Porcu), Ambulatorio di Endoscopia Digestiva telefono 079-228392.*

Polipo cancerizzato a "basso rischio"

- ▶ Basso grado G1-G2
- ▶ Margine a più di 1 mm dalla infiltrazione
- ▶ Non invasione vascolare (ematica e/o linfatica)
- ▶ Infiltrazione limitata di livello 1 e 2 sec. Haggit e Kikuchi
- ▶ Ampiezza di invasione < 4 mm e profondità < 2 mm
- ▶ Resezione "en bloc"

Polipo cancerizzato ad "alto rischio"

- ▶ Grading "alto" (G3 G4)
- ▶ Infiltrazione a meno di 1 mm dal margine
- ▶ Invasione vascolare
- ▶ Livelli 3-4 sec. Haggit o Kikuchi
- ▶ Ampiezza di invasione > 4 mm e profondità > 2 mm
- ▶ Polipectomia "piecemeal"

Classificazione dei polipi cancerizzati a basso e alto rischio di metastatizzazione linfonodale

L'arrossamento dell'occhio: un sintomo espressione di varie patologie

L'arrossamento dell'occhio è una delle condizioni oftalmologiche più frequentemente osservate dal medico di base: quest'ultimo dovrà riconoscere tempestivamente i casi in cui è necessario l'intervento dell'oftalmologo. Se è vero che nella gran parte dei casi si tratta di congiuntiviti, è altrettanto vero che in alcuni casi l'occhio rosso è espressione di patologie più serie (attacco acuto di glaucoma, cheratiti, iridocicliti) che possono provocare rischi anche gravi per la funzione visiva del paziente se non diagnosticate e trattate adeguatamente. Il medico non specialista che spesso vede per primo il paziente con occhio rosso deve sapersi orientare nella diagnosi differenziale per dare un'indicazione di massima in attesa dell'intervento dello specialista. Il corteo sintomatologico dell'occhio rosso è molto eterogeneo, dalla totale assenza di sintomi si passa a quadri più complessi caratterizzati da sensazione di corpo estraneo, lacrimazione e do-

di Assunta Zodda



lore: quest'ultimo rappresenta un campanello d'allarme nel suddetto quadro clinico poiché indica il serio coinvolgimento del segmento bulbare anteriore. Nella pratica quotidiana si distinguono due grandi categorie di occhio rosso: dolente e non dolente. Tale distinzione impone il criterio d'urgenza nella valutazione del paziente con occhio rosso. Il ruolo del medico di famiglia sarà incentrato soprattutto sulla raccolta dell'anamnesi. Si dovranno acquisire informazioni circa le attività lavorative

(corpi estranei, allergie oculari), l'orario in cui si è osservata la comparsa di occhio rosso (maggiore incidenza di ipertensione oculare nelle ore notturne), pregressi interventi di chirurgia oculare (endofthalmiti settiche o sterili), uso di lenti a contatto (cheratiti), ipertensione arteriosa (emorragia sottocongiuntivale) o malattie reumatiche (uveite anteriore). Successivamente si dovrà verificare se è presente edema palpebrale, se l'occhio è rosso per iperemia diffusa dei vasi congiuntivali o per iperemia dei vasi episclerali percheratitici, se è presente secrezione, se la cornea è trasparente e se la pupilla reagisce alla luce. Passiamo quindi ad inquadrare le patologie che più frequentemente possono manifestarsi con un arrossamento delle membrane oculari.

Occhio rosso non dolente

Emorragie sottocongiuntivali

In questo caso non c'è iperemia ma il rosso è dovuto ad uno stravasamento di sangue per rottura di un vasellino congiuntivale. Compaiono all'improvviso,



Emorragia sottocongiuntivale



Congiuntivite batterica



Congiuntivite allergica grave

solitamente in seguito a sforzi, tosse o altre cause che determinano la brusca elevazione della pressione vascolare cefalica. Non hanno in genere alcuna importanza anche se il quadro clinico allarma il paziente. È opportuno controllare la pressione arteriosa e consigliare esami ematochimici e screenig emocoagulativo, ovviamente dopo aver tranquillizzato il paziente sull'innocuità per la vista di tale patologia.

Congiuntiviti

Le congiuntiviti costituiscono la principale causa di occhio rosso.

Possono essere causate da infezioni virali (adenovirus o virus erpetici), infezioni batteriche (prevalentemente stafilococchi e streptococchi) e allergie. I sintomi sono rappresentati da fotofobia e lacri-

mazione associati a secrezione purulenta nelle forme batteriche, sierosa in quelle virali e mucofilamentose con prurito in quelle allergiche.

Il trattamento delle forme virali è di supporto, e può comprendere l'applicazione di impacchi freddi, decogestionanti oculari e lacrime artificiali.

Il paziente deve essere inviato ad un oftalmologo nei casi in cui i sintomi non si risolvano dopo 7-10 giorni, oppure nel sospetto di un interessamento corneale. La somministrazione topica di corticosteroidi va condotta solo dopo visita specialistica.

Nelle forme batteriche, in prevalenza sostenute da Gram positivi, è raccomandato l'uso di colliri a base di cloramfenicolo o fluorochinoloni di

Il generazione (ofloxacina, ciprofloxacina). Nelle forme allergiche il trattamento con cortisonici è indicato nella fase acuta (sotto supervisione dello specialista) in associazione a vaso-costrittori (tetrastina) e antistaminici (levocabastina). Riepilogando, un aspetto di importanza fondamentale dal punto di vista del medico di base, riguarda il riconoscimento dei casi in cui occorre indirizzare il paziente all'attenzione di un oftalmologo. L'intervento dello specialista è necessario in caso di dolore intenso, riduzione dell'acuità visiva, lesioni traumatiche dell'occhio, recenti interventi chirurgici oculari, alterazioni pupillari e infezione erpetica.

Occhio rosso dolente

Uveite

Meno frequente, ma più grave, è la localizzazione dell'arrossamento congiuntivale lungo la circonfe-



Uveite

renza corneale che è indice di un'inflammatione più profonda perchè coinvolge i vasi che penetrano all'interno dell'occhio. Il paziente lamenterà dolore, fotofobia, lacrimazione ed annebbiamento visivo. Già il medico di famiglia potrà verificare che la pupilla è tendenzialmente miotica e poco reagente alla luce. Questo quadro deve essere riconosciuto tempestivamente sia per instaurare precocemente la terapia sia per evitare possibili complicanze (glaucoma secondario e cataratta complicata).

Attacco acuto di glaucoma

Vera emergenza oculistica. Ricorre più frequentemente negli ipermetropi e negli anziani ed è scatenato da diverse situazioni comportanti midriasi (esposizione ad ambienti poco illuminati, instillazione di midriatici).

Nella maggioranza dei casi è unilaterale. Si manifesta con un forte dolore oculare e periorbitario accompagnato da nausea e vomito, da un offuscamento della vista e dalla visione di aloni colorati intorno alle luci. Il paziente va inviato con urgenza dallo specialista poiché l'attacco acuto di glaucoma può con-

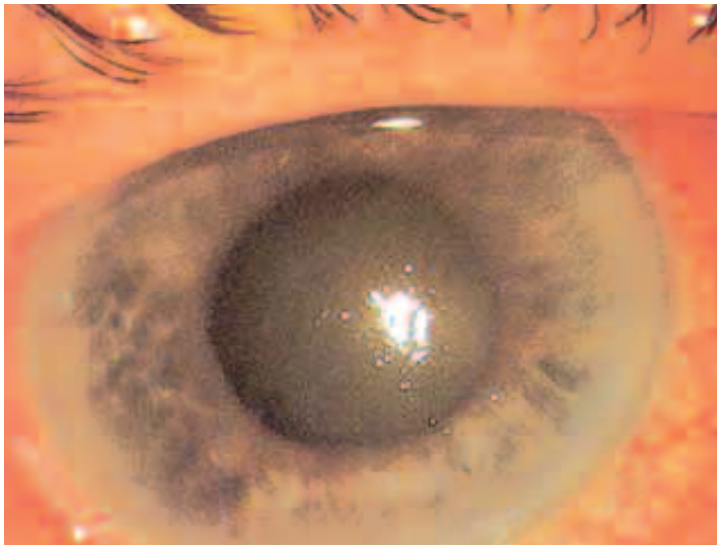
durire alla cecità entro poche ore dall'insorgenza, se non viene diagnosticato e opportunamente curato in tempo.

Cheratite superficiale

Anche la flogosi corneale costituisce un'urgenza oculistica per le severe complicanze a carico del segmento bulbare anteriore. Può essere provocata da numerosi fattori: dalla congiuntivite virale, dall'occhio secco, dai traumi oculari, dall'uso delle lenti a contatto e dalle anomalie di posizione

delle ciglia. Generalmente l'arrossamento oculare è accompagnato da fotofobia, dolore, sensazione di corpo estraneo e lacrimazione. Il rapido intervento dell'oculista potrà prevenire l'estensione del processo flogistico all'endotelio corneale, causa di sequele morfofunzionali.

Assunta Zodda è specializzanda, *Clinica Oculistica, Viale S. Pietro 43, Sassari, direttore Prof. Francesco Boscia*



Attacco acuto di glaucoma

Le lesioni complesse nell'infortunistica stradale e del lavoro

I traumi maggiori si riscontrano in notevole prevalenza negli incidenti stradali; raramente, se non in gare motociclistiche o automobilistiche, o nelle pericolose discese ripide dei campi sciistici, conseguono ad incidenti sportivi. Sono abbastanza frequenti, invece, negli infortuni sul lavoro in campo industriale e, soprattutto, in agricoltura.

Per traumi maggiori intendiamo quelli che implicano rotture muscoloscheletriche estese, a volte multiple e interessanti più regioni corporee. La chirurgia ricostruttiva risulta sempre molto complicata, impegnativa anche quando venga effettuata da mani di operatori esperti. Gli esiti sono in genere riconoscibili anche a distanza di anni, sia per la rilevanza dei postumi di ordine biologico e funzionale, che per quelli di ordine psicologico. Per "lesione complessa", come peraltro risulta dalla Classificazione di Gustilo, intendiamo, invece, quella conseguente a un trauma maggiore che sia stato alla base, oltreché del danno osteo-articolare, di una perdita di sostanza, ossea o cutanea, o anche vascolare o nervosa, per cui non sia neppure immaginabile una "restitutio ad integrum" funzionale e neppure biomeccanica. Determinante, in una lesione complessa, è sempre un impatto rilevante per cui la gravità, la massa, la forza o l'accelerazione, quasi sempre associate, agiscono seguendo i dettami della seconda Legge di Newton, producendo un'onda di shock che viene di regola definita "ad alta energia".

La distribuzione per organo funzionale dei traumi complessi è la seguente: mano 23%, torace 18%, arto superiore 17%, coscia 13%, ginocchio 11%, gamba e collo piede 11%, piede 4%, cranio 2%, colonna vertebrale 1%.

La distribuzione distrettuale come causa di morte è stata documentata rilevando le seguenti percentuali: traumi cranici 31%, traumi del bacino con interessamento degli organi addominali o pelvici 17%,

di Giuseppe Mela



traumi toracici 12%, traumi vertebrali 11%, traumi degli arti superiori ed inferiori 10%.

La tipologia lesionale può essere multiforme: da taglio netto, tipo ghiottina, da perdita di sostanza, da schiacciamento, da spappolamento, da avulsione o strappamento, di ritorno secondo la descrizione di Foucher (da schiacciamento e strappamento). Le lesioni possono poi essere o apparire pulite, ma possono anche essere contaminate o sporche, o addirittura inquinate o anche tatuate (da asfalto o materiali inquinanti da cui i tessuti non possono essere ripuliti). Nel caso di amputazioni o sub-amputazioni, naturalmente, le possibilità di reimpianto effettivo, o solo di rivascularizzazione, implicano protocolli e procedure assolutamente determinanti per porre una indicazione chirurgica di ordine generale, come la buona conservazione delle strutture essenziali del segmento amputato, il tempo di ischemia calda non superiore a 5-6 ore, le condizioni generali, cliniche e biologiche, del paziente. Esistono, peraltro, indicazioni inequivocabili al reimpianto e alla rivascularizzazione: le lesioni da taglio netto, quelle del pollice o delle dita lunghe nelle amputazioni multiple, il reimpianto o la rivascularizzazione a qualsiasi livello nei bambini, date naturalmente le indicazioni di ordine generale. Le controindicazioni sono rappresentate dalla complessità assoluta dello schiacciamento, dal lungo periodo di ischemia calda, dalla significatività delle lesioni traumatiche viscerali associate, dalla coesistenza di gravi malattie sistemiche o da eventuali importanti patologie collegate al tabagismo. Le rivascularizzazioni e i reimpianti si attuano sempre con assoluta sollecitudine: tutto e subito. Anestesia generale o plessica, reperimento ed isolamento nei due versanti delle strutture anatomiche lese, escissione delle strutture anatomiche devitalizzate, osteosintesi dopo la cosiddetta "elementarizzazione" dei

tessuti e, poi, a seguire, arteriorrafia, venorrafia, neu-
rorrafia, tenorrafia e riparazione cutanea, diretta o
mediante innesti, lembi di rotazione o veri e propri
trapianti cutanei autologhi. Il tutto seguito dal po-
sizionamento dei devices indicati, indispensabili per
tutto il tempo necessario, e dalla prescrizione di una
adeguata terapia antitrombo-embolica ed antibio-
tica. Seguiranno, poi, in tutti i casi, le inevitabili comp-
licanze immediate (insufficienze arteriose e venose,
edemi, emorragie, infezioni, sindromi da rivascola-
rizzazione) ed anche quelle tardive (pseudoartrosi,
rigidità articolari, aderenze tendinee, mancato sprout-
ing nervoso periferico, morbo di Sudek, sindromi di
Volkman). I risultati definitivi saranno positivi,
come dimostrato nella letteratura corrente, nel 71%
dei macro-reimpianti e solo nel 53% dei micro reim-
pianti. E' innegabile il dato e il fatto che la chirurgia
delle lesioni complesse risulti essere difficile e, in
una certa misura, data l'alta percentuale di insuccessi,
anche ingrata. Il chirurgo che si occupi del tratta-
mento di tali lesioni deve operare in un Centro di
Riferimento che possa vantare numeri sufficienti a
garantire risultati sovrapponibili a quelli dei centri
di eccellenza. In questa attività chirurgica la meto-
dologia, i procedimenti e le tecniche subiscono una
innovazione progressiva e continua. Il chirurgo, sem-
pre aggiornato delle tecnologie più moderne, deve
essere, sempre e comunque, strettamente osservante
dei dettami tecnici. Il recupero funzionale si può at-
tendere solamente nel lungo periodo. Infatti sono
sempre prevedibili percorsi chirurgici molto lunghi:
mediamente, 10-12 atti chirurgici nei primi 2 anni
dal fatto traumatico.

Tenendo nella giusta considerazione i dati di-
sponibili relativi alla infortunistica stradale e alle sue
modalità di avvenimento, si può affermare che non
bisogna mai mettersi alla guida di una motocicletta
o di un'auto se si è stanchi, se si è assunto alcool o
altri eccitanti, nelle ore notturne, in strade sconnesse
e non conosciute o alla guida di mezzi inadeguati.
Gli incidenti stradali avvengono molto di più di sa-
bato o di domenica, dopo le ore 23.00, e alla guida
dei mezzi coinvolti si ritrovano molto più frequen-
tamente giovani al di sotto dei 23 anni.

Un metodo di prevenzione assoluta, imprescin-
dibile, è rappresentato dall'uso delle cinture di sicu-
rezza, in autovetture che siano dotate di airbags;
dall'uso, nella guida di motociclette, di collari pro-
tettivi e paraschiena; dall'assicurarsi di avere gomme

e freni in ordine; dall'osservazione precisa delle regole
dettate dalle leggi sulla circolazione stradale e da
quelle, più genericamente, comportamentali.

Anche gli infortuni nel mondo rurale rappre-
sentano un campo aperto, di studio e di ricerca, per
il continuo affacciarsi di nuovi fattori eziologici e
patogenetici legati alla continua evoluzione, peraltro
quanto mai favorevole, del lavoro agricolo, nel con-
testo lavorativo di una società a progressivo sviluppo
industriale, ma ormai orientata anche verso la riva-
lutazione delle attività agricole.

E' molto importante conoscere a fondo gli aspetti
più significativi delle mansioni che caratterizzano
un lavoro condotto prevalentemente in condizioni
di isolamento, rivolgendo una particolare attenzione
alle norme prevenzionistiche che dovrebbero essere
in grado di garantire, parallelamente alle facilitazioni
nella produzione dei prodotti, la diminuzione delle
caratteristiche usuranti delle occupazioni e quella
degli infortuni veri e propri.

La complessità del problema risulta evidente se
si consideri che gli infortuni agricoli, in un anno, in
Italia, vengono quantificati in circa 200.000, di cui
circa 1000 mortali. Una frequenza certamente non
trascurabile se la si rapporti ad una popolazione
agricola di poco più di 2.500.000 individui.

L'età del lavoratore, il periodo annuale di mag-
giore incidenza dell'infortunio, il genere di lavora-
zione e il gruppo di agenti materiali rappresentano
gli aspetti peculiari delle diverse attività lavorative e
della prevalenza dei diversi tipi di incidente agricolo.

Per quanto attiene all'età si può constatare che
il maggior numero di decessi sul lavoro interessa
lavoratori in età compresa tra 46 e 60 anni, con una
netta prevalenza di soggetti vicini ai 60 anni. Il dato,
se da un lato si spiega col fenomeno del progressivo
invecchiamento cui la categoria rurale è andata pro-
gressivamente incontro negli ultimi decenni, per
l'esodo massiccio delle forze giovanili dalla campagna
verso i lavori industriali, non si può sottovalutare se
si consideri anche la maggiore vulnerabilità, da parte
di una causa lesiva, di soggetti non più giovani o,
addirittura, in età avanzata.

L'incidenza infortunistica nel corso dell'anno, pur
con delle variazioni regionali, si è visto essere in
linea con l'andamento dei lavori agricoli, più elevata
nei mesi giugno-ottobre e, nell'ordine, luglio, set-
tembre, giugno, ottobre, agosto.

E' stato rilevato uno stretto rapporto tra fre-

quenza dell'evento infortunistico e tipo di lavorazione. Il maggior numero di infortuni è collegato alle attività di raccolta e trasformazione dei prodotti (37%). Seguono gli infortuni a carico degli allevatori di bestiame (18%) e quelli a carico degli agricoltori dediti alla semina (14%).

Se si prende in esame la relazione tra gli infortuni e il tipo di agente materiale occorrerà fare una distinzione tra due precise varietà di patologia infortunistica rurale:

- 1) patologia legata all'ambiente agricolo vero e proprio;
- 2) patologia derivata dal rapporto con le macchine agricole.

La patologia strettamente legata all'ambiente rurale si identifica praticamente con gli eventi infortunistici tradizionali e viene determinata dai seguenti agenti fisici:

a) costruzioni inadeguate. Instabili per le deficienze strutturali o per il deterioramento progressivo, siano esse adibite ad abitazione o a fienili o a stalle. Nel fienile avvengono il 77% degli infortuni a causa della carenza di protezione, fissa o mobile, che dia sicurezza, separando gli spazi di ricovero del bestiame dagli altri spazi di lavoro;

b) arnesi di lavoro. Appuntiti o taglienti, difettosi o deteriorati, possono essere talvolta utilizzati per un lavoro per il quale non sono destinati;

c) animali. Rappresentano un pericolo tutte le volte che abbiano reazioni non prevedibili, siano esse spontanee o reattive (punture di insetti o imprudenza nella condotta del lavoratore);

d) piante. La caduta dall'alto di una pianta, perché il lavoratore ha perso l'equilibrio o perché si è rotto inaspettatamente un ramo, provoca il maggior numero di infortuni nel periodo successivo alla semina e alla raccolta. Ed è proprio questo il periodo in cui si programmano e portano a termine i lavori di riordino del fondo rurale.

e) terreno. Le cadute su fondo accidentato, sia durante le attività di raccolta che nei periodi di riproduzione del bestiame o durante le comuni pratiche dell'allevamento, rappresentano una dinamica di infortunio quantificabile nel 72% degli infortuni.

Aspetti interessanti, soprattutto da un punto di vista fisiopatologico, si rilevano nello studio dell'infortunistica legata alle macchine agricole.

Negli ultimi decenni, la condizione dell'agricoltore, i suoi metodi di lavoro, i modelli comporta-

mentali della vita lavorativa ma anche della vita di relazione sono profondamente cambiati, la gran parte delle occupazioni hanno subito un progressivo processo di meccanizzazione che ha facilitato la coltivazione di estese superfici con minimo sforzo, consentendo un aumento significativo del tempo libero, ma ha anche comportato diversi aspetti negativi: aumento degli eventi accidentali più gravi, comparsa di nuove e peculiari affezioni morbose.

Trattori, imballatrici, motocoltivatori, motozappe, motoseghe espongono l'agricoltore a due principali ordini di rischi :

1) quelli legati all'uso stesso delle macchine, in grado di determinare lesioni acute complesse ;

2) quelli connessi alla concezione stessa delle macchine e consistenti in manifestazioni morbose ad insorgenza non immediata.

Le lesioni accidentali da macchine incidono con una frequenza (24%) che occupa il secondo posto nella classifica nazionale degli infortuni agricoli. Sono invece al primo posto per il più alto numero di incidenti mortali sul lavoro quelli che avvengono mentre si utilizza un trattore. Questi ultimi si verificano prevalentemente durante le attività relative alla preparazione del terreno, alla raccolta e trasformazione dei prodotti, alle lavorazioni successive alla semina. L'evento può essere provocato dall'impennamento o dal ribaltamento del trattore in marcia su terreno sconnesso o in forte pendenza. Le lesioni che si verificano sono quasi sempre lesioni da schiacciamento, frequentemente molto gravi, spesso mortali. Altre volte, a bordo del mezzo stesso, può accadere che regioni corporee del conduttore vengano a contatto con organi meccanici di trasmissione di moto non sufficientemente protetti. (Fig. 1)



Fig. 1 - Lesione complessa dell'avambraccio sinistro da ribaltamento del trattore.

Il motocoltivatore e la motozappa figurano anch'essi come frequenti agenti casuali di infortuni agricoli. Quando l'operatore, durante l'uso in retro-marcia di tali macchine, perda per un qualsiasi motivo l'equilibrio, può essere travolto e subire gravi lesioni dal mezzo in movimento incontrollato. Si tratta per lo più di lesioni non mortali, ma comunque profonde, più o meno estese, soprattutto a carico degli arti inferiori. Molto spesso le lesioni sono multiple ed alcune

possono essere, appunto, "complesse". Tali lesioni pongono sempre il chirurgo traumatologo di fronte a rilevanti problemi di ordine ricostruttivo. Si tratta, comunque, di lesioni a cui seguono, dopo diversi interventi chirurgici e lunghi periodi di terapia rieducazionale, grandi postumi invalidanti. Non di rado, l'amputazione, nell'immediato o a distanza, può diventare una dolorosa ma inevitabile necessità. 2 (Fig. 2a, 2b, 3a, 3b).



Fig. 2a - Ricostruzione con innesti ossei dell'estremo prossimale tibiale in lesione complessa da motozappa.

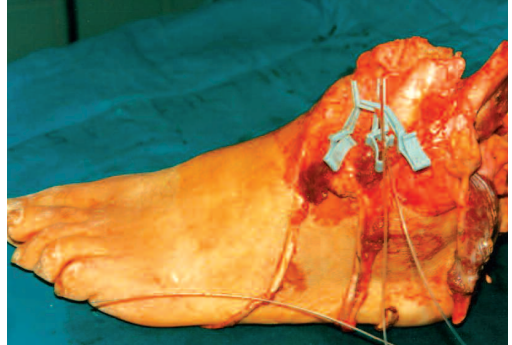


Fig. 3a - Amputazione estremo distale arto inferiore sinistro da strappamento da mezzo agricolo.



Fig. 2b - Risultato definitivo.



Fig. 3b - Risultato a 30 giorni dall' intervento.

Non vi sono dubbi sul fatto che l'eccesso di fatica fisica, causata dal super-lavoro che l'attività rurale impone in certi periodi dell'anno, abbia un ruolo importante nel determinismo degli infortuni. Da qui la necessità di prevedere adeguate pause di riposo, una alimentazione equilibrata, l'assunzione di acqua in quantità sufficiente.

Importanti sono poi anche le patologie che sono alla base delle cosiddette malattie da "causa di lavoro".

Esse vengono determinate dagli effetti nocivi che le macchine stesse, per le loro caratteristiche

strutturali e funzionali, esercitano sul lavoratore agricolo.

La posizione seduta dell'agricoltore su un trattore, caratteristica comune a gran parte delle macchine agricole, è una posizione di equilibrio instabile, fonte di continue sollecitazioni abnormi su tutte le articolazioni.

Naturalmente, tali sollecitazioni ledono, alla distanza, l'integrità anatomico-funzionale rachidea. In quelle condizioni di lavoro, infatti, le vibrazioni, la cui frequenza può superare i 100 Hz, si trasmettono attraverso il volante, i pedali e il sedile, per concentrarsi prevalentemente sulla colonna vertebrale ove possono provocare disturbi.

Inizialmente sono di tipo funzionale (rigidità e contratture dolorose) e, successivamente, di tipo trofico locale come osteoporosi, per poi facilitare l'insorgenza di degenerazioni discali e degenerazioni francamente artrosiche.

Naturalmente, così come i traumi maggiori sono alla base delle lesioni complesse, alcune attività usuranti come quelle che si esercitano nel lavoro agricolo, determinano anche microtraumi la cui azione protratta (rumori e vibrazioni) può causare altre manifestazioni patologiche:

- turbe visive per diminuzione dei poteri di accomodazione;
- sordità progressiva, inizialmente per le alte frequenze e, poi, anche per le frequenze conversazionali;
- alterazioni ischemiche angio-neurotiche alle estremità degli arti riproducenti la sindrome di Raynaud;
- alterazioni degenerative articolari del polso e del gomito;
- turbe nevrotiche reazionali (angoscia, confusione mentale, depressione);
- disturbi digestivi.

A conclusione di questa rapida rassegna dei vari fattori fisici di patologia infortunistica, della strada e in agricoltura, si deve ritenere importante riportare i dati di uno studio statistico relativo alle principali cause di infortunio registrate nel 2012:

- da cadute in piano o dall'alto: 28%;
- dall'utilizzo di macchine: 24% di cui 40 % mortali;
- dall'utilizzo di arnesi e strumenti a mano: 12%;

- da animali e piante: 15%, di cui 5 % mortali.

Dall'inizio dell'anno fino ad ottobre del 2013, le inabilità da Infortunio sul Lavoro in Agricoltura sono stati 26.010. I morti, circa 70.

I dati riportati sono sicuramente tali da indurre un serio approfondimento di tutte le problematiche infortunistiche, alla ricerca dei percorsi più adeguati che siano veramente in grado di garantire le forme di prevenzione maggiormente efficaci.

Si deve tendere, in primo luogo, ad eliminare ogni causa di inefficienza e, quindi, di potenziale pericolo in tutte quelle strutture che fanno da supporto alle attività quotidiane dell'agricoltore. Si deve poi mirare a coinvolgere tutti gli organismi di sicurezza sociale in modo che si realizzi una sorveglianza estesa, costante, efficace.

Data la gravità delle lesioni secondarie all'utilizzo di mezzi meccanici, particolare attenzione deve essere rivolta alla qualificazione professionale degli operatori che devono essere edotti delle caratteristiche tecniche dei mezzi meccanici in uso e della loro potenziale pericolosità.

I criteri di progettazione dei mezzi meccanici devono essere uniformati e volti, non solo alla necessità di un migliore rendimento, ma anche alla esigenza ineludibile della massima sicurezza del lavoratore agricolo.

Tale indirizzo sembra lodevolmente prevalere nella concezione più moderna delle nuove macchine per le quali sono ormai previsti adeguati accorgimenti tecnici: zavorramento e allargamento della dimensione contro il pericolo di ribaltamento e impennamento, protezione di tutte le parti rotanti, telai metallici di protezione anticaduta e di protezione in caso di rovesciamento, posti guida molleggiati e insonorizzati.

Solamente tenendo nel giusto conto i moderni concetti di progettazione, professionalizzando gli operatori ed educandoli alla prudenza, sarà possibile, se non proprio annullare, certamente ridurre sensibilmente le patologie usuranti secondarie al lavoro agricolo e il numero di incidenti che continuano a insanguinare le attività rurali.

Giuseppe Mela è *Direttore Dipartimento Chirurgico, Direttore Unità Operativa Struttura Complessa, Ospedale Giovanni Paolo II di Olbia*

Proprietà terapeutiche di piante comuni e officinali

Cappero

di Giovanna Rau

Nome sardo Tapparas, tappari, su tappari.

Famiglia Capparidaceae

Specie Capparis spinosa L.

Cenni storici

Conosciuto sin dai tempi antichi: una leggenda ci dice che fosse il cibo preferito della bellissima Frine, una cortigiana greca vissuta nel IV secolo a.C.; tale pianta era ritenuta responsabile della sua bellezza e per questo motivo veniva utilizzata per la cura della pelle.

Utilizzo

I boccioli dei fiori non dischiusi per uso alimentare; corteccia delle radici per uso fitoterapico.

Componenti principali

Glucosidi, flavonoidi, Vit. B1, B2, olio essenziale, resine.

Aspetti botanici e habitat

È una pianta diffusa nel mediterraneo dove ha trovato, specie nelle zone calcaree, il proprio habitat favorevole, nonostante il suo luogo di provenienza sia l'Asia centrale.

A Sassari e Cagliari, e in tutto il loro territorio, la pianta del capperò cresce spontaneamente nelle crepe dei muri e delle rocce, offrendo una visione incredibile di verde, perfino nei luoghi più scoscesi e impenetrabili. Dalla radice legnosa spunta un fusto centrale che si dirama in rami morbidi e cadenti con foglie verdi lucide, ovali a contorno intero e dai fiori bianchi inseriti all'ascella delle foglie superiori con quattro sepali verdi e quattro petali grandi e con al centro numerosi stami.



Impiego e uso locale

Il capperò proviene dai boccioli dei fiori ed è molto usato in cucina sotto aceto; il decotto ricavato dalla corteccia delle radici possiede proprietà diuretiche e stimolanti delle funzioni digestive. In Sardegna si usava e ancora si usa masticare la radice come rimedio contro il mal di denti, mentre col decotto si curano le emorroidi infiammate e le varici. In campo cosmetico si utilizza l'infuso dei fiori per la pelle arrossata e per chi soffre di couperose.



Genziana

Nome sardo Ginziana
Famiglia Gentianaceae
Specie *Gentiana lutea* L.

Cenni storici

il nome Genziana sembra derivi da "Genzius", il re dell'Illiria (antico nome della parte più occidentale della penisola balcanica) che per primo scoprì le proprietà della pianta.

Il nome della specie, "lutea", deriva dal latino e significa giallo. Conosciuta già ai tempi di Ippocrate e Dioscoride, Plinio la esalta come pianta da usare contro il veleno dei serpenti e nei casi di epidemie.

Utilizzo

la radice.

Componenti principali

Glucosidi; il componente amaro è il glucoside genziopirina; pigmenti xantenicici; alcaloidi.

Aspetti botanici ed habitat

La genziana è una pianta erbacea dotata di una grossa radice a fittone, che è la parte contenente la droga, la radice viene raccolta dopo la fioritura.

Il fusto è dritto con foglie opposte appuntite, le basali sono molto più grandi e solcate da strutture biancastre convergenti all'apice, i fiori sono di colore

giallo e disposti a gruppetti sull'ascella fogliare. Fiorisce tra maggio e luglio, la si può trovare solo nelle zone montane, oltre i 700 metri, specialmente sugli Appennini.

In Sardegna è piuttosto rara, la si trova sui monti del Gennargentu e in quantità molto ridotte sul Limbara, per la raccolta indiscriminata avvenuta in passato.

Impiego

Vengono sfruttate, come abbiamo già detto, le radici di piante che abbiano almeno due anni di età, in virtù della loro azione amaro-tonico-digestiva; inoltre le proprietà della genziana sono utili per la ripresa da stati di convalescenza, debolezza e anemia.

Viene utilizzata nelle forme più svariate: tintura, macerato e decotto; con essa si preparano anche liquori digestivi dal sapore amarognolo.

Uso locale

La raccolta indiscriminata ha portato quasi all'estinzione della genziana in Sardegna. Nelle zone montane, soprattutto nel Gennargentu, il decotto era preparato a scopo medicinale come febbrifugo e nelle febbri malariche.

Spesso nel nuorese la radice veniva messa a macero nell'acquavite o nel vino bianco e quindi utilizzata come stomachico-digestivo e depurativo.

Giovanna Rau è *biologa e specialista in scienze erboristiche*



Seminari Interattivi per l'esame di Stato

Il calendario dei Seminari Interattivi da seguire in previsione dell'esame di Stato per l'abilitazione professionale, organizzati dall'Ordine di Sassari, è stato pubblicato sul nostro sito all'indirizzo:

<http://omceoss.org/wp/wp-content/uploads/2013/01/Calendario-seminari-interattivi-I-Sessione-2015.pdf>

Di seguito riportiamo gli appuntamenti di maggio e giugno:

Martedì 5 Maggio 2015

"La legislazione e le prescrizioni delle sostanze stupefacenti"

Dott.ssa Doddo Maria Teresa

Giovedì 7 maggio 2015 h. 16.00

"L'approccio medico – paziente e gli aspetti deontologici e legali

del servizio di Continuità Assistenziale (Guardia Medica)"

Dott. Biddau Giovanni

Martedì 12 Maggio 2015

"Le note AIFA"

Dott.ssa Doddo Maria Teresa

Giovedì 28 Maggio 2015

"Lo specializzando"

Dott.ssa Zodda Assunta

Giovedì 11 Giugno 2015 h. 16.00

"Le Certificazioni"

Dott. Scanu Francesco P.

Martedì 23 Giugno 2015 h. 15.00

"Etica, Bioetica e Ambiente"

Dott. Arru Alessandro

Data ancora da decidere

"La comunicazione e la relazione medico-paziente: competenze e ability"

Prof.ssa Strepparava Maria Grazia

I seminari, salvo diversa indicazione, si svolgeranno, a partire dalle 15:30, presso la Sala Conferenze Egidio Depperu dell'Ordine di Sassari, Via Cavour 71/b, piano terra.

Corsi OMCEOSS

Si svolgerà sabato 9 maggio, con orario 9.30-17.15, il seminario ECM "Ipnosi e dolore", organizzato dall'Ordine dei Medici di Sassari e dalla sede sarda della Società Italiana di Ipnosi (SII). La giornata, accreditata per medici e odontoiatri con 7,5 crediti ECM, vedrà alternarsi numerosi relatori ed esperti, e prevede una parte dimostrativa pratica. Le iscrizioni possono essere fatte telefonando alla segreteria dell'Ordine al numero 079/234430.

Il 16-05-2015, si terrà presso la Sala Conferenze Egidio

Depperu dell'Ordine dei Medici di Sassari un convegno dal titolo "La previdenza ENPAM e le scelte professionali dei medici e degli odontoiatri". Il corso è accreditato per 7,1 ECM, e si svolgerà a partire dalle ore 08:00 fino alle ore 14:30

Il 29-05-2015, si terrà presso l'Aula Magna dell'Università di Sassari il convegno "Le giornate di Trotula. Le Malattie sessualmente trasmesse nei giovani. Conoscere per prevenire". Il corso è accreditato per 10 ECM, e si svolgerà a partire dalle ore 08:30 fino alle ore 19:00.



Cadmium Symphose

Si terrà a Sassari, dal 25 al 27 luglio del 2015 il secondo Cadmium Symphose, un evento riguardante gli effetti sulla salute umana e sull'ambiente del noto metallo pesante. Il convegno, organizzato in collaborazione con l'Università degli Studi di Sassari e patrocinato dall'Ordine dei Medici, vedrà alternarsi numerosi relatori di caratura nazionale e internazionale che esporranno le proprie ricerche nella sala conferenze dell'Ersu, in Via Coppino 18. Per informazioni e iscrizioni visitare il sito <http://www.cadmiumsposium2015.uniss.it/index.htm>

Convegno radiologico a Olbia

Il 29 Maggio si terrà a Olbia, presso il Centro Formazione 80 20, un importante evento intitolato "Lo

stato dell'arte della radiologia interventistica", accreditato per 8 ECM per i primi 100 iscritti. Il convegno è dedicato a medici chirurghi dell'area interdisciplinare, infermieri, tecnici sanitari di radiologia medica. Per iscrizioni e informazioni visitare il sito www.metasardinia.it

Congresso AIO 2015



Si terrà, nella splendida cornice di Chia, il 27° Congresso Nazionale AIO. Dal 11 al 13 Giugno, numerosi relatori di livello nazionale e internazionale, come Giovanni Zucchelli, Pascal Magne e Renato Cocconi, si alterneranno durante i vari corsi proposti, tutti accreditati ECM. Per informazioni consultare il sito <http://congress2015.aio.it/>

Progressi in Cardiologia Pediatrica

Si terrà il 27 Giugno, nell'Aula Magna dell'università di Sassari, un importante convegno focalizzato sulla cardiologia pediatrica. L'obiettivo è quello di divulgare la conoscenza delle cardiopatie congenite, dall'epoca fetale all'età adulta. Le Cardiopatie congenite sono tra le malformazioni fetali le più frequenti in assoluto e arrivano nel nostro territorio a circa 10 X 1000 nati vivi.

La diagnostica, la terapia medica, chirurgica e interventistica hanno raggiunto attualmente livelli impensabili fino a pochi decenni fa.

L'aumento notevole della sopravvivenza dei pazienti affetti da cardiopatia congenita ha portato in questi anni a un incremento di pazienti adulti operati in età neonatale o pediatrica dalle caratteristiche peculiari che richiedono una conoscenza specifica, da parte dei cardiologi, per quanto riguarda follow-up ed eventuali terapie. Il personale sanitario interessato a questa problematica è formato da Cardio-

logi, Cardiologi pediatri, Neonatologi, Pediatri, Ginecologi, Neuropsichiatri infantili e tutto il personale infermieristico che presta la sua opera in queste specialità.

Per informazioni e iscrizioni rivolgersi alla cardiologia pediatrica Aou Sassari-tel. 079229059

Programma:

ore 8,30 Registrazione partecipanti

ore 9 Salute Autorità

I^ Sessione

Moderatori: S. Dessole- R. Antonucci

ore 9,30 M.Pala

Epidemiologia delle CC . Vent'anni di esperienza nel Nord Sardegna

ore 9.50 M. Marasini

Ecocardiografia Fetale: le nuove frontiere

ore 10,20 A. Rimini

Le aritmie in età pediatrica

ore 11 P.P. Bassareo

Ecocardiografia: quando e perchè

ore 11,20 Discussione

ore 11.30 Pausa Caffè

ore 12 Lezioni Magistrali

Introduce Mario Pala

P. Madeddu

La rigenerazione cardiovascolare: terapia del futuro delle Cardiopatie Congenite?

Attilio Mastino e Raimondo Zucca

I giganti di Mont'e Prama: le nuove scoperte

ore 13,30 Pausa Pranzo

II^ Sessione

Moderatori: M. Portoghese- A. Balata

ore 15 L. Zannini

Cardiochirurgia Pediatrica: cosa è cambiato nel

trattamento delle Cardiopatie Congenite.

ore 15,30 M. Chessa

Emodinamica interventistica: cosa c'è di nuovo nel cardiopatico congenito, dal feto all'adulto.

ore 16 R. Tumbarello

Modello di teleconsulto in tempo reale per la cardiologia pediatrica

ore 16,30: Discussione

ore 17 Consegna Questionario

Giornata Mondiale della Celiachia



In occasione della Giornata mondiale della Celiachia si terrà a Cagliari, il 23 maggio, un evento intitolato "Celiachia: la conosco e so come affrontarla". Il convegno si terrà all'Hotel Caesar's, in via Darwin 2/4, a Cagliari, dalle ore 08:00 alle ore 13:00. Il giorno successivo sarà possibile seguire, dalle 09:00 alle 14:00 uno spettacolo di musica e danza. Per maggiori informazioni consultare il sito www.celiachia.sardegna.it

Premio Narrativa LILT



La Lega Italiana per la lotta contro i Tumori, Sezione di Parma, in collaborazione con l'Associazione Medici Scrittori Italiani e l'Ordine Nazionale degli psicologi indice per il 2015 la XXXVI edizione del Premio Letterario Nazionale "Flaminio Musa" di nar-

rativa per medici e psicologi scrittori. I racconti dovranno sviluppare tematiche inerenti a situazioni di carattere neoplastico, trattandone però gli aspetti umani, senza eccedere in tecnicismi medici. Per maggiori informazioni consultare il sito http://www.legatumori.it/new_pp.php?id=1272&area=1005

Torneo AMTI



L'Associazione Medici Tennisti Italiani comunica a tutti i colleghi interessati che, dal 13 al 20 GIUGNO 2015, presso il prestigioso club tennistico di Albarella (Rovigo), si svolgerà il 43° campionato italiano di tennis riservato ai medici. Per tale evento è prevista una infinità di tabelloni per tutte le età e tutti i livelli di gioco. Sarà l'occasione per una settimana di riposo e mare per famiglia e accompagnatori nello splendido scenario del Delta del Po; un piacevole momento di incontro sportivo conviviale e culturale tra colleghi. Per l'iscrizione, la prenotazione alberghiera e informazioni consultare il sito web www.amti.it

Cerco/offro lavoro

La dott.ssa Daria Chessa, infermiera, comunica la propria disponibilità per un impiego in ambito medico-sanitario. Tel 3475916268; mail:

daria.chessa@libero.it

La dott.ssa Veronica Murgia, igienista dentale, comunica la propria disponibilità per un impiego a Olbia e nelle zone limitrofe mail:

veronica.murgia@yahoo.it

Fabrizia Piras, assistente alla poltrona, comunica la propria disponibilità per un impiego in ambito odontoiatrico

Tel 347/2329880; mail: brizapiras@libero.it

Luciana Medda, assistente alla poltrona, comunica la propria disponibilità per un impiego in ambito odontoiatrico, Tel 347/9047104

Elezioni FNOMCeO: Roberta Chersevani è il nuovo presidente

Si sono svolte a Roma, il 20, 21 e 22 Marzo, le consultazioni elettorali per il rinnovo degli Organi istituzionali FNOMCeO. Il Comitato Centrale, per il prossimo triennio, sarà così composto: Musa Awad, Fulvio Borromei, Sergio Bovenga, Giacomo Caudo, Roberta Chersevani, Enrico Ciliberto, Luigi Conte, Guido Giustetto, Raffaele Iandolo (odontoiatra), Raimondo Ibba, Guido Marinoni, Giuseppe Renzo (odontoiatra), Sandro Sanvenero (odontoiatra), Maurizio Scassola, Gianluigi Spata, Alessandro Zovi (odontoiatra), Bruno Zuccarelli; durante la prima riunione dell'organo di governo nazionale, Roberta Chersevani è stata proclamata, all'unanimità, presidente.

Per quanto riguarda la CAO Nazionale, i componenti eletti Raffaele Iandolo, Brunello Pollifrone, Giuseppe Renzo, Sandro Sanvenero, Alessandro Zovi, hanno riconfermato il presidente Renzo alla guida della Commissione; riportiamo volentieri uno stralcio del suo discorso di insediamento: "Siamo convinti che la ricerca dell'autonomia della Componente Odontoiatrica non possa e non debba diventare scontro ma punto di incontro di legittime aspettative. E proprio tali aspettative vogliamo manifestare a questo gruppo che si sta formando, in un clima di stima e di amicizia".

Il Collegio dei Revisori dei Conti sarà composto da Francesco Alberti, Ezio Casale, e Salvatore Onorati, Revisore Supplente Anna Maria Ferrari.

A tutti gli eletti giungano i migliori auguri dell'Ordine dei Medici di Sassari.

Abbiamo il piacere di pubblicare integralmente la lettera di ringraziamento del nuovo presidente della FNOMCeO, Roberta Chersevani

"Care Colleghe e cari Colleghi",

ringrazio tutti per gli auguri sinceri e per le numerosissime e travolgenti manifestazioni di affetto, stima, di vicinanza. Ringrazio in particolar modo i colleghi che si sono messi a disposizione per collaborare e condividere la loro esperienza. Ringrazio anche per i numerosi inviti che mi sono giunti a partecipare ad eventi organizzati dagli Ordini. In



Roberta Chersevani

questo momento di grande fervore mediatico, Vi chiedo di leggere con discernimento ciò che compare sui media: non è mai una comunicazione diretta, basta poco per variare il pensiero trasmesso. Rileggendo quanto pubblicato sulla recente presentazione di un disegno di legge su l'atto medico preciso che non ho mai negato l'esigenza di una cornice ordinamentale che definisca in positivo attività e competenze riservate al medico. Ma esprimo preoccupazione viva per un percorso legislativo che rischia di essere difficile e lungo. Il richiamo al Codice Deontologico non è poi così balzano dato che l'articolato della proposta di legge richiama alcuni articoli del Codice, relativi alle competenze del medico, alla prescrizione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione. Considero fra le priorità riproporre questo tema al nuovo Comitato Centrale prima e al Consiglio Nazionale subito dopo, per arrivare nel più breve tempo possibile ad una parola definitiva e condivisa da tutta la professione medica sul tema, che non sia limitativa dell'agire del medico. Adoperiamoci per una fase di confronto aperto, nel rispetto reciproco. Abbiamo da affrontare tanti temi, tutti molto delicati per la nostra Professione. Datemi il tempo di iniziare, con tenacia, passione ed equilibrio. Auguri di Buona Pasqua a Voi e alle Vostre famiglie".

FNOMCeO comunica

Accertamento decesso: norma per trasmissione dati

A decorrere dal 10 gennaio 2015 è scattato l'obbligo per il medico necroscopo di trasmettere all'Istituto nazionale della previdenza sociale, entro 48 ore dall'evento, il certificato di accertamento del decesso per via telematica online, secondo le specifiche tecniche e le procedure già stabilite della normativa vigente al fini della comunicazione dello stato di malattia dei lavoratori. In caso di violazione di tale obbligo si applica una sanzione pecuniaria di importo variabile tra 100 e 300 euro.

Professioni sanitarie e polizze assicurative

Si ritiene opportuno segnalare la nota del Ministero della Salute, dove viene rilevato che il Consiglio di Stato ritiene che l'obbligo di assicurazione per gli esercenti le professioni sanitarie non possa ritenersi operante fino a quando non sarà avvenuta la pubblicazione ed esaurita la vacatio legis del D.P.R. dell'art.3 del D.L. del 13 Settembre 2012, n°189, che disciplinerà le procedure e i requisiti minimi e uniformi per l'idoneità dei contratti assicurativi. Sino ad allora la mancata stipula di una polizza assicurativa non può rappresentare un illecito disciplinare.

Abuso di professione

La Procura della Repubblica presso il Tribunale di Venezia, con nota del 17 marzo u.s., ha comunicato alla FNOMCeO che nel corso delle indagini svolte nell'ambito di un procedimento penale contro alcuni individui, sono emersi diversi casi in cui agenti e rappresentanti di prodotti sanitari e apparecchi medicali, chirurgici e ortopedici (cd. specialisti di prodotto) hanno cooperato materialmente a interventi di impianto di protesi, su richiesta degli stessi specialisti e sotto la loro supervisione.

Si invitano pertanto gli Ordini provinciali ad attivarsi nei confronti dei propri iscritti, informandoli sulla gravità di tale "prassi", e avviando le dovute procedure con i relativi provvedimenti qualora gli

stessi iscritti abbiano tenuto provati comportamenti di favoreggiamento all'esercizio abusivo della professione.

Criminalità organizzata e odontoiatria

Il Rapporto Italia 2015 di EURISPES ha segnalato un concreto pericolo di infiltrazioni criminali negli studi odontoiatrici in franchising, un problema serio e preoccupante: una struttura odontoiatrica apparentemente legittimata a esercitare l'odontoiatria potrebbe nascondere, invece, un business gestito da investitori privati che nulla hanno in comune con l'odontoiatria e la medicina. Il Comando Carabinieri per la tutela della Salute ha infatti verificato che affiliati alla "ndrangheta" stanno investendo in tale campo al fine di riciclare denaro sporco. La CAO Nazionale ha pertanto chiesto un'Audizione davanti alla Commissione Antimafia per chiedere una più rapida approvazione della riforma dell'art 348 c.p. e, nel contempo, affrontare il problema del presunto riciclaggio di "denaro sporco", come denunciato dall'Eurispes. La stessa Commissione ha chiesto anche un'Audizione presso la Commissione II (Giustizia) della Camera dei Deputati in merito alla proposta di legge C.2281 concernente "disposizioni in materia di esercizio abusivo di una professione e di obblighi professionali" nella speranza che si possa chiudere in tempi rapidi l'esame del provvedimento.

Master universitari

Per venire incontro alle richieste di numerosi Ordini, che richiedono informazioni per quanto concerne l'inserimento negli albi dei titoli di Master, serve ricordare che i Master possono essere Universitari (di I° e II° livello) e non Universitari, organizzati cioè da istituti pubblici o privati, i quali però danno diritto solo a un attestato di frequenza/partecipazione che non rappresenta un titolo accademico.

In conclusione, potranno essere iscritti all'albo solo i titoli accademici di Master rilasciati dalle Università, secondo l'art. 7 comma 4 del decreto MIUR n° 270/2004.

Tale distinzione non intende svilire l'importanza di altri titoli di master, che su richiesta vanno inseriti solo nel fascicolo personale del professionista.



Regione. Ricetta Elettronica: Alla fine del 2016 copertura del 90%

L'assessore alla Sanità Luigi Arru ha annunciato i tempi per la piena attuazione del piano di digitalizzazione delle ricette. "Entro il 31 dicembre 2015 tutti i medici di famiglia saranno inseriti nel sistema, ma siamo pronti a correggere eventuali disfunzioni". La sperimentazione della ricetta elettronica è stata avviata e procede secondo i tempi e i modi previsti. "Il nostro obiettivo è quello di facilitare la vita sia ai pazienti che ai professionisti - dice l'assessore Luigi Arru - Il 31 marzo la delibera sulla dematerializzazione della ricetta rosa è stata approvata definitivamente in Giunta e da allora abbiamo avviato un percorso che porterà a una copertura del 90% a fine 2016".

"È chiaro - sottolinea Arru - che ogni processo di innovazione e cambiamento deve essere accompagnato, monitorato, tarato sulle esigenze che di volta in volta si presentano.

E noi siamo pronti a correggere le eventuali disfunzioni che ci dovessero essere segnalate per garantire il miglior servizio possibile".

Sono 660 in Sardegna le farmacie coinvolte da questa vera e propria rivoluzione, e 1.660 medici di famiglia: ogni anno vengono emesse 21 milioni di ricette farmaceutiche e 4 milioni di prescrizioni di visite specialistiche.

Attualmente è in corso l'adeguamento di tutte le strutture del Sistema Sanitario Regionale per regi-

strare l'erogazione delle prestazioni sanitarie utilizzando il sistema della ricetta elettronica dematerializzata. Entro il 2015 tutti i medici di famiglia saranno inseriti nel sistema e, perciò, in grado di prescrivere la ricetta dematerializzata che, almeno nella fase iniziale, sarà stampata in copia dallo stesso medico, mentre l'originale arriverà per via telematica direttamente alla farmacia in formato digitale; tutti i medici saranno collegati al Sisar, il Sistema informativo sanitario integrato regionale e sarà attivato un Osservatorio per la programmazione e il monitoraggio delle attività.

Asl1. Nuovo impianto dei gas medicinali all'Alivesi di Ittiri

L'ex ospedale di Ittiri si è dotato di un nuovo impianto di gas medicinali. Il nuovo dispositivo medico, che permette di somministrare in maniera centralizzata l'ossigeno nelle varie stanze di degenza, è stato inaugurato il mese scorso dal Commissario straordinario della ASL di Sassari Agostino Sussarellu, alla presenza del direttore del Distretto di Alghero, Gianfranco Cesarani e del direttore delle Unità Operative di Lungodegenza di Sassari, Ittiri e Thiesi, Antonio Uneddu. L'intervento, iniziato nel novembre dello scorso anno, ha interessato 7 stanze di degenza, per complessivi 18 posti letto, tutti dotati delle nuove unità terminali (ossigeno e vuoto) dedicate a ogni singolo paziente.

"Siamo soddisfatti del lavoro fatto per l'ammodernamento dell'impianto; il nuovo sistema ci consente di rendere un servizio ai pazienti ricoverati sicuramente più efficiente" ha commentato il Commissario della Asl, Sussarellu.

Asl2. Tempio: potenziata l'attività del Cup, ora operativo anche nel pomeriggio

La Asl di Olbia, onde risparmiare agli utenti lunghe ed estenuanti file, ha potenziato l'orario di apertura degli sportelli del Cup dell'ospedale di Tempio: dal 13 aprile lo sportello al "Paolo Dettori" è infatti operativo anche al pomeriggio. Il nuovo orario è fissato dalle 7.30 alle 17.30 (dal lunedì al venerdì), mentre il sabato dalle 7.30 alle 13.

Epam. Indennità temporanea semplificata per i medici convenzionati

Niente più certificato medico originale e fotocopia dei cedolini dei tre mesi precedenti all'infortunio. Il progetto, in fase sperimentale, prevede che i medici debbano solo compilare la domanda scaricabile dal sito e inviarla insieme a copia del documento di identità. L'Enpam, ente nazionale di previdenza e assistenza dei medici e degli odontoiatri, ha lanciato un progetto pilota per semplificare la vita dei camici bianchi che si ammalano o si infortunano. Grazie a un accordo con le Asl di Varese e di Milano, la Fondazione ha varato una procedura ridotta per facilitare la vita agli iscritti che devono richiedere l'indennità per l'inabilità temporanea al lavoro.

Niente più certificato medico originale e fotocopia dei cedolini dei tre mesi precedenti all'infortunio: i medici coinvolti dall'iniziativa dovranno solo compilare la domanda scaricabile dal sito e inviarla insieme a copia del documento di identità. Nessun altro documento da trasmettere all'Enpam neppure nel caso l'inabilità perduri nel tempo. Un risparmio di carte e di tempo, reso possibile grazie all'accordo con le Asl che trasmetteranno direttamente alla Fondazione le informazioni necessarie, in attesa che la P.a. predisponga banche dati accessibili così come indica la legge sulla decertificazione del 2011.

La sperimentazione riguarda le assenze a partire dal 31esimo giorno. "Una piccola ma utile novità perché specie se si è infortunati o malati, anche la più semplice incombenza può essere gravosa – dice il presidente dell'ente previdenziale dei medici e dei dentisti Alberto Olivetti –. La Fondazione Enpam vuole proporre un servizio sempre più efficiente e di qualità. La collaborazione con le Asl di Varese e di Milano ci permette di testare nuove modalità che ci consentono di essere più vicini alle esigenze degli iscritti". Il progetto riguarda medici di assistenza primaria, pediatri di libera scelta, continuità assistenziale ed emergenza territoriale. Una volta a regime, l'iniziativa potrebbe essere estesa anche ad altre categorie di convenzionati.

Cassazione. Il primario in ferie non è responsabile degli errori dei sostituti

Il primario che si trova in ferie e non ha avuto diretto rapporto con il paziente, in alcuna delle fasi di cura,

non è oggettivamente responsabile per il ritardo diagnostico ed eventuale errato intervento dei sostituti. Lo mette in chiaro la sentenza 6438/2015, depositata il 31 marzo, emessa dalla terza sezione della Cassazione che ha totalmente riformato il precedente della Corte d'appello dell'Aquila che condannò il professionista. Non può, di conseguenza, essere accolta l'opinione espressa dalla difesa del paziente, secondo cui il primario del reparto risponde in ogni caso, ai sensi dell'art. 7 del Dpr 7/1969, in quanto ha la responsabilità dei malati della divisione, posto che tale responsabilità si configura come obiettiva, mentre, nell'evoluzione giurisprudenziale intorno al contatto sociale e alla coesistenza tra la funzione apicale del reparto e la sua organizzazione, la responsabilità civile attiene alla imputabilità soggettiva dell'inadempimento, che manca all'origine nel caso in cui il primario non abbia seguito nessuna fase del ricovero.

La differenza tra diagnosi e organizzazione dei servizi

Nella fattispecie, gli eredi di una paziente operata in un ospedale e poi deceduta, rivolsero richiesta risarcitoria nei confronti del primario e della struttura per l'infezione da «Phlegmasia cerulea dolens» contratta successivamente all'intervento la cui sottovalutazione portò all'amputazione della gamba. La domanda venne posta sul rilievo della responsabilità da contatto sociale e per l'affidamento a una struttura medica ospedaliera inefficiente e disorganizzata della quale, secondo gli attori, il primario era comunque responsabile benché assente. L'art. 7 del Dpr 128/1968 stabilisce che il primario ha la responsabilità di vigilare sull'attività e sulla disciplina del personale e ha la responsabilità dei malati. Ma la disciplina, per gli ermellini, non si trasforma in una responsabilità oggettiva su quanto avvenga al di fuori del suo controllo.

Se è vero che la responsabilità del primario sussiste anche quando è in ferie, è però illogico pensare che la responsabilità sussista «per il semplice fatto di essere primario». Nel caso in questione, infatti, non erano implicati atti di organizzazione che potevano avere influito sull'esito clinico. Ma atti clinici ai quali il medico, in ragione della sua assenza, non aveva partecipato e, di conseguenza, erano fuori dal suo dominio. I fatti ricadono sui medici che hanno seguito la paziente sui quali ricade l'imputabilità soggettiva dell'inadempimento.

L'isola che c'è

Ittireddu, un piccolo paese in un territorio ricco di storia e tradizione

Nella vasta regione del Logudoro, entro la sub area del Monte Acuto, che gravita attorno a Ozieri, si trova Ittireddu, un piccolo borgo di soli 583 abitanti e di origini antichissime. Il centro abitato è incastonato tra i dolci rilievi collinari del Monte Ruju (425m), Monte Zuighe (505m) e Monte Lisiri (387m). La sua denominazione, dal significato di "Piccola Ittiri", risale al 1626 e deriverebbe, secondo il Codice di San Pietro di Sorres, dal toponimo Ithir o Ithiry. A partire dallo stesso periodo viene spesso riportato il nome Itiri-fustialbos, da Itiri= cerbiatto, e fustialbos (dal latino fustis albus, fusto bianco) = pioppo argentato: essenza arborea presente in maniera rilevante nella zona chiamata *Fontana'e josso*, "la fontana di giù". La didascalia "*Itiri fusti alvus*" campeggia peraltro nello stemma comunale a fare da cornice a un castello e un cervo sormontati da una corona regale. Probabilmente l'aggiunta della parola è dovuta alla necessità di differenziare il paese dalla più popolosa Itiri Cannedu della regione storica del Coros. Questo nome ha

suscitato la curiosità e l'interesse di molti studiosi che hanno cercato di stabilirne l'origine etimologica. Le ipotesi più suggestive sono quella sostenuta da Massimo Pittau che assimila il termine Ittireddu al vocabolo protosardo "bitteru" (muflone), e un'altra che, per contro, asserisce che il nome derivi dal latino "Iter" (cammino, strada) e sia da collegarsi alla presenza di una ricca rete viaria di epoca romana che collegava il Meilogu con il Logudoro e col Goceano. I primordi del territorio di Ittireddu sono riconducibili a più di due milioni di anni fa, nel terziario, come si può rilevare dall'esame delle formazioni trachitoidi del vulcano spento di Monte Lisiri. Il periodo neolitico (3000-2700 a.C.) è stato intensamente abitato, come dimostrano le necropoli a domus de janas, scavate nei costoni di rocce magmatiche, di Partulesi, San Giacomo, Monte Pira, Monte Ruju, Monte Nieddu e i numerosi reperti rinvenuti, tra cui frecce in selce e ossidiana e materiali fittili delle varie culture. Gli ipogei evidenziati in questo territorio sono più di sessanta e nella quasi totalità dei casi pluricellulari



Dolmen Sa Coveccada (Toto Porcu)

a planimetria irregolare. A pochi chilometri dall'abitato, sulla strada provinciale 47, in territorio di Mores, troviamo una importante testimonianza del periodo eneolitico recente (2400-2100 a.c.): il dolmen Sa Coveccada (ciò che è coperto), camera sepolcrale che segna il passaggio dal periodo delle tombe sotterranee verso quelle aeree; il manufatto preistorico, realizzato in trachite tufacea locale di

colore grigio rosa, a pianta rettangolare, lungo 5 metri, largo 2,5, alto 2,7, è senza dubbio il più grande, nel suo genere, di tutto il mediterraneo. Si presenta in tutta l'imponenza delle sue 27 tonnellate con tre grandi lastre ortostatiche sovrastate da un'enorme pesante tavola litica di copertura a piattabanda; in virtù della sua forma architettonica, ridotta all'essenziale, rappresenta un punto di transizione verso le sepolture mega-



Nuraghe Funtana (Marco Falchi)

litiche più complesse ossia le tombe dei giganti. Ampie le testimonianze della civiltà nuragica. Nei pressi del paese "Sa Domo 'e s'Orku", uno degli esempi più antichi di nuraghe a corridoio, e poi il nuraghe "Funtana", costruzione più elaborata costituita da una torre centrale alla quale è stato addossato un bastione con due torri secondarie; i numerosi reperti, qui rinvenuti, tra cui una bellissima brocca askoide, un focolare e due tavolini, sono custoditi gelosamente nel museo civico del paese. Un contributo fondamentale per la storia del Monte Acuto è segnato dalla romanizzazione capillare che spiega la parlata romanza dei nostri giorni, il logudorese, ampiamente diffuso nei vari strati della popolazione; un intervento colonizzatore agevolato dai rapidi collegamenti della regione con le città portuali; nei pressi di Mores infatti era particolarmente attiva e frequentata l'antica stazione di sosta di Hafa, posta lungo la via *a Karalibus Olbiam*, biforcazione dell'asse viario principale a Karalibus Turrem e punto di passaggio obbligato nei trasporti su carro tra Karalis e Tibula, città antica dell'estremo settentrione sardo, corrispondente all'attuale Castelsardo. Altre interessanti quanto ben conservate vestigia attestano la lunga e florida dominazione romana come il ponte "Pont'ezzu", sito al confine sud - ovest con il comune di Mores, edificato per l'attraversamento del Riu Mannu in un diverticulum che si dipartiva dalla strada principale per Olbia. La costruzione constava

di tre arcate delle quali residuano solo due, per una lunghezza totale di 18 metri. I regolari corsi di pietre dei pilastri sono in basalto nero con qualche filare costituito da conci di tufo chiaro. Anche il complesso delle cisterne di "Sas Conzas", sito nei pressi di Ittiri, può riportarsi a un tipo di insediamento connesso alle attività produttive di quel periodo; si tratta di dieci serbatoi scavati nell'affiorante banco tufaceo dove sono state ricavate anche alcune piccole canalette divergenti dalla loro imboccatura con lo scopo di convogliare altrove le acque meteoriche. E' probabile che questi manufatti siano stati utilizzati come contenitori per derrate alimentari solide, oppure addirittura per la conservazione dell'olio; ipotesi avvalorata dalla presenza, a circa 20 metri dalle cisterne, di due pressoi e due vasche circondate da scolatoi presumibilmente usate per la decantazione a seguito della spremitura delle olive. Tradizionalmente si riteneva che questi grandi recipienti fossero destinati all'attività della concia (sas conzas - le concherie); in realtà niente esclude che, in epoche successive a quella dell'esecuzione, siano stati utilizzati in tal senso. L'antico metodo della concia, infatti, prevedeva che, dopo la preparazione della pelle, questa passasse in due o tre "fosse" (botti cilindriche in legno interrate nel suolo). L'impianto originario del paese risale probabilmente al periodo bizantino, epoca a cui appartiene la piccola Chiesa di Santa Croce (sec. VI - VII) situata nel cuore del centro sto-

rico. In principio l'edificio presentava una struttura centrale con tre absidi; l'apparecchiatura muraria in trachite rivela un ampliamento del XIII secolo, mentre al XVII è da ascrivere il campaniletto pensile posto alla sommità del tetto. La facciata è sormontata da un portale ad arco acuto di chiara matrice gotica. Intorno all'anno 1000, in epoca giudicale, sul Monte Zuighe si presuppone esistesse un castello eretto per il controllo delle vallate sottostanti e distrutto a seguito delle successive vicende belliche che hanno interessato il nord Sardegna. Dal secolo XI e fino al 1272 il territorio fece parte del Giudicato di Torres, nella Curatoria di Ardara o di Oppia, entrambe acquisite dai Doria a metà del 1200 e in seguito dal Giudicato d'Arborea. Dopo la conquista dei Catalano-Aragonesi (1421) fu infeudata a Bernardo de Centelles, rappresentante di uno dei casati più in vista nella turbolenta aristocrazia del regno, che divenne signore incontrastato non solo del Montacuto, ma anche dell'Anglona, Meilogu, Marghine e della baronia di Osilo. Il feudalesimo di marca iberica, con tutte le sue nefaste espressioni, cederà il passo al periodo della dominazione Sabauda. Nel 1870 tutta la regione circostante il paese fu interessata da una scossa di terremoto tra il 5° e 6° grado della scala Mercalli; il più forte mai rilevato in Sardegna che ebbe come epicentro macrosismico proprio Ittireddu,

probabilmente per il suo substrato di natura vulcanica. Il paese, totalmente ricostruito, ora è accogliente e lussureggiante; nonostante abbia subito, nel giro degli ultimi sessanta anni, una deprivazione di ben 500 persone, si mantiene in maniera autonoma e dignitosa per il lavoro nei campi e per le cave di pomice inesauribili provenienti dal vulcano spento Lisiri, offrendo al visitatore diverse opportunità particolarmente pregnanti: itinerari culturali intra moenia e lunghe e interessanti passeggiate fuori porta, per approfondire la storia dei luoghi. Si impone una doverosa visita alla bella parrocchiale di nostra signora di Intermontes dedicata alla Vergine Immacolata. Si racconta, a giustificazione della denominazione attribuita al luogo di culto, che la statua lignea della Madonna, ora collocata nell'altare maggiore, sia stata ritrovata, verso il 1500, da alcuni pastori in una grotta posta nella valle "Badde Tuva", nei pressi del nuraghe Funtana, ai piedi dei tre monti Zuighe, Lisiri, e Ruju. Doverosa è pure una capatina alla fonte sacra "Funtana 'e Baule" che insiste su una polla di acqua sorgiva ad alto contenuto ferroso; a base trapezoidale, preceduta da un breve dromos, vi si accede tramite una piccola scala di cinque gradini in tufo trachitico in perfetta connessione che paiono voler ripetere, in miniatura, uno degli elementi caratterizzanti dei pozzi sacri. Così non si può fare a



La Chiesa di Santa Croce (Marco Falchi)



Il coro di Ittireddu, sullo sfondo il paese

meno di ristorarsi alla storica Funtana de Josso, ubicata nelle immediate vicinanze della piccola chiesa di Santa Croce. La fonte venne edificata nel 1861 in blocchi squadrate di tufo rosato provenienti dalla vicine cave; preceduta da una rampa di gradini monolitici in granito grigio, è costituita da un corpo centrale a pianta quadrata serrato da pilastri che disegnano brevi ali in diagonale. Non può mancare inoltre una accurata visita al Civico Museo Archeologico ed Etnografico, inaugurato nel 1984, quarto della Sardegna in ordine temporale, aperto tutti i giorni compresi i festivi; ubicato in locali contigui all'edificio del Municipio, si articola in due sezioni, una archeologica e una etnografica. La sezione archeologica, la più ricca, raccoglie i risultati della ricerca topografica effettuata negli anni 1980-81. Qui vi sono esposti i ritrovamenti degli scavi condotti in prossimità del Nuraghe Funtana, sito nelle vicinanze dell'abitato (ciotole carenate, olle, tegami, fornelli) e un vaso quadriangolato con ciotola di copertura contenente più di 19 chili di rame in lingotti. Numerosi pannelli esplicativi, fotografie e disegni illustrano i monumenti censiti inserendoli nelle vicende storico-archeologiche che hanno caratterizzato l'isola, e preparano il visitatore a una eventuale escursione sul terreno. La attigua sezione etnografica del Museo

esponde utensili attinenti alla civiltà agro-pastorale: lavorazione del latte, tessitura, intreccio, panificazione e preparazione dei dolci. Non si può salutare il paese senza aver fatto visita alla chiesa campestre di San Giacomo, del sec. XII, compatrono di Ittireddu, che probabilmente costituiva la parrocchiale dello scomparso villaggio di Cherchedu, spopolato nel secolo XV. Le mura, in conci a vista in pietrame trachitico e basalto poroso, sono un caratteristico tratto costruttivo dello stile romanico, principale rappresentante dell'architettura del medioevo sardo, espresso qui in forme assai semplici: pianta ad aula unica e copertura in capriate lignee. La chiesetta è mantenuta come un gioiello di famiglia dal Comitato omonimo che provvede, oltre alla salvaguardia della sua integrità, anche alla organizzazione della festa del 25 luglio, con processione, messa cantata e cena comunitaria. Un appuntamento da non perdere e certo l'occasione più propizia per ascoltare le voci del pregiatissimo coro polifonico locale, nato nel 1991, attualmente diretto dal maestro Silvio Bossi e composto da quindici cantori; dalle loro mesa oghe, oghe, contra e basciu, le migliori melodie della tradizione sarda e i suoni ancestrali della nostra terra.

Antonio Pinna

Tra storia e tradizione: il racconto di Salvatore Delogu

Pasqua di Risurrezione

Pasqua 1920. La guerra era finita da appena un anno e mezzo. Gli abitanti di Sant'Antine - un piccolo paese del Meilogu, in Sardegna - non avevano saputo né capito granché di quella guerra, svoltasi per una ragione e in una regione tanto lontane dal loro modo di pensare e di vivere.

S'erano stretti, preoccupati e commossi, attorno al piccolo drappello dei "richiamati" nel giorno della partenza per il fronte, li avevano seguiti, ansiosi, nei lunghi, interminabili quattro anni di lontananza; li avevano incoraggiati, sinceramente entusiasti ed orgogliosi, in quelle loro imprese che venivano a raccontare nei brevi periodi di licenza, in un dialetto sempre più complesso e contaminato che sapevano usare con una disinvolta maestria che suscitava un ingenuo e spontaneo interesse.

"Che bravi quei giovani - si diceva - che parlano come un libro scritto!"

Uno di questi era Barore Canu.

Era tornato fra gli ultimi, da appena due mesi.

La guerra, sbattendolo al fronte, aveva allontanato da quel piccolo e tranquillo paese di montagna il seme di ogni discordia, il promotore e primattore di sempre più frequenti e drammatiche risse, il cinico e puntuale denigratore di ogni buona usanza e tradizione.

Di cinque fratelli era l'ultimo, il "caganidu", come provocatoriamente ammetteva anche lui, e quando il babbo morì non aveva che cinque anni.

Crebbe così, trascurato dai fratelli, intenti solo alla "massaria" e viziato dalla mamma che, oltre ad accudire alle faccende domestiche, doveva andare a lavorare in campagna.

Barore non amava né la campagna né il gregge.

Dotato di una grande curiosità per la cultura e la politica, preferiva dedicarsi alla lettura dei libri e dei giornali.

Le sue simpatie politiche andavano al nascente socialismo sardo e in particolare ad Attilio Deffenu, l'eroico avvocato nuorese, caduto due anni prima

nella battaglia finale del Piave. Riteneva, anche per questo, d'esser superiore a tutti; al sindaco, anche lui socialista, che, per quanto fosse ritenuto da tutti persona saggia e perbene, aveva fatto solo la terza elementare e perfino a "babbai" Càriga, il parroco, uomo colto e arguto anche se un po' taccagno. Le malelingue del paese dicevano, a proposito, che avesse lasciato crescere il fico in cima al basso e tozzo campanile per poterne mangiare gratuitamente il frutto o meglio ancora la "càriga", cioè il fico secco, di cui era notoriamente ghiotto. Le stesse malelingue paesane insinuavano che, al "orate frates" di una nota orazione, solesse aggiungere, in un meilogheso "latinorum" di sua invenzione: "habetis càrigam et non me ne dates".

Barore Canu, da intellettuale rivoluzionario quale riteneva di essere, non aveva buoni rapporti con "babbai" Càriga e lasciava che costui lo bollasse da anticlericale.

I fratelli di Barore si erano l'uno dopo l'altro accasati e l'avevano lasciato solo con la vecchia madre, a procurarle più pene che gioie.

Ma, un bel giorno, decise anche lui di prender moglie, ne parlò con la mamma e la scelta cadde su Nanna Desole, sua coetanea ed ex compagna di scuola, una bella e brava ragazza alta, bruna, occhi e capelli nerissimi, appartenente a una distinta famiglia di abili tessitrici per la quale, già dai banchi di scuola, aveva nutrito, ricambiato, una particolare simpatia.

Acconsentendo calorosamente alla scelta del figlio, la vecchia mamma sperava che solo Nanna potesse essere in grado di ammansire quel suo ultimo e malriuscito rampollo.

Come da tradizione, fu subito messo in cantiere un complesso ed antichissimo cerimoniale, già positivamente collaudato per gli altri quattro fratelli e meticolosamente adottato dall'intero paese.

Venne convocato, pertanto, il famoso tiu Tomas, il più abile e rinomato "trattadore" della contrada. Invitato a cena, gli si offrì del buon cannonau di



La Brigata Sassari in azione. Dal volume *La guerra*. Vol. 11: *La battaglia da Plava al mare*. Copyright: Museo Civico del Risorgimento di Bologna

Tissi, e quando parve sufficientemente sazio e brillo, mamma Canu lo accompagnò gentilmente alla porta sussurrandogli commossa: "datti da fare, Tomà, e che nostro Signore e Sant'Antine ti aiutino!". Quando, pochi giorni dopo, tiu Tomas tornò, aveva più rughe sulla fronte, gli occhi s'erano fatti più piccoli e spenti, le guance flaccide, la voce tremula e stanca. Disse che Nannighedda si era dimostrata subito molto gentile ed aveva anche sorriso dai vivi occhi di bistro. "Che conquista - sottolineò mestamente - sarebbe stata!" Raccontò poi puntualmente come i due chicchi di grano duro, agitati nel bicchiere di acqua santa, si fossero incontrati più volte, quasi a sancire la validità della sua proposta e come aveva, invece, risposto il babbo di Nanna, inflessibile e spietato: "mia figlia non è per Barore Canu. Se la cerchi altrove la donna sua!".

Barore non si diede per vinto e continuò segretamente a corteggiarla. Cercò poi di migliorare se stesso, di lavorare, di non scocciare più il prossimo e di tenere per sé le sue idee rivoluzionarie. Fu tutto inutile. Nanna forse lo amava... i suoi genitori, non erano, forse, così ostinatamente ostili come tiu Tomas li aveva descritti... Ma c'era qualcosa di traverso, di misteriosamente insuperabile, che non riusciva ad afferrare e capire...

La chiamata alle armi lo sorprese così, teso verso una meta che, nonostante tutto, continuava ad inseguire... Parti al fronte fra l'indifferenza generale, col bacio e la benedizione della mamma ed il tenero, forse ultimo, sorriso di Nanna nel cuore. La guerra, combattuta coi fanti della Brigata Sassari, dalle trincee de Razzi e delle Fracche agli altipiani di Asiago e della Bainsizza fino all'epica, vittoriosa battaglia dei Tre Monti e di Vittorio Veneto, con le sue prove tremende, le marce estenuanti, le veglie in trincea, gli assalti all'arma bianca e le urla degli agitati e dei feriti dell'una e dell'altra parte, lo aveva durissimamente provato e trasformato. Quando tornò era un altro.

Rimase quasi due mesi lontano da tutti, dividendo il tempo fra il lavoro e le letture. Finché venne la Pasqua, la festa delle feste anche a Sant'Antine.

Barore si alzò presto, quel mattino, si rasò con cura, indossò l'abito di velluto verde sulla candida camicia bianca di lino, prese con un leggero sorriso di compiacenza la "ciccìa", il berretto che la mamma gli porgeva, ed uscì. In un balzo superò la ripida scalinata, attraversò a testa bassa "piazza 'e s'abbadolzu" ancora deserta, imboccò a destra "carrela 'e Santa Rughe", un acciottolato largo e dritto, e si trovò in un baleno di fronte alla pieve. Entrò. Final-

mente! Nell'uscire di casa e più ancora nell'avvicinarsi alla chiesa aveva sentito su di sé gli sguardi e i commenti - di stupore, di ammirazione, chissà? - dei rari passanti che incrociava, ma aveva ritrovato tanta decisione e tanto ardore da divertirsi, quasi, a dar esca alla curiosità e alla fantasia dei compaesani.

Nel passare davanti alla casa di Nanna aveva sentito come una stretta al cuore, al ricordo struggente di lei che, forse, ancora lo amava...

La piccola chiesa era ancora deserta e semibuia, ma il parroco, babbai Càriga, era già lì, fra i banchi vuoti, che aspettava.

"Caro Barore, che piacere vederti!"

Si abbracciarono come due vecchi amici.

Quando uscì gli si leggeva negli occhi, nel portamento, in quel nuovo ed insolito modo di salutare le persone, un piacere indefinibile e misterioso. Stette un po' di tempo fermo, prima di scendere a valle, a guardare giù, in quella vasta distesa di tetti coperti da una leggera fuliggine. Il sole era sorto da poco ed i suoi primi raggi, facendo capolino dalle pendici dei monti lontani, indoravano le brulle e basse colline sottostanti. Barore sentiva ora un'autentica voluttà

nell'offrire le guance al venticello che carezzava dolcemente quell'aria fresca e frizzante e portava, a folate, l'odore acre della terra ancora umettata di rugiada... Era come un indifeso e dolce abbandono all'abbraccio della natura, una sensazione tutta nuova che lo assorbiva e lo estraniava allo stesso tempo. Ora suonavano le campane.

Non era una melodia, la solita melodia. Era un frenetico e capriccioso rincorrersi di squilli, era una valanga di suoni che volavano nell'aria ad infondere alla trepida attesa del mattino tutta quella gioia sonora.

Per un attimo Barore, investito da quell'onda, non ascoltò, non sentì più nulla. Gli parve però di aver avvertito un rumore confuso, come di passi, e una strana inquietudine.

Si voltò.

"Nanna!"

"Non te n'eri ancora accorto, vero Bo?"

La sua voce era morbida, quasi accattivante.

Incorniciato dal nero scialle e dai nerissimi capelli, il suo visino esprimeva una gioia contenuta e birichina.

"Come mai qui?" fece Bore, sorpreso e impacciato.

Nanna continuò a fissarlo con quei suoi occhietti vivaci e teneramente invitanti.

"Vuoi tornare in chiesa? Ho saputo... avevo pregato tanto, sai, per questo... Vieni?"

Qui la sua voce si fece più morbida, quasi confidenziale. Quei piccoli occhi brillarono. Le gote accennarono a un soffuso rossore.

Bore era confuso, quasi incredulo. Rispose: "A che farci?"

"Per chiedere a babbai Càriga se adesso posso dirti di sì!"

E Pasqua fu di Risurrezione anche per loro.

Salvatore Delogu è medico chirurgo e giornalista pubblicista. - Il racconto che avete letto è stato già pubblicato il 28-5-1948 sul quindicinale fiorentino "La nuova gazzetta", quando l'autore ancora frequentava a Sassari il II anno del corso di laurea in Medicina.



Amor filiale nei versi della poetessa di Osilo

A mia Madre

Le tue mani, mamma
sono foglie di pioppo, tremule,
raccontano favole
di un tempo che non è più:
i panni lavati al fiume
e stesi sui rovi ad asciugare,
la lunga cena dei mietitori,
i forti odori della sera
la fatica, l'amore...
Le tue mani, mamma
sono foglie di rosa,
delicate e sapienti
hanno intrecciato
con fili di seta
petali e stelle
e lembi di cielo

per vestire di colori
la mia giovinezza...
Le tue mani, mamma
sono foglie di giglio,
bianche,
sulle bianche lenzuola
che hai ricamato per le mie nozze
con il cuore gonfio di pianto.
Le tue mani, mamma
sono foglie d'autunno
accese di nostalgia,
fragili eppure tenaci,
ancora ricche di doni
ancora calde di sole.
Le tue mani, mamma
sono le mie mani.

LA FESTA DELLA MAMMA

Istituita a Bordighera nel 1956 per desiderio dell'allora sindaco Raul Zaccari, la festa della mamma e della maternità si celebra in Italia la seconda domenica di maggio.

Ci è gradito presentare ai lettori una poesia della collega Giovanna Pintus, che assomma i sensi più profondi della ricorrenza: ricordi vivi di una figlia plasmata da mani sapienti di madre, nel silenzio e con l'esempio.

Giovanna Pintus è nata a Osilo (SS), ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia nel 1978 presso l'Università di Sassari, vive e lavora nel paese natio come medico di medicina ge-

nerale. Da diversi anni si dedica alla pittura e alla poesia. Autrice di due raccolte di poesie, "Fragili aquiloni" e "Rose d'inverno", ha partecipato a importanti concorsi nazionali acquisendo significativi risultati: nel 1982 ha ottenuto una medaglia d'argento a Cefalù, nel 1985 una targa speciale a Vietri, nel 1988 è stata fra i finalisti del Graffito d'oro a Viterbo e nell'aprile del 1994 ha vinto il 1° premio al Graffito d'oro sezione poesia; nell'ottobre dello stesso anno ha partecipato alla 6° edizione del Platano d'oro per medici scrittori classificandosi fra i primi dieci e ricevendo una menzione d'onore.

Un album simbolo del grunge

Dagli anni '90 ai giorni nostri: Ten, il disco di debutto dei Pearl Jam

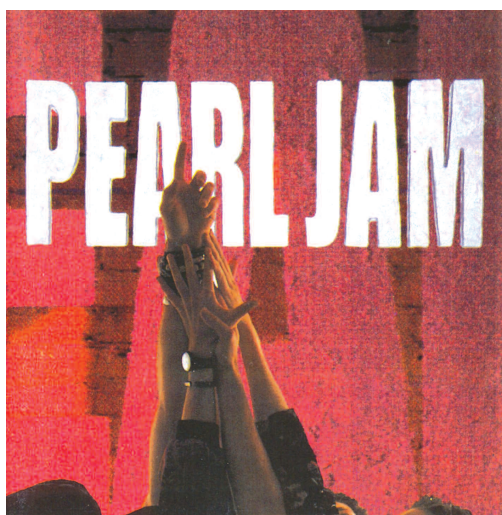
di Francesco Bustio
Dettori

Cosa hanno lasciato gli anni '80 alla musica? Se volgessimo un pigro sguardo indietro nel tempo, potremmo assistere al trionfo della pop-music, con i suoi re e le sue regine: Michael Jackson, Madonna, Duran Duran, Spandau Ballet e chi più ne ha più ne metta; nel mentre i Queen e i Dire Straits mantengono alta la bandiera di un rock moderno ma con le radici ben piantate in un sottosuolo ricco di tradizione, riempiendo le arene di mezzo mondo. La musica "alternativa", dove il termine sta a indicare tipologie musicali poco etichettabili, apprezzate da un pubblico poco numeroso ma competente ed esigente, per non dire quasi di nicchia, non se la passa troppo male: Depeche Mode, R.E.M., Smiths compiono il loro passaggio da band misconosciute ad apprezzati alfieri della musica più impegnata, ricercata e cerebrale. Negli Stati Uniti si verifica uno strano fenomeno: alcuni gruppi musicali arrivano a colpire l'animo di quella generazione X che in quel periodo si muove priva di



riferimenti certi, in cerca di un qualcosa che non riesce a definire. Green River, Mother Love Bone, Mudhoney, in qualche maniera anche i Pixies, sono nomi che vengono prima sussurrati e poi urlati dai giovani del periodo; forse la loro musica non rappresenta una particolare novità per alcuni, ma i loro suoni e le loro tematiche danno al rock una nuova veste, stabilendo un canale di comunicazione perfetto con i problematici teenager dell'epoca: sta nascendo il grunge, genere che il mondo imparerà a conoscere e amare.

L'epicentro di tutto è Seattle, piovosa città dello stato di Washington, sulla quale si puntano gli occhi di tutti: fra agosto e settembre del 1991, con un uno-due micidiale escono Ten dei Pearl Jam e Never Mind dei Nirvana; quest'ultimo consacra definitivamente il mito di Kurt Cobain, portando la sua fragile mente a fare corto circuito il 5 aprile di tre anni dopo, quando l'ormai famoso leader della band terminerà la sua esistenza terrena infliggendosi un colpo di fucile alla testa (ancora oggi non si placano le voci che parlano di omicidio, associando il termine al nome della moglie di Kurt, Courtney Love). I Pearl Jam invece, nonostante i problemi esistenziali del leader Eddie Vedder, riescono a resistere all'autodistruzione e portano avanti tutt'ora la loro idea di musica, che non è solo un progetto artistico, ma un modo di vivere con degli ideali per cui vivere e lottare (vedi la partecipazione al Vote for Change Tour e la lotta purtroppo persa contro le multinazionali dello spettacolo che impongono i prezzi per i biglietti dei concerti). La loro genesi è piuttosto avventurosa: Stone Gossard (chitarra) e Jeff Ament (basso) infatti suonavano prima nei Green River (assieme a Mark Arm, che poi fonderà i Mudhoney) e poi nei Mother Love Bone, questi ultimi discioltisi dopo la prematura scomparsa, a causa di un'overdose, del talentuoso cantante Andrew Wood. In seguito alla morte di Andrew, si formò un *supergruppo*,



La copertina di Ten

i Temple of the Dog, formato dai membri dei Soundgarden (l'anima dei suoni più duri del grunge: anche loro nel 1991 fecero uscire lo storico Badmotorfinger) Chris Cornell (voce) e Matt Cameron (batteria), e dai neonati Pearl Jam, formati appunto da Stone, Jeff, un ragazzino, Mike McCready che fa sentire belle cose alla chitarra, Dave Krusen a battere sui tamburi, più un benzinaio surfista di San Diego: il già citato Edward Louis Severson III, ovvero Eddie Vedder. Quest'ultimo è stato cresciuto dalla madre, la quale gli aveva fatto credere fin da piccolo che il padre biologico fosse quello che in realtà era solamente suo patrigno: scoprì la verità solo dopo la morte per sclerosi multipla del suo vero genitore, il quale gli era stato sempre presentato come un vecchio amico di famiglia. Tornando alle vicende biografiche, Eddie ricevette una cassetta dove erano incisi i primi demo della band, tramite l'amico Jack Irons (fondatore dei Red Hot Chili Peppers e in seguito batterista dei Pearl Jam per quattro anni), e rimandò la stessa agli altri membri del gruppo con la sua voce sovraincisa, dopo aver scritto i testi di *Alive*, *Once* e *Footsteps*: una mini opera rock intitolata *Mamasan* dove il protagonista si ritrova orfano di padre, con un rapporto difficile da gestire con la madre, per poi diventare un assassino e venire imprigionato: una storia per alcuni versi autobiografica. Stone e Jeff non hanno più dubbi, Eddie è la voce giusta: le prime esibizioni live non tardano ad arrivare. Il primo disco dei Pearl Jam si intitola *Ten*, non una casualità: infatti il gruppo

si era provvisoriamente dato il nome di Mookie Blaylock, giocatore di basket dei New Jersey Nets, il cui numero era proprio il 10.

Ed è proprio *Ten* che andremo ad analizzare, a iniziare dall'ipnotico collage sonoro *Master/Slave* che introduce *Once*, secondo capitolo della "trilogia" *Mamasan* di cui abbiamo parlato poc'anzi: la dichiarazione di intenti è chiara, suoni feroci, un canto che sembra più che altro una disperata richiesta di aiuto, che però non servirà, dato che il protagonista sfogherà la sua rabbia violentemente, in un crescendo cinematografico di tensione alimentato da chitarre pungenti. *Even flow* mantiene alta la tensione con il suo incedere imponente: la chitarra tagliente di Mike McCready domina la scena abusando del pedale *wha wha*, che infonde alla sua Stratocaster acidità e bellezza. *Alive* è probabilmente il singolo che accende i riflettori sui Pearl Jam: il riff granitico inchioda l'ascoltatore, trascinandolo nella vicenda esistenziale di Vedder, cantata, quasi urlata, con tutta la sofferenza che si possa riuscire a comunicare, per poi arrivare all'esplosione chitarristica finale. Alcuni potrebbero aspettarsi a questo punto un momento di alleggerimento, niente di più sbagliato: *Why go* è un pugno allo stomaco sonoro e lirico, dove la protagonista della vicenda è una ragazza chiusa in una casa di cura, lontano da tutti, per esser stata sorpresa dai genitori a fumare una canna; la frase iniziale *"Lei scrive una lettera su un muro di pietra, forse un giorno un altro bambino non si sentirà solo come lei"*



I Pearl Jam nel 1991, da sinistra: Stone Gossard, Eddie Vedder, Jeff Ament, Dave Abruzzese (che sostituì Dave Krusen dopo la registrazione di *Ten*), Mike McCready

risulta essere dolorosamente efficace. La ballata *Black* sembra offrire quell'attimo di calma già auspicato, almeno in apparenza: ci si ritrova invece ad ammirare una autentica gemma, preziosa e fragile, dove il tema dell'amore non più corrisposto si fa musica sotto i nostri occhi e dentro le nostre orecchie, colpendo duramente, in un crescendo di pathos raramente riscontrabile nella lunga storia dell'arte musicale. È difficile stabilire quale possa essere l'episodio successivo a un simile capolavoro, quindi i ragazzi di Seattle decidono che dopo *Black* deve esserci necessariamente un altro *master-piece*: *Jeremy*. Jeremy Wade, un



I Pearl Jam durante il loro recente tour

ragazzo texano, si trovava a scuola il mattino dell'otto Gennaio del 1991, quando in seguito a un rimprovero da parte dell'insegnante, si sparò davanti a tutta la classe: Vedder dipinge la vicenda con colori vividi, forti, facendo intuire ogni cosa senza mai esplicitarla in maniera diretta, mentre gli strumenti sottolineano musicalmente ogni drammatico passaggio della vicenda con tremenda efficacia. La immaginifica *Oceans* appare minimalista in confronto al fragore precedente, come a voler lasciare respiro all'ascoltatore, lasciandolo sospeso fra i pensieri della sua mente, cullandolo nelle interpretazioni dell'esperienza che sta vivendo ascoltando l'opera, prima di rituffarsi nelle attitudini punk di *Porch*, che con splendore sonico descrive amaramente ed empaticamente la situazione emotiva di un senzatetto, con un ritmo trascinate. *Garden* porta in dote uno degli arpeggi più evocativi mai prodotti, che sfocia naturalmente in un ritornello ancora una volta carico di disperazione, con un testo enigmatico e aperto a molte interpretazioni, al contrario di *Deep*, dove vengono descritte con cruda chiarezza le vicende drammatiche, diverse ma simili, di un drogato, di un assassino e di un violentatore, che offrono il substrato ideale per interrogarsi quanto in fondo si possa andare una volta che ci si è affacciati sull'orlo del precipizio. Chi si aspettava una chiusura dai toni epici viene diversamente accontentato: *Release* è uno splendido inno al desiderio di essere liberi, condito con vari riferimenti autobiografici di Vedder, e suggella in maniera esistenzialista ed emotiva il long playing, con lo sfumando di *Master/Slave* a sigillare il tutto, fa-

rendolo tornare all'origine. Qual è il punto di forza di questo disco? Essere ancora oggi fresco e il riuscire a parlare un linguaggio comprensibile sia a un adolescente che a un adulto. Le liriche esistenziali del disco sono il frutto delle vicende dolorose che i Pearl Jam hanno attraversato, le stesse vicende che i loro coetanei hanno patito e che in molti ancora oggi si trovano a subire. La crescita e la maturazione della loro musica, hanno inoltre creato una via di comunicazione non solo con i ragazzi, ma anche con gli adulti, che hanno rivisto una forma genuina di fare musica, non viziata dall'elemento monetario. Tutto ciò ha saldato gruppo e fan in un'empatia che dura tutt'ora, grazie anche alla integerrima condotta morale dei nostri. Seguire i Pearl Jam è come essere parte di una immensa famiglia, dove anche l'ultimo arrivato viene trattato come un aficionado della prima ora, e questo si è potuto toccare con mano negli ultimi concerti italiani del combo di Seattle a Milano e Trieste: una grande festa celebrata a colpi di rock, dove l'affetto e le emozioni erano in grado di riempire lo spazio fisico fra ogni persona presente in quegli stadi, musicisti inclusi. E questo i Pearl Jam lo sanno, e per questo non si sono risparmiati, regalando a coloro che sono accorsi alla loro serata scallette di oltre trenta pezzi, per oltre tre ore di musica, condite di pezzi celebri e chicche da collezionisti, come solo una grande band può fare.

E chi come me ha potuto assistere a questi eventi, torna a casa con la consapevolezza di aver vissuto degli attimi unici e irripetibili, e con un gran senso di gratitudine nel cuore.

**ELENCO DEI MEDICI DISPONIBILI AD EFFETTUARE SOSTITUZIONI
DI ASSISTENZA PRIMARIA E DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
ANNO 2015**

n.	Assistenza Primaria	Pediatria	Cognome e nome	Anno laurea	Indirizzo	Cap-città	Telefono	Cellulare
1	SI	NO	Arru Alessandra Rita	2004	Via Di Vittorio 22	07100 Sassari		328/9442820
2	SI	NO	Arru Marco	2014	Via Rossini 2	07031 Castelsardo	079/471022	340/9328551
3	SI	NO	Bellu Valentina	2014	Via Mazzini 22	07025 Luras		320/8845248
4	SI	NO	Biancareddu Elisabetta	2014	Via Merano 4	07029 Tempio Pausania		328/7174103
5	SI	NO	Branca Gian Pietro	2014	Via Ferrucci 10	07100 Sassari	079/280030	349/3521099
6	SI	NO	Brichetto Giovanna	1996	Via degli Orti 11	07041 Alghero	079/979098	340/7905249
7	SI	NO	Budroni Carla	2009	Via Mazzini 6	07100 Sassari	079/235639	333/7955258
8	SI	SI	Campus Rachele	2014	Via Manzoni 28	08100 Nuoro	0784/35762	320/0727585
9	SI	NO	Casu Marina	2014	Via Canonico Doranti 1	07029 Tempio Pausania		340/3075989
10	SI	NO	Cossu Michela	2014	Via Silvio Pellico 77	07044 Ittiri	079/442807	347/6869028
11	SI	SI	Di Trapani Laura	2013	Via Monte Grappa 7/e	07100 Sassari		328/3178388
12	SI	SI	Fadda Maria Paola	2014	Viale San Pietro 4	07100 Sassari		320/6846791
13	SI	NO	Gaito Silvia	2014	Via Nicolodi 4	07100 Sassari		347/7365911
14	SI	SI	Lisbo Marcella	2009	<i>NON COMUNICATO</i>	07033 Osilo		380/4349661
15	SI	SI	Lupaciolu Sabrina	2014	Via G. Pala 7	07026 Olbia		329/0067432
16	SI	NO	Moccia Eleonora	2014	Via Luigi Pirandello 20	07100 Sassari		340/6751290
17	SI	SI	Molinas Giovanni	2014	Via Pietro Lissia 12/c	07023 Calangianus		349/7927616
18	SI	SI	Montella Rino Aldo	2014	Via P.ssa Maria 5	07100 Sassari		340/5757927
19	SI	SI	Montesu Paola	2014	Via Azuni 1	07017 Ploaghe		348/0833433
20	SI	NO	Murdeu Luisa	2011	Corso Angioy 25/1	07100 Sassari		348/5912124
21	SI	SI	Mureddu Simone	2014	Via Savoia 55	07100 Sassari		329/0072645
22	SI	NO	Nusdeo Giuseppe	2014	Via Balbo 68	07024 La Maddalena		348/0593221
23	SI	NO	Pes Luca	2014	Via P.pe di Piemonte 38	07100 Sassari		328/9589876
24	SI	NO	Pischedda Caterina	2004	Via Pasubio 7	07100 Sassari		349/0841382
25	SI	SI	Sassu Salvatore	1969	Via Limbara 22	07029 Tempio Pausania		333/9184989
26	SI	NO	Scanu Martina	2014	Via Perantoni Satta 14	07100 Sassari		347/6157649
27	SI	SI	Sircana Marta	2014	Via Budapest 6	07100 Sassari		327/3511280
29	SI	SI	Taras Giovanna Maria	2013	Via Austria 2	07026 Olbia		392/7195751
30	SI	SI	Todde Maria Laura	2014	Via Copenaghen 12/a	07100 Sassari		328/6926456
31	SI	NO	Unali Marco	2014	Via Forlanini	07100 Sassari		328/6869456
32	SI	NO	Viridis Eleonora	2014	Via Saragat 54	07100 Sassari		349/4910881
33	SI	SI	Zachos Maistros-Pavlos	2012	Via Torres 44	07100 Sassari		328/6209708



E.C.M.

Educazione Continua in
Medicina

Programma Nazionale per la formazione
continua degli operatori della Sassari



Crediti formativi E.C.M. 2014 - 2016

La Commissione nazionale per la formazione
continua nella riunione del 18 settembre ha
individuato in 150 crediti il debito formativo per
tutte le professioni anche per il triennio...

Sul nuovo sito internet dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari puoi:

Contattare il presidente dell'Ordine, il presidente della C.A.O.
e tutti i dipendenti degli uffici dell'Ordine tramite e-mail.

Scaricare la modulistica con un solo click.

Accedere alla anagrafica della FNOMCEO.

Essere sempre aggiornato sulle ultime notizie in campo sanitario
grazie alla rassegna stampa giornaliera.

Consulta anche tu il sito
www.omceoss.org