

Anno XXIV - Dicembre 2015 - n. 5

# SASSARI MEDICA

Poste Italiane Sp.A. - Spedizione in abbondanza postale D.L. 351/2003 (convertito in L. 27/02/04 n. 46) Art. 1 comma 2 DCB Sassari





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

Via Cavour n° 71/b - 07100 Sassari

Telefono 079 234430

Fax 079 232228

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

@Email@

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

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

Presidente C.A.O: [presidentecao.ss@pec.omceoss.it](mailto:presidentecao.ss@pec.omceoss.it)

Orari di apertura al pubblico

Lunedì: 11.00 – 13.00

Martedì: 11.00 – 13.00 e 15.00 – 17.00

Mercoledì: 11.00 – 13.00

Giovedì: 11.00 – 15.30

Venerdì: 11.00 – 13.00

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

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



In copertina:  
Nostra Signora di Cea a Banari  
(foto di Francesco Bustio Dettori)

**Direttore Responsabile** Agostino Sussarellu

**Direttore Editoriale** Francesco Pio Scanu

**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**

Antonello Carboni, Ilario Carta, Antonio Dessanti, Carlo Doria, Maura Ledda, Giordano Madeddu, Francesco Muresu, Gianni Pes, Giovanna Pintus, Manuela Raffatellu, Giovanna Rau, Giuseppina Sarobba, Eleonora Secchi, Giancarlo Tonolo, Stefania Zanetti, Francesco Zoroddu

**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  
tipografiatas@gmail.com

**Tiratura:** 4.294 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 05 - Dicembre 2015  
Periodico bimestrale

**Consiglio Direttivo 2015-2017**

**Presidente** Francesco Pio Scanu

**Vicepresidente** Alessandro Arru

**Segretario** Giovanni Biddau

**Tesoriere** Nicola Addis

**Consiglieri**

- Carlo Azzena (odontoiatra)
- Piero Luigi Bellu
- Ferruccio Bilotta
- Paolo Giuseppino Castiglia
- Maria Grazia Cherchi
- Monica Derosas
- Carla Fundoni
- Antonella Giordo
- Rossella Pilo
- Antonio Pinna (odontoiatra)
- Agostino Sussarellu
- 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

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

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

Il testo recherà un titolo e un sottotitolo, finalizzati a stimolare l'attenzione del lettore. Eventuali acronimi dovranno essere esplicitati per esteso. Per le relazioni scientifiche realizzate presso istituti, laboratori, centri, strutture pubbliche o private sarà indispensabile comunicare le generalità dei rispettivi direttori responsabili. Foto, grafici, tabelle, ad alta definizione, comprensive di relative didascalie, non dovranno superare le 10 unità; saranno prodotte in maniera separata dal testo, con numerazione progressiva e precise indicazioni sugli inserimenti.

## **Pubblicazione e proprietà**

Il Comitato di redazione si riserva il diritto di rifiutare la pubblicazione degli elaborati se non conformi alle norme di Deontologia Medica e all'indirizzo culturale che l'Ordine persegue. Si riserva, inoltre, di concordare con gli Autori eventuali modifiche e riduzioni dei testi. Gli articoli originali e il corredo iconografico non saranno restituiti anche nel caso in cui non vengano mandati in stampa. La proprietà di quanto pubblicato è riservata, pertanto non ne è consentita la riproduzione, seppure parziale, se non autorizzata dalla direzione del bollettino.

## **Estratti e copie**

Non è previsto l'invio di estratti dei lavori pubblicati. Nel caso l'Autore, contestualmente alla presentazione del lavoro, ne faccia specifica richiesta, potrà fruire di alcune copie del periodico, a discrezione della redazione.

## **Pagine libere**

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

## **Fondazione Enpam in aiuto ai colleghi**

La Fondazione Enpam è pronta a intervenire in soccorso dei medici e dei dentisti danneggiati dal ciclone che si è abbattuto sulla Sardegna a inizio Ottobre. I camici bianchi potranno chiedere un contributo economico per ottenere sussidi straordinari per i danni alla prima abitazione o allo studio professionale e per i danni ad automezzi, attrezzature e altri beni mobili. Chi lavora esclusivamente come libero professionista potrà inoltre richiedere l'erogazione di un reddito sostitutivo.

Gli indennizzi, sotto forma di sussidi straordinari, possono arrivare fino a 17.268,51 euro per la generalità degli iscritti mentre il tetto rimborsabile è più alto per chi esercita la libera professione. Inoltre l'Enpam potrà contribuire al pagamento fino al 75 per cento degli interessi sui mutui edilizi che dovessero essere accesi da iscritti o superstiti per la ricostruzione o la riparazione della casa e/o dello studio professionale danneggiati.

Le misure si estendono anche ai familiari di iscritti deceduti che percepiscono dall'Enpam una pensione di reversibilità o indiretta (per esempio: vedove, orfani). Inoltre i medici e i dentisti che esercitano esclusivamente la libera professione, costretti a interromperla a causa dell'alluvione, potranno chiedere un contributo di 80,58 euro per ogni giorno di astensione dal lavoro, fino a un massimo di 365 giorni.

## IN QUESTO NUMERO

### EDITORIALI DEI PRESIDENTI

- 1/Lettera ai colleghi Pagina 4
- 2/Assemblea nazionale dei presidenti CAO: il resoconto 5

### VITA DELL'ORDINE

- Un doveroso commiato 6
- Francesco Scanu è il nuovo presidente dell'Ordine 7
- Farmaci gastroprotettori: campagna informativa ASL 1 8

### MEMORIE

- In ricordo del prof. Camillo Mastropaolo: neuropsichiatra infantile, Professore Emerito dell'Università di Sassari 9

### ESPERIENZE

- Dalla Sardegna alla California, uno straordinario cammino professionale tra ricerca e insegnamento 12

### APPROFONDIMENTI

- Prime esperienze con il sistema di infusione intraperitoneale di insulina 16
- Infezioni sessualmente trasmissibili: la subdola clamidia 21
- Febbre Eruztiva del Mediterraneo in Sardegna: recenti studi epidemiologici 25
- La microdiscectomia mini-invasiva retropleurica con approccio trans-toracico laterale nel trattamento dell'ernia del disco dorsale 27
- Il rapporto medico-paziente in oncologia: un importante tassello per la battaglia contro la malattia 32
- Tra medicina e leggenda: luoghi comuni sulla longevità dei sardi 36
- Circoncisione fra cultura, religione e medicina 40

### FITOTERAPIA

- Proprietà terapeutiche di piante officinali: Anice e Parietaria 44

### FNOMCeO

- Autismo, nuove comunicazioni in materia di diagnosi e cura; dichiarazione dei redditi precompilata, infortuni sul lavoro e malattie professionali, agitazione dei medici contro l'ultimo decreto sulla appropriatezza 46

### CULTURE

- L'Isola che c'è: Banari: colori, sapori e storia di un piccolo borgo antico 51
- Pensieri e immagini d'autunno nei versi di Giovanna Pintus 54

### SPORT

- Un "double" e la Top 16: Dinamo, tocca a te! 55

### MUSICA

- Nuovo disco dell'ex Pink Floyd - Rattle that lock: la chitarra di David Gilmour fra immagini, visioni, luci e suoni 57
- Elenco medici disponibili per le sostituzioni di MMG e PDL 60

## Lettera ai colleghi

Gentili colleghe e cari colleghi, come è noto in data 17 settembre u.s. il Consiglio Direttivo dell'Ordine mi ha designato come vostro presidente; ringrazio pertanto pubblicamente tutti i colleghi consiglieri che, con la loro dichiarazione di voto, hanno consentito la mia elezione, accordandomi fiducia e assegnandomi grandi responsabilità. Ho assunto questo gravoso incarico non senza apprensione e con la preoccupazione che deriva dall'impegno che il ruolo comporta. Tale nuova investitura è l'epilogo di una lunga storia di cui forse siete venuti a conoscenza: nei primi giorni del Dicembre 2014, a seguito del rinnovo del Consiglio Direttivo, Agostino Sussarellu viene eletto presidente e il sottoscritto vicepresidente. Il giorno 8 gennaio 2015 Agostino, incaricato dalla giunta regionale a ricoprire le funzioni di Commissario Straordinario della ASL 1 di Sassari, (carica poi rinnovatagli nel mese di Aprile e Agosto u.s.), onde fare fronte al nuovo e oneroso ufficio, si autosospinge dalla carica obbligandomi di conseguenza a vicariarlo in tutte le sue incombenze. Sussarellu, dopo un lungo periodo di meditata riflessione, sabato 12 Settembre, consegna le proprie dimissioni volontarie e irrevocabili dal ruolo di presidente, permanendo comunque nel Consiglio come componente.

Assumo questa carica con grande onore ben consapevole che sarà arduo ma stimolante rappresentare tutti i medici e gli odontoiatri delle provincie di Sassari e della disciolta Olbia – Tempio; per fare ciò cercherò di investire tutte le energie professionali di cui dispongo e l'esperienza maturata in tutti questi anni di vita ordinistica.

Sono certo che i colleghi consiglieri, con le loro competenze, culture, personalità, sapranno supportarmi egregiamente e puntualmente, sino al termine del triennio, nel potenziare le attività in itinere e nel formulare progetti che ci permettano di seguire un cammino condiviso che rispetti le distanze territoriali

di Francesco Pio Scanu



e le nostre diverse peculiarità. Il mio sarà un percorso improntato al rispetto delle linee programmatiche presentate prima del rinnovo del Consiglio Direttivo e alla continuità degli indirizzi tracciati da chi mi ha preceduto. Ma permettetemi alcune riflessioni personali. Quando il nostro caro Agostino, in maniera elegante ma visibilmente commossa, mi ha consegnato le sue dimissioni, ho provato un moto di profonda malinconia affettiva perché per me è stato un maestro insostituibile; non è semplice neppure

immaginare quanto Egli abbia saputo lavorare per questa istituzione, con sacrificio, tenacia e operosità non comuni e con profonda preparazione.

Ha trasmesso con entusiasmo e serenità, a tutti i suoi collaboratori, gli oneri di pertinenza, con quella compostezza da vero signore che lo ha sempre caratterizzato, e questo ci ha legato indissolubilmente da un vincolo di profondo affetto. Medico di grande valore e personaggio di spicco del nostro territorio e delle nostre provincie, ci regala in dote un bagaglio di insegnamenti che costituiscono una parte altamente significativa del patrimonio ideale del medico ordinista e di questo gli siamo grati e riconoscenti. Di Lui, del presidente saggio, auspicherei testimoniare e mutuare la spontanea capacità di ascolto, la prudenza consapevolmente meditata nella espressione dei giudizi e delle scelte decisionali all'insegna della "Bandiera Bianca", l'equilibrio e la ponderata capacità di trasmettere, in punta di piedi, validi suggerimenti, l'intransigenza pacata ma determinata nel rivendicare sempre il rispetto dei principi etici e deontologici di riferimento. Ad Agostino, chiamato dal governo regionale sardo a ricoprire il nuovo e delicato incarico commissariale, vada un particolare rinnovato "in bocca al lupo", nella convinzione che saprà adempiere il mandato affidatogli con la necessaria propensione e il rigore morale che lo ha sempre contraddistinto.

Certo di interpretare la volontà degli iscritti, un forte affettuoso abbraccio da tutti noi.

# Assemblea nazionale dei presidenti CAO: il resoconto

**M**ilano 9 ottobre: assemblea nazionale delle Cao. I colleghi presidenti provinciali, convenuti a questo importante appuntamento, hanno evidenziato diverse criticità contingenti. Si è parlato così di ruolo medico odontoiatrico e del tentativo che si sta perpetrando per scardinarlo, sollecitando l'emersione di altre figure che dovrebbero vicariarne alcune funzioni: da una parte gli igienisti che, forti del fatto che in alcune regioni d'Italia è stato loro affidato il compito di effettuare visite endoorali di massa per rilevazioni epidemiologiche, desidererebbero occuparsi in maniera autonoma non solo della prevenzione primaria, ma anche di quella secondaria; dall'altra il rischio che possa essere riconosciuta, come professione sanitaria ausiliaria, quella del dottore odontoprotesista, ovvero odontotecnico clinico, dalle funzioni ancora non ben definite, ma sicuramente sovrapponibili a quelle degli odontoiatri. Il pericolo che professioni cadette possano avocare a sé compiti precipi del medico - tanto è affiorato dalla discussione - è favorito da un coacervo di interessi difficilmente arginabili tra cui una sorta di politica populista incline all'alleggerimento delle spese per la collettività e un mondo accademico proteiforme pronto a caldeggiare l'istituzione di nuovi corsi di laurea professionalizzanti per tenere in equilibrio il proprio sistema. Ne conseguirebbe una confusione delle mansioni con conseguenze catastrofiche inimmaginabili. Si è parlato altresì di appropriatezza delle indagini e delle cure, perseguita in ossequio a una visione sociale di tipo economicista e aziendalista, la cui inosservanza può ingenerare sanzioni e l'ottemperanza può stridere con la deontologia e con quei sani fondamenti della condotta medica che sono pur sempre l'ascolto, una corretta diagnosi e una giusta terapia. Il dibattito si è animato poi attorno al fabbisogno reale di odontoiatri sul territorio nazionale, sulla cui entità la CAO nazionale è ben documentata: 34 corsi di laurea in odontoiatria e l'ulteriore apertura di una trentacinquesima a Salerno per soli 10 studenti e con costi generali elevatissimi; troppi corsi di laurea per un risicato

di Antonio Pinna



numero di discenti piuttosto che pochi e altamente qualificati per un adeguato numero di futuri preparati colleghi. Ma l'evento più eclatante dell'incontro è stata la notizia dell'intervento *ad adiuvandum*, pianificato e realizzato dal Consiglio Direttivo dell'Ordine di Milano, a favore della Fnomceo, esposto dallo stesso presidente Cao Andrea Senna. Partendo dall'assunto che la pubblicità scorretta lede il diritto alla salute e confligge in pieno con quanto sancito dall'art. 32 della costituzione italiana, l'Ordine del capoluogo lombardo aveva chiesto, a suo tempo, un

parere *pro veritate* per verificare l'incostituzionalità delle norme vigenti in materia e, di conseguenza, la possibilità di affiancare la Fnomceo nel ricorso nei confronti della sentenza del Tar che ha visto confermare la sanzione inflitta dall'Agcom. Secondo l'autorevole parere redatto dal prof. Franco Gaetano Scoca, di concerto con gli avvocati Angelini e La Rosa, legali tra i più esperti sull'argomento, nel nostro impianto giuridico, in ambito sanitario, sarebbe permessa soltanto la pubblicità informativa trasparente e non quella commerciale/promozionale; pertanto l'imperfetta definizione delle norme che liberalizzavano le possibilità di tale genere di pubblicità, a suo tempo varate dall'allora ministro Bersani, hanno consentito all'Autorità garante della concorrenza e del mercato una interpretazione ingiustificatamente estensiva.

Tale decisione, dunque, porterebbe a limitare fortemente la possibilità di intervento degli Ordini in materia di veridicità e legittimità delle informazioni divulgate dai propri iscritti e si contrapporrebbe al diritto alla salute dei cittadini, costituzionalmente garantito. Diritto che - aggiunge Senna - riteniamo di poter meglio tutelare in base al nostro codice deontologico e alle nostre competenze professionali. Milano parteciperà al processo con i suoi avvocati e ci conforta il fatto che, in sede di appello, il Consiglio di Stato, in osservanza al carattere rinnovatorio della propria particolare tipologia di giudizio, può esercitare un potere decisionale tale da annullare il provvedimento amministrativo precedentemente emanato.

# Un doveroso commiato

Care colleghe e cari colleghi, come avrete già appreso dalla stampa locale, ho rassegnato le dimissioni da Presidente del nostro Ordine provinciale, dopo oltre quindici anni d'incarico. Reputo dunque doveroso dare una spiegazione a tutti voi che, in questo lungo periodo, avete concesso a me l'onore di rappresentarvi in ambito locale e nazionale. Alla fine dello scorso dicembre, la Giunta Regionale mi ha conferito la responsabilità di Commissario Straordinario della ASL 1 di Sassari.

Questo incarico è stato diretta conseguenza dell'esperienza maturata in tutti questi anni alla direzione del nostro Ordine Professionale, ragion per cui ho ritenuto di doverlo accettare, a nome di tutti i medici che per anni ho rappresentato, e con lo spirito di servizio proprio del ruolo che ricoprovo.

Secondo i dettami della legge di riforma, l'impegno richiesto sarebbe dovuto durare quattro mesi, rinnovabili per altri quattro. Per espletare al meglio questo compito, ho comunicato al Consiglio che mi sarei astenuto dall'attività di Presidente per il periodo dell'incarico, che sinceramente non credevo fosse ulteriormente prorogabile. Secondo la normativa vigente, il nostro Vice-presidente, Francesco Scano, ha assunto l'oneroso compito di viziare, egregiamente, le mie funzioni. Il 5 Agosto, l'approvazione della legge regionale, "Variazioni urgenti al bilancio della Regione per l'anno 2015, proroga di termini e disposizioni varie", ha protratto il mio incarico di Commissario Straordinario al 31 Dicembre 2015. A questo punto ho reputato di non poter più rinviare una decisione su cui, comunque, in quei mesi avevo meditato a lungo. Ho ritenuto che il sacrificio richiesto all'amico Cesco, il quale, pur col sostegno del Segretario, Giovanni Biddau, e del Tesoriere, Nicola Addis, ha dovuto lavorare senza l'appoggio significativo di un suo vice, non dovesse essere ancora prorogato. La completezza dell'Esecutivo è infatti necessaria per gestire le complesse dinamiche legate alla nostra professione, per garantire, attraverso il controllo deontologico e la difesa del sistema sanitario nazionale, la tutela dei colleghi e del paziente. In seguito alle mie di-

di Agostino Sussarellu



missioni, il Consiglio Direttivo ha eletto al suo interno il nuovo Presidente, nella persona di Cesco Scano, e il Vicepresidente, nella persona di Alessandro Arru. Esprimo la mia soddisfazione per le scelte che il Consiglio Direttivo ha voluto fare. Riconosco all'amico Cesco di aver saputo gestire in maniera equilibrata, e allo stesso tempo ferma, le spinose questioni che erano in carico al nostro Ente, e quelle nuove che nel frattempo si sono presentate. Sono sicuro che con la sua lunga esperienza, a

tutti nota, di medico di medicina generale, e quella, da lui svolta, di amministratore pubblico, saprà egregiamente interpretare il ruolo di Presidente, a livello locale, regionale e nazionale. Per quanto concerne la scelta di Alessandro Arru, quale Vicepresidente, non posso che esprimere il mio plauso; è sicuramente una figura di spicco nel mondo ordinistico, nel tempo ha saputo ricoprire, con grande capacità e competenza, ruoli di rilievo all'interno del nostro Ordine, della Federazione Regionale, e del Comitato di Bioetica della nostra provincia. A entrambi, a cui mi sento legato da un profondo senso di amicizia, faccio i migliori auguri per i prestigiosi incarichi che sono chiamati a svolgere.

Sono certo che i colleghi e amici, Giovanni Biddau, nostro Segretario, e Nicola Addis, nostro Tesoriere, saranno, come lo sono stati per me, degli ottimi collaboratori; anche a loro porgo il mio augurio di buon lavoro. Un ringraziamento particolare va a tutto il nostro personale amministrativo: Monica Marini, Isa Carboni, Letizia Pala, Daniela Idini, Maria Antonietta Lullia e Riccardo Marongiu. Tutti loro, in questi lunghi anni, oltre a svolgere in maniera esemplare il loro dovere, a garanzia del funzionamento del nostro Ordine, mi sono stati vicini e mi hanno permesso, con i loro consigli e, non voglio nascondere, con i loro insegnamenti, di gestire il nostro Ente dal punto di vista amministrativo, ma anche dal punto di vista deontologico. La loro umanità e il loro affetto hanno fatto sì che per me l'Ordine rappresentasse una seconda casa.

A tutti voi, care colleghe e cari colleghi, ancora grazie.

**Agostino Sussarellu**



Agostino Sussarellu lascia dopo quindici anni

## Francesco Scanu è il nuovo Presidente dell'Ordine

**F**rancesco Scanu, 58 anni, medico di base e specialista ginecologo, è il nuovo presidente dell'Ordine dei medici di Sassari, province Sassari e Olbia-Tempio; vice presidente è stato eletto Alessandro Arru.

L'elezione di Scanu è avvenuta a maggioranza assoluta il 18 settembre scorso, dopo le dimissioni presentate da Agostino Sussarellu, presidente dell'Ordine da 15 anni. Il passaggio di consegne si è svolto in un clima di grande commozione e amicizia.

"Dopo sei elezioni penso sia arrivato il momento di cedere il testimone, soprattutto dopo il mio incarico prolungato come commissario della Asl. Sono molto contento che il consiglio dell'Ordine abbia scelto Francesco Scanu, collega sempre presente in tante battaglie ordinistiche, e che in questi mesi ha svolto egregiamente le funzioni di presidente e di vicepresidente, e sono certo che potrà dare all'Ordine una guida sicura e competente. Un grande apprezzamento anche per la scelta del vice presidente, Alessandro Arru, anche lui da anni impegnato nell'Ordine" ha com-

mentato il presidente uscente, Agostino Sussarellu.

Francesco Scanu ha avuto parole di grande apprezzamento per la fiducia ricevuta e per l'operato di Agostino Sussarellu. "Voglio ringraziare Agostino Sussarellu, che ha saputo lavorare per questa istituzione, con sacrificio, entusiasmo, tenacia e operosità non comuni, e con profonda preparazione. Ci ha trasmesso l'entusiasmo per affrontare al meglio i nostri compiti, con la compostezza di sempre, lascia una testimonianza e un patrimonio di insegnamenti che costituiscono parte altamente significativa della dote ideale del medico ordinista, e di questo gli siamo tutti grati. Agostino Sussarellu si è contraddistinto in tutti questi anni per la spontanea capacità di ascolto, la prudenza nella espressione dei giudizi e pareri, l'intransigenza pacata ma determinata nel rivendicare sempre il rispetto dei principi etici e deontologici di riferimento: un medico di grande valore, un uomo di grandi doti morali che ha lasciato fra i medici del nord Sardegna un segno profondo di grande civiltà" ha affermato il neo presidente.

Francesco Scanu ha accolto il nuovo incarico con grande responsabilità e spirito di servizio, consapevole del grande impegno che comporterà.

"Cercherò di assolvere questo incarico con le energie professionali e l'esperienza maturata in tutti questi anni di vita ordinistica: il mio sarà un percorso all'insegna della continuità, improntata sul segno della costanza programmatica di chi mi ha preceduto, e farò in modo che i collaboratori che mi affiancheranno possano svolgere i servizi d'istituto con il convincimento concreto che si tratta di un'esigenza e una finalità da condividere e praticare" sono state le parole di Scanu.



Da sinistra: il neo-presidente Francesco Scanu, il commissario della ASL n°1 Agostino Sussarellu, il vice presidente Alessandro Arru

MAI

# Farmaci gastroprotettori Campagna informativa ASL 1

Per iniziativa della ASL n°1, con il patrocinio dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Sassari e dell'Ordine dei Farmacisti della stessa provincia, è stata organizzata una campagna informativa sulle indicazioni per la prescrizione e l'assunzione di farmaci gastroprotettori. L'interessante e innovativo messaggio è stato veicolato tramite un poster che verrà distribuito gratuitamente ai reparti ospedalieri e clinici, alle case di cura, ai poliambulatori territoriali, ai medici di medicina generale e a tutti coloro che ne faranno richiesta agli uffici della ASL.



Con il patrocinio di



## SAI TUTTO..... SUI FARMACI GASTROPROTETTORI ?

### Che cosa sono?

I farmaci inibitori della Pompa Protonica, conosciuti col termine "gastroprotettori" sono farmaci che riducono la **produzione acida da parte dello stomaco**.

Sono molto **importanti per il trattamento** di alcune patologie del tratto gastrointestinale superiore (stomaco e duodeno) accompagnate da **eccessiva produzione di acidi gastrici** e nella **prevenzione delle ulcere** in alcune categorie di pazienti.



### Quando a carico del SSN? Note AIFA 1 e 48

Vengono impiegati principalmente nel trattamento

- delle ulcere dello stomaco o del duodeno (primo tratto dell'intestino)
- delle ulcere causate dal batterio Helicobacter Pylori (batterio presente nello stomaco)
- del reflusso gastroesofageo (risalita di succhi gastrici lungo l'esofago, talvolta fino alla gola)

Sono usati inoltre per curare o per prevenire le ulcere nei **PAZIENTI A RISCHIO** trattati in modo continuativo con farmaci Antinfiammatori o con Cardioaspirin® (e suoi equivalenti).

Per **PAZIENTI A RISCHIO** si intende:

- pazienti con precedenti emorragie digestive o ulcera peptica non guarite
- pazienti in terapia con anticoagulanti o cortisonici
- pazienti di età avanzata (oltre i 65 anni)

Per tutte queste indicazioni sono rimborsati dal SSN con l'indicazione della nota 1 o 48 sulla ricetta.



### Quando a carico del cittadino? Ricetta bianca

Per le altre indicazioni meno gravi, non previste dalla Nota 1 o 48, per esempio:

- terapie isolate con antinfiammatori, cortisonici, eparine, antiaggreganti
- terapia con Cardioaspirin® (e suoi equivalenti) in assenza di altri fattori di rischio.

il farmaco può essere prescritto **ma** la spesa sarà a **carico del paziente**.



### Quando il loro uso NON è appropriato

Non è necessario proteggere lo stomaco quando si assumono farmaci non dannosi per lo stomaco (per esempio una terapia con gli **antibiotici**) o quando si assumono più farmaci contemporaneamente (**politerapia**).

### Rischi associati al loro uso

L'uso **continuativo** e per lunghi periodi può determinare:

- Ridotto assorbimento di calcio con possibili **fratture osteoporotiche del femore**
- Ridotto assorbimento di Ferro e Magnesio
- Aumento del rischio di **infezioni** respiratorie e intestinali.

### Associazioni

**Particolare attenzione** deve essere posta quando ai gastroprotettori si associano alcuni medicinali (ansiolitici, farmaci per l'osteoporosi, anticoagulanti, ormoni tiroidei ecc.) E' bene, inoltre, informare sempre il Medico di tutti i farmaci che si stanno assumendo.

### Sprego

Non fare inutili scorte di medicinali.

### Autoprescrizione

Non prendere farmaci prescritti ad altri: difficoltà del passaparola. Ricorda di informare il Medico anche quando assumi farmaci acquistabili senza ricetta medica, integratori e prodotti erboristici

### Sicurezza

Avverti sempre il tuo Medico in caso di comparsa di effetti collaterali

Questo opuscolo è di carattere informativo e non sostituisce il parere del Medico curante con cui queste informazioni possono essere discusse

Realizzato da: Servizio Farmaceutico Territoriale - ASL Sassari. Informazioni di contatto: Tel. 079/2062756 E-mail [assistenza.farmacologica@asssessori.it](mailto:assistenza.farmacologica@asssessori.it)

## In ricordo di Camillo Mastropaolo, neuropsichiatra infantile, professore emerito dell'Università di Sassari

Dopo che il Prof. Camillo Mastropaolo ci ha lasciato, il 15 luglio scorso, molti sono i sentimenti che mi colgono nel momento di scrivere queste righe per il giornale dell'Ordine dei Medici di Sassari: oltre il dolore, l'onere di riuscire a ripercorrerne la sua ricca storia, in maniera esaustiva anche per chi non lo ha conosciuto, individuandone l'eredità culturale, nonché l'orgoglio di essere stato allievo di uno dei padri della moderna Neuropsichiatria Infantile.

Nato a Napoli, la data di nascita non è importante perché da molto tempo, forse in maniera scaramantica, riferiva di avere 92 anni, laureato a Genova nel 1957 e specializzato in Neuropsichiatria nel 1959, consegue prima (1963) la Libera Docenza in Clinica delle Malattie Nervose e Mentali e successivamente (1968) quella in Neuropsichiatria Infantile. Svolge attività di ricerca a Parigi alla Salpetriere nella Clinique des Maladies du système Nerveux per il 1964 dopo aver vinto una borsa di studio del Consiglio d'Europa e a Londra, presso l'Institute for Child Health per il 1969 con una borsa di studio del CNR.

Nel 1970 la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Sassari lo chiama all'unanimità a ricoprire la cattedra di Neuropsichiatria Infantile ed è Direttore della Clinica dal 1972, anno della sua istituzione, una delle prime in Italia e allora unica in Sardegna. Dalla prima sede di San Camillo, ideata e realizzata giorno dopo giorno, contribuisce con il suo indiscusso carisma e la sua generosità allo sviluppo, non solo culturale, della moderna Neuropsichiatria Infantile. È Membro fondatore, nel 1965, della Società italiana di NPI (S.I.N.P.I.), per moltissimi anni Consigliere Nazionale e, nel biennio 1976-78, Presidente Nazionale.

La NPI, nata come Scienza Medica alla fine dell'800, quasi contemporaneamente in America e in Europa, è la scienza che oggi si occupa delle difficoltà neurologiche e/o psichiche del bambino fino alla maggiore età; bambino inteso non come un piccolo adulto, ma individuo dotato di una sua psi-

cologia e una sua specifica patologia. In questa ottica, il prof. Mastropaolo, mantenendo una visione globale della cura della salute in età evolutiva "intuisce la complessità cui il progredire delle ricerche porta ad articolarla" e ritiene opportuno sviluppare settori specifici. All'interno della Clinica di Sassari istituisce il Centro per la cura dell'Epilessia con un suo Servizio di Neurofisiologia, il Laboratorio di Neurochimica per lo studio delle malattie metaboliche e rare, il Centro Interuniversitario per lo studio delle Cefalee, un Servizio di Neuropsicologia, un Ambulatorio per l'Autismo e uno per le Problematiche Psichiatriche, uno dedicato alle Malattie Neuromuscolari e infine uno per i Neonati e le patologie del primo anno di vita. Sin dagli inizi istituisce un Servizio Sociale Interno, punto di riferimento per tutti, per avere una conoscenza globale del bambino e fornire un aiuto concreto alle famiglie e all'ambiente; questo in netta contrapposizione alla prevalente impostazione manicomiale dell'assistenza psichiatrica all'infanzia degli anni precedenti.

Nella vita della clinica lo ricordo sempre presente e disponibile, con la porta del suo studio sempre aperta per accoglierci nella risoluzione di qualsiasi problema; oppure mentre visita con il suo sorriso e con le sue grandi mani, con fermezza e delicatezza, anche i bambini più irrequieti. Vero momento di coesione il rito del caffè delle undici al quale nessuno poteva-voleva mancare per discutere le quotidiane problematiche sia organizzative che cliniche, talora con la lettura condivisa delle riviste scientifiche più aggiornate. Gli incontri settimanali del mercoledì pomeriggio erano uno stimolo continuo allo studio con la presentazione dei casi clinici più interessanti, naturalmente indirizzati dal suo rigore metodologico o con aggiornamenti tematici, talora con "docenti" esterni, per coltivare le basi culturali di un approccio multidisciplinare.

Tanti gli studenti che affascinati dalle sue lezioni del corso di laurea si avvicinavano poi alla NPI. Direttore della Scuola di specializzazione, dalla sua

istituzione nel 1972 sino al 2004, vi si dedica con passione avendo sempre a cuore la formazione dei giovani specializzandi; il primo anno dedicato al lavoro in corsia, sotto la sua diretta supervisione, per acquisire una visione globale delle problematiche del bambino, una reale presa in carico, disponibilità e attenzione nei confronti dei familiari; durante l'ultimo anno del corso, dopo aver frequentato tutti i vari settori, l'affinamento dei propri interessi, ancora sotto la sua guida. A momenti giustamente severo ed esigente, ricordo anche con quanta gentilezza e sensibilità poneva gli studenti a proprio agio durante gli esami.

Coordinatore Nazionale dal 1983 al 1995 del Dottorato di Ricerca in Scienze Neuropsichiatriche dell'età evolutiva con sede a Sassari, convenzionata con l'Università di Pavia, Pisa, Torino e La Sapienza di Roma, dà l'opportunità anche ad allievi della facoltà di Sassari di portare avanti alcune ricerche.

Per quanto riguarda la sua ininterrotta attività scientifica non servono tante parole; valgono gli scritti e i lavori pubblicati in importanti riviste di neurologia e neuropsichiatria italiane e straniere che coerentemente indicano i suoi molteplici interessi. Tra quelli più significativi le psicosi infantili precoci e disarmonie evolutive (dagli aspetti clinici a quelli neuropsicologici, biochimici e neurotrasmettitoriali); le molteplici espressioni cliniche della depressione infantile; le malattie muscolari e metaboliche; l'epilessia (dagli aspetti farmacologici a quelli neuropsi-

cologici); le encefalopatie mitocondriali; le cefalee (negli aspetti epidemiologici, neurofisiologici e psicopatologici); i disturbi dell'apprendimento; le malformazioni del SNC; la panencefalite sclerosante subacuta; le malattie neurocutanee; infine le ricerche sul grande problema del ritardo mentale che hanno caratterizzato il suo impegno e quello di alcuni suoi collaboratori durante gli ultimi anni.

Quando ha ritenuto che la clinica potesse dovesse fare a meno di lui, affidandola allora al suo primo storico collaboratore, Professor Massimo Tondi, nel 2002 ci ha salutato semplicemente con "da domani sono in pensione", ma credetemi, è stato solo un nuovo modo per sostenere l'Università di Sassari, la NPI e la Clinica, da lontano, con la consueta discrezione e senza clamori, con lo stile che lo ha sempre contraddistinto. Mai negandosi ha partecipato con giovanile entusiasmo e la solita sagacia alla apertura dei lavori di recenti convegni ripercorrendo, secondo me con un po' di commozione, la storia della NPI stimolando tutti, come di consueto, alla crescita culturale e scientifica.

Il suo carisma emerge anche nella vita accademica: Consigliere di Amministrazione dell'Ateneo per 4 anni e Presidente della Delegazione per le Cliniche gestite direttamente dall'Università. Nel 2004, non volendo fare a meno della sua coerenza intellettuale e del suo ruolo, L'Università di Sassari lo insignisce del titolo di Professore Emerito, onorificenza alquanto rara nella lunga storia del nostro Ateneo. Tale con-



Il prof. Mastropaolo, moderatore a un convegno sulle psicosi infantili



1997, circondato dai suoi collaboratori per i 25 anni della clinica.

ferimento inaspettato lo ha naturalmente inorgogliato, soprattutto perché attribuito ancora all'unicità dopo 34 anni di vita accademica.

Attivo da un punto di vista politico. Ricordato anche, per la sua fattiva militanza, dall'attuale sindaco di Sassari e definito figura di "intellettuale organico" di Gramsciana memoria e cioè colui che condivide il desiderio di libertà e di emancipazione per le classi lavoratrici occupandosi delle classi meno fortunate. Assessore Tecnico della Sanità della Regione Sardegna nell'84-'85, unico periodo in cui lascia la clinica, dà la sua impronta culturale al primo Piano Sanitario Regionale riuscendo a superare le immaginabili difficoltà politiche.

Ora non cadere nella retorica diventa difficile, il Professore non me lo perdonerebbe, vista l'ironia che lo ha sempre caratterizzato, ma come non ricordarne, oltre alla vita dedicata alla medicina e la dedizione nei confronti dei bambini e delle famiglie, i suoi innumerevoli interessi culturali e sportivi, la

passione per il mare, l'amore che ha riservato ai suoi familiari, anche l'affetto, ricambiato, che ha sempre dimostrato, nei momenti che contano, per i colleghi e collaboratori della Neuropsichiatria Infantile.

Una grande personalità che non è possibile dimenticare quindi, di grande coerenza e integrità, che con generosità ci ha voluto trasmettere i suoi valori e le sue conoscenze e lasciato una visione della NPI, non solo in base alle patologie classicamente afferenti, quanto legata alle dinamiche dello sviluppo e dei suoi disordini che sono indissolubilmente neuropsichiatrici. Una visione globale della cura della persona che non è solo clinica ma politica e sociale, eredità di un maestro che è stimolo per tutti e che tutti dobbiamo impegnarci a portare avanti.

**Francesco Zoroddu**, *neuropsichiatra infantile*,  
U.O.S.D. Centro diagnosi e cura delle cefalee,  
AOU di Sassari.

## Dalla Sardegna alla California, uno straordinario cammino professionale tra ricerca e insegnamento

**H**o imparato a leggere prima di compiere due anni, grazie al lavoro di mia madre, insegnante di lettere nella scuola media, che ha messo in atto un particolare metodo d'apprendimento, il quale ha sviluppato in me l'amore per la lettura, lo studio e la conoscenza. Sono stata seguita anche da mio padre, che rafforzava gli stimoli allo studio. Da lui, infatti, ho appreso le prime nozioni della lingua inglese, sempre in età precoce. Mentre crescevo mi faceva capire che se si studia e si lavora con impegno, molti obiettivi, che appaiono sogni, possono essere realizzati. Ho sempre letto e studiato con passione e profitto. È stato al Liceo Classico Azuni che ho scoperto l'interesse per le materie scientifiche, in particolare la biologia e la chimica. Fu proprio all'ultimo anno del liceo che pensai di intraprendere lo studio della medicina, per capire i meccanismi attraverso i quali il corpo umano funziona, ma anche per avere una conoscenza approfondita delle malattie che affliggono l'uomo, per

di Manuela Raffatellu



provare un giorno a trovare dei rimedi. Ero consapevole che la ricerca scientifica in Italia fosse molto difficile, soprattutto per la mancanza di finanziamenti.

Nel 1994 iniziai quindi a studiare medicina con molto entusiasmo e profitto, ma senza avere un'idea precisa dell'indirizzo che avrei intrapreso. Fu durante il terzo anno di corso che scoprii l'interesse per la microbiologia. Frequentai il laboratorio di ricerca diretto dal professor Salvatore Rubino, che ebbe il merito di capire la mia inclinazione e capacità per la materia prima ancora che lo capissi io stessa. Nel dipartimento trovai un ambiente intellettualmente valido, con molte persone di talento, come ad esempio il Dr. Sergio Uzzau, allora ricercatore, oggi professore e amministratore unico del Porto Conte Ricerche e i professori Piero Cappuccinelli e Pierluigi Fiori. Nonostante interessi scientifici e formativi diversi avevano in comune una conoscenza dell'inglese molto buona e una rete di collaborazioni internazionali. Capii da subito che



La facoltà di medicina di Irvine (California)



Il laboratorio

avrei dovuto migliorare l'inglese e andare all'estero per la formazione.

La prima opportunità di lavorare all'estero arrivò nel 1998, quando feci domanda per un internato estivo in Danimarca nell'ambito del progetto Erasmus per facilitare gli scambi tra studenti di diversi Paesi. Trascorsi quindi l'estate in un laboratorio di Copenaghen, lavorando sull'antibiotico resistenza di ceppi di *Acinetobacter*. L'esperienza danese rinforzò il desiderio di imparare a fare ricerca e di partire.

Conseguita la laurea a 24 anni, ebbi l'incarico ufficiale, non retribuito, di insegnare microbiologia nel corso di scienze infermieristiche dell'Università di Sassari. Feci anche domanda per lavorare nel laboratorio del professor Andreas Bäumlér, della Texas A&M University a College Station, in Texas, che mi offrì un contratto di lavoro come postdoc. Nel maggio del 2002 presi il volo verso gli Stati Uniti per iniziare la mia avventura americana, pensando di fare un'esperienza di circa due anni.

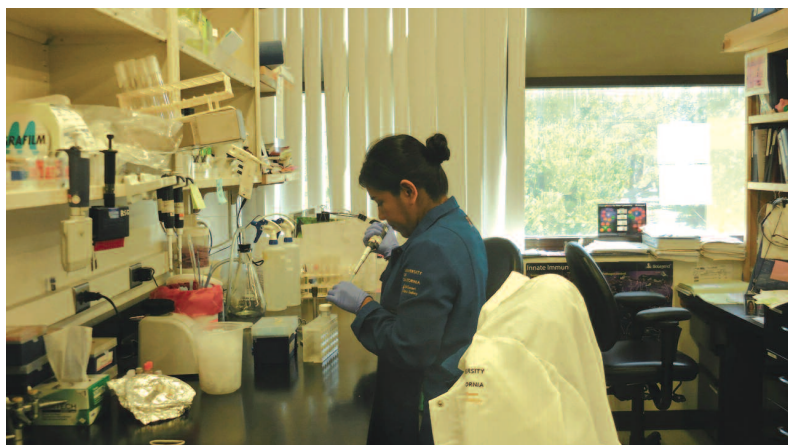
Mi accorsi da subito di trovarmi davanti a delle grosse opportunità in un Paese la cui forza è la valorizzazione del talento e del merito in tutti gli ambiti, incluso quello della ricerca scientifica. Rimasi quindi a lavorare nel laboratorio del professor Bäumlér sino al 2008, prima in Texas e poi all'Università della California a Davis, a nord di San Francisco, dove ci trasferimmo. Iniziai lo studio dei meccanismi attraverso i quali la *Salmonella* causa infiammazione intestinale e diarrea infiammatoria e i meccanismi della risposta

immunitaria intestinale durante le infezioni.

In seguito a studi intensi, riuscii nel 2008 a pubblicare come primo nome un articolo su *Nature Medicine*, in cui spiegammo il perché l'infezione con il virus dell'HIV favorisce la disseminazione della *Salmonella* dall'intestino ad altri organi. Scoprimmo che l'HIV uccide un particolare tipo di linfociti T helper che producono l'interleukina 17, le cosiddette cellule Th17. Queste cellule sono fondamentali per il reclutamento dei neutrofili nell'intestino durante l'infezione con agenti patogeni che causano una diarrea di tipo infiammatorio, inclusa la *Salmonella*. Poiché i neutrofili sono fondamentali per la lotta ai patogeni intestinali e non solo, la distruzione delle Th17 causata dal virus dell'HIV causa una riduzione del reclutamento dei neutrofili e una riduzione della funzione di barriera della mucosa intestinale. Di conseguenza, la *Salmonella* e altri batteri possono traslocare dall'intestino e colonizzare altri organi.

Nonostante l'importanza della risposta immunitaria intestinale alle infezioni, in quegli anni si iniziò a ipotizzare che l'infiammazione aiutasse la *Salmonella* e altri batteri patogeni a crescere nell'intestino. Iniziai quindi a lavorare sui meccanismi dell'immunità che, anziché ridurre la crescita della *Salmonella*, la facilitavano.

Nel frattempo, su esortazione del professor Bäumlér, iniziai a cercare lavoro come professore in tutti gli Stati Uniti. Mentre in Italia è molto comune fare tutta la carriera, dalla laurea all'ordinariato, nella



Postdoc al bancone

stessa università e nello stesso gruppo di ricerca, negli Stati Uniti questo è quasi impossibile. Nel 2007-2008 risposi a tantissimi annunci di lavoro per "Assistant Professor tenure track", ovvero per il primo grado di professore, in tutti gli Stati Uniti. In quegli anni pensai anche a rientrare in Italia, ma mi resi subito conto che le opportunità nel mio Paese erano completamente inferiori a quelle offerte dalle università degli Stati Uniti per attrarre i giovani talenti a restare, con possibilità per gli stessi di valorizzazione meritocratica e di finanziamenti per proseguire la ricerca. Ad esempio ebbi dei fondi start-up per iniziare il laboratorio intorno ai 700 mila dollari, un laboratorio tutto mio che è di circa 250 metri quadri, e la possibilità di essere valutata dopo 5-6 anni per avere la promozione a Professore Associato e il posto fisso.

Nell'Ottobre 2008, a soli 32 anni, dopo una selezione di circa 150 concorrenti, iniziai la mia carriera scientifica indipendente come professore all'Università della California a Irvine, una ridente città californiana a sud di Los Angeles e a dieci minuti dal mare. Passai i primi mesi a sistemare il laboratorio, a comprare tutte le strumentazioni necessarie, a scegliere il personale senza alcun condizionamento e in piena libertà. Incominciai anche a insegnare nei corsi di Immunologia e di Microbiologia agli studenti di medicina, con la soddisfazione di essere apprezzata al punto da essere premiata annualmente dagli studenti come uno dei loro insegnanti migliori.

Iniziai subito a scrivere progetti e richieste di sovvenzioni, molti dei quali furono finanziati. Mi ritrovai

così a gestire un budget di ricerca annuale di oltre 300 mila dollari e un laboratorio dalle cinque alle otto persone tra studenti di dottorato e post-doc, tutti molto bravi e motivati. Pubblicammo dei pregevoli articoli su ottime riviste scientifiche, che fecero conoscere il mio nome a livello nazionale e internazionale. In particolare, scoprimmo che la Salmonella prolifera nell'intestino infiam-

mato perché è resistente all'azione di alcuni peptidi antimicrobici, come la lipocalina 2 e la calprotectina. Queste proteine tentano di sequestrare metalli essenziali per i batteri. In particolare, la lipocalina 2 sequestra il ferro, mentre la calprotectina si lega allo zinco e al manganese, con lo scopo di evitare che i patogeni utilizzino questi metalli per crescere. Purtroppo, però, la Salmonella e altri patogeni sono resistenti all'azione di questi antibiotici naturali, e si replicano benissimo nell'intestino infiammato. Il nostro lavoro ci porta anche a ipotizzare che, se l'intestino è infiammato come nelle malattie infiammatorie intestinali, certi batteri riescano a crescere in questo ambiente perché sono resistenti alla lipocalina 2 e alla calprotectina. Infatti, queste proteine aumentano nell'intestino infiammato e, in particolare modo, la calprotectina è spesso usata come indicatore di infiammazione intestinale. Data l'importanza del ferro, dello zinco e del manganese per la proliferazione dei batteri patogeni, stiamo quindi provando a sviluppare nuovi farmaci e vaccini per bloccare l'acquisizione di questi metalli. In particolare, assieme ad una collega del MIT, la professoressa Elizabeth Nolan, abbiamo brevettato un nuovo vaccino per bloccare l'acquisizione del ferro da parte della Salmonella e di altri batteri.

In soli tredici anni negli Stati Uniti, sono riuscita a realizzare molto di più di quanto pensassi. Insieme al ruolo di professore in una facoltà di medicina tra le migliori al mondo, al lavoro di coordinamento dei miei collaboratori del laboratorio e a una mia linea di ricerca, sono arrivate anche delle gratificazioni



importanti. Oltre ai finanziamenti del National Institute of Health (il ministero della salute americano), ho anche ottenuto diversi premi e riconoscimenti prestigiosi (ad esempio, dalla Società Americana di Microbiologia - cinque premiati a livello mondiale - , dalla Società Americana di Malattie Infettive - due premiati a livello nazionale - e dal Burroughs Wellcome Fund - seconda italiana a ricevere detto riconoscimento). Inoltre, vengo continuamente invitata a tenere seminari sul mio lavoro in tutto il mondo, da Taiwan, al Messico, all'Australia, alla Svezia, all'Inghilterra, per citare alcuni inviti recenti. Viaggio molto per lavoro anche negli Stati Uniti, e ho tenuto seminari in atenei prestigiosissimi come Stanford e UC Berkeley.

Poiché faccio in media uno o due viaggi di lavoro al mese, sono ormai abituata a lavorare in aereo, negli aeroporti e negli hotel. Il mio bagaglio a mano è sempre pronto con l'essenziale per partire e mi sto finalmente abituando ai cambi di fuso orario frequenti.

Nonostante il mio lavoro sia parecchio impegnativo, sono felicissima della mia scelta. Fare ricerca e insegnare ai giovani medici e ricercatori è molto di più di un lavoro entusiasmante, è una missione. Quando gli esperimenti funzionano, quando iniziamo a capire il funzionamento dei batteri e del nostro sistema immunitario, quando la nostra creatività ci porta verso nuove strade e possibili cure, allora siamo ripagati di tutti i sacrifici che facciamo.

Mi rendo conto che il mestiere di scienziato e di professore in un'università americana non sia adatto

a tutti, perché richiede una passione ed una dedizione totale per avere successo. E' considerato normale lavorare in media dieci ore al giorno e diverse ore anche nel fine settimana. Inoltre, in un sistema basato sul merito, c'è sempre chi è il migliore e risulta vincitore (di una borsa, di un finanziamento) e chi perde. Infatti, penso che accettare le sconfitte sia stata una delle cose più difficili che ho dovuto imparare. Tutti i migliori scienziati con cui ho avuto a che fare hanno avuto dei problemi a ottenere finanziamenti per il loro lavoro, e difficoltà a fare pubblicare propri articoli. Riuscire ad accettare gli alti e i bassi di questo mestiere e rialzarsi dopo le inevitabili cadute è fondamentale per avere successo.

Ai giovani colleghi e studenti che vogliono intraprendere la strada della ricerca scientifica consiglio anche di imparare bene l'inglese, che è la lingua della scienza, e di fare esperienze all'estero. Se si è bravi, le opportunità di crescere, di migliorare e di fare carriera non mancheranno. L'unica nota negativa è che potrebbe essere complicato rientrare in Italia, soprattutto perché è molto difficile lasciare alle spalle tutto ciò che si è faticosamente conquistato.

**Manuela Raffatelli** è *M.D. professore associato di Microbiologia e Genetica Molecolare: membro dell'Istituto di Immunologia, Università della California a Irvine, Facoltà di Medicina.*  
Irvine, California 92617-4025  
Email: manuelar@uci.edu



Scorcio dell'Università di Irvine (California)

# Prime esperienze con il sistema di infusione intraperitoneale di insulina

## Vie di somministrazione della insulina

La somministrazione di insulina in continuo per la via intraperitoneale (CIPII) è una via alternativa alla somministrazione continua per via sottocutanea (CSII) o alle classiche iniezioni multiple con le penne (MDI), ma è una tecnica ancora poco conosciuta e utilizzata.

Raggiungere il goal di avere delle glicemie più vicine possibili ai livelli normali per evitare le complicanze micro-macrovascolari della malattia diabetica, senza aumentare la frequenza delle ipoglicemie con tutti i possibili effetti acuti e cronici, è ancora oggi una sfida a volte molto difficile. In più il raggiungere questi due obiettivi è fondamentale per ottenere una buona qualità di vita. I sistemi MDI o CSII si avvicinano a questo goal, ma il target della emoglobina glicata difficilmente viene raggiunto e si stima che le ipoglicemie siano, per i due sistemi, nell'ordine di 16 episodi /100 pazienti/anno e 12 epi-

sodi/100 pazienti /anno rispettivamente. Nella terapia MDI gli analoghi rapidi dell'insulina ci avvicinano ad avere buone emoglobine glicate con riduzione degli eventi ipoglicemici, mentre gli analoghi lenti, pur riducendo le ipoglicemie, raramente raggiungono da soli il goal della glicata. La somministrazione di insulina in via continua intraperitoneale (CIPII) è un sistema più fisiologico di somministrazione, riducendo l'iperinsulinemia periferica che si verifica con la somministrazione sottocutanea (MDI e CSII), riduce le ipoglicemie a una quota di circa 2-4/100 pazienti/anno con una buona resa sul compenso metabolico glicemico. Questo avviene oggi con i nuovi sistemi di CSII e soprattutto con il sistema di pompe impiantabili che vengono sistemate nel sottocute (come un pacemaker) e che somministrano insulina attraverso un catetere intraperitoneale, con un assorbimento che quindi non avviene più per via sottocutanea, ma dal peritoneo (più velocemente e più costantemente rispetto all'assorbimento sottocutaneo). Il sistema impiantabile è poco diffuso perché presenta diversi svantaggi, come l'utilizzo di insuline ad alta concentrazione, per aumentare la stabilità dell'insulina che rimane a temperatura più elevata per lunghi periodi di tempo. Tra gli svantaggi si registra la necessità di fare un piccolo intervento chirurgico per fissare la pompa in una tasca sottocutanea; inoltre la ricarica della pompa impiantabile è un evento invasivo che non può essere eseguito dal paziente, ma solo da personale specializzato. Per questi motivi è stato sviluppato un sistema che, tramite una pompa esterna portatile per l'infusione continua di insulina (identica a quella



Giancarlo Tonolo con l'equipe di diabetologi, chirurghi e anestesisti che ha preso parte ai primi due interventi.



Lipoipertrofia in uno dei due pazienti (paziente 2)

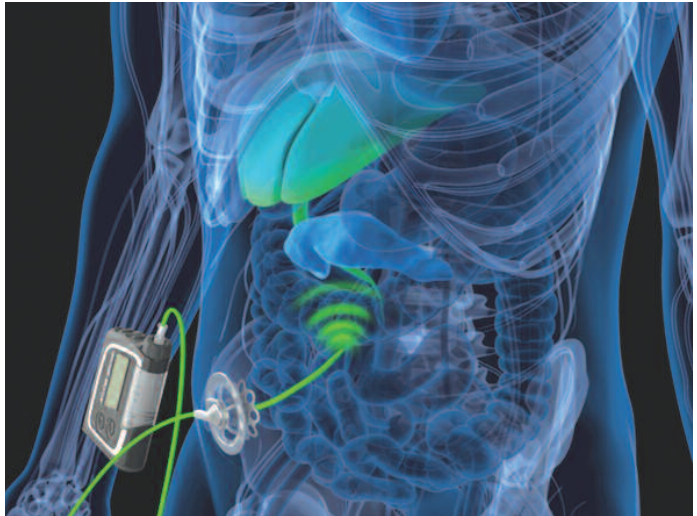
comunemente usata per il CSII) connessa a un catetere intraperitoneale, permette di infondere in continuo l'insulina in una via come già detto più fisiologica (sistema DiaPort). Questo sistema, rispetto alle pompe impiantabili, ha il vantaggio che il paziente può operare sulla pompa da solo (sostituzione batterie, riempimento periodico con la insulina etc). In caso di ostruzione del catetere, le metodiche per la disostruzione di un sistema impiantabile sono molto complicate, mentre il catetere intraperitoneale nel sistema DiaPort può essere cambiato in modo semplice tramite l'utilizzo di una guida senza dover ricorrere alla sala operatoria. In questi sistemi l'insulina utilizzata è di solito l'insulina umana regolare dato che viene meno la necessità di utilizzare analoghi rapidi dell'insulina, essendo l'assorbimento per via intraperitoneale molto più rapido di quello che avviene a livello sottocutaneo.

Il sistema Accu-Chek DiaPort è un sistema pensato per l'infusione intraperitoneale, vale a dire l'infusione di insulina nella cavità peritoneale tramite un microinfusore esterno e un set di infusione. È composto da un corpo metallico

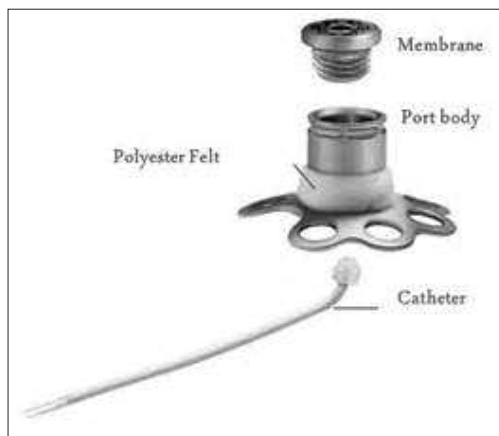
(in titanio) e da un catetere che viene inserito nell'addome. L'ingresso del port sporge di circa 5 millimetri rispetto alla superficie della cute, mentre una piastra a forma di fiore viene posizionata sotto la cute, per garantire maggiore stabilità al port. Si tratta della soluzione ideale per i soggetti diabetici che non traggono i pieni benefici dalla terapia con infusione di insulina. In particolare se ne avvantaggiano quelli che hanno una forte resistenza cutanea all'insulina o condizioni di lipodistrofia tali da rendere non costante l'assorbimento della insulina infusa sottocute.

Quali pazienti quindi possono trarre vantaggio dall'uso del port? Il port rappresenta una soluzione adatta per i pazienti in presenza di una delle seguenti condizioni:

- Resistenza all'insulina somministrata per via sottocutanea;
- Pazienti diabetici nei quali è impossibile ottenere i livelli target di HbA1c con la terapia insulinica sottocutanea, se non a scapito di un aumento della frequenza degli episodi ipoglicemici per una estrema variabilità di assorbimento dell'insulina dal sottocute;
- Elevato fabbisogno di insulina con una marcata resistenza alla insulina;
- Disturbi cutanei che interferiscono con la somministrazione sottocutanea di insulina come lipodistrofia (lipoipertrofia oppure lipoatrofia).



Schema del sistema DiaPort con la cannula intraperitoneale e il set di infusione esterno collegato



Il sistema DiaPort che si fissa alla cute con il catetere intraperitoneale

- Marcate oscillazioni della glicemia e del fabbisogno insulinico durante la terapia insulinica sottocutanea
- Allergie ai materiali necessari per la somministrazione sottocutanea di insulina (ad esempio acciaio, nichel oppure autoadesivi)

## Vantaggi e svantaggi della terapia con il sistema Accu-Chek DiaPort

### Vantaggi

La terapia con il port presenta i seguenti vantaggi:

- Contrariamente alle iniezioni sottocutanee o alla terapia sottocutanea con microinfusore, l'insulina viene rilasciata mediante un catetere nella cavità peritoneale e raggiunge più rapidamente il fegato, tramite il circolo portale, entrando in azione in pochi minuti.
- L'impiego di questo metodo può garantire un migliore controllo del diabete, riducendo in particolare la frequenza degli eventi ipoglicemici gravi dovuti alla variabilità di assorbimento dal sottocute.
- Si riduce il rischio di cali bruschi e inattesi della glicemia.
- Poiché l'insulina viene erogata direttamente mediante il port, non vi è più la necessità di cambiare il sito di infusione ogni 2/3 giorni

### Svantaggi

L'infusione insulinica intraperitoneale continua mediante port presenta i seguenti svantaggi:

- Sussiste il rischio di infiammazione attorno al port, in particolare nel periodo immediatamente successivo all'impianto. È tuttavia possibile ridurre il rischio di infezione adottando, nel post-impianto, le precauzioni consigliate.
- Possono svilupparsi aderenze all'interno della parete addominale, con conseguente dolore. Può verificarsi una crescita eccessiva di tessuto sulla

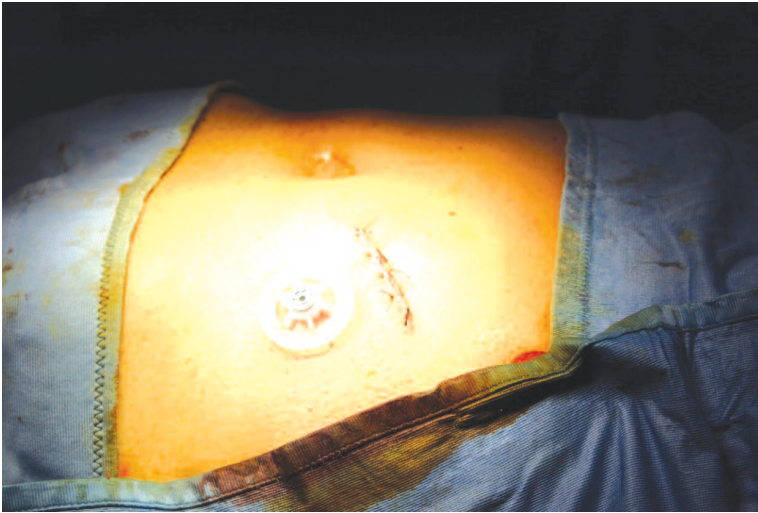
porzione intraperitoneale del catetere del port, frequentemente sulla punta del catetere. In questo caso, si rende talvolta necessaria la sostituzione del catetere.

- Una volta posizionato nella cavità intraperitoneale, il catetere può bloccarsi (un evento noto come "occlusione").
- In caso di infezioni gravi o ricorrenti il port deve essere rimosso.

Naturalmente il sistema non trova indicazione per tutti i pz diabetici, ma si ritaglia uno spazio di ap-



Un momento dell'intervento: il port esterno è già fissato alla cute e si introduce il catetere intraperitoneale



**Intervento concluso: il port è in posizione**

plicazione in quei pz che, per le più svariate problematiche, in primis una estrema insulinoresistenza periferica, si possono giovare di un nuovo supporto medico.

La somministrazione dell'insulina per via peritoneale permette un più rapido e costante assorbimento. Cambia pertanto la strategia infusionale, che diventa in un certo modo paragonabile a una infusione ev con boli sempre a fine pasto (l'insulina

entra in circolo in 2-3 minuti invece che 15-20 dei sistemi sottocutanei) e una maggiore attenzione alla gestione alimentare-comportamentale della patologia diabetica. Bisogna anche considerare che durante la CSII la disconnessione del set infusionale permette una autonomia di circa 2-3 ore (dato il deposito sottocutaneo di insulina), cosa che non avviene con l'infusione via DiaPort. Il posizionamento del catetere intraperitoneale DiaPort permette di superare

le resistenze nei meccanismi di assorbimento periferico, portando a una riduzione del dosaggio insulinico e a una più regolare somministrazione, con prevedibile vantaggio anche in termini di incremento ponderale.

## Prime esperienze con il sistema DiaPort

*I nostri pazienti:* Il primo, francamente obeso, BMI 48,3 e una spiccata insulino-resistenza periferica, il secondo, con importanti lipodistrofie addominali e frequenti ipoglicemie, ambedue in terapia con microinfusore di insulina (vedi tabella 1).

Entrambi sono stati sottoposti a preliminare valutazione psicologica, mediante colloquio e somministrazione di test psicologici (MMPI test ad ampio spettro che misura le principali caratteristiche di personalità e i disordini di tipo emotivo, lo Stay-Y per rilevare e misurare l'ansia di stato e l'ansia di tratto e il BDI-II che consente di valutare la gravità



**Una settimana dopo l'intervento (paziente 1)**

della depressione) visita chirurgica preliminare e consulenza anestesiológica antecedentemente all'intervento.

Il posizionamento del dispositivo, a opera dei chirurghi dott. Giampiero Cossu e Daniele Bertolu, dell'UOC di chirurgia diretta dal dott. Luigi Presenti di Olbia, con il supporto anestesiológico garantito dal dott. Franco Pala (direttore della SC di Anestesia e Rianimazione di Olbia), si è svolto nella massima sicurezza per i pz e senza nessuna complicazione post chirurgica, con dimissione degli stessi in terza giornata e una completa e assoluta ripresa delle normali condizioni di vita, fatti salvi alcuni giorni di riposo.

I pazienti, attentamente istruiti sulle tecniche di gestione del DiaPort, sono in contatto telefonico diretto h24 con il personale della diabetologia, al quale fanno riferimento per le svariate necessità e per gli adeguamenti terapeutici necessari alla ottimizzazione del nuovo dispositivo medico.

A una settimana dall'impianto al paziente obeso è stata sospesa tutta la terapia orale (metformina e acarbiosio) e il dosaggio insulinico è ridotto al 50% circa, mentre nel secondo pz il dosaggio insulinico è stato ridotto del 30% circa, con una realistica previsione di ridurlo ulteriormente se non si registra nessuna ipoglicemia.

Ambedue i pazienti sono sottoposti a un monitoraggio continuo della glicemia tramite sensori cutanei che rilevano le oscillazioni glicemiche a livello interstiziale, questo per garantire un controllo assoluto dell'andamento glicemico e mappare costan-

temente sia la terapia che la glicemia.

Nel tempo valuteremo l'efficacia di tale trattamento in questi due pazienti, con caratteristiche cliniche particolari, seppure i risultati preliminari appaiano particolarmente buoni, consapevoli che una nuova frontiera nella terapia del diabete è stata varcata e valutando anche la possibilità in futuro di operare la chiusura dell'ansa. Inoltre verrà intrapreso anche un piccolo studio per valutare l'utilità di questo sistema in termini di costo-efficacia e costo-utilità, anche con l'utilizzo di questionari scritti che indichino individualmente il livello di benessere/salute generato.

Attualmente nel mondo ci sono 20 centri che sono in grado di eseguire questo tipo di intervento con circa 300 pazienti e in Italia siamo stati i primi a utilizzare la seconda generazione di DiaPort, più sicura dal punto di vista della prevenzione delle infezioni peritoneali e cutanee.

Questo nuovo sistema DiaPort è naturalmente, come già detto, indicato solo per aiutare quei pazienti che hanno una estrema insulino-resistenza o problemi cutanei che rendono l'assorbimento della insulina estremamente variabile, sfruttando la via di assorbimento peritoneale. Al momento il nostro centro è pronto a ricevere pazienti anche da altre ASL per sottoporsi a questa procedura.

**Ilario Carta, Antonello Carboni, Maura Ledda, Giancarlo Tonolo** fanno parte della SC Diabetologia aziendale, ASL 2 Olbia

PAZIENTE	IMC	MDI		MICROINFUSORE SOTTOCUTE		MICROINFUSORE DIAPORT	
		INSULINA UI	IPO	INSULINA UI	IPOGLICEMIE	INSULINA UI	IPOGLICEMIE
1	48.3	98	NO	46	NO	24	NO
2	26.6	82	SI	50	NO/SI	42	NO

TABELLA 1

Fabbisogno insulinico nei due pazienti nelle varie fasi di terapia insulinica (MDI,CSII e CIPII)  
IMC= indice di massa corporea.

Il paziente 1 ha ridotto la quantità giornaliera di insulina di circa il 50% rispetto alla terapia con microinfusore sottocutaneo (75% rispetto alla terapia tradizionale con le penne) il secondo paziente ha ridotto la quantità di insulina di circa il 30% rispetto alla terapia con microinfusore sottocutaneo (50% rispetto alla terapia con le penne) con scomparsa degli episodi di ipoglicemia.

# Infezioni sessualmente trasmissibili: la subdola clamydia

Le infezioni trasmesse per via sessuale (STI, *Sexually Transmitted Infections*), un tempo note come malattie a trasmissione sessuale (STD, *Sexually Transmitted Diseases*) o malattie veneree, sono un vasto gruppo di malattie infettive causate da patogeni che possono essere acquisiti e trasmessi mediante l'attività sessuale. Esse sono diffuse in tutto il mondo e ogni anno interessano 448 milioni di persone, principalmente in Africa e nelle regioni del Pacifico occidentale dove in particolare si registrano più di 100 milioni di casi. Come riportato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), oggi si riconoscono oltre 30 diversi patogeni, tra batteri, virus, protozoi, funghi ed ectoparassiti, responsabili di STI. Tra questi *Chlamydia trachomatis* è una delle cause più comuni di STI in tutto il mondo. *C. trachomatis* è un batterio Gram-negativo, parassita endocellulare obbligato di forma rotondeggiante o ovolare, incapace di produrre ATP di cui deve necessariamente approvvigionarsi a spese della cellula parassitata. Appartiene alla famiglia delle *Chlamydiaceae*, della quale fanno parte anche le specie *C. pneumoniae*, *C. psittaci* e *C. pecurum*. Gli involucri esterni della *C. trachomatis* sono quelli caratteristici dei bat-

di Stefania Zanetti



teri Gram-negativi, con una seconda membrana che, nella porzione esterna, presenta la componente lipolisaccaridica (LPS) e alcune proteine che fungono da porine chiamate MOMP (*Major Outer Membrane Proteins*). La porzione polisaccaridica del LPS presenta caratteri antigenici comuni con altri batteri Gram negativi, mentre nelle MOMP sono presenti antigeni specie-specifici e sulla base di questi ultimi, nell'ambito della specie di *C. trachomatis*, si distinguono 15 serovar che incidono diversamente nelle diverse forme cliniche sostenute da questa specie e con diverso spettro di patogenicità.

I serovar A, B, Ba e C sono responsabili del tracoma endemico, una grave cheratocongiuntivite cronica, tipica dei paesi con gravi carenze igieniche. Nei paesi in via di sviluppo rappresenta la seconda causa di

infezione. I serovar D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z, sono responsabili di diverse forme di infezione delle vie respiratorie e genitali.

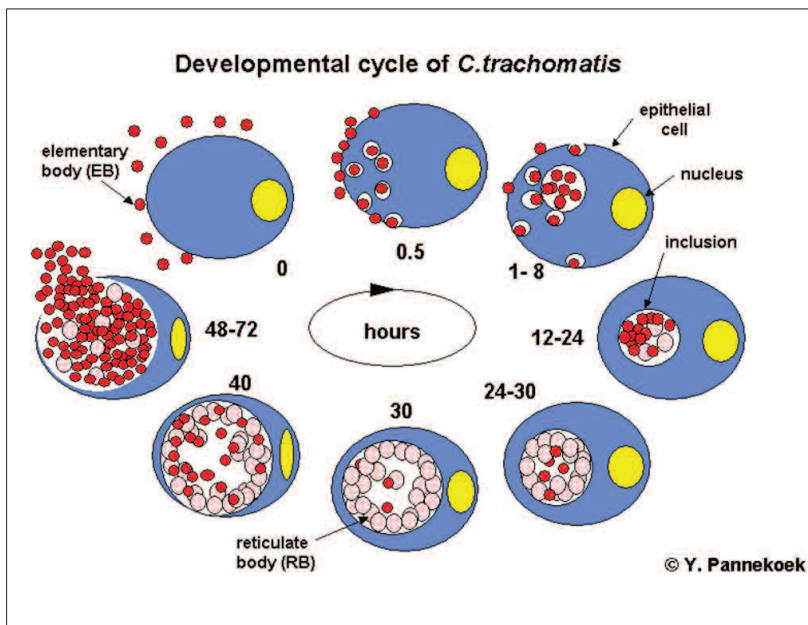


Figura 1: Ciclo vitale di *C. trachomatis*

cecità dopo la cataratta. I serovar D, E, F, G, H, I, J, K sono tra i più comuni agenti etiologici di infezioni genitali.

Una peculiarità dell'involucro esterno di *C. trachomatis*, e delle chlamydie in genere, è l'assenza della componente peptidoglicanica della parete cellulare, di norma sostituita da uno strato di proteine ricche in cisteina. Alla particolarità degli involucri esterni sembra essere collegata la capacità delle chlamydie di impedire la fusione del fagosoma e la scarsa o nulla sensibilità agli antibiotici beta-lattamici. *C. trachomatis* presenta un ciclo vitale dimorfico con una fase intracellulare caratterizzata dai Corpi Reticolari (RB: non infettivi), e una fase extracellulare caratterizzata dai Corpi Elementari (EB: infettivi) (Figura 1).

L'OMS stima che ogni anno nel mondo si registrano circa 90 milioni di nuovi casi di STI causate da *C. trachomatis*. Il maggior numero di infezioni si registra nei paesi in via di sviluppo (Africa e Asia); in Europa è stata registrata un'incidenza di 199 casi per 100.000 abitanti, mentre in Italia nel 2012 sono stati riportati 469 casi.

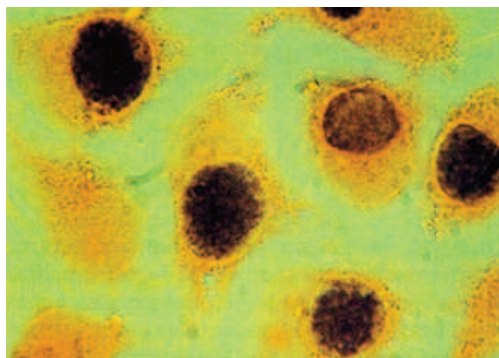
Tuttavia i dati diffusi sono sottostimati sia perché in molti casi l'infezione è asintomatica sia perché non in tutti i paesi l'infezione viene notificata. I fattori di rischio per l'acquisizione dell'infezione da *C. trachomatis* sono diversi; in primo luogo è stato osservato che le donne appaiono 3.5 volte più suscettibili degli uomini sia all'infezione che alle sue complicanze; inoltre i maggiori casi di infezione si verificano in persone che hanno un elevato numero di partner sessuali o che hanno partner sessuali oc-

casionali, in soggetti HIV positivi, e nei rapporti sessuali non protetti.

*C. trachomatis* si trasmette attraverso i rapporti sessuali di ogni tipo e per passaggio diretto dalla madre infetta al feto o al neonato, durante la gravidanza o il parto causando aborto spontaneo, nascita prematura, basso peso del bambino alla nascita, prematura rottura delle membrane. Nel neonato l'infezione si manifesta come un'infezione agli occhi e all'apparato respiratorio causando congiuntivite e polmonite. L'infezione da *C. trachomatis* è spesso asintomatica nel 70-80% delle donne e nel 25-30% degli uomini. A seguito dell'infezione, nella donna possono verificarsi cervico-vaginiti, malattia infiammatoria pelvica (MIP) che, se non trattata, può causare, a sua volta, lo sviluppo di lesioni cicatriziali che sono all'origine dell'occlusione tubarica con conseguente sterilità e un aumentato rischio di gravidanze extra-uterine. Altre complicanze dell'infezione da *C. trachomatis* nella donna sono la Sindrome di Fitz Hugh Curtis, una periepatite che si sviluppa nel 3-10% delle donne affette da MIP acuta. Nell'uomo invece le principali conseguenze dell'infezione da *C. trachomatis* sono: uretriti, epididimiti, prostatiti e sterilità conseguente ad alterazioni sugli spermatozoi. In entrambi i sessi si osservano inoltre linfogranuloma venereo e l'artrite reattiva, nota come Sindrome di Reiter.

La diagnosi delle infezioni uro-genitali da *C. trachomatis* può essere effettuata mediante tecniche dirette e indirette. Delle prime fanno parte l'isolamento del microrganismo in colture cellulari, i metodi di immunofluorescenza, le tecniche immunoenzi-

(A)



(B)

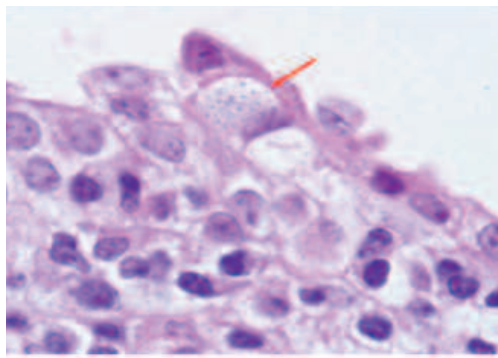


Figura 2: Isolamento in coltura cellulare di *C. trachomatis*. Colorazione di Lugol (a) e Giemsa (b).



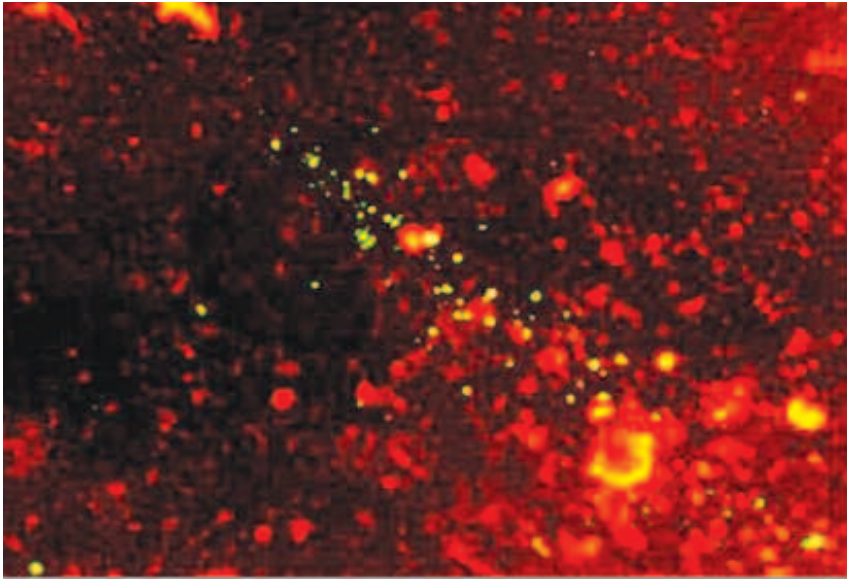


Fig. 2: Immunofluorescenza diretta (DFA) con anticorpi monoclonali

matiche e quelle di biologia molecolare. La diagnosi indiretta si basa sull'indagine sierologica che permette di ricercare gli anticorpi circolanti specifici. La sensibilità di ogni metodica dipende dalla popolazione di pazienti esaminata, dal sito da cui il campione è prelevato e dalla natura della malattia. Ad esempio, le infezioni sintomatiche sono generalmente più facili da diagnosticare delle infezioni asintomatiche, poiché nel campione prelevato è presente un maggior numero di microrganismi. Inoltre anche la qualità del campione è importante. Le clamidie infettano le cellule colonnari e/o squamo-colonnari; perciò, nella donna, dovrebbero essere raccolti campioni endocervicali e non vaginali. Nell'uomo il campione di elezione è il liquido seminale, tuttavia è stato osservato che buoni risultati sono stati ottenuti utilizzando campioni di urina del primo getto. Per l'accertamento diagnostico delle infezioni da *C. trachomatis* l'esame colturale è considerato il gold standard.

La coltura cellulare è un test multifase che prevede l'incubazione delle colture cellulari con il campione clinico e la fissazione con anticorpi monoclonali fluorescinati che permettono di rilevare *C. trachomatis* mediante osservazione microscopica a fluorescenza delle sue inclusioni intracellulari tipiche (Figura 2). Queste contengono glicogeno e si colo-

rano di bruno-violetto quando trattate con lo iodio. Per quanto questa tecnica fornisca la prova inconfutabile della presenza di *C. trachomatis* non è mai stata una metodica di routine perché decisamente complessa e costosa. Inoltre, pur avendo una specificità del 100%, la sua sensibilità varia dal 50 al 90%. La sensibilità è legata al numero di mi-

croorganismi presenti nel campione e al loro stato replicativo. Una terapia antibiotica, il tipo di campione (urine, liquido seminale), la cattiva conservazione dei prelievi possono portare a risultati falsamente negativi. Un'altra metodica di diagnosi diretta è quella di immunofluorescenza, dove sono impiegati anticorpi monoclonali marcati con sostanze fluorescenti che permettono la rilevazione degli antigeni specifici MOMP. Gli anticorpi impiegati evidenziano i corpi elementari extracellulari che appaiono rotondeggianti e dalla brillante fluorescenza verde mela. Questa metodica ha diversi vantaggi tra cui la rapidità, non necessita di microrganismi vivi, l'alta sensibilità e specificità (l'80-90% e 98-99% rispettivamente). Tuttavia la lettura del preparato è soggettiva e la tecnica non può essere effettuata su tutti i tipi di campioni. La diagnosi diretta di *C. trachomatis* può essere effettuata anche con saggi immunoenzimatici (EIA) che rilevano il LPS. I saggi EIA consentono una diagnosi rapida, sono automatizzabili e standardizzabili, tuttavia possono dare reazioni di cross-reattività con il LPS di altri batteri Gram negativi. I test di diagnosi molecolare, avendo una sensibilità e una specificità superiore rispetto alle altre tecnologie esistenti, sono oggi particolarmente raccomandati per il rilevamento delle infezioni da *C. trachomatis*. Il target molecolare è il plasmide

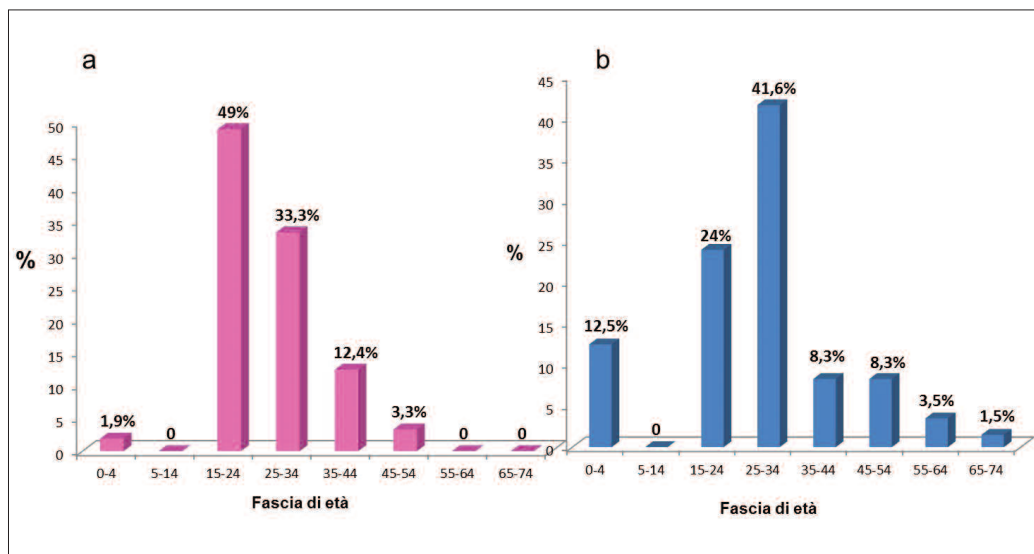


Figura 3: Percentuale di isolati di *C. trachomatis* nelle femmine (a) e nei maschi (b) in base alla fascia di età

criptico di 7 Kbp identificato a seguito del sequenziamento del genoma di *C. trachomatis* effettuato nel 1998. I test molecolari, eseguibili su diversi tipi di campioni clinici, possono essere effettuati con metodiche "in house" o con kit commerciali, più costosi ma standardizzati e più sensibili. Infatti è stato dimostrato che, a parità di specificità, i kit commerciali hanno una sensibilità del 95% rispetto al 65% di quella dei test "in house". La sierodiagnosi si basa sulla ricerca di anticorpi delle classi IgG, IgA e IgM utilizzando tecniche di immunofluorescenza indiretta, immunoperossidasi o immunoenzimatiche.

Nel Laboratorio di Microbiologia dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari dal 2005 al 2014 sono stati analizzati 11.996 campioni clinici per la ricerca di *C. trachomatis* (urine, tamponi cervicali, vaginali, uretrali, liquido seminale). I prelievi sono stati effettuati nell'86% dei casi da donne e nel 14% da uomini e il campione più rappresentativo è stato il tampone cervico-vaginale. La positività riscontrata, dopo identificazione molecolare, è stata del 2.2%, dato che rispecchia la percentuale rilevata in ambito nazionale. Pur trattandosi di dati grezzi non elaborati statisticamente, quello che è emerso dall'indagine svolta è che nelle donne il maggior numero di positività, pari al 49%, è stato riscontrato nell'età compresa tra i 15-24 anni (Figura 3a). Negli uomini il 41.6% delle positività è stata rilevata nella fascia di età compresa fra i 25-34 anni (Figura 3b). In consi-

derazione che la fascia di età maggiormente interessata per le infezioni da *C. trachomatis* è quella giovanile è molto importante rivolgere a questi delle campagne informative sulle infezioni trasmesse sessualmente, sui fattori di rischio e attività di educazione alla salute sessuale (usare correttamente il condom, limitare il numero di partner). L'OMS ha sottolineato che la prevenzione delle infezioni da *C. trachomatis* e delle altre STI è un obiettivo prioritario di sanità pubblica. A questo proposito è fondamentale sia sviluppare programmi di sorveglianza e introdurre nella pratica clinica opportune linee guida, che educare e informare la popolazione attraverso campagne di sensibilizzazione. L'informazione e l'educazione si devono inoltre accompagnare a misure di identificazione delle persone infette attraverso lo sviluppo di programmi di screening e test gratuiti per i giovani. Allo stato attuale sarebbe importante focalizzare l'attenzione dell'opinione pubblica sul problema STI attraverso una corretta informazione, su come queste infezioni si possono prevenire, sull'esistenza di un test per diagnosi certa. Pertanto l'informazione e l'educazione rivolta ai giovani dovrebbe servire a indirizzarli verso stili di vita e comportamenti idonei a preservare la loro salute.

**Stefania Zanetti** è professore ordinario di Microbiologia, Dipartimento di Scienze Biomediche, Università degli studi di Sassari

## Febbre eruttiva del Mediterraneo in Sardegna: recenti studi epidemiologici

Le Rickettsiosi sono causate da batteri intracellulari obbligati del genere *Rickettsia*, trasmessi all'uomo principalmente dal morso di artropodi. La febbre eruttiva del Mediterraneo (FEM) rappresenta il prototipo delle malattie da *Rickettsia* riscontrate nel bacino del Mare nostrum, specialmente in Sicilia e in Sardegna.

La FEM viene trasmessa da diverse specie di zecche dure e soprattutto da *Rhipicephalus sanguineus*, un parassita abituale di cani e altri animali domestici e selvatici (conigli, lepri, ovini, caprini e bovini). L'agente patogeno della febbre bottonosa del Mediterraneo è rappresentato dalla *Rickettsia conorii*.

La malattia ha un periodo di incubazione compreso fra 5 e 7 giorni dopo il morso della zecca infetta; l'esordio è improvviso, con sintomi simili influenzali (febbre elevata accompagnata da brividi, astenia, cefalea, malessere generale). Dal terzo al quinto giorno dopo la comparsa della febbre compare un esantema maculo-papuloso che inizia a livello degli arti e interessa anche le piante dei piedi e i palmi delle mani (Figura 1). Questo è il

di Giordano Madeddu



sintomo della vasculite dovuta all'infezione. Nella sede del morso della zecca può comparire un'escara nerastra definita *tache noir* (Figura 2) che rappresenta il segno patognomonico della malattia e che spesso si accompagna a linfadenopatia satellite. La mortalità è generalmente bassa (inferiore al 3%) anche in assenza di terapia. Le persone a rischio maggiore sono quelle in condizioni di salute già compromesse. La FEM può portare complicazioni a carico del sistema

cardiovascolare, renale e del sistema nervoso centrale. La terapia si basa sull'uso di tetracicline (doxiciclina) da continuare per tutta la durata della febbre e per almeno 3 giorni dopo la sua scomparsa.

La diagnosi di laboratorio si basa comunemente sull'identificazione della risposta anticorpale specifica per *R. conorii*. Le metodiche più utilizzate includono l'immunofluorescenza indiretta e l'ELISA. La reazione di Weil-Felix, poco sensibile e specifica, non dovrebbe più essere utilizzata per la conferma diagnostica dell'infezione.

Recentemente l'attenzione del mondo scienti-



Figura 1: Esantema maculo papuloso interessante le palme delle mani e gli arti inferiori in due casi di Febbre Eruttiva del Mediterraneo.



Figura 2: Tache noire in una paziente affetta da Febbre Erttiva del Mediterraneo.

fico e medico nei confronti delle malattie simil-FEM è stata rinnovata dalla recente identificazione di nuove specie patogene per l'uomo.

Fino al 2002, infatti, la FEM era considerata associata alla sola *Rickettsia conorii* in tutta Europa. Lo sviluppo di tecniche molecolari ha permesso successivamente di identificare diverse specie patogene per l'uomo incluse *R. monacensis*, recentemente identificata come patogeno responsabile di zoonosi, *R. massiliae*, e *R. aeschlimannii*. *Rickettsia Helvetia*, inoltre, è stata associata a casi di febbre con o senza esantema, meningiti e carditi. Altre rickettsiosi veicolate da zecche, quali la rickettsiosi associata a linfadenopatia (LAR) causata da *R. sibirica mongolitimonae* sono state diagnosticate in diversi paesi Europei.

*Rickettsia slovacca*, *R. raoultii* e *R. rioja*, inoltre, sono state riconosciute come causa dell'Eritema veicolato dalla zecca *Dermacentor* e a casi di linfadenopatia veicolata da zecche. I cambiamenti climatici e l'antropizzazione di ambienti precedentemente rurali hanno favorito il ciclo biologico e la diffusione dei vettori anche in Sardegna.

In Sardegna la FEM è endemica con incidenza pari a circa 10 su 100.000 abitanti per anno. La malattia, a seconda della gravità dei sintomi e della compromissione del paziente, può essere gestita a domicilio anche se spesso richiede il ricovero ospedaliero.

La FEM, da sempre associata all'infezione da *R. conorii*, può essere causata da altre *Rickettsia*. Recentemente, infatti, grazie alla collaborazione instaurata tra l'UOC di Malattie Infettive della AOU di Sassari, diretta dalla prof.ssa Maria Stella Mura, e l'Istituto Superiore di Sanità, è

stato possibile identificare la *R. monacensis* come causa di sindrome simil-FEM anche in Sardegna e per la prima volta in Italia.

La scoperta, pubblicata sulla rivista *Emerging Infectious Diseases*, è stata resa possibile dall'utilizzo di metodiche di biologia molecolare quali la real time PCR e il sequenziamento. Tramite la prima è possibile ottenere l'identificazione del patogeno in poche ore e molto precocemente nel corso della malattia, a differenza delle metodiche sierologiche che spesso si positivizzano solo in fase di convalescenza, obbligando il clinico a prescrivere la terapia solo su base empirica.

Le metodiche di biologia molecolare dovrebbero, quindi, essere validate clinicamente e rese disponibili nelle aree di alta incidenza della malattia, quali la Sardegna, in modo da rendere più rapida e agevole la diagnosi corretta della FEM che, come detto, non è causata dalla sola *R. conorii* anche in Sardegna.

Ulteriori studi epidemiologici, basati su metodiche di biologia molecolare condotti sia sui pazienti con FEM che sui vettori, saranno necessari per conoscere il reale spettro dei patogeni responsabili della malattia.

**Giordano Madeddu** è ricercatore universitario, UOC di Malattie Infettive – Università di Sassari  
[giordano.madeddu@uniss.it](mailto:giordano.madeddu@uniss.it)

Trattamento alternativo dell'ernia del disco dorsale

## La microdiscectomia mininvasiva retropleurica con approccio trans-toracico laterale

### Introduzione

L'ernia del disco dorsale è una patologia piuttosto rara; la sua prevalenza è stimata in 1:1.000.000. La sua eziologia è ancora poco chiara; i sintomi sono variabili e vanno dal mal di schiena di lieve entità a moderati deficit sensitivi o motori fino a una grave paraparesi e disfunzioni vescicali. La diagnosi è confermata dalla Risonanza Magnetica (RM) e dalla Tomografia Computerizzata (TC) della colonna vertebrale (Figg. 1); la TC consente di identificare meglio la presenza di calcificazioni discali o di osteofiti, che sono frequenti e pongono delle significative difficoltà supplementari durante l'intervento chirurgico che rappresenta il trattamento di scelta nei casi di ernia discale dorsale sintomatica.

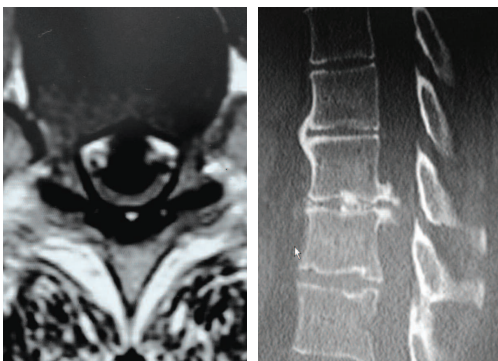
In passato sono stati proposti approcci operatori differenti: la laminectomia posteriore associata o meno alla costo-trasversariectomia è stata quasi completamente abbandonata a causa dei risultati

di Carlo Doria e Francesco Muresu



negativi legati all'insufficiente decompressione e all'alto tasso di complicanze tra cui gravi lesioni del midollo spinale e della dura; sono state messe a punto anche delle metodiche trans-toraciche toracotomiche che più recentemente sono state soppiantate dalle tecniche toracoscopiche video-assistite che hanno permesso

una significativa riduzione della esposizione toracica ed una conseguente riduzione del dolore post-operatorio legato alla toracotomia; gli svantaggi dell'approccio toracoscopico sono però rappresentati dalla necessità di una intubazione selettiva con il collasso iatrogeno del polmone sul lato di accesso. La discectomia mini-invasiva trans-toracica retropleurica con approccio laterale e la decompressione del midollo spinale attraverso l'ausilio del microscopio rappresenta un'eccellente alternativa mini-invasiva alla tecnica trans-toracica e toracoscopica nel trattamento delle ernie dorsali sintomatiche.



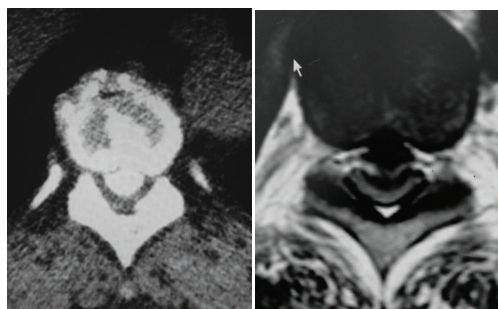
Figg. 1 e 2: RM in sezione assiale che mostra la presenza di una voluminosa ernia dorsale (sinistra); la TC in sezione sagittale mette in evidenza la presenza di osteofiti e calcificazioni discali (destra)

### Caso clinico

Riportiamo di seguito il caso di una paziente di 56 anni che soffriva da lungo tempo di dorsalgia con la progressiva comparsa di una debolezza ingravescente all'arto inferiore sinistro complicata da scarso controllo posturale del tronco e deficit nella deambulazione. I suoi sintomi duravano da circa 2 anni; la paziente ha effettuato gli accertamenti neuro-radiologici che hanno messo in evidenza un'ernia discale T9-T10 ma, a causa delle co-morbidità cardiovascolari che hanno reso necessario l'impianto di un pacemaker, si è dovuto posticipare l'intervento di chirurgia vertebrale con un deterioramento del quadro neurologico. Al momento dell'intervento chirurgico la paziente presentava un quadro di atassia, ipoestesia bilaterale di-

stale agli arti inferiori e marcata debolezza prossimale dell'ileo-psoas e del quadricipite femorale con deficit motorio quasi assoluto all'arto inferiore sinistro. L'Oswestry Disability Index (ODI) era pari a 66/100 e inoltre era presente dolore in entrambe le gambe e nella schiena con un punteggio su una scala numerica (NRS) pari a 9/10.

Le immagini TC e la RM (Figg. 3) hanno mostrato un'ernia del disco dorsale mediana T9-T10 calcifica che determinava una compressione con dislocazione posteriore del midollo spinale senza chiari segni radiologici di mielomalacia (Fig. 4).



Figg. 3: La TC (sinistra) e la RM (destra) in sezioni assiali evidenziano un'ernia del disco dorsale centrale T9-T10 calcifica

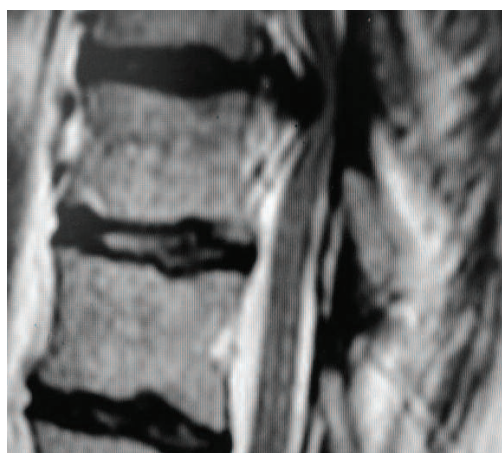


Fig. 4: La RM in sezione sagittale documenta una grossa ernia dorsale che determina una marcata compressione del midollo spinale

## Approccio chirurgico

La paziente è stata posizionata in decubito laterale destro (Fig. 5). E' stata somministrata la profilassi



Fig. 5: Immagine intra-operatoria che mostra il corretto posizionamento della paziente in decubito laterale destro

antibiotica prevista, per via parenterale. Data la presenza del pacemaker, non sono stati utilizzati i potenziali evocati motori e somato-sensoriali (MEP e SSEP) secondo quanto stabilito dal protocollo. In assenza di controindicazioni per l'uso dei potenziali evocati viene utilizzato un dispositivo automatizzato guidato chiamato Neurovision M5™ (NuVasive Inc, San Diego, CA, USA): questo sistema ha la capacità di registrare simultaneamente 8 canali motori (solitamente 2 negli arti superiori e 6 negli arti inferiori). E' stato dimostrato che tale configurazione è più sensibile dei 4 canali MEP più 4 canali SSEP, che

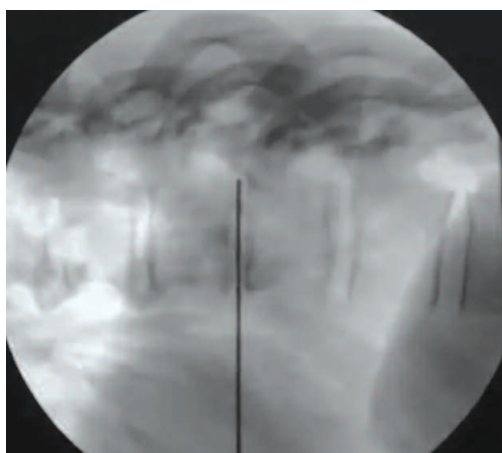


Fig. 6: Immagine fluoroscopica intra-operatoria ottenuta mediante amplificatore di brillantezza che mette in evidenza il corretto livello da trattare chirurgicamente

rappresentano lo standard accettato correntemente in molti centri. È stata effettuata un'anestesia generale. Anche se l'esclusione del polmone non è strettamente necessaria per eseguire questa proce-

dura mini-invasiva, molti autori preferiscono utilizzare un'intubazione selettiva. Questo consente, in caso di procedura trans-pleurica, di avere il polmone dal lato dell'accesso chirurgico parzialmente collassato per un breve tempo al fine di poter introdurre i retrattori con maggiore sicurezza. Prima dell'intervento si identifica con esattezza il livello da trattare mediante amplificatore di brillantezza (Fig. 6) e si effettua un segno sulla cute con un pennarello dermatografico. Una delle potenziali cause di fallimento di questo tipo d'intervento chirurgico è rappresentata proprio dall'errore nella localizzazione del livello.

Prima dell'intervento chirurgico è fondamentale individuare dei chiari punti di repere anatomici (di solito il sacro o la vertebra C2).

Nel caso trattato la presenza di evidenti osteofiti, riconoscibili al di sopra dell'ernia da operare, ci ha consentito di individuare lo spazio discale corretto T9-T10. È stata effettuata un'incisione cutanea di cinque centimetri nell'ambito dello spazio intercostale che meglio corrisponde alla posizione del disco da trattare, il tutto valutato sotto controllo fluoroscopico (VII° e VIII°), punto in cui il sito chirurgico era avvicinabile verticalmente. È stato parzialmente asportato un segmento di 5 centimetri della VII° costa (Fig. 7) per ottenere una migliore esposizione.

Attraverso un delicato scollamento, mediante l'uso delle dita, la pleura parietale è stata mobilizzata partendo dalla porzione po-

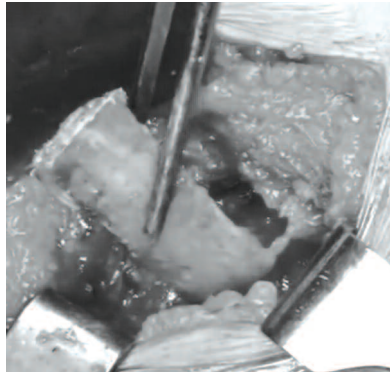


Fig. 7: Immagine intra-operatoria che mostra l'asportazione di un segmento della VII° costa

steriore del sito di osteotomia della costa per progredire poi dorsalmente senza far collassare il polmone; si espone così la faccia laterale della colonna vertebrale toracica. Il campo chirurgico è stato centrato nello spazio discale T9-T10 ed è stato quindi posizionato il divaricatore mini-invasivo ed il microscopio operatorio (Fig. 8).

È stata effettuata la sezione della testa della costa per esporre il peduncolo della vertebra T10 e la resezione parziale

dell'angolo posteriore del piatto vertebrale di T10 (incluso una porzione della parte superiore del peduncolo sinistro di T10) e del piatto vertebrale inferiore di T9.

La resezione dei piatti vertebrali posteriori determina la creazione di una cavità anteriore all'ernia calcifica dove può essere asportata la lesione, evitando una compressione del midollo spinale durante l'asportazione dell'ernia.

Una volta all'interno del canale è stata identificata la dura madre che ricopre il midollo spinale, sopra e sotto l'ernia calcifica. Si effettua una dissezione delicata in modo da asportare il disco intervertebrale e la sua ernia calcifica dalla zona di compressione del midollo spinale.

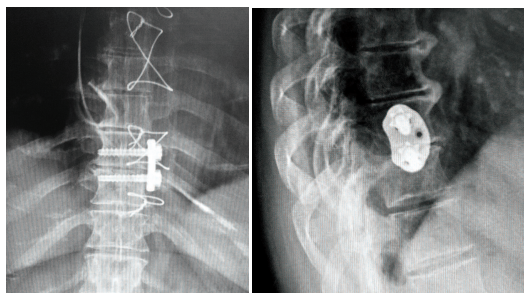
La resezione parziale del muro posteriore caudale di T9 e del muro posteriore craniale di T10 ha consentito di mobilizzare l'ernia calcifica nella cavità anteriore del corpo vertebrale con la riespansione della dura madre dopo la decompressione.

Successivamente è stata effettuata un'accurata preparazione dei

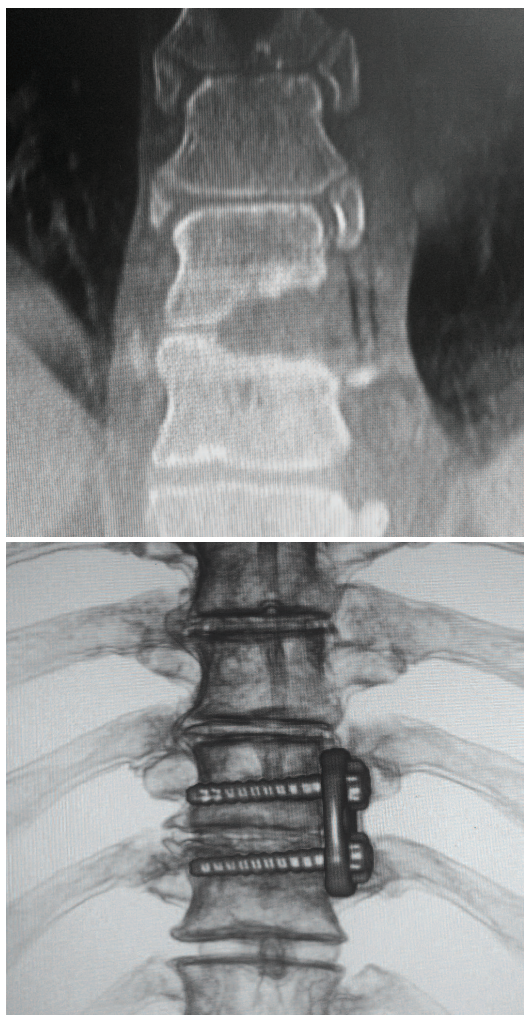


Fig. 8: Immagine intra-operatoria che mette in evidenza il campo chirurgico centrato nello spazio discale T9-T10 dopo posizionamento del divaricatore mini-invasivo

piatti vertebrali per l'artrosi intersomatica che in questo caso, a causa del restringimento dello spazio discale, non ha previsto l'impianto di una cage ma l'inserimento di innesti d'osso autologo prelevati dalla costa all'interno dello spazio discale cui è seguito il posizionamento di una placca laterale tra T9 e T10 (Figg. 9). Prima della chiusura è stata effettuata l'emostasi con bipolare e abbondante lavaggio. Rimozione delicata dello strumentario con i suoi retrattori avendo cura di controllare attentamente l'integrità della superficie pleurica. Dopo aver eseguito un'attenta sutura per piani a tenuta stagna, si effettua una ventilazione del paziente con pressione positiva e si posiziona temporaneamente un drenaggio a tenuta idraulica per la cavità retro pleurica al fine di eliminarne l'aria. Una volta svuotata la cavità è stato rimosso il drenaggio con chiusura del tramite. Dopo l'intervento la paziente è stata tenuta in osservazione in terapia intensiva per 18 h (principalmente a causa di importante restrizione polmonare pre-operatoria). Il decorso clinico è stato buono, con un miglioramento netto del mal di schiena, del deficit motorio e della deambulazione. La paziente è



**Figg. 9:** Rx post-operatorie in proiezione AP (sinistra) e LL (destra) che mostrano il corretto posizionamento della placca tra T9 e T10



**Figg. 10:** TC in sezione (sopra) e dopo ricostruzione 3D (sotto) post-operatoria che mette in evidenza l'ampia decompressione laterale e la placca tra T9 e T10.

stata messa in piedi due giorni dopo l'intervento chirurgico senza bisogno di alcun busto. Dopo tre giorni dall'intervento è stata effettuata una TC completa di ricostruzione 3D (Figg. 10). La TC ha mostrato una completa decompressione del midollo spinale e buon posizionamento della placca (Figg. 11). Il dolore postoperatorio è stato ben controllato con FANS. Il trattamento riabilitativo è iniziato il secondo giorno dopo l'intervento con una rieducazione attiva e passiva assistita al passo. La paziente è stata dimessa nove giorni dopo l'intervento chirurgico con una buona deambulazione.

Il controllo clinico a distanza di sei mesi dall'intervento documenta un netto recupero neurologico con risoluzione del dolore vertebrale.

## Considerazioni

La chirurgia vertebrale ha subito un notevole sviluppo nel corso degli anni e uno degli obiettivi principali che ha caratterizzato la sua evoluzione è rappresentato dalla ricerca sempre più accurata di materiali e dispositivi che evitassero il più possibile il danno iatrogeno ai tessuti.

La moderna chirurgia ha infatti profuso le sue energie verso l'applica-



**CONVOCAZIONE  
ASSEMBLEA ORDINARIA  
ANNUALE**

**15 DICEMBRE 2015**

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI SASSARI

## CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

Gli iscritti sono convocati in Assemblea Ordinaria il giorno 13 dicembre 2015 alle ore 24.00 in prima convocazione e il giorno **15 dicembre 2015 alle ore 16.30 in seconda convocazione** a Sassari nella Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri in Via Cavour 71/b, piano terra.

Sarà discusso il seguente ordine del giorno:

1. Relazione del Presidente;
2. Bilancio preventivo anno 2016;
3. Varie ed eventuali.

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

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

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

Nessun iscritto può essere investito di più di due deleghe.

**IL PRESIDENTE**

dott. Francesco P. Scanu  


Il sottoscritto dott. .... delega a rappresentarlo nell'Assemblea Ordinaria dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del giorno **15 dicembre 2015**

il dott. ....

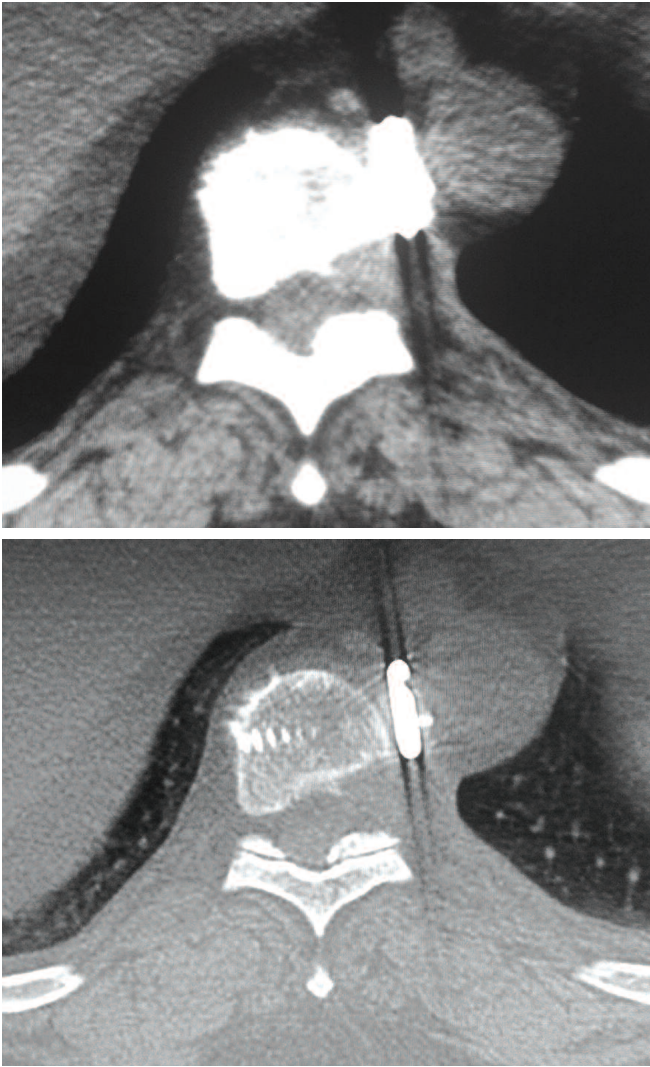
....., li .....

firma .....

## Tutor per neo laureati Un invito dell'Ordine

L'Ordine invita gli iscritti a volere offrire la propria disponibilità a espletare il ruolo di tutor per giovani laureati, candidati a sostenere l'esame abilitante di stato. Possono partecipare tutti i medici di medicina generale con almeno 10 anni di convenzione, medici ospedalieri e universitari, afferenti alle branche di medicina e chirurgia che abbiano maturato un'anzianità di servizio di almeno cinque anni. Le adesioni dovranno pervenire agli uffici dell'Ordine per via telefonica, fax, mail. Sarà nostra cura, una volta raggiunto un numero congruo di partecipanti, indire il relativo corso di formazione.

Ringraziamo i colleghi per l'attenzione.



**Figg. 11:** TC in sezione assiale (sopra) e con filtro per osso (sotto) che mostra la completa decompressione del midollo spinale e il buon posizionamento della placca

zione di procedure mini-invasive al fine di ottenere dei risultati sovrapponibili e spesso superiori alla chirurgia tradizionale senza avere però gli effetti a volte demolitivi che si ottenevano con le tecniche a "cielo aperto".

Le ernie discali dorsali con impegno compressivo del midollo spinale rappresentano un'evenienza abbastanza rara. In presenza di segni piramidali il trattamento deve essere sempre chirurgico e deve mirare a un'ampia decompressione seguita da un tempo

di artrodesi. L'avvento delle metodiche mini-invasive e il perfezionamento degli strumentari consente oggi di effettuare ampie decompressioni anche a livelli particolarmente impegnativi come quello toracico attraverso vie di accesso ridotte e meno traumatiche; ciò comporta un minor dolore post-operatorio, un più rapido recupero funzionale, un minor tempo di degenza ospedaliera rispetto a un intervento tradizionale in "open", minor perdita di sangue e minor danno ai tessuti, questo legato alla capacità di evitare il più possibile le lesioni dirette alle strutture attorno al sito chirurgico da trattare rispettando l'anatomia; il tutto si traduce in una più rapida guarigione con conseguente rapido ritorno alle attività quotidiane. Riteniamo doveroso sottolineare che la mini-invasività non può essere sinonimo di chirurgia "minima" ma deve rappresentare invece un traguardo nella formazione di un chirurgo in quanto richiede una lunga curva di apprendimento che deve avere come base culturale la chirurgia classica "a cielo aperto".

Ci sono alcuni casi particolari in cui si rende necessario convertire un intervento chirurgico mini-invasivo in un intervento di chirurgia tradizionale "open" in seguito a delle possibili complicanze che si possono verificare durante la procedura chirurgica: in queste situazioni il chirurgo vertebrale deve essere in grado

di porre rimedio alle difficoltà mediante la propria preparazione chirurgica, una approfondita conoscenza dell'anatomia e delle tecniche tradizionali di chirurgia vertebrale.

*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*

## Il rapporto medico-paziente in oncologia importante tassello per la battaglia contro la malattia

### La relazione di cura

Il modello più usato per studiare le relazioni è quello diadico, a due: io e l'altro.

Con il passaggio a una visione più complessa dei rapporti interpersonali questo modello non è più sufficiente poiché non tiene conto del vasto sistema che regola una relazione fra due persone.

La necessità di considerare i diversi elementi in gioco si traduce nella ricerca di una unità di osservazione capace di tener conto di tale complessità.

Molti autori sistemici considerano il triangolo come l'unità minima di osservazione, come uno schema mentale attraverso il quale raccogliere informazioni su di un sistema.

Il triangolo è un modo naturale di essere, e la maggior parte di quelle che sono definite "relazioni a due" non sono altro, secondo l'assunto sistemico, che il lato tranquillo di un triangolo che già esiste (Bowen 1979). Assunto sistemico "Il più complesso spiega il più semplice".

In oncologia nella relazione medico-paziente il

di Giuseppina Sarobba



terzo elemento fondamentale è rappresentato dalla malattia, del cui impatto emozionale ho già parlato in precedenti occasioni; su ogni angolo di questo triangolo possono costruirsi altri triangoli: da qui emerge la complessità degli elementi in gioco in una relazione di cura.

### Paziente

L'uomo stabilisce con la sua malattia una relazione che varia a seconda delle sue caratteristiche personali, della sua storia e tutto questo si riflette nei suoi rapporti interpersonali. Egli ha bisogno di capire e ridefinirsi i confini per poter continuare ad agire in un territorio che gli sia conosciuto o dove almeno ci siano alcuni elementi rassicuranti cui aggrapparsi.

La preoccupazione per un futuro incerto logora le sicurezze personali e innesca una reazione emotiva che può svilupparsi verso sé stesso e verso gli altri.

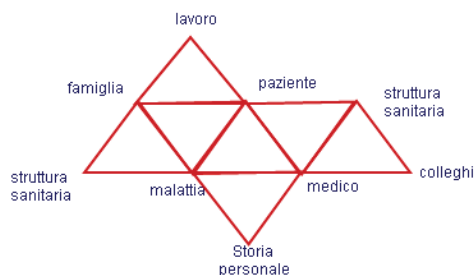
Vive in maniera profonda il senso di incertezza, di impotenza, ha paura della sofferenza, paura della morte.

I vissuti con cui il malato oncologico deve confrontarsi riguardano:

- Aspetti fisici (autonomia e attività)
- Psicologici (ansia, depressione, emozioni)
- Relazionali (familiari, sociali, professionali)
- Sintomatici (ripercussioni della malattia e del trattamento)
- Altri aspetti (spiritualità, immagine di sé)

Questi aspetti variano di importanza (soggetto, tempo, trattamenti); spesso avviene che una persona affetta da cancro si senta in una situazione di solitudine, proprio perché la disperazione la fa ripiombare nella condizione di bambino impotente e orfano, incapace di misurarsi con il male, che sente più grande di sé.

### Relazione Medico-Paziente





Chi è colpito dal cancro si trova quindi in una condizione di grande pena perché si sente come catturato in un circolo vizioso. Da una parte si sente bambino, impotente, abbandonato e orfano, di fronte al suo destino; dall'altra vuole reagire, ma è trattenuto proprio dal fatto che il tradimento mortale è stato messo in atto dal proprio stesso corpo, quel corpo stesso dal cui funzionamento dipende la vita.

## Medico

Noi conosciamo bene, o dovremmo conoscere, perché fanno parte del nostro bagaglio culturale e di esperienza:

- le fonti di stress
- i conflitti del paziente
- i meccanismi di difesa che si innescano con l'insorgere e l'aggravarsi di malattia.

Nella nostra formazione affrontiamo gli elementi che consentono di mettere a punto la diagnosi e gli interventi assistenziali e di cura. Siamo consapevoli di vivere una particolare situazione: il nostro lavoro è curare, ma non è facile "saper curare".

Il possesso di tecniche specialistiche, la conoscenza scientifica, l'uso di mezzi capaci di fronteggiare la malattia non sono tutto, soprattutto nella cura di patologie come il cancro. Ci viene richiesto di saper applicare e tradurre le nozioni teoriche in azioni, di prendere decisioni al momento opportuno,

di porsi in relazione al malato, di saper vivere situazioni di crisi, di saper gestire i coinvolgimenti emozionali.

I conflitti affettivi, l'angoscia, l'incertezza, che sono spesso presenti nelle nostre relazioni professionali, possono rendere più difficile il contatto con il paziente e possono mettere a rischio il successo del nostro intervento.

Se il paziente non sta bene o non si riprende "tradisce" le aspettative più o meno consci che nutriamo riguardo alla sua guarigione; possono insorgere in noi sentimenti di impotenza, di frustrazione e di sfiducia nelle

nostre capacità professionali. Crea disagio constatare che, nonostante le cure, il malato peggiora; può generare ansia ascoltare il paziente che intuisce, prevede, parla della propria vita come di un progetto in scadenza; c'è un rifiuto a veder morire un malato assistito per un tempo più o meno lungo e con un inevitabile coinvolgimento personale. Di tutto questo dobbiamo avere consapevolezza.

In oncologia, in particolare, il rapporto medico-paziente è una relazione dinamica tra due persone, in cui l'esperto soccorre e deve saper soccorrere chi sta male!

Poiché tutte le terapie poggiano su due pilastri, la conoscenza scientifica e l'umanità, l'oncologo è l'esperto che deve mettere a disposizione il proprio sapere e la propria abilità sotto forma di intervento attivo e di comprensione umana.

Perché il rapporto medico-paziente funzioni al meglio, il presupposto dovrebbe essere una "coalizione di entrambi", contro la neoplasia.

La realtà molto spesso è diversa e in genere il malato non è razionale, ma irrazionale o meglio antirazionale: chi si ammala di cancro finisce per sentirsi anche emotivamente in balia della propria malattia

## Le "angosce" nel rapporto d'aiuto

la malattia neoplastica, che talvolta è una malattia con esito infausto, richiede una capacità di accetta-

zione delle angosce maggiore rispetto alle altre.

La morte è il fantasma che spesso si concretizza con la malattia neoplastica: saper accettare l'angoscia del paziente implica prima fare i conti con le proprie angosce di morte.

Una variabile molto importante è determinata dalla specialità che il medico esercita; è evidente che il rapporto del medico con la vita e con la morte è diverso: pediatria e ginecologia sono specialità ad alto coefficiente di guarigione, chirurgia e medicina interna hanno ancora un buon coefficiente di curabilità, oncologia e infettivologia spesso hanno modeste possibilità di guarigione. L'oncologo e l'infermiere di oncologia sono soggetti a una percentuale di "fallimento" professionale, e quindi personale, elevata; la disperazione nel non riuscire a "vincere" la morte, ma a subirla, li accompagna spesso.

Il distacco è una delle reazioni più frequenti: può avere una motivazione "caratteriale" legata al modo di essere, di proporsi nella professione e che prescinde dalla specialità; può rappresentare un meccanismo di salvataggio; si cerca, in altre parole, di non farsi coinvolgere troppo per evitare di soffrire.

Concentrarsi su altri aspetti del problema, come la ricerca clinica, per spersonalizzare il paziente, può costituire un meccanismo di salvataggio.

L'equanimità rappresenta sicuramente l'atteggiamento migliore: essere vicino all'ammalato e ai parenti, senza eccessiva partecipazione emotiva, fa sentire tutti, medici e infermieri compresi, impegnati a lottare contro la malattia. Difficilmente tale comportamento è connaturato; spesso, infatti, è acquisito dopo un periodo di smisurata partecipazione. Non infrequentemente l'oncologo ha sofferto o soffrirà della nota sindrome di "burn-out" o dell'esaurimento dell'operatore.

Il coinvolgimento eccessivo è un'altra variabile nel comportamento del medico:

apparentemente il migliore, rappresenta in realtà un fattore dirompente nella vita personale e di rela-

zione del medico e dell'infermiere e non garantisce all'ammalato e alla famiglia un supporto tecnico-scientifico efficiente. Talora questo meccanismo ha motivazioni personali d'insoddisfazione, di mancanza di gratificazione, che si cerca di recuperare "facendo del bene".

Il medico oncologo deve saper riconoscere le proprie difese nei confronti dei fantasmi di morte per saper accettare l'esistenza del finito, l'impotenza terapeutica, l'impossibile guarigione, la ferita narcisistica all'io, talvolta "ipertrofico" o onnipotente" del medico che guarisce.

Capita di scoprire nel proprio intimo sentimenti di irrequietezza, nervosismo o indifferenza, per difenderci dai quali tendiamo ad assumere un ruolo attivo: diamo informazioni non sempre richieste, ci

prodighiamo in consigli che partono da una personale visione del mondo, emettiamo sentenze.

Più raramente ascoltiamo, e ancor più raramente ci ascoltiamo, nell'illusorio tentativo di sfuggire così alle nostre più profonde paure.

Per contestualizzare questa situazione complessa e tentare alcune ipotesi di risposta

prendo in prestito una metafora da James Carse e l'uso che ne ha fatto nel suo libro "Giochi finiti e infiniti": la vita come gioco e come possibilità.

Secondo Carse ci sono due tipi di gioco: un gioco finito e l'altro infinito. Un gioco finito si gioca per vincerlo, un gioco infinito si gioca per continuare il gioco.

Carse propone l'analogia tra la vita vissuta, individualmente e collettivamente, e i due tipi di gioco.

Il gioco finito si gioca in uno spazio fisico definito, con regole date; i giocatori conoscono le regole, le rispettano e il gioco finisce con un vincitore e un riconoscimento.

Nel gioco finito il giocatore interpreta un ruolo nel quale crede e che è definito dalle regole del gioco. Il gioco finito è una rappresentazione, talvolta con contenuti drammatici, ma al termine del gioco





## "La Vie"

**Picasso**  
Cleveland Museum Of Art



questi sfumano ed emerge l'aspetto rappresentazionale del gioco. Ciascuno di noi gioca nella propria vita molti giochi finiti.

Di giochi infiniti, invece, se ne gioca uno solo...il gioco della vita!

In questo gioco non esistono regole predefinite, né limiti predefiniti di spazio e di tempo, né teatralità e i partecipanti al gioco sono tutti quelli che possono rimanere coinvolti.

Se il gioco finito è teatrale per il modo in cui è giocato, il gioco infinito può essere definito drammatico e non è mai teatrale.

Nel gioco finito l'abilità e l'esperienza consentono al giocatore di fronteggiare e superare gli imprevisti, quindi il passato vince sull'imprevisto che è il futuro.

Nel gioco infinito invece sono la sorpresa e la speranza che interessano; è il futuro che trionfa sul passato. Quando non c'è più sorpresa, non c'è più speranza, non c'è più futuro e non c'è più vita.

Nel proprio lavoro il medico riveste un ruolo e lo interpreta in intervalli di tempo definiti, in spazi precisi e secondo regole accettate e rispettate; cioè gioca giochi finiti.

I pazienti sono molto spesso giocatori di giochi infiniti: cercano di avere un futuro che talora non avranno.

Nella relazione medico-paziente sussiste una con-

traddizione sistematica e strutturale: il paziente si propone come persona, con la drammaticità propria di questo modo di porsi; il medico interagisce in quanto interprete di un ruolo. Questa contraddizione è attenuata dal fatto che l'organizzazione sanitaria ha come fine il benessere dei pazienti; ciò vuol dire che il ruolo dell'operatore è disegnato (o dovrebbe esserlo) per contribuire al perseguimento di questo fine. In particolare in oncologia il rapporto professionista-cliente è

una criticità particolarmente marcata. La formazione dei professionisti e l'organizzazione del lavoro tendono, o dovrebbero tendere, a far sì che il "ruolo disegnato" si avvicini alle attese dei pazienti.

Rimane però il problema della gestione efficace del rapporto interpersonale con il singolo paziente, il problema del "ruolo interpretato": fino a che punto è bene lasciarsi coinvolgere come persona ed entrare nel gioco infinito del paziente per aiutarlo a far vincere il suo futuro sul passato sapendo che spesso l'imprevisto può essere tragico?

La sfida consiste proprio nella capacità di gestire queste complessità: da un lato dobbiamo evitare lo stress e il burn out che potrebbero essere provocati dal rispetto delle condizioni rogersiane, dall'altro dobbiamo evitare un rapporto scostante o sfuggente, o palesemente falso, che nascerebbe da una interpretazione formale del ruolo, tendente a sfuggire il coinvolgimento dell'operatore come persona.

Nel rapporto con il paziente, accanto all'apporto scientifico terapeutico è richiesto al medico un appoggio, un sostegno per arrivare in fondo al viaggio: la relazione stessa è un ulteriore apporto terapeutico se aiuta il paziente a recuperare le proprie risorse, per affrontare il suo difficile cammino.

**Giuseppina Sarobba** è *primario dell'U.O.C. Oncologia Medica ASL N 3, Nuoro*

Breve antologia delle più diffuse distorsioni medico-scientifiche

## Tra medicina e leggenda luoghi comuni sulla longevità dei sardi

**D**a quando la popolazione sarda è sotto i riflettori mondiali a causa dell'elevato numero di centenari che vivono nell'entroterra dell'isola, si assiste a un continuo proliferare di convinzioni sulle presunte cause di questa eccezionale longevità. Tali opinioni, espresse in modo apodittico dall'uomo della strada come dal giornalista famoso, finiscono inevitabilmente per suscitare in chi è direttamente coinvolto in tale settore di ricerca sentimenti di sconcerto e di perplessità. Con la tenacia dei memi descritti da Richard Dawkins, numerose leggende metropolitane e vari luoghi comuni si diffondono attraverso la stampa e i social network in modo rapido e inarrestabile e vengono assimilati dall'opinione comune in modo totalmente acritico. La maggior parte delle idee popolari in materia di longevità sarda, considerando la letteratura scientifica come termine di paragone, appare priva di solide evidenze e dovrebbe logicamente essere classificata tra le tante manifestazioni di quell'insieme variegato di "wishful thinking", disinformazione e inerzia culturale che è caratteristico dell'epoca in cui viviamo. Nelle righe che seguono abbiamo voluto proporre all'attenzione del lettore un'antologia di tali credenze largamente diffuse, tratte dalla stampa, dai siti web e dalle emittenti radiotelevisive. Alcune di esse sono semplicemente esilaranti, altre sono più insidiose perché tentano di imitare la verità pur tradendola. In questo articolo il mio intento non è stato quello - fin troppo facile - di prendermi gioco di tali credenze ma piuttosto quello di riportare la corretta in-

di Gianni Pes



formazione scientifica al posto della confusione attuale.

**La popolazione sarda detiene il primato di longevità in Italia.** In realtà, se osserviamo la proporzione di centenari in rapporto alla popolazione nelle 20 regioni italiane (Tabella 1), possiamo notare che in cima alla classifica figura la Liguria (50.25 centenari per centomila abitanti), seguita dal Friuli Venezia Giulia (49.05 per centomila) e così via. La Sardegna figura solo al 14° posto con 27.17 centenari per centomila abitanti. Di conseguenza la peculiarità della Sardegna

Regione	Centenari	Centenari / 100,000 abitanti
Liguria	800	50.25
Friuli-Venezia Giulia	603	49.05
Molise	132	41.94
Emilia-Romagna	1795	40.37
Toscana	1336	35.62
Marche	550	35.41
Umbria	310	34.57
Piemonte	1467	33.06
Abruzzo	427	32.01
Veneto	1523	30.91
Trentino-Alto Adige	323	30.70
Lombardia	2820	28.28
Calabria	549	27.72
<b>Sardegna</b>	<b>452</b>	<b>27.17</b>
Lazio	1575	26.83
Basilicata	140	24.21
Puglia	936	22.88
Valle d'Aosta	29	22.55
Sicilia	1100	21.59
Campania	1017	17.33
<b>ITALIA</b>	<b>17.884</b>	<b>29.42</b>

Tabella 1: numero di centenari in rapporto alla popolazione nelle 20 regioni italiane



Visita di un centenario

non consiste nella longevità dell'intera sua popolazione, ma solo di quella residente nella cosiddetta Zona Blu, un insieme di 14 comuni tra Ogliastra e Barbagia identificati fin dal 1999 e nei quali la probabilità di diventare centenari è circa 3 volte superiore alla media nazionale.

**La longevità interessa tutta l'area dell'Ogliastra.** Molto simile al precedente, questo luogo comune viene troppo spesso inteso nel senso che in tutta l'area ogliastrina la longevità ha una distribuzione uniforme. Se è pur vero che vi sono centenari dappertutto in Ogliastra è altrettanto vero che la longevità segue un gradiente decrescente, statisticamente significativo, in direzione nord-sud, per cui in alcuni comuni appartenenti all'Alta Ogliastra il fenomeno è presente in misura ben più rilevante che nei restanti comuni.

**I sardi vivono più a lungo a causa di particolari fattori genetici.** Quando ebbero inizio i primi studi sulla longevità in Sardegna, alla fine degli anni Novanta dello scorso secolo, tale ipotesi era quella più in voga. Successivamente però sono stati pubblicati dati, soprattutto da parte del nostro gruppo di ricerca, che mettono in risalto anche il ruolo dei fattori ambientali e di quelli legati all'attività lavorativa e allo stile di vita. Il problema vero è quindi quello di

stimare il peso relativo dei fattori genetici e non-genetici, ciò che costituirà una delle sfide della ricerca dei prossimi anni.

**La maggior parte dei centenari sardi ha avuto genitori anch'essi longevi.** Si tratta di un'affermazione falsa: lo studio AKEA che ha analizzato la trasmissione intergenerazionale della longevità attraverso l'analisi delle genealogie di 204 centenari sardi, ha concluso che l'età del padre non è mai un fattore causale significativo mentre l'età della madre

esercita sì un effetto significativo ma solo nel senso che le

madri che muoiono precocemente "riducono" la probabilità dei figli di diventare centenari, non che le madri longeve trasmettano questa caratteristica ai figli.

**I sardi vivono più a lungo a causa del "perfetto mix" tra genetica e ambiente.** Questo luogo comune, riscontrabile anche in pubblicazioni scientifiche a carattere divulgativo, è un perfetto esempio di cerchiobottismo: affermando l'importanza sia dell'uno che dell'altro fattore non si rischia di sbagliare e ci si immunizza facilmente da eventuali critiche. Inutile aggiungere che questa idea banale viene spacciata come una profonda intuizione scientifica e così ci si esime dal precisare in quale misura e con quali argomenti cogenti si è pervenuti a considerare il "perfetto mix" come il fattore all'origine del fenomeno Zona Blu.

**I sardi vivono più a lungo grazie alla dieta mediterranea.** Varie pubblicazioni, anche a livello internazionale, hanno diffuso l'idea che la longevità dei sardi è (o era) principalmente dovuta a un regime alimentare a base di vegetali e legumi. La cosa è andata tanto avanti che in alcuni comuni ogliastrini viene tuttora esibito un cosiddetto "minestrone della longevità" per la delizia dei turisti allocchi. Qualunque sardo di una certa età, con i neuroni non ancora



Il cartello all'ingresso di Villagrande Strisaili

messi fuori uso dai social network, sa bene che il regime alimentare sardo - in tutte le epoche - includeva una quota rilevante di proteine animali, derivate principalmente dai prodotti lattiero-caseari, specie nell'area montuosa della Zona Blu a prevalente impronta pastorale.

**Il segreto della longevità sarda sta nella dieta a basso contenuto calorico.** La teoria della "restrizione calorica senza malnutrizione", la quale sostiene che una riduzione del 30% dell'introito energetico si associa a una più lunga sopravvivenza, è stata invalidata da due studi indipendenti presso il National Institute on Aging (NIA), e il Wisconsin National Primate Research Center (WNPRC), che hanno utilizzato come modello animale il macacus rhesus. In nessuno dei due studi sono stati rilevati effetti significativi della restrizione calorica sulla longevità complessiva degli animali da esperimento.

E' facile comprendere che uno studio analogo sull'uomo non sarebbe mai attuabile sia per ragioni etiche sia perché dovrebbe durare un tempo troppo lungo superiore all'aspettativa di vita degli stessi ricercatori.

**Il vino rosso allunga la vita.** Non solo questa affermazione generale è assai controversa, ma lo è anche quella più specifica che il vino rosso prodotto

nella Zona Blu longeva della Sardegna sia stato la causa della longevità degli abitanti di quell'area. L'ipotesi è stata avanzata nel 2006 dal ricercatore inglese Roger Corder e da allora in poi una pletora di epigoni senza fantasia non fa che ripetere papagallescamente il mantra. Di nuovo c'è solo uno studio pubblicato nel 2014 secondo il quale anche due bicchieri di vino rosso producono danni documentabili alla salute. Negli ultimi anni è stato anche ridimensionato il presunto ruolo benefico del resveratrolo, contenuto in piccolissima quantità nel vino rosso: esso non è in grado di prolungare la durata della vita in modelli animali come il nematode *Caenorhabditis elegans* o i roditori in condizioni di stress ossidativo.

Dati recenti ottenuti nei roditori indicano addirittura che il resveratrolo potrebbe avere effetti negativi sulla neurogenesi e sulle funzioni cognitive con sede nell'ippocampo.

**Gli alimenti sardi sono ricchi di antiossidanti che fanno vivere più a lungo.** In primo luogo vari studi hanno messo in dubbio il ruolo degli antiossidanti sulla longevità. Modificando il nematode *Caenorhabditis elegans*, e rendendolo incapace di produrre gli enzimi antiossidanti, si osserva che esso vive a lungo quanto gli animali di controllo se sottoposti ad uno stress ossidativo estremo. I ratti naked

mole che vivono otto volte più a lungo dei ratti normali hanno bassi livelli di antiossidanti. In secondo luogo non esiste alcuna evidenza che il contenuto in antiossidanti sia maggiore nella dieta sarda piuttosto che nella dieta di altre popolazioni. Molti centenari sardi usavano bere una grande quantità di caffè che, come è noto, facilita la produzione di composti pro-ossidanti.

**I centenari sardi hanno vissuto senza stress.** Almeno nella Zona Blu sarda i centenari hanno trascorso un'esistenza durissima, praticando la pastorizia o l'agricoltura, fino a una ventina di anni fa. Molti di loro hanno partecipato a uno o più eventi bellici e, a partire dagli anni 1950-60, hanno dovuto spesso cambiare occupazione e perfino emigrare all'estero in condizioni difficili, restando lontani dall'ambiente familiare per molti anni. Alcuni di loro hanno attraversato lunghi periodi di precarietà economica, fino a tempi recenti. Alcuni indicatori di malessere sociale nella Zona Blu (es. tasso di suicidi) registrano i valori più alti a livello nazionale.

Per finire: essere persone allegre, estroverse non allunga la vita; uno studio ha dimostrato anzi che sono i soggetti prudenti, coscienti e perseveranti che hanno l'aspettativa di vita maggiore.

Si spera di non aver annoiato il lettore con questa raccolta di opinioni circa le presunte origini della longevità dei sardi (almeno di quelli che sono riusciti a diventare longevi...). Dopo un periodo di meraviglia per la nascita e l'affermarsi di simili idee prive di base scientifica è sorto il sospetto che qualcuno possa trarre un certo piacere, se non addirittura vantaggio, dal propagandare o semplicemente divulgare idee palesemente infondate. Una volta esclusi il dolo e la malafede non resta che trovare conforto nelle malinconiche considerazioni sulla insipienza umana da tempo avanzate dal mitico Ci-



Gianni Pes all'opera

polla. Non credo si possa far molto per contrastare le false idee a livello popolare (fortunatamente a livello scientifico esistono regole rigorose che governano la diffusione dell'informazione) e d'altra parte credo che la battaglia sia impari. Restano lo stupore e la curiosità di fronte allo spettacolo dei meccanismi psicologici grazie ai quali alcuni pseudo-ricercatori, con diritti civili uguali ai nostri, difendono e diffondono con imperterrito fervore le assurdità più spassose.

**Gianni Pes** è medico ricercatore, Università di Sassari - [gmpes@uniss.it](mailto:gmpes@uniss.it)

## Circoncisione fra cultura religione e medicina

Con il termine circoncisione (dal latino "circum", intorno e "caedere", tagliare) si intende l'asportazione del prepuzio nel maschio.

Il prepuzio è un tessuto mucoso-cutaneo di giunzione che segna il confine tra la cute prepuziale e la mucosa interna, analogo a quello riscontrabile nelle labbra o nelle palpebre; parte integrante e normale dell'apparato genitale maschile e femminile, riveste, nelle loro porzioni terminali, il pene dell'uomo e il clitoride della donna, ed è presente nei mammiferi.

Da un punto di vista embriologico il prepuzio si completa nella 16ª settimana di gestazione per coprire il glande cui in genere è intimamente aderente, tanto che alla nascita appare come "non retrattile", per la presenza delle così dette "aderenze balano-prepuziali", che troppo spesso sono oggetto di "precoci cure", la così detta "ginnastica prepuziale". Si dimentica in questo modo che la non retrattilità

di Antonio Dessanti



del prepuzio non è il segno clinico di una patologica fimosi, ma un fisiologico stadio del suo sviluppo, che si completerà nei primi anni di vita, quando scorrerà senza difficoltà sul glande. Faranno eccezione i pochi casi in cui, in conseguenza di un patologico anello prepuziale stenotico, si avrà la vera fimosi.

Il prepuzio ha prima di tutto la funzione generale di proteggere il glande dai traumi e nell'età neonatale anche dalla esposizione continua alle feci e

alle urine, che possono essere causa di infiammazioni locali. Da un punto di vista sessuale il prepuzio ha, insieme al frenulo prepuziale, una particolare innervazione che dà a questa specifica area una particolare sensibilità, che è molto più definita rispetto al glande. Il prepuzio, cioè, non è una semplice appendice cutanea ma un'area mucoso-cutanea di straordinaria importanza nella fisiologia del neonato e nella vita sessuale dell'adulto.

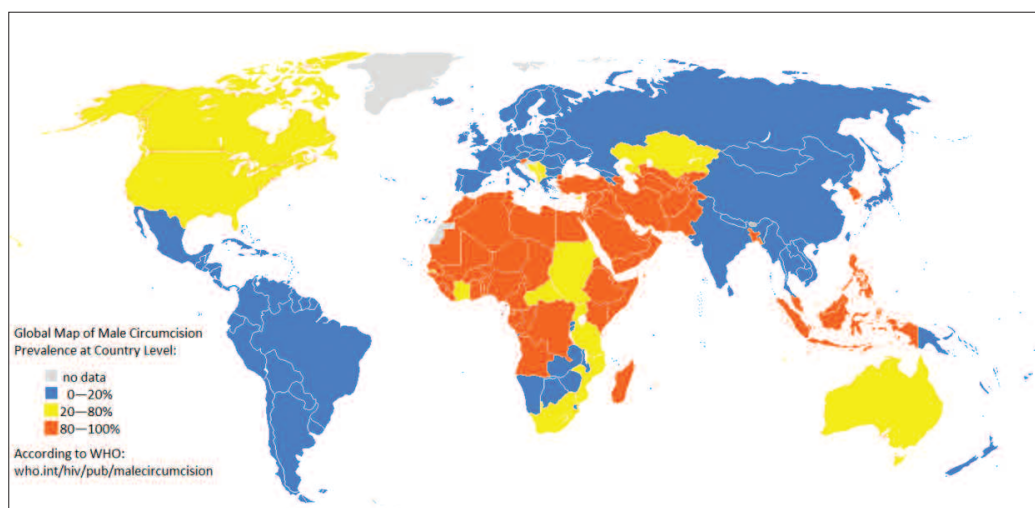


Fig.1: Prevalenza della circoncisione nel Mondo

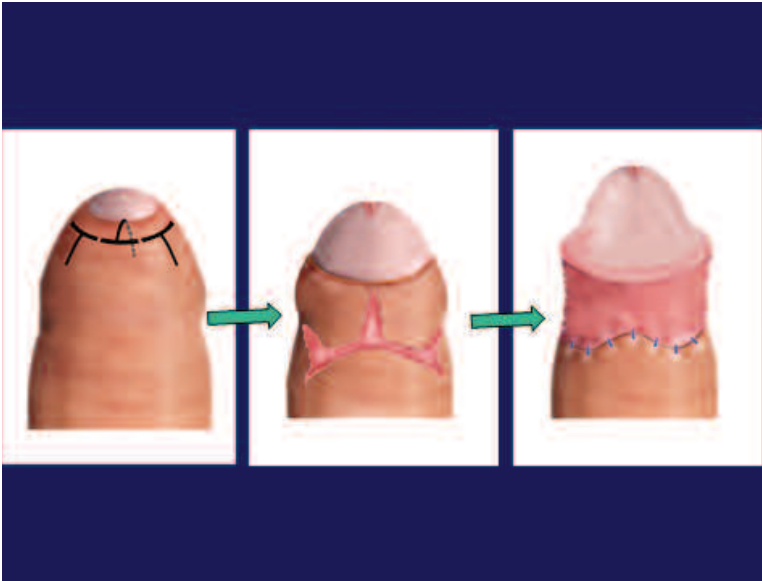


Fig. 2: Plastica del prepuzio secondo Dessanti

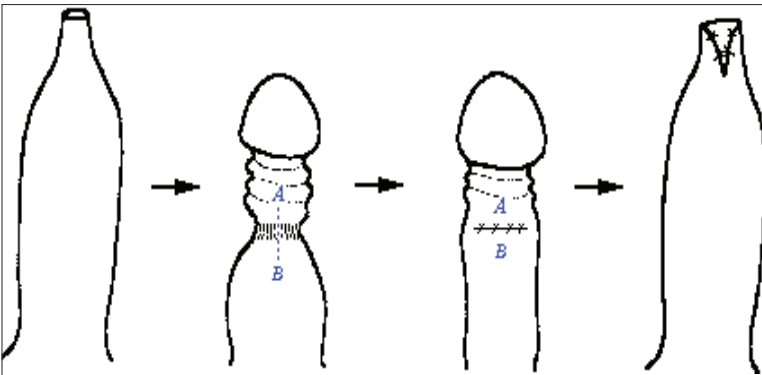


Fig. 3: Plastica del prepuzio secondo Duhamel

La circoncisione è una delle procedure chirurgiche più eseguita al mondo. Circa un terzo dei maschi di tutto il mondo sono circoncisi, più spesso per motivi diversi dall'indicazione medica (Fig. 1)

La circoncisione nella storia dell'uomo è stata e viene ancora eseguita per 3 principali motivazioni:

1) *religiose o culturali*, come rito di passaggio o iniziazione in età neonatale o prepuberale ed è definita come una circoncisione rituale.

2) *profilassi medica o di routine*, contro potenziali malattie.

3) *Indicazioni medico-chirurgiche* per la cura soprattutto della fimosi. In Europa attualmente le di-

scussioni vertono principalmente sulle indicazioni medico-chirurgiche, sulle tecniche di esecuzione ma soprattutto sulle alternative chirurgiche alla circoncisione, cioè sulle tecniche di plastica del prepuzio che, ampliando chirurgicamente l'anello prepuziale stenotico, curano la fimosi preservando però il prepuzio (Fig. 2-3). La circoncisione trova una precisa indicazione medico-chirurgica nei rari casi di fimosi, causata da un prepuzio inestensibile per estese cicatrici sia nel suo versante cutaneo che mucoso, come accade nella "xerotica balanitis et obliterans".

Nella popolazione europea queste indicazioni medico-chirurgiche nei confronti del prepuzio e del trattamento della fimosi dipendono dal fatto che al prepuzio non vengono assegnati particolari significati culturali o religiosi: il prepuzio è visto esclusivamente come

una appendice muco-cutanea che ha la funzione di coprire il glande.

Al contrario, nell'America del Nord l'uso della circoncisione è molto diffuso: essa viene praticata come "profilassi medica o di routine", in assenza cioè di motivazioni religiose.

In queste nazioni però, negli ultimi decenni, le maggiori organizzazioni mediche hanno preso delle posizioni contrastanti sull'argomento, che variano dal considerare la circoncisione profilattica una pratica non solo senza benefici ma anche con alcuni rischi per il bambino, a posizioni in cui alla circoncisione si riconoscono alcuni benefici di salute con



Fig. 4: Scena raffigurante una circoncisione incisa nella parete interna del tempio di Mut a Karnak, Luxor.

minimi rischi medici. Comunque nessuna Organizzazione Medica Internazionale Pediatrica raccomanda attualmente la circoncisione in età pediatrica, in assenza di valide indicazioni medico-chirurgiche. In questi ultimi decenni però si va sempre più sentendo la necessità di riaprire la discussione sull'argomento "circoncisione", per le problematiche connesse alla forte migrazione verso l'Europa di popoli provenienti soprattutto dall'Africa, dal Medio-oriente e dall'Asia, in cui la circoncisione è fortemente diffusa, prevalentemente nella popolazione ebraica e musulmana.

## Storia della circoncisione

*Gli antichi egizi praticavano la circoncisione rituale come segno di affiliazione a Ra, il dio del Sole, che aveva circonciso sé stesso.*

*La prima testimonianza storica della circoncisione la si può osservare a Luxor: si tratta di una immagine scolpita risalente a circa il 2400-2300 a.C., che ritrae tale pratica eseguita su un adulto (Fig. 4).*

*La circoncisione era esercitata dagli Egizi probabilmente per ragioni igieniche, ma era anche una pratica di grande prestigio e un rito di passaggio al-*

*l'età adulta (Fig.5). Nella Bibbia, nel capitolo 17 della Genesi, si descrive la circoncisione di Abramo.*

*Nello stesso capitolo, ai discendenti di Abramo viene comandato di circoncidere i loro figli l'ottavo giorno di vita.*

*Per gli ebrei la completa rimozione del prepuzio è considerata non solo l'adempimento a un comandamento biblico ma anche un segno essenziale e permanente dell'appartenenza a un popolo.*

*Per quanto riguarda la religione cattolica, la circoncisione non è considerata un precetto essenziale, anche se Gesù venne circonciso otto giorni dopo la sua nascita, secondo la prassi ebraica, come narrato dal Vangelo secondo Luca (2,21). Anche se non è menzionata nel Corano, la circoncisione è considerata essenziale per l'Islam: praticata dallo stesso profeta Maometto, successore di Abramo, è quasi universalmente eseguita tra i musulmani.*

*In Oceania la circoncisione è in uso presso gli aborigeni australiani e i polinesiani. Era praticata anche dai nativi americani. Per queste popolazioni probabilmente la circoncisione aveva diversi significati culturali, quali un sacrificio di sangue, un segno di appartenenza a un popolo, una prova di coraggio,*



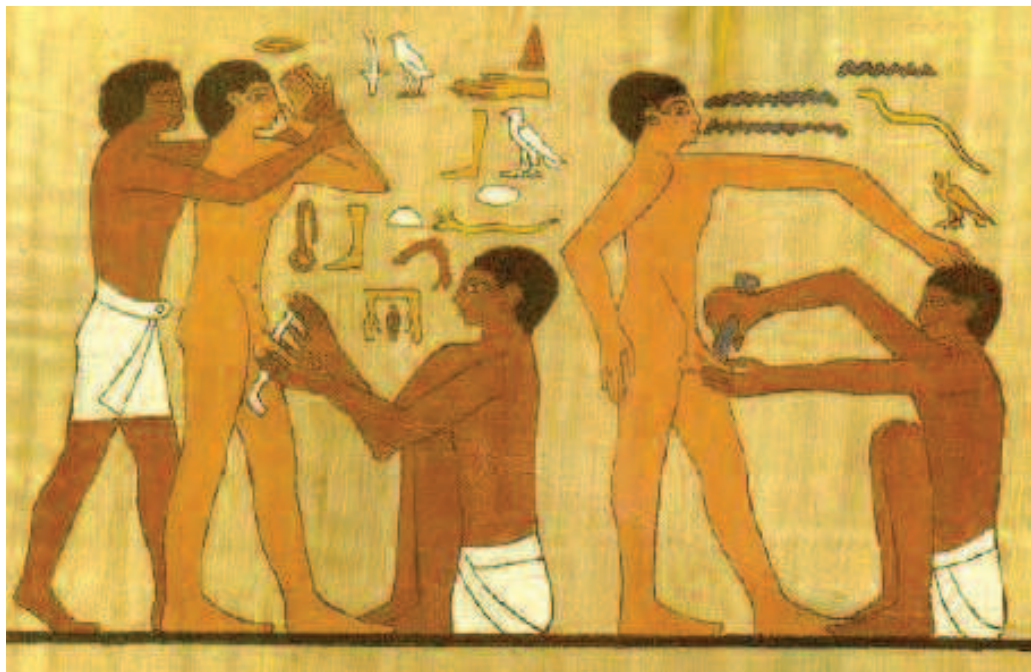


Fig. 5: Disegno in una tomba in Ankhmahor a Saggarah, Egitto: raffigura la circoncisione di un adolescente come rito di passaggio all'età adulta.

*un rito di iniziazione o di attestazione di virilità.*

Il "Comitato Nazionale per la Bioetica", già nel 1998, ha affrontato alcuni aspetti del problema della circoncisione. Si è disquisito in particolare se sia etico respingere, da parte degli ospedali pubblici, le richieste di una circoncisione di routine, religiosa o culturale, senza una chiara e fondata indicazione medica.

Il parere conclusivo è stato che "... l'accettazione del carattere multi-etnico dell'attuale società italiana implica un profondo e doveroso rispetto nei confronti di tutti gli aspetti religiosi e culturali specifici di ciascun popolo...

I popoli o le comunità che, per la loro specifica cultura, praticano la circoncisione rituale e quella in particolare dei neonati di sesso maschile, meritano quindi pieno riconoscimento.."

Resta il problema se il SSN sia tenuto a farsi carico della prestazione medica. Il parere del "Comitato Etico Nazionale" a questo proposito è stato che "... il costo della circoncisione debba essere a totale carico del cittadino...".

In conclusione, riflettendo sulle circoncisioni religiose, io posso comprendere le decisioni che i ge-

nitori assumono verso i propri figli maschi, in osservanza con il loro credo.

Quello che è auspicabile è che la circoncisione venga eseguita seguendo tutti i criteri della buona pratica medica e quindi da un Chirurgo Pediatra, nel rispetto di tutte le norme di asepsi e in assenza di dolore.

Per quanto riguarda invece le motivazioni che ancora portano a eseguire una "circoncisione profilattica o di routine", personalmente penso che se il prepuzio viene considerato come una parte anatomica "inutile o dannosa", tale cioè da dover essere asportato perchè portatore di potenziali malattie (infezioni, tumori, etc), è sorprendente che la selezione naturale dell'uomo abbia compiuto il grossolano errore di evolvere in "modo non utilitaristico" proprio in un apparato così importante per l'evoluzione del genere umano. A questo proposito, Tommaso Didimo (Parabola di Gesù, Vangelo apocrifo), a una domanda dei discepoli che gli chiesero: "È utile o no la circoncisione?" rispose: "Se fosse utile, il loro padre genererebbe figli già circoncisi dalla loro madre".

**Antonio Dessanti** è chirurgo pediatra

# Proprietà terapeutiche di piante comuni e officinali

## Anice

**Famiglia** Umbrelliferae  
**Specie** *Pimpinella anisum*  
**Nome sardo** Aniciu

### Cenni storici

Conosciuta sin dall'antichità è una delle più antiche spezie coltivate. Virgilio ne consiglia l'uso per aromatizzare i liquori. Veniva inoltre usata come merce di scambio per pagare le tasse.

Citata da Teofrasto, da Dioscoride e da Plinio che ne esaltano le proprietà benefiche.

### Utilizzo

I frutti.

### Componenti principali

Olio essenziale, anetolo, metilcavicolo, alfapinene, linalolo, proteine, carboidrati.

### Aspetti botanici e habitat

L'anice è una pianta erbacea perenne con fusto eretto, poco ramificata; le foglie inferiori hanno un margine intero e un lungo picciolo abbracciante il fusto; le superiori pennatosette.

L'infiorescenza è formata da ombrelle, di colore bianco, situate alla fine dei rami. I frutti sono ovali dal sapore dolce e aromatico.

### Impiego

L'anice, o meglio l'essenza che contiene, possiede proprietà stimolanti la digestione; inibisce altresì i processi fermentativi presenti nell'intestino esercitando un'azione antispasmodica; riduce flatulenza, nausea e vomito.

Per uso interno viene utilizzata, sotto forma di infuso, assieme al finocchio, che ne potenzia l'azione, per lenire le colichette dei bambini.

di Giovanna Rau



Per aiutare la digestione degli infanti si consiglia anche alle mamme che allattano, ottenendo anche lo scopo di aumentare la montata latte.

La tradizione popolare consiglia anche l'infuso di anice come regolatore delle fasi mestruali. L'aroma del seme è particolarmente delicato e trova impiego nel settore alimentare, specie in pasticceria e liquoreria.

### Uso locale

In Sardegna tali gradevoli proprietà vengono utilizzate nella preparazione di dolci quali anicini e mustaccioli; per non parlare poi dell'anice come liquore che in ogni casa sarda si prepara e si gusta in abbondanza. Anche la salsiccia suina, nel Serrabus, viene aromatizzata con i frutti di anice.



## Parietaria

**Nome sardo** Erba e bentu, muraiola, piriculosa.

**Famiglia** Orticaceae

**Specie** *Parietaria officinalis* varietà *judaica*

### Cenni storici

Il nome *parietaria* deriva dal latino "paries" che significa muraglia poiché nasce e cresce sulle pareti e sui vecchi muri.

Nota sin dall'antichità per le sue virtù terapeutiche; Plinio nel I secolo d. C. ne esalta le proprietà.

### Utilizzo

La parte aerea.

### Componenti principali

Mucillagini, sostanze amare, sostanze solforate, pigmenti flavonici.

### Aspetti botanici e habitat

La *parietaria judaica* o *vetriola* minore è diffusa sulle rupi e sui muri delle città, presenta fusti ramosi legnificati alla base, cosparsi di peli. Le foglie sono piccole, ellittiche.

La pagina inferiore è verde chiara, mentre quella superiore è verde scuro e più lucida. I fiori verdognoli sono riuniti in spighe all'ascella delle foglie.

### Impiego

Viene utilizzata, sotto forma di infuso per uso interno, in genere per le affezioni delle vie urinarie, nefrite, cistite, renella.

Per uso esterno vengono utilizzate le foglie, sotto forma di cataplasma, per il trattamento di ferite, foruncoli, emorroidi, ragadi anali e irritazioni della pelle in genere.

Spesso viene utilizzata come antalgico per l'emicrania tramite l'applicazione di impacchi di pianta sminuzzata nelle tempie.

Per ridurre le tumefazioni derivanti

da contusioni o distorsioni si applica una poltiglia di foglie di *parietaria* mista a olio di oliva.

### Uso locale

In Sardegna viene utilizzata, come decotto di foglie fresche, per tutte le infiammazioni renali e disturbi intestinali.

Adoperata anche, con strofinamento leggero sulla parte lesa, per lenire il prurito derivante dal contatto con la sostanza urticante dell'ortica.

### Curiosità

In Sardegna, in virtù dei suoi acheni pelosi, veniva usata per pulire i vetri e i fondi delle bottiglie o fiaschi (erba vetriola).

In Gallura veniva utilizzata per pulire gli oggetti di rame, e anche per tenere lontano gli insetti dai depositi di grano o dalle derrate alimentari.

**Giovanna Rau** è biologa e specialista in scienze erboristiche



## **Autismo, nuove comunicazioni in materia di diagnosi e cura**

*Comunicazione n°48.*

Sulla Gazzetta Ufficiale n° 199 del 28 agosto 2015 è stata pubblicata la legge 18 agosto 2015 n° 134 recante "Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie".

Tale legge prevede interventi finalizzati a garantire la tutela della salute, il miglioramento delle condizioni di vita e l'inserimento nella vita sociale delle persone con disturbi dello spettro autistico; vengono inoltre aggiornati i livelli essenziali di assistenza, con l'inserimento delle prestazioni della diagnosi precoce, della cura e del trattamento individualizzato, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche disponibili.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono individuare centri di riferimento con compiti di coordinamento dei servizi e stabilire percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali per la presa in carico di minori, adolescenti e adulti con disturbi dello spettro autistico, verificandone l'evoluzione. Il Ministero della salute promuoverà inoltre lo sviluppo di progetti di ricerca riguardanti la conoscenza del disturbo dello spettro autistico e le buone pratiche terapeutiche ed educative. L'art. 6 della legge in questione prevede che "dall'attuazione della presente legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica".

## **Riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche: deleghe al Governo**

*Comunicazione n° 49.*

Si ritiene opportuno segnalare che sulla Gazzetta Ufficiale n°187 del 13 agosto 2015 è stata pubblicata la legge 7 agosto 2015, n° 124, recante "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche".

Il provvedimento, entrato in vigore il 28 agosto 2015, prevede tra l'altro l'istituzione del Polo Unico della Medicina Fiscale: è stato infatti disposto il riassetto delle funzioni in materia di accertamento medico-legale sulle assenze dal servizio per malattia dei dipendenti pubblici, al fine di garantire l'effettività

del controllo, con attribuzione all'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) della relativa competenza e delle risorse attualmente impiegate dalle amministrazioni pubbliche per l'effettuazione degli accertamenti.

L'articolo 11 delega il Governo alla revisione della disciplina in materia di dirigenza pubblica e di valutazione dei rendimenti dei pubblici uffici: nell'istituire il sistema della dirigenza pubblica, viene disposta la realizzazione di tre ruoli unici in cui sono ricompresi, rispettivamente, i dirigenti dello Stato, i dirigenti regionali e i dirigenti degli enti locali. Nel corso dell'esame alla Camera dei Deputati è stato specificato che dal ruolo unico dei dirigenti dello Stato è escluso il personale non contrattualizzato in regime di diritto pubblico, che comprende anche professori e ricercatori universitari. Laddove sono definiti i principi fondamentali di delega per la disciplina del conferimento degli incarichi di direttore generale, di direttore amministrativo e di direttore sanitario delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Nazionale, è stato stabilito che le disposizioni in oggetto si riferiscono anche agli incarichi di direttore dei servizi socio-sanitari, ove previsto dalla legislazione regionale. Il sistema di verifica e di valutazione dell'attività dei direttori generali deve tenere conto non solo del raggiungimento degli obiettivi sanitari, ma anche dell'equilibrio economico dell'azienda; è stato infine introdotto un nuovo criterio direttivo per l'adozione dei decreti legislativi in materia di dirigenza pubblica nel settore sanitario, volto a definire le modalità per l'applicazione delle norme; è stata infine aggiunta la previsione di ipotesi di revoca dell'incarico e di divieto di rinnovo di conferimento di incarichi in settori sensibili ed esposti al rischio di corruzione; in presenza di condanna anche non definitiva, per condotte dolose, è previsto, da parte della Corte dei Conti, il risarcimento del danno erariale.

## **Misure di razionalizzazione, in ambito sanitario, dei processi di acquisto di beni e servizi; riduzione delle prestazioni inappropriate**

*Comunicazione n°50.*

Sulla Gazzetta Ufficiale n° 188 del 14 agosto 2015 è stata pubblicata la legge 6 agosto 2015, n°125 concernente "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 giugno 2015, n° 78,

recante disposizioni urgenti in materia di enti territoriali". Con riferimento alle disposizioni in materia sanitaria e farmaceutica, gli articoli da 9-bis a 9-octies sono finalizzati a conseguire consistenti risparmi in ambito sanitario. I risparmi, come concordato in sede concertativa Stato-Regioni, sono pari a 2.352 milioni di euro, a decorrere dal 2015, e determinano una corrispondente riduzione del livello del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) a cui concorre lo Stato. La riduzione consegue al contributo aggiuntivo che le regioni devono assicurare alla finanza pubblica per ciascuno degli anni dal 2015 al 2018. Per salvaguardare i livelli essenziali di assistenza, le regioni possono adottare misure alternative a quelle disposte dagli articoli da 9-bis a 9-sexies, purché assicurino l'equilibrio del bilancio sanitario con il livello del finanziamento ordinario.

Le misure in ambito sanitario rafforzano quelle precedentemente introdotte a opera del decreto legge n. 95 del 2012 (cosiddetto decreto spending review) e, per quanto riguarda la farmaceutica, le misure del decreto-legge n. 158 del 2012 (cosiddetto decreto Balduzzi), le quali restano ancora efficaci. I risparmi saranno ottenuti attraverso misure di razionalizzazione dei processi di acquisto di beni e servizi in ambito sanitario, di dispositivi medici e di farmaci, nonché attraverso la riduzione delle prestazioni inappropriate e la rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa del personale dipendente. Per quanto riguarda l'acquisto di beni e servizi, gli enti del SSN devono rinegoziare i contratti in essere con l'effetto di ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto. La misura della riduzione è fissata su base annua al 5 per cento del valore complessivo dei contratti in essere. Anche per i contratti aventi a oggetto i dispositivi medici è stata prevista una procedura di rinegoziazione. Nel caso dei dispositivi, però, non è fissata una misura di riduzione ma viene introdotto il meccanismo del ripiano in caso di sfioramento del tetto di spesa nazionale, riconfermato al 4,4 %, o regionale. Per quanto riguarda il settore farmaceutico, l'AIFA è incaricata di rinegoziare, in riduzione, il prezzo di rimborso dei farmaci a carico del SSN nell'ambito di raggruppamenti di medicinali terapeuticamente assimilabili, il prezzo di rimborso dei medicinali biotecnologici e il prezzo dei farmaci soggetti a rimborsabilità condizionata.

Per quanta riguarda, invece, la riduzione delle prestazioni inappropriate un decreto ministeriale,

da adottare d'intesa con la Conferenza Stato-regioni, dovrà individuare le condizioni di erogabilità e le indicazioni prioritarie per la prescrizione appropriata delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. Il medico dovrà infatti specificare nella prescrizione le condizioni di derogabilità della prestazione o le indicazioni di appropriatezza prescrittiva previste dal decreto ministeriale. Al di fuori delle condizioni di erogabilità, le prestazioni sono a totale carico dell'assistito. In caso di comportamenti prescrittivi non conformi, si applicano delle penalizzazioni su alcune componenti retributive del trattamento economico spettante ai medici: in caso di un comportamento prescrittivo non conforme alle condizioni e alle indicazioni di cui al decreto ministeriale, l'ente richiede al medico prescrittore le ragioni della mancata osservanza delle predette condizioni e indicazioni. In caso di mancata risposta o di giustificazioni insufficienti, l'ente adotta i provvedimenti di competenza, applicando al medico prescrittore dipendente del Servizio sanitario nazionale una riduzione del trattamento economico accessorio, nel rispetto delle procedure previste dal contratto collettivo nazionale di settore e dalla legislazione vigente, e nei confronti del medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, una riduzione, mediante le procedure previste dall'accordo collettivo nazionale di riferimento, delle quote variabili dell'accordo collettivo nazionale di lavoro e dell'accordo integrativo regionale.

La mancata adozione da parte dell'ente del SSN dei provvedimenti di competenza nei confronti del medico prescrittore comporta la responsabilità del direttore generale. Allo stesso tempo, regioni ed enti del SSN sono tenuti a ridurre il numero dei ricoveri in regime di riabilitazione ospedaliera potenzialmente inappropriati sotto il profilo clinico e a ridurre le giornate di ricovero oltre quelle definite appropriate.

## Dichiarazione dei redditi precompilata: nota del presidente Renzo

Il presidente della CAO nazionale Giuseppe Renzo ha trasmesso una nota ufficiale al Ministro della Salute Beatrice Lorenzin per esporre le criticità riscontrate nel decreto del 31 luglio 2015 del MEF relativo alla trasmissione telematica delle spese sanitarie al sistema tessera sanitaria, da rendere

disponibili all'Agenzia delle entrate per la dichiarazione dei redditi precompilata.

"Come potrete leggere ancora una volta si addossano ai nostri studi modalità operative onerose che rischiano di rendere ancora più complessa la gestione quotidiana della nostra attività. Ritengo quindi opportuno far sentire la voce della nostra professione che non può essere ulteriormente colpita da misure che appaiono soltanto burocratiche e oltretutto costituiscono una duplicazione di oneri amministrativi che già assolviamo."

Nella nota vengono citate altresì la mancata consultazione della categoria degli odontoiatri prima di procedere a decisioni che la coinvolgono, nonché la nebulosità dell'impianto del decreto e l'aggravio dei costi per gli odontoiatri, tutte cose che vanno a pesare sui liberi professionisti in un momento in cui è ancora presente una crisi profonda che investe la nostra società.

## **Nuovi corsi di Laurea a Enna**

Come è noto, da tempo la CAO Nazionale si è attivata per mettere in guardia il governo e la cittadinanza sulla istituzione di nuovi corsi di laurea in ambito sanitario ad opera di università non appartenenti al nostro territorio nazionale, giudicati sospetti e irrispettosi delle programmazioni universitarie. A Enna si sta creando un caso eclatante, che seppur non inerente al mondo odontoiatrico, potrebbe fungere da apripista per iniziative simili ma attinenti alla nostra professione.

Infatti proprio nel comune siciliano è prevista l'apertura della "Libera Università degli studi di Enna Kore", operazione assai poco trasparente portata avanti dalla Università Dunarea de Jos di Galati in Romania, mediante la fondazione "Proserpina": in tale "ateneo" dovrebbero essere istituiti corsi di laurea in Medicina-Farmacia e Professioni infermieristiche, il tutto con la "benedizione" degli assessorati della Salute e dell'Istruzione e formazione professionale della regione Sicilia.

I corsi di studio sarebbero ad accesso non limitato: una semplice iscrizione on-line basterà per essere ammessi a un fantomatico test di ammissione.

Il corso di laurea, del costo di 9000 euro annui per ogni studente, dovrebbe essere preceduto da un ciclo di lezioni di lingua rumena della durata di dieci

settimane, necessario per poter apprendere gli insegnamenti impartiti appunto in tale linguaggio.

Inoltre la Regione Sicilia offrirà in convenzione la fruizione delle proprie ASL e delle proprie risorse umane e professionali per permettere lo svolgimento di tirocini e attività didattiche; fatto grave e incoerente, se si pensa al taglio dei posti subito dalle scuole di specializzazione nella stessa regione. Il ministro Giannini ha già diffidato i promotori di tale iniziativa a perseverare nei loro intenti, i quali contrastano palesemente con i percorsi legislativi e amministrativi che permettono di costituire con correttezza nuove università, e che rischiano di identificare gli studenti non come risorsa per il futuro quanto una fonte di guadagno.

La CAO Nazionale è determinata a proseguire nella sua opera di verifica sulla correttezza e serietà dei percorsi formativi per l'accesso alla nostra professione e chiede l'aiuto di tutti i colleghi, poiché si possano costituire punti di contatto e monitoraggio su tutto il territorio nazionale per intervenire e denunciare iniziative scorrette.

## **Infortunati sul lavoro e malattie professionali: obbligo di denuncia telematica all'INAIL** **Comunicato stampa 1 ottobre**

Dal 23 settembre, qualunque medico che presti la prima assistenza a un lavoratore infortunato sul lavoro o affetto da malattia professionale è obbligato a rilasciare certificato ai fini degli obblighi di denuncia e a trammetterlo esclusivamente per via telematica all'Istituto Assicuratore. Tale obbligo, che riguarda la diretta ed estesa responsabilità professionale e che comporta problemi organizzativi rilevanti per i medici - come evidenzia la FNOMCeO in una lettera inviata al Ministro della Salute Beatrice Lorenzin -, è stato deliberato senza alcuna consultazione dell'Organo Istituzionale che regola la professione.

Due i punti di maggior criticità derivanti dal decreto legislativo:

1) l'estensione dell'obbligo di certificazione telematica di infortunio lavorativo si configura in modo analogo a una "denuncia" per qualunque medico presti la prima assistenza a un lavoratore infortunato sul lavoro. Ciò comporta inoltre la necessità di accreditare al sistema informatico dell'INAIL tutti gli iscritti all'albo, presupponendo il possesso di stru-

menti informatici e connettività adeguati.

2) Obbligare tutti i professionisti ad accreditarsi e ad utilizzare i servizi telematici dell'INAIL per svolgere un'attività che, in assenza di qualsiasi convenzione con l'Istituto Assicuratore, si configura come libero professionale, è incongruo e difficile sotto il profilo organizzativo, poco utile e oneroso per i cittadini interessati.

Ancora una volta, la semplificazione dei compiti della Pubblica Amministrazione viene posta a carico dei professionisti e dei cittadini.

La FNOMCeO ha chiesto un incontro, in tempi brevi, con il Ministero della Salute per proporre i necessari correttivi.

Questa nuova incombenza burocratica è l'ennesimo motivo di disagio e difficoltà per la professione medica e si aggiunge alle numerose motivazioni della mobilitazione di tutti i colleghi già indetta, in accordo con Sindacati Medici e Società Scientifiche, per le prossime settimane.

## Medici aperti al confronto ma decisi a proseguire la loro battaglia

Il decreto ministeriale sulle condizioni di erogabilità di 208 prestazioni a carico del SSN, che il Ministro della Salute intende emanare, ha acceso i riflettori sul valore della appropriatezza clinica, mai messo in discussione dai medici. La Fnomceo ritiene, non da ora, che la "appropriatezza" investa il moderno esercizio professionale medico e odontoiatrico e in generale sanitario, trovando grande spazio nel codice di deontologia medica. Il suo perseguimento, però, non si ottiene per legge paventando punizioni per chi non lo applica, ma valorizzando - e non umiliando - i professionisti. I Medici devono lavorare in autonomia, libertà e responsabilità, se si vuole tutelare il diritto costituzionale alla salute dei pazienti, perseguire il miglioramento delle cure e porre in equilibrio questi valori con una più efficiente allocazione delle risorse. Obiettivi, questi, importanti in tutti i sistemi sanitari, compreso il nostro che, dopo avere registrato un aumento della spesa fino al 2012, ha imboccato negli anni della crisi la strada della discesa del finanziamento fino al congelamento sostanziale degli ultimi cinque anni. L'Italia e il paese dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) dove la tutela della salute assorbe

la minore spesa globale, sia pro capite che in relazione al PIL, associata a risultati in diversi aspetti migliori, un paradosso di cui dovremmo essere orgogliosi, ottenuto grazie a professionisti della salute prima che dell'economia.

Rimane però l'evidenza di un aumento della spesa "out of pocket" che ci segnala, e ci dovrebbe allarmare, la difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie pubbliche, a causa di quella riduzione delle prestazioni che constatiamo nell'esercizio professionale quotidiano.

La mobilitazione generale della professione medica ed odontoiatrica, indetta con l'adesione di tutti i medici appartenenti alle associazioni sindacali e alle maggiori società scientifiche ed associazioni, nasce dalla consapevolezza che la presenza di nodi irrisolti legislativi, contrattuali, organizzativi e di ruolo professionale crea disagio e malessere crescente nella categoria fino a metterne in crisi la identità.

Il futuro del SSN non dipende solo dal finanziamento, ma da modelli di governance innovativi e ritrovati equilibri istituzionali capaci di superare l'attuale impianto regionalista. Ma soprattutto dal ruolo e dalle correlate responsabilità da assegnare ai Medici, dal valore che si attribuisce al lavoro dei professionisti, dal recupero di politiche nazionali che garantiscano una omogenea esigibilità del diritto alla salute in tutto il paese.

I medici italiani, a fronte di un grande spirito collaborativo, sono stati ripagati con limitazione delle competenze, impoverimento numerico e retributivo, espulsione dai processi decisionali, sette anni di blocco del contratto di lavoro e delle convenzioni, blocco del turnover, disoccupazione, precarietà ed emigrazione dei giovani colleghi, turni massacranti, intollerabile confusione e assenza di programmazione coerente nell'accesso alla formazione pre e post laurea, decretazioni che fissano cervellotici obblighi burocratici che aumentano il carico di lavoro a danno dello spazio clinico, mancanza di attenzione al problema della responsabilità professionale, mancata adozione del DPR sui requisiti minimi delle assicurazioni e del fondo di garanzia. Eppure hanno tenuto in piedi la sanità pubblica in tempi avari di risorse e gratificazioni.

La convocazione degli Stati Generali della Professione medica ed odontoiatrica a Roma il 21 ot-

tobre intende dare vita ad una piattaforma professionale che nel rilancio del SSN veda lo strumento per restituire, ai medici, il ruolo dovuto alla lunghezza del percorso formativo ed alla centralità del lavoro che svolgono e, ai cittadini, una esigibilità piena del diritto costituzionale. In preparazione di una grande manifestazione nazionale da tenere in novembre, aperta a tutti coloro che hanno a cuore le sorti del SSN.

Occorre un sostanziale cambio di paradigma culturale, politico e organizzativo che, a garanzia di un servizio sanitario universalistico, equo, efficace e solidale, definisca un nuovo Patto con la Professione Medica in una nuova cornice giuridica, amministrativa, civile e sociale, attraverso il reclutamento di tutti i medici all'obiettivo di invertire le curve di caduta della qualità e del consenso sociale e della contestuale crescita dei costi.

Un Patto per il quale dichiariamo da subito la nostra disponibilità consapevole e responsabile, riven-

dicando il ruolo dovuto a chi esercita una duplice posizione di garanzia verso lo stato e verso i cittadini.

### **Modulo 730 precompilato Comunicazione 11 settembre**

È avvenuto il previsto incontro tra FNOMCeO e Ministeri competenti, relativamente alle problematiche connesse con la trasmissione dati relativa al 730 precompilato. La delegazione della Fnomceo ha segnalato le numerose criticità connesse con l'attuazione pratica della normativa, che meriterebbe una revisione dell'impianto legislativo, richiesta già avanzata nelle sedi competenti.

Si è proceduto comunque in sede tecnica all'esame della normativa per realizzare la massima semplificazione, in un clima di collaborazione istituzionale fattiva. Seguiranno a breve dettagliate indicazioni.





L'isola che c'è

## Banari: colori, sapori e storia di un piccolo borgo antico

**S**e si percorre la superstrada 131, all'altezza dello svincolo per Ardara, non si può fare a meno di notare l'imponente Monte Santu, rilievo troncoconico alto 733 metri che si erge a testimoniare la particolare natura vulcanica del territorio; l'antica chiesa benedettina dedicata ai santi Elia ed Enoch (XI secolo) che possiamo trovare sulla sua sommità è senz'altro effigie di quanto questo territorio sia ricco di storia. Siamo nel Meilogu (*Terra di mezzo*), vasta sub area del Logudoro: una volta lasciata alle spalle Siligo, la cittadina che diede i natali alla cantante Maria Carta e allo scrittore Gavino Ledda, seguendo la via per Ittiri tra colli aguzzi e ridenti valli di indicibile bellezza, eccoci giungere a Banari, piccolo paese di circa 633 abitanti, iscritto per buon diritto all'associazione Borghi Autentici d'Italia.

Dolcemente poggiato su un altopiano, ai piedi della collina Pale Idda, è ben protetto dai monti Sa Silva e Maiore; il primo, ricco di boschi, pascoli e fitta macchia mediterranea di notevole interesse naturalistico, sovrasta il paese con il suo versante settentrionale. Il toponimo pare derivi dal nome della popolazione nuragica dei Balari: questa etnia, secondo Pausania il Perigeta, risiedeva in origine nella penisola Iberica, mentre Sallustio cita come possibile

provenienza la città di Palla, situata in Corsica; recenti studi confermano la supposizione che gli antichi Balari provenissero in realtà dalla fascia nord orientale della attuale Spagna e dal Midi (area di confine della Francia situata a sud dell'estuario della Gironda), che vissero in gran parte del nord Sardegna nel secondo millennio A.C. e che confinassero a sud con gli Ilienses e a nord-est con i Corsi. Altre teorie sull'etimologia del nome si riferiscono alla parola fenicia "bana" (casa) o alla radice "a-nari", che significa "sopra i fiumi", con riferimento evidente alle sue valli attraversate da rigogliosi corsi d'acqua. La vasta fascia di pertinenza è stata abitata sin dal neolitico recente, ben testimoniata dalle Domus de Janas di "Sos sette Coroneddos" (1800/1500 a.C.); alla fine dell'era nuragica, con l'avvento dei Romani, l'area circostante all'attuale abitato continuò a essere popolata, come certifica la necropoli pagana situata, poco distante dal paese, in una zona compresa tra le località di Tonca e Binza Idda. Appartenente al Giudicato di Torres (curatorie di Figulinas e di Meilogu), la nascita vera e propria di Banari risale al Medioevo, in virtù della fusione di tre nuclei monastici: quello del villaggio omonimo e quelli di San Lorenzo e San Michele, governati allora dall'ordine dei Camaldolesi di Saccargia. Successivamente, alla morte della giudicessa Adelasia avvenuta nel 1259, Banari passò sotto il controllo dei Doria fino al 1421, per finire poi sotto la dominazione aragonese; successivamente, gli anni dei moti antif feudali videro il paese profondamente coinvolto nelle lotte ai soprusi dei potenti del luogo, con un alto prezzo di vite umane immolate per la libertà. I dintorni del paese sono un vero trionfo della natura: in un territorio scosceso che si alterna tra alture di trachite e valli lussureggianti vale bene una passeggiata salutare verso l'area di sosta di "Rio de S'Adde", inserita entro 200 ettari di leccio e roverella autoctoni, costellati di suggestivi



La parrocchiale di San Lorenzo (foto di Francesco Bustio Dettori)



Iscrizioni sulla facciata di Santa Maria di Cea (foto di Francesco Bustio Dettori)

percorsi tra distese di rare peonie e ranuncoli selvatici; molto particolari gli scorci offerti dalle alture di Corona Alta e di Sa Silva, nonché l'oasi di protezione faunistica di Badde Manna; sulle pareti de "La rocca de Cunzadu" è facile vedere volteggiare il falco pellegrino. Paese di estrazione agropastorale, ha mantenuto a tutt'oggi la propria fonte di reddito, senza scordare quanto sia importante per la propria economia l'estrazione della trachite rossa, pietra che conferisce il colore rugginoso dei principali palazzi storici del luogo. Ma ora, addentrandoci finalmente nel borgo, possiamo respirarne la storia secolare:



Opere d'arte esposte nei vicoli di Banari (foto Francesco Bustio Dettori)

passeggiando per la via principale giungiamo alla elegante piazza meglio conosciuta dai banaresi come "Sas Bovedas", ove su un lato si erge il settecentesco palazzo Corda, oggi sede del comune; all'interno, di particolare pregio, la sala consiliare e la biblioteca.

Nel contesto urbano si può ancora apprezzare la rigida separazione fra la parte più povera del paese, caratterizzata da abitazioni piccole e basse, e la parte più ricca, composta da eleganti palazzi signorili: palazzo Carta, la cui struttura originaria risale al XIII secolo, Palazzo Solinas, dove si tengono importanti avvenimenti culturali, e il palazzo della famiglia di Monsignor Diego Marongiu Del Rio (1818 - 1905) che fu arcivescovo di Sassari, docente universitario, deputato al parlamento di Torino dal 1849 al 1852. Rivolgiamo ora i nostri passi alla volta di Palazzo Tonca, una costruzione risalente al 1200 che ora ospita il Museo d'arte contemporanea Fondazione Logudoro Mejlogu, associazione fondata nel 2001 da Giuseppe Carta, pittore e scultore iperrealista di seminale importanza per l'arte italiana: una struttura che negli anni ha accresciuto la sua importanza, ospitando eventi culturali, mostre collettive e antologiche che hanno portato nel paese opere di Fattori, Picasso, De Chirico, Basquiat, Guido Reni e Van Dyck, più l'esposizione permanente che consta di 400 pregiati pezzi di artisti sardi e italiani. Banari può essere

considerata a buon titolo uno dei luoghi dell'arte italiana: numerose le sculture e le pitture che decorano il paese, testimonianze vivide di "Banari Arte", manifestazione che per una intera settimana portava il paese a essere un laboratorio artistico a cielo aperto con installazioni pittoriche e scultoree, rappresentazioni teatrali e proiezioni cinematografiche, e la presenza feconda di molti artisti provenienti da ogni

parte d'Italia. Andando a zonzo per le strade, assaporando la vita tranquilla e placida scandita dai ritmi lenti del paese, è facile imbattersi nelle numerose chiese di Banari: le forme romaniche di San Michele parlano di tempi antichi, appena scalfitti dai rimaneggiamenti successivi e dagli scavi archeologici che hanno portato alla luce numerose tombe, nonché il prezioso e antico documento che attesta la benedizione dell'altare avvenuta il 23 dicembre del 1320; questa chiesa è il fulcro della festa di San Michele, celebrata in pompa magna dagli obrieri, il 29 settembre, con lauti rinfreschi. L'Oratorio di S. Croce è una graziosa chiesa ottocentesca a cui un tempo era associato un piccolo cimitero, proprio accanto a quello contiguo alla parrocchiale San Lorenzo: la facciata di impianto neoclassico si presenta come un esempio di sapiente e armonioso impiego della trachite rossa che contrasta col calcare del sagrato, il quale ospita una preziosa opera in marmo e bronzo dello scultore Luciano Preti. Della parrocchiale San Lorenzo si ha notizia fin dal lontano 1113, quando venne donata dall'allora Giudice Costantino di Torres ai frati Camaldolesi; dall'epoca numerosi sono stati i rimaneggiamenti: attualmente il registro inferiore della facciata è dominato dal rosso della trachite, che crea un netto contrasto con la candida sezione superiore, così come chiari sono i colori dell'interno mononavata, abbellito da 6 cappelle disposte simmetricamente.

Uscendo dal paese, sulla strada per Ittiri, incontriamo l'importante complesso monastico di S. Maria di Cea: edificio romanico del XII secolo, apparteneva, con il convento ormai in rovina, all'ordine dei Valombrosani che risiedevano a San Michele di Salvernera, presso l'attuale Ploaghe; si presenta con una bella facciata a spioventi decorata da una finestra rettangolare aperta, in luogo della bifora o dell'oculo originali, a cui fa da regolare compendio il piccolo campanile a vela; rappresentava uno dei pochi luoghi di culto che potevano fregiarsi di possedere una

Porta Santa, e numerose sono le iscrizioni incise dai pellegrini sulla nuda pietra del santuario.

Alle due estremità del paese campeggiano splendide fontane, antico naturale punto di incontro della comunità locale, grazie agli annessi ampi lavatoi: la Funtana 'e subra si trova nella parte più elevata del paese, e la Funtana 'e josso, in trachite rossa, dei primi del 1800, nella parte periferica bassa: qui, alla base del monumento, l'acqua cristallina sgorga attraverso teste di leone scolpite su calcare marmoreo. Per un forestiero, Banari è una realtà da scoprire e da degustare, assaporando i colori e i caratteri di tradizioni ancestrali che vengono da epoche lontane e di cui si desidera rendere vivido il ricordo; i numerosi eventi che il borgo mette a disposizione dei visitatori, amichevolmente accolti dalla popolazione locale, aiutano chi occorre a calarsi in un misto di atmosfere antiche e moderne: assieme alla già citata festa di San Michele e alle varie esposizioni artistiche, non possiamo fare a meno di segnalare la festa di S. Maria di Cea, che si svolge l'otto e il nove settembre, occasione preziosa per visitare gli interni della chiesa, ammirare il prezioso simulacro della Vergine e calarsi nelle tradizioni folkloristiche. Il mese di Dicembre è invece connotato da "Carrelas in festa": nei giorni 12 e 13, infatti, arte e tradizione si mescolano in un crogiuolo di esposizioni, balli,

canti, concerti e laboratori artistici di ogni tipo; le porte delle abitazioni si aprono e gli ospiti sono invitati a rimirare i prodotti dell'artigianato locale e gustare bevande e cibi, molti dei quali improntati sull'uso della cipolla di Banari, varietà particolarmente dolce, dal bulbo grosso e piatto e di colore paglierino dorato, per la quale è stato richiesto il certificato D.O.P., e che è protagonista della omonima sagra che si tiene in luglio.

Arrivederci allora a Banari, alla sua storia e ai suoi sapori, che rimangono nel cuore di chi ha la fortuna di incontrarli.

A.P. e F.B.D.



Testa leonina della Funtana 'e josso (Francesco Bustio Dettori)

## Pensieri e immagini d'autunno nei versi di Giovanna Pintus



Giovanna Pintus

**A**utunno, fortunata stagione che invita alla lirica. Nel rapporto inestricabile tra vita e poesia la collega Giovanna Pintus, come suo solito, non racconta, ma ci imprigiona in una rete di rapidi ed eloquenti fotogrammi che si inseguono a portare con sé tutta l'intensità di stralci di vita vissuta, tra verdi bruciacchiati, campi rugginosi, effluvi di terra bagnata dopo le calure estive. Ne *"Il mulino della valle"* l'oblio, vissuto da alcuni come momento liberatorio, svanisce per cedere il passo a prepotenti ricordi; la fervida memoria della protagonista rimbalza tra i muri disfatti dal tempo che, impietoso in tutta la sua cruda attualità, prima apporta rovine alle cose e poi ne tenta l'archiviazione; emergono così antichi profumi trasportati dall'onda lunga di una giovinezza mai sopita. Nella seconda poesia la scena si apre su uno degli eventi più paradigmatici del radicale cambio di stagione qual è la perdita delle foglie, vissuto non come dispersione e distruzione, ma come liberazione, in solitudine, dagli ultimi vincoli, verso voli lontani. In *"Lascia che la pioggia cada"* ecco l'acqua dal cielo comparire delicatamente, non solo a portare via i labili segni angosciosi del disfaccimento ma anche a mondare "le stridule note del dolore" e fare rinascere la speranza. Il cammino suggestivo, il faticoso lento destarsi della coscienza si conclude con un colpo d'ala, anelito di libertà, moto di volontà assoluta che prescinde dai lacci di un amore banalmente consolatorio. In questa silloge, l'io che si racconta procede oltre la propria sofferenza, senza mai dimenticarla. Poetessa impervia, come le nostre tanche, usa pochi e stringati versi quale specchio di storie personali che si incistano nella natura per gridare al mondo che la vita impossibile può e deve essere conquistata.

A.P.

### Il mulino della valle

Profumo di rose antiche  
e di pesche vellutate  
nel mulino della valle  
dove il capelvenere trema  
nei sogni dei muri disfatti,  
e la libellula danza  
sull'acqua chiaccherina  
delle gronde.  
Profumo di cose andate,  
di tegole vecchie e di ortiche,  
di sassi, di muschio,  
di frutti caduti  
in un letto di foglie  
a disfarsi pigramente  
al sole.  
Profumo di mesti ricordi,  
di candidi sogni  
nel cuore dei vecchi  
che ancora si danno la mano  
ancora sussurrano piano  
parole d'amore.

### Una foglia ingiallita

Una foglia ingiallita:  
un tenue filo di vita  
ancora  
la trattiene sul ramo.  
Si dondola  
nel suo nuovo colore d'autunno  
e aspetta,  
come fanciulla vestita a festa,  
che il vento con una carezza  
la porti via.

### Un colpo d'ala

Un colpo d'ala  
per volare più in alto  
oltre le cupe nebbie  
oltre i silenzi stagnanti  
oltre i disagi dell'anima  
più in alto...  
verso l'azzurro

### Lascia che la pioggia cada...

Lascia che la pioggia cada  
sulle strade polverose  
sui tetti cupi  
sui cimiteri deserti...  
Lascia che cada  
sui sassi coperti di muschio e  
sui rovi dove lo scricchiolo  
furtivo  
si nasconde.  
Lascia che cada  
sulle bacche odorose  
e sulle ultime rose  
di un'estate che muore...  
Lascia che la pioggia cada  
sulle stridule note del dolore  
sui sospiri del vento  
sui crisantemi del cuore.

## Un "double" e la Top 16 Dinamo, tocca a te!

È cominciata quella che si annuncia come un'altra, entusiasmante stagione di pallacanestro targata Dinamo Sassari. L'incidente di percorso di Torino, che ha visto i ragazzi biancoblù di Meo Sacchetti abdicare al trono della Supercoppa Italiana, non ha scalfito l'ottimismo della società presieduta da Stefano Sardara, pronto a rilanciare con la consueta ambizione contagiosa.

La Dinamo si presenta ai nastri di partenza (debutto in campionato il 4 ottobre a Sassari contro Cremona, esordio in Eurolega dieci giorni dopo a Istanbul contro i Darussafaka Dogus) con un roster profondamente rinnovato, ma non è certo una novità. E se 12 mesi fa le preoccupazioni per aver salutato i vari Caleb Green, Travis e Drake Diener e compagnia erano state tanto fragorose quanto placate dal crescendo rossiniano di vittorie (fino alla "tripletta" Supercoppa-Coppa Italia-Scudetto), quest'anno il popolo ha assistito curioso e placido alle mosse della premiata ditta Sacchetti (coach), Pasquini (general manager), Sardara (presidente e deus ex machina di via Nenni). Via (alla volta di

di Eleonora Secchi



Udine) l'ex capitano Manuel Vanuzzo, monumento e simbolo dell'avvento della Dinamo Sassari nel basket che conta, l'eredità è stata raccolta da Giacomo "Jack" Devecchi (guardia-ala), altro sassarese d'adozione pronto a guidare il plotone. Con il lodigiano, gli altri italiani saranno i confermati Brian Sacchetti (ala) e Matteo Formenti (guardia-ala) e i nuovi arrivati: l'anziano (40 anni) pivot Denis Marconato, il giovane centro Francesco Pellegrino (classe 1991) e Lorenzo D'Ercole, che andrà a coprire il vuoto lasciato da Massimo

Chessa, l'unico sardo e sassarese scudetato, passato a Trapani. L'altro reduce del Tricolore ancora nel roster è David Logan, il "Professore" di ghiaccio che sembrava destinato a lidi di grande prestigio e alla fine ha deciso di rimanere nell'Isola, per la grande gioia dei tifosi che non avrebbero mai voluto salutare la sua capacità di cambiare le partite in un battibaleno grazie a step-back e tiri da tre clamorosi. Il resto è tutto nuovo.

Al posto di Shane Lawal, passato al Barcellona, ecco un altro lungo di grande atletismo come Jarvis Varnado, tipico saltatore e stoppatore sul quale Meo Sacchetti ama edificare il proprio quintetto. Le ali straniere saranno Joe Alexander (classe 1986, 203 cm), Brent Petway (30 anni, 205 cm ed ex Olympiacos), Christian Eyenga (classe 1989, 201 cm): il primo ha convinto tutti nei test estivi di Nuoro e Sassari contro l'AEK Atene, anche se ha dovuto saltare diversi allenamenti e amichevoli per qualche acciaccio; Petway, tiratore da 3 punti mortifero, è il grande colpo di mercato e si è distinto per carattere istrionico e simpatico sin dalle prime uscite pubbliche; l'ex Varese è, numeri e prestazioni alla mano, uno dei più convincenti della



Presentazione della squadra a Sella e Mosca  
(foto di Gianluca Zuddas)



La squadra schierata in campo (foto di Gianluca Zuddas)

pre-season, pur avendo ampi margini di miglioramento. In regia, salutato Jerome Dyson, protagonista di una stagione da montagne russe ma anche capace di decidere in positivo tutti i momenti che contavano dell'ultima stagione, ecco Marquez Haynes. Il ventinovenne nativo di Irving, già visto in Italia con le maglie di Siena e Milano, è playmaker certamente diverso per carattere e caratteristiche tecniche rispetto a Dyson. Le prime partite hanno detto che Haynes e la Dinamo devono conoscersi a vicenda, come auspicato e affermato dallo stesso coach e dai dirigenti, ma il tutto appare piuttosto normale a questo punto dell'anno, cioè all'inizio. A portare palla e provare ad aprire le scatole avversarie con le triple ecco Rok Stipcevic (croato, reduce da Europei non brillanti, classe 1986) e i già citati Logan e D'Ercole. Proprio Stipcevic, ex Virtus Roma, appena catapultato nel gruppo si è fatto notare per carisma e qualità propiziando il recupero, poi rivelatosi vano, nella semifinale di Supercoppa Italiana dello scorso 26 settembre.

L'estate di amichevoli ha visto la Dinamo vincere e perdere, quasi sempre al termine di match molto tirati che hanno permesso di allenare sin da subito l'attitudine ai momenti caldi. Avversari di nome e spessore sin dalla prima uscita, al Torneo GeoVillage, vinto dai biancoblù superando avversarie che torneranno nella prossima Eurolega: Bamberg e Darussafaka Dogus, oltre alla Scandone Avellino.

Triplo test contro l'AEK Atene, nelle cornici di Nuoro ("Trofeo Tirrenia), Sassari ("Trofeo Meridiana") e Milano, all'interno della visita all'EXPO, ennesimo simbolo della grande crescita non solo cestistica del club. Del resto, come ama ricordare il presidente Sardara, "vincere e migliorare significa farlo dentro

e fuori dal campo, come società, squadra e pubblico".

Non è mancato il giro di Sardegna, ormai una prassi della pre-season della Dinamo, che ha fatto tappa anche a Cagliari (sconfitta contro Limoges e vittoria contro il Galatasaray) e Carbonia (ko contro il Galatasaray).

È una Dinamo, dunque, profondamente cambiata nei nomi e nelle facce, non (si spera, ma ne siamo convinti) nello spirito. Quello che ha portato il pubblico del Pala Serradimigni a cantare che "la gente come noi non molla mai", quello che ha permesso di recuperare partite ormai considerate perse, portandosi a casa tutto ciò che c'era da vincere in Italia nel 2014-2015 (dando seguito alla Coppa Italia 2014) e ribaltando in maniera elettrizzante le serie playoff 2015 contro Milano (semifinale Scudetto) e Reggio Emilia (finale tricolore). Momenti indelebili, solo alcuni, perché a ricordarli tutti – dalla fiumana di gente in Piazza d'Italia al ritorno degli eroi scudettati allo sbarco in casa di squadroni come Real Madrid e Efes Istanbul – ci sarebbe da scrivere dei poemi.

Non bisogna poi dimenticare le prossime sfide: il campionato, certo, ma anche la ricerca del tris in Coppa Italia, da centrare in quel Forum di Assago dove tutto cominciò: febbraio 2014, una Dinamo in brandelli trascinata dai Diener ribaltò tutto e superò Milano, Reggio Emilia e Siena per alzare il primo trofeo della sua storia. E poi l'Europa, ancora, per il secondo anno consecutivo, dalla porta principale. L'Eurolega accoglierà la Dinamo Sassari con un girone durissimo, dove l'obiettivo sarà quello di vincere una partita in più rispetto alla sola conquistata nel 2014. Un anno fa i biancoblù sciuparono diverse occasioni, ma l'avventura fu ugualmente da applausi, stavolta contro CSKA Mosca, Darussafaka Dogus, Unicaja Malaga, Brose Baskets Bamberg e Maccabi Tel Aviv sarà caccia all'impresa: entrare nelle TOP 16. Emozioni e sfide, da sempre apparse impossibili ma che la storia della Dinamo Sassari ha insegnato quanto possano diventare realtà. La gioia del passato, anche recente, non scalfirà la voglia di scrivere altre pagine indelebili, ricordando sempre chi si rappresenta e quanto sia stato difficile arrivare fin qui, ma anche che la prossima avventura è sempre la più bella da affrontare."

**Eleonora Secchi** è *studentessa di Medicina e Chirurgia*

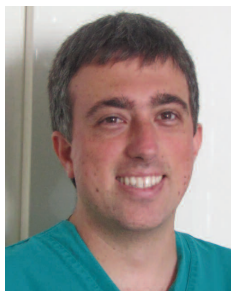
Nuovo disco dell'ex Pink Floyd

# Rattle that lock: la chitarra di David Gilmour fra immagini, visioni, luci e suoni

**N**ove anni sono lunghi da passare, specie per chi ama profondamente la musica di un artista che, al contrario, centellina le proprie opere, pubblicandole solo dopo averle ben soppesate ed elaborate per lungo tempo. L'ultima uscita discografica di David Jon Gilmour risale infatti al 2006 con il fortunato *On an Island*, seguito poi dall'omonimo tour. Da allora il silenzio era stato rotto "solo" dall'inaspettato *The Endless River*, ultimo disco ufficiale dei Pink Floyd, il leggendario gruppo musicale inglese di cui Gilmour è stato chitarrista e colonna portante, il quale conteneva brani risalenti alle registrazioni del 1994 di *The Division Bell*, completati e rimasterizzati.

La pubblicazione di *Rattle that lock*, avvenuta a

di Francesco Bustio  
Dettori



settembre di quest'anno, rappresenta dunque il nuovo e attesissimo sforzo compositivo del musicista originario di Cambridge, aiutato nella stesura dei testi dalla moglie Polly Samson e nello sviluppo delle sonorità da collaboratori fidati del calibro di Phil Manzanera (già chitarrista dei Roxy Music), Guy Pratt e Jon Carin (già rispettivamente bassista e tastierista nell'ultima incarnazione dei Pink Floyd) e Steve DiStanislao (batteria), più una nutrita schiera di ospiti.

Gilmour è un chitarrista che ha fatto dell'innovazione il suo marchio di fabbrica: le sue matrici blues sono state negli anni letteralmente affogate da riverberi, echi, ritardi e saturazioni che hanno letteralmente scolpito uno dei suoni più caratteristici e riconoscibili di tutta la mu-

sica, che può essere ascoltato in ogni solco dei dischi della band che ha composto un capolavoro come *Dark Side Of The Moon*. Chiedere al sessantenne chitarrista inglese di essere lo stesso sperimentatore che in *Echoes* (dall'album *Meddle*) imitava con la chitarra i versi dei gabbiani è forse un po' troppo, ma le tipiche atmosfere oniriche e fluttuanti, condite dalla classe immensa sprigionata in ogni nota, innervano profondamente il disco, rendendolo immediatamente familiare.

Ormai libero dai pesanti vincoli imposti dal fare parte di uno dei combo più famosi mai esistiti sul globo terracqueo, Gilmour decide in questo disco di dare sfogo alle sue varie passioni musicali, dallo strumentale sognante al jazz, passando attraverso la ballata acustica. Ma ormai il disco sta già girando vorticosamente nel lettore e i primi suoni di *Five A.M.* iniziano a riempire l'aria, ca-





I Pink Floyd riuniti per l'ultima volta sul palco del Live 8 a Londra, da sinistra: David Gilmour, Roger Waters, Nick Mason, Richard Wright

vamente fra le note iniziali del piano, prima che il canto di Gilmour, David Crosby e Graham Nash illumini la scena in maniera accecante, facendoci quasi percepire il rollio di una barca persa al largo, immagine delicata e commovente dell'assenza. *Dancing Right In Front Of Me* è una ballata atipica con sfumature jazz che ci porta verso quello che probabilmente è il capitolo più clamoroso di questo album. Un fischio sperduto in un silenzio carico di angoscia sugella le tetre atmosfere di *In Any Tongue*: le parole che descrivono amaramente la brutalità e la pazzia della guerra; il pianoforte buio, funebre; la chitarra lancinante che

ratterizzando in maniera decisa non solo l'incipit, ma l'intero album: ci ritroviamo così avviluppati a un brano strumentale evocativo nel quale la chitarra di Gilmour vola libera, esattamente come gli uccelli ritratti nella plumbea copertina (curata da The Creative Corporation, sotto la supervisione di Aubrey Powell di Hipgnosis), che permette di apprezzare, ancora prima di metterci in ascolto, le atmosfere da scoprire in questo viaggio musicale.

La ritmata *Rattle That Lock* si presenta con un jingle iniziale molto particolare, "catturato" dallo stesso Gilmour nella stazione ferroviaria di Aix-en-Provence e che possiamo ascoltare in tutte le stazioni francesi prima degli annunci ai passeggeri: su quella semplice sequenza di note è stato costruito l'intero brano, che rapisce l'ascoltatore con suoni densi di riverbero e con l'orecchiabilità della melodia; da segnalare anche le liriche ispirate alla celebre opera di John Milton *Paradise Lost*. La successiva *Faces of Stone* rallenta il ritmo e regala malinconiche immagini autunnali, sospese fra le varie esistenze dell'autore: elementi moderni e rimandi alle prime ballate dei Pink Floyd convivono in maniera magistrale, il tutto impreziosito da contrappunti bandistici e ovviamente da incisi chitarristici di grande effetto. *A Boat Lies Waiting* è il tributo al fraterno sodale di sempre Richard Wright, il tastierista dei Pink Floyd scomparso il 15 settembre del 2008, la cui voce registrata può essere qui ascoltata intrufolarsi furti-

pare quasi piangere; impossibile sottrarsi a questo turbinio di emozioni di cui stentiamo a comprendere la reale profondità. Lo strumentale *Beauty* con i suoi suoni eterei e dispersi fa elegantemente da cuscinetto con lo smaccato jazz di *Girl In The Yellow Dress*, che vede l'illustre partecipazione del piano di Jools Holland e della cornetta di Robert Wyatt, storico batterista dei Soft Machine ed esponente di spicco della scena musicale di Canterbury, nonché artista alternativo per eccellenza. Il bellissimo attacco corale di *Today's* dirada nella possente sezione ritmica che guida un andamento sostenuto che ricorda piacevolmente alcuni episodi dei Pink Floyd di *A Momentary Lapse of Reason*, mentre la conclusiva *And Then...* lascia che la musica prenda ancora il sopravvento sulle voci, chiudendo il cerchio generato dall'iniziale *5 A.M.* e con la chitarra ancora una volta intenta a guidarci in sentieri cupi ma che lasciano intravedere una meravigliosa luce all'orizzonte.

Quando ci si accinge all'ascolto di un nuovo disco di un grande musicista si hanno sempre emozioni contrastanti: l'eccitazione per il nuovo materiale cela dietro di sé la preoccupazione che questo non sia all'altezza di ciò che lo ha preceduto, e quando il passato è rappresentato da dischi come *The Wall* o *Wish You Were Here* bisogna ammettere che tali pensieri sono del tutto illegittimi.

Ma in questo caso le paure vengono fugate: la musica di Gilmour ancora una volta ha un fortissimo



impatto emotivo, risultando fortemente ispirata e ricca di suggestioni, rassicurante ma allo stesso tempo sorprendente. I fortunati che sono riusciti a trovare un biglietto per le date dei concerti che hanno preceduto l'uscita dell'album hanno potuto ascoltare i nuovi brani in anteprima e rendersi conto della loro potenza evocativa: in Italia il tour ha toccato l'Arena di Verona e l'Ippodromo del Visarno a Firenze, dove Gilmour ha proposto un azzeccato mix di brani nuovi e vecchi successi. Brani come *Shine On You Crazy Diamond*, *Wish You Were*



David Gilmour con la sua Fender Esquire datata 1955 durante la tappa fiorentina del suo tour europeo

*Here*, *Astronomy Domine* e *High Hopes* hanno cullato gli astanti sull'onda delle emozioni del passato ben amalgamandosi alle nuove composizioni, fino al glorioso finale dominato da *Time* e dalla maestosa *Comfortably Numb*, col suo assolo di chitarra finale divenuto ormai pietra miliare della storia della musica. Lo spettacolo è stato, come tradizione, corredato da luci ed effetti visivi di grande effetto, e grande emozione ha suscitato il durissimo video creato da Danny Madden per *In any tongue*: una animazione di aperta denuncia nei confronti dei conflitti bellici che, durante l'esecuzione del brano, è stata proiettata sul gigantesco schermo circolare che sovrastava il palco. Grande commozione ha suscitato anche l'esecuzione di *A boat lies waiting*, specialmente a Firenze, dato che la serata coincideva con l'anniversario della morte del compianto Richard Wright.

*Rattle that lock* è un disco che definirei profondamente onesto, in cui sono riconoscibili tutti i confini musicali delineati da Gilmour durante la sua vita artistica: chi conosce bene i Pink Floyd non mancherà certo di apprezzare i vari rimandi a dischi che hanno accarezzato il nostro udito per anni.

Al contempo però viene fuori prepotentemente la voglia del chitarrista di mettersi in gioco e sfruttare la ritrovata libertà artistica per mostrare al mondo tutte le sfaccettature della sua mirabile arte, ma senza l'ansia di dover dimostrare qualcosa a tutti i

costi, piuttosto per il semplice gusto di evidenziare il bello in ogni sua forma.

Ancora una volta il suono studiato e ricercato di Gilmour riesce a portarci lontani dal mondo reale e farci apprezzare la libertà intima della bellezza.

*P.S. il tour di Gilmour, come quelli di altri mostri sacri come Mark Knopfler, Bruce Springsteen, Neil Young, Roger Waters, Crosby Stills e Nash, ha registrato il tutto esaurito, e i dati delle vendite di dischi sanciscono in maniera indiscutibile come le vecchie glorie abbiano un notevole seguito, denotato da una componente giovanile molto forte che risulta essere sorprendente.*

*Appare lampante che la musica che promana da artisti che hanno fatto la storia, nonostante passino gli anni e si inizino a intravedere momenti di "stanca" creativa, abbia quindi un appeal molto maggiore rispetto a quella prodotta da artisti di nuova generazione che spesso vengono divorati da una frenesia televisiva e di immagine che non fa sconti. Escludendo gruppi come Pearl Jam, Radiohead, Foo Fighters (gruppi che hanno comunque fatto il loro esordio attorno ai vent'anni fa circa) appare preoccupante la mancanza di artisti che possano prendere lo scettro dei grandi di un tempo, producendo musica destinata a rimanere scolpita per sempre nella nostre memorie.*

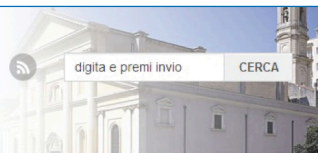
# ELENCO DEI MEDICI DISPONIBILI AD EFFETTUARE SOSTITUZIONI DI ASSISTENZA PRIMARIA E DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

Elenco aggiornato al 05.10.2015

ANNO 2015

N.	Assistenza Primaria	Pediatria	Cognome e nome	Anno Iaurca	Indirizzo	Cap-città	Telefono	Cellulare
1	SI	SI	Aresu Leonora	20069	Via Dalmazia 21	07100 Sassari	079/280030	320/8591160
2	SI	NO	Argiolas Mauro	2015	Via Carlo Felice 40	07100 Sassari	079/979098	345/1175486
3	SI	NO	Arru Alessandra Rita	2004	Via Di Vittorio 22	07100 Sassari	079/235639	328/94442820
4	SI	NO	Arru Marco	2014	Via Rossini 2	07031 Castelsardo	0784/35762	340/93228551
5	SI	NO	Batzu Lucia	2015	Via A. Volta 41	07026 Olbia	079/442807	328/0563078
6	SI	NO	Bella Francesco	2015	Via Giulio Pastore 4	07100 Sassari	079/442807	348/4604493
7	SI	NO	Bellu Valentina	2014	Via Mazzini 22	07025 Luras	079/235639	320/8845248
8	SI	NO	Biancareddu Elisabetta	2014	Via Merano 4	07029 Tempio Pausania	0784/35762	328/7174103
9	SI	NO	Bosincu Michela	2009	P.zza della Meridiana 2	07100 Sassari	79252483	349/7112029
10	SI	NO	Branca Gian Pietro	2014	Via Ferrucci 10	07100 Sassari	079/280030	349/3521099
11	SI	NO	Bricchetto Giovanna	1996	Via degli Orti 11	07041 Alghero	079/979098	340/7905249
12	SI	NO	Budroni Carla	2009	Via Mazzini 6	07100 Sassari	079/235639	333/7955258
13	SI	SI	Campus Rachele	2014	Via Manzoni 28	08100 Nuoro	0784/35762	320/0727585
14	SI	NO	Carboni Luca	2014	Via Marongiu 49	07041 Alghero	079/442807	340/3418448
15	SI	NO	Casu Marina	2014	Via Canonico Doranti 1	07029 Tempio Pausania	079/442807	340/3075989
16	SI	NO	Collu Claudia	2014	Via Perantoni Satta 23	07100 Sassari	079/442807	346/0878577
17	SI	NO	Cossu Michela	2014	Via Silvio Pellico 77	07044 Ittiri	079/442807	347/6869028
18	SI	NO	Dial Upinder Kaur Mattar Tinku	2011	Via Guido Rossa 3	07029 Tempio Pausania	079/442807	333/2540292
19	SI	SI	Di Trapani Laura	2013	Via Monte Grappa 7/e	07100 Sassari	079/442807	328/3178388
20	SI	SI	Fadda Maria Paola	2014	Viale San Pietro 4	07100 Sassari	079/442807	320/6846791
21	SI	NO	Fiori Andrea	2015	S.V. Baddimanna - Filigheddu	07100 Sassari	079/442807	3495976714
22	SI	NO	Gaito Silvia	2014	Via Nicolodi 4	07100 Sassari	079/442807	347/7365911
23	SI	SI	Lisbo Marcella	2009	NON COMUNICATO	07033 Osilo	079/442807	380/4349661
24	SI	SI	Lupaeciolu Sabrina	2014	Via G. Pala 7	07026 Olbia	079/442807	329/0067432
25	SI	NO	Lutzoni Roberta	2009	Via Padre Taddei 2/C	07100 Sassari	079/442807	349/5526134
26	SI	NO	Mameli Maria Sabrina	2015	Via della Libertà 22/c	07046 Porto Torres	079/442807	340/7684649
27	SI	SI	Marras Viviana	2012	Via De Sena 3	07100 Sassari	079/442807	348/85678599
28	SI	SI	Marceddu Roberta	2014	Via Marsiglia 58	07100 Sassari	079/442807	340/8165078
29	SI	NO	Marrosu Riccardo	2015	Regione Barranc 149	07041 Alghero	079/917140	329/7370691
30	SI	SI	Masala Fausto	2015	Via D'annunzio 9	07100 Sassari	079/917140	349/4323409
31	SI	NO	Mattozzi Simone	2012	Vicolo Efisio Marini 4	07100 Sassari	079/917140	331/8182664
32	SI	NO	Moccia Eleonora	2014	Via Luigi Pirandello 20	07100 Sassari	079/917140	340/6751290

33	SI	SI	Molinas Giovanni	2014	Via Pietro Lissia 12/c	07023 Calangianus	349/7927616
34	SI	SI	Montella Rino Aldo	2014	Via P.ssa Maria 5	07100 Sassari	340/5757927
35	SI	SI	Montesu Paola	2014	Via Azuni 1	07017 Ploaghe	348/0833433
36	SI	NO	Murdeu Luisa	2011	Corso Angioy 25/I	07100 Sassari	348/5912124
37	SI	SI	Mureddu Simone	2014	Via Savoia 55	07100 Sassari	329/0072645
38	SI	NO	Muscas Alessandra	2009	Corso Vittorio Emanuele II, 125	07100 Sassari	328/7774345
39	SI	NO	Nusdeo Giuseppe	2014	Via Balbo 68	07024 La Maddalena	348/0593221
40	SI	NO	Palimodde Michele	2015	Via P.pe di Piemonte 3	07100 Sassari	349/6150598
41	SI	NO	Pes Luca	2014	Via P.pe di Piemonte 38	07100 Sassari	328/9589876
42	SI	NO	Piana Cristina	2015	Loc. Imbriglia 1	07035 Sedini	340/5514783
43	SI	NO	Pilo Nicoletta	2015	Via Caboto	07100 Sassari	333/3908198
44	SI	NO	Pischedda Caterina	2004	Via Pasubio 7	07100 Sassari	349/0841382
45	SI	SI	Pisuttu Giulia	2014	Via Ginevra Zanetti 11	07100 Sassari	347/5923242
46	SI	NO	Puggioni Angelo	2015	Via Sanzio 6	07100 Sassari	331/4529049
47	SI	SI	Riccio Debora	2007	P.zza del Rosario 9	07100 Sassari	349/6410581
48	NO	SI	Rizzo Katerina	2003	Regione Vessus snc	07041 Alghero	389/9686198
49	SI	NO	Ruggiu Anna Paola	2014	Via Istria 10/b	07041 Alghero	346/2285857
50	SI	SI	Sassu Salvatore	1969	Via Limbara 22	07029 Tempio Pausania	333/9184989
51	SI	NO	Sassu Silvia Leonarda	2015	Via P. Nenni 3	07014 Ozieri	348/8655022
52	SI	NO	Satta Giulia	2015	Via Istria 16/c	07100 Sassari	347/6656466
53	SI	NO	Scanu Martina	2014	Via Perantoni Satta 14	07100 Sassari	347/6157649
54	SI	NO	Squintu Sara	2005	Via A. De Gasperi 51	07041 Alghero	3283045128
55	SI	SI	Sircana Marta	2014	Via Budapest 6	07100 Sassari	327/3511280
56	SI	NO	Soma Federico	2014	Via C. Monteverdi 11	07100 Sassari	340/3580710
57	SI	NO	Tanda Cinzia	2015	Via Giuseppe Morittu 13	07014 Ozieri	079/780248
58	SI	SI	Tanda Giovanna	2015	Via Nazionale 319	07019 Villanova Monteleone	347/3396062
59	SI	SI	Taras Giovanna Maria	2013	Via Austria 2	07026 Olbia	392/7195751
60	SI	NO	Taras Giulia	2015	S.V. Caniga-San Giorgio 44	07100 Sassari	347/3540470
61	SI	SI	Todde Maria Laura	2014	Via Copenaghen 12/a	07100 Sassari	328/6926456
62	SI	NO	Trucchi Elena	2014	Viale Umberto 28	07100 Sassari	333/2689948
63	SI	NO	Unali Marco	2014	Via Forlanini	07100 Sassari	328/6869456
64	SI	NO	Virdis Eleonora	2014	Via Saragat 54	07100 Sassari	349/4910881
65	SI	SI	Zachos Maistros-Pavlos	2012	Via Torres 44	07100 Sassari	328/6209708
66	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](http://www.omceoss.org)