

Anno XXIV - Agosto 2015 - n. 4

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: I candelieri, patrimonio dell'Unesco. (foto di Walter Lecis)

Direttore Responsabile Agostino Sussarellu

Direttore Editoriale Agostino Sussarellu

Coordinatore di Redazione Antonio Pinna

Redazione Consiglio Direttivo dell'Ordine, Commissione Albo Odontoiatri, Collegio dei Revisori dei Conti, Francesco Bustio Dettori (componente esterno), M. Antonietta Izza (addetto stampa)

Esecuzione Redazionale Francesco Bustio Dettori

Addetto stampa Maria Antonietta Izza

Hanno collaborato a questo numero

Marcello Acciaro, Federico Attene, Caterina Bagella, Alfonso Bolognini, Graziano Demurtas, Salvatore Denti, Antonio Dessanti, Carlo Doria, Giacomo Flore, Federico Giorico, Antonio Marrosu, Egle Milia, Francesco Muresu, Rita Nonnis, Carlo Pala, Panagiotis Paliogiannis, Roberto Pinna, Ilia Patrizia Pisano, Giovanna Rau, Matteo Ruggiu, Fabrizio Scognamillo, Pierluigi Tilocca, Francesco Tolu, Mario Trignano

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

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

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

Realizzazione editoriale Tipografia TAS

Zona Industriale Predda Niedda sud strada n° 10 07100 Sassari - Telefono 079.262221 - tipografia-tas@gmail.com

Tiratura: 4.292 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 04 - Agosto 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 saluti.

Il Consiglio Direttivo

I signori 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 della provincia di Sassari Via Cavour n°71/b - 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

È prevista una sezione particolare, denominata "pagine libere", che raccoglie: lettere al Presidente, notizie su congressi e avvenimenti di collegiale interesse, attività culturali varie, presentazione lavori letterari, attività di carattere musicale, artistico, sportivo, annunci vari riguardanti la professione medica.

IN QUESTO NUMERO

■ EDITORIALI DEI PRESIDENTI

- 1/La colpevolizzazione mediatica Pagina 4
- 2/Pubblicità ingannevole e autocelebrativa: il rovescio della medaglia 6

■ VITA DELL'ORDINE

- Per una rinnovata alleanza dei medici con i cittadini 7

■ NOSTRA SALUS

- Radiologia di Olbia: una struttura al passo con i tempi e le prestazioni nazionali 9

■ ODONTOIATRIA

- Gestione delle complicanze orali in pazienti affetti da xerostomia dovuta a radioterapia del distretto testa-collo 13

■ APPROFONDIMENTI

- L'orecchio in vacanza estiva: attenzione alle otiti balneari 17
- Fenomenologia e classificazione delle distonie, un problema sempre più frequente 21
- Invecchiamento, ormoni e aspettativa di vita: la Sardegna e i suoi centenari 25
- La ritenzione testicolare o criptorchidismo: dalla diagnosi precoce al piano di trattamento 30
- L'accreditamento dell'U.O.C. di Patologia Chirurgica come Centro di Riferimento per la chirurgia tiroidea 35
- La correzione chirurgica con accesso posteriore delle gravi forme di cifosi toracica di natura osteoporotica 40

■ FITOTERAPIA

- Valeriana e timo 45

■ IL GRAFFIO

- Grottesco excursus tra futuro insostenibile, sanità futuribile, borse inesistenti e conigli indigesti 47

■ TACCUINO

- Le malattie orali della pratica odontoiatrica / Presentazione libro "La relazione assoluta" 49

■ FNOMCeO

- Cancellazione per morosità e reinscrizione all'Albo / Termini processuali e sospensione feriale. Dossier sanitario elettronico, le novità / Nuovi fondi per formazione e aggiornamento. Trasmissione dati spesa sanitaria / Accessi alla facoltà di odontoiatria 50

■ NEWS

- Delibera Regionale per l'agopuntura / Prelievo multiorgano a Sassari. / Giunta approva linee indirizzo su sicurezza in chirurgia 53

■ CULTURE

- L'Isola che c'è: Giave, l'antica storia dell'altopiano logudorese 55
- Il racconto: Il Nazionale 58
- Libri: Letture: Inghil... terraaa!!! / La Nube di Oort 60

■ MUSICA

- Il blues perde il suo ultimo Re. La storia, le leggende e la musica di B. B. King 61
- Elenco medici disponibili per le sostituzioni di MMG e PDL 64

La colpevolizzazione mediatica

Care colleghe, cari colleghi, un po' perché l'argomento è davvero di grande attualità, un po' perché sollecitato da più parti, nello scorso afosissimo agosto ho ritenuto opportuno, non senza preoccupata riflessione, affrontare una tematica "bollente" che noi tutti (inutile negarlo), paventiamo possa riguardarci personalmente. Mi riferisco, specificamente, alla **"colpevolizzazione mediatica senza alcun diritto di replica"**.

Per questo motivo il mio primo pensiero non può non andare a tutti quei colleghi che sono stati colpiti da avvisi giudiziari di garanzia per i quali è stata poi incontrovertibilmente dimostrata la loro assoluta innocenza.

Esprimo, da subito a questi nostri sfortunati colleghi la solidarietà della comunità medica, nella consapevolezza che poi, anche una futura sentenza di proscioglimento od assoluzione non potrà mai in alcuna misura ripagarli del danno al prestigio professionale ingiustamente sofferto.

Purtroppo, sempre e comunque, ci si scontra con due "mostri sacri" da una parte la magistratura inquirente che ha il diritto/dovere di indagare, sulle denunce o segnalazioni che pervengono al suo ufficio; dall'altra, la stampa che deve informare su fatti rilevanti, che interessano la pubblica opinione, con stretto riferimento alla realtà accertata ed accertabile.

Ebbene, con tutta onestà mi sento di dire che, di fronte ad un cittadino medico indagato, nessuno di noi vuole e può inibire o condizionare le funzioni di cui abbiamo appena accennato, ma mi si consentano, alcune doverose considerazioni che servano di invito a chi indaga, riferisce o legge, perché **assuma e manifesti, nei confronti del medico inquisito, un atteggiamento di doverosa cautela, necessaria in ogni caso, ma specificamente richiesta per chi esercita un ruolo così delicato e**

di Francesco Pio Scanu



importante nel contesto sociale.

La responsabilità della nostra istituzione ordinistica si misura anche nella capacità di saper tutelare la dignità dei nostri iscritti ai quali l'art. 27 della Costituzione riserva (come a tutti i cittadini) il principio della presunzione di innocenza fino a quando non intervenga una sentenza di condanna definitiva. Non è più dunque tollerabile che la dignità della categoria medica possa essere sistematicamente messa in discussione da denunce e susseguenti articoli di stampa caratterizzati da un'impronta editoriale di tipo "scandalistico", ove spesso si anticipano conclusioni fuorvianti e comunque fuori dal processo penale senza una benché minima prova di colpevolezza. Un autentico linciaggio mediatico che finisce per "demolire" il medico privandolo delle sue certezze e delle sue speranze ancor prima che intervenga un giudicato penale. Dovremmo impegnarci tutti contro tale moderna barbarie che, se non sconfitta, fungerà da deterrente per le future generazioni di medici con inevitabile fuga di talenti dall'Italia oltre che per mancanza di lavoro.

Devo osservare che otto medici su dieci dichiarano aver timore di un contenzioso medico-legale e ciò sta portando ad un pericoloso quanto inutile utilizzo della cosiddetta "medicina difensiva", la quale potrebbe non giovare ai pazienti e crea, in ogni caso e comunque, un danno all'intera struttura assistenziale.

Al lato pratico il timore di sbagliare o di andare incontro ad una vertenza legale minano il rapporto medico-paziente e costituiscono un catalizzatore negativo per l'alleanza terapeutica tra chi chiede aiuto e chi, per dovere professionale, deve portare soccorso. Recentemente ho partecipato a due assemblee nazionali dei presidenti di Ordine, nel corso delle quali è stato severissimamente denun-

ciato e stigmatizzato questo fenomeno.

Non può essere sottaciuto peraltro che le lungaggini dei procedimenti giudiziari logorano psicologicamente il medico e va sottolineato come, nella maggioranza dei casi, attestata attorno all'80%, questi si concludano con un proscioglimento, o perché il fatto non sussiste o per mancanza di elementi di colpevolezza. Nell'ambito civilistico invece, oltre il 70% delle domande giudiziali sono intraprese del tutto temerariamente al solo scopo di ottenere illegittimamente riconoscimenti monetari (ciò interessa prevalentemente i ceti economicamente più sofferenti, per i quali il patrocinio del legale è a spese dello stato). Immagino che tanti di voi abbiano visto, recentemente (io personalmente ne sono rimasto inorridito) lo spot televisivo "obiettivo risarcimento" che invita i cittadini, vittime improbabili di presunti casi di malasanità, a intraprendere iniziative giudiziarie per reclamare un risarcimento danni. Trovo che sia di una gravità inaudita perché così si ingenera un clima di continua colpevolizzazione della classe medica e di continua evocazione di ipotetici episodi di malpractica.

Sarebbe forse opportuno che il legislatore emanasse delle disposizioni secondo cui per tutti quei casi di manifesta falsa accusa o insussistenza di reato venga previsto un procedimento d'ufficio per "calunnia" che contempra un congruo risarcimento economico da corrispondere al professionista prosciolto. L'interesse tutelato sarebbe duplice: da una parte quello di non istaurare processi penali contro un soggetto innocente, e dall'altra il giusto indennizzo, da parte del denunciante da rifondere al medico, in caso di accertata non colpevolezza.

Credo infatti che la duplicità dei profili di tutela sottesia siano inscindibili, in quanto l'esigenza che la giustizia non subisca sollecitazioni fuorvianti è strettamente connessa con l'interesse del medico falsamente incolpato a non essere pregiudicato dalla pubblicazione di notizie inesatte. In un concetto più ampio lo Stato non può essere fuorviato con atti tendenti ad indirizzarlo su una falsa strada, così come un soggetto innocente non deve essere sottoposto a procedimento penale o civile o peggio alla gogna mediatica, senza prove certe.

Nello stesso tempo riaffermiamo le sollecitazioni da diverso tempo rivolte agli organi istituzionali perché venga accelerato l'iter legislativo delle nor-

me sulla responsabilità medica, da troppi anni giacenti infruttuosamente sui tavoli delle commissioni parlamentari. Personalmente mi impegnerò con tutte le mie forze, nelle sedi competenti, affinché la nostra delicata professione possa essere esercitata con la maggiore serenità possibile, in modo che l'arte medica debba tornare ad essere, prima ancora che un servizio, una professione da esercitare con passione, con la massima tranquillità e nell'assoluto rispetto della vita umana. E mi adopererò al riguardo, anche perché da parte di noi medici vi è il bisogno profondo di recuperare il rapporto di fiducia tra medico e paziente, il desiderio di riprendere quella dignità professionale per troppo tempo sottrattaci, la voglia di vedere i nostri giovani affrontare in maniera lusinghiera le sfide più difficili.

Questo mio editoriale non vuole essere una difesa ad oltranza della categoria, né tantomeno un'esigenza di casta, ma una chiara presa di posizione contro soprusi e false indicazioni di colpevolezza, fermo restando che coloro che si sono macchiati di dolo o colpa grave nell'esercizio della professione medica devono necessariamente essere giudicati e condannati.

Va da sé, dunque, che è del tutto corretto che anche noi, quando sbagliamo, dobbiamo essere sanzionati, oltre che ordinisticamente anche penalmente. Ed è appunto questo il compito più delicato del nostro ufficio: dobbiamo vigilare innanzitutto affinché non si violino i nostri codici deontologici, comportamentali e professionali e avere la necessaria serenità, ma altrettanta fermezza, nel promuovere tutti i procedimenti disciplinari che necessitano essere sanzionati. Chiunque sbaglia in maniera grave, pesante o svilisce la professione non può non essere giudicato e pertanto punito. Nella nostra professione il concetto di disciplina deve tornare ad essere centrale e la nostra istituzione, quale ente e ausiliare dello Stato alla quale è stato conferito il potere disciplinare, deve operare in assoluta autonomia da qualsiasi procedimento giudiziario, sia esso penale o civile.

È anche scontato che quando un collega subisce una condanna penale passata in giudicato anche noi, dobbiamo uniformare le risultanze giudiziarie a quelle ordinistiche. In quest'ottica l'ordine deve essere un organo di garanzia sia per il cittadino che per il medico.

Francesco Scanu

Publicità ingannevole e autocelebrativa: il rovescio della medaglia

di Antonio Pinna



Parere che oggi il gioco d'azzardo rientri nella normalità del vivere tanto che non ci meravigliamo più se tabacchini, bar, luoghi di scommesse, siano diventati centri di aggregazione sociale, frequentati da avventori abituali che, in maniera quasi viscerale, spendono cifre esorbitanti per seguire le lusinghe della dea bendata: si stima che almeno cinque milioni di italiani ne siano affetti. Tale dipendenza, che viene definita dalla Medicina "ludopatia", da un lato è ritenuta una malattia, così che, per contrastarla, vengono impegnati medici, assistenti sociali, psicologi, infermieri; dall'altro, controsenso tipicamente italiano, ne viene consentito e incentivato l'utilizzo degli agenti patogeni, eufemisticamente denominati "intrattenimenti". Addirittura la televisione pubblica riesce a confezionare un programma in prima serata volto a enfatizzare il fenomeno in cui il Protagonista, circondato da un'aura di pathos per l'alto potere decisionale cui è deputato, non ha altra funzione cerebrale se non quella di indovinare, per botta di terga, il contenuto in danaro di alcuni pacchi. Le ragioni di stato invocate per giustificare tale *modus operandi*, decisamente ipocrita, sono altamente pregnanti se si considera che dal nuovo "piacevole svago" che ha implementato l'antica, cara schedina, derivano accise di notevole portata atte a rimpinguare l'erario nazionale. Il gioco d'azzardo così acquisisce un placet istituzionale, tanto che nell'immaginario collettivo è facile che possa germogliare l'idea che il guadagno non sia necessariamente frutto del sano impegno sul lavoro, ma che possa esso derivare dal caso, dalla scommessa.

Se noi trasponessimo per un momento tale sceneggiatura al mondo dell'odontoiatria, ci accorgemmo che non sono poi tanto pochi i colleghi che, inficiati da questo clima, perseguono derive di assoluta avventatezza, rimuovendo i vecchi canonici protocolli. In ossequio a una sorta di liturgia collettiva si investono così ingenti risorse per pubblicizzare miracolosi risultati

di terapie improbabili, nella viva speranza che ciò sia sufficiente perché dalla macchinetta della collettività sgorghino pazienti tintinnanti. Si affacciano così alla ribalta, onde scalare rapidamente le classifiche, professionisti bercianti che antepongono strategie di mercatino alla bontà delle prestazioni; si esprimono proclami che inanellano una serie di assurdità concettuali non rispondenti alla realtà, si pubblicano zibaldoni di menzogne che poi si rivelano in tutta la propria essenza. Non c'è dubbio che questo sia il sistema più facile per acquisire in tempi brevi nuova e fresca clientela, ma non altrettanto per mantenerla a lungo termine. Il grave errore in cui è facile scivolare è il supporre che i pazienti siano degli emeriti beoti, che non si avvedano delle imposture messe in campo da pseudo-professionisti cialtroni e che possano prendere per oro colato tutto ciò che viene loro propinato; nel momento stesso in cui alle promesse non seguono i risultati, quando le diagnosi vengono artatamente manipolate allo scopo di fare cassa e le gratuità millantate, i pacchetti famiglia, le card sconto servono solo a criptare tariffe gonfiate, coperte da finanziarie capestro, viene a cadere il costoso castelletto edificato solo sulla propaganda.

La conseguenza naturale è una pesante collezione di contenziosi giudiziari di natura civile o penale, l'inevitabile perdita di clientela con riduzione drastica degli introiti, l'aumento relativo delle spese e la sofferenza finanziaria. Alla fine della fiera, al di là delle esternazioni magniloquenti, ciò che domina è sempre la seria professionalità, costituita da corrette diagnosi e terapie, puntualità, assicurazione di garanzia, tariffe congrue, cui seguono la notorietà positiva e il passaparola lusinghiero che assicurano la continuità dello studio. Non si passa alla storia per le notizie adulterate sulle proprie mirabilia, bensì per le opere meritorie che espletiamo quotidianamente, con fatica e onestà intellettuale.

Il manifesto programmatico della FNOMCeO

Per una rinnovata alleanza dei medici con i cittadini

I cittadini avvertono sempre di più la difficoltà ad accedere alle cure e i medici italiani, insieme a tutti gli altri operatori sanitari, vivono una condizione di profondo disagio nello svolgere il proprio ruolo professionale..

La causa di tutto questo risiede in molteplici fattori, primo fra tutti una politica orientata più alla gestione emergenziale del presente e attenta a rispondere a problemi meramente economici che all'affermazione dei valori di equità, giustizia e sicurezza, perseguendone la realizzazione con appropriate progettualità.

L'attuale politica sanitaria vede la professione medica come un costo e non come un investimento importante e irrinunciabile per la risoluzione dei tanti problemi che affliggono la sanità.

Le tecnostrutture sia centrali che regionali spesso attuano misure burocratiche e vessatorie sulla professione, come voler assegnare al medico responsabilità patrimoniali derivanti da inappropriata prescrizione o proporre modelli organizzativo-gestionali obsoleti, già abbandonati in altri Paesi e non suffragati da evidenze probatorie positive.

Il processo di aziendalizzazione in sanità ha evidenziato il suo fallimento nel perseguire, quale obiettivo prioritario, il mantenimento dei costi svilendo il ruolo dei professionisti a mero fattore produttivo.

La Professione, a fronte di questa realtà, deve confrontarsi con l'aumento e il mutamento dei bisogni assistenziali, mentre si riducono sempre di più le risorse pubbliche e private.

Lo stesso Parlamento Europeo ha evidenziato che l'attuale crisi economica ha creato una forte pressione sui bilanci sanitari nazionali influenzando sulla sicurezza dei pazienti e pertanto ha invitato gli Stati membri a garantire che la sicurezza non sia messa a rischio dalle misure di austerità e che il sistema sanitario resti adeguatamente finanziato.

Il contenzioso, nella maggior parte dei casi futile e pretestuoso, condiziona la vita professionale, la qualità del lavoro medico, la serenità e il rapporto

con i pazienti e con i cittadini, mentre l'eccessiva burocratizzazione dell'attività medica toglie tempo all'ascolto, che è esso stesso tempo di cura dei pazienti.

Molte delle professioni sanitarie lamentano e praticano diffusamente fenomeni di reciproca erosione di competenze e sicuramente questa non è la strada giusta per affermare un corretto ed equilibrato multiprofessionalismo in sanità.

Consapevoli della assoluta necessità di dover affrontare, in modo responsabile, la grande crisi della sanità pubblica italiana in una condizione di persistente crisi economica e sociale, con il comune impegno di garantire il diritto alla tutela della salute di tutti i cittadini e il ruolo e l'autonomia della Professione i medici italiani chiedono:

- di diventare interlocutori istituzionali ascoltati dalla politica sanitaria nazionale e regionale in quanto portatori di soluzioni dei problemi nell'interesse dei cittadini e di partecipare al Tavolo Regioni - Governo
- l'autonomia e la responsabilità della Professione nella gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici e delle strutture sanitarie
- la definizione, anche nell'ipotesi di una via legislativa, di quanto previsto dall'art. 3 del Codice di Deontologia Medica 2014 per quanto attiene a competenze e doveri del medico in una relazione paritaria tra medico e persona, che abbia come unico fine il bene e l'interesse della persona assistita
- la difesa del SSN equo, solidale e universalistico, che superi la eccessiva parcellizzazione e frammentazione dei tanti modelli regionali
- un processo di "ricapitalizzazione" del lavoro professionale dopo anni di subalternità delle risorse umane a mere logiche di tenuta dei conti, di gestione del consenso politico, di svilimento dei valori di riferimento (autonomia, responsabilità, meritocrazia, trasparenza, formazione, sviluppo delle competenze) che sono il cuore dei servizi alla persona sana e malata.

- di evitare gli eccessi di una politica sanitaria assoggettata alle esigenze economico-finanziarie, particolarmente gravose per le Regioni sottoposte a piani di rientro
- lo sviluppo di modelli organizzativi che facilitino le relazioni e l'integrazione tra sistemi e tra professionisti garantendo una equilibrata ed efficace gerarchia funzionale
- di rendere la sicurezza per pazienti ed operatori una garanzia del sistema di rendere attrattive per i professionisti le cosiddette "periferie" facendo in modo che vi sia un equo accesso ai servizi per tutti i cittadini.

I medici italiani si impegnano:

- alla salvaguardia dell'ambiente e del welfare in quanto elementi fondamentali a tutela della salute e di grande coesione sociale
- a perseguire l'appropriatezza delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche, ispirata alle evidenze scientifiche ed alla medicina basata sul valore, che tenga conto della specificità clinica, psicologica, affettiva, culturale, etnica e sociale della singola persona ammalata rinsaldando l'alleanza terapeutica, nel rispetto dei diritti sanciti dalla Carta Costituzionale e del Codice di Deontologia Medica
- a favorire un ruolo attivo dei pazienti nei percorsi di cura e di assistenza anche attraverso l'educazione sanitaria e l'informazione
- a garantire approcci multidisciplinari nei trattamenti medici rafforzando la coesione e la coerenza del percorso clinico-assistenziale del paziente
- a promuovere lo sviluppo di sistemi di confronto su prestazioni ed esiti in dimensione nazionale ed internazionale, per favorire la credibilità delle organizzazioni e dei professionisti
- favorire l'adesione a regole e raccomandazioni condivise, sostenute da evidenze scientifiche, innovative rispetto ai

comportamenti tradizionali

- a promuovere una leadership funzionale capace di coniugare l'unitarietà, l'armonia, la qualità e l'efficacia degli esiti dell'intero processo clinico-assistenziale, tenendo conto delle molteplici autonomie e competenze tecnico-professionali in una matrice di responsabilità e potestà che si riconoscono nella sola centralità della tutela della salute della persona sana e malata
- ad avere maggiore attenzione all'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione per garantire adeguati standard di qualità, equità e riservatezza. Il progresso della società non è possibile senza i medici.

Noi dobbiamo essere parte attiva delle scelte decisionali per adattare l'organizzazione del lavoro ma anche le prestazioni professionali al miglior percorso assistenziale possibile.

Dobbiamo lavorare per un approccio nuovo alla sanità che in una moderna concezione di tutela della salute non consideri più l'efficienza e l'equità come due concetti che procedono su binari separati e contrapposti all'economia e all'etica, ma che vadano nella stessa direzione a sostegno dei principi secolari di una professione equa, solidale ed universalistica.

Approvato per acclamazione dal consiglio nazionale FNOMCeO svoltosi a Roma il 4 luglio 2015



Radiologia di Olbia: una struttura al passo con i tempi e le prestazioni nazionali

Una crescita continua iniziata quindici anni fa, quella della radiologia di Olbia, quando ancora serviva un piccolo ospedale ma che nel tempo non si è fermata, sino a consolidarsi con la realizzazione del Giovanni Paolo II.

Una sfida portata avanti soprattutto da Vincenzo Bifulco, che dal 2002 guida la struttura di Olbia, attualmente direttore del Dipartimento ospedaliero Aziendale dei Servizi Diagnostici della ASL di Olbia e direttore della Struttura Complessa Diagnostica per immagini e Radiologia Interventistica dell'ospedale Giovanni Paolo II. "E' vero, abbiamo iniziato come un piccolo ospedale, la crescita è stata lenta ma oggi possiamo vantare apparecchiature altamente tecnologiche, perfettamente allineate con le grandi strutture italiane" afferma Vincenzo Bifulco.



Il dottor Vincenzo Bifulco

"I numeri lo dimostrano: negli ultimi 10 anni sono raddoppiati i radiologi della Asl, da 15 a 30, ma soprattutto è aumentata l'offerta di prestazioni, da quelle di base sino a quelle specialistiche e interventistiche, basti pensare che dal 2002 a oggi le prestazioni sono passate da 37.626 a oltre 90.000 all'anno, dati ufficiali del 2014" aggiunge Bifulco.

Ora si può affermare che la Gallura non ha necessità di rivolgersi altrove per la

diagnostica. Ma vediamo nel dettaglio i numeri e l'offerta della Radiologia di Olbia, supportati dal report dello scorso anno. Nel 2014 sono state eseguite: 18.366 ecografie, 42.975 rx tradizionale, 325 contrasti rx, 3.834 mammografie, 16.510 Tac, 7.856 Rm, 407 interventistica, per un totale di 90.003 prestazioni. Come si evince dalla tabella 1 la maggior

	Pronto Soccorso	Ricoverati	Totali interni	Ambulatoriali	Totale	% interni	% esterni
RADIOLOGIA CONVENZIONALE	13.316	4.551	17.867	25.433	43.300	41 %	59 %
ECOGRAFIA	2.558	2.314	4.872	13.494	18.366	26 %	73 %
RISONANZA MAGNETICA	29	742	771	6.815	7.586	11 %	89 %
SENOLOGIA	0	55	55	3.779	3.834	1,5 %	98,5 %
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA	5.446	3.025	8.471	8.039	16.510	51,4 %	48,6 %
INTERVENTISTICA		100		307			
TOTALE	21.349	10.777	32.126	57.867	90.003	36,1 %	63,9 %

Tabella 1 - le prestazioni effettuate secondo la provenienza

	OLBIA		TEMPIO		La Maddalena	
	N. Prestazioni		N. Prestazioni		N. Prestazioni	
RX Torace standard	8059		3887		1279	
Esami di RX tradizionale (escluso torace)	34916		15386		5094	
Esami contrastografici baritati	115		76		8	
Esami contrastografici iodati	210	43300	50		5	
Mammografie (escluso screening)	3834		2198		97	
Esami ecografici	18366		9161		2956	
TC senza MDC	8704		3979		1367	
TC senza e con MDC	7806	16.510	2121		728	
RM senza MDC	4011		0			
RM senza e con MDC	3575	7586	0			
Angiografia diagnostica	0		0			
Interventistica vascolare	0		1			
Interventistica extra vascolare	78		15			
Biopsie ecoguidate	278		81			
Biopsie TC guidate	51		4			
TOTALE	90.003		36959		11.534	

Tabella 2 - Le prestazioni nel 2014 della Radiologia della Asl 2 Olbia



Tac multistrato

parte degli esami diagnostici ha riguardato pazienti esterni, tranne le Tac, che hanno una prevalente provenienza interna, soprattutto dal Pronto Soccorso. E' importante sottolineare come a fronte di 90.003 prestazioni effettuate dai radiologi, 71.637 sono state a carico dei TSRM.

Gli operatori sanitari della radiologia di Olbia hanno superato anche le medie di riferimento nazionale e regionale, riuscendo perfino a ottimizzare la lista d'attesa dei ricoverati: per le prestazioni tradizionali 0 giorni, 0-2 per i contrasti, 0-1 per le Tac, 0 per le mammografie, 0-1 per le ecografie, 0-1 per le risonanze magnetiche. Interessante paragonare il lavoro effettuato ai modelli di riferimento per la determinazione



Sala ecografica

della produttività dei servizi di Radiologia stilati dalla Sago, la Società di ricerca per l'organizzazione sanitaria, e la Sirm, la società italiana di radiologia medica. Il modello stabilisce una media nazionale 9.5 punti/ora, ossia la correlazione fra il numero degli esami effettuati, il numero dei medici e i punti/medico/anno: la Radiologia di Olbia ha ottenuto 11,36 punti, quella di Tempio 9,28 e La Maddalena 9,42, tutti superiori al riferimento nazionale. Per quanto riguarda le due strutture di Tempio e La Maddalena, si registra una crescita della Radiologia del Paolo Dettori, sia per numero di prestazioni che per pazienti; flessione, invece per La Maddalena, che ha perso circa mille pazienti e altrettante prestazioni. In aumento a Tempio gli esami di Rx tradizionale, escluso torace, 1.818 in più rispetto all'anno prece-

dente, gli esami ecografici, 1.038 in più, e le Tc senza MDC, 703 in più.

Come si evince dalla Tabella 2, che illustra i dati dell'intera Asl, la radiologia di Tempio nello scorso anno ha effettuato circa 37 mila esami. Nel report annuale si trovano anche riferimenti economici importanti riguardanti il fatturato dello scorso anno: l'U.O. Radiologia Olbia ha incassato 5.748.150 euro, circa 100 mila euro in più rispetto all'anno precedente, e ben 500

mila euro in più rispetto al 2012. Cresciuto anche il fatturato per medico: 410.582 euro lo scorso anno, 40 mila euro in più rispetto all'anno precedente, 60 mila euro in più rispetto al 2012.

Risultati che sono determinati dalla somma di una serie di fattori positivi, ma soprattutto dalla do-



Apparecchiatura radiologica digitale diretta

tazione tecnologia, dall'organizzazione e dall'impegno del personale sanitario.

Quest'ultimo è costantemente aggiornato e formato con la partecipazione a corsi e seminari, spesso in sede, che spaziano dalla sicurezza in diagnostica Rm al corso pratico di Rm Body. Diversi gli incontri organizzati dalla stessa U.O. di Radiologia, come quello teorico-pratico di neuroradiologia pediatrica, l'ottimizzazione dei protocolli in Tc e Rm, e l'Imaging in Oncologia.

"Possiamo dirci soddisfatti del lavoro svolto, un merito al personale sanitario che ha sempre offerto il massimo della propria professionalità, anche se



Risonanza magnetica

talvolta in numero ridotto. La qualità del nostro servizio è un dovere verso i pazienti galluresi, e gli ospiti che affollano in estate il nostro territorio, che per troppi anni, in passato, sono stati penalizzati, obbligati a recarsi negli ospedali di Sassari o altrove" conclude Vincenzo Bifulco. Oggi la Gallura vanta finalmente una Radiologia di eccellenza. **M.A.I.**

FATTURATO 2014	
Radiologia Tradizionale	€ 870.954,00
Senologia	€ 129.000,00
T.C	€ 2.017913,00
Ecografia	€ 857.955,00
R.M	€ 1.832.328,00
Interventistica	€ 40.000
Totale	€ 5.748.150

Tabella 3 - fatturato della Radiologia di Olbia nel 2014



Sala di refertazione

Gestione delle complicanze orali in pazienti affetti da xerostomia dovuta a radioterapia del distretto testa-collo

di Roberto Pinna e Egle Milia

Per la seconda edizione consecutiva del ConsEuro, uno dei principali congressi internazionali biennali nell'ambito della odontoiatria conservativa, tenutosi a Londra presso il King's College of London dal 14 al 16 maggio 2015, il gruppo di ricerca formato dalla professoressa Egle Milia e il Dottore di Ricerca Roberto Pinna, supportati dalla collaborazione del prof. Giovanni Sotgiu e del dottore di Ricerca Simone Dore, è stato selezionato per presentare i risultati del loro lavoro di ricerca sperimentale clinica.

Legata alle attività scientifiche del congresso, è da sottolineare la partecipazione del prof. Guglielmo Campus, invitato come docente per il workshop Colgate "ICDAS - Train the Trainer", corso finalizzato all'insegnamento delle metodiche di diagnosi di carie

secondo i criteri della IC-DAS Foundation, attualmente considerate in cariologia tra le più attendibili. La sperimentazione presentata verte sull'argomento della "gestione dell'ipersensibilità dentinale in pazienti xerostomici sottoposti a radioterapia per il trattamento di lesioni neoplastiche nel distretto testa - collo.

Essa è il risultato del lavoro

condotto dal dott. Ric. Pinna durante i tre anni di Dottorato in Odontostomatologia Preventiva, presso la Scuola di Dottorato in Scienze Biomediche dell'Università degli Studi di Sassari, durante il quale si è principalmente occupato di gestione delle complicanze orali in tale tipologia di pazienti.

Con il termine di xerostomia si descrive il sintomo soggettivo di "bocca asciutta", condizione che si può verificare conseguentemente alla riduzione della normale funzionalità delle ghiandole salivari. Tale sintomo è tra i più frequenti nei pazienti che vengono sottoposti a terapia radiante nella regione craniale. La dose a cui vengono sottoposti tali pazienti varia in funzione della sede anatomica, dell'estensione e della tipologia di lesione neoplastica. La dose media somministrata può variare tra i 50- 70 Gy, sufficiente per distruggere le cellule neoplastiche. Tuttavia, nonostante la precisione e la sicurezza delle moderne metodiche radioterapeutiche, soprattutto a causa della loro posizione anatomica più superficiale rispetto alla maggior parte dei tumori del distretto testa - collo, le ghiandole salivari vengono frequentemente coinvolte dalle radiazioni ionizzanti durante la terapia. Questo danno iatrogeno determina l'insorgenza di fibrosi irreversibile e atrofia del parenchima ghiandolare, con conseguente alterazione qualitativa e quantitativa della secrezione salivare.

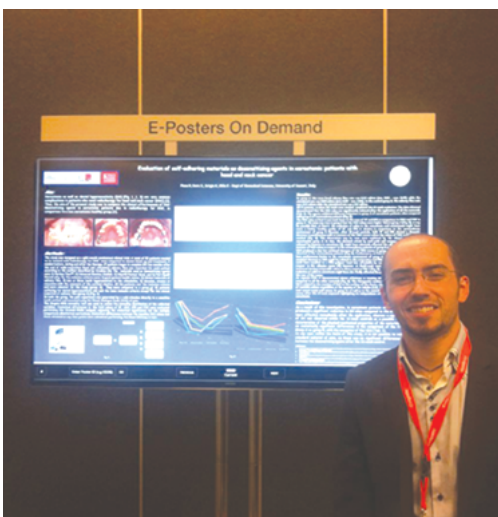
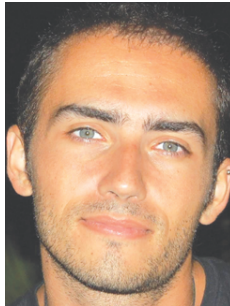


Fig. 1 - Il dott. Roberto Pinna al ConsEuro 2015



Fig. 2 - Quadro clinico durante la radioesposizione



Fig. 3 - Quadro clinico a un mese dalla radioesposizione

Per tale motivo, la quasi totalità di questi pazienti radioterapici va incontro a un conclamato quadro di ipofunzione delle ghiandole salivari sia durante che dopo la radioterapia, manifestando conseguentemente un quadro di xerostomia cronica.

L'iposalivazione tende a manifestarsi già durante il ciclo di radioterapia, e si accompagna al drammatico quadro di mucosite (Fig. 2).

A distanza di un mese dalla radioesposizione è pressoché evidente nella maggior parte dei pazienti

come la funzione delle ghiandole salivari sia compromessa. Lo si evince dal fatto che viene meno la tipica raccolta del flusso salivare basale a livello del pavimento del cavo orale e dall'aspetto disidratato, quasi "gommoso" delle mucose orali (Fig. 3).

Il quadro di iposalivazione può risultare definitivo, oppure può manifestarsi a distanza di mesi il recupero parziale della funzione ghiandolare (Fig. 4).

Questo è subordinato a quanto le ghiandole salivari siano state coinvolte durante la terapia.

La saliva esercita una funzione fondamentale nella salvaguardia dello stato di salute del cavo orale. Essa infatti, grazie alla sua proprietà di lubrificazione, favorisce il mantenimento dell'integrità strutturale e funzionale dei tessuti molli e duri. In particolar modo svolge una fondamentale azione protettiva nei confronti degli elementi dentari. Tale secrezione, infatti, contiene un pool di macro molecole proteiche ad azione antibatterica, un'elevata concentrazione di bicarbonati che le conferiscono capacità tampone e di elettroliti, quali calcio e fosfati, che modulano il processo di demineralizzazione e remineralizzazione delle superfici dentali.

Il danno a carico del parenchima ghiandolare determina gravi alterazioni della secrezione salivare sia da un punto di vista qualitativo che quantitativo. In particolar modo si riscontra una sostanziale riduzione delle macro molecole e degli elettroliti, alla quale si accompagna un cambiamento della popolazione batterica commensale verso una maggiormente "acidogena", che nell'insieme causa una riduzione dei valori medi del pH salivare. Per tale motivo, i pazienti affetti da iposalivazione, a prescindere da quale sia la noxa patogena causante, e soprattutto in caso di radioterapia, sono maggiormente esposti a complicanze quali gengiviti e pa-



Fig. 4 - Quadro clinico a otto mesi dalla radioesposizione



Fig. 4 - Quadro clinico a otto mesi dalla radioesposizione

rodontiti, che possono causare l'insorgenza di recessioni gengivali ed esposizione delle superfici radicolari. Altro caratteristico segno clinico derivante dalla perdita dell'azione salivare a carico dei denti è rappresentato dalla "anomala" sede di insorgenza delle lesioni cariose, che caratteristicamente possono essere riscontrate a livello delle superfici vestibolari di tutti gli elementi dentari e sul margine incisale. Quasi sempre lesioni cariose o comunque una grave perdita di tessuto mineralizzato si osserva soprattutto nell'area cervicale degli elementi del settore anteriore e laterale, meno in quelli posteriori (Fig 5).

La combinazione del danno a carico dei tessuti parodontali e dentali è alla base della maggiore predisposizione all'insorgenza di un quadro di ipersensibilità dentinale, che rappresenta una delle complicanze, di sicuro meno gravi, tuttavia piuttosto frequenti, che insieme alle altre incide molto negativamente sulla qualità della vita di questi pazienti.

La sperimentazione sulla gestione dell'ipersensibilità dentinale nei pazienti radioterapici affetti da xerostomia nasce dall'esperienza che il team di ricerca ha maturato negli ultimi anni sull'argomento in pazienti con normali condizioni di salute. Essa ha

previsto l'applicazione di quattro materiali differenti seguita dalla valutazione dell'attenuazione della sintomatologia subito dopo l'applicazione, a una settimana, un mese e dopo tre mesi. Il comportamento dei materiali usati è risultato essere molto differente nei pazienti xerostomici rispetto ai pazienti normosalivanti. Nel complesso è stato osservato che la performance in condizioni di iposalivazione risulta essere gravemente condizionata e ridotta, rendendo necessario un più assiduo regime di follow up e intervento nei pazienti radioterapici rispetto ai pazienti normosalivanti. I risultati ottenuti sono attualmente in fase di pubblicazione.

Roberto Pinna è odontoiatra e dottore di ricerca. Svolge l'incarico di segretario della CAO di Sassari e del Direttivo Provinciale dell'ANDI di Sassari, si occupa di ricerca clinica e sperimentale presso l'Università degli Studi di Sassari

Egle Milia è professore associato in Odontoiatria Conservatrice dell'Università degli Studi di Sassari e dirigente medico dell'Unità Operativa Complessa di Odontoiatria - Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari.

L'orecchio in vacanza estiva: attenzione alle otiti balneari

È ancora estate, e le immersioni sono frequenti: ecco alcuni preziosi consigli per far sì che le vacanze balneari non diventino... spiacevoli a causa di un problema a carico delle orecchie.

Otiti balneari

Il caldo tropicale o quello afoso, tipici della stagione estiva nel Mediterraneo, attraggono una quantità di turisti che affollano le località balneari semplicemente per cercare refrigerio, per praticare sport acquatici di superficie, immersioni in apnea o con autorespiratori. Questa piacevole visione di una vacanza di sole e di acqua a volontà, che aspettiamo con impazienza, si può trasformare in un'esperienza alquanto fastidiosa non solo per la comparsa di forti dolori alle orecchie ma anche a causa della conseguente e necessaria astensione dal bagnarle che il medico raccomanda fino a completa guarigione del problema. Ai vacanzieri non farà certo

di Alfonso Bolognini



piacere essere costretti a restare sulla spiaggia!

Questo contrattacco è conosciuto con il nome scientifico di otite esterna o comunemente come "otite balneare" o "swimmer's ear", come viene chiamato dagli anglosassoni. L'orecchio del nuotatore (traduzione del termine inglese) è una condizione molto dolorosa derivante dall'infezione che interessa la cute di rivestimento dell'orecchio esterno. Il fattore che favorisce l'infezione è il ristagno di acqua nelle orecchie con macerazione della stessa e conseguente diffusione di batteri o miceti (funghi) e successiva virulentazione, anche grazie all'ambiente caldo umido che si crea in questa zona particolare del nostro corpo.

Esistono altre condizioni predisponenti l'insorgere di questa otite, quali la presenza di eczemi e/o dermatosi dei condotti, l'eccesso di cerume, i restringimenti della porzione più interna del condotto (esostosi). Anche i maldestri tentativi di pulizia delle orecchie eseguiti con i bastoncini netta-orecchie - o con utilizzo di altri stratagemmi quali forcine, spille da balia o becchi d'oca (più frequenti di quanto immaginiamo) - possono traumatizzare il sottilissimo strato di cute e rappresentare una porta di accesso per gli agenti patogeni. Inoltre questi fattori locali possono aumentare la virulenza dei batteri presenti nel condotto uditivo. Le specie batteriche più frequentemente chiamate in causa sono *Staphylococcus aureus* e *Pseudomonas aeruginosa*; in misura minore è possibile riscontrare la presenza di miceti del genere *Candida* o *Aspergillus*.

Vi sono condizioni generali, quali anemia, diabete e immunodeficienze, che favoriscono l'insorgere di questa patologia, compresa la famigerata Otite Esterna Maligna a eziologia polimicrobica con elevata malignità locale ed evoluzione in osteomielite del basicranio che necessita di immediato ricovero per



una terapia multidisciplinare con polichemoantibiotico terapia, debridement chirurgico e ossigeno-terapia iperbarica.

Sintomi e cure

Il sintomo più comune è il dolore urente (cioè una sensazione dolorosa molto acuta) localizzato all'orecchio, che peggiora quando si stira il padiglione auricolare o si preme delicatamente sul trago. Possono essere presenti altri segni e sintomi, come quelli sottoelencati:

- Sensazione di orecchio pieno.
- Scolo di pus (otorrea).
- Febbre.
- Diminuzione dell'udito.
- Dolore intenso che può estendersi al collo e alla mastoide.
- Gonfiore dei linfonodi vicino all'orecchio o nella parte alta del collo.

La lateralizzazione del padiglione auricolare con arrossamento della cute deve fare pensare a una complicanza (otomastoidite) e deve essere gestita come un'urgenza medica.

Questa patologia non guarisce senza l'ausilio di una idonea terapia ed è necessario che il subacqueo si rivolga a un medico specialista in otorinolaringoiatria per iniziare quanto prima le cure più appropriate. L'otite esterna, infatti, si cura solitamente con

terapia topica (gocce auricolari antibiotiche) nelle fasi iniziali e, persistendo la sintomatologia, con terapia antibiotica sistemica (amoxicillina - acido clavulanico o cefalosporine) e locale (tobramicina e ciprofloxacina). L'associazione di un antidolorifico è auspicabile nelle prime fasi.

Prevenzione

Per prevenire le otiti balneari non è consigliabile fare un uso indiscriminato di tappi auricolari, perché potrebbero provocare lesioni al condotto uditivo, soprattutto per le manovre impiegate per applicarli o rimuoverli. I tappi auricolari per le immersioni andrebbero utilizzati per precise indicazioni e sotto stretto controllo del medico subacqueo. Nelle immersioni sono addirittura controindicati per l'impossibilità di compensare le cavità aeree dell'orecchio, con conseguenze anche gravi (barotrauma). Questa raccomandazione vale anche per gli appositi tappi forati.

Per prevenire l'insorgenza di otiti è meglio prendere alcune precauzioni, soprattutto alla fine di ogni bagno. Come prima cosa fare una doccia, sciacquando delicatamente le orecchie. Poi bisogna avere cura di asciugarle bene con un panno asciutto o con la carta igienica, che è particolarmente assorbente, morbida e non traumatizzante come i bastoncini netta-orecchie; inoltre, cosa di non poco conto, la si trova in qualsiasi parte del mondo. Anche se non potete sciacquare le orecchie subito cercate di fare uscire dal condotto uditivo l'acqua residua in modo naturale, piegando il capo di lato e asciugando delicatamente l'orecchio con un fazzolettino o meglio, come detto, con della carta igienica.

Una pulizia corretta e regolare permette di evitare la comparsa di alcune patologie frequenti a carico dell'orecchio esterno e la formazione di tappi di cerume, che le favoriscono. Il cerume è una sostanza prodotta dalle ghiandole ceruminose del condotto uditivo esterno. Ha una funzione protettiva atta a impedire la penetrazione di piccoli corpi estranei nel condotto uditivo e inibire la crescita batterica. Grazie alla componente lipidica in esso presente tende a evitare il ristagno dell'acqua; pertanto, l'eccessiva pulizia e la relativa completa rimozione, specie

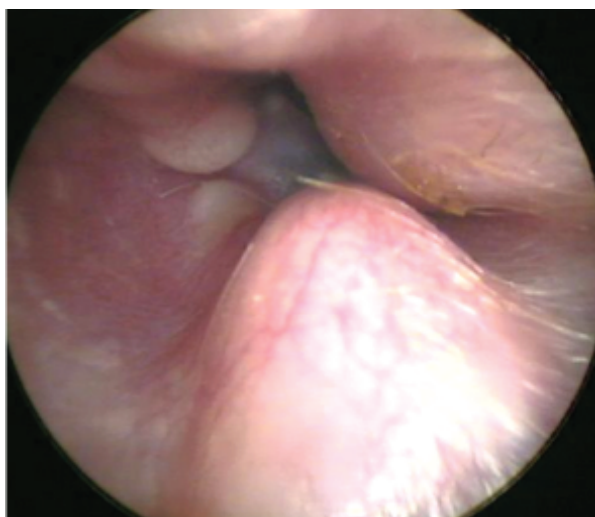


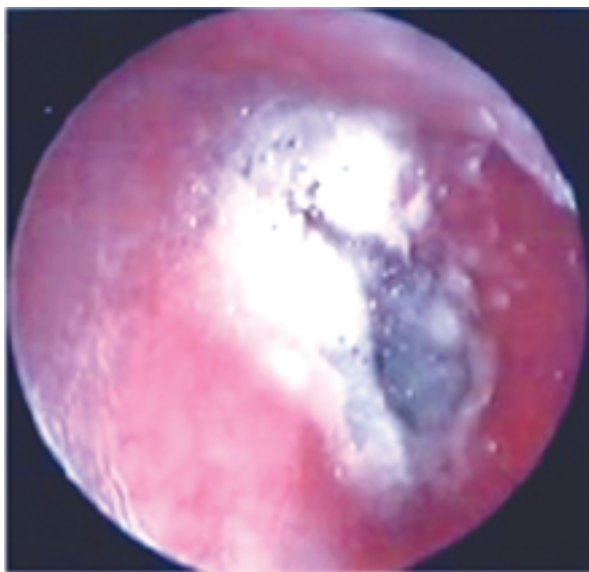
Fig. 1 - Esostosi

meccanica, del cerume, può portare all'instaurarsi di infezioni.

L'iperproduzione di cerume può tuttavia portare alla presenza di un "tappo di cerume". Quel fastidiosissimo senso di ovattamento auricolare, che spesso si trasforma in ipoacusia vera e propria al primo bagno stagionale, è il sintomo principale della comparsa del tappo. Il dolore può non essere presente, almeno nelle prime fasi.

In questi casi è opportuno evitare ogni manovra a carico del condotto uditivo (uso di bastoncini netta-orecchie, con i e altro); piuttosto è meglio utilizzare gocce per scioglierlo (facilmente reperibili in farmacia) perché così si facilita la rimozione da parte dell'otorino. I comuni spray auricolari utilizzati per la pulizia delle orecchie non sono invece metodi generalmente ben visti dagli specialisti, perché considerati cruenti e per la possibilità di creare delle vertigini caloriche, introducendo liquidi che sono a temperatura più bassa di quella corporea; inoltre la presenza di una certa quantità di cerume all'interno del condotto uditivo è necessaria per combattere l'instaurarsi di infezioni.

Le gocce auricolari medicate a base cortisonica o



Otite esterna micotica

antibiotica devono essere usate solo sotto stretto consiglio medico, poiché un uso non corretto può causare resistenze batteriche, infezioni fungine e scatenare allergie da farmaci.

Anche i con i cerati non sono visti di buon occhio, perché hanno scarsa efficacia e c'è la possibilità di creare lesioni all'orecchio, oltre a lasciare spesso residui di cera all'interno del condotto auditivo, persino a livello della membrana timpanica.

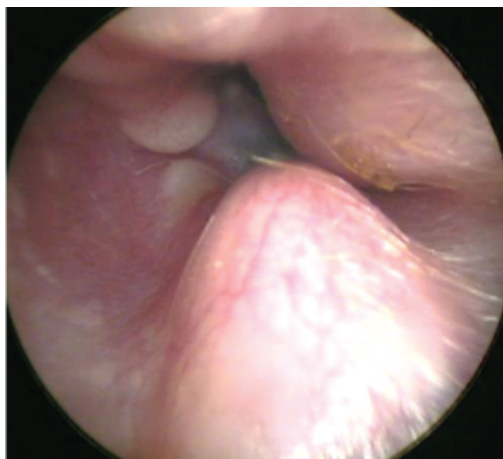
Nei mari tropicali i subacquei delle "settimane blu" conoscono l'importanza dell'igiene dell'orecchio esterno: dopo ogni immersione (o almeno una volta al giorno, prima di andare a dormire) si lavano il condotto uditivo con soluzioni a base di acido boricco (al 2-3%), inattivando tutti i microrganismi contenuti nel plancton. Alla fine della pulizia è sempre necessario asciugare le orecchie per impedire che nell'ambiente caldo umido che si viene a creare nei condotti possano virulentarsi batteri o miceti, favorendo l'insorgenza dell'otite esterna.

Diffusione dell'otite esterna nei subacquei

Non esistono a tutt'oggi studi definitivi che chiariscano l'incidenza dell'otite esterna fra i subacquei. In un vecchio studio tedesco del 1982, effettuato su 6 gruppi che frequentavano le piscine, l'incidenza di otite era risultata intorno all'1%. Un valore molto



Stenosi del condotto uditivo esterno in OE



Otite esterna con secrezioni purulenta

basso, forse perché rilevato in una popolazione di nuotatori che non avevano l'aggravante dell'esposizione al caldo umido e nuotavano in acque clorate con un basso grado di contaminazione.

Negli anni scorsi ho messo a punto una ricerca per valutare l'incidenza di otite esterna su 48 persone di un club subacqueo cittadino, che dovevano intraprendere una vacanza acquatica a Capo Verde. È opinione comune nei subacquei che l'esposizione alle acque tropicali ricche di micro organismi e di plancton associata al caldo umido, possano essere dei fattori favorevoli all'insorgenza di problemi infettivi a carico delle orecchie. Tutti i 48 subacquei, maschi e femmine, sono stati visitati per valutare la presenza di fattori di rischio locali considerati favorevoli al ristagno di acqua nel condotto uditivo. Tra questi fattori presenti nei condotti ho riscontrato: tappi di cerume, peli eccessivi (tragi), restringimenti della porzione ossea più interna (esostosi), soluzioni di continuo della cute per piccoli traumatismi. I subacquei sono stati suddivisi in due gruppi. Al primo gruppo, composto di 22 persone, è stato spiegato che dopo ogni immersione avrebbero dovuto sciacquare con acqua dolce le orecchie e asciugarle correttamente, per prevenire macerazioni della cute e modificazioni dell'ambiente che avrebbero potuto favorire una crescita microbica. Al secondo gruppo, composto di 26 persone, non furono fatte raccomandazioni particolari né furono istruiti in alcun modo. Alla fine della vacanza, nessuno degli appartenenti al primo gruppo aveva manifestato alcun sintomo infettivo alle orecchie. Nel secondo gruppo,

invece, si registrarono due episodi di otite esterna. Pertanto l'incidenza in una popolazione di scuba diver, in acque libere tropicali, è stata del 7,6%. Questo dato dimostra che non sono necessarie particolari prevenzioni farmacologiche per le orecchie che si immergono in acque tropicali ma è fondamentale una minima attenzione da parte del subacqueo per la cura di questa parte anatomica dell'orecchio che in caso di malfunzionamento può mandare a monte la tanto attesa vacanza subacquea.

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

CONSIGLI DAGLI USA

Secondo l'American Academy of Otolaryngology.

- Un orecchio secco è difficile che s'infetti, quindi è importante tenere le orecchie prive di umidità durante il nuoto o il bagno.
- Usare le cuffie durante il nuoto in superficie.
- Usare un panno asciutto o phon per asciugare bene le orecchie alla fine delle attività subacquee.
- Eseguire periodicamente una visita otorinolaringoiatrica se presente prurito, desquamazione cutanea o abbondante secrezione di cerume.
- Non usare tamponi di cotone per rimuovere cerume. Essi possono compattare il cerume più in profondità nel canale auricolare, rimuovere lo strato di cerume che protegge l'orecchio e irritare la pelle sottile del canale uditivo. Tutto ciò crea un ambiente ideale per l'infezione.

Disturbi del movimento

Fenomenologia e classificazione delle distonie: un problema sempre più frequente

La distonia è un disturbo del movimento caratterizzato da movimenti torsionali e posture anomale che si possono manifestare in diversi segmenti corporei.

Il termine distonia risale al 1911, quando Oppenheim introdusse il termine di *dystonia musculorum deformans* per descrivere una malattia in cui movimenti involontari generalizzati determinavano posture anormali. Da allora, il termine distonia è stato utilizzato sia per descrivere il movimento distonico sia per indicare le malattie caratterizzate dalla presenza di distonia. La definizione della distonia è stata più volte modificata negli anni, fino a giungere a un recente consensus che ha portato alla definizione seguente:

“La distonia è un disturbo del movimento caratterizzato da contrazioni muscolari sostenute o intermittenti che determinano movimenti o posture anomali, spesso ripetitivi, o entrambi. I movimenti distonici hanno una tipologia ricorrente, torsionale, e possono avere una componente tremorigena. La

di Caterina Bagella



distonia è spesso iniziata o aggravata dal movimento volontario ed è associata con la diffusione della contrazione muscolare a strutture contigue.” (Albanese et al., 2013) Rappresenta il terzo disturbo del movimento più comune in tutto il mondo dopo tremore e Parkinson. Circa 20.000 persone sono colpite da distonia in Italia. I pazienti possono presentare una rilevante disabilità funzionale e disagio soggettivo, con impatto sulla loro qualità di vita. La diagnosi di distonia è fondamentalmente clinica. Essa si basa sulla presenza di

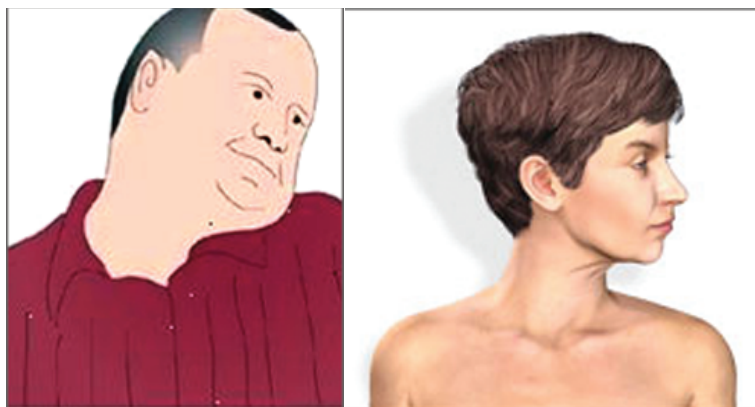
posture anomale sostenute o ripetitive (con o senza tremore) e sul riconoscimento di alcune caratteristiche peculiari: i gesti antagonisti, la diffusione e il *mirroring*. Il gesto antagonista si riferisce a una manovra volontaria (come toccare il viso o una parte del corpo interessata) che riduce temporaneamente la gravità della postura o dei movimenti distonici. La diffusione (o *overflow*) è una contrazione muscolare involontaria associata al movimento distonico di una parte corporea che compare in muscoli a

essa contigui. I movimenti di *mirroring* sono posture distoniche usualmente di un arto che si manifestano quando si esegue un movimento con l'arto controlaterale.

Le più frequenti forme di distonia si manifestano in una singola parte corporea o in regioni corporee tra loro contigue e sono dette distonie focali (coinvolgimento di una parte corporea) oppure segmentali (coinvolgimento di almeno due parti corporee). Usualmente le dis-



La distonia focale può essere legata a compiti motori specifici come nel caso del crampo dello scrivano o delle distonie occupazionali nei musicisti



La distonia cervicale determina frequentemente una postura in laterocollis

spasmi involontari dei muscoli orbicolare delle palpebre, procerius e corrugatore, che provocano la chiusura forzata delle palpebre e nei casi più gravi cecità funzionale.

Le distonie laringee si suddividono in due forme principali: la disfonia spasmodica adduttoria, la disfonia abduztrice e lo stridore laringeo. Nella forma adduttrice la voce è rauca, tesa, strozzata, con ripetute interruzioni fonatorie; talora si sovrappone un tremore vocale con caratteristiche simili al tremore essenziale. I muscoli iperattivi sono i tiroaritenoidi. Nella disfonia spasmodica abduztrice la voce è soffiata, bisbigliata, sibilata, con ripetute afonie. In questo caso i muscoli iperattivi sono i cricoaritenoidi posteriori.

La distonia cervicale è una sindrome caratterizzata da contrazioni involontarie prolungate dei muscoli del collo, che producono rotazioni e/o inclinazioni della testa. Tale attività muscolare provoca posture abnormi e in molti

casi dolore cervicale, che spesso rappresenta il sintomo più disabling. Il picco massimo di incidenza è tra la IV e la VI decade, il rapporto maschi femmine: 1:1.5-1.9, l'incidenza è pari a 10 casi /1.000.000 ab. La distonia cervicale rappresenta la variante più comune di tutte le forme di distonia. Le varianti cliniche principali sono il torcicollo (rotazione del mento intorno all'asse longitudinale in direzione della spalla), il laterocollis (rotazione del collo nel piano coronale con avvicinamento dell'orecchio alla spalla), l'anterocollis (rotazione della testa sul piano sagittale con avvicinamento del capo al petto), il retrocollis (ro-

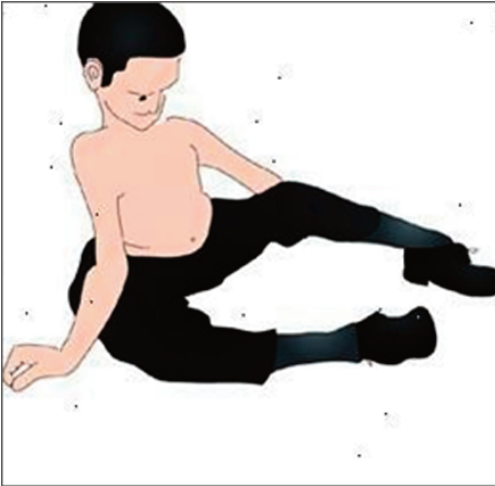
Asse I: caratteristiche cliniche	Asse II: eziologia
<p><i>Età all'esordio</i></p> <p>Prima infanzia (0-2 anni)</p> <p>Seconda infanzia (3-12 anni)</p> <p>Adolescenza (13-20 anni)</p> <p>Prima età adulta (21-40 anni)</p> <p>Seconda età adulta (> 40 anni)</p>	<p><i>Neuropatologia</i></p> <p>Degenerativa</p> <p>Lesione strutturale del cervello</p> <p>Nessuna degenerazione/lesione strutturale</p>
<p><i>Distribuzione nel corpo</i></p> <p>Focale</p> <p>Segmentale</p> <p>Multifocale</p> <p>Generalizzata</p>	<p><i>Eziologia</i></p> <p>Tipo di trasmissione (autosomico dominante, autosomico recessivo, recessivo X-linked, mitocondriale)</p> <p>Causa acquisita (danno cerebrale perinatale, infezione, farmaci, agenti tossici, danno vascolare, neoplasie, danno cerebrale, psicogenico)</p>
<p><i>Andamento temporale</i></p> <p>Decorso della malattia (statico o progressivo)</p> <p>Variabilità (persistente, azione-specifica, diurna, parossistica)</p>	<p><i>Storia familiare</i></p> <p>Idiopatica</p> <p>Sporadica</p> <p>Familiare</p>
<p><i>Caratteristiche associate</i></p> <p>Isolata</p> <p>Combinata</p> <p>Sintomi concomitanti</p>	

Tabella 1 - Classificazione caratteristiche cliniche ed eziologia

tonie focali o segmentali si manifestano nell'età adulta e hanno decorso poco evolutivo. Al contrario quando la distonia coinvolge diversi distretti corporei anche non contigui viene definita multifocale oppure generalizzata se entrambi gli arti inferiori sono coinvolti. Più spesso le distonie generalizzate esordiscono nell'infanzia e manifestano una progressione clinica durante la vita del paziente.

Tra le distonie focali alcune forme hanno caratteristiche peculiari in ragione delle parti corporee coinvolte.

Il blefarospasmo è un disordine caratterizzato da



La distonia generalizzata determina movimenti torsionali e posture anomale di molteplici segmenti corporei

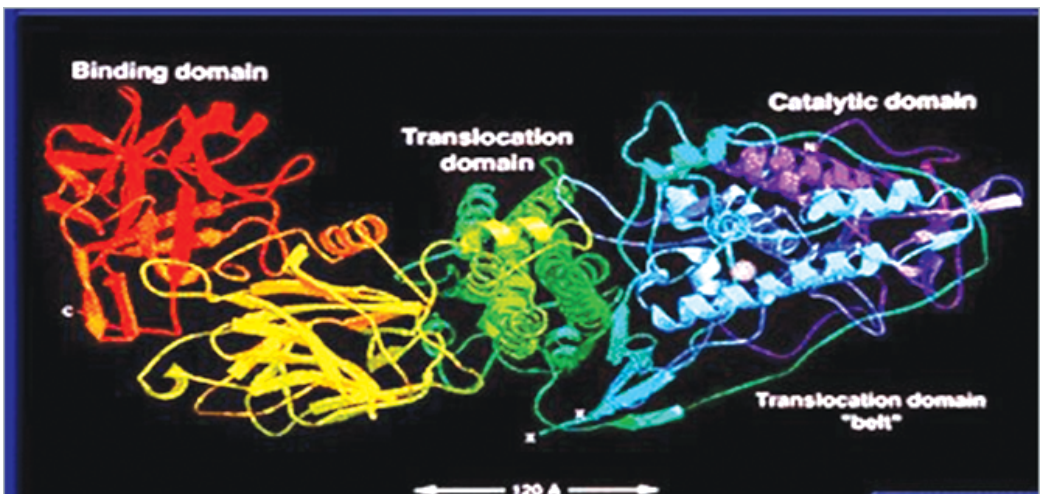
tazione della testa nel piano sagittale con avvicinamento del capo al tronco).

Le distonie dell'arto superiore si distinguono in compito specifiche (es. della scrittura) e non compito specifiche. Il crampo dello scrivano è la più frequente distonia compito specifica, può essere semplice (isolata difficoltà nella scrittura), distonico (difficoltà anche in altre attività compito specifiche), progressivo (difficoltà nella scrittura e in altre attività dell'arto superiore, non compito-specifiche). Il quadro clinico è determinato da iperattività primariamente distonica di alcuni muscoli coinvolti nell'attività

specifico, da iperattività di muscoli prossimali (overflow distonico) e da iperattività dei muscoli antagonisti ai muscoli distonici con finalità compensatoria.

In passato, le sindromi distoniche sono state classificate su tre assi principali: eziologia, età di esordio e distribuzione del corpo. Nel 2013 un gruppo internazionale di esperti ha elaborato un consensus sulla definizione, la fenomenologia e la classificazione della distonia. La nuova classificazione definisce la distonia come un disturbo del movimento caratterizzato da contrazioni muscolari sostenute o intermittenti che causano movimenti, anormali, spesso ripetitivi, posture, o entrambi. La distonia è spesso iniziata o peggiorata da un'azione volontaria e associata con l'attivazione muscolare.

La nuova classificazione comprende solo due assi: un asse che descrive le caratteristiche cliniche e un asse per definire l' eziologia (Tabella 1). Nell'asse 1 sono classificate l'età di esordio, la distribuzione della distonia nel corpo, il pattern temporale, la coesistenza di altri disturbi del movimento e altre manifestazioni neurologiche. Il pattern temporale comprende sia il decorso della malattia, che può essere statico o progressivo, che la variabilità dei sintomi, che può persistere, variare nel corso della giornata o avvenire solo su azioni specifiche o a bouffées. Nell'Asse 2 sono classificate le possibili eziologie sulla base del riconoscimento di patologie del sistema nervoso, di cause ereditarie (talvolta con eziologia genetica ben definita) o di cause acquisite (danni



L'infiltrazione di tossina botulinica è la principale terapia nelle distonie focali

Locus	Fenotipo	Gene	Ereditarietà	OMIM
DYT1	Distonia generalizzata ad esordio infantile	TOR1A	AD	605204
DYT2	Distonia generalizzata	Sconosciuto	AR	224500
DYT3	Distonia parkinsonismo	TAF1	X-lmked	31420
DYT4	Distonia laringea	TUBB4A	AD	128101
DYT5a	Distonia responsiva alla levodopa	GCH1	AD	128230
DYT5b	Distonia responsiva alla levodopa	TH	AR	191290
DYT6	Distonia cervicale e laringea	THAP1	AD	602629
DYT7	Distonia cervicale	18p	AD	602124
DYT8	Discinesia parossistica non chinesigenica	MR-1	AD	118800
DYT10	Discinesia parossistica chinesigenica	PRRT2	AD	128200
DYT11	Distonia mioclonica	SGCE	AD	159900
DYT12	Distonia parkinsonismo esordio rapido	ATP1A3	AD	128235
DYT13	Distonia cervicale	1p36	AD	607671
DYT15	Distonia mioclonica	18p11	AD	607488
DYT16	Distonia parkinsonismo	PRKRA	AR	612067
DYT17	Distonia focale familiare	20p11.2-q13.12	AR	612406
DYT18	Distonia parossistica da esercizio	SLC2A1	AD	612126
DYT20	Distonia parossistica non chinesigenica	2q31	AD	611147
DYT21	Distonia mista esordio adulto	2q14-q21	AD	614588
DYT23	Distonia cervicale	CIZ1	AD	614860
DYT24	Distonia cervicale con tremore	ANO3	AD	610110
DYT25	Distonia cervicale	GNAL	AD	615073

Tabella 2 - Principali loci della classificazione DYT, associati alla distonia (adattato da Charlesworth et al. 2013)

cerebrali, esiti di danno cerebrovascolare, paralisi cerebrale infantile ecc). Sulla base di molti studi di genetica clinica è possibile ipotizzare che ci sia un contributo genetico significativo per molte forme di distonia. La distonia è spesso familiare e dallo studio di famiglie informative sono stati identificati finora oltre 20 cause genetiche di distonia (tabella 2). L'eredità monogenica è più spesso osservata nei casi a esordio precoce, in cui una storia familiare spesso può essere suggestiva. Tuttavia, la penetranza ridotta delle principali forme monogeniche di distonia, come quelle dovute a mutazioni dei geni TOR1A e THAP1, indica che molti casi apparentemente sporadici possono anche essere di eziologia genetica. Inoltre, è probabile che numerosi geni responsabili di distonie familiari siano ancora da scoprire.

Anche la distonia a esordio adulto che rappresenta il maggior numero di casi sembra avere una forte base genetica. Studi basati sull'esame clinico di pa-

renti di primo grado dei pazienti con distonia a esordio adulto hanno segnalato un rischio di sviluppare una forma di distonia in una percentuale che varia dal 23 al 36%. Studi epidemiologici hanno suggerito che, anche se spesso è apparentemente sporadica, la distonia a esordio adulto può a volte essere ereditata in una forma autosomica dominante, ma con una penetranza ridotta (12-15%). Le attuali principali opzioni di trattamento possono essere suddivise in terapia fisica e di supporto, farmaci per via orale, tossina botulinica, e il trattamento neu-

rochirurgico. Le principali strategie di trattamento sono basate sull'infiltrazione di tossina botulinica in muscoli selezionati, che si attua principalmente nel caso di distonie focali o su metodiche di neurostimolazione cerebrale profonda (soprattutto nel nucleo pallido interno); opzione da considerare nelle distonie generalizzate e nelle distonie cervicali poco responsive ai trattamenti con infiltrazione botulinica. Esistono rari casi di distonia in cui l'identificazione della malattia di base può condurre a una terapia "eziologica" come per la distonia responsiva alla dopamina o la malattia di Wilson.

Una corretta diagnosi e classificazione eziologica sono indispensabili per orientare le scelte terapeutiche nel singolo paziente.

Caterina Bagella è specialista in neurologia e Phd (dottore di ricerca) in neuroscienze, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, UO Disturbi del Movimento

Nuovi studi in endocrinologia

Invecchiamento, ormoni e aspettativa di vita: la Sardegna e i suoi centenari

Le cause dell'eccezionale aspettativa di vita di alcune popolazioni del pianeta sono da anni oggetto di studio da parte di esperti provenienti da ogni nazione. In questi ultimi decenni la Sardegna è entrata a far parte di una ristretta élite di aree ad estrema longevità, oggi note nel mondo con l'appellativo di "Blue Zones" (Zone Blu), le cui cause fenomenologiche sono a tutt'oggi poco note. La vita media nella storia dell'uomo si è allungata di circa una volta e mezza negli ultimi 100 anni e i primi studi in questa direzione sono stati effettuati su animali semplici quali i vermi o i piccoli insetti (*Caenorhabditis Elegans*, *Drosophila*), senza tangibili risultati. Lo stato attuale delle conoscenze sulla longevità ci suggerisce che l'importanza dei fattori genetici si è decisamente ridimensionata (circa il 25%) mentre lo stile di vita, la nutrizione e le malattie metaboliche possono spiegare la longevità per il restante 75%. Ricordiamo che il "lifestyle" comprende sia il pattern alimentare al quale aderiscono intere comunità e popolazioni sia l'attività motoria quotidiana praticata, che rappresenta oggi l'arma probabilmente più efficace nella lotta all'obesità e alle patologie cardiovascolari. Infatti uno stile di vita corretto e una sana alimentazione svolgono un ruolo di rilievo nella prevenzione delle malattie croniche con benefici sulla qualità e sulla durata della vita. Più in generale il fenomeno dell'invecchiamento non è altro che un progressivo fisiologico declino funzionale che, in taluni casi, risulta rallentato consentendo all'individuo di perdurare con un buon livello fisico e cognitivo fino a tarda età, condizione oggi definita "successful aging" o invecchiamento di successo. Tra le popolazioni che maggiormente manifestano il fenomeno della longevità di successo, quella sarda è da tempo sotto i riflettori mondiali; in particolare recenti studi clinici hanno messo in evidenza che il parametro maggiormente correlato

di Francesco Tolu

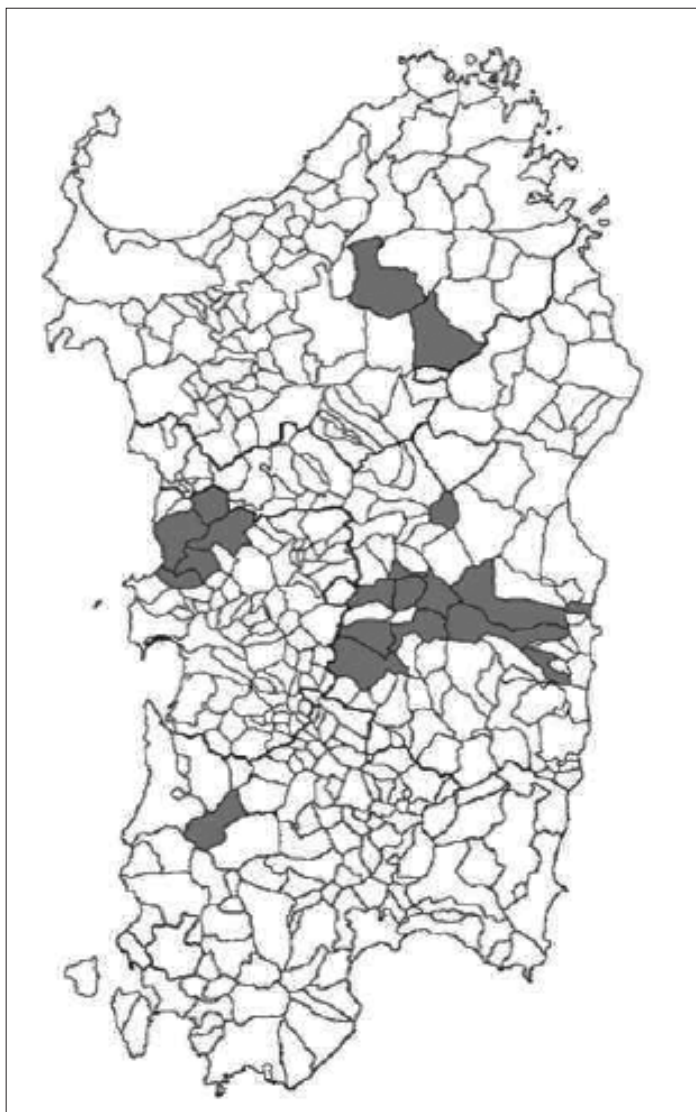


con la longevità umana risulta essere l'attività motoria quotidiana praticata dagli uomini per andare a lavoro, con differenti livelli di dispendio energetico totale (Total Energy Expenditure, TEE) in relazione alla pendenza del territorio e alla distanza percorsa. L'attività professionale correlata maggiormente con la longevità era quella pastorale, praticata in passato dalla maggior parte degli attuali centenari sardi. In tali circostanze il TEE era decisamente elevato tale da risultare un potente elemento di promozione della salute, come numerosi studi hanno già sottolineato, più efficace della dieta o del ricorso a terapie farmacologiche.

Nel corso degli anni, fra le varie teorie proposte sull'invecchiamento, quella neuro-endocrina ha mostrato in questi ultimi decenni una ripresa di interesse, in quanto considera l'invecchiamento stesso come espressione di progressive modificazioni del sistema ghiandolare endocrino ed esocrino. L'aspetto interessante di questa teoria è che mentre l'assetto genetico è una condizione acquisita e immutabile, gli ormoni permettono una loro eventuale modifica farmacologica, in maniera tale da modularne gli effetti sull'organismo.

Tiroide e centenari

I primi interessanti studi in relazione all'effetto degli ormoni sulla longevità hanno riguardato gli ormoni tiroidei, tetraiodotironina (T4) e triiodotironina (T3), in quanto entrambi esplicano effetti sulla crescita e sullo sviluppo dei tessuti, sulla termogenesi, sul metabolismo degli zuccheri, dei lipidi e sulla sintesi proteica. La secrezione degli ormoni da parte della tiroide avviene sotto fine regolazione dell'ormone tireostimolante (TSH) che consente la diagnosi clinica di ipofunzione (ipotiroidismo) e iperfunzione ghiandolare (ipertiroidismo), sia nella forma conclamata che sub-clinica. Gli ormoni T4 e T3 aumentano



Fonte Desogus V. *Rassegna Medica Sarda*, 1938

Figura 1 – Focolai gozzigeni in Sardegna nella prima metà del secolo scorso

Il metabolismo cellulare determinando un incremento dell'ossidazione dei substrati energetici nei mitocondri e aumentando la termogenesi. Man mano che questi processi vanno avanti vi è una crescente produzione di radicali liberi e prodotti di ossidazione che favoriscono i processi di invecchiamento cellulare. Già nei ratti da esperimento geneticamente predisposti all'ipotiroidismo, era stato

rilevato un allungamento della vita rispetto a quelli con normali livelli di ormoni tiroidei. Nell'uomo alcuni studi recenti indicano che un ipotiroidismo sub-clinico, lieve riduzione della funzione ghiandola tiroidea con TSH aumentato e frazioni libere FT3 e FT4 nella norma, si associa a un aumento della vita media. È nota una correlazione inversa tra i livelli plasmatici di TSH e longevità in alcune popolazioni come quella degli ebrei Ashkenazi, arrivati alla veneranda età dei cento anni. Si potrebbe desumere sia che gli individui predisposti ad avere una riduzione della funzionalità tiroidea possano vivere più a lungo sia che gli individui longevi hanno una tendenza ad avere livelli più bassi di funzionalità tiroidea. Non abbiamo ancora una risposta definitiva a tale quesito, anche se diversi studi (Leiden Longevity Study) hanno messo in risalto una forte ereditarietà della funzione tiroidea evidenziando un aumento del TSH in popolazioni di fratelli ultranovantenni. In Sardegna non vi sono precisi dati che correlino i rapporti tra ipofunzione tiroidea e longevità, anche se alla luce di alcuni dati storici degli anni '30 si potrebbe ipotizzare una maggiore prevalenza di patologia tiroidea proprio in quelle aree dove la popolazione risulta essere la più longeva dell'isola. Ovviamente non si dispone ancora di dati biochimici

riguardanti il profilo tiroideo di quegli anni, ma si potrebbe utilizzare come parametro indiretto di ipofunzione la presenza del gozzo, patologia endemica nell'isola. Premettendo che pur in presenza di gozzo, il TSH non risulta necessariamente aumentato, si potrebbe avanzare l'ipotesi che la funzione tiroidea potesse risultare lievemente ridotta ed il conseguente aumento di TSH abbia favorito la persistenza del

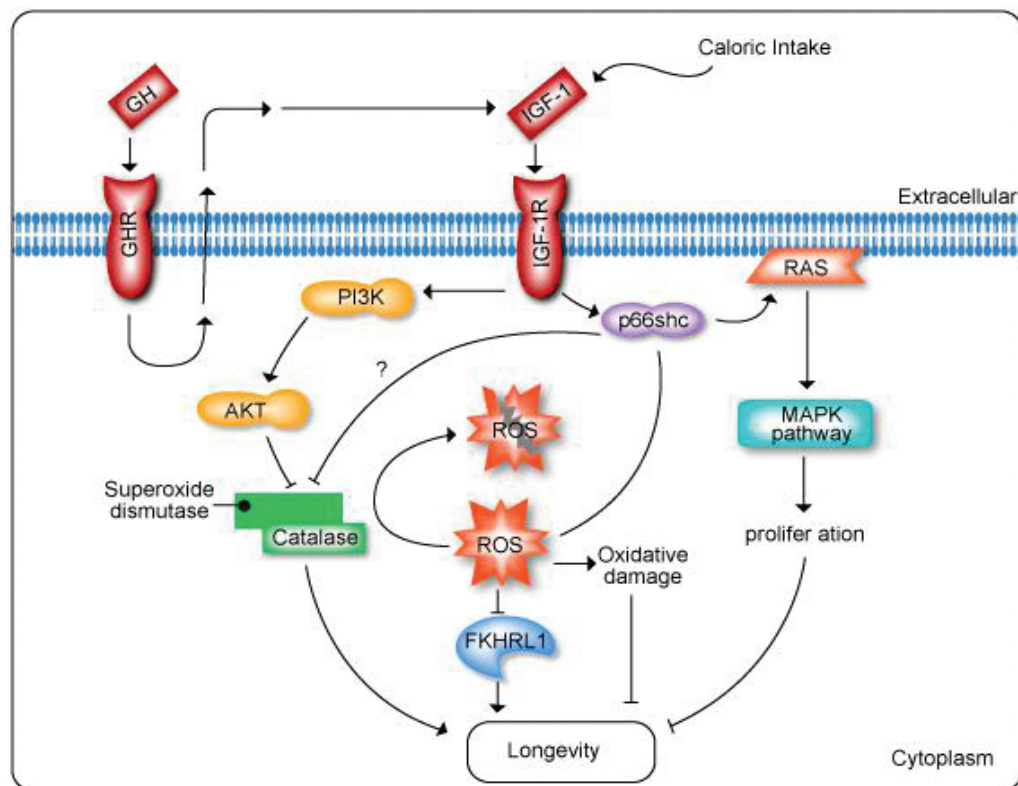


Figura 2 - Recettore IGF-1 e longevità (fonte keGG, Biocarta)

gozzo stesso. Se poi consideriamo che nel 1938 la prevalenza del gozzo tiroideo in Sardegna risultava superiore nelle zone ad estrema longevità piuttosto che nelle altre aree della Sardegna (Desogus V. 1938), si può ipotizzare un suo ruolo nella spiegazione del fenomeno, come già avvenuto in altre popolazioni studiate.

Metabolismo osseo e longevità

Tra le patologie e le alterazioni del metabolismo calcio/fosforo, l'osteoporosi è la causa di aumento della fragilità ossea nell'anziano e, di conseguenza, del rischio di disabilità, riduzione della qualità della vita e aumento della mortalità. Studi su popolazioni anziane hanno evidenziato differenze degne di nota circa il metabolismo del tessuto osseo tra individui estremamente longevi e la stessa popolazione anziana. Le informazioni in merito risultano ancora controverse, in particolare non si conoscono le relazioni tra osteoporosi e suscettibilità alle fratture

ossee in queste popolazione longeve. Inoltre sarebbe utile valutare l'influenza dei fattori genetici e ambientali in relazione alle alterazioni del turnover osseo che caratterizzano il processo di invecchiamento. In passato alcuni studi effettuati su ultracentenari sardi hanno evidenziato una minore prevalenza di fratture ossee (18%) rispetto ai centenari della restante penisola italiana (38%).

Alcuni dati preliminari di uno studio in corso hanno già avuto modo di evidenziare come i parametri di turnover osseo siano migliori negli ultratantenni della Blue Zone Sarda rispetto a quelli delle aree non longeve. Sicuramente un buon metabolismo fosfo-calcico è in grado di garantire un'ossatura di migliore qualità e gli ormoni regolatori in questo ambito potranno sicuramente fornire ottimi risultati come predittori di longevità, in quanto le fratture e le disabilità a esse correlate sono a tutt'oggi fra le condizioni più difficili da prevenire e da curare.

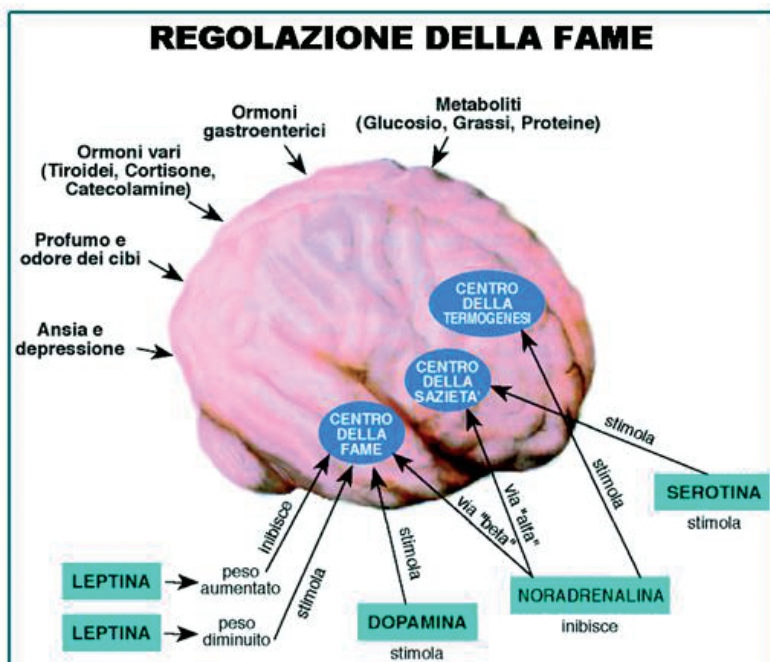


Figura 3 – Centri neuroendocrini di regolazione dell'appetito/sazietà (da L. De Mariani, 2012)

circa. Studi sull'uomo sono ancora contrastanti, infatti in alcune popolazioni è stata segnalata una correlazione dei livelli di IGF-1 con la longevità e in altri una correlazione inversa con l'indice HOMA di sensibilità insulinica. Altri controversi studi associano l'elevata produzione di IGF-1 con l'aumentata prevalenza di neoplasie e viceversa. Le più recenti acquisizioni correlano invece i bassi livelli di IGF-1 con una maggiore capacità dell'organismo di gestire i radicali liberi e migliorarne pertanto il potere antiossidante.

Metabolismo GH/IGF-1 e longevità

È noto già dagli anni sessanta che i ratti ipofisectomizzati tendono a vivere leggermente più a lungo, in quanto presentano un rallentamento dei meccanismi metabolici e di invecchiamento. A tal proposito uno dei meccanismi più studiati è il metabolismo del GH ed il pathway della produzione di somatomedina-C o IGF-1, responsabile degli effetti prodotti sulla crescita tissutale. Esistono numerose evidenze secondo cui l'inibizione di questa via metabolica possa in qualche modo migliorare l'aspettativa di vita dell'organismo studiato. Inoltre il GH risulta promotore della sintesi insulinica, degli ormoni sessuali (Testosterone ed estrogeni) e degli ormoni tiroidei (T4, T3) utili per l'attivazione mitocondriale richiesta dalle incrementate richieste energetiche per la sintesi proteica. Gli effetti del sistema GH/IGF-1 studiati sugli animali inferiori (prevalentemente ratti) hanno messo in luce come negli animali geneticamente predisposti la produzione dell'ormone Klotho, che ha un'attività inibitoria sulla produzione di IGF-1, favorisca una vita media più lunga del 22%

Metabolismo del glucosio e longevità

Quando si parla di longevità appare chiaro che tutte le patologie che portano un aumentato rischio cardiovascolare concorrono per una riduzione dell'aspettativa di vita. L'obesità e il diabete mellito rappresentano oggi i maggiori fattori di rischio metabolico per malattia cardiovascolare. Sappiamo che il deficit insulinico compare progressivamente nel diabete mellito tipo 2, legato prevalentemente a scorrette abitudini alimentari e stile di vita sedentario. Inizialmente si possono avere condizioni di "prediabete" (alterata glicemia a digiuno e ridotta tolleranza ai carboidrati) che, se non prontamente corrette, possono portare a patologia diabetica conclamata. L'aspetto nutrizionale e più precisamente il consumo qualitativo e quantitativo di carboidrati ha un ruolo predominante sulla prevenzione del diabete, in quanto modula la produzione insulinica e in condizioni di iperglicemia instaura il ben noto effetto glucotossico diretto sulla cellula beta-pancreatica e non solo. Intorno agli anni '40 e '50, la prevalenza di diabete mellito nelle aree a estrema longevità sarda, era decisamente più bassa rispetto alle altre aree

non longeve della Sardegna. Tale prevalenza mostrerà un progressivo aumento dopo gli anni 50, periodo in cui si è verificata la ben nota "transizione alimentare", ossia il periodo in cui la popolazione sarda passò dal consumo di alimenti "homemade" a quelli di produzione industriale. In larga misura questo avvenne con il consumo di pane, che in passato era prodotto in casa con la lievitazione naturale (Sourdough Bread), ossia con lievito madre ottenuto dalla fermentazione di un frammento dall'impasto precedente (madrighe, frammentu). In una recente review sulla popolazione longeva in Sardegna è stata avanzata l'ipotesi dell'effetto protettivo di questo tipo di pane sardo sulla cellula beta-pancreatica, in quanto evoca una minore produzione insulinica con una minore iperglicemia post-prandiale. Questo fenomeno è spiegabile in parte con un minor contenuto di zuccheri semplici del pane a fermentazione naturale e una maggiore acidità. Inoltre nello stesso studio viene ipotizzato che durante la transizione alimentare le caratteristiche della dieta fossero particolarmente favorevoli per la salute degli individui tali da portare benefici alla popolazione anziana riducendo soprattutto il rischio di osteopenia, di sarcopenia e di altri fattori favorevoli la disabilità dell'anziano.

PNEI e longevità

Di recente interesse è la relazione tra psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI) e longevità, che as-



Figura 4 - Una simpaticissima centenaria durante la visita ambulatoriale

socia lo studio della fisiologia umana all'ambiente che ci circonda, integrando le risposte ormonali e immunologiche in relazione ai più svariati stimoli neurologici a cui siamo sottoposti nella quotidianità. Per esempio, l'interazione tra stimoli emozionali, mediati dall'attività serotoninergica quali il piacere e la soddisfazione (cibo, sonno, sesso, attività fisica) che promuovono la successiva produzione di endorfine, regolano le secrezioni endocrine in relazione al cibo e all'ambiente in cui viviamo. Sembrerebbe che la regolazione degli stessi centri ipotalamici della sazietà e dell'appetito siano controllati da un sottile effetto di feedback tra alcune adipochine (leptina) e ormoni gastrici (grelina) in relazione a stimoli emozionali esterni. Nei centenari sardi, il buonumore riferito e lo scarso stress psico-fisico, nonché l'autopercezione di utilità nel nucleo familiare anche in tarda età, hanno probabilmente giocato un ruolo importante in questa regolazione psiconeuroendocrinoimmunologica.

Altro aspetto importante è la regolazione del ritmo sonno-veglia e qualità del sonno. Riuscire a mantenere un buon periodo di ristoro notturno sembra essere un elemento favorente la lunga vita e la funzione cognitiva.

Inoltre acquisisce sempre più importanza la qualità del sonno, in relazione soprattutto ai bioritmi dell'organismo umano quali la pressione arteriosa, la temperatura corporea, le mitosi cellulari e il sistema immunitario. Durante il sonno profondo aumenta la produzione ormonale della ghiandola pineale, rappresentata dalla melatonina (N-acetil-5-metossitriptamina), con livelli notturni superiori di circa 10-20 volte quelli diurni, la cui secrezione è regolata dalla mancata stimolazione dei fotorecettori retinici dalla luce diurna. L'interazione dei sopracitati meccanismi neuroendocrini, emozionali e metabolici che stanno alla base della PNEI, potranno in futuro fornire un aiuto per migliorare la comprensione dei complessi meccanismi che stanno alla base della longevità umana.

"fonte: Longevità e identità in Sardegna. L'identificazione della "Zona Blu" dei centenari in Ogliastra - G.M. Pes e M. Poulain

Francesco Tolu è dirigente Medico presso l'U.O. Endocrinologia, Malattie della Costituzione e della Nutrizione, AOU Sassari

Disturbi dell'apparato genitale maschile

La ritenzione testicolare o criptorchidismo: dalla diagnosi precoce al piano di trattamento

La "Ritenzione testicolare (RT)", conosciuta anche con il termine di "Criptorchidismo", è una delle più frequenti patologie malformative che colpiscono i neonati di sesso maschile.

Embriologia: Lo sviluppo del testicolo e la sua naturale discesa nella borsa scrotale dipende da una complessa interazione di fattori endocrini, di crescita e meccanici.

La differenziazione testicolare inizia intorno alla 6-7 settimana di gestazione sotto gli effetti del "testis-determining SRY gene". Gli androgeni contribuiscono alla discesa del testicolo, tanto che una loro carenza o la presenza di anti-androgeni aumentano in modo significativo i casi di RT, come accade quando la madre assume estrogeni nei primi mesi della gravi-

di Antonio Dessanti



danza. Il testicolo discende definitivamente nella borsa scrotale fra il 7° e 9° mese di gravidanza.

Incidenza: Alla nascita, la RT è presente nel 3% dei neonati a termine mentre è presente nel 33% dei neonati pretermine. Al compimento del primo anno di vita questa incidenza diminuisce significativamente stabilizzandosi intorno all' 1% dei neonati di sesso maschile.

La RT si associa spesso alla "pervietà del dotto peritoneo vaginale", frequente causa di ernia inguinale congenita, a malformazioni del didimo, epididimo (dissociazione didimo-epididimo) e del deferente (TAB.1).

Può associarsi a ipospadia e ad anomalie delle vie urinarie superiori.

Ritenzione testicolare. Alterazioni anatomiche osservabili nel funicolo spermatico.

-Il didimo può presentare un grado variabile di ipotrofia, maggiore nei "testicoli non palpabili"

-L'epididimo può essere in parte o del tutto "dissociato" dal didimo con il rischio di una futura sterilità.

-I vasi spermatici possono essere molto "corti".

-Il deferente può apparire ipotrofico e tortuoso

Tab. 1 - Alterazioni anatomiche del funicolo spermatico

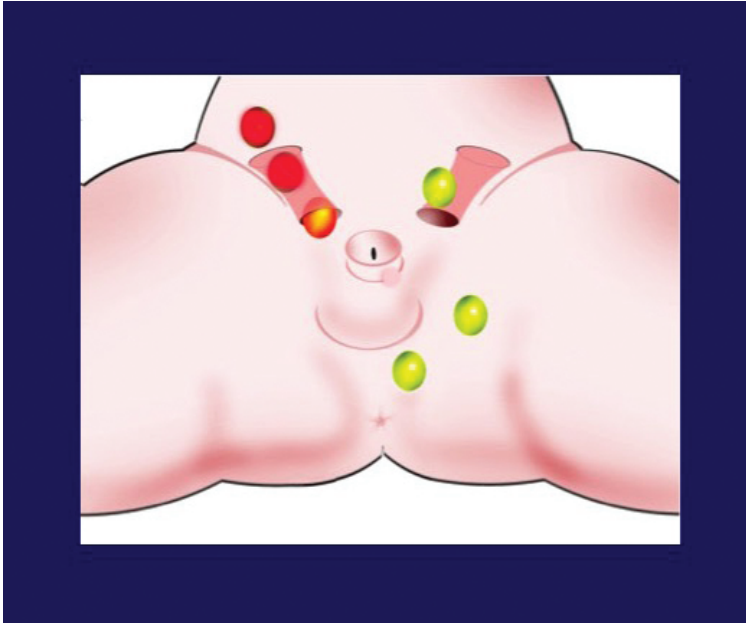


Fig. 1 - Le possibili sedi anatomiche del testicolo ritenuto "Testicoli non palpabili" (in rosso). - "Testicoli palpabili" (in verde)

Classificazione: In letteratura la nomenclatura utilizzata per classificare la RT è variabile e spesso ambigua.

La classificazione più chiara è quella clinica. Essa divide la RT in due grandi gruppi, che tengono conto della localizzazione anatomica dei testicoli (Fig.1): 1)"testicoli palpabili". 2)"testicoli non palpabili".

Il gruppo dei "testicoli palpabili", che rappresenta il 75-80 % di tutte le RT, comprende i testicoli che, durante il loro naturale percorso verso la borsa scrotale, si sono arrestati all'interno del canale inguinale o poco al di fuori, oppure in una *posizione ectopica*, che può essere inguinale superficiale, perineale o area peno-pubica. Il gruppo dei "testicoli non palpabili", che rappresenta il 20-25 % delle RT, comprende i casi di *anorchia* (vanishing testis) (5%), in cui il testicolo manca in quanto non si è formato o è andato incontro a un'atrofia per una torsione testicolare intrauterina o perinatale, avvenuta quando il testicolo era in addome o, superato l'anello inguinale interno, si stava portando o era già giunto nella borsa scrotale. In questi casi, al posto del testicolo, residua una più o meno evidente masserella fibrosa, in contiguità con i vasi spermatici e il defe-

rente, che in questi casi sono sempre presenti.

Nei restanti 15-20 % dei casi di RT, il testicolo è posto in addome in prossimità dell'anello inguinale interno o emergente nel canale inguinale. Ha in genere dei vasi spermatici particolarmente corti e un volume inferiore alla norma, con spesso una *dissociazione didimo-epididimo* e un deferente tortuoso ed ipoplasico (Fig. 2).

In circa un terzo di questi casi (pari al 3-5% di tutte le RT) i vasi spermatici sono così corti che non è possibile portare chirurgicamente il testicolo nella borsa scrotale con le normali tecniche di orchiopezia (vedi "trattamento").

Esiste un terzo gruppo di bambini in cui i testicoli, regolarmente discesi nella borsa scrotale, "facilmente" risalgono nel canale inguinale come conseguenza di una "vivace" capacità del muscolo cremasterico di contrarsi, come reazione, ad esempio, a stimoli freddi esercitati in vicinanza dell'area scrotale.

Si tratta dei così detti "testicoli retrattili". Questi bambini non hanno una RT e quindi non necessitano di alcun trattamento specifico. Il problema in questi casi è distinguerli dal gruppo dei pazienti con una vera RT.

Diagnosi. Nella RT il primo problema è la diagnosi differenziale fra un *testicolo retrattile*, e quindi normale, e un *testicolo ritenuto e palpabile* "in vicinanza" della borsa scrotale. La differenza fra questi due gruppi è che il *testicolo retrattile*, normalmente in cavità scrotale, risale verso il canale inguinale solo in conseguenza di stimoli tattili o freddi, esercitati nell'area scrotale, per poi riportarsi in normale sede scrotale. Al contrario il *testicolo ritenuto* e palpabile in vicinanza della borsa scrotale, può essere portato con una trazione manuale in cavità scrotale, da cui risale appena lo si lascia libero di fluttuare.

Un accorgimento utile per giungere a una dia-

gnosi corretta è quello di visitare il bambino in un comodo lettino, in una stanza confortevole e calda, ricordando che le mani che stanno ricercando il testicolo devono essere "tiepide".

Inoltre nel *testicolo ritenuto*, l'emiscroto corrispondente è in genere ipoplasico, mentre nel *testicolo retrattile* esso è ben sviluppato.

Nei casi di un *testicolo non palpabile* potremmo essere di fronte a una "*anorchia*": in questi casi il testicolo controlaterale, se posto in normale posizione scrotale, in genere appare ipertrofico per compensare l'anorchia controlaterale.

La seconda e più probabile ipotesi diagnostica è che il *testicolo non palpabile* sia ritenuto in cavità addominale o emergente nel canale inguinale.

Il problema è più complesso nelle RT con *testicoli non palpabili bilateralmente*. In questi casi, oltre che un'accurata ricerca dei testicoli attraverso una ecografia (da eseguire sempre in tutti i casi di RT), potrebbe essere necessario eseguire un test di stimolazione con gonadotropina corionica umana (hCG), dopo aver misurato il livello base del testosterone, dell'ormone follicolo stimolante (FSH) e dell'ormone luteinizzante (LH).

Se i livelli base di testosterone, FSH ed LH sono normali e il test di stimolazione con hCG danno un appropriato valore di testosterone, con tutta probabilità è presente almeno un testicolo, se pure ipoplasico.

Nel caso invece in cui il test di stimolazione con hCG non dà un incremento del valore base del testosterone, significa che con tutta probabilità entrambi i testicoli non sono presenti o non sono funzionanti in modo significativo.

Nei casi di RT con testicoli non palpabili bilateralmente con associati dei genitali esterni ambigui (grave ipospadia posteriore, etc), è necessario eseguire una più approfondita diagnostica per immagini (CT, MRA) e cromosomiche,

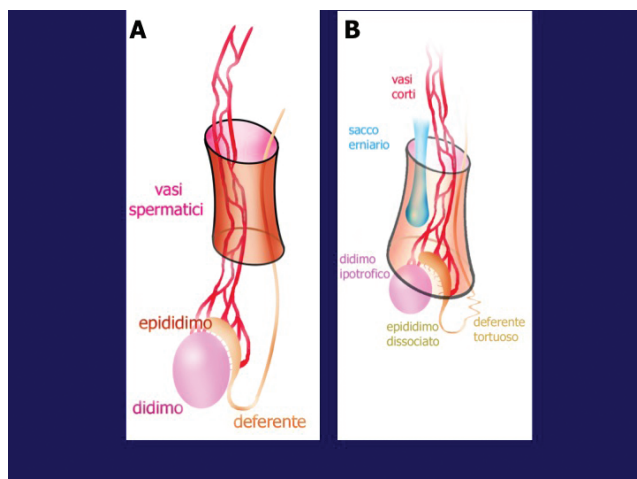


Fig. 2- Quadro anatomico del funicolo in caso di: A) testicolo in normale posizione scrotale. B) Testicolo ritenuto

nel sospetto di disordini nella differenziazione sessuale.

In questi casi le indagini in genere hanno i caratteri di un'estrema urgenza, che vedranno coinvolti neonatologi, chirurghi pediatri, endocrinologi, genetisti e psicologi, in modo da giungere rapidamente alla assegnazione del genere sessuale, prima cioè della registrazione del neonato alla anagrafe comunale.

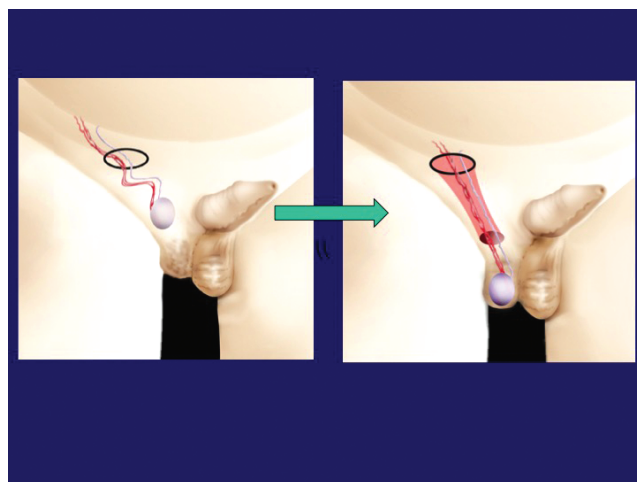


Fig. 3 - Intervento di "orchidopessia standard" A) Nel testicolo ritenuto i vasi spermatici corti hanno un andamento ad *S italiana*. B) l'isolamento dei vasi spermatici determina la loro rettilineizzazione, che permette l'agevole abbassamento del testicolo in una buona posizione scrotale

Fertilità. Nelle RT monolaterali il grado di fertilità è sovrapponibile alla popolazione normale, mentre diminuisce al 50-65% nei casi di RT bilaterali. La infertilità è legata sia ad anomalie istologiche a carico delle cellule di Leyding, che alla presenza di una patologica dissociazione didimo-epididimo e a un deferente ipoplasico e tortuoso, più evidenti nelle ritenzioni testicolari endoaddominali.

Rischio di trasformazione maligna. Il rischio che un paziente con RT sviluppi nell'età adulta un cancro sul testicolo malformato è 5 - 60 volte maggiore rispetto alla popolazione normale.

Sembra che il rischio di trasformazione maligna sia maggiore nei testicoli originariamente ritenuti in posizione endoaddominale.

Tale rischio sembra diminuisca nei pazienti operati precocemente di orchidopessia.

A questo proposito, l'intervento di orchidopessia ha un altro indubbio vantaggio: permette, attraverso l'*autopalpazione*, la *diagnosi precoce* di un tumore testicolare

Trattamento. Nella RT il *trattamento medico ormonale* è attualmente molto controverso. A volte un trattamento ormonale con hCG è utilizzato in combinazione con il trattamento chirurgico.

Attualmente il trattamento di scelta è l'intervento di *orchidopessia* in quanto presenta degli indubbi vantaggi:

1) migliora la funzione endocrina del testicolo, 2) diminuisce il rischio di infertilità, 3) permette la *autopalpazione* del testicolo, che è una arma importante per una diagnosi precoce del tumore del testicolo, evenienza purtroppo non irrilevante in questo gruppo di pazienti, 4) l'emiscroto corrispondente "appare" di aspetto normale, il che è molto impor-

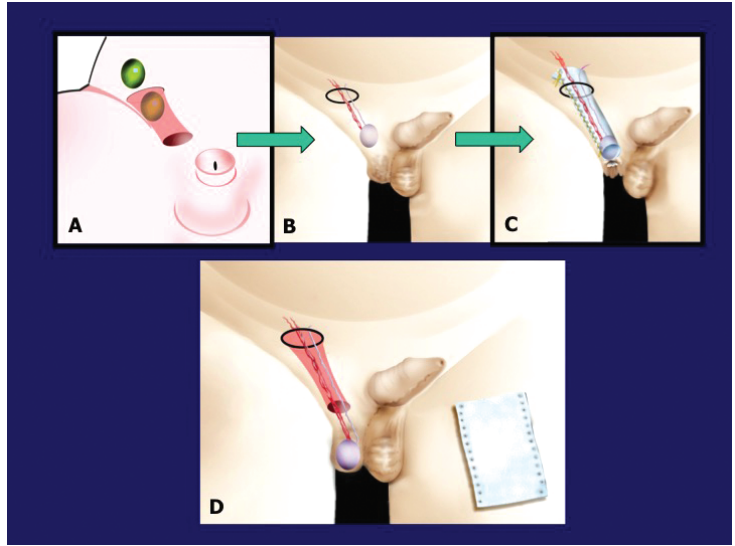


Fig. 4 - Orchidopessia multistadio secondo la *tecnica di Dessanti**: A) Testicoli ritenuti in addome con vasi spermatici ultra corti. B) I vasi spermatici ultra corti, isolati in profondità nel retroperitoneo, vengono in questo modo rettilineizzati. C) Il funicolo spermatico viene avvolto in un "foglio anti-aderente", mentre il didimo, fissato al fondo scrotale, esercita una progressiva e gentile trazione su tutto il funicolo. D) Questa trazione determina nel tempo la "spontanea" discesa del testicolo nel sacco scrotale (il foglio anti-aderente viene asportato nel secondo tempo chirurgico). * (Dessanti A. et al: *Cryptorchidism with very short spermatic vessels. A. stagea orchiopexy preserving the spermatic vessels, J Urol, 182:1163-1168.2009*)

tante da un punto psicologico. 5) diminuisce il rischio di torsione del testicolo.

Soprattutto nei prematuri, il testicolo può discendere nella borsa scrotale anche dopo la nascita. Più in generale, un testicolo ritenuto alla nascita può ancora discendere in normale posizione scrotale entro i 6-9 mesi di età.

Per tali motivi si raccomanda che l'intervento di orchidopessia venga eseguito intorno al 1 anno di età.

L'intervento deve essere anticipato se compaiono i sintomi di una ernia inguinale congenita ipsilaterale, oltre che, ovviamente, nel caso di torsione del testicolo.

La tecnica chirurgica per una corretta orchidopessia dipende dalla posizione del testicolo: palpabile, non palpabile.

Le RT bilaterali devono essere corrette nello stesso tempo chirurgico.

L'intervento di orchidopessia viene eseguito in anestesia generale.

1) "*Testicolo palpabile*": Attraverso una piccola incisione cutanea inguinale trasversale, il canale inguinale viene inciso longitudinalmente in modo da poter isolare e mobilizzare agevolmente il cordone spermatico e con esso il testicolo.

Dopo aver sezionato il gubernaculum testis, si individuano e si dissecano le fibre del muscolo cremasterico. Il *dotto peritoneo vaginale*, che in genere è presente e ampio nei casi in cui il testicolo sia in una posizione inguinale alta, lo si individua e lo si isola in profondità nel retroperitoneo, cioè oltre l'anello inguinale interno, separandolo delicatamente dal deferente e soprattutto dai fini vasi spermatici, per poi legarlo al livello dell'anello inguinale interno. Questo ampio e profondo isolamento e dissezione del dotto peritoneo vaginale dai vasi spermatici, i quali nel retroperitoneo hanno un andamento ad "*S*" *italica*, determina il raddrizzamento del loro percorso, con conseguente loro allungamento, tale cioè da rendere possibile e agevole la trasposizione senza tensione del testicolo all'interno della borsa scrotale, dove viene poi fissato (Fig. 3).

Nel caso in cui il testicolo ectopico lo si palpi in vicinanza dell'anello scrotale, lo si può isolare chirurgicamente, insieme al deferente e ai suoi vasi, attraverso una piccola incisione cutanea eseguita alla radice dello scroto (*tecnica di Bianchi*). Questa tecnica in genere non la si utilizza nel caso in cui esistano i segni clinici o il sospetto di un dotto peritoneo vaginale pervio, perché da una incisione cutanea così distale non è agevole isolare e legare il dotto peritoneo-vaginale pervio alla sua base.

2) "*Testicolo non palpabile*". La programmazione dell'intervento chirurgico in questo gruppo di pazienti, richiede che si conosca preliminarmente la esatta posizione del testicolo o la sua assenza.

Per questo motivo molti consigliano una diagnosi attraverso una laparoscopia in anestesia generale, utilizzando una porta ombelicale. In realtà nella nostra esperienza una preliminare accurata ecografia eseguita da radiologi con esperienza in questa patologia, può essere sufficiente per individuare la esatta posizione del testicolo o del suo residuo fibroso (*anorchia*), per poi programmare i tempi del trattamento chirurgico.

Nel caso in cui il testicolo non sia presente per una anorchia, i suoi residui fibrosi sono presenti nel retroperitoneo poco al di sopra dell'anello inguinale

interno (50% dei casi) o all'interno del canale inguinale fino alla borsa scrotale. In entrambi i casi sono diagnosticabili attraverso la classica incisione cutanea trasversale in regione inguinale, attraverso la quale dovranno essere asportati.

In alcuni casi i testicoli non palpabili hanno dei *vasi spermatici ultra corti*, tanto che non è tecnicamente possibile portare il testicolo nella borsa scrotale con l'intervento standard di orchiopessia, malgrado un approfondito isolamento dei vasi spermatici nel retroperitoneo.

In questi casi, che rappresentano circa il 30% di tutti i casi di testicoli non palpabili, dagli anni '60, in alternativa alla "invalidante" orchietomia, viene utilizzato l'intervento di orchiopessia secondo la *tecnica di Fowler-Stephens*: questa tecnica, per ottenere l'abbassamento del testicolo nello scroto, prevede la sezione dei corti vasi spermatici. Ciò è teoricamente possibile in quanto il testicolo riceve dei vasi anche dai vasi deferenziali. La portata ematica di tali fini vasi deferenziali è però modesta: ciò comporta il rischio che il testicolo trasposto nella borsa scrotale possa andare incontro ad una rapida ipotrofia o atrofia. Ciò statisticamente avviene in una percentuale del 25- 30% dei casi.

Questa complicazione può essere drammatica nei casi di ritenzione testicolare bilaterale in cui entrambi i testicoli siano stati sottoposti allo stesso tipo di intervento chirurgico di sezione dei vasi spermatici.

Per questo particolare gruppo di pazienti esiste ora una nuova tecnica chirurgica di orchiopessia in due stadi (*tecnica di Dessanti*), la quale non prevede la sezione dei vasi spermatici.

Infatti, *i vasi spermatici ultra corti*, isolati come di norma in profondità nel retroperitoneo, vengono allungati attraverso una loro "*progressiva e gentile trazione*", dopo aver avvolto il funicolo spermatico in un foglio antiaderente di "*Gore-Tex Pericardial Membrane*" ed aver fissato il didimo al fondo scrotale (Fig. 4). Nella nostra esperienza, con questa tecnica, il 100% di questo speciale gruppo di testicoli ritenuti, compresi casi di RT bilaterali, sono stati riposti nella borsa scrotale senza alcuna complicazione, cioè senza aver osservato casi di ipotrofia o di atrofia testicolare.

(Disegni di: Dr. M. Iannuccelli)

Prof. Antonio Dessanti è *chirurgo pediatra*

Le eccellenze dell'Università di Sassari

L'accreditamento dell'U.O.C. di Patologia Chirurgica come Centro di Riferimento per la chirurgia tiroidea

Le patologie tiroidee di interesse chirurgico sono numerose, ma certamente quelle di maggior rilievo sono i tumori che colpiscono la ghiandola e il gozzo tiroideo. Questa patologia in Sardegna è di tipo endemico e pertanto presente in una gran percentuale della popolazione.

In Sardegna i Centri di Riferimento di chirurgia della tiroide sono diversi ma la frequenza della patologia, come per altri campi, richiede

uno standard di alto livello in accordo con le linee guida nazionali e internazionali. Recentemente l'Unità Operativa Complessa di Patologia Chirurgica (Chirurgia I) dell'Università degli Studi di Sassari, grazie alla sapiente guida del Prof. Mario Trignano e all'impegno della Dott.ssa Ilia Patrizia Pisano, per la lunga esperienza maturata nel campo della chirurgia endocrina, è stata accreditata dal Ministero della Sanità come Centro di Riferimento per la chirurgia tiroidea. È entrata in questo modo a far parte della Associazione delle Unità di Endocrinochirurgia Italiane, acquisizione che dà lustro all'Università e all'Azienda Ospedaliera Universitaria di Sassari. Questo successo è anche dovuto alla costante collaborazione tra la Patologia Chirurgica e le unità endocrinologiche locali, che insieme garantiscono standards di alto livello nel management e nella cura dei pazienti affetti da patologie tiroidee.

I tumori maligni della tiroide rappresentano il 95% di tutti i tumori endocrini ed il 2% di tutte le neoplasie maligne umane. Negli ultimi anni si è registrato un incremento a livello mondiale, con picchi



Da sinistra: Matteo Walter Ruggiu, Rita Nonnis, Carlo Pala, Fabrizio Scognamillo, Mario Trignano, Antonio Marrosu, Ilia Patrizia Pisano, Salvatore Denti, Federico Attene, Panagiotis Paliogiannis

che, in certe aree geografiche, superano il 100%. Tale intensificazione è dovuta in parte a una migliore visualizzazione delle lesioni grazie alla diffusione delle moderne metodiche diagnostiche. Recentemente, in virtù della collaborazione di esperti della Patologia Chirurgica, dell'Anatomia Patologica, del Registro Tumori della provincia di Sassari e del CNR, è stato pubblicato un report epidemiologico sui tumori tiroidei

nel nord Sardegna. Gli autori, esaminando i casi osservati dal 1992 sino al 2010, hanno constatato che l'incidenza standardizzata della malattia si assesta a 5.2/100.000 e 18.4/100.000 nuovi casi per maschi e femmine rispettivamente e che un consistente aumento dell'incidenza è stato registrato negli anni presi in esame. Fortunatamente la mortalità e la sopravvivenza relativa a 5 anni sono risultate soddisfacenti, mentre non è stata confermata l'associazione tra gozzo tiroideo endemico e cancro di tipo follicolare.

I carcinomi della tiroide più frequenti originano dalle cellule follicolari della ghiandola e si suddividono in: a) carcinoma papillifero (80-90%), b) carcinoma follicolare (5-10%) e carcinoma anaplastico o indifferenziato (1-5%).

Il carcinoma papillifero è un tumore in genere a crescita lenta, spesso multicentrico e bilaterale, talvolta associato all'irradiazione nel collo. Il suo picco di incidenza è intorno alla 5 - 6a decade di vita, con tendenza alla metastatizzazione precoce per via linfatica. Ha generalmente un'ottima prognosi, anche

se alcune sue varianti (a cellule alte, sclerosante etc), presentano maggiore aggressività. Solitamente solido, di consistenza dura, parzialmente capsulato o non-capsulato, con presenza di papille e di corpi psammomatosi, a volte con necrosi all'esame istologico. L'istotipo follicolare si presenta spesso capsulato, ma con invasione della capsula e dei vasi. Il carcinoma anaplastico è la variante con la minor differenziazione cellulare e con la peggior prognosi in assoluto.

Altra categoria di carcinomi della tiroide sono quelli midollari che insorgono sulle cellule parafollicolari tiroidee e possono essere sporadici, familiari o appartenenti alle sindromi MEN 2 (neoplasie endocrine multiple). I carcinomi midollari sono caratterizzati dalla produzione di alti livelli di calcitonina, dalla capacità di produrre serotonina, istamina e a volte ACTH, e infine dalla metastatizzazione linfonodale ed ematica relativamente precoci. Più raramente possono essere riscontrati a livello tiroideo altri tumori come linfomi, sarcomi e metastasi.

Il corretto iter diagnostico della patologia tiroidea di pertinenza chirurgica prevede, in prima istanza, una accurata valutazione clinica (anamnesi ed esame obiettivo) che, a seconda dell'ipotesi diagnostica, guiderà nella scelta successiva di ulteriori indagini appropriate.

Gli elementi anamnestici più rilevanti sono volti

a ricercare l'esposizione a radiazioni o la familiarità. L'esame obiettivo è un gesto fondamentale, volto a individuare eventuali tumefazioni diffuse o lesioni nodulari a rapida crescita e a descriverne sede, consistenza, fissità con i tessuti circostanti, interessamento di stazioni linfonodali satelliti, sintomi quali alterazione del tono della voce e altri.

La diagnostica deve essere essenziale e mirata alla definizione dell'affezione, ma anche alla indicazione terapeutica e/o chirurgica. La valutazione laboratoristica di primo livello prevede il dosaggio di TSH reflex (se alterato seguito da dosaggio di fT3, fT4) e di secondo livello con dosaggio di calcitonina, calcemia, fosforo, PTH, anticorpi anti-TPO, e TSH Receptor Antibody.

L'investigazione strumentale prevede, al primo livello, l'esame ecografico del collo, di facile esecuzione e reperibilità nel territorio, il quale fornisce preziose informazioni che possono orientare sulla natura benigna o maligna delle lesioni tiroidee. Di secondo livello sono, invece, l'esecuzione di agoaspirati per valutazione citologica (Fine Needle Aspiration, FNA), l'ecografia con mezzo di contrasto, la scintigrafia tiroidea, la fibroscopia laringea, la Tomografia Computerizzata (TC) e/o la Risonanza magnetica (RMN) per il completamento diagnostico anatomo-funzionale, e la PET con 124 e 18-FDG in caso di ipertireoglobulinemia da sospetta recidiva locale e/o a distanza.

L'intervento chirurgico rappresenta la terapia di elezione nel trattamento dei tumori della tiroide. Il percorso che il paziente deve compiere non esula dalla necessità di eseguire gli accertamenti in regime di pericovero e di accedere al reparto il giorno precedente o il giorno stesso dell'intervento chirurgico. Pur esistendo una varia gamma di interventi sulla tiroide che prevedono la asportazione parziale o totale della stessa a seconda

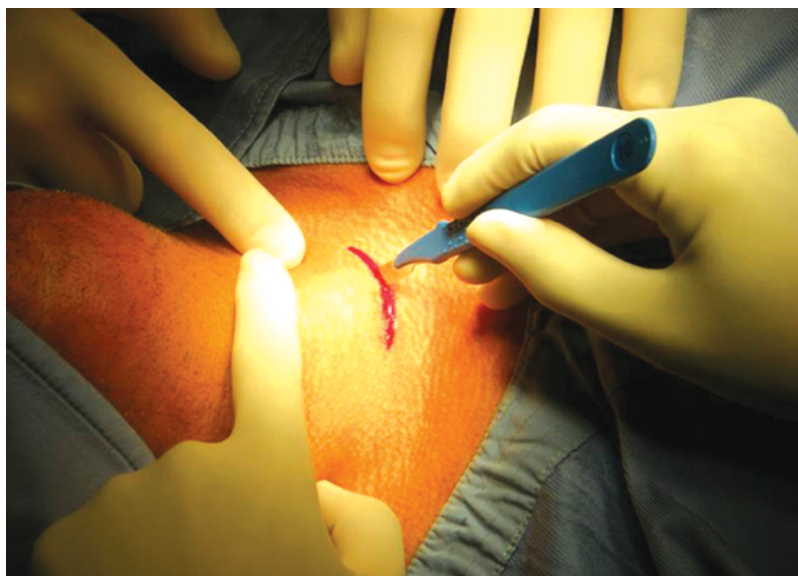


Immagine 1 - Incisione cervicale secondo Kocher

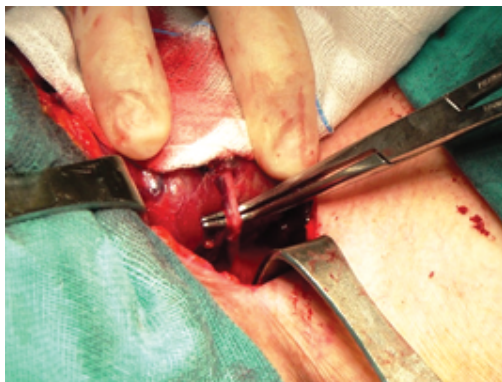


Immagine 2 - Isolamento del peduncolo vascolare tiroideo superiore



Immagine 3 - Legatura del peduncolo vascolare tiroideo superiore

della patologia, l'intervento di elezione è la tiroidectomia totale per i suoi vantaggi in termini di radicalità e di miglior gestione ormonale postoperatoria. Interventi meno estesi possono essere presi in considerazione in casi particolari. L'intervento viene eseguito per via cervicotomica (Immagine 1). Le strutture vascolari vengono isolate e sezionate tra legature a ridosso della ghiandola, preservando le paratiroidi (Immagini 2 e 3), mentre le strutture nervose quali il nervo laringeo inferiore (o ricorrente) e il laringeo superiore devono essere visualizzati e risparmiati al fine di un migliore controllo delle complicanze postoperatorie. A fine intervento (Immagine 4) si posizio-



Immagine 4 - Pezzo operatorio post-tiroidectomia totale

nano in genere due tubi di drenaggio che vengono rimossi in prima giornata postoperatoria, salvo complicazioni. L'intervento può essere condotto con l'uso di moderni dispositivi, come il bisturi a ultrasuoni o radiofrequenza e solo in centri ad alta frequenza con tecnica mininvasiva.

Infine la linfadenectomia profilattica o curativa è un completamento terapeutico riservato ai casi di neoplasia e trova una indicazione a seconda dello stadio della malattia e solo in presenza di istologico positivo. La degenza postoperatoria è in genere di uno - due giorni.

Tra le complicanze possibili la prima in ordine di importanza è la lesione dei nervi laringei, descritta

in letteratura con una frequenza dell'1-2%, se l'intervento è condotto da mani esperte, che può essere transitoria o definitiva. Nell'ottica di un comportamento chirurgico consono alle linee guida nazionali e internazionali, anche nella UO di Patologia Chirurgica verrà a breve utilizzato il monitoraggio intraoperatorio dei nervi laringei (IONM), che impiega elettrodi sulla superficie del tubo endotracheale a contatto con la mucosa delle corde vocali e che permette intraoperatoriamente il controllo strumentale della funzionalità dei nervi stessi, consentendo una notevole riduzione del rischio.

Altre complicanze sono rappresentate dall'emorragia e dall'ipocalcemia. L'emorragia postoperatoria

è un'eventualità potenzialmente fatale e si verifica nella stragrande maggioranza dei casi entro 24 ore dall'intervento. Alcuni autori, in particolare negli Stati Uniti, sostengono che in realtà il rischio di sanguinamento si limita alle prime 6-8 ore ed effettuano interventi di chirurgia tiroidea in regime di "day surgery". L'ipocalcemia è invece la complicanza più frequente e più imprevedibile per momento d'insorgenza e durata, nonché caratterizzata da un'estrema variabilità clinica, potendo essere transitoria o permanente, sintomatica o meno. Le cause di ipocalcemia postoperatoria nella chirurgia tiroidea non sono del tutto chiare. Diverse sono le ipotesi avanzate: a) asportazione accidentale di tessuto paratiroideo, b) danno ischemico da devascularizzazione, c) stupore da manipolazione chirurgica, d) paratiroidi intraparenchimali, e) iperinnocenza di calcitonina, f) emodiluzione, g) hungry bone syndrome. Tra le patologie non neoplastiche il gozzo tiroideo è



Immagine 5 - Esame TC di paziente con gozzo tiroideo immerso

il più frequente e si riscontra nel 5-7% della popolazione mondiale. Il termine gozzo (goiter o goitre per gli anglosassoni) proviene dal latino "tumidum guttur", gola tumida, ed è un termine universalmente accettato, riferendosi alle tumefazioni tiroidee con volume doppio rispetto a quello fisiologico o con un peso superiore a 40 gr. I principi della tecnica operativa rimangono gli stessi anche nella chirurgia del gozzo tiroideo, al netto della linfadenectomia che non è necessaria; accorgimenti aggiuntivi possono essere utili in casi di gozzi molto voluminosi. Di particolare interesse è il management chirurgico del gozzo tiroideo "immerso", cioè di quella lesione che, per eccessivo aumento di volume, si sviluppa dietro lo stretto toracico occupandolo. Alcuni autori identificano l'immersione con il superamento dello stretto toracico superiore, altri con il raggiungimento dell'arco aortico, mentre altri ancora parlano di immersione solo se più del 50% della ghiandola ingrossata si impegna in torace. La mancata univocità di criteri di identificazione e definizione determinano una significativa variazione del dato epidemiologico, influenzato da fattori genetici e ambientali. L'incidenza del gozzo immerso varia dallo 0,02% allo 0,5% nella popolazione generale e le donne ne sono maggiormente colpite, con un rapporto maschi - femmine che varia da 1:2 a 1:3. Il picco di incidenza si colloca tra la V e VII decade di vita.

Dal punto di vista fisiopatologico si distinguono il gozzo primitivo o ectopico e il gozzo



Immagine 6 - Sternotomia parziale per gozzo tiroideo immerso

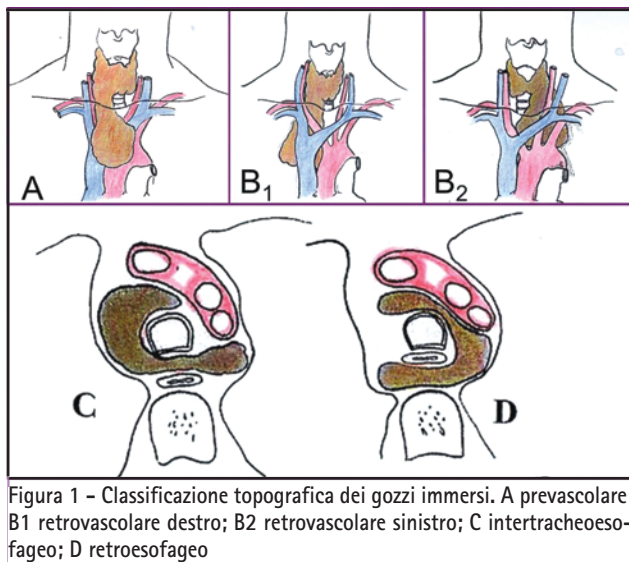


Figura 1 - Classificazione topografica dei gozzi immersi. A prevascolare; B1 retrovascolare destro; B2 retrovascolare sinistro; C intertracheoesofageo; D retroesofageo

secondario o cervicomediastinico. Il primo rappresenta l' 1% dei totali e ha origine disembrionica; il tessuto tiroideo ectopico che si riscontra in mediastino o in torace è espressione di un difetto di migrazione della ghiandola primitiva tra la IIIa e VIIa settimana di gestazione. Si manifesta spesso dopo un intervento di tiroidectomia totale, poiché il tessuto tiroideo silente in precedenza diventa bersaglio degli ormoni ipofisari e va incontro a ipertrofia. Il gozzo secondario invece è l'estensione intratoracica di un gozzo sviluppatosi nel collo, a crescita prevalentemente cervicale o mediastinica alla cui discesa nel torace concorrono diversi meccanismi fisiopatologici: il peso stesso della ghiandola, la pressione intratoracica negativa, i movimenti respiratori e il collo corto in alcuni pazienti, in genere i brachitipi. Il gozzo secondario rappresenta il 99% dei totali. Dal punto di vista topografico il gozzo immerso si distingue in prevascolare e retrovascolare in relazione ai rapporti con i grossi vasi mediastinici (Figura 1). Il retrovascolare si divide a sua volta in intertracheoesofageo e retroesofageo secondo i rapporti che la ghiandola contrae con le strutture anatomiche del mediastino posteriore.

Spesso i pazienti con gozzo immerso sono asintomatici e al 65 - 70% dei casi presentano una tumefazione della tiroide da almeno 10 anni. I sintomi più frequenti sono legati alla compressione esercitata dal gozzo su altre strutture anatomiche del collo: dispnea, disfonia, disfagia, tosse etc. Più rare mani-

festazioni sono: la sindrome della vena cava superiore, la sindrome di Claude - Bernard - Horner, emoftoe, TIA etc.

Per quanto riguarda la diagnostica, la radiografia del torace, l'esame ecografico e la TC del collo sono d'obbligo poiché in grado di definire la diagnosi e gli aspetti anatomico-topografici che interessano il chirurgo in previsione dell'intervento. Classico aspetto iconografico alla TC è la continuità della componente intratoracica della tiroide con quella cervicale, utile per la diagnosi differenziale con altre masse del mediastino anteriore (Immagine 5).

Risulta chiaro dalla nostra esperienza, confortata peraltro dalle numerose pubblicazioni sull'argomento specifico, che la via di accesso preva-

lentemente perseguibile sia quella cervicale. Non è però altrettanto chiaro quale debba essere la via da percorrere per intercettare i gozzi immersi profondamente nel torace e quindi non asportabili attraverso l'accesso cervicale. Le proposte sono tante: sternotomia totale o parziale (Immagine 6), accesso transclavicolare, toracotomia, approcci endoscopici ecc. Le complicanze della chirurgia del gozzo immerso sono sostanzialmente sovrapponibili a quelle della chirurgia del gozzo cervicale. Lesioni dei nervi laringei, ipoparatiroidismo, tracheomalacia, sanguinamento e infezioni rappresentano le problematiche più frequenti.

Lo staff della U.O.C di Patologia Chirurgica, oltre che all'attività assistenziale, si dedica anche ad attività di ricerca, con partecipazione a numerosi progetti scientifici multicentrici locali e nazionali (come per esempio lo studio nazionale sul TIR3 i cui risultati sono stati presentati recentemente al Congresso Nazionale di Endocrinochirurgia tenutosi a Napoli nel giugno di quest'anno) e con la pubblicazione di articoli scientifici in riviste nazionali ed internazionali.

Panagiotis Paliogiannis¹, Ilija Patrizia Pisano¹, Carlo Pala¹, Salvatore Denti¹, Rita Nonnis¹, Antonio Marrosu¹, Pierluigi Tilocca¹, Federico Attene¹, Matteo Walter Ruggiu¹, Fabrizio Scognamillo², Mario Trignano³.

¹Dirigente medico, ²Professore associato, ³Professore ordinario.

Risultati clinici e radiologici

La correzione chirurgica con accesso posteriore delle gravi forme di cifosi toracica di natura osteoporotica

Introduzione

Una grave cifosi toracica si può verificare quando la colonna anteriore disco-somatica diventa strutturalmente insufficiente a sopportare il carico a seguito di multiple e progressive fratture vertebrali di natura osteoporotica. I pazienti con un significativo grado di cifosi tipicamente presentano problemi sia di natura estetica che funzionali legati ai cambiamenti biomeccanici associati alla deformità. L'influenza del bilanciamento e dell'equilibrio vertebrale sulla funzionalità e sulla qualità della vita è ben noto da tempo. Il mal di schiena e la disabilità sono comuni nei pazienti con iper-cifosi toracica; talvolta si possono anche associare sintomi neurologici correlati a una compressione del midollo spi-

di Carlo Doria e Francesco Muresu



nale o a una sua iper-distrazione nel tratto sovrastante alla deformità cifotica. Quando i sintomi legati alla deformità non possono essere gestiti in modo adeguato attraverso la terapia conservativa (ortesi e riabilitazione), potrebbe essere necessaria una correzione chirurgica. In letteratura esiste una notevole varietà di tecniche chirurgiche per la correzione delle defor-

mità. La maggior parte di questi approcci mira alla rettifica delle malformazioni attraverso interventi di artrodesi strumentata, spesso associata a osteotomie vertebrali.

Materiali e metodi

Tra gennaio 2010 e gennaio 2011, 11 pazienti (2 maschi e 9 femmine) con grave cifosi toracica correlata a fratture vertebrali osteoporotiche multi-livello sono stati sottoposti a correzione chirurgica con approccio posteriore; le operazioni sono state eseguite da due differenti chirurghi in due diverse strutture ospedaliere italiane (Sassari e Santorso). Tutti i pazienti avevano una storia di osteoporosi; la loro età media, al momento dell'intervento, era di 62,7 anni (range 56,4-68,5 anni), con un angolo di cifosi $> 70^\circ$ (Fig. 1a, b). In tutti i casi l'apice della cifosi era T5-T6. Tutti i pazienti presentavano mal di schiena, insufficienza statico dinamica della colonna vertebrale, disturbi della ventilazione polmonare e deformità estetiche senza sintomi neurologici legati alla compressione del midollo spinale. In tutti i casi era stato avviato un trattamento conservativo per almeno 12 mesi che si è dimostrato inefficace. Il dolore e la disabilità sono stati valutati utilizzando la VAS (Visual Analogue Scale) e la ODI (Oswestry o Disabilità Index) prima dell'intervento e durante le



Figura 1 - Radiografie antero-posteriore (a) e laterale (b) che mostrano la difformità cifotica del rachide toracico



Figura 2 - TC coronale (a) e sagittale (b) che mostra una grave deformità cifotica del rachide toracico con un significativo aumento dello spazio tra lo sterno e il rachide

visite di follow-up. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a una radiografia di tutto il rachide in ortostatismo prima dell'intervento e a ogni follow-up postoperatorio (3, 6, 12, 24, 36 mesi). La TC è stata eseguita in tutti i pazienti prima e dopo l'intervento chirurgico per valutare la correzione chirurgica della deformità (Fig. 2a, b). La Risonanza Magnetica (RMN) è stata eseguita in 5 casi (Fig. 3). Il bilanciamento sul piano sagittale (sagittal balance) e l'angolo di cifosi sono stati misurati in ogni paziente. Il bilanciamento sul piano sagittale è stato misurato utilizzando il filo a piombo a partire da C7 sulle radiografie effettuate in orto-



Figura 3 - RMN sagittale in T2 della colonna vertebrale toracica che mostra delle fratture vertebrali osteoporotiche su più livelli senza compressione del midollo spinale

statismo nella proiezione laterale. L'angolo di cifosi è stato definito nelle radiografie laterali in ortostatismo tra la prima vertebra morfologicamente normale sopra la deformità e la limitante somatica inferiore della prima vertebra morfologicamente normale sotto la deformità. La lordosi lombare è stata definita come l'angolo tra la limitante somatica superiore di L1 e la limitante somatica superiore di S1 sulle radiografie in piedi in proiezione laterale. La cifosi toracica è stata definita come l'angolo tra la limitante somatica superiore di T1 e la limitante somatica inferiore di T12. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a intervento chirurgico di Osteotomia di Sottrazione Peduncolare (PSO - Pedicle Subtraction Osteotomy) per via posteriore associata ad artrodesi strumentata posteriore dorso-lombare. Dopo anestesia generale, i pazienti sono stati adagiati in posizione prona sul letto operatorio.



Figura 4 - Immagine intraoperatoria che mostra un'ampia decompressione posteriore ottenuta mediante l'utilizzo dell'osteotomo a ultrasuoni

Abbiamo proceduto a scheletrizzazione delle docce paravertebrali fino all'esposizione dei processi trasversi. Abbiamo introdotto delle viti trans-peduncolari implementate da PMMA (Polimetilmetacrilato) per ottenere una maggiore presa sull'osso osteoporotico. Le viti sono state inserite in due o tre segmenti sopra i peduncoli sede di osteotomia con estensione



Figura 5 - L'immagine intraoperatoria mostra il posizionamento delle barre e la manovra per la correzione della deformità

dell'artrosi caudalmente fino al tratto lombare. Dopo aver identificato entrambi i peduncoli da resecare, abbiamo effettuato dei fori attraverso i peduncoli nel corpo vertebrale. Attraverso delle curette abbiamo aumentato le dimensioni dei fori peduncolari. Utilizzando curette angolari, l'osso viene spinto anteriormente nel corpo vertebrale per creare una cavità all'interno delle vertebre. E' stata quindi effettuata un'ampia decompressione posteriore con sacrificio di almeno tre lamine con estensione alle apofisi articolari utilizzando l'osteotomo a ultrasuoni (Fig. 4). Dopo l'assottigliamento della corticale del muro posteriore e di quello laterale si procede a spingere verso il basso all'interno del corpo vertebrale la corticale posteriore del corpo vertebrale. Si posizionano quindi le barre modellate sulla cifosi e, anche mediante l'estensione del letto operatorio, si chiude l'osteotomia serrando i dadi sulle tulip delle viti peduncolari con una correzione ottimale dell'angolo di cifosi (Fig. 5).

Risultati

Dopo l'intervento chirurgico, tutti i pazienti hanno mostrato una buona correzione della cifosi (Fig. 6). L'angolo di cifosi toracica preoperatorio in media era di $83,2^\circ$ ($78,2^\circ$ gamma $-95,3^\circ$). La linea del filo a piombo da C7 preoperatoria in media si è ridotta a 42,7 millimetri anteriormente all'angolo posterosuperiore di S1 (range 34,8-61,3 mm). Le misurazioni radiografiche prima dell'intervento chirurgico sono elencate nella Tabella 1. Dopo l'intervento chirurgico, i pazienti sono stati seguiti per un minimo di 3 anni,

con un follow-up medio di 39,3 mesi (range 36-60 mesi). L'angolo di cifosi si è ridotto a $26,5^\circ$ in media dopo correzione chirurgica, con un tasso di correzione del 70,2% (Fig. 7). Queste modifiche nell'allineamento del rachide passando dal pre-operatorio al post-operatorio sono state statisticamente significative ($p < 0,05$). La linea del filo a piombo da C7 nel

controllo post-operatorio mediamente cade a 5,2 millimetri (range 11,7-3,6 mm) anteriormente all'angolo postero-superiore di S1. Il filo a piombo C7 si è spostato posteriormente da una media di 37,5

millimetri dopo intervento chirurgico; questa era una variazione statisticamente significativa ($p < 0.05$). Il punteggio medio VAS relativo al mal di schiena era pari a 0,9 dopo la correzione chirurgica; questo

TABELLA 1

Misurazioni pre-operatorie e post-operatorie con i relativi dati clinici (Le misurazioni radiografiche e i punteggi VAS / ODI sono stati calcolati in media, con tutti i pazienti inclusi nella media. Abbreviazioni: BS = Before Surgery; FU = follow-up.)

Tempo	Angolo di cifosi (°)	Linea del filo a piombo da C7 (mm)	VAS Score (0-5)	ODI Score (%)
BS	78.2-95.3	34.8-61.3	2.0 ± 2.6	72-88
FU	31.4-20.6	11.7-3.6	0.6 ± 1.1	18-34



Figura 6 - Radiografia post-operatoria in proiezione laterale che mostra una buona correzione della deformità toracica

valore rappresenta un miglioramento del 68,8% rispetto al dolore preoperatorio, anche questo risultato è stato statisticamente significativo ($p < 0.05$). I valori medi pre e post-operatori di VAS e ODI sono elencati nella Tabella 1. In questi casi descritti abbiamo avuto solo una complicanza in un paziente sottoposto a intervento chirurgico per una cifosi T5-T8; tale paziente ha avuto una paraparesi transitoria post-operatoria correlata a una ischemia del midollo spinale secondaria a ipotensione ma ha mostrato un completo recupero già a tre mesi dopo l'intervento chirurgico.

Discussione

Mentre alcuni pazienti con deformità toracica cifotica presentano solo alterazioni di natura estetica, la maggior parte dei pazienti soffre di mal di schiena importante e talvolta presentano sintomi neurologici. Il mal di schiena è in genere legato alla insufficienza meccanica delle vertebre fratturate, al cambiamento del profilo secondario del tratto toracico e del rachide lombare, e a uno squilibrio del bilanciamento sagittale del rachide in toto. I sintomi neurologici possono essere dovuti non solo a una compressione diretta del midollo spinale, ma anche a un eccesso di tensione sul midollo spinale in corrispondenza dell'apice della cifosi.

Diversi studi hanno documentato l'impatto clinico dello squilibrio sagittale. I risultati chirurgici si riferiscono principalmente al miglioramento dell'equilibrio sagittale. I pazienti che hanno fruito di una scarsa correzione sul piano sagittale sono stati meno soddisfatti dei loro risultati chirurgici. L'osteotomia a cuneo con chiusura posteriore, come la PSO, rappresenta la tecnica chirurgica più utilizzata per af-

frontare una cifosi localizzata. Inoltre, l'osteotomia di chiusura diretta potrebbe portare a un eccesso di accorciamento del midollo spinale, aumentando il rischio di lesioni neurologiche iatrogene. Per queste

ragioni, molti autori hanno suggerito che osteotomie di chiusura posteriori dovrebbero essere limitate al trattamento di deformità cifotiche minori di 40°. I pazienti oggetto del nostro studio avevano tutti una grave cifosi superiore a 80°. Le deformità sono state adeguatamente corrette con la PSO. È importante notare, tuttavia, che vi è un rischio sostanziale di complicazioni associate a questa procedura. Abbiamo riportato solo una paraparesi transitoria. I pazienti con una grave cifosi toracica localizzata devono essere trattati con estrema attenzione in quanto hanno un alto rischio di gravi complicanze, tra cui le lesioni neurologiche durante la correzione chirurgica. I risultati radiografici e clinici sono da considerare soddisfacenti in questa serie di pazienti trattati chirurgicamente. Il miglioramento dei sintomi clinici è legato alla adeguata correzione della deformità e al ripristino appropriato dell'equilibrio sagittale. Questo trattamento inoltre sortisce un miglioramento estetico dopo la correzione di questa grave deformità.

Conclusioni

La cifosi toracica grave può essere efficacemente trattata attraverso la chirurgia vertebrale correttiva, e la rettifica delle anomalie può portare a un miglioramento dei sintomi clinici. Possiamo dire che la PSO rappresenta un valido approccio chirurgico per una correzione soddisfacente delle gravi malformazioni cifotiche in pazienti selezionati. Questa chirurgia non è scevra di complicanze, richiede una lunga curva di apprendimento e va effettuata solo da chirurghi vertebrali esperti in centri chirurgici di riferimento.

Carlo Doria è professore associato di malattie dell'apparato locomotore, Università degli studi di Sassari

Francesco Muresu è medico chirurgo, specialista in ortopedia, dirigente medico presso l'Ospedale Marino di Alghero



Figura 7 - TC post-operatorio in scansione sul piano sagittale che mostra una perfetta correzione della deformità toracica cifotica con ripristino dell'angolo di cifosi fisiologica

Proprietà terapeutiche di piante comuni e officinali

Valeriana

di Giovanna Rau

Nome sardo Alba di li Jatti - Ballariana

Famiglia Valerianaceae

Specie Valeriana Officinalis

Cenni storici

La Valeriana è una delle droghe il cui impiego terapeutico risale all'età greco-romana. A Dioscoride si deve la descrizione botanica della pianta mentre Galeno nel suo ricettario consigliava l'uso della valeriana per chi fosse ferito da spada.

Considerata anche erba magica e pianta porta fortuna. L'etimologia della parola valeriana deriva dal latino *valere* = star bene, alludendo alle proprietà medicinali.

Utilizzo

Le radici, di almeno 2 anni di età.

Componenti principali

olio essenziale costituito da acido valerianico, alcaloidi: actinidina, valerina, iridoidi, tannini.

Aspetti botanici e habitat

La valeriana è una pianta erbacea perenne con rizoma sotterraneo di colore giallo-bruno, fusto eretto solcato da scanalature. Ha foglie opposte imparipennate picciolate, dai fiori bianco-rosati disposti in corimbi al termine del fusto.

Cresce in boschi umidi, in prati ombrosi, lungo i ruscelli e a un'altezza di 1400 metri. Non essendo arbusto spontaneo nella nostra Sardegna, è reperibile, alle alte quote del Gennargentu, solo la varietà "Valeriana Montana".

Impiego e uso locale

Della Valeriana, come è stato già detto, si usa la radice. Nella medicina popolare la si utilizza, sotto forma di infuso, come blando tranquillante naturale, per indurre

un sonno ristoratore, attenuare emicranie e dolori addominali. Unitamente al taglio veniva adoperato come rimedio contro le convulsioni epilettiche.

Il preparato più efficace è la tintura madre, usata come sedativo, per l'azione sinergica di diversi principi attivi, in varie forme di nevrosi, nelle turbe della menopausa e insonnia da fattori ansiogeni. La sua azione consiste nel rilassamento della muscolatura del tratto gastrointestinale e pertanto indicata nella cura dei disturbi dello stomaco di origine nervosa, flatulenza e diarrea. L'uso eccessivo e prolungato può produrre assuefazione ed effetti collaterali per cui è consigliabile sospendere la somministrazione dopo 12-15 giorni, con intervalli di 20 giorni. La pianta emana un forte odore, sgradevole e quasi ripugnante. Una curiosità: i gatti sembrano apprezzarla molto, adorano sradicarla, rotolarci in mezzo e masticarla e mostrano segni di eccitabilità sia quando ne sono vicini sia quando la ingeriscono; la stessa eccitazione inte-

gato può produrre assuefazione ed effetti collaterali per cui è consigliabile sospendere la somministrazione dopo 12-15 giorni, con intervalli di 20 giorni. La pianta emana un forte odore, sgradevole e quasi ripugnante. Una curiosità: i gatti sembrano apprezzarla molto, adorano sradicarla, rotolarci in mezzo e masticarla e mostrano segni di eccitabilità sia quando ne sono vicini sia quando la ingeriscono; la stessa eccitazione inte-



ressa anche i topi, ragion per cui viene utilizzata come esca per trappole; anche le api ne vanno ghiotte tanto da aumentare la propria attività; gli apicoltori accorti la inseriscono all'interno degli alveari per impedire l'allontanamento dello sciame.

Timo

Nome sardo Alba barona, armidda, amenta de Santa Maria

Famiglia Labiatae

Specie *Tymus herba barona*

Cenni storici

il *tymus herba barona* è una pianta dalle origini molto antiche e vincolata a un ambiente particolare dalle quote superiori agli 800 metri.

Il nome del genere "tymus" deriva dal greco "thymòs" che indicava il principio della vitalità e il respiro; il termine era attribuito anche alla esalazione di fumo, in quanto rametti di questa essenza altamente aromatica, venivano bruciati durante le funzioni religiose; per estensione significa profumo, quindi pianta profumata.

Utilizzo

l'intera pianta.

Componenti principali

olio essenziale, fenoli rappresentati dal timolo, da carvacrolo e da borneolo, tannini, resine.

Aspetti botanici e habitat

pianta erbacea perenne, diffusa nelle due grandi isole, Sardegna e Corsica, sempre a quote da alta collina.

E' quindi una pianta endemica. In Sardegna la si trova sul Limbara, Marghine, Gennargentu, in luoghi soleggati, formando folti tappeti emananti un profumo particolarmente intenso.

Pianta piccola, ramificata con fusti legnosi, striscianti, dalle foglioline ovali appuntite all'estremità.

I fiori sono viola chiaro disposti all'ascella delle foglie superiori, sono divisi in due labbra, quello superiore pressoché intero, l'inferiore diviso in tre lobi con quattro stami sporgenti.



Impiego e uso locale

il timo erba barona ha le stesse proprietà delle altre specie di timo note come piante medicinali sin dall'antichità e largamente utilizzate dalla medicina egiziana, greca e romana. E' usato nelle terapie delle vie respiratorie sotto forma di infuso o suffumigi nelle tossi catarrali e bronchiali; possiede inoltre proprietà batteriostatiche in virtù del proprio contenuto di timolo. Il timo sardo è legato alle tradizioni gastronomiche, in quanto condimento di elezione per carni e pesce. E' una pianta che gli antichi pastori conoscevano bene perché il bestiame, trasferito sui monti, d'estate, per nuovi freschi pascoli, se ne cibava in maniera lusinghiera, proteggendosi così da diverse malattie infettive e producendo un latte particolare da cui si ricavava un formaggio dall'intenso aroma.

Un tempo veniva confezionato a Tempio un liquore chiamato "Flora de Limbara" e si dice fosse ricavato dal timo, ma oggi, purtroppo, la vecchia ricetta è andata perduta. In alcune zone della Sardegna si usa preparare degli infusi dalle sommità fiorite per disturbi gastroenterici, mentre con il decotto della pianta si curano le infiammazioni della pelle.

Giovanna Rau è biologa e specialista in scienze erboristiche

Specializzandi, specializzazioni e specialità di Sardegna

Grottesco excursus tra futuro insostenibile, sanità futuribile, borse inesistenti e conigli indigesti

Rimembriamo con nostalgia e affetto quei tempi in cui diventare specialista in una branca medica non era solo un privilegio, ma un vero e proprio diritto tutelato, perché quando non erano sufficienti le borse ministeriali si poteva godere di compensazioni da parte delle regioni, non ultima la Sardegna

Per i giovani medici sardi si tratta di un incubo che non smette di tormentare riposi e veglie da più di due anni: il lungo e travagliato sonno della sanità regionale ha inizio in una data precisa, 23 maggio 2013. In quel nefasto giorno, il governo regionale a guida Cappellacci modificò, tramite una variazione inserita nella legge finanziaria, i requisiti che vincolavano le borse regionali di specializzazione ai soli laureati in medicina in atenei sardi, oppure a medici residenti in Sardegna da almeno 6 anni, allargandole a qualunque laureato in medicina, in qualunque ateneo d'Italia che, al momento del concorso, fosse residente in Sardegna (sai che sforzo). In quell'anno, essendo ancora vigente la vecchia modalità di concorso "decentralizzato", non si avvertirono gli effetti della modifica che invece si percepirono nel 2014, con l'avvento del concorso nazionale in cui tutti i neoabilitati d'Italia concorrevano sia per le borse ministeriali che per le borse regionali sarde, ormai prive di vincoli, creando le basi per uno "spopolamento sanitario" futuro della regione.

Tale situazione spinse l'allora Magnifico Rettore dell'Ateneo Turritano, prof. Attilio Mastino, a portare il problema all'attenzione del neoeletto presidente Pigliaru e dell'assessore alla sanità Luigi Arru, con la richiesta di intervenire ripristinando il vincolo sulle borse regionali. Purtroppo nulla accadde e quelle borse furono vinte da medici provenienti, in buona parte, dalla Penisola, con l'ulteriore paradosso di ritrovarsi con scuole di specializzazione completamente prive di sardi. Non ci fraintendano i lettori, lungi da noi stigmatizzare o scagliarci contro i colleghi del "continente"; il problema che si prospettava era assai lontano da banali campanilismi regionali: se si fosse proseguito in questa strada, la regione

Sardegna avrebbe visto, nell'arco di 10 anni, un esercito di specializzati nell'Isola tornare, col titolo, alle proprie terre d'origine, lasciando la nostra regione priva di essenziali figure professionali specializzate di cui, già oggi, c'è carenza. Iniziò quindi una battaglia politico-istituzionale che, dopo tante e importanti difficoltà, ebbe il suo epilogo lo scorso 5 maggio con l'approvazione della legge regionale 126 che ripristinava i vincoli di residenza o conseguimento della laurea in uno dei due Atenei sardi. 5 maggio ... tutto finito, i colleghi neoabilitati avrebbero dovuto festeggiare. Ma come ci insegna l'eccezionale Manzoni "Ei fu ..." non è l'incipit di una allegra celebrazione al trionfo della giustizia. Il 5 maggio il Manzoni piangeva ... e 194 anni dopo hanno iniziato a piangere anche i giovani medici sardi. Quel 5 maggio 2015, tutti abbiamo tirato un sospiro di sollievo, pensando che il peggio fosse passato. Ma non è stato così, perché il governo della Regione Sardegna, per la prima volta dal 2005, ha deciso di non finanziare neanche una borsa, in barba alle dichiarazioni dell'assessore Arru che, nel numero di marzo 2015 del bollettino dell'Ordine dei Medici di Cagliari dichiarava: *"Quest'anno ho preso l'impegno con i ragazzi di chiedere la peculiarità della residenza in Sardegna nel nuovo bando"*, annunciando in maniera implicita ma assolutamente inequivocabile che ci sarebbe stato, anche per il 2015, un bando comprendente le borse di specializzazione a finanziamento regionale ma, come tutti (ahinoi) sappiamo, così non è.

Sono state chieste, per tutte le vie possibili, stampa compresa, le spiegazioni di questo originalissimo gesto, ma le risposte sono state eufemisticamente fuori luogo e tragicomicamente fuori tema. Il primo coniglio tolto dal cilindro è il famoso milione di euro: viene fuori, qualche giorno dopo i primi timidi annunci, che in realtà si tratta di fondi da utilizzare non per finanziare un fortunato primo anno di scuola ma per introdurre dei tirocini retribuiti per neoabilitati rimasti a spasso... una sorta d'elemosina

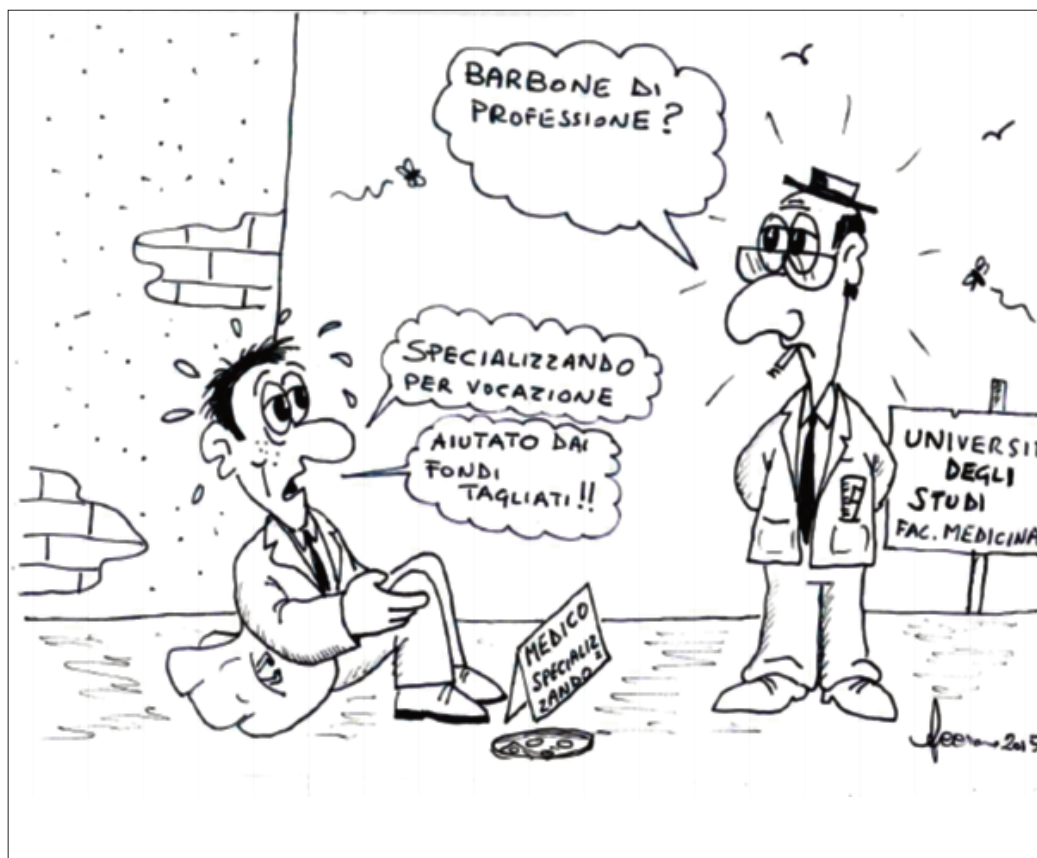
non richiesta e non voluta, una assurdità, in quanto istituzionalmente niente ha a che fare con una scuola di specializzazione. Il primo coniglio viene abbattuto e diventa un bellissimo collo di lapin. Il secondo coniglio salta fuori dalla berritta dell'assessore Arru: a bando chiuso, l'onorevole collega chiede 25 borse in più al Ministero.

A Roma abbattono il secondo coniglio, lo mettono a marinare "cor vino de li castelli" e se lo fanno alla cacciatora. Il terzo coniglio l'ha tirato fuori l'assessore alla programmazione dott. Paci; peccato che l'abbia tirato fuori morto e condito con parole lusinghiere come: "... i nostri laureati in medicina non riescono a entrare nelle graduatorie nazionali ..." (Unione Sarda, 12 giugno 2015). Purtroppo questo coniglio ce lo siamo dovuto ingoiare noi e, oltre ad aver lasciato nelle nostre bocche il sapore amaro della consapevolezza d'esser governati da chi neppure si rende conto che le parole lasciate andare nei

nostri confronti non esprimono certamente la lungimiranza che un politico di alto livello, come un assessore regionale, dovrebbe avere, ci ha causato una gran pesantezza di stomaco. Ma d'altronde, perché ciò dovrebbe interessare al governo regionale? In fondo abbiamo un intero anno accademico per digerire. Nel frattempo ci auguriamo, per il bando 2016, di non trovarci ad affrontare una nuova nidata di conigli, ma un concorso sereno con borse ministeriali e regionali, nella speranza che Nostro Signore doni alla classe dirigente la capacità di assumersi le proprie responsabilità e la capacità di guardare, temporalmente parlando, oltre la punta del proprio naso (ma soprattutto oltre la fine di almeno due o tre legislature).

Federico Giorico è medico chirurgo, specializzando in medicina legale

Giacomo Flore è medico chirurgo



La vignetta è di Carlo Marcello Acciari

Le malattie orali della pratica odontoiatrica

Il 17 Ottobre si terrà presso l'Hotel Grazia Deledda un convegno organizzato dall'Ordine dei Medici di Sassari dal titolo "Le malattie orali nella pratica odontoiatrica". Il corso, tenuto da Giuseppe Ficarra, avrà inizio alle 09:00, terminerà alle ore 18:00 e sarà costituito da una parte teorica e da una parte pratica.

Gli argomenti saranno incentrati sulle alterazioni patologiche osservabili all'interno del cavo orale, con particolare enfasi sulla prevenzione e diagnosi precoce del carcinoma orale, fino ad arrivare alla sindrome della bocca urente. La giornata di approfondimento, organizzata in collaborazione con l'AIO e l'ANDI, sarà accreditata con 7 E.C.M.

Giuseppe Ficarra è laureato in Medicina e Chirurgia e specializzato in Oncologia presso l'Università di Padova.

Dopo varie esperienze negli Stati Uniti a San Francisco, Houston, Los Angeles, attualmente è Responsabile del Centro di Riferimento per lo Studio delle Malattie Orali dell'AUOC Careggi, nonché docente di Patologia Odonto-stomatologica nel Corso di Laurea in Odontoiatria.



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della provincia di Sassari

CORSO TEORICO-PRATICO

Le malattie orali nella pratica odontoiatrica

Dr. Giuseppe Ficarra



Programma della giornata

(Ore 9-18)

- Nozioni di anatomia funzionale
- Pseudopatologia e traumi
- Diagnosi dei precursori del carcinoma orale
- Le infezioni della mucosa orale (virus, HIV, batteri e funghi)
- Le malattie orali infiammatorie e autoimmuni
- Le macchie scure pigmentate della mucosa orale: cosa possono essere?
- La sindrome della bocca urente
- La diagnosi differenziale delle tumefazioni delle parti molli orali

Presentazione libro "La relazione assoluta l'11/9 nella sede dell'Ordine dei medici

Si terrà, in data venerdì 11 Settembre, alle ore 18, presso la sede dell'Ordine dei Medici di Sassari, la presentazione, a cura di Fabrizio Demartis, del libro "La relazione assoluta" di Giancarlo Pintus e Maria Vittoria Crolle Santi. Gli autori della pubblicazione verranno introdotti dal Vice-presidente Francesco Pio Scanu e dal Segretario Giovanni Biddau, e durante l'incontro verranno somministrati importanti aggiornamenti teorico-pratici, utili nel lavoro clinico sulle dipendenze patologiche.



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di SASSARI

**Seminario di
presentazione del volume**

La Relazione Assoluta

**Psicoterapia della Gestalt
e dipendenze patologiche**

**a cura di Giancarlo Pintus
Maria Vittoria Crolle Santi
Aracne 2014**

**Introduzione
Dr. Giovanni Biddau**

**Presentazione
Dr. Fabrizio Demaria**

**Interventi dei curatori
Dr. Giancarlo Pintus
Dr.ssa M. Vittoria Crolle Santi**

**11 Settembre 2015, ore 18.00
Sede Ordine Dei Medici
Via Cavour, 71B - Sassari**



Cancellazione per morosità e reinscrizione all'Albo: cambia la norma per gli extracomunitari

Comunicazione n°43 - Il Ministero della Salute, nel rispondere a una richiesta di chiarimento effettuata dall'Ordine di Parma, in merito alla validità del decreto di riconoscimento di un titolo di studio conseguito in un Paese non comunitario, introduce una modifica alla posizione finora assunta dalla Federazione. Il caso specifico riguardava un medico, cittadino iracheno rifugiato politico in Italia, in possesso di un titolo di studio non comunitario, il quale, avendo ottenuto il relativo decreto di riconoscimento dal Ministero nel 2009, chiedeva e otteneva l'iscrizione all'Albo nello stesso anno. A seguito di cancellazione dall'Albo nel 2013 per irreperibilità e morosità, il medico chiedeva di essere iscritto nuovamente nel 2015: l'Ordine inoltrava, così, apposita richiesta al Ministero al fine di chiarire se il medico dovesse, ai fini della nuova iscrizione al medesimo Ordine, produrre una nuova istanza di riconoscimento del proprio titolo di studio, come finora recepito da questa Federazione, alla luce di quanto disposto dall'art. 50, comma 8-bis, del D.P.R. 394/99 secondo cui, entro due anni dalla data di rilascio del decreto di riconoscimento, il professionista deve iscriversi al relativo albo professionale; in caso contrario, il decreto di riconoscimento perde efficacia. Il Ministero della Salute ha stabilito che il decreto di riconoscimento, indipendentemente dalla circostanza che il sanitario sia stato in un secondo momento cancellato dall'Ordine, non perde la sua efficacia qualora il professionista abbia effettuato una prima iscrizione all'Ordine entro due anni dal rilascio del decreto stesso.

Termini processuali e sospensione feriale: ulteriori modifiche

Comunicazione n°44 - Come noto, il Decreto Legge 12 settembre 2014, n. 132 recante "Misure urgenti di degiurisdizionalizzazione e altri interventi per la definizione dell'arretrato in materia di processo civile", convertito con emendamenti dalla Legge 10 novembre 2014, n. 162, tra le varie correzioni introdotte in materia di razionalizzazione del processo

civile, ha modificato la durata della cosiddetta "sospensione feriale dei termini processuali".

In sostanza, per la prima volta a partire dal 1969, i termini della sospensione feriale sono stati rettificati da una precisa disposizione di legge che li riduce di circa un terzo rispetto a prima.

Essendo il giudizio innanzi alla CCEPS di natura amministrativa e, quindi, rientrante nella normativa del 1969 in materia di sospensione feriale, è pacifico che la stessa interruzione temporanea dei termini processuali trova applicazione nei ricorsi promossi dal sanitario, dal Ministro della Salute e dal Procuratore della Repubblica competente per territorio avverso le decisioni delle Commissioni ordinarie, ai sensi dell'art. 53 del D.P.R. 221/1950, in particolare, per quanto concerne il conteggio del termine di trenta giorni previsto dallo stesso art. 53 per la proposizione del ricorso alla CCEPS. Esemplificando, se il decorso del termine ha inizio anteriormente al 1° agosto, ad esempio il 20 luglio, trascorsi i primi 11 giorni, lo stesso riprenderà a decorrere dal 1° settembre senza togliere valore al periodo già trascorso che andrà sommato a quello successivo, di 19 giorni. Pertanto, il termine per proporre ricorso scadrà il 19 settembre. La sospensione feriale va, infatti, paragonata a una parentesi temporale di 31 giorni durante la quale i termini processuali si interrompono.

Di conseguenza, se il decorso del termine inizia durante il periodo di sospensione feriale (1 - 31 agosto) i trenta giorni inizieranno a partire dal 1° settembre.

Dossier Sanitario elettronico, le novità

Comunicazione n°45 - Sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 164 del 17 luglio 2015 è stato pubblicato il provvedimento 4 giugno 2015 del Garante per la protezione dei dati personali recante "Linee guida in materia di Dossier sanitario". Il dossier sanitario elettronico è lo strumento, costituito presso un'unica struttura sanitaria, che raccoglie informazioni sulla salute di un paziente al fine di documentarne la storia clinica presso quella singola struttura e offrirgli un migliore processo di cura; di fatto costituisce l'insieme dei dati personali generati da eventi clinici presenti e trascorsi riguardanti l'interessato, messi in condivisione logica dai professionisti sanitari che lo assistono. Si differenzia dal

fascicolo sanitario elettronico, in cui invece confluisce l'intera storia clinica di una persona, generata da più strutture sanitarie. I pazienti potranno decidere se far costituire o meno il dossier sanitario: in assenza del consenso il medico avrà a disposizione solo le informazioni rese in precedenza o al momento dal paziente allo stesso professionista.

La mancanza del consenso non deve incidere minimamente sulla possibilità di accedere alle cure richieste. Per poter inserire nel dossier informazioni particolarmente delicate (infezioni Hiv, interventi di interruzione volontaria della gravidanza, dati relativi ad atti di violenza sessuale o pedofilia) sarà necessario un consenso specifico.

I dati sulla salute dovranno essere separati dagli altri dati personali e dovranno essere individuati criteri per la cifratura dei dati sensibili; inoltre l'accesso al dossier sarà consentito solo al personale sanitario coinvolto nella cura: ogni accesso e ogni operazione effettuata saranno tracciati e registrati automaticamente in appositi file di log che la struttura dovrà conservare per almeno 24 mesi. Eventuali violazioni di dati o incidenti informatici dovranno essere comunicati all'Autorità, entro quarantotto ore dalla conoscenza del fatto, attraverso un modulo predisposto dal Garante all'indirizzo: databreach.dossier@pec.gpdp.it.

Nuovi fondi per formazione e aggiornamento

Comunicazione n°46 - La FNOMCeO ha inserito nel Bilancio di previsione 2015 un apposito stanziamento, incrementato rispetto al 2014, dedicato all'attivazione di specifiche iniziative riguardanti i temi della cooperazione internazionale, della salute globale e della tutela della salute nei Paesi in Via di Sviluppo. Viene quindi riproposto il Regolamento FNOMCeO per il sostegno a iniziative per la formazione e l'aggiornamento di medici e odontoiatri da inviare nei Paesi in via di sviluppo, che definisce le modalità di presentazione da parte di Associazioni di volontariato e altre realtà associative, di progetti da realizzarsi entro il 2015, al fine di concorrere all'erogazione di contributi economici della FNOMCeO. I progetti potranno riguardare:

- corsi di formazione e aggiornamento per medici e odontoiatri da inviare nei Paesi in Via di Sviluppo, volti ad un refreshing formativo professionale e

a fornire elementi sui sistemi e servizi sanitari del Paese sede del periodo di attività;

- l'invio di medici e odontoiatri, per un periodo da un mese a un massimo di tre mesi, per un'attività professionale sul campo anche attraverso l'inserimento in strutture ospedaliere o, comunque, presenti sul territorio.

Le Associazioni di volontariato e le altre realtà associative interessate potranno far pervenire all'Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri relativo alla loro ubicazione nel territorio, il progetto e la relativa documentazione con le modalità e la tempistica stabilite dal citato Regolamento, per concorrere all'erogazione del contributo FNOMCeO. L'Ordine provinciale dei medici chirurghi esaminerà le richieste secondo le modalità previste dal regolamento e invierà tutta la documentazione alla Commissione di valutazione FNOMCeO, la quale procederà, sulla base dei criteri previsti nel Regolamento, all'esame dei progetti pervenuti e all'attribuzione dei punteggi al fine della predisposizione della graduatoria finale per l'erogazione dei contributi. Tale graduatoria sarà pubblicata sul sito della FNOMCeO. Per maggiori informazioni e relativa documentazione consultare la pagina <http://www.fnomceo.it/fnomceo/showArticolo.2puntOT?id=135330>.

Trasmissione dati spesa sanitaria

Comunicazione n°47 - È stato pubblicato in questi giorni il provvedimento del direttore dell'Agenzia delle Entrate che definisce le modalità di utilizzo dei dati relativi alle spese sanitarie dei contribuenti italiani che potranno essere utilizzati a partire dal 2016 per il 730 precompilato, all'interno delle quali vengono recepite le indicazioni del Garante della Privacy a tutela dei cittadini e la possibilità che questi hanno di opporsi all'utilizzo di questi dati.

L'ultimo incontro fra FNOMCeO e Ministeri interessati, svoltosi il 15 Maggio 2015, ha individuato la seguente tempistica:

1. trasmissione del sistema TS degli elenchi dei medici iscritti agli ordini provinciali entro il 30/06/2015;
2. individuazione di una Regione pilota per verifica delle modalità di trasmissione dei dati di spesa sanitaria entro il 31/07/2015;

3. presentazione delle deleghe da parte dei soggetti terzi individuati dai medici entro il 30/09/2015;
4. avvio della trasmissione dei dati dal 16/10/2015. Ancora non è possibile individuare lo stato delle cose e se le tempistiche siano state rispettate, ma a settembre la FNOMCeO incontrerà nuovamente i Ministeri e le Agenzie interessate per definire le modalità: di coinvolgimento dei professionisti, di delega, di attribuzione delle credenziali di accesso al sistema, di conferimento degli elenchi degli iscritti agli albi da parte della FNOMCeO.

Convegno FNOMCeO

La FNOMCeO ha organizzato, per sabato 10 ottobre 2015 a Milano, presso il Palazzo Reale, un Convegno Nazionale sul tema "L'Alimentazione e gli stili di vita nell'Alleanza terapeutica e nella Promozione della Salute". La giornata di approfondimento congressuale vuole inserirsi all'interno delle iniziative attivate dalla Esposizione Mondiale 2015 attualmente in svolgimento a Milano, EXPO 2015, il cui tema "Nutrire il Pianeta - energia per la vita" costituisce una cornice di ragionamento che ben comprende il focus che la FNOMCeO intende affrontare.

Saranno trattati temi che spaziano dalla storia della medicina, alla prevenzione, all'igiene, al rapporto tra patologie del cavo orale e alimentazione, con uno sguardo alle nuove tecnologie alimentari e ai potenziali benefici che da queste possono derivare. Il convegno è in fase di accreditamento ECM per medici chirurghi e per odontoiatri.

Accessi alla facoltà di Odontoiatria: il parere del presidente della CAO Nazionale Giuseppe Renzo

"Il MIUR, con apposito decreto, ha stabilito il numero dei posti per l'accesso ai corsi di laurea in Odontoiatria e protesi dentaria per l'anno accademico 2015/2016.

Non posso esimermi dal commentare che l'unico aspetto positivo è una diminuzione dei posti a disposizione, la cui necessità era stata più volte evidenziata dai rappresentanti ordinistici della professione odontoiatrica. Questa diminuzione, peraltro non particolarmente rilevante, poteva avere un senso 5 anni fa, prima dell'apertura generalizzata dell'accesso alle facoltà a causa di "errori" nell'emanazione

dei bandi, sfruttati per la richiesta ai TAR di riammissione in massa.

In questa situazione di grande confusione, in cui qualsiasi logica di programmazione all'accesso viene vanificata dagli interventi della magistratura amministrativa, anche per colpa di un'innegabile superficialità nella predisposizione dei bandi di concorso, i nostri giovani sono disorientati, e sempre più vengono indotti a percorrere la strada che porta alla frequenza di corsi di laurea in paesi comunitari; le loro famiglie sono, inoltre, costrette a versare rilevanti somme alle Università straniere, contribuendo a formare una classe di possessori di titolo di studio ad alto valore teorico ma di nessun impatto effettivo per l'ingresso nel mercato del lavoro.

Resta notevole perplessità la ripartizione dei posti fra i vari corsi di laurea, che sembra ancora una volta dettata dal soddisfacimento di aspettative basate sull'individuazione di capacità formative teoriche ed autoreferenziali. Ancora una volta sembra prevalere nuovamente l'interesse dei docenti rispetto a quello dei discenti, e continua a mancare una programmazione dei fabbisogni sul territorio nazionale.

Il Ministero della Salute, in accordo con le Regioni, in occasione della rituale riunione annuale, ha giustamente "imposto" il rispetto dei cosiddetti fabbisogni richiedendo perciò una riduzione sensibile dei posti da bandire con la programmazione, ma il Miur, che dovrebbe vigilare sui corsi di laurea, nella realtà non ha posto in essere alcuna azione seria di verifica: inoltre non pare che il sistema di controllo dell'ANVUR (Agenzia Nazionale di Valutazione del Sistema Universitario e della Ricerca) sia stato effettivamente attivato.

È stato inoltre attivato dal MIUR un nuovo corso di laurea in odontoiatria nell'Ateneo di Salerno dopo il via libera dato dallo stesso ANVUR e nonostante il parere contrario della Conferenza Permanente Presidenti dei Corsi di Laurea Magistrali di Odontoiatria. "È necessario sottolineare che durante le riunioni dello specifico tavolo, peraltro di dubbia utilità - che vede riuniti i rappresentanti dei Ministeri, delle Regioni e degli Ordini professionali - i rappresentanti ordinistici dell'odontoiatria avevano confermato il fabbisogno odontoiatrico pari a zero, non avendo il laureato in Odontoiatria sbocchi occupazionali se non in attività libero professionali.

La pletera e la devastazione di una professione interessa pochi universitari e, al contrario, lo spirito

di conservazione e perpetuazione di cattedre e insegnamenti accompagna il vivere quotidiano di molti di essi. Viene quindi da noi ribadita l'assoluta necessità di intervenire, suggerendo un anno di "fermo biologico" per attuare, attraverso le opportune verifiche, un vero, serio e incisivo controllo sulle effettive potenzialità strutturali e di personale docente, nei vari corsi di laurea.

Continueremo nella nostra opera di "denuncia" e di moral suasion per dare, finalmente, concrete risposte ai nostri giovani che devono vedersi garantiti da un lato il sacrosanto diritto allo studio e dall'altro il diritto ancora più importante a uno sbocco occupazionale e a una effettiva possibilità di esercitare in futuro la professione odontoiatrica."



Delibera Regionale per l'agopuntura

L'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale riferisce alla Giunta regionale che il decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281 affida alla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune.

Nella seduta del 7 Febbraio del 2013, la Conferenza Stato-Regioni ha approvato l'accordo concernente i criteri e le modalità per la formazione e il relativo esercizio dell'agopuntura, della fitoterapia e dell'omeopatia da parte dei medici chirurghi, degli odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti.

La Giunta regionale, su proposta dell'Assessore

dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, visto il parere favorevole di legittimità del Direttore generale della Sanità, ha deliberato di recepire l'Accordo Stato-Regioni concernente i criteri e le modalità per la formazione e il relativo esercizio dell'agopuntura, della fitoterapia e dell'omeopatia da parte dei medici chirurghi, degli odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti, e di dare attuazione all'Accordo, secondo le indicazioni fornite dal Ministero della Salute agli Assessori della Sanità delle Regioni e delle Province Autonome.

Prelievo multi-organo a Sassari. Arru: "Sistema efficiente nonostante festività"

Weekend di Ferragosto impegnativo per il sistema trapianti della Sardegna: un prelievo multiplo di organi è stato eseguito all'ospedale Civile di Sassari in seguito al decesso di una donna di 39 anni di Sorso, morta per emorragia cerebrale. Gli organi (pancreas, fegato e reni) sono stati poi trapiantati all'ospedale Brotzu di Cagliari. L'intervento è stato eseguito nel reparto Rianimazione e Terapia Intensiva diretto dal professor Guglielmo Padua. A coordinare il prelievo sono stati la dottoressa Stefania Milia e il dottor Luigi Solinas. Gli organi sono stati poi trasferiti a Cagliari con un elicottero dei Vigili del Fuoco attraverso il coordinamento dell'elisoccorso del 118. All'ospedale Brotzu, intanto, erano già state allestite le sale operatorie per permettere il trapianto degli organi su quattro persone selezionate e ricoverate nella serata precedente.

"Per prima cosa voglio sottolineare la generosità dei familiari della donatrice - ha dichiarato l'assessore alla Sanità Luigi Arru - è un gesto esemplare e da mettere in evidenza perché, grazie alla donazione degli organi, oggi possiamo dire di aver salvato quattro vite umane. In secondo luogo, è doveroso rimarcare la grande professionalità dei medici, degli infermieri e di tutti i reparti degli ospedali sassaresi che hanno lavorato in un giorno di festa, dopo ferragosto, garantendo la perfetta riuscita del prelievo multi-organo.

Disponibilità ed esperienza che sono di casa anche al Brotzu, che si conferma centro di altissima professionalità in fatto di trapianti. Il sistema sanitario sardo - ha detto l'assessore Arru - ha dimostrato di essere efficiente anche nel periodo festivo: questo è segno di organizzazione e di competenza.

Speriamo che l'evento di oggi sia d'esempio e possa garantire davvero una ripresa delle donazioni. Stiamo lavorando perché la cultura della donazione non venga mai meno e confidiamo nella sensibilità e solidarietà sociale della popolazione sarda".

Giunta approva linee indirizzo su sicurezza in chirurgia. Arru: "Check list sarà strumento guida come in aviazione"

Via libera dall'Esecutivo regionale alle Linee di indirizzo per la sicurezza in chirurgia. Rispetto alla check list prevista dal Ministero della Salute la Regione Sardegna ha disegnato un percorso di sicurezza più ampio, che accompagna il paziente chirurgico dal momento in cui lascia il reparto al suo ritorno dopo l'intervento. "In sala operatoria il chirurgo opererà come un pilota dell'aviazione civile.

La check list sarà il metodo di sicurezza utilizzato in sanità per la verifica di tutte le attività chirurgiche, così come avviene nel mondo dell'aviazione" ha commentato l'assessore regionale alla Sanità, Luigi Arru.

Le linee guida prevedono uno studiato percorso di sicurezza per il paziente chirurgico, da realizzarsi negli ospedali del territorio.

Attraverso lo strumento della check list operatoria si garantisce la sicurezza della persona che si sottopone a intervento chirurgico, grazie alla diffusione a tutto il team di sala operatoria (chirurghi, anestesista, infermiere strumentista, infermiere di anestesia, medici in formazione, tecnici, personale ausiliario) delle informazioni riguardanti il paziente e la procedura chirurgica, limitando così al massimo il margine di errore, esattamente come già da anni avviene nell'aviazione. Alla realizzazione di questo percorso hanno collaborato direttori sanitari, chirurghi, anestesisti, infermieri e risk manager provenienti dalle aziende sanitarie sarde che in prima linea sono coinvolti nelle complesse attività chirurgiche, con la partecipazione anche di un pilota dell'aviazione civile esperto nell'utilizzo delle check list.

La Giunta regionale ha disposto misure per blocco turnover in sanità

Turnover al 50% per i medici e al 20% per il comparto sanitario, professionale e per gli Oss. Blocco totale per il personale tecnico-amministrativo e blocco di tutte quelle tipologie di reclutamento ex

novo di personale che comportino un incremento di spesa. "Finché non sarà completato il processo di riforma si deve intervenire su una delle voci di costo che influisce maggiormente sulla spesa complessiva del settore ha commentato l'assessore alla Sanità Luigi Arru. La delibera nel dettaglio prevede il blocco parziale del turnover del personale dirigenziale dipendente o con altro rapporto di lavoro, consentendo la copertura dei posti nel limite del solo 50%, per alcune discipline mediche quali: medicina interna, pediatria, psichiatria, chirurgia generale, ginecologia ed ostetricia, anestesia e rianimazione ed igiene epidemiologia e sanità pubblica, per le quali il numero dei pensionamenti previsto per il prossimo quinquennio determinerebbe il rischio di pregiudizio del mantenimento dei livelli essenziali di assistenza; il divieto di acquisizioni di personale tramite mobilità intercompartimentali, mobilità interaziendale e extraregionali in entrata nell'ambito del comparto sanità, dell'area SPTA e dell'area medica e veterinaria, ad esclusione della mobilità pre-concorsuale nei limiti dei precedenti punti 1 e 2 o autorizzata in deroga. La Regione, nella delibera, blocca anche tutte le tipologie di reclutamento ex novo di personale, che comportino un incremento di spesa a carico del SSR, come le assunzioni a tempo determinato e indeterminato, ivi compresi i conferimenti di nuovi incarichi di direzione di Unità operative complesse e semplici dipartimentali, di Dipartimento e di Distretto; i conferimenti di incarichi a tempo determinato ed art.15 D.lgs n.502/92; le assunzioni a tempo determinato per la sostituzione di personale assente a vario titolo, qualora tali assunzioni comportino nuovi o maggiori oneri; il conferimento di incarichi ex art. 7, comma 6 D.Lgs 165/2011, nonchè tutte le altre forme di lavoro flessibile, ad esclusione di quelli finanziati con risorse finalizzate. Fermo anche per i medici specialisti ambulatoriali che, in assenza di autorizzazione dell'Assessorato competente, non possono attivare e mettere a bando nuovi turni per ore di attività, ampliare i turni in atto o ricoprire turni divenuti vacanti, fatte salve motivate esigenze adeguatamente documentate, connesse al mantenimento dei livelli essenziali di assistenza. Divieto anche per le acquisizioni outsourcing di servizi finalizzati all'espletamento di funzioni istituzionali che possono configurarsi come elusive del blocco delle assunzioni: le aziende devono richiedere apposita autorizzazione, al fine di verificarne la compatibilità.

M.A.I.

L'Isola che c'è

Giave, l'antica storia dell'altopiano logudorese

Sulla sommità di un tavolato basaltico di 640 metri, posto tra l'altipiano di Campeda, il Monteacuto e il Sassarese, sorge Giave. Il comune fa parte del Meilogu, "terra di mezzo", sub-area del Logudoro, vasto territorio centro settentrionale sovrapponibile a quello che, nel medioevo, costituiva l'antico Giudicato di Torres. Il nome, Tzàve in sardo, attestato a partire dal 1341 nelle forme Jaffes e Jafes, è ancora di etimologia incerta, forse riconducibile al toponimo punico Hafa, citato nell'itinerarium Antonini come quarta *statio* ("luogo di sosta") lungo la via *a Tibulas Caralis*, strada centrale longitudinale che divideva in due *l'Insula Sarda* per collegare il capo settentrionale a quello meridionale. Diversi sono gli alti colli che gli fan da corolla, tra cui Ammoradu, Plana Roccaforte, Traesu, Cherchedu, Maggiore, Pizzinnu, Figuini, Annaru; quest'ultimo, riconoscibile da lontano per le sue regolari pendici, è un edificio vulcanico di origine quaternaria, che conserva un'ampia caldera di 100 metri di diametro che, nei mesi invernali, si riempie di acqua a formare un incantevole laghetto. A seguito delle sue numerose eruzioni, databili tra l'oligocene e il pleistocene, ebbe

origine il basamento su cui poggia il paese e, a conferma della particolare natura vulcanica del territorio, si staglia, isolata sulla pianura sottostante, denominata valle dei Nuraghi a nord-est e Campu Giavesu a sud-ovest, la particolare e suggestiva rocca "La Pedra Mendalza" (melanzana). Questa è un monolite di rara bellezza di 100 metri di altezza, che rappresenta un esempio spettacolare di blocco di magma solidificato all'interno di un antico condotto vulcanico, affiorato, in tempi più recenti, grazie all'azione erosiva degli elementi; nella terminologia tecnica dei geologi è chiamato *neck*, originatosi dalla precedente presenza di un vulcano ostruito e poi spentosi. A essa sono legate diverse leggende tra cui quella che vede partire da questo luogo misterioso "le fate", per poi percorrere una striscia naturale di basalto incastonato nel calcare, per chiedere in giro un po' di fuoco allo scopo di purificare le genti. Grazie alla fecondità dei suoli la zona di Giave fu intensamente abitata sin dalla preistoria, trovandosi nei pressi della Valle dei Nuraghi, una delle regioni d'Europa più ricche di testimonianze della civiltà neolitica: storia antichissima riportata peraltro nella

carta di distribuzione insulare degli ipogei funerari del neolitico recente; in essa è segnalata la massima densità proprio a Giave dove sono state censite ben 51 *domus de Janas*, "Case delle Fate", alcune isolate, altre raggruppate in necropoli. Presso Riu Mulinu e in località Santu Ainzu, ricavate su fasce di parete rocciosa, sono prevalentemente monocellulari, alcune precedute da un *dromos* di accesso; a Rughedda una unica tomba



Panoramica con la Rocca Pedra Mendalza (foto di Marco Falchi)

dalla ampia apertura e a Figuni un po' più complessa, pluricellulare con portello d'ingresso, anticella e colonna centrale. Di epoca successiva, il dolmen "Su Crastu pentultu", ipogeo edificato all'aria aperta e la tomba dei giganti "Madroncula", sepolcra a corridoio del tipo isodomico, dalle parti uguali e simmetriche e ben rifinita architettonicamente, riconducibile alla fase finale del bronzo. Non mancano certo i nuraghi, monumenti dell'età del bronzo, come il noto nuraghe Oes: lo si raggiunge dalla stazione ferroviaria di Torralba procedendo a piedi per 700 metri lungo la linea ferroviaria. Sorge nella piana di Campu Giavesu, in prossimità del corso del Riu Mannu: la torre principale, che contiene un'unica camera a tholos suddivisa in tre ambienti, è impreziosita da un bastione bilobato a due livelli che racchiude due torri secondarie e un cortile. Merita di essere visitato per lo stato ottimale di conservazione e per le numerose nicchie interne e camminamenti a scala elicoidale. Ma furono i Romani il primo popolo forestiero a colonizzare realmente la zona, creandovi la biforcazione della strada che congiungeva Caralis (Cagliari) a Turrus (Porto Torres) da una parte e a Olbia dall'altra, e insediandovi varie legioni in difesa degli attacchi dalle tribù nuragiche non romanizzate. Successivamente, durante il governo del giudicato di Torres la popolazione visse un relativo benessere economico, che si interruppe quando la Sardegna cadde sotto l'orbita di influenza spagnola. Il sistema di oppressione del feudalesimo tra il XIV ed il XVIII secolo raggiunse, nella curatoria cui apparteneva Giave, i massimi livelli di oscurantismo e disumanità, con imposizioni di corvée e decime. La situazione non migliorò nel passaggio alla dominazione dei Savoia. Solo dopo la nascita dello Stato italiano finalmente Giave ritrovò un periodo di relativo progresso civile ed economico, grazie allo sviluppo delle reti ferroviaria e alla costruzione di una frequentatissima stazione a valle, inaugurata nel 1878 dalla compagnia Reale delle ferrovie sarde, che diede nuovo impulso alle tradizionali attività agropastorali. All'alba



Chiesa di Sant'Andrea (foto di Marco Falchi)

del secolo scorso poteva vantare ben 2000 abitanti, ridotti a 1750 negli anni quaranta; pur tuttavia dal secondo dopoguerra anche Giave è andato incontro al depauperamento demografico che ha interessato tutte le aree interne dell'isola, causato dai cambiamenti economici dell'epoca recente: conta ora 568 abitanti inseriti in 289 nuclei familiari e 496 abitazioni. Dal belvedere del paese, volgendo lo sguardo verso la sottostante vallata, si apre una visione particolarmente edificante, immagine paradigmatica della Sardegna collinare: una serie di appezzamenti regolari di tanche, di colori variegati, dal giallo acceso al verde brunastro, ben delimitate da muri a secco, che insieme disegnano una scacchiera naturale. Tutt'attorno non è difficile trovare diversi "Pinnettos", tipiche capanne utilizzate ancora oggi

come rifugio dai pastori. La loro struttura, di ispirazione nuragica, è costituita da un basamento circolare di pietre a secco e da un tetto conico di pietre e frasche.

Il centro storico del paese merita di essere visitato perché mantiene ancora un impianto urbano di chiara derivazione tardo-medievale contraddistinto dalla disposizione planimetrica degli insediamenti con visibili aggiunte tardo rinascimentali e settecentesche: viottoli ben lastronati su cui affacciano case antiche di pietra e malta alternate ad altre finemente restaurate. Passeggiando è facile incontrare persone affabili che, fedeli alle migliori usanze sarde dalle radici ancestrali,

ti fanno sentire ospite gradito. Qui si contano quattro luoghi di culto: in primo luogo la chiesa parrocchiale, dedicata a Sant'Andrea Apostolo: costruita nel 1583 in stile gotico-catalano e ristrutturata nel 1788 si caratterizza per il suo alto campanile a pianta ottagonale e cuspidata agliati. L'interno consta di un'unica navata centrale con volta a botte su cui si aprono delle cappelle laterali con volte a crociera. Di recente l'ingresso è stato arricchito da un portale in bronzo, dono di un sacerdote giavese, su cui sono scolpiti i nomi di tutti i sacerdoti locali nonché dei parroci che si sono succeduti nella conduzione della parrocchia.

L'oratorio di Santa Croce si trova sulla strada principale del paese, di fronte al municipio: edificato nel XVII secolo in stile tardo-gotico rinascimentale, simile alla chiesa parrocchiale, conserva un antico, magnifico altare di legno e un crocifisso del seicento. Nella parte alta del paese, in posizione panoramica, all'ombra di una rigogliosa pineta, si trova la chiesa di San Sisto, l'antica parrocchiale di Giave dedicata a Papa Sisto II: inizialmente edificata in stile romanico, è stata rimaneggiata nel seicento, nella facciata e nelle fiancate, senza al-



Domus de Janas Riu Mulinu

terare le linee originali tra cui un'elegante decorazione ad archetti sovrapposti di tipo lombardo. Fuori porta, sulla provinciale verso Bonorva, troviamo il santuario dedicato ai SS. Cosma e Damiano: la chiesa campestre, a tre navate con campaniletto a torre, dal punto di vista strutturale non mostra caratteristiche di rilievo, ma è meta di una grande devozione religiosa. Appuntamento quindi al 26 settembre, giorno di festa particolarmente sentito dai Giavesi, dedicato ai martiri medici, caratterizzato da una sfilata di cavalieri e gruppi in costume.

(Antonio Pinna)



Il nuraghe Oes

Il racconto

Il Nazionale

Quella domenica mattina d'estate avevo appena preso servizio al pronto soccorso. In giro per la città c'era ancora pochissima gente e l'ambulatorio era ancora deserto. Ricordo che, approfittando di quel momento di calma, seduto ad una scrivania cercavo inutilmente di far quadrare il cerchio dei turni di guardia per il mese successivo, che come sempre avrebbero suscitato malumori e proteste a non finire.

Udii dei passi affrettati nel corridoio e sollevai lo sguardo. Sulla porta apparve un gigante di un metro e novanta, forse anche di più, per almeno centodieci chili di peso. Capelli bruno-rossicci lunghi sino alle spalle e il volto coperto da una barba incolta dello stesso colore. Tra le braccia teneva un bambino di circa dieci anni, biondo come l'oro. Notai da lontano che il bambino sanguinava un poco dal sopracciglio sinistro. Gli infermieri gli si erano già fatti incontro per aiutarlo. Il gigante iniziò

di Graziano Demurtas



subito male: fece una specie di ringhio e adagiò lui stesso il bambino sul lettino. Mi avvicinai per osservare il piccolo: niente di grave, un taglietto da nulla necessitante però di un paio di punti di sutura.

Mentre gli infermieri rasavano il sopracciglio del bambino, osservai meglio il genitore.

Le braccia erano almeno tre volte le mie, con una muscolatura impressionante, il torace sembrava un piccolo armadio. Tutto l'insieme emanava una forza fisica straordinaria. Un infermiere mi fece cenno: il bambino era pronto. Mi avvicinai e presi il porta aghi. Il gigante allungò una mano ed accarezzò la testa bionda del suo cucciolo.

Questa volta fui io che ringhiai, sommessamente, che tenesse le mani fuori dal campo. Sollevai gli occhi per guardarlo e incrociammo lo sguardo. Mi fissò per un attimo, poi guardò di nuovo il bambino. Mi ricordo ancora quegli occhi: erano gli occhi di



Mischia durante un match fra Italia e Nuova Zelanda



Esiti di ferita lacero-contusa

una tigre. Ci pensai un attimo, poi gli dissi la frase di routine: "Senta, forse è meglio che lei attenda fuori. Sa, potrebbe impressionarsi". Un sorriso tra l'ironico e lo sprezzante comparve sul volto dello yeti. "Impressionarmi io dottore? Impressionarmi io! Sono nazionale di rugby!". Nazionale di rugby! Mi parve un ottimo motivo perché potesse tranquillamente assistere. Gli feci con la testa un cenno affermativo e passai il primo punto. Il bambino non emise neanche un gemito, ma l'amore paterno non fece sconti al nazionale. Il guerriero di mille mischie andò giù a corpo morto schiantandosi con la fronte sul carrello di medicazione. Gli infermieri balzarono a racco-

gliarlo, mentre io in un attimo finivo con il bambino. Il nazionale era in un lago di sangue e fui io questa volta, guardandolo da lontano, a preoccuparmi. Ma la tempra era pur sempre quella di un rugbista. Si riprese quasi immediatamente mentre veniva messo sul lettino, anzi ci si adagiò da solo. Non so come sia andata la dinamica dell'urto, forse fu il cristallo del carrello andato in pezzi, forse la bacinella di vetro dei ferri. Il nazionale si era aperto la fronte da tempia a tempia, con un taglio netto, pulito e lineare come se fosse stato fatto con un bisturi. Gli applicai, me lo ricordo ancora, trentanove punti esatti. Lo feci aspettare un paio d'ore, ma il nazionale aveva assorbito il trauma con assoluta tranquillità.

Ci chiacchierai anche un po': mi raccontò delle sue vacanze in Sardegna e anche della sua vita sportiva. A dispetto del suo aspetto si rivelò una persona cortese, gentile e simpatica. Alla fine si scusò numerose volte e mi ringraziò caldamente. Quando ci salutammo mi parve imbarazzato e avvilito. Però fra

i due il più avvilito mi sembrò il bambino. Da quel giorno cominciai a interessarmi, televisivamente parlando, del gioco del rugby, sino a diventare esperto e appassionato. Ho visto spesso giocare "il mio nazionale". Era bravo. Era molto bravo. Però non sono mai riuscito a vedere che cicatrice gli ho lasciato sulla fronte.

Graziano Demurtas
è medico chirurgo,
specialista in urologia



Martin Castrogiovanni della nazionale italiana di rugby con dei giovani allievi

Libri

Letture: Inghil... terraaa!!!/La Nube di Oort

Inghil...terraaa!!!

Pietro Giacomo Menolfi

A chi non è mai venuto in mente di andare all'estero, di fuggire o di andare a esplorare un mondo diverso? Ho scritto queste riflessioni e osservazioni perché possano servire da guida a chi è in procinto di andare in Inghilterra: passo dopo passo. Ho combinato indicazioni molto pratiche, nate dall'esperienza e da considerazioni sull'ambiente di impatto. Se conosci...magari eviti di andare a sbattere il naso e non solo. Ogni esperienza è unica, questo è vero; ma le indicazioni di chi ha già vissuto in terra straniera possono rivelarsi preziose. Non è intenzione del libro invitarvi o meno ad andarci; la scelta in definitiva spetta a chi la vuol fare e di conseguenza se ne assume i rischi. Avendo io compiuto una esperienza da medico, cerco di dare dettagliati consigli ai colleghi; la mia pratica professionale, intrecciata necessariamente con quella umana, basata sulla interfaccia con le persone nella loro vita quotidiana, offre spunti interessanti per chi desideri conoscere un popolo, diverso, strano; che si sente "altro" in virtù della propria insularità, vissuta come un privilegio. Troverete annotazioni tecniche intrecciate a situazioni a volte drammatiche, a volte buffe. Ne emerge il quadro di un popolo piuttosto misterioso che probabilmente ha rinunciato alla fatica di pensare, preferendo delegare altri a farlo in propria vece. Mi preme precisare che non era nei miei desideri voler offendere alcuno, tanto che alla fine concludo con l'usuale e inossidabile "SORRY"!

Dalla prefazione dell'autore Pietro Giacomo Menolfi, medico chirurgo.

Il libro è acquistabile in versione digitale su Amazon e Youprint.



La Nube di Oort
Enrico Dellacà

Osservare il macrocosmo per osservare dentro di noi. L'idea non è ovviamente nuova in assoluto, ma Enrico Dellacà la declina da un punto di vista senza precedenti. Perché l'ambizione è di insegnare a tradurre in azione l'isomorfismo introdotto fra una struttura celeste, la Nube di Oort, composta da centinaia di miliardi di nuclei cometari dormienti, e l'inconscio di ognuno, popolato di rimossi emotivi e di vissuti irrisolti. Una Nube di Oort che diventa parafrasi celeste di quegli angoli a lungo rimasti oscuri della mente dell'Uomo; angoli dei quali la scienza sta però pian piano cominciando a fare una mappa. E Dellacà, con la lucida forza della sua esperienza di scienziato sul campo, ci conduce per mano a esplorare questi territori, dove ancora una volta "nulla è come appare". Non è comunque un trattato quello che il testo vuol essere o diventare. Piuttosto la prima tappa di un cammino, in cui introdurre e illustrare le somiglianze tra la Nube di Oort cosmica e quella interiore. Un intrigante e riuscito artificio didattico, grazie al quale l'autore può altresì cantare il suo Amore verso quelle Scienze che studiano i processi nel cosmo e i processi nell'uomo. Un canto non fine a se stesso, ma teso a gettare le basi per andare al di là, per la tappa successiva e più importante dell'intero percorso. Quella che prevede di entrare all'interno della nube interiore del nostro inconscio.

Dalla prefazione di Andrea Possenti

Enrico Dellacà è medico chirurgo, anestesiolego, rianimatore e specialista in malattie nervose e mentali.

Il libro, prossimamente disponibile presso Mondadori, è acquistabile inviando una mail direttamente all'autore all'indirizzo vidhut@tiscali.it



La vita del celebre chitarrista

Il blues perde il suo ultimo Re

La storia, le leggende e la musica di B.B. King

"B.B. King ha avuto una enorme influenza su di me e per molti altri (...), resterà per sempre nel mio cuore" – Mark Knopfler

"Grazie per avermi ispirato, incoraggiato e supportato come musicista nel corso degli anni. Grazie dell'amicizia che abbiamo condiviso. Ti ringrazio dal profondo del mio cuore" – Eric Clapton

"Il re se n'è andato ma noi sentiremo per sempre quel brivido! E se il blues ha perduto il suo re, stasera in paradiso ci sarà una fantastica blues session" – Barack Obama

di Francesco Bustio
Dettori



"Oh when the saints go marchin in, oh when the saints go marchin in..." – Pare quasi di vedere la scena: una moltitudine di persone che cammina al ritmo scandito da una banda di ottoni che intona il celebre *spiritual*, mentre accompagna un amico nel suo ultimo viaggio. Ma quando l'amico si chiama Riley Ben King, meglio noto come B.B. King, si può facilmente intuire che la folla al seguito potrebbe essere molto più numerosa di quella realmente presente alla processione. Infatti tante sono le persone per le quali la musica di quell'omone grande e grosso, nato a Itta Bena nel 1925, nel profondo Mississippi, ha significato conforto, speranza, dolore, preghiera,



B.B. King in una foto d'annata mentre imbraccia la sua Lucille

insomma...vita. Non so se si possa comprendere appieno la grandezza e l'importanza di B.B. King per la musica e per la stessa società americana; la quantità di parole spese da colleghi e personalità di varia estrazione per ricordarlo il giorno della sua dipartita, possono dare solo una pallidissima idea di quanto fosse importante colui che viene forse definito il chitarrista blues per eccellenza. La sua storia, come si potrà intuire, si intreccia con quella di personaggi che hanno letteralmente scritto l'epopea della canzone, americana ed europea.

Riley passa l'infanzia assieme alla nonna e alla madre, raccogliendo cotone nei campi per 35 centesimi ogni 100 libbre (45 kg) di raccolto e cantando i gospel in chiesa. Nel 1943 si trasferisce a Indianola e tre anni dopo a Memphis, dove affina le sue doti di musicista durante il tempo che riesce a ritagliarsi dal lavoro di trattorista, grazie agli insegnamenti del cugino Bukka White, anch'egli celebre bluesman. Iniziò la carriera suonando nelle radio che trasmettevano solo *black music*, ed entrando in contatto con personaggi del calibro di T-Bone Walker e Louis Jordan, che influenzarono notevolmente il suo stile e lo spingeranno sempre più a intraprendere la carriera di musicista. Iniziò così, nel 1949, a regi-

strare canzoni per la RPM Records di Los Angeles; dietro il banco di registrazione sedeva Sam Phillips che poi avrebbe fondato la leggendaria Sun Records: per tutti ormai Riley era diventato Blues Boy King, overosia B.B. King, che assieme a Freddie King e Albert King avrebbe formato la *trimurti* dei Re del blues. Proprio in quell'anno avvenne uno degli episodi fondamentali della sua vita: una gelida notte invernale, il chitarrista del Mississippi si esibiva in un locale di Twist (Arkansas); la sua voce scura pa-

reva scuotere le pareti, quando improvvisamente scoppiò un incendio; nella concitazione generale King riesce a scappare, ma una volta fuori dal locale si accorge che la fretta di allontanarsi dal pericolo gli ha fatto dimenticare il suo strumento dentro il fabbricato. Senza esitazioni si butta fra le fiamme, per riemergere qualche minuto dopo, un po' bruciato ma con la sua chitarra in salvo: l'incendio era stato scatenato da una lite per una donna chiamata Lucille, e questo fu il nome che King diede a tutte le sue chitarre da quel momento!

Il suo rapporto con lo strumento, la sua celebre Gibson Custom ES 355, era segnato da una profonda passione: "Quando suono è come che la chitarra mi parlasse, la sento gridare, sussurrare, ridere e piangere" – usava dire.

Dopo un manciata di hits di successo, il disco "Live at Regal" sancisce definitivamente la sua popolarità: l'energia delle sue esibizioni dal vivo viene catturata alla perfezione nella registrazione, con la voce che pare riempire la stanza e la sua chitarra affilata intenta a tagliare l'aria. Come si può restare indifferenti a quelle torrenziali versioni di *Every day I have the blues*, *How blue can you get*, *Please love me*?

King era cresciuto in un paese che conosceva bene le profonde ingiustizie del razzismo e della se-

gregazione razziale, e questo segnò profondamente anche la sua carriera musicale, fino a quando, nel 1967, non dovette esibirsi allo storico Fillmore di San Francisco; il pubblico non è più formato da distinti signori seduti ai tavoli come una volta, visi neri che ascoltavano i suoni della loro tradizione: una folla di ragazzotti bianchi vestiti in mille maniere diverse affollano il locale, disponendosi disordinatamente nella sala.

Il Re è nervoso, lui suona blues puro, senza il minimo accenno di quel rock che piace tanto a quei giovani accorsi stranamente al suo concerto. Prima di salire sul palco per calmare la tensione beve una intera bottiglia di liquore: quando le luci del proscenio lo illuminano il boato è assordante e le ovazioni accompagnano ogni canzone, ogni assolo, ogni nota, portando alle lacrime quel ragazzo di campagna che era diventato grande e che grazie alla musica aveva sconfitto l'ignoranza e il razzismo. Ogni articolo nelle riviste specializzate portava il suo nome, e se il pezzo non parlava di lui, veniva comunque citato indirettamente: infatti tutti quei nuovi chitarristi bianchi come Mike Bloomfield, Peter Green, Eric Clapton, Billy Gibbons, menzionavano sempre il suo nome quando parlavano di quei colleghi che erano stati per loro principale ispirazione e guida per il loro approccio alla chitarra. E lui, che usava la sua seicorde

solo per fare assoli e ribattere le note della sua voce, senza mai fare un accordo, si meravigliava di come il suo suono potesse essere così importante e decisivo per molti artisti. Nel 1969 viene dato alle stampe *Paying The Cost to be the Boss*, dove trovano spazio *Why I sing the blues* e la riproposizione di un brano di Roy Hawkins del 1951, *The thrill is gone* (trad. "Il brivido è andato", proprio quel brivido di cui parla Barack Obama ricordando B.B.King), che gli frutterà un successo planetario e il primo di 14 premi Grammy. Gli anni successivi sono costellati da un gran numero di dischi, concerti (anche 300 serate l'anno), collaborazioni: nonostante l'età avanzata King è infaticabile e pare gridare al mondo la gioia di suonare il blues. Storica la sua partecipazione al disco degli U2 *Rattle and Hum*, nella canzone *When Love comes to town*. Bono Vox, la voce del



La copertina di *Riding with the King*, inciso con Eric Clapton nel 2000



Gli U2 (da sinistra Larry Mullen Jr, Bono Vox e Adam Calyton; il chitarrista The Edge è fuori dall'inquadratura) con B.B. King

gruppo irlandese ebbe a dire, ricordando quelle sessioni di registrazione: *"Mentre stavamo per registrare gli mostrammo la partitura, ci fermò e disse: "signori, io non suono gli accordi, suono così", facendo dei fraseggi sulla chitarra. Restammo senza parole"* e ancora: *"Ci avevo messo tutto me stesso in quell'urlo*

iniziale. Poi arrivò B.B. King, aprì la bocca, e all'improvviso mi sentii una ragazzina, una voce bianca". Da segnalare inoltre il disco inciso con l'amico di sempre Eric Clapton, *Riding with the king*, dove i due chitarristi incrociano i manici delle proprie chitarre fondendo i loro inconfondibili suoni. Si dice che B.B.



King nella sua carriera abbia tenuto più di 15.500 concerti di cui uno alla Casa Bianca, fino alla morte, avvenuta a Las Vegas, il 14 maggio di quest'anno. Ora King riposa nella sua cara Indianola, ma per anni ha riunito bianchi e neri in concerti incendiari, scuotendo le loro viscere e i loro cuori, regalando emozioni che solo la musica vera, quella che ti può accarezzare come una madre e colpire forte come un pugno di Sonny Liston, riesce a dare. Non ci sarà più un altro B.B. King, ma la sua lezione non sarà mai dimenticata. Il Re è morto, viva il Re!

"Oh when the saints go marchin in, oh when the saints go marchin in..."

**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	Argiolas Mauro	2015	Via Carlo Felice 40	07100 Sassari		345/1175486
2	SI	NO	Arru Alessandra Rita	2004	Via Di Vittorio 22	07100 Sassari		328/9442820
3	SI	NO	Arru Marco	2014	Via Rossini 2	07031 Castelsardo	079/471022	340/9328551
4	SI	NO	Batzu Lucia	2015	Via A. Volta 41	07026 Olbia	0789/53259	328/0563078
5	SI	NO	Bella Francesco	2015	Via Giulio Pastore 4	07100 Sassari		348/4604493
6	SI	NO	Bellu Valentina	2014	Via Mazzini 22	07025 Luras		320/8845248
7	SI	NO	Biancareddu Elisabetta	2014	Via Merano 4	07029 Tempio Pausania		328/7174103
8	SI	NO	Bosincu Michela	2009	P.zza della Meridiana 2	07100 Sassari	79252483	349/7112029
9	SI	NO	Branca Gian Pietro	2014	Via Ferrucci 10	07100 Sassari	079/280030	349/3521099
10	SI	NO	Brichetto Giovanna	1996	Via degli Orti 11	07041 Alghero	079/979098	340/7905249
11	SI	NO	Budroni Carla	2009	Via Mazzini 6	07100 Sassari	079/235639	333/7955258
12	SI	SI	Campus Rachele	2014	Via Manzoni 28	08100 Nuoro	0784/35762	320/0727585
13	SI	NO	Carboni Luca	2014	Via Marongiu 49	07041 Alghero		340/3418448
14	SI	NO	Casu Marina	2014	Via Canonico Doranti 1	07029 Tempio Pausania		340/3075989
15	SI	NO	Collu Claudia	2014	Via Perantoni Satta 23	07100 Sassari		346/0878577
16	SI	NO	Cossu Michela	2014	Via Silvio Pellico 77	07044 Ittiri	079/442807	347/6869028
17	SI	NO	Dial Upinder Kaur Mattar Tinku	2011	Via Guido Rossa 3	07029 Tempio Pausania		333/2540292
18	SI	SI	Di Trapani Laura	2013	Via Monte Grappa 7/e	07100 Sassari		328/3178388
19	SI	SI	Fadda Maria Paola	2014	Viale San Pietro 4	07100 Sassari		320/6846791
20	SI	NO	Gaito Silvia	2014	Via Nicolodi 4	07100 Sassari		347/7365911
21	SI	SI	Lisbo Marcella	2009	NON COMUNICATO	07033 Osilo		380/4349661
22	SI	SI	Lupacciolu Sabrina	2014	Via G. Pala 7	07026 Olbia		329/0067432
23	SI	NO	Lutzoni Roberta	2009	Via Padre Taddei 2/C	07100 Sassari		349/5526134
24	SI	SI	Marras Viviana	2012	Via De Sena 3	07100 Sassari		348/85678599
25	SI	NO	Marrosu Riccardo	2015	Regione Barranc 149	07041 Alghero	079/917140	329/7370691
26	SI	SI	Masala Fausto	2015	Via D'annunzio 9	07100 Sassari		349/4323409
27	SI	NO	Mattozzi Simone	2012	Vicolo Efsio Marini 4	07100 Sassari		331/8182664
28	SI	NO	Moccia Eleonora	2014	Via Luigi Pirandello 20	07100 Sassari		340/6751290
29	SI	SI	Molinas Giovanni	2014	Via Pietro Lissia 12/c	07023 Calangianus		349/7927616
30	SI	SI	Montella Rino Aldo	2014	Via P.ssa Maria 5	07100 Sassari		340/5757927
31	SI	SI	Montesu Paola	2014	Via Azuni 1	07017 Ploaghe		348/0833433
32	SI	NO	Murdeu Luisa	2011	Corso Angioy 25/I	07100 Sassari		348/5912124
33	SI	SI	Mureddu Simone	2014	Via Savoia 55	07100 Sassari		329/0072645
34	SI	NO	Nusdeo Giuseppe	2014	Via Balbo 68	07024 La Maddalena		348/0593221
35	SI	NO	Palimodde Michele	2015	Via P.pe di Piemonte 3	07100 Sassari		349/6150598
36	SI	NO	Pes Luca	2014	Via P.pe di Piemonte 38	07100 Sassari		328/9589876
37	SI	NO	Piana Cristina	2015	Loc. Imbriglia 1	07035 Sedini		340/5514783
38	SI	NO	Pilo Nicoletta	2015	Via Caboto	07100 Sassari		333/3908198
39	SI	NO	Pischedda Caterina	2004	Via Pasubio 7	07100 Sassari		349/0841382
40	SI	SI	Pisattu Giulia	2014	Via Ginevra Zanetti 11	07100 Sassari		347/5923242
41	SI	NO	Puggioni Angelo	2015	Via Sanzio 6	07100 Sassari		331/4529049
42	NO	SI	Rizzo Katerina	2003	Regione Vessus snc	07041 Alghero		389/9686198
43	SI	SI	Sassu Salvatore	1969	Via Limbara 22	07029 Tempio Pausania		333/9184989
44	SI	NO	Sassu Silvia Leonarda	2015	Via P. Nenni 3	07014 Ozieri		348/8655022
45	SI	NO	Satta Giulia	2015	Via Istria 16/c	07100 Sassari		347/6656466
46	SI	NO	Scanu Martina	2014	Via Perantoni Satta 14	07100 Sassari		347/6157649
47	SI	NO	Squintu Sara	2005	Via A. De Gasperi 51	07041 Alghero		3283045128
48	SI	SI	Sircana Marta	2014	Via Budapest 6	07100 Sassari		327/3511280
49	SI	NO	Soma Federico	2014	Via C. Monteverdi 11	07100 Sassari		340/3580710
50	SI	NO	Tanda Cinzia	2015	Via Giuseppe Morittu 13	07014 Ozieri	079/780248	346/1571576
51	SI	SI	Tanda Giovanna	2015	Via Nazionale 319	07019 Villanova Monteleone		347/3396062
52	SI	SI	Taras Giovanna Maria	2013	Via Austria 2	07026 Olbia		392/7195751
53	SI	NO	Taras Giulia	2015	S.V. Caniga-San Giorgio 44	07100 Sassari		347/3540470
54	SI	SI	Todde Maria Laura	2014	Via Copenaghen 12/a	07100 Sassari		3286926456
55	SI	NO	Unali Marco	2014	Via Forlanini	07100 Sassari		328/6869456
56	SI	NO	Viridis Eleonora	2014	Via Saragat 54	07100 Sassari		349/4910881
57	SI	SI	Zachos Maistros-Pavlos	2012	Via Torres 44	07100 Sassari		328/6209708
58	SI	NO	Zodda Assunta	2012	Via Monte Grappa	07100 Sassari		340/3298062



E.C.M.

Educazione Continua in
Medicina

Programma Nazionale per la formazione
continua degli operatori della Sanità



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