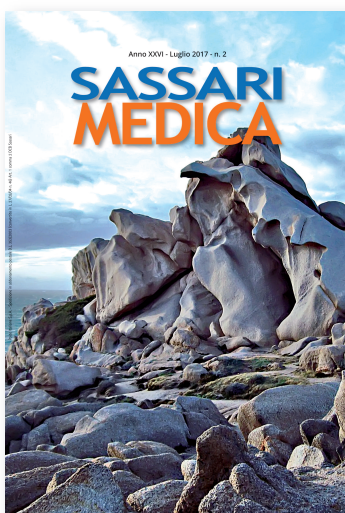


Anno XXVI - Luglio 2017 - n. 2

SASSARI MEDICA





Sommario

Direttore Responsabile Francesco Pio Scanu

Direttore Editoriale Francesco Pio Scanu

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

Addetto stampa Maria Antonietta Izza

Hanno collaborato a questo numero

Alessandro Arru, Francesco Bustio Dettori, Graziano Demurtas, Anna Guido, Maria Antonietta Izza, Giuseppe Mela, Mario Oppes, Mario Palermo, Andrea Porcu, Irene Secchi

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: 4.342 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 XXVI - Luglio 2017 - n. 2
Periodico trimestrale

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, Antonia Demartis (odontoiatra), Monica Derosas, Carla Fundoni, Antonella Giordo, Rossella Pilo, Agostino Sussarellu, Patrizia Anna Virgona

Commissione Iscritti all'Albo Odontoiatri 2015-2017

Presidente Carlo Azzena

Componenti 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

Editoriali dei Presidenti

Riappropriamoci del nostro ruolo guida	2
La Cao chiede l'intervento del Ministro	4

Vita dell'Ordine

Ricordo del professor Livio Chiandussi	5
Vincenzo Migalettu: un grande sardo	6
Tina Anselmi, la donna che cambiò la Sanità	7
L'Enpam all'Ordine per parlare di Previdenza	8
Convegno sulla responsabilità medica	9
Il carcinoma della mammella: convegno con l'Andos	10
Il percorso consapevole in Endocrinologia	11

Nostra Salus

Il progetto dell'Aiom in Sardegna	14
Carlo Corchia, ricordo del pediatra che amò la Sardegna	15

Speciale

Il laboratorio Gaiani rivive in Angola	18
----------------------------------------	----

Approfondimenti

Terapia Antalgica. All'Aou di Sassari un percorso per il paziente	20
L'esperienza di un pediatra sassarese in Afghanistan	22
Convegno del Sism sulla disforia di genere	24

Fnomceo e Cao

Notizie Fnomceo ed Enpam	26
--------------------------	----

News

Formazione ECM: le nuove regole per il triennio 2017-2019	31
-----------------------------------------------------------	----

Il graffio

L'Ospeedale Mater Olbia: un'incognita che fa paura	34
----------------------------------------------------	----

Sport e Medicina

Intervista al professor Giovanni Tredici	35
Tennis in carrozzina: il fascino dello sport paralimpico	37

Libri e Musica

"Un paziente misterioso" di Graziano Demurtas	39
La triste fine di Chris Cornell	40

L'Ordine e il governo della professione

Riappropriamoci del nostro ruolo guida

La sanità italiana attraversa un periodo difficile. Da un lato la scienza e la tecnica offrono ogni giorno soluzioni alle più disparate patologie, a costi sempre più elevati, dall'altro il Servizio Sanitario presenta difficoltà di finanziamento, di notevoli disomogeneità regionali di disagio del personale.

Anche la nostra professione attraversa una fase di trasformazione e di progressiva evoluzione, di cui noi siamo gli attori principali, e rispondiamo alla domanda di salute in maniera sempre più compiuta.

L'Ordine deve saper raccogliere le istanze più rilevanti che provengono dalla società civile e dal mondo professionale, per renderle parte di un unico progetto di rilancio della nostra professione quale garanti del diritto alla salute individuale e collettivo.

La nostra professione oggi è schiacciata da una asfittica burocrazia, anche organizzativa, che la mette in contrapposizione con i bisogni dei cittadini. È opportuno riacquistare libertà e l'autonomia che da sempre rappresentano le caratteristiche essenziali per un esercizio professionale davvero orientato esclusivamente alla tutela della salute dell'individuo e della collettività, che rilanci la professione medica e contribuisca a risolvere tematiche, da troppo tempo senza risposte: i problemi del precariato, della governance clinica, del ruolo organizzativo e didattico dei medici di medicina generale, della violenza sui professionisti.

Insomma, la Federazione ha il dovere di riappropriarsi del proprio ruolo di guida e riferimento della professione, che oggi sembra in larga parte smarrito.

Il DL Lorenzin con i suoi devastanti emendamenti, ripropone la domanda, ossia a cosa servono oggi le istituzioni ordinistiche.

Non possiamo più rimanere solamente i custodi degli Albi professionali!

L'azione ausiliaria, e ora (auspicabilmente) anche quella sussidiaria, così limitata, non risponde più alle attese della società civile. Invece compaiono proposte di introdurre nuove e stravaganti professioni sanitarie senza che vi siano ragioni sul piano assistenziale, e senza che

di Francesco Pio Scanu



queste abbiano adeguati presupposti scientifici.

È tempo di valorizzare e rilanciare il nostro ruolo valorizzando le competenze che sono in nostro possesso!

Gli Ordini che sono enti di diritto pubblico, grazie alle loro peculiari competenze, possono e devono contribuire al governo della professione intervenendo in tutti i processi decisionali, nazionali e regionali e locali che interessano e coinvolgono la professione

medica e odontoiatrica.

Soltanto in questo modo il ruolo ausiliario e sussidiario degli Ordini diventerà efficace e concreto.

In questo periodo di fine mandato dobbiamo concentrare gli sforzi su alcuni punti di enorme importanza portando le riflessioni, le proposte e le istanze nelle sedi più opportune ed idonee.

Su questo DL Lorenzin è necessario:

- Assumere una chiara e inequivocabile presa di posizione per dire no al disegno di legge, che non risponde alle finalità di riforma che si era proposto.
- Ribadire la necessità di definire insieme il nuovo ruolo degli Ordini professionali, e in particolare dell'Ordine dei Medici, in modo da rendere concreta ed efficace la sua attività di ente ausiliario dello Stato.
- Chiarire la natura degli Ordini quali enti pubblici non economici, sussidiari dello Stato, dotati di autonomia patrimoniale, regolamentare e disciplinare, finanziati esclusivamente con i contributi degli iscritti senza oneri per la finanza pubblica, che garantiscono la loro gestione mediante regolamenti autonomi, predisposti dalla Federazione e approvati dal Ministero vigilante, idonei alla loro peculiarità costitutiva.

Dobbiamo in ogni sede, e ognuno per le proprie competenze, chiedere con determinazione di finanziare in maniera adeguata il SSN, nella consapevolezza che i sistemi universalistici e solidali sono tra quelli che garantiscono maggiore equità e maggiore tutela della salute dei singoli e delle comunità. Tra i problemi principali correlati il blocco del turnover, il divario nord-sud come

emerge dagli indicatori di salute, vedi l'inversione della curva di longevità al sud; il tema della distribuzione delle risorse: una sanità il più possibile omogenea in ogni parte d'Italia.

Occorre ripensare l'intera formazione: dagli anni del corso di laurea, al numero di borse di specializzazione, al corso di medicina generale, sino alla formazione continua. Al momento appaiono urgenti alcuni interventi sulla formazione specifica in medicina generale: tra il 2021 e il 2023 si rischia il default della medicina generale per mancanza di medici. Va ribadita con forza la necessità di aumentare subito il numero delle borse, fino a raddoppiare il numero, e di non disperdere il patrimonio culturale e professionale acquisito in questi anni da parte della medicina generale.

Per quanto riguarda il governo clinico sono sempre più frequenti le segnalazioni di conflitti tra medici e disagio per i pazienti in merito alla prescrizione di farmaci inno-

vativi. L'AIFA con sempre maggiore frequenza limita la prescrizione dei farmaci innovativi, che hanno costi elevati, a gruppi di specialisti e/o centri di riferimento definiti dalla Regione. Così facendo alcuni medici possono prescrivere, altri no, addirittura alcuni specialisti della stessa branca sì e altri no, scaricando sulla professione il controllo della spesa attraverso una vera e propria limitazione dell'esercizio professionale, non prevista da alcuna norma. Questo è un tema squisitamente professionale in quanto si cerca di limitare la potestà di curare conferita dalla legge (laurea, abilitazione e iscrizione all'Albo) con atti di mero esercizio amministrativo.

Questi punti qualificanti per la professione devono essere portati avanti collegialmente dagli Ordini con un'azione costante che non veda incertezze o rallentamenti neanche nei prossimi mesi, quando tutti saremo impegnati nel rinnovo dei Consigli degli Ordini e del Comitato Centrale della Federazione.



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>

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

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

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

Orari di apertura al pubblico

Lunedì: 11.00 – 13.00

Martedì: 11.00 – 13.00 e 15.00 – 17.00

Mercoledì: 11.00 – 13.00

Giovedì: 11.00 – 15.30

Venerdì: 11.00 – 13.00

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

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

Pubblicità sanitaria

La Cao chiede l'intervento del ministro della Salute

Lo scorso 14 luglio il presidente della Cao, Giuseppe Renzo, ha presentato una mozione, votata all'unanimità dal Consiglio nazionale della Fnomceo, sulla pubblicità sanitaria. Si tratta di una richiesta formale al Ministro della Salute per apportare alla normativa italiana vigente, in materia di pubblicità sanitaria, tutte le modifiche necessarie alla luce delle indicazioni provenienti dalla pronuncia della Corte di Giustizia Europea, introducendo nel procedimento di diffusione dei messaggi pubblicitari, in qualsiasi modo e forma diffusi, il potere autorizzativo, da mantenere in capo agli Ordini professionali, in sostituzione di quello verificativo.

Non solo, tale autorizzazione può arrivare solo se la pubblicità risponde a requisiti che tengano conto della peculiarità della professione medica e odontoiatrica nel rispetto del superiore interesse generale finalizzato alla tutela della salute pubblica.

di Carlo Azzena



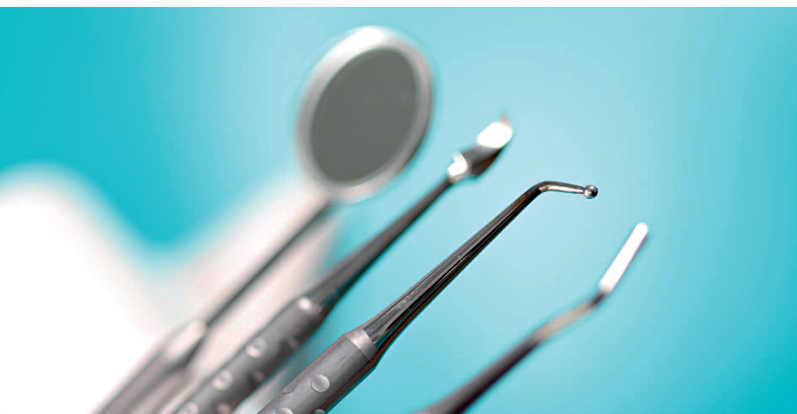
regole professionali relative in particolare alla dignità e all'onore della professione regolamentata nonché alla lealtà sia verso i pazienti che verso i colleghi che esercitano la professione". La Corte ha ritenuto anche necessario "evidenziare la peculiarità delle professioni sanitarie nell'elaborazione delle regole professionali, determinata dalla necessità che non sia pregiudicata la fiducia dei pazienti nei confronti delle professioni

sanitarie, e ciò sia a tutela della dignità professionale che della salute pubblica, entrambi fattori ritenuti idonei ad essere elementi di motivo imperativo di interesse generale e, come tali, idonei ad introdurre elementi limitativi purché ragionevoli e proporzionati". "Non da ultimo il Giudice europeo si è preoccupato di chiarire che l'utilizzo intensivo di pubblicità o la scelta di messaggi promozionali aggressivi, addirittura tali da indurre i pazienti in errore a proposito delle cure proposte, può nuocere deteriorando l'immagine della professione, alterando il rapporto con i pazienti, nonché favorendo la realizzazione di cure inadeguate e non necessarie, alla tutela della salute e pregiudicare la dignità della professione". Sono gli stessi concetti che noi ripetiamo da anni: le pubblicità sanitarie aggressive, non veritiere, ingannevoli, pregiudicano la salute dei pazienti. Non possiamo stare a guardare e non vogliamo agire quando ormai il danno è stato fatto. Anche l'Europa lo ha compreso: la sentenza riconosce la tutela della Salute come uno tra i motivi imperativi che giustificano una restrizione alla libera prestazione dei servizi. E soprattutto ribadisce l'importanza del rapporto di fiducia che deve prevalere tra il dentista e il paziente.

La tutela della Salute e la tutela della dignità della Professione sono i due ruoli riconosciuti agli Ordini dalla legge, e noi questi compiti li vogliamo esercitare, auspicando che il Ministro ascolti le istanze della Professione medica e odontoiatrica.

Lo spunto della nostra presa di posizione è una recente sentenza della Corte di Giustizia Europea (4 maggio 2017, pronunciata nella causa C-339/15) che ha introdotto, in materia di pubblicità sanitaria, alcuni elementi di forte impatto innovativo che, secondo la Cao e la Fnomceo, non possono essere ignorati dalla legislazione italiana.

La Corte afferma, infatti, che le "comunicazioni commerciali devono essere autorizzate solo nel rispetto delle



Il professore che rivoluzionò la gestione delle malattie epatiche

Ricordo di Livio Chiandussi

Lo scorso 4 marzo, a Torino, è morto il professor Livio Chiandussi, docente all'Università di Sassari dal 10 dicembre 1974 al 1 novembre 1983. Molti sono i medici, allora studenti, che ne ricordano la figura di scienziato e di medico umano e appassionato, molti sono gli allievi che, avendo fruito dei suoi insegnamenti, prestano opera nell'Università, nell'Ospedale e nel territorio di Sassari.

Il professor Chiandussi nacque a Pola, e subì il destino dei giuliani e dei dalmati: dovette abbandonare la sua terra, attraversando a piedi l'Istria spingendo un carretto nel quale la famiglia aveva caricato le poche cose che era riuscita a salvare. Il padre, valente pediatra, divenne poi primario a Mestre, mentre Livio si laureò in Medicina e Chirurgia a Padova.

Seguì a Perugia un giovane docente di Padova, il professor Alessandro Beretta Anguissola, che era stato già a Sassari come prima sede di insegnamento. Ripercorrendo le orme del maestro, il professor Chiandussi andò a Torino, per essere chiamato nel 1974 a Sassari a dirigere l'istituto di Patologia Speciale Medica e Metodologia Clinica. Valente ricercatore, era stato tra i fondatori della Associazione italiana per lo studio del fegato, campo nel quale organizzò in Sassari un gruppo di studio e di interesse che condusse apprezzate ricerche, sviluppò importanti competenze e avviò nel territorio una gestione moderna delle malattie epatiche, in particolare delle epatiti e della ipertensione portale.

Questo non limitò l'interesse per l'insegnamento e la cura del vasto spettro di malattie ricadenti nell'ambito della Medicina interna e nelle competenze didattiche attinenti alla Patologia medica.

Notevole fu l'impegno compiuto nella direzione e nel rilancio della rivista medica "Studi Sassaesi", e nella direzione della Scuola di Specialità in Gastroenterologia.

Era affabile, disponibile, alla mano con il malato, il parente, il collega, impegnato e umile con gli studenti, gli specializzandi, i medici, il personale.

Sapeva intrattenere rapporti umani cordiali e sinceri con i colleghi, della propria e di altre Facoltà, nonché rapporti professionali di collaborazione produttiva e scientificamente proficua. Organizzò a Sassari, e in Sardegna, convegni medico-scientifici di portata nazionale e internazionale, che riconobbero una partecipazione attenta e motivata, ed una vasta eco scientifica su riviste ad ampia diffusione.

Ha lasciato un ottimo ricordo a Sassari, quando la lasciò per tornare a Torino nel 1986, e un sentito rimpianto oggi, con la sua scomparsa.

Sassari ha perso un maestro, ma, soprattutto, un amico.



**Il Presidente
Francesco Pio Scanu**

Ci ha lasciati

Vincenzo Migaleddu: un grande sardo

Lo scorso 9 aprile ci ha improvvisamente lasciati orfani del suo sapere, della sua disponibilità, del suo impegno per la salute e del suo amore per noi sardi e la sua Sardegna, Vincenzo Migaleddu.

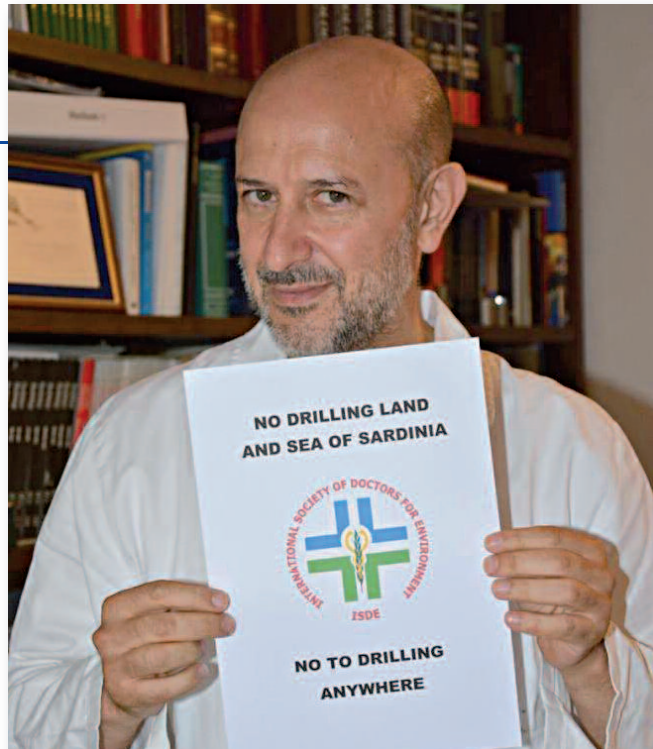
Vincenzo era nato a Sassari nel 1952, ma non aveva mai smesso di frequentare ed amare la sua avita Martis, ove si era guadagnato un posto di riguardo nella stima e nell'affetto dei suoi abitanti.

Dopo la laurea in medicina nel 1977 si era specializzato in radiologia, sempre nell'ateneo Turritano, nel 1981, e aveva indirizzato il suo interesse al campo dell'ecografia, di cui è stato uno dei pionieri in Sardegna. Ricordo ancora quando cercava con la sua sonda di dare un nome alle lesioni ipocaptanti della scintigrafia epato-splenica ai tempi in cui, per diagnosticare un angioma, bisognava somministrare anche i globuli rossi marcati.

La passione per l'ecografia lo ha visto aggiornatissimo protagonista nel campo degli ultrasuoni. Sempre all'avanguardia erano la sua preparazione e le apparecchiature di cui, da maestro, si serviva nel suo studio.

Aveva all'attivo centinaia di pubblicazioni, di articoli scientifici e numerosi capitoli di libri sull'argomento, non tenendo mai per sé le sue competenze e conoscenze. Ha infatti insegnato nelle scuole di specializzazione in radiologia, gastroenterologia, medicina nucleare; era coordinatore della scuola specialistica di color-Doppler e mezzi di contrasto della Società italiana di Ultrasonografia Medica e Biologica, di cui era consigliere nazionale, nonché direttore scientifico per la formazione e la ricerca dello SMIRG (Sardinian Mediterranean Imaging Research Group).

Vincenzo è stato un maestro e, sicuramente, uno dei migliori ecografisti della Sardegna. Sempre pronto a dare un suggerimento e a cercare di dirimere, sonda in mano, ogni dubbio, anche nei casi più difficili e complessi. L'ecografia però, per nostra fortuna, non è stata la sua unica grande passione: il suo amore per il prossimo e la sua terra lo hanno portato pian piano ad interessarsi sempre più attivamente alle condizioni dell'ambiente oltraggiato della Sardegna ed alle conseguenti ricadute sulla salute. Questo lo portò ad assurgere agli onori della cronaca come consulente del WWF in occasione dell'incidente del sottomarino nucleare Hartford



nell'arcipelago della Maddalena, e di qui a divenire, dal 2005 al 2007, consulente dell'assessorato regionale alla Sanità. Da allora la sua attività è stata un crescendo di consulenze scientifiche a favore di associazioni, gruppi e comitati che avessero da combattere per far valere il diritto alla salute, inteso come "diritto a che nessuno mi arrechi danno", che fra i diritti oggettivi naturali è secondo soltanto a quello alla vita.

Lo ricordiamo schierato in prima linea nel referendum contro l'importazione in Sardegna di sostanze tossiche da usarsi come materia prima secondaria ed in quello contro il nucleare, nella fiera opposizione delle comunità della piana di Ottana contro l'inceneritore e in cent'altre occasioni.

Onesto e incorruttibile, sempre disponibile nel mettere a disposizione la sua scienza per sostenere e supportare, con la pacatezza e la signorilità che lo contraddistinguevano, le posizioni di chi si opponesse a quanti, "grandi" o "piccoli", cercassero di anteporre i propri interessi politici o economici a quelli della salute dei sardi. Il suo era un ambientalismo apprezzato da quanti lo hanno conosciuto; temuto dai "suoi" nemici perché non era lo pseudo ambientalismo becero di chi vuol vietare tutto, ma era, invece, quello di chi è sempre pronto e scientificamente preparato a dare suggerimenti per trovare le migliori soluzioni alternative ai problemi.

La sua cultura, la capacità e incondizionato impegno lo hanno portato ad essere cooptato all'interno del comitato scientifico dell'associazione italiana dei Medici per l'Ambiente e a diventarne il presidente della sezione sarda.

Un grande uomo, un grande maestro, un grande sardo. Ci mancherai. Grazie Vincenzo, a nos bidere.

Alessandro Arru

Ricordo di Tina Anselmi

La donna che cambiò la Sanità in Italia

La riforma sanitaria del 1978, che istituì il Servizio Sanitario Nazionale, ebbe molti padri e “padrini”: presidenti del Consiglio dei ministri e ministri del Bilancio, ministri del Lavoro e della Sanità, presidenti e membri di commissioni parlamentari e di comitati ristretti, relatori, correlatori e controrelatori, consulenti ed esperti in materia sanitaria, assessori regionali alla Sanità e rappresentanti delle forze sindacali, esponenti delle organizzazioni e delle leadership mediche. Tutta una schiera – così la definisce Giorgio Cosmacini nella Storia della Medicina e della Sanità dell’Italia contemporanea – di



padri naturali premurosi e solleciti, di padri putativi distaccati o refrattari, di patrigni più o meno palesemente ostili, che si sono avvicendati intorno alla nascita, nascente riforma. Ma fra tanti padri bisogna ricordare che ebbe una madre, Tina Anselmi, la prima donna chiamata a ricoprire in Italia la carica di ministro. Una madre che riuscì a “partorire” la legge con un parto eutocico a dispetto di una gravidanza difficile. Dal primo novembre 2016, con la sua scomparsa, all’età di 89 anni, la Legge 833 del ’78 è rimasta orfana. Una riforma fondamentale che, non a caso - ci ricordano gli storici della sanità – venne varata proprio dopo soli tre mesi dalla Conferenza di Alma-Ata (6 – 12 settembre 1978). Una iniziativa dell’OMS e dell’UNICEF che rappresenterà una “svolta radicale nella strategia internazionale della lotta per la sa-

lute”, come sostenne l’igienista Alessandro Seppilli in un magistrale discorso tenuto nell’aula di Montecitorio, alla presenza del Presidente della Repubblica e delle massime cariche dello Stato, in occasione della celebrazione del centenario della prima legge di sanità pubblica italiana, il 7 dicembre del 1988 (cerimonia alla quale ebbi l’opportunità di partecipare e poter ascoltare così la sua conferenza dai banchi del Parlamento). La Legge 833 cambiò radicalmente la percezione dei diritti dei cittadini rispetto alla tutela della salute e, a prescindere dal ruolo svolto da Tina Anselmi nella riforma, dobbiamo riconoscere che si adottarono in quel momento alcuni valori fondamentali che ancora oggi costituiscono punti di riferimento indiscutibili per qualunque modello sanitario si voglia prendere in considerazione nel nostro Paese. Sappiamo con certezza che di questi valori era totalmente impregnata la cultura di Tina Anselmi. L’idea che un servizio sanitario universalistico potesse rappresentare uno strumento capace di garantire un livello superiore di giustizia sociale le apparteneva sicuramente. Ricordo di aver avuto l’occasione di incontrare Tina Anselmi 20 anni dopo la sua esperienza al ministero della Sanità, quando ormai aveva abbandonato l’attività parlamentare; era il 24 settembre del 1998 (posso citare la data precisa perché venne in Sardegna per una iniziativa di una associazione di cui sono il responsabile) e nelle poche ore di quella giornata credo di aver imparato davvero quale debba essere il rapporto tra i valori morali e la loro declinazione in azione politica. Confesso di aver avuto l’impressione di trovarmi di fronte ad una donna capace non solo di un’analisi attenta e coraggiosa della realtà, ma ancora di più convinta della necessità di dover garantire il proprio impegno per modificarla, come alla fine dimostrerà tutta la sua storia. Erano gli ultimi anni del ’900 e la sua lettura degli scenari che si aprivano in Italia si dimostrò addirittura profetica. Le sue preoccupazioni si trasformarono in fatti a distanza di pochi anni. Oggi, a 90 anni dalla sua nascita, mi sembra doveroso ricordarne la figura. Un esempio da imitare per chi non si è ancora arreso all’idea che tra politica ed etica non ci sia più la possibilità di un rapporto ancora fecondo.

Mario Oppes

Appuntamento con la Fondazione

L'Enpam all'Ordine per illustrare le novità sulla Previdenza

Sabato 13 maggio, nella sala Egidio Depperu, si è tenuta la conferenza "La previdenza dei medici e degli odontoiatri: l'Enpam", che ha visto la partecipazione del presidente nazionale dell'ente, Alberto Oliveti, e del vice presidente vicario, Gian Pietro Magagnino. All'incontro erano presenti il presidente dell'Ordine, Francesco

Scanu e il presidente della Cao, Carlo Azzena.

Il presidente Scanu ha sottolineato l'importanza di questo incontro annuale, che permette non solo di conoscere l'operato dell'ente di previdenza, ma soprattutto consente agli iscritti di verificare le proprie posizioni contributive direttamente con il personale dell'Enpam, sempre con l'ausilio e la collaborazione del personale dell'ufficio dell'Ordine.

"Dobbiamo trovare le condizioni affinché i giovani trovino la convenienza nella nostra Fondazione e con il lavoro avere la possibilità di accantonare per il futuro: noi sosteniamo lo Stato facendo la nostra professione, ma lo stato non deve schiacciarsi" ha detto il presidente dell'Enpam, Alberto Oliveti.

I rapporti con lo Stato e l'attività della Fondazione sono stati ampiamente illustrati da Oliveti.

Nel mese di aprile la Fondazione Enpam ha approvato il bilancio consuntivo 2016, chiuso con un utile record superiore a 1,3 miliardi di euro e un patrimonio netto che ha raggiunto quota 18,4 miliardi (con un valore di mercato che sfiora i 20), in crescita del 7,2 per cento rispetto all'anno precedente. L'utile è aumentato di 307 milioni di euro rispetto all'anno precedente.

Gli iscritti attivi sono saliti a 362.391 (+0,4%) mentre i pensionati sono diventati 105.721 (+4,45%).

I numeri confermano la solidità dei conti della Fondazione che nel 2016 ha incrementato ancora la riserva legale, portando a 12,86 le annualità garantite dal rapporto tra patrimonio previdenziale e prestazioni erogate. Detto in altri termini, se per assurdo l'Enpam non incamerasse più un euro di contributi, con il patrimonio potrebbe continuare a pagare le attuali pensioni per quasi 13 anni.



"È un bilancio positivo sia nelle evidenze che nelle proiezioni, che corregge in meglio le previsioni elaborate dalla Fondazione e quelle appostate prudentemente nel bilancio tecnico che ha certificato la nostra sostenibilità. Insistiamo sulla volontà originaria del legislatore che ci privatizzò. Vogliamo cioè che il

patrimonio, fatto di contributi pagati dagli iscritti e accantonati a garanzia delle loro pensioni, venga conteggiato quando veniamo sottoposti ai test di sostenibilità. Non ha senso costringere i medici e i dentisti a sacrifici irragionevoli, quando con i contributi già versati da loro stessi potremmo promuovere iniziative di welfare ancora migliori per la categoria" ha detto Oliveti.

Nel 2016 la Fondazione aveva quasi 5 miliardi di euro del suo patrimonio investiti in attività immobiliari (27%), 13 miliardi in attività finanziarie (69%) e circa 550 milioni di liquidità (3%).

Nell'ultimo anno, gli immobili posseduti direttamente dalla Fondazione Enpam hanno portato a una redditività lorda del +4,51% ma scesa al -0,69% dopo oneri e imposte. Non è un caso che l'Enpam stia proseguendo nella dismissione del mattone tradizionale, a vantaggio di investimenti tramite fondi immobiliari che infatti nello stesso anno hanno portato a una redditività netta molto più elevata 2,67% (a fronte di un lordo del 3,1%).

Le attività finanziarie hanno invece prodotto una redditività lorda del 4,54 per cento (4,34% al netto degli oneri di gestione, 3,48% al netto delle imposte).

I dati sui pensionamenti mostrano una propensione dei medici convenzionati a restare al lavoro a lungo. Tra i medici di medicina generale solo il 9% di coloro che hanno maturato il diritto ad andare in pensione ordinaria nel 2016 ha effettivamente fatto domanda; una percentuale che sale al 18% tra gli specialisti ambulatoriali. In entrambe le categorie la tendenza è rimandare il pensionamento al compimento dell'età limite per lasciare l'attività a 70 anni.

MAI

Il Convegno

Responsabilità medica

Restituire al medico la serenità

Il convegno promosso sabato 20 maggio dall'Ordine dei Medici di Sassari nella sala conferenze della Camera di Commercio ha affrontato l'argomento più delicato che condiziona l'operato dei medici, ovvero la medicina difensiva, analizzando la recente Legge Gelli, in vigore dall'aprile scorso, nata per ridefinire le responsabilità penali dei medici, ma criticata in molte sue parti e nella difficoltà di attuazione. L'incontro, organizzato in collaborazione con l'Ordine forense di Sassari, ha registrato una grandissima affluenza di medici e avvocati. "Non vogliamo difendere la categoria, anzi, siamo i primi a richiedere la condanna di chi sbaglia, ma non possiamo sopportare di essere messi in discussione continuamente da querele e processi, che nella stragrande maggioranza portano alla piena assoluzione, e soprattutto essere esposti ad una gogna mediatica che non giova neanche ai pazienti: la nuova legge è una speranza per permetterci di esercitare al meglio e rinsaldare il rapporto medico-paziente" ha detto in apertura il presidente dell'Ordine dei Medici di Sassari, Francesco Scanu.

Attesa e prudenza sulla nuova legge anche per Ettore Licheri, in rappresentanza dell'Ordine degli avvocati, che ha parlato di "una bella rivoluzione, ma ora dobbiamo capire se queste regole avranno un seguito nella loro applicazione". La medicina difensiva è certamente un freno per la professione, perchè la paura limita l'azione del medico, che in qualche modo abdica la sua competenza al magistrato. Secondo il magistrato Sergio Fucci uno dei punti cardine è certamente la gestione del rischio "che deve diventare patrimonio comune, bisogna diffondere l'errore medico, ma non per criminalizzarlo, se fatto senza colpa, ovviamente, ma per evitare che venga rifatto, e non basta attenersi alle linee guida, come prevede la legge Gelli, perchè non vanno di pari passo con i progressi della medicina nè tantomeno sulla differenza fra le singole persone, ogni paziente e ogni situazione".



In sintonia anche i presidenti degli Ordini dei Medici di Roma e Parma, Giuseppe Lavra e Pierantonio Muzzetto, anche loro critici sulle linee guida, raccomandazioni non tavole di verità assoluta, che tolgono l'autonomia al medico nel momento della diagnosi, con un rischio anche per i pazienti, se applicate pedissequamente.

"Forse avevamo aspettative esagerate dalla nuova legge, perchè l'autorità medica continua a retrocedere su quella giudiziaria: manca ancora la valutazione della colpa medica individuale, ci stiamo rifugiando nella medicina remissiva, peggio di quella difensiva" ha detto Giuseppe Lavra.

Secondo Pierantonio Muzzetto "è cambiato il paradigma etico, in passato il concetto di salute era di natura solo

medica: sul web la verità e una bufala sono sullo stesso piano, abbiamo il dovere e l'obbligo di comunicare le verità scientifiche, senza andare dietro ad una fantomatica opinione pubblica che non sappiamo bene da chi sia composta". La risposta finale sul futuro è stata affidata al Sostituto Procuratore della Repubblica, Paolo Piras. "La legge Gelli nasce per superare la medicina difensiva,

ma non si comprendono le ragioni umane ed economiche: la medicina difensiva è una piaga che costa 14 miliardi di euro, ma ancora di più costa la paura del medico, ma la colpa non è uguale per tutti, perchè la parola d'ordine del medico è il rischio. Non possiamo non tenere conto della specialità del caso, e la magistratura per prima si interroga, perchè la quasi totalità dei procedimenti finisce con l'assoluzione. Cosa fare: dobbiamo ripescare l'articolo 2236 del Codice civile, quindi il dolo e la colpa grave, e il principio dell'oltre il ragionevole dubbio. Bisogna restituire al medico la serenità negata e per far ciò noi dobbiamo svestire la toga e mettere il camice, il medico deve togliere il camice e mettere il pigiama del paziente" ha concluso il Sostituto Procuratore della Repubblica di Sassari.

MAI

Convegno dell'Ordine con l'Andos

Il carcinoma della mammella: dallo screening alla riabilitazione

Il 24 marzo scorso, organizzato dall'Ordine dei Medici di Sassari, in collaborazione con l'Andos, l'associazione delle donne operate al seno, di Sassari, si è svolto il convegno dal titolo "Il carcinoma della mammella: dallo screening alla riabilitazione - L'importanza delle associazioni di volontariato".

L'incontro ha visto la partecipazione dei maggiori specialisti che interagiscono per combattere il tumore al seno, la neoplasia più diffusa fra le donne. Tanti i medici presenti: medici di base, oncologi, senologi, radiologi, chirurghi, anatomopatologi, radioterapisti, medici nucleari, chirurghi plastici, psicologi, fisiatri, ma soprattutto tante donne, e alcune di loro hanno raccontato la propria esperienza, le paure, la sofferenza, la battaglia e la vittoria sul male.

"L'impegno, l'approfondimento e la valorizzazione professionale, nell'ottica della formazione continua, ormai consolidata in tutto il personale medico, hanno spinto l'Ordine e il suo consiglio direttivo a promuovere questo incontro. L'approccio al carcinoma mammario è molto cambiato negli ultimi anni; deve essere un percorso multidisciplinare integrato che richiede un costante aggiornamento dell'intera équipe multiprofessionale, in modo da costruire attorno al paziente una rete diagnostica, terapeutica e assistenziale, e in tal senso un passo avanti importante sarà compiuto quando avremo la

Breast Unit che consentirà ai medici di governare al meglio la salute delle donne, rispondendo in toto al bisogno di cure" ha detto il presidente dell'Ordine, Francesco Scanu, aprendo i lavori del convegno.

Concetti ripresi da Antonio D'Urso, direttore generale dell'Aou, che ha rimarcato l'importanza della Breast Unit.

"I medici devono dare risposte ai bisogni dei pazienti, mi sono meravigliato del ritardo di Sassari che, in attesa dell'Atto aziendale, stiamo cercando di recuperare: abbiamo già individuato un locale per l'accoglienza e ci siamo attivati per accelerare il percorso. Risparmiare non vuol dire togliere i servizi ai malati, ma controllare l'acquisizione di beni e servizi: un posto letto a Sassari costa un terzo in più che negli altri ospedali, ci sarà un problema, ma che certamente non si ripercuoterà sui pazienti" ha detto D'Urso, ed ha aggiunto che "la multidisciplinarietà non è solo un percorso medico, bensì un concetto di civiltà che indica un cambiamento nell'agire professionale, meno autoreferenziale ma aperto anche alle associazioni di volontariato dei pazienti che, con le loro informazioni, contribuiscono al miglioramento dell'assistenza, e Sassari ha tutte le condizioni per creare una rete efficiente".

Giuliana Giuliani, presidente dell'Andos, ha rimarcato il ruolo delle associazioni di volontariato, ormai ricono-



sciuto a livello internazionale, ricordando e ringraziando il professor Pinotto Dettori, che nel 1991 si fece promotore a Sassari della costituzione dell'Andos.

Tutti gli interventi hanno sottolineato l'importanza e l'urgenza della Breast Unit che, come ha detto Alberto Porcu, direttore della Chirurgia dell'Aou "serve per far lavorare bene i professionisti e offrire ai pazienti un'assistenza migliore, attraverso un'unica cartella e una comunicazione veloce".

I lavori sono stati articolati in tre sessioni: nella prima si è parlato dell'importanza della diagnosi precoce, dello screening mammografico in Sardegna, della diagnostica per immagini in senologia, del ruolo del patologo e della Medicina nucleare nella diagnosi del carcinoma alla mammella; la seconda sessione ha trattato la valutazione preoperatoria e la decisione terapeutica, l'importanza della Breast Unit, il sostegno psicologico nella comunicazione della diagnosi, gli orientamenti terapeutici nella chirurgia conservativa e demolitiva della mammella, la chirurgia dell'ascella e le indicazioni, le tecniche e le complicità della chirurgia ricostruttiva.

La terza sessione ha illustrato la scelta del trattamento, gli orientamenti della terapia neoadiuvante del carcinoma, la radioterapia dopo la chirurgia conservativa e demolitiva, la riabilitazione dopo l'intervento al seno.

Ogni sessione si è conclusa con una discussione alla presenza dei massimi esperti della Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari.

Nei tanti interventi clinici, ma anche nelle testimonianze delle donne che hanno affrontato la malattia, è stata ribadita l'importanza dello screening, e di quanto una diagnosi precoce possa essere determinante per una guarigione totale.

Le diverse relazioni scientifiche hanno fatto il punto sulle tecniche di trattamento chirurgico, meno invasive e ricostruttive, tendenti a ridurre gli aspetti invalidanti fisici e psicologici per le donne, una materia che fortunatamente si è notevolmente evoluta rispetto al passato.

"L'Ordine dei medici ha promosso questa iniziativa perchè da sempre vicino a questa patologia che coinvolge moltissime donne e vede impegnati tanti medici, sempre più preparati per dare risposte sanitarie ottimali, e la presenza delle associazioni di volontariato potrà solo aggiungere valore all'assistenza medica, in una sinergia che, pur rispettando i ruoli diversi, vada sempre nella direzione migliore per le pazienti" ha concluso il presidente dell'Ordine, Francesco Scanu.

MAI

Incontri formativi

Appropriatezza e comunicazione

Il percorso consapevole in endocrinologia

PreMESSO che ogni modello organizzativo di Sanità Pubblica ha i suoi vantaggi e svantaggi, è certamente di grande importanza individuare il più consono e coerente ad uno specifico territorio regionale ed ambiente socio-economico. Gli indicatori da prendere in considerazione quando si voglia fare una valutazione della bontà del modello adottato sono molti, ma qualsiasi direttore generale di ASL od azienda sanitaria, al momento dell'insediamento, promette una particolare attenzione (i più temerari parlano di risoluzione), del problema delle liste di attesa. Queste incidono non solo sulla quotidianità dei pazienti, ma hanno importanti risvolti sull'immagine e sulla percezione della bontà del servizio offerto. La diffi-

di Mario Palermo



coltà della gestione delle liste d'attesa risiede nella molteplicità dei fattori che contribuiscono a crearle. Se è vero che non si può prescindere da un adeguato numero di operatori sanitari e mezzi tecnologici a disposizione, è anche vero che probabilmente questi non ne sono gli attori principali. È sempre più evidente, oltre ad un adeguata strategia organizzativa, che la componente "umana" del medico, intesa come competenza, applicazione, coinvolgimento e consapevolezza determina il risultato. Recenti disposizioni di legge sulla responsabilità professionale del medico tentano di superare l'ostacolo, che sembrava insormontabile, della "medicina difensiva", causa della prescrizione di esami clinici, laboratoristici e strumentali



non necessari e che ha ipertrofizzato la spesa corrente in sanità ed allungato le liste di attesa. È ora arrivato il momento di chiamare i medici, sgravati almeno in parte da tale paura, ad un atteggiamento collaborativo e a un grande sforzo di mutamento nell'agire. La responsabilità del coinvolgimento dei professionisti in questo cambio di consapevolezza quotidiana va assunta a tutti i livelli organizzativi; la modalità varia dalla minaccia di denuncia alla Corte dei Conti del medico "iper-prescrittore" (come recentemente fatto dall'assessorato alla Sanità in Sardegna) a un lavoro profondo e serio delle società scientifiche, degli ordini professionali, dei responsabili della medicina territoriale, dei direttori generali aziendali e di chiunque altro abbia responsabilità in materia di sanità per un cambio culturale di mentalità e di competenze tecniche. Parole chiave sono: collaborazione fra professionisti ed appropriatezza.

L'equipe della unità operativa di Endocrinologia, l'Ordine dei Medici di Sassari e la sezione Sardegna dell'AME (Associazione Medici Endocrinologi), hanno promosso



una serie di incontri con i colleghi di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti convenzionati ed i medici aziendali sulla gestione del paziente tireopatico e il suo successivo follow-up. Gli obiettivi da conseguire sono stati il miglioramento quali-quantitativo della qualità dell'offerta sanitaria nel settore dell'endocrinologia, semplificazione e velocizzazione del percorso per il paziente, abbattimento delle liste di attesa, risparmio ed economicità nell'erogazione del servizio.

Guidati dalla profonda convinzione che la "guerra" alle liste d'attesa si vinca tutti insieme passando per lo sviluppo della consapevolezza del problema, la comunicazione fra operatori sanitari, la competenza tecnica (risultata altissima fra i medici convenuti) e l'appropriatezza negli atti conseguenti, ci si è concentrati sul percorso diagnostico che il medico non specialista deve tracciare già al primo approccio con il paziente che presenti sospetta malattia tiroidea, l'opportunità e le modalità di contatto con il centro specialistico e la presa in carico dopo il suo inquadramento terapeutico.

Funzionale a quanto sopra, è stata illustrata la nuova organizzazione delle prenotazioni presso la unità operativa di Endocrinologia, che prevede l'affidamento al CUP della disponibilità delle sole prime visite ambulatoriali e la possibilità di prenotare direttamente le visite di controllo presso la segreteria dell'Endocrinologia, dietro presentazione di richiesta da parte del medico specialista o richiesta diretta del curante mediante mail e/o un numero verde attivato, entrambi inviati via posta elettronica ai medici che hanno partecipato all'evento o, su richiesta, disponibili presso la segreteria dell'Ordine dei Medici o dell'Endocrinologia.

Mario C. A. Palermo è responsabile U.O.
di Endocrinologia AOU – Sassari

L'UNITÀ DI ENDOCRINOLOGIA DI SASSARI

L'unità operativa di Endocrinologia e Metabolismo dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari è l'unica attività strutturata nel settore endocrinologico del centro-nord Sardegna.

Equipe medica: dottor Mario Palermo (responsabile), dottoressa Francesca Badessi; dottor Carlo Burrai; dottoressa Elisabetta Lai; dottor Francesco Tolu.

È impegnata in tutti i principali settori della endocrinologia e del metabolismo, offre assistenza e consulenza nel campo diagnostico e terapeutico, oltre che alle unità operative dell'AOU, alle strutture ospedaliere dell'Azienda Tutela della Salute (ATS) regionale, agli specialisti esterni, soprattutto alla attività territoriale dei medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta.

L'offerta sanitaria copre tutti i settori dell'endocrinologia, del metabolismo e della nutrizione clinica. In particolare sono attivi ambulatori dedicati per:

- patologia ipofisaria e neuroendocrina (funzionale e tumori neuroendocrini)
- patologia tiroidea (con la possibilità di percorsi facilitati per la diagnostica e terapia del nodulo tiroideo)
- metabolismo osseo (compresa attività specifica per l'osteoporosi)
- patologia surrenalica (compresa attività specifica per l'ipertensione endocrina)
- asse ipotalamo-ipofisi-gonadi (iperandrogenismi nelle donne, PCO, ginecomastia, etc)
- patologie rare e congenite di interesse endocrino (centro di riferimento regionale)
- nutrizione e patologie correlate
- patologia tiroidea in gravidanza

Da circa dieci anni è presente un ambulatorio dedicato alla endocrinologia pediatrica. È particolarmente impegnato nella diagnosi del deficit staturò-ponderale e delle patologie genetiche infantili di interesse endocrino, oltre alla patologia tiroidea in tenera età e patologie della pubertà.

L'attivazione di percorsi diagnostici-terapeutici personalizzati permette la presa in carico dei pazienti in maniera completa e con punti di riferimento precisi (rapporti con i medici ed il personale infermieristico facile e "ad personam").

Tutti gli ambulatori sono dotati di ecografo. È presente una elegante sala di attesa.

L'unità operativa è punto di prelievo e consegna per gli esami riguardanti l'endocrinologia.

Su richiesta, i risultati possono essere inviati ai pazienti via fax o mail.

Per contribuire all'abbattimento delle liste di attesa, dal prossimo settembre (2017) è stata portata la disponibilità di appuntamenti tramite CUP a oltre 600 al mese, tutti per prime visite. Gli appuntamenti di controllo sono fissati direttamente dalla segreteria via telefono o dietro presentazione di richiesta da parte del medico curante.

Presente l'opportunità di visite intramoenia.

Dal primo giugno 2017 sarà operativo un numero verde, per i soli medici, per un contatto diretto con gli specialisti della unità operativa (tale numero verrà fornito, su richiesta dei medici, dalla segreteria dell'Endocrinologia o dell'Ordine dei Medici di Sassari).

Attivo un servizio mail all'indirizzo: servizio.endocrinologia@aousassari.it

L'unità operativa è aperta dal lunedì al venerdì, dalle ore 8,00 alle 17,30

Indirizzo: viale S. Pietro 43/B, 07100 Sassari; tel. 079 228285; fax 079 228283

Io combatto il cancro

Il progetto dell'Aiom in Sardegna

Ancora troppi sardi non sono informati su esami salvavita in grado di diagnosticare precocemente alcune pericolose forme di cancro come quello del seno, colon-retto e cervice uterina. Da una recente indagine è emerso che meno del 50% della popolazione dell'isola dichiara di conoscere i programmi di screening istituzionali regionali. E infatti solo il 41% delle donne d'età dai 50-69 anni esegue regolarmente la mammografia e appena il 38%, di quelle dai 25 ai 64 anni, si sottopone al Pap-test. Per la ricerca del sangue occulto nelle feci, previsto per tutte le persone dai 50-69 anni, l'adesione è ancora più bassa: 36%. Per contrastare questo fenomeno è iniziato in tutta la Sardegna il progetto "Io Combatto il Cancro", realizzato e promosso dall'Associazione italiana di Oncologia Medica (Aiom) con il patrocinio dell'assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza sociale RAS, della Azienda per la Tutela della Salute RAS (ATS), degli Ordini provinciali dei Medici e degli Odontoiatri, di Federfarma Sardegna, dei Comuni di Cagliari, Oristano, Nuoro e Sassari.

Il progetto verrà diffuso capillarmente su tutto il territorio sardo attraverso una campagna di informazione e sensibilizzazione che si avvarrà di una componente cartacea e di una componente audio-visiva. "Come altre Regioni del Sud anche la Sardegna non raggiunge l'obiettivo di adesione agli screening – afferma la dottoressa Maria Teresa Ionta, coordinatore nazionale del Progetto Screening dell'Aiom –. Sull'isola, infatti, l'adesione a mammografia, Pap Test e ricerca del sangue occulto nelle feci è inferiore al 60%, ritenuta la soglia minima per uno screening di efficacia. Con una serie di iniziative gli specialisti dell'Aiom vogliono incentivare, tra tutta la popolazione, la prevenzione secondaria di neoplasie importanti come quella al seno, alla cervice uterina e al colon-retto: si tratta di un progetto pilota da estendere poi in tutta Italia".

Il progetto durerà due anni e si articolerà attraverso la diffusione di poster e altro materiale divulgativo negli

spazi pubblici, la realizzazione di spot audio-visivi trasmessi dalle radio, TV e cinema locali e trasporti pubblici, attività nelle scuole e sui social media.

Il progetto 'Io Combatto il Cancro' gode, inoltre, della collaborazione della Federazione associazioni di volontariato in oncologia (Favo), dell'Associazione sarda di prevenzione, Assistenza oncologica (Aspao Onlus) e di numerose istituzioni quali Banco di Sardegna, Fondazione di Sardegna, Poste Italiane e Aziende regionali Trasporti.

"Promuovere a 360° la prevenzione dei tumori è uno dei principali obiettivi della nostra Società Scientifica –

riferisce Carmine Pinto, presidente nazionale dell'Aiom –. Per questo da molti anni siamo attivi su tutto il territorio nazionale con progetti rivolti a tutte le fasce d'età della popolazione. Gli esami di screening sono, come i vaccini, dei presidi sanitari salvavita che rispecchiano il principio universalista del nostro sistema sanitario nazionale. Vanno quindi difesi da accuse strampalate senza nessuna base scientifica e incentivati il più possibile. Quando la malattia viene diagnosticata in fase precoce la mortalità da cancro si riduce del 40% e un'alta percentuale di persone guarisce. Questo può avvenire anche grazie ad una



regolare e costante partecipazione a test come la mammografia. 'Io Combatto il Cancro' è un progetto che auspichiamo venga 'esportato' in altre Regioni di Italia che presentano lo stesso problema della Sardegna".

"Abbiamo deciso di coinvolgere nella campagna anche i giovani. Sono loro la popolazione target per gli screening di domani ed è fondamentale metterli in guardia il prima possibile contro le patologie tumorali.

Questa regola deve valere anche per la prevenzione primaria. Proprio in Sardegna il 25% degli under 15 fuma già regolarmente. Si tratta di un dato superiore alla media nazionale che si attesta al 19%. Non è mai troppo presto per insegnare gli stili di vita sani" conclude Pinto.

Storia di un neonatologo errante

Carlo Corchia: il ricordo di un grande pediatra che amò la Sardegna

È recentemente scomparso Carlo Corchia pediatra neonatologo. Laureato e specializzato in Clinica Pediatrica presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, Carlo ha lavorato nell'Istituto di Puericultura e Neonatologia all'Università di Sassari dal 1982 al 1995. Dopo aver terminato l'attività clinica come direttore dell'Unità Operativa Complessa di Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma, ha ricoperto l'incarico di vice-direttore dell'International Centre on Birth Defects and Prematurity (ICBD) di Roma.

La scomparsa di Carlo lascia un grande vuoto nell'ambiente pediatrico-neonatologico dove era apprezzato per il rigore scientifico e morale e il contributo appas-

sionato e intelligente alla discussione. A quelli che, come me, hanno avuto il privilegio di lavorare con Carlo, rimarrà il ricordo di un'esperienza di crescita professionale entusiasmante condivisa con un maestro dalle straordinarie doti umane.

Qualche anno fa Carlo aveva riassunto la sua esperienza sassarese in questo articolo, pubblicato negli atti del 12° Convegno di storia della pediatria, organizzato dal Gruppo di Studio di Storia della Pediatria della Società italiana di Pediatria.

Antonio Balata, direttore U.O.C. di Pediatria e Neonatologia ASL 2 Olbia

Breve storia di un neonatologo errante

Mi sono riproposto di resistere alla tentazione di fare la storia della mia vita professionale e delle molte tappe che l'hanno caratterizzata; parlerò solo di quella che mi portò di là dal mare.

I viaggi per mare fanno parte dei miti e dell'immaginario epico dell'uomo; noi conosciamo solo le storie scritte e i frammenti di storie arrivati fino a noi. Ulisse, Sigfrido, Tristano, e tanti altri hanno viaggiato per mare su una nave per raggiungere un'isola, chi per ritrovare affetti, chi per avere risposte, chi per pegno di fedeltà e amicizia; tutti accettando e andando incontro al proprio destino. Il viaggio per mare è la metafora della condizione umana, che può essere tragica e magnifica allo stesso tempo; come tale esso rappresenta ciò che da compiutezza all'esistenza, nella quale la libera scelta dell'individuo e l'ineluttabile si mescolano fino a confondersi.

Se oggi, a distanza di tanti anni, chiedessi a me stesso che cosa mi spinse nel 1982 a salire su una nave diretta in Sardegna, mi risponderai che solo su quell'isola, pensavo, avrei potuto contrastare quel senso di incompiuto e di sospeso che all'epoca mi portavo dentro.

Che si trattasse o no di un miraggio, ero perfettamente consapevole che, a differenza dei miti antichi che prevedevano comunque un ritorno, per me sarebbe stato diverso e che non sarei più tornato al luogo e a ciò che mi lasciavo alle spalle. Fu saggezza? Superficialità? Spregiudicatezza? Temerarietà? Ingenuità? Chi può dirlo? Sicuramente non fu opportunismo.

Ma in quella grande e bellissima isola ho poi trovato ciò che cercavo e ho dato soddisfazione alla mia inquietezza? In parte sì e in parte no; le ragioni del no alla fine prevalsero, se dopo 14 anni riattraversai il mare e mi lasciai Sassari alle spalle, anche questa volta in modo definitivo. In fondo, le risposte che l'uomo trova in un'esperienza



Il professor Carlo Corchia

valgono per sempre o non sono anch'esse elementi mutevoli che inducono nuove domande, nuova incompiutezza, nuova compulsione a intraprendere un altro viaggio?

Non riparti forse Ulisse da Itaca per proseguire il suo percorso di conoscenza?

Nei vent'anni trascorsi da quella ripartenza ho cercato a volte di riordinare i ricordi della permanenza in Sardegna. Il primo, sicuramente, è la grande fatica, intendo fatica fisica. Allora, come ora in molte realtà, si era in pochi; prima che venissero espletati dei concorsi per l'assunzione di nuovi medici passarono anni, durante i quali alcuni posti vacanti erano ricoperti con incarichi temporanei. Eravamo solo quattro neonatologi di ruolo, e si andava avanti con non so più quante ore settimanali (gli straordinari, allora, erano consentiti e non c'erano sindacati che rivendicavano un "giusto riposo"). In un'estate in cui non ci furono incaricati andammo in ferie uno alla volta; i tre di noi rimasti in servizio lavoravano per circa 80 ore a settimana, una media di oltre 11 ore al giorno, notti incluse. Sembra impossibile, eppure avvenne proprio così.

Si lavorava e si imparava molto. L'aspetto più positivo, mai ritrovato altrove, era rappresentato dalla continuità delle cure; ogni medico, infatti, aveva in carico i propri neonati, circa cinque-sei a testa, assegnati al ricovero in ordine sequenziale, e ogni mattina, dopo averli visitati, formulava il piano assistenziale che, in situazioni specifiche, veniva discusso con i colleghi e il direttore. Questo significava che tutte le mattine eravamo in servizio, incluse quelle in cui smontavamo dalla guardia notturna. Un altro aspetto caratteristico era rappresentato dal fatto che in sala parto, che si trovava tre piani sopra di noi, andavamo solo su chiamata dell'ostetrico per i parti a rischio, senza mai avere problemi nell'assistenza dei neonati alla nascita. Qual è infatti l'evidenza basata su prove che il neonatologo debba assistere alla nascita di tutti i neonati, anche quelli palesemente non a rischio, principio che è diventato paradigma e criterio per una buona assistenza ostetrico/neonatale?

Altri aspetti qualificanti e innovativi per l'epoca erano rappresentati dall'attenzione rivolta all'accoglienza delle famiglie e alla cosiddetta umanizzazione delle cure. Il reparto era aperto ai genitori 24 ore su 24 e, in modalità concordata con medici e infermiere, anche ai nonni e a fratelli/sorelle dei neonati ricoverati. Alle mamme non residenti a Sassari era data la possibilità di usufruire, senza spese, di alloggio in alcune stanze adiacenti al reparto dotate di servizi igienici; otto letti erano disponibili a questo scopo.

L'allattamento materno era uno degli elementi di qualità cui miravamo in maniera particolare; cercavamo in modo particolare di favorire la naturale tendenza delle mamme sarde ad allattare al seno i propri figli. Non è quindi da stupirsi se avevamo, all'epoca, una delle frequenze più alte di allattamento materno in Italia sia per i neonati fisiologici che per quelli ricoverati in TIN, pur in assenza di una banca del latte. Tutto questo non si sarebbe potuto realizzare se non vi fosse stato un eccellente staff infermieristico, per professionalità e per capacità di cogliere e mettere in pratica gli elementi innovativi dell'assistenza al neonato, fra cui anche quelli riguardanti i rapporti umani e la comunicazione empatica. Medici, infermiere, genitori (mamme in particolare): sembrava non vi fossero barriere, il ruolo di ciascuno sfumava in quelli degli altri e il vissuto era di grande armonia.

Il nostro bacino di utenza (circa 6000 nati/anno) corrispondeva a tutta la provincia di Sassari, nella quale, oltre al nostro, vi erano altri sei punti nascita; i più lontani erano a Olbia e alla Maddalena. Si lavorava in rete, una rete ancora allo stato embrionario dati i tempi, ma che sarebbe all'avanguardia ancora oggi e in cui l'elemento positivo non era rappresentato dalla tecnologia e dalla quantità di dati trasmessi, ma dai legami, anche informali e quotidiani, che si erano creati tra persone che lavoravano in luoghi diversi.

Tutti ci si sentiva parte di un'unica realtà. Nacque così, fra i primi esempi nel nostro paese, un programma di raccolta sistematica di dati perinatali; si trattava di poche informazioni, le più rilevanti, inviateci su moduli cartacei prestampati con cadenza trimestrale. I dati venivano messi nella memoria di un PC (sì, proprio il primo PC della IBM con i lettori di floppy disk da 5.25" e il sistema operativo DOS) ed elaborati con produzione di un output che veniva inviato a tutti i punti nascita. Due volte all'anno si facevano degli incontri con i partecipanti al network e si discutevano criticamente i risultati ottenuti, con confronti temporali ed analisi delle possibili cause dei decessi identificati come evitabili (quella che poi negli anni successivi è stata chiamata "root cause analysis"; ma noi l'avevamo già scoperta e messa in atto). Il processo era trasparente e condiviso da tutti, cosa molto rara nella nostra professione. Nemmeno in un grande ospedale pediatrico dove molti anni dopo andai a lavorare e il cui direttore sanitario aveva organizzato e in un certo senso imposto delle riunioni dei sanitari aventi per oggetto i propri errori ("perché dall'errore si impara") ho riscontrato la stessa adesione convinta a questa modalità di lavoro mirata al miglioramento delle cure, laddove quasi sempre il processo si trasformava in una passerella in cui dare sfoggio del proprio presunto sapere. Uno dei fattori che secondo me con-

tribuirono a rendere l'esperienza sassarese unica era rappresentato dal carattere positivo dei sardi, che rifugiavano dall'ipocrisia ed accettavano costruttivamente le critiche e i giudizi che reciprocamente ci si scambiava durante gli incontri. Questa esperienza ebbe tanto successo che il sistema fu in seguito esteso a tutta la Sardegna, con la partecipazione convinta dei colleghi di Cagliari.

Intanto andava prendendo forma la prima indagine collaborativa tra centri TIN italiani sulle cure dei neonati VLBW o <32 settimane di età gestazionale, con follow-up sistematico a 2 anni d'età corretta. Tale indagine fu condotta in collaborazione con l'allora Laboratorio di Epidemiologia dell'Istituto Superiore di Sanità. Va ricordato che all'epoca non esistevano ancora net works regionali, nazionali o internazionali; il Vermont Oxford, ad esempio, era ancora tutto di là da venire. Queste esperienze, quindi, si possono considerare dei veri e propri apripista di ciò che poi in seguito, con altri mezzi tecnologici, si sarebbe diffuso capillarmente. Un'altra iniziativa di quegli anni che mi piace ricordare è la partecipazione all'Indagine Policentrica Italiana sulle Malformazioni Congenite (IPIMC), coordinata dal Servizio di Epidemiologia e Clinica dei Difetti Congeniti dell'Università Cattolica di Roma. Si trattava del primo registro di questo tipo sviluppato nel nostro paese; esso non si limitava alla raccolta e all'invio di dati al centro coordinatore, ma aveva come suo fondamento anche una parte clinica, con incontri periodici di approfondimento e discussione sui casi, consulenze, formulazione di quesiti agli esperti delle varie discipline. L'atmosfera che caratterizzava gli incontri periodici a Roma, con l'informalità e la partecipazione attiva tipica di chi ha veramente voglia di apprendere, non si è più ricreata successivamente. Il primo congresso dell'IPIMC, al quale parteciparono i maggiori esperti italiani e stranieri di difetti congeniti, fu da noi organizzato proprio in Sardegna, ad Alghero nel 1985 (trent'anni fa!). Conservo ancora i volumi con le istruzioni per partecipare a IPIMC e i dati raccolti con l'indagine. Furono gli anni in cui i tassi di mortalità neonatale della provincia di Sassari calarono e divennero tra i più bassi d'Italia, comparabili a quelli che contemporaneamente si riscontravano nelle regioni del Nordest. Come riuscimmo a ottenere questi risultati? Molti dei fattori che vi contribuirono sono stati detti; ma ve n'è un altro, forse il principale, che è d'obbligo ricordare: quello relativo all'investimento nella formazione dei giovani pediatri, gli stessi che poi vennero a lavorare da noi, o andarono negli altri ospedali, o divennero pediatri di famiglia, portandosi dietro tutto il bagaglio culturale assorbito nelle riunioni, nelle discussioni, nella frequenza in reparto, nei journal club periodici resi possibili dalla biblioteca che avevamo realizzato con i più importanti volumi e riviste pediatriche e perinatali.

Fra le mie personali soddisfazioni di quel periodo non posso dimenticare l'impegno quale segretario del gruppo di lavoro di epidemiologia pediatrica della Società Italiana di Pediatria e la realizzazione del volumetto "Guida alla raccolta e alla elaborazione di dati perinatali", pubblicato dal Pensiero Scientifico Editore nel 1987. Per circa un decennio il libro fu punto di riferimento per chi iniziava a cimentarsi con l'approccio epidemiologico applicato alla valutazione delle cure perinatali, fino a quando la rivoluzione informatica non rese disponibili nuove e più potenti tecnologie e risorse. Ma la teoria, il metodo e le basi da cui partire rimangono valide ancor oggi. Il gruppo di epidemiologia pediatrica fu anche promotore delle Giornate di epidemiologia pediatrica di Varenna, sul lago di Como, dove nel 1988, a suggello di quanto da noi realizzato in quegli anni, fu presentata la comunicazione "Proposta di un sistema di monitoraggio della mortalità perinatale sul territorio: l'esempio della provincia di Sassari".

Poi, col passare degli anni, questo periodo d'oro prese ad esaurirsi. Agli inizi degli anni '90 iniziò l'aziendalizzazione, l'organizzazione del lavoro cambiava, l'attenzione veniva sempre più data ad aspetti burocratici/gestionali e meno a quelli umani e alla continuità delle cure, nuove esigenze nascevano dentro di me. E così, approfittando di una nave di passaggio e di una favorevole congiunzione astrale, m'imbarcai ancora per intraprendere un altro viaggio, animato dal desiderio di fare nuove esperienze. Forse, nonostante oggi la mia attività clinica sia terminata, non ho ancora finito.

Carlo Corchia

Carlo ha dedicato l'ultima parte della sua vita al progetto per il Polo Pediatrico del Salento coordinando il gruppo di lavoro per la riorganizzazione dell'emergenza-urgenza intraospedaliera nel Presidio Ospedaliero Vito Fazzi di Lecce. Chiunque lo desidera può contribuire a questo obiettivo con una donazione individuale. Coordinate Bancarie dell'ASSOCIAZIONE TRIACORDA - IBAN: IT89S0200816012000102086292
Intestato a: Triacorda Onlus - Causale: Progetto anestesia/rianimazione - Polo Pediatrico Salento In memoria di Carlo Corchia

La donazione a un paese martoriato dalle guerre

Il laboratorio Gaiani rivive in Angola

È un privilegio incontrare la dottoressa Giuseppina "Cicci" Gaiani, hai dinanzi una donna straordinaria, nella perfetta accezione etimologica, dal latino *extraordinarius*, ovvero fuori dalla normalità. Perché? Perché la sua elegante umiltà ne fa rarità, una professionista apprezzata e affermata, con una carriera impeccabile alle spalle, protagonista di un grande gesto di generosità che vuole nascondere, con il pudore di chi fa il bene senza dirlo. Merce rara, si direbbe in gergo, in un'epoca in cui si finisce sui media per aver "intenzione" di fare qualcosa.

Ma la dottoressa Gaiani rappresenta un'altra dimensione, quella della serietà, della professionalità, del lavoro silenzioso e dell'umanità.

Il suo laboratorio, in via Diaz, è nella storia di Sassari e della Sardegna, e ora inizia una nuova storia in Africa, a Mbanza Congo, nell'estremo nord dell'Angola.

Sì, perchè la dottoressa Gaiani lo scorso anno ha donato tutte le attrezzature del suo laboratorio, chiuso a fine del 2015, al centro di salute medica locale. Spediti dentro il container, tutti gli strumenti di un moderno laboratorio di analisi sono stati installati nel centro sanitario di Mbanza Congo: una struttura medica senz'acqua corrente, energia elettrica, bagni. Purtroppo è una delle regioni più povere dell'Africa e del mondo, dove da 30 anni imperversa una guerra civile che ha devastato luoghi e ucciso un numero incalcolabile di innocenti.

Figurarsi se in un contesto di questo



tipo poteva essere tenuta in considerazione la salute, ma soprattutto la mancanza di danaro ha condannato a morte tante persone, impossibilitate a potersi curare.

"Ho conosciuto questa realtà grazie a Francesca Sanna, una cara amica della nostra famiglia, che dal 2011 è andata in Africa ben 12 volte, ed ha spedito due container di aiuti lunghi dodici metri e pesanti 24 tonnellate: è grazie a lei che è cresciuto il mio amore per l'Africa, e grazie a lei ho pensato di aiutare quelle popolazioni" confessa Cicci Gaiani. Il ringraziamento, a onor del vero, va esteso anche alla sua famiglia, al marito, Pinotto Dettori, illustre chirurgo, e ai suoi due figli che hanno condiviso e sostenuto le sue intenzioni.

Di contro, un grazie infinito arriva da Mbanza Congo, perchè non è arrivato solo il laboratorio analisi, ma anche qualcosa in più, e grazie al-

l'iniziativa della dottoressa Gaiani il locale per le analisi è stato ampliato, si stanno eseguendo i lavori per portare l'acqua, costruire la fossa settica e collegare i gruppi elettrogeni per poter far funzionare le apparecchiature inviate. Quindi, la generosità della dottoressa Gaiani ha sortito altro bene, in un angolo di mondo in cui anche comprare una finestra o il materiale per fare un tetto è roba da ricchi, quindi impossibile. Un luogo dove, soprattutto, gli abitanti devono ancora combattere contro malattie come il tifo, il colera, la tubercolosi, la poliomielite, la malaria, le epatiti e le febbri emorragiche.

E anche di fronte a questo miracolo Cicci Gaiani minimizza il suo grande gesto.

"Mi sembra un'esagerazione, è stato tutto così semplice, nato spontaneamente quando ho deciso di andare in pensione, e visto che sia io che mio marito avevamo dedicato una vita alla professione, abbiamo pensato bene di fare i nonni: si poneva il problema del laboratorio, e per non lasciare il mio studio chiuso, ho pensato di spedire tutto in un luogo dove quelle apparecchiature, quei reagenti, ma soprattutto quei pezzi della mia vita, avessero un significato, e l'amicizia con Francesca, che in diverse occasioni mi aveva chiesto consigli riguardo a materiali sanitari da mandare in Angola, mi ha tracciato la strada" racconta Cicci Gaiani.

La "dottoressa" non ha donato solo le apparecchiature e i reagenti del suo laboratorio, anche perchè alcuni erano troppo sofisticati per reggere

al caldo, alla polvere e soprattutto all'assenza d'acqua. Ha stilato una lista di ciò che serviva per allestire un laboratorio d'analisi efficiente, e quello che non aveva l'ha comprato. "Niente di eccezionale comunque. Possono bastare poche migliaia di euro per donare macchinari che per quelle comunità hanno un valore incommensurabile, e un prezzo di acquisto sui loro mercati irraggiungibile. Quello che ho fatto io alla fine è poco, mi sono limitata a restituire la minima parte delle gioie che la vita mi ha donato e continua a donarmi" ripete.

Ma la notizia che un intero laboratorio di analisi sarebbe arrivato nel centro Africa non è passata sicuramente sotto silenzio. Tanto che il vescovo locale, Vicente Carlos Kiaziku, un padre Cappuccino angolano che gestisce la vasta diocesi che ospita il centro salute, ha preso un aereo ed è venuto a Sassari, per comunicare alla dottoressa che la struttura avrà il suo nome "Laboratorio Gaiani". Ed è giusto precisare che il centro salute non è della Chiesa, prestano il loro servizio medici locali, cubani, volontari di varie parti d'Europa e ricercatori italiani.

La grande bellezza di questa storia



è che non si parla di aver regalato centrifughe, emoglobinometri, strumenti per l'analisi delle urine, reagenti o quant'altro, ma della spontaneità del "donare", propria della dottoressa Gaiani, la cui riservezza ha fatto rumore. Proprio perchè agisce con il cuore, minimizza, ammette solo di essersi emozionata per la visita del vescovo ma precisa subito che "il vero merito è di Francesca Sanna: io ho fatto una cosa che mi è parsa molto naturale". Appunto. Ci sarà un viaggio in Africa, a visitare l'ambulatorio "Gaiani".

"Confesso che l'idea mi affascina, e arriverà, anche se non nascondo che ho un po' di paura di prendere il mal d'Africa anche io: quando tocchi con mano i bisogni di questi posti, e sai di poter essere utile, è difficile tornare indietro, per ora seguo il mio progetto primario, ossia fare la nonna" conclude la dottoressa Gaiani.

Grazie cara dottoressa, per il suo esempio di straordinaria naturalezza.

Maria Antonietta Izza



Terapia antalgica

All'Aou di Sassari un progetto per creare un percorso ottimale del paziente

Il servizio di Terapia Antalgica è nato nel 2004 e ad oggi ha visto crescere in modo esponenziale la sua attività; costituisce uno dei settori di attività dell'unità operativa di Anestesia Multidisciplinare e Terapia Antalgica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari. Con proprio personale, si occupa dell'inquadramento diagnostico e del trattamento terapeutico per pazienti affetti da dolore acuto e cronico, con particolare riferimento a sindromi algiche complesse; con supporto radiologico e anestesiológico eroga prestazioni che vanno dal controllo farmacologico del dolore a prestazioni interventistiche, come semplici infiltrazioni a livello spinale o su distretti nervosi periferici, blocchi anestetici continui, neuromodulazione spinale farmacologica o elettrica, impianti di sistemi per infusione continua. Provvede, inoltre, al trattamento dei danni del sistema nervoso centrale e periferico, sia congenito che acquisito/post traumatico (traumi cranici, spinali, danni del

di Anna Guido



sistema nervoso periferico) che ha come esito forme severe di spasticità. Per rispondere alle esigenze di questi pazienti, la nostra unità operativa ha messo in piedi un percorso virtuoso che spesso parte dall'impianto di sistemi per infusione continua intratecale, in pazienti ricoverati nella Rianimazione del SSA diretta dal dottor Guglielmo Padua, e provenienti dall'Unità Spinale di Cagliari, Istituto di Riabilitazione Santa Maria Bambina di Oristano e dal-

l'unità operativa di Neuroriabilitazione ATS (Oristano). L'intesa con i colleghi della Radiologia Interventistica (Angiografia), con cui già collaboriamo, consentirebbe di trattare con metodiche invasive anche pazienti con dolore altrimenti non controllabile, ad esempio neurolisi dei nervi splanchnici in pazienti con tumori intestinali, o ancora pazienti con nevralgia del trigemino, estremamente frequenti vista l'incidenza della sclerosi multipla, pazienti con sindromi dolorose complesse che richie-



dono il posizionamento di stimolatori midollari (metodica quest'ultima già in uso, fino all'ultimo semestre del 2015, presso la nostra unità operativa). Tutte tipologie di pazienti che al momento vengono trattati nella struttura complessa di Medicina del Dolore di Cagliari, con la Spoke di Nuoro, unica rimasta in Sardegna.

Nella maggior parte dei casi, si tratta di pazienti fragili, con livello di autonomia seriamente compromesso e una qualità di vita che solo una terapia del dolore mirata riesce a rendere accettabile.

Attualmente l'ambulatorio di Terapia antalgica eroga migliaia di prestazioni tra prime visite, visite di controllo, infiltrazioni, consulenze nei vari reparti dei due presidi, nel 2016 un totale di 3547 prestazioni.

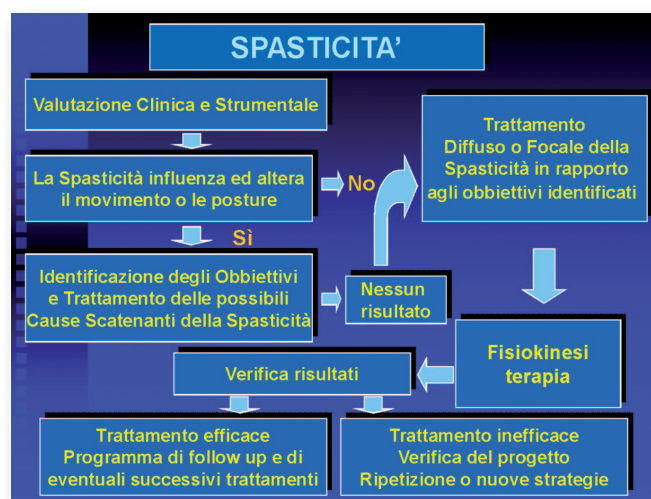
Una delle miglorie che il progetto intende apportare è la tracciabilità delle prestazioni erogate all'interno di un protocollo interdisciplinare ben definito e condiviso.



Sono presenti in azienda ottimi professionisti che hanno compiuto il proprio percorso formativo in centri di eccellenza, come la dottoressa Elena Aiello, Fisiatra specialista nei disordini del movimento e nella spasticità, con cui è sempre in atto una stretta collaborazione.

L'AOU può diventare un centro di riferimento per la spasticità a livello regionale, ci sono già in azienda tutte le figure, che al momento lavorano con grande professionalità e dedizione.

Purtroppo c'è ancora un grande divario tra ospedale e territorio, e il lavorare per un fine comune spesso si scontra con la logica dei tagli e del risparmio.



IL PROGETTO

Il progetto è quello di digitalizzare il percorso, sincronizzando i vari specialisti coinvolti nella cura del paziente, attraverso delle agende esclusive condivise, divise per patologia saliente, in modo da consentire al paziente, che è entrato nel percorso, di effettuare le varie prestazioni in modo organico e coordinato, riducendo i ricoveri impropri, migliorando l'accesso alla struttura anche ai pazienti disabili. Snellendo il processo, verrebbero abbattuti i tempi di attesa per la prenotazione ed erogazione delle prestazioni. I vertici aziendali dell'AOU si sono dimostrati molto sensibili al problema e ci aspettiamo che Sassari possa finalmente contare su una struttura che possa far fronte alle esigenze dei cittadini del centro nord Sardegna.

OBIETTIVI

L'esigenza è quella di garantire l'accesso al servizio di Terapia Antalgica, così come previsto dai LEA e dalle legge 38 /2010 sulla terapia del dolore e le cure palliative, dalla deliberazione N. 5/31 DEL 11.2.2014 sulla Istituzione della rete per la terapia del dolore della Regione Sardegna che individua la SSD di Terapia del dolore - ASL 1 (Spoke di 2° livello);

L'AOU di Sassari Dea di II livello è un importante snodo della rete di terapia del dolore e centro di riferimento per il nord Sardegna. Nella realizzazione del progetto sono coinvolte tante strutture: la Rianimazione, l'Ortopedia e la Riabilitazione, con un intervento clinico, mentre la richiesta di consulenza nell'attività di Terapia Antalgica arriva, oltre che da questi reparti, dall'Oncologia, da: Malattie Infettive, Pediatria, Lungodegenza, Neurologia, Urologia, Medicina Interna, Clinica Medica, Ostetricia e Ginecologia, Ematologia, Patologia Medica, e Inpi.

DESTINATARI

Tutti gli utenti del SSN che necessitano di terapie antalgiche perché affetti da patologie di diversa natura.

Anna Guido è dirigente medico di Anestesia e Rianimazione presso la UOSD di Anestesia Multidisciplinare e Terapia Antalgica SSA-AOU Sassari

L'esperienza di un pediatra sassarese nell'ospedale di Anabah

“Un nido... tra le montagne dell'Afghanistan”

Emergency, l'Organizzazione umanitaria fondata da Gino Strada nel 1994, ONG riconosciuta dal 1999, ha cominciato ad operare in Afghanistan nel 1999.

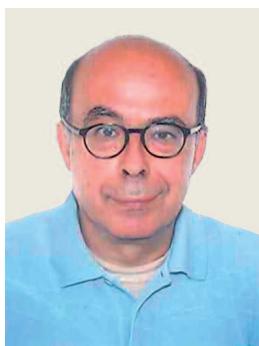
L'ospedale di Anabah, nella valle del Panjshir, è il primo centro che Emergency ha aperto in Afghanistan. Una volta arrivati lì, abbiamo trasformato un'ex caserma di Anabah in un centro chirurgico per offrire assistenza a tutte le vittime di guerra e delle mine antiuomo, principalmente civili, e assicurare cure mediche e chirurgiche gratuite e di alta qualità alla popolazione locale indigente.

Negli anni immediatamente successivi, Emergency ha aperto l'Ospedale di Kabul, nel 2001, e quello di Lashkar-Gah, al confine con il Pakistan, nel 2004.

Entrambi gli ospedali sono centri che offrono cure medico-chirurgiche alle vittime della guerra e dei perenni conflitti in atto tra il governo afgano e i talebani. Dalla nascita dei due centri al 2016 sono stati effettuati quasi 100.000 interventi chirurgici. Emergency ha curato tutte le vittime senza distinzioni, gratuitamente.

Nel 2003, all'interno dell'Ospedale di Anabah, Teresa Sarti e Gino Strada decisero di aprire una sezione di Ostetricia e Pediatria per cominciare a garantire assistenza materno - infantile in una zona in cui era inesistente.

di Andrea Porcu



Anabah è un villaggio della valle del Panjshir, una regione del nord dell'Afghanistan protetta da alte montagne e densamente abitata. Lunga circa 50 chilometri, ad una altitudine tra i 2000 e 4000 metri, la valle era stata teatro della guerra con russi e mujaheddin prima e della guerra civile con i talebani successivamente.

La popolazione è costituita da circa 250.000 abitanti, distribuita in numerosi piccoli villaggi lungo tutta la valle, principal-

mente sulle rive del fiume Panjshir e lungo i corsi d'acqua secondari tra le montagne, alte sino a 4-5000 metri. L'economia della popolazione è prevalentemente pastorale ed agricola, sviluppatasi solo su base locale, non vi è nessuna produzione agricola che venga portata e venduta nella capitale Kabul: come in tutto l'Afghanistan ogni prodotto commerciale è importato dal Pakistan, dall'Iran o dalla Cina.

Il reddito medio è molto basso, la mortalità infantile molto alta (95 su 1000 nati vivi nei bambini sotto i 5 anni). Anche la mortalità materna è altissima, circa 450 su 100.000 nascite.

Oltre il 70% delle donne sono analfabete e solo 1/3 delle donne partorisce in strutture ospedaliere, assistite da un'ostetrica.

Su una popolazione di 30 milioni di abitanti le nascite sono 1.053.000, rispetto all'Italia, ad esempio, dove con una popolazione di 60 milioni di persone i parti sono circa 480.000.

Per migliorare l'assistenza materno infantile Emergency progettò l'ampliamento dell'ospedale di Anabah nel Panjshir: nel 2003 fu inaugurata la sezione della pediatria e della ostetricia con il nido, prima dell'apertura dei reparti fu tenuto un corso di formazione (un pediatra italiano e 2 ostetriche) di 3 mesi per il personale locale e nei mesi successivi all'apertura cominciarono ad arrivare i primi pazienti pediatrici e le prime donne con complicanze della gravidanza. Oltre all'assistenza diretta, il personale internazionale assicurava il continuo training del personale locale e l'assistenza al parto.

Oltre alla struttura ospedaliera, Emergency ha creato numerosi posti di primo soccorso (35 First Aid Post



(FAP) lungo tutta la valle, anche nei posti più remoti: in ognuno di questi punti sono presenti un health assistant ed un autista con ambulanza: in caso di necessario ricovero o consultazione urgente in ospedale ogni paziente (e quindi anche le donne con problemi in gravidanza) è portato in ospedale dove verrà visitato e se necessario ricoverato.

Col passare degli anni, aumentando sempre più la fiducia della popolazione locale nei riguardi della struttura sanitaria, il numero dei pazienti curati nell'ospedale di Anabah è incredibilmente aumentato: i parti assistiti sono stati 38787, le pazienti ricoverate 53032, gli Interventi di chirurgia 9702, i bambini ricoverati 9923 le visite ambulatoriali 93 267.

Riguardo la Pediatria si è provveduto progressivamente alla assunzione di diversi giovani medici locali e da 2 anni al loro inserimento nella scuola di specializzazione in Pediatria della Università governativa di Kabul; attualmente 7 dei medici locali frequentano la scuola di specializzazione. In pediatria presso il centro di Emergency ad Anabah.

Il tirocinio pratico e l'attività didattica effettuata presso l'ospedale di Emergency è riconosciuta dalla Università di Kabul; gli esami vengono effettuati presso l'Università di Kabul e recentemente per la parte pratica anche presso l'ospedale di Anabah; i medici in formazione (pediatri, chirurghi e ginecologhe) oltre a lavorare direttamente nei reparti si confrontano con diversi specialisti



La nuova maternità inaugurata nel dicembre 2016 assicura attualmente l'assistenza a oltre 6000 parti al mese.

Per assistere il numero elevato di nuovi pazienti Emergency ha progressivamente aumentato il personale sanitario sia locale che internazionale; nella sezione ostetrico ginecologica lavorano costantemente 2 ginecologhe internazionali, 3 ostetriche internazionali, 1 infermiere internazionale, 2 ginecologhe in formazione e 40 infermiere nazionali; tutti i parti complicati sono supervisionati dal personale internazionale; l'incidenza dei tagli cesarei è inferiore al 10%; così come per la Pediatria viene svolto un notevole lavoro di formazione (pratica e teorica) per il personale locale e per gli operatori che frequentano la Università di Kabul.

internazionali che si alternano nel lavoro di coordinazione medica e di attività didattica.

Attualmente per l'assistenza neonatale (del tutto recentemente si è cominciato a praticare la CPAP) e pediatrica si cerca di avere sempre 2 medici internazionali, uno per la neonatologia ed uno per la pediatria.

Le attività mediche (ginecologica neonatale pediatrica) sono basate sulle stretta osservanza delle linee guida Oms che prevedono manuali operativi per le attività ambulatoriali e intraospedaliere, adatti nel contesto locale di ridotte risorse tecnologiche; per ogni problema clinico è prevista una guidelines specifica che deve essere osservata; la registrazione delle procedure osservate deve essere meticolosa, spesso più accurata che in alcuni ospedali italiani.



Nei mesi di marzo-aprile erano presenti, anche in coincidenza con gli esami di specializzazione, 3 medici internazionali: 2 pediatri più un neonatologo.

Quali possono essere i risultati nel contesto del sistema medico afghano? Naturalmente la percezione e l'impatto emotivo sono fortissimi: l'ospedale di Emergency fa davvero la differenza per tutta la popolazione della valle. Attualmente non si possono fare rilevazioni statistiche accurate per comparare i dati ottenuti nell'ospedale (tutti meticolosamente registrati) con quelli di altre strutture afghane in quanto i dati nazionali esistenti si basano su surveys campione condotte dal who-unicef in maniera molto parziale viste le difficoltà di accesso a zone remote.

Per tutti gli operatori sanitari è diventato estremamente difficile raggiungere le strutture sanitarie periferiche, supervisionare le attività e raccogliere i dati dell'assistenza erogata; al conflitto civile si sono aggiunti recentemente diverse azioni di violenza comune (aggressioni rapine) che negli anni precedenti non erano frequenti; nella stessa valle del Panjshir nei primi anni il personale internazionale e locale poteva muoversi abbastanza sicuramente lungo tutta la valle, oggi le cose sono molto cambiate: l'operatore deve rimanere o nell'ospedale o nella casa per il personale a circa 100 metri di distanza. Sinora non si sono mai verificati atti di ostilità anzi la popolazione locale dimostra continua gratitudine verso gli operatori nazionali e internazionali ma è presente una

diffusa preoccupazione per eventuali azioni che non si sono mai verificate. Certo le ultime esplosioni di bombe non aiutano a migliorare il quadro generale.

Molto si sta facendo ma ancora moltissimo rimane da fare; l'assistenza materna e neonatale presente nel Pan-shir è inesistente in quasi tutto il resto del paese, l'allattamento materno non è così praticato come dovrebbe essere, le vaccinazioni hanno una diffusione estremamente bassa, la malnutrizione (30% tra quella grave e moderata) troppo frequente, il latte in polvere è diffusissimo e viene utilizzato con acqua altamente inquinata, il latte animale locale se pur abbondante non può essere sterilizzato industrialmente in nessuna struttura del paese, la diffusione di malattie croniche è estremamente elevata, le possibilità diagnostiche particolarmente limitate. Per dare una idea l'esecuzione dell'esame del midollo osseo è praticabile solo in 2 strutture di Kabul, un EEG o una Ecocardiografia, ugualmente, non si può diagnosticare la celiachia, e molto spesso la cura delle malattie più gravi è impossibile economicamente per la grandissima parte delle famiglie afghane.

Come evolverà la situazione politica in Afghanistan è imprevedibile, per il momento sarebbe già positivo che non peggiori ulteriormente.

Andrea Porcu è pediatra, ha prestato servizio all'ospedale di Anabah nel Panshir nel 2003, nel 2007 e nel 2017 come medico formatore di pediatria generale.

Convegno del Sism



La disforia di genere: approccio multidisciplinare

Nel mese di maggio, nell'aula magna dell'Università di Sassari, si è tenuto, per gli studenti della facoltà di Medicina, un appuntamento unico nel suo genere. Il SISM (Segretariato italiano studenti in medicina) ha organizzato una conferenza dal tema decisamente attuale: la disforia di genere.

Hanno collaborato attivamente la professoressa Liliana Loretto ordinaria di psichiatria, la professoressa Elena Mazzeo docente di medicina legale, il professor Gian Vittorio Campus ordinario di Chirurgia Plastica e l'endocrinologo dottor Giuseppe Fanciulli, sviscerando l'argomento in maniera multidisciplinare. Ospite di punta il signor X.Y., transgender che ha intrapreso il percorso di cambiamento nel 2012 con l'equipe medica di Cagliari.

L'incontro è stato aperto dalla professoressa Loretto che ha analizzato in maniera chiara e dettagliata ogni risvolto psichiatrico, dichiarando che, nonostante i cambiamenti sociali abbiano bisogno di tempo, possiamo già riscontrare grosse differenze col recente passato, tant'è che la disforia di genere non è più considerata un disturbo ma un disagio, dove il sanitario ha un ruolo fondamentale. A seguire, dottor Fanciulli ha illustrato la terapia ormonale necessaria da intraprendere nel cammino della trasformazione, ponendo il problema della mancanza di una terapia ormonale standard. La carenza di casistica nella letteratura e i costi elevati dell'iter terapeutico, purtroppo, risultano un processo ostacolante, nel quale il medico gioca un ruolo chiave nel sostegno dell'individuo.

L'intervento di professor Campus ha toccato un punto saliente: la decisione del paziente sul centro specializzato al quale rivolgersi. Secondo il docente, infatti, è molto importante che interventi così delicati siano affrontati in strutture con minimo 10 casi annuali, dove i chirurghi non solo siano specializzati ma anche "abitudinari" nelle pratiche.

Dopo aver esaminato le criticità dell'operazione chirurgica dei genitali esterni sia maschili che femminili, Campus ha voluto concludere precisando come i pazienti che iniziano questo cammino si ritrovino a vivere in un corpo che non gli appartiene, avendo dunque aspetta-

di Irene Secchi



tive su come vorrebbero essere e di come vorrebbero vivere la propria vita.

A conclusione delle relazioni, la professoressa Mazzeo ha dato rilievo al fatto che in Italia si è iniziato a parlare di disforia di genere dal punto di vista legislativo nel 1979, ma il primo codice emanato è stata la legge 164 del 1982; il secondo capitolo, invece, è stato recentemente aperto con la stesura dell'art 31 comma 4 del D.L. 150 del 2011.

La docente ha specificato come le leggi in vigore non siano leggibili in modo unanime ma necessitano di un'interpretazione giurisprudenziale. Ha evidenziato, inoltre, come la morale e il diritto di salute stiano cambiando nel tempo, come ora ci sia più attenzione tra la sincronia del percepirsi fisicamente e l'armonia della psiche. Ha terminato dando valore al fatto che i diritti personali stiano guadagnando più spazio rispetto ai diritti della società e di come ci si trovi davanti ad un grande cambiamento, per il quale serve tempo, ma che non è poi così lontano.

Al termine di una scaletta accademica, la testimonianza inaspettata e toccante del signor X.Y. del quale vogliamo riportare le parole testuali. "Guardandomi così, chi l'avrebbe mai detto che sono stato una femmina? Mi conformavo a ciò che dovevo essere, sentivo un malessere ma non riuscivo ad inquadrarlo; crescendo ho odiato il mio corpo e il mio nome, non mi piaceva essere identificato come una ragazza. Il primo passo verso il cambiamento è stato la modifica del nome, finalmente mi identificavo per quello che sono, un uomo. Col passare del tempo il disagio è diventato più marcato, la sofferenza per la mancanza del pene e la presenza del seno mi portavano ad affrontare una grossa confusione e incubi ricorrenti. Ho preso consapevolezza di me passando un periodo logorante, dove non volevo uscire di casa, espormi. Ho avuto la fortuna che l'ambiente che mi circondava mi abbia sempre accolto, rispettato e permesso di stare a galla. Nel 2013 ho avuto il nullaosta per iniziare la terapia ormonale e il mio aspetto piano si è modificato; non solo mi riconoscevo come maschio, ma mi riconoscevano come tale, è stato come rinascere".



Federazione Nazionale
Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri

CONSIGLIO NAZIONALE FNOMCeO: FORTE PRESA DI POSIZIONE SU DDL LORENZIN

All'unanimità, il Consiglio nazionale della FNOMCeO, riunito a Roma sabato 24 giugno, ha approvato una mozione relativa al cosiddetto Ddl Lorenzin sulla riforma dell'istituzione ordinistica. Presentata da Filippo Anelli, Presidente OMCeO di Bari, la mozione è stata oggetto di un articolato dibattito al termine del quale i presidenti di Ordine hanno espresso all'unanimità il proprio voto a favore della mozione. In questo report però, richiamiamo il dispositivo finale: "Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO invita il Governo ed il Parlamento a riprendere il confronto con la Professione Medica in tutte le sedi istituzionali, ripartendo dal testo approvato in Senato; a non cedere alla tentazione di sacrificare sull'altare di interessi di parte i livelli di tutela di salute dei cittadini, oggi assicurati dalla professione medica che da sempre interpreta, a volte anche con sacrificio, il proprio ruolo quale garante di un fondamentale diritto costituzionalmente protetto".

Il Consiglio nazionale si è aperto con la relazione della presidente Roberta Chersevani, che ha spaziato su tutti i problemi aperti con i quali si trova a misurarsi la Federazione. A partire dal sostegno alle zone dell'Italia centrale colpite dai terremoti. È avvenuta la consegna di tre FIAT Panda in provincia di Macerata, mentre presto sarà consegnata un'ambulanza nel Reatino. La presidente ha quindi parlato dell'azione di contrasto contro due truffe quali il cosiddetto Registro Italiano dei Medici e l'European Medical Directory, nonché della gestione IMI-Alert e dell'Alert System e della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie (CCEPS). Ha richiamato i due tavoli AIFA e il tavolo tecnico MMG con Ministero della Salute, MIUR e Regioni ed ha parlato dell'Osservatorio sui decreti attuativi della legge 24/2017 sulla responsabilità professionale e dell'indagine conoscitiva ENPAM-FNOMCeO sulle difficoltà di medici e odontoiatri. Altri temi le sperimentazioni cliniche con richiamo alla Carta di Napoli sulla tutela della persona. La presidente ha ricordato i prossimi appuntamenti del CN: 14 e 15 luglio a Siena; 29 e 30 settembre a Mes-

sina; dicembre a Roma, con il bilancio. Ha riferito sulle audizioni in Parlamento sulle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento ed ha accennato alle disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale e della legge annuale per il mercato e la concorrenza. Ha infine trattato i vari aspetti dell'Atto della Camera 3868, anche noto come DDL Lorenzin. Su questo tema e sulle posizioni che ha assunto la FNOMCeO la mozione approvata all'unanimità esprime una posizione di netta contrarietà.

ANCHE GLI ODONTOIATRI SOSTENGONO LA MOZIONE DELLA FNOMCEO SUL DDL LORENZIN

Riformare gli Ordini delle Professioni sanitarie senza consultarsi con i diretti interessati? È quello che, alla Fnomceo, sembra essere il disegno di Governo e Parlamento che - "senza sentire il bisogno di intavolare un preliminare confronto con la Professione Medica e Odontoiatrica" - hanno stravolto, a suon di emendamenti, durante il passaggio del testo alla Camera, il "DDL Lorenzin" che - nell'intento iniziale degli stessi promotori e in coerenza con il Testo uscito dal Senato - avrebbe dovuto invece "rilanciare il ruolo delle istituzioni ordinistiche".

La Fnomceo non ci sta: e nell'ultimo Consiglio Nazionale, quello del 24 giugno, approva all'unanimità una mozione che invita il Governo e il Parlamento a riprendere il dialogo sul "DDL Lorenzin", ripartendo dal testo approvato dal Senato, senza "cedere alla tentazione di sacrificare sull'altare di interessi di parte i livelli di tutela di salute dei cittadini, oggi assicurati dalla professione medica che da sempre interpreta, a volte anche con sacrificio, il proprio ruolo quale garante di un fondamentale diritto costituzionalmente protetto".

Ora la mozione incassa anche l'appoggio della Componente Odontoiatrica: tutti i presidenti Cao d'Italia, riuniti lo scorso fine settimana nella loro Assemblea Nazionale, hanno votato all'unanimità il documento Fnomceo.

"La Federazione è una! - ha ribadito più volte il presidente nazionale della Commissione Albo Odontoiatri, Giuseppe Renzo -. Al suo interno, ci sono le problematiche specifiche delle due componenti, medica e odontoiatrica, ma non dobbiamo mai smettere di lottare uniti a garanzia della salute pubblica, né dimenticare che noi non difendiamo i nostri diritti, non siamo una corporazione - per quello ci sono i sindacati - ma abbiamo il dovere di tutelare i diritti dei cittadini e di rivendicare l'onore e il ruolo delle nostre professioni".

Altra mozione approvata all'unanimità dai presidenti Cao è stata quella volta a introdurre, nelle Facoltà di Odontoiatria, l'insegnamento della deontologia.

MEDICI COMPETENTI: ARRIVANO I CHIARIMENTI DI FNOMCEO E MINISTERO

Buone notizie per i medici competenti – quelli che collaborano alla valutazione dei rischi ed effettuano la sorveglianza sanitaria dei lavoratori – che, pur in regola con l'aggiornamento ECM, fossero stati cancellati dall'apposito elenco nazionale a seguito di omessa comunicazione dei crediti conseguiti.

Ad affermarlo è una circolare congiunta Ministero della Salute- Fnomceo che, tra gli altri punti, chiarisce che "per poter svolgere le funzioni di medico competente risulta necessario il possesso del titolo e del requisito dell'aggiornamento ECM, mentre non risulta parimenti indispensabile la presenza in elenco, stante la funzione riepilogativa e non abilitativa dello stesso".

La vicenda nasce da lontano, e precisamente con il Decreto Legislativo 81 del 2008 che, all'articolo 38, dispone che per svolgere le funzioni di medico competente è necessario partecipare al programma di Educazione continua in Medicina, conseguendo almeno il 70% dei crediti necessari nella disciplina "medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro". Solo i medici in regola con l'aggiornamento possono iscriversi all'Elenco nazionale dei medici competenti. Di qui un lungo avvicendamento di cancellazioni da parte del Ministero, riammissioni, proroghe per mettersi in regola, ma anche molte questioni ancora aperte, alla quale la Circolare arriva ora a rispondere.

Con la circolare 1° giugno 2017, Prot. 17041, il Ministero della Salute, in risposta a numerosi quesiti giunti sul tema, ha fornito importanti chiarimenti sulla disciplina concernente i medici iscritti all'elenco nazionale dei medici competenti (Cfr. art. 38, D legislativo n. 81 del 2008). Tale elenco, si ricorda, è stato previsto dall'articolo 38, comma 4 del decreto legislativo n. 81 del 2008, ed è tenuto, ed aggiornato, sulla base del decreto ministeriale 4 marzo 2009 (Gazzetta Ufficiale serie generale n.146 del 26 giugno 2009), presso l'Ufficio II della Direzione Generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute, ufficio a cui gli stessi medici provvedono a trasmettere la certificazione o l'autocertificazione attestante il conseguimento dei crediti ECM previsti.

A norma del comma 3 dell'articolo 38 del D.Lgs 81/08, infatti, "per lo svolgimento delle funzioni di medico competente è altresì necessario partecipare al programma di educazione continua in medicina ai sensi del Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e successive modificazioni e integrazioni,(...). I crediti previsti dal programma triennale dovranno essere conseguiti nella misura non inferiore al 70 per cento del totale nella disciplina "medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro".

Gli aspetti affrontati nella circolare in esame riguardano, nello specifico:

- La natura dell'elenco nazionale medici competenti;
- La scadenza ECM triennio formativo 2014-2016;
- I controlli;
- L'aggiornamento posizione ECM da parte del medico competente;
- Le cancellazioni/reinscrizioni.

Relativamente al tema della natura giuridica dell'elenco nazionale dei medici competenti, la circolare ministeriale chiarisce, in modo esplicito, che per poter svolgere le funzioni di medico competente risulta necessario il possesso del titolo e del requisito dell'aggiornamento ECM, mentre non risulta parimenti indispensabile la presenza in elenco, stante la funzione riepilogativa e non abilitativa dello stesso elenco. In caso di cancellazione dall'elenco, a seguito di omessa comunicazione, non risulta in alcun modo pregiudicata la possibilità dello svolgimento legittimo dell'attività da parte del sanitario in possesso del titolo prescritto e del requisito dell'avvenuto aggiornamento ECM. L'elenco ha quindi natura "riepilogativa e non abilitativa".

Circa la scadenza del programma triennale di educazione continua in medicina (ECM), il Ministero ricorda che l'interessato ha l'obbligo della comunicazione del possesso del necessario requisito formativo mediante l'invio di apposita autocertificazione da trasmettere all'ufficio competente a partire dal 1 gennaio 2017 e fino al 15 gennaio 2018; ribadisce inoltre che, per il triennio formativo 2014-2016, il professionista ha tempo fino a tutto il 2017 per completare i crediti ECM. In caso di mancato invio dell'autocertificazione l'ufficio competente provvede, senza ulteriori adempimenti, alla cancellazione dall'elenco nazionale.

Spiega, poi, la circolare che, nel corso del triennio formativo ECM, il Ministero della salute effettuerà controlli a campione relativamente alla conformità della formazione ECM acquisita, nel rispetto della normativa relativa ai Medici Competenti, laddove, a fine triennio, i controlli saranno sistematici su tutti gli iscritti all'elenco.

Particolarmente utile la parte della circolare dedicata al tema dell'aggiornamento della posizione ECM da parte del medico competente. Si evidenzia che, anche se l'obbligo formativo standard per il triennio formativo è fissato a 150 crediti ECM, riduzioni, esenzioni, esoneri, possono ridurre quantitativamente il numero di crediti formativi necessari per il soddisfacimento dell'obbligo formativo del triennio. Si specifica inoltre che la percentuale del 70% dei crediti ECM da acquisire nel triennio di riferimento non va calcolata sull'obbligo formativo standard di 150 crediti ma rispetto all'obbligo formativo individuale del professionista per il triennio.

Il sistema informativo del Co.Ge.A.P.S. calcola automaticamente il soddisfacimento del 70% dei crediti acquisiti nella disciplina "medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro", quando il professionista ha acquisito tra tutte le partecipazioni riconducibili al triennio formativo di riferimento, almeno il 70% dei crediti ECM nella disciplina ECM "medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro".

L'ultimo tema affrontato nella Circolare in commento riguarda le cancellazioni e le reinscrizioni. Per chi sarà cancellato dall'elenco per non aver assolto agli obblighi formativi in uno specifico triennio, è possibile la reinscrizione nel successivo triennio, solo al raggiungimento del 70% dell'obbligo formativo individuale nell'area della medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro. Specifica infine la circolare che la volontà di essere reinscritti, avendo esercitato una azione formativa per il triennio, successivo deve essere comunicata al Ministero della Salute.

VACCINI. FNOMCEO, NO AI MEDICI IN FARMACIA

"Apprendiamo che è in discussione al Senato un emendamento al "DDL Vaccinazioni", primo firmatario Andrea Mandelli (FI), che consentirebbe a medici la somministrazione di vaccini in farmacia: la FNOMCeO sottolinea come questo emendamento modificherebbe la normativa vigente (Art. 102 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie, R.D. 27/07/1934, n. 1265) che impedisce, per ovi motivi di incompatibilità di ruoli, di funzioni e per presupposti di conflitto di interessi, lo svolgimento di attività mediche presso le farmacie.

Divieto che è stato sempre ribadito dalla successiva normativa, passando dalle Leggi sulla "Farmacia dei Servizi" sino ad arrivare al "DDL Lorenzin", in questi giorni all'esame della Commissione Affari Sociali della Camera, che nega espressamente la possibilità per il medico di esercitare la sua professione all'interno delle farmacie.

La FNOMCeO non può accettare che una legge dello Stato che garantisce trasparenza, identificazione di ruoli e di competenze venga modificata da azioni che pregiudicherebbero la tracciabilità delle responsabilità, creando ulteriore disorientamento e sconcerto tra gli operatori della Salute.

È stata da poco approvata una legge sulla responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie che è in attesa dei decreti attuativi: a chi giova proporre nuove attività presso presidi del SSN che introdurrebbero ulteriori elementi di incertezza normativa? E infine: la farmacia ha adeguata copertura assicurativa per la responsabilità di struttura?".

OMEOPATIA. FNOMCEO: "LA RISPOSTA E' NEL CODICE"

"C'è una farmacologia e una farmacopea rituale e questa va seguita. Ma c'è anche una realtà che vede persone e medici utilizzare l'omeopatia, e non possiamo non tenerne conto".

Così Roberta Chersevani, presidente della Fnomceo, ha risposto a Gerardo D'Amico che, dopo la tragica morte, ad Ancona, di un bambino per un'otite non curata con l'antibiotico, ha voluto fare con lei il punto sull'utilizzo delle Medicine non Convenzionali in Italia.

"Quello che la Fnomceo ha cercato di fare con questo percorso che inizia nel 2002- ha spiegato Chersevani - è dire che se queste terapie ci sono vanno praticate da medici o da odontoiatri, il che già significa liberarsi da stregoni e guaritori. Anche i registri sono stati fatti per mettere ordine e capire che tipo di scuole i professionisti hanno fatto".

"Ciò che abbiamo messo nel Codice - ha continuato - e lo abbiamo ristressato nell'ultima versione del 2014, è che puoi fare eventualmente queste terapie non convenzionali ma non sottrarre la persona che assisti dalle cure scientificamente provate. Se torniamo al caso di questo povero bimbo, se c'è un'inflammazione forte dell'orecchio che si sa che può andare al cervello, acqua fresca no, terapia corretta sì. Nessuno può morire per una terapia non idonea; se è un bambino, ancora di più".

Se sulle Medicine non convenzionali il discorso è aperto - "Ci sono 20mila medici che utilizzano anche le cure omeopatiche e una bella fetta di pazienti soddisfatti di queste terapie, che in Europa sono ancora più diffuse che da noi" -, la Fnomceo è invece inflessibile sulle false cure.

"Questi medici, o meglio questi signori che girano l'Italia parlando di Hamer devono venire individuati, si deve capire perché e per come stanno facendo questo - ha ribadito Chersevani -. La stessa cosa per Di Bella e Stamina".

E, contro le false cure, dopo l'estate la Fnomceo lancerà il sito "Dottoremaeveroche", progetto nato e voluto dalla FNOMCeO, da un'idea del dottor Luigi Conte.

"In questo contesto tragico e confuso, molti si sentono in questi giorni chiamati a parlare di omeopatia e di medicine non convenzionali. Pur comprendendo le motivazioni di tutti - e invitando a mantenere i toni sommessi per non dimenticare la tragedia e rispettare il dolore della famiglia di Francesco - in relazione ad alcuni titoli fuorvianti apparsi sulla stampa, la Fnomceo ci tiene a precisare che la sua posizione sulle Medicine non Convenzionali è quella espressa all'Articolo 15 del Codice di Deontologia Medica: "Sistemi e metodi di preven-

zione, diagnosi e cura non convenzionali - Il medico può prescrivere e adottare, sotto la sua diretta responsabilità, sistemi e metodi di prevenzione, diagnosi e cura non convenzionali nel rispetto del decoro e della dignità della professione.

Il medico non deve sottrarre la persona assistita a trattamenti scientificamente fondati e di comprovata efficacia.

Il medico garantisce sia la qualità della propria formazione specifica nell'utilizzo dei sistemi e dei metodi non convenzionali, sia una circostanziata informazione per l'acquisizione del consenso.

Il medico non deve collaborare né favorire l'esercizio di terzi non medici nelle discipline non convenzionali riconosciute quali attività esclusive e riservate alla professione medica".

DISEGNO DI LEGGE CONCORRENZA.

LA POSIZIONE UNITARIA DI CAO, ANDI E AIO

Il 29 giugno la Camera dei Deputati ha licenziato la nuova stesura del Disegno di Legge sulla Concorrenza, che ora passa al Senato per la definitiva approvazione. Il percorso di questa legge è stato alquanto travagliato (oltre 800 giorni in Parlamento) e influenzato da dinamiche politiche generali (dimissioni di Ministri, contrasti tra partiti e governo,..) che hanno determinato continui mutamenti del testo e reso difficile l'interlocuzione parlamentare.

Gli aspetti di interesse odontoiatrico contenuti nel testo:

153. Al fine di assicurare la trasparenza delle informazioni nei confronti dell'utenza, i professionisti iscritti ad ordini e collegi sono tenuti ad indicare e comunicare i titoli posseduti e le eventuali specializzazioni.

154. L'esercizio dell'attività odontoiatrica è consentito esclusivamente a soggetti in possesso dei titoli abilitanti di cui alla legge 24 luglio 1985, n. 409, che prestano la propria attività come liberi professionisti. L'esercizio dell'attività odontoiatrica è altresì consentito alle società operanti nel settore odontoiatrico le cui strutture siano dotate di un direttore sanitario iscritto all'albo degli odontoiatri e all'interno delle quali le prestazioni di cui all'articolo 2 della legge 24 luglio 1985, n.409, sono erogate dai soggetti in possesso dei titoli abilitanti di cui alla medesima legge.

155. Le strutture sanitarie polispecialistiche presso le quali è presente un ambulatorio odontoiatrico, ove il direttore sanitario non abbia i requisiti richiesti per l'esercizio dell'attività odontoiatrica, devono nominare un direttore sanitario responsabile per i servizi odontoiatrici che sia in possesso dei requisiti di cui al comma 154. 156. Il direttore sanitario responsabile per i servizi odon-

toiatrici svolge tale funzione esclusivamente in una sola struttura di cui ai commi 154 e 155.

157. Il mancato rispetto degli obblighi di cui ai commi 154, 155 e 156 comporta la sospensione delle attività della struttura, secondo le modalità definite con apposito decreto del Ministro della salute, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Di seguito le considerazioni comuni espresse da CAO, ANDI e AIO:

- il Parlamento ha perso l'opportunità storica di regolamentare in modo corretto le società che operano in ambito odontoiatrico, cresciute negli anni senza controlli e nel vuoto legislativo, creato a seguito della Legge Bersani;
- non avere specificato che le società che possono operare in ambito odontoiatrico sono esclusivamente le Società tra Professionisti (STP) (come deve essere per le attività professionali costituzionalmente protette), è un grave limite di questa legge, che non tutela i pazienti;
- continuare a consentire alle società commerciali di operare senza obbligo di iscrizione all'Ordine professionale e controllo deontologico e sulla pubblicità sanitaria, permetterà ancora di assistere a comportamenti che non hanno come obiettivo la salute del paziente, ma solo il guadagno economico;
- persisterà la diffusione di messaggi pubblicitari incontrollati, non verificabili dall'Ordine e tesi solo all'accaparramento di clientela
- solo alcuni aspetti, con determinazione proposti dalla professione, sono stati recepiti nel testo approvato dalla Camera: aver ribadito l'obbligo che gli operatori clinici nelle società siano odontoiatri e per i direttori sanitari di essere iscritti all'Albo Odontoiatri ed operare in un'unica struttura;

In conclusione quindi il giudizio è negativo, in quanto, ancora una volta, il Parlamento italiano non ha voluto tutelare gli interessi dei cittadini che necessitano di prestazioni odontoiatriche, offrendo loro la garanzia che a prendersi cura della loro salute fossero esclusivamente i professionisti con la loro deontologia e sotto il controllo ordinistico.

MEDICI FISCALI. L'ANMEFI DIVENTA ASSOCIAZIONE SINDACALE DI CATEGORIA

Lo scorso 22 giugno il consiglio direttivo ed il consiglio nazionale dell'Associazione nazionale dei medici fiscali (Anmefi) hanno votato all'unanimità la trasformazione in Associazione sindacale di categoria. A tal fine sono state proposte ed accettate da tutti i partecipanti le ne-

cessarie modifiche dello Statuto già in vigore, con attento esame di trenta articoli.

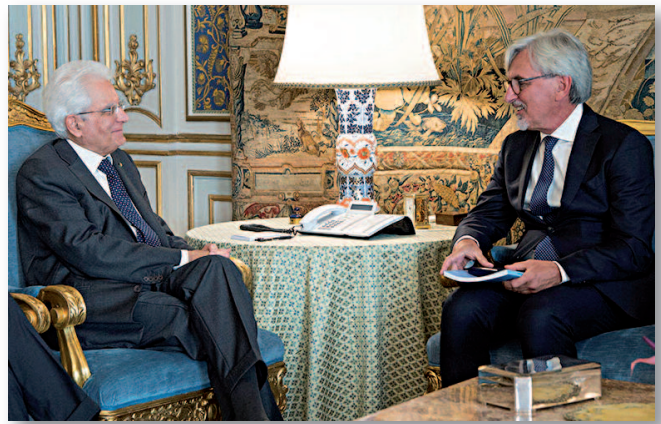
"L'Associazione, costituita il 24 maggio 2013, nacque dall'esigenza dei medici fiscali di riunirsi per risolvere la crisi lavorativa determinata dalla decisione univoca e repentina dell'Inps di sospendere completamente gli accertamenti sanitari sui lavoratori dipendenti assenti per malattia e per gestire le sorti lavorative di una categoria professionale priva di tutele, spesso dimenticata ed ignorata dalle Istituzioni. Da allora - spiega l'Associazione in una nota - Anmeffi ha perseguito il raggiungimento di tali obiettivi, con un'evoluzione continua del proprio operato conseguente alle veloci trasformazioni politiche e normative concernenti la medicina fiscale, alla quale ha restituito dignità con l'inserimento di fatto dell'Associazione nel novero delle Società Scientifiche". "La creazione del Polo Unico della Medicina Fiscale, contenuto nel Decreto Legislativo 25 maggio 2017 n.75, prevede lo svolgimento degli accertamenti sui lavoratori assenti per malattia, sia del settore pubblico che privato, da parte dei medici fiscali delle liste speciali dell'Inps. Questa stimolante ulteriore sfida per la categoria, che vuole finalmente essere protagonista nella dimensione lavorativa nella quale opera, viene raccolta con la nascita della più rappresentativa associazione sindacale, con oltre un quarto di iscritti rispetto al numero totale dei medici di controllo. Sarà così possibile e con maggiori potenzialità l'intervento diretto di Anmeffi nelle trattative riguardanti le trattative contrattuali dei propri iscritti", conclude Anmeffi.

WWW.FNOMCEO.IT



L'ENPAM AL QUIRINALE. OLIVETI RICEVUTO DAL PRESIDENTE MATTARELLA

Martedì 11 luglio il presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, ha ricevuto al Quirinale una delegazione della Fondazione Enpam, guidata dal presidente Alberto Oliveti. "Abbiamo illustrato al presidente della Repubblica il mondo che rappresentiamo", ha spiegato Oliveti. Insieme al presidente della Fondazione erano presenti i due vicepresidenti, Giampiero Malagnino ed Eliano Mariotti, e il direttore generale Domenico Pimpinella.



ADEPP: RICONOSCERE ALLE CASSE LA RILEVANZA SOCIALE

Si è tenuto il 20 giugno a Bruxelles il seminario dedicato agli "Investimenti ad impatto sociale" che ha visto la partecipazione di esperti della Commissione europea, della Banca europea per gli investimenti (Bei), della ricerca sull'innovazione sociale e gli investimenti di impatto nonché di parlamentari europei.

L'evento a porte chiuse, dedicato ai presidenti delle Casse che aderiscono all'Adepp, ha visto la presenza dei presidenti o loro incaricati di: Enpam, Cnpadc, Enpap, Enpab, Enpav e Cassa Forense.

"È stata una mattinata di confronto interessante con interlocutori competenti delle istituzioni europee e della ricerca e costruzione di iniziative di investimento d'impatto - ha dichiarato il presidente Oliveti - Può essere ragionevolmente considerato un punto di partenza per le Casse, per definire strategie di allineamento dei propri interessi con quelli del Paese. Gli esperti e i politici presenti hanno illustrato in quali casi è possibile prevedere un ritorno d'impatto degli investimenti a livello di Paese e del singolo cittadino. E ci hanno sottolineato come sia necessario l'impegno politico, la scelta dei settori dell'economia reale dove indirizzare gli investimenti di impatto".



“Si tratta di interessi complessi – continua Oliveti – la valutazione non può fermarsi qui. Per capire se accettare o meno la sfida le Casse hanno bisogno di veder riconosciuta la rilevanza sociale del proprio intervento e di agire nel rispetto dell’esigenza di utilizzare il patrimonio per la salvaguardia dei diritti previdenziali e professionali degli iscritti”.

ENPAM, AUTONOMIA PER INVESTIRE SU GIOVANI E SAPERE

“Apprezzo l’invito del ministro Poletti alle Casse di previdenza ad investire nel sapere e nelle giovani generazioni e il suo richiamo a non fare avventure negli investimenti”, così Alberto Oliveti, presidente dell’Enpam e dell’Adepp (associazione degli enti di previdenza privati) commentando l’intervento del ministro del Lavoro al convegno organizzato dall’Enpaf, di cui ha scritto Quotidiano Sanità.

Poletti ha sottolineato il paradosso che le Casse hanno risorse che non vengono utilizzate nell’economia reale del Paese. “Il vero paradosso è che abbiamo un patrimonio bloccato che non possiamo usare a vantaggio dei professionisti nostri iscritti, come era nella volontà originale del legislatore che ci ha privatizzato”, dice Oliveti. “Ogni tre anni abbiamo scadenze attuariali impazienti e per questo dobbiamo poter contare su questo patrimonio”.

“Le Casse sono private – aggiunge Oliveti – lo ha ribadito Lello Di Gioia, presidente della Commissione bicamerale di controllo sugli enti di previdenza che nel suo Testo unico di riforma delle Casse sostiene la nostra autonomia contro la progressiva ripubblicizzazione”.

L’invito a investire è giunto anche dal ministero dell’Economia e delle finanze. “Ha ragione il sottosegretario Pier Paolo Baretta quando dice che le Casse possono diventare volano per l’economia del Paese. Infatti dal nostro compito di pagare pensioni e sostenere i professionisti, si generano ricadute positive sul lavoro e quindi sul Paese. In autonomia possiamo fare tutto questo”, afferma il presidente dell’Adepp.

“Esprimo anche grande apprezzamento per il percorso dell’ente previdenziale dei farmacisti nel campo del welfare allargato e manifesto tutto il mio sostegno al suo presidente Emilio Croce nella ricerca di una soluzione sulle società di capitale – dichiara Oliveti –. A fronte di nuove forme di organizzazione nel lavoro professionale, infatti, occorrono nuove soluzioni nella previdenza. Bisogna far sì che i contributi siano pagati e che le pensioni continuino ad essere garantite”.

WWW.ENPAM.IT



FORMAZIONE E.C.M. LE NUOVE REGOLE PER IL TRIENNIO 2017 – 2019

La Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha confermato il numero di 150 crediti formativi da acquisire nel triennio.

Sono stati aboliti i limiti minimi e massimi di crediti acquisibili per anno, estendendo a tutti i professionisti il criterio della flessibilità, e quindi ogni professionista potrà liberamente organizzare la distribuzione triennale dei crediti acquisti. I crediti potranno essere acquisiti anche tutti nello stesso anno solare.

Bonus, riduzioni del debito formativo e premialità per la regolarità formativa progressa.

Nel prossimo triennio 2017- 2019 varranno solo due riduzioni:

- un bonus di 30 crediti se nel triennio 2014-2016 si sono raggiunti tra i 121 e 150 crediti
- un bonus di 15 crediti se nel triennio 2014-2016 si sono raggiunti tra i 81 e 120 crediti.

Mentre nel triennio che si concluderà a dicembre 2016, si aveva diritto ad una riduzione di 45 crediti se nel triennio precedente (2011-2013) si fossero acquisiti da 105 a 150 crediti oppure si poteva aver diritto ad una riduzione di 30 crediti se nel triennio precedente (2011-2013) si fossero acquisiti da 51 a 100 crediti ed infine una riduzione di 15 crediti se il totale dei crediti conseguiti nel triennio precedente (2011-2013) era stata fra i 30 e i 50 crediti.

Medico competente e scadenze E.C.M.

Come per il triennio (2011-2013), sarà data la possibilità al medico competente di colmare eventuali debiti formativi relativi al triennio 2014-2016 entro la fine del 2017 (D.M. 4 Marzo 2009), ferma restando la sospensione dall’inserimento dell’elenco nazionale ministeriale.

Sarà poi necessario comunicare (dal 1 gennaio 2017 al 15 gennaio 2018) al Ministero della Salute e all’Ordine di appartenenza l’avvenuta regolarizzazione del debito formativo relativo al triennio formativo (2014-2016).

In caso di mancata comunicazione il Ministero della Salute provvederà alla cancellazione dall’Elenco Nazionale

dei Medici competenti dei professionisti inadempienti. La reinscrizione avverrà solo con il raggiungimento del 70% dei crediti del successivo triennio formativo (2017-2019).

Dossier Formativo

Nel triennio 2017-2019 entrerà a regime il Dossier Formativo.

I professionisti medici ed odontoiatri vi potranno aderire in forma facoltativa in quanto non esiste un obbligo di adesione.

Ai sanitari che aderiranno al Dossier Formativo (nell'apposita sezione del sito del Co.Ge.A.P.S., previa registrazione) verrà garantito un bonus di 30 crediti.

Per maggiori informazioni sul Dossier Formativo è opportuno prendere la visione della determina della Commissione Nazionale per la Formazione Continua sul sito dell'Agenas: <http://ape.agenas.it/comunicati/comunicati.aspx?ID=99>

Autoformazione

Tutti i professionisti (sia dipendenti che liberi professionisti) potranno autocertificare crediti per autoformazione nella misura del 10% nel triennio.

Sanzioni

La violazione dell'obbligo formativo costituisce un illecito disciplinare, ma è stato evidenziato che, per il professionista inadempiente, ci potrebbero essere conseguenze negative, quali rincari assicurativi ed ostacoli agli scatti di carriera, oltre alle ben note conseguenze per quel professionista che svolge attività di medico competente.

Non ci sono le sanzioni ma la certificazione ECM è ormai requisito per:

- Valutazione dei medici dopo 5 e 15 anni (scatto contrattuale)
- Valutazione dei Dirigenti di Struttura Complessa (alla scadenza del contratto)
- Partecipazione alle selezioni per Direzione di Struttura Complessa
- Iscrizione Albo dei Medici Competenti
- Impiego nel privato accreditato
- Impiego in alcuni enti pubblici

RISK: LINEE GUIDA IGNORATE, PER L'ANESTESISTA È OMICIDIO COLPOSO. SENTENZA DELLA CASSAZIONE

Neppure la nuova legge sulla responsabilità medica salva l'anestesista che non controlla la corretta ossigenazione del paziente durante un intervento, ignorando le raccomandazioni delle linee guida. E il nesso tra la

negligenza del camice bianco e la morte deve considerarsi provato anche se il decesso avviene quasi un mese dopo l'intervento. La Corte di Cassazione (sentenza 33770/2017, depositata l'11 luglio) respinge il ricorso di una dottoressa contro la condanna per omicidio colposo, dopo la morte di una paziente dovuta al tempo eccessivo in cui era rimasta in deficit di ossigeno durante un'operazione al setto nasale. L'anestesista aveva "sottovalutato" anche la segnalazione di allarme del macchinario.

Il medico negava però l'esistenza di un nesso causale tra la sofferenza respiratoria e la morte per insufficienza respiratoria, avvenuto 25 giorni dopo l'operazione. Secondo l'imputata la "relazione" tra il suo comportamento e la morte della paziente era stato interrotto da una serie di infezioni sopraggiunte nel reparto di terapia intensiva.

L'intempestiva maggiore ossigenazione poteva non essere stata la sola ragione del decesso, e quindi il comportamento del medico doveva essere inquadrato nella colpa lieve, come previsto dalla cosiddetta legge Balduzzi (articolo 3 della legge 189/2012).

Inoltre la difesa contestava il no dei giudici di merito al confronto tra il consulente del Pubblico Ministero e quello di parte: un faccia a faccia che, secondo la ricorrente, avrebbe potuto ribaltare le sorti del processo. La Cassazione chiarisce intanto che, per la giurisprudenza di legittimità né i confronti né gli accertamenti del perito hanno un carattere decisivo.

Nello specifico poi la "svolta" non ci sarebbe stata: il consulente di parte aveva dalla sua circostanze "vaghe" mentre il perito del Pm puntava sugli esami (necroscopico e autoptico) per dimostrare la conseguenza fatale della prolungata carenza di ossigeno.

Né il nesso causale poteva essere interrotto, come voleva la difesa, dalla "complicazione" delle infezioni prese nel reparto di terapia intensiva, perché non sono, purtroppo, un imprevisto. Le infezioni non possono – si legge nella sentenza – «costituire il rischio nuovo e incommensurabile del tutto incongruo rispetto alla condotta originaria al quale la giurisprudenza annette valore interruttivo del rapporto di causalità». I giudici ricordano che l'«infezione nosocomiale» è uno dei rischi tipici che va messo in conto quando si resta un tempo non breve nei reparti di terapia intensiva, dove queste "complicazioni" sono tutt'altro che rare a causa delle condizioni di grave deperimento dei pazienti.

Una considerazione che sgombra il campo dall'ipotesi, della "colpa lieve": il comportamento dell'imputata è stato gravemente negligente. Ma anche volendo prescindere dal grado di colpa, precisano i giudici, l'imputata non ha comunque osservato le "salvifiche" linee

guida, le sole che consentono al sanitario di non rispondere penalmente grazie alla colpa lieve. Per i giudici della quarta sezione penale la ricorrente sarebbe colpevole anche alla luce della nuova legge sulla responsabilità medica.

A "inchiodarla" è proprio la mancata osservanza delle linee guida. L'articolo 590-sexies introdotto dall'articolo 6 della legge 24/2017 consente di non punire il medico che rispetta le raccomandazioni delle linee guida anche quando lo fa con imperizia.

ARRIVA LA CURA CON IL CRONOMETRO, FNOMCEO CHIEDE IL RITIRO DEI «TEMPARI» REGIONALI

Mandata ormai in soffitta l'umanizzazione delle cure, l'assistenza sanitaria in cerca di facile efficienza e risparmi adotta metodi da catena di montaggio di sapore tayloristico: venti minuti per una visita neurologica, altrettanti per una visita ginecologica, non più di 50 minuti per una risonanza magnetica, 20 minuti per una mammografia. Mezz'ora, invece, è concessa per una gastroscopia, 35 minuti se occorre fare anche la "biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco o duodeno". È questo il nuovo tempario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali che alcune Regioni come Lazio, Lombardia e Sardegna in itinere, hanno imposto per decreto, «senza consultare i rappresentanti dei medici».

Lo denuncia la Fnomceo, che in sede di Consiglio nazionale ha approvato a Siena all'unanimità una mozione per ribadire «che il rapporto numero di prestazioni / unità di tempo, proprio dell'industria manifatturiera, non è applicabile alla Medicina», denunciando il pericolo per la salute dei pazienti e lo svilimento della relazione di cura e per chiedere «il ritiro delle disposizioni sui tempari nelle Regioni nelle quali sono stati approvati senza la consultazione della Professione».

«Non voglio neppure pensare di non poter prolungare un'ecografia morfologica sino a che non ho la piena certezza che il feto sia sano, o di non potermi prendere tutto il tempo necessario per comunicare una diagnosi infausta, solo per rimanere nell'ambito della mia esperienza di radiologo - ha affermato la presidente della Fnomceo, Roberta Chersevani -. Il nostro Codice Deontologico ribadisce a chiare lettere che anche il tempo di comunicazione è tempo di cura. Vogliamo un Codice fuorilegge? Una relazione di cura o a ore oppure clandestina? Vogliamo lesinare la quantità di cura erogata ai nostri pazienti, misurandola col cronometro? La Fnomceo non può accettarlo».

E denuncia infatti che «La mancata concertazione tra Parte Pubblica e medici specialisti contraddice la corretta applicazione dell'Acn che prevede la consultazione

dei professionisti nel definire la tempistica delle agende di prenotazione».

Un'esclusione dei professionisti che secondo Fnomceo fa il paio con una deriva complessiva verso la rincorsa alla produttività, «scimmiettando metodi stranieri che non hanno nulla a che vedere con la nostra cultura sanitaria». Applicati a una situazione, quella degli ambulatori, già critica per carenze di personale, équipe sempre più sguarnite e difficoltà di organizzazione dei turni. «I tempari sono un segnale emblematico - spiega il vicepresidente Fnomceo Maurizio Scassola - di una deriva verso modelli che privilegiano la produttività a tutti i costi. Anche mettendo a rischio la sicurezza dei pazienti, dei medici e la qualità della relazione tra medico e paziente, di cui tanto si riempiono la bocca i decisori politici. Una relazione impossibile se si hanno solo 20 minuti per fare una visita. Pensiamo soltanto al tempo che serve a una persona anziana per mettersi comoda, spogliarsi e rivestirsi. E per fare il suo racconto. Saremo costretti a mandare via il paziente con la camicia fuori dai pantaloni. Ma vi sembra dignitoso tutto questo? I medici non vogliono rappresentare questo modello. Si vuole ridurre il professionista a una macchina, secondo una logica fordista che Fnomceo deve rifiutare. Una logica che per ora parte dagli ambulatori e poi rischierà di estendersi a tutto il sistema. Così si finisce per distruggere la sanità pubblica e sbilanciare pericolosamente il rapporto con la sanità privata».

Fino ad ora questo tipo di schematizzazioni è stato utilizzato come strumento orientativo per regolare l'organizzazione delle visite. Altra cosa è trovarsi un decreto regionale che impone la cura con il cronometro e rischia di limitare la libertà dei camici bianchi. E se si sfiorano i tempi che succede?

«Succede che se sulla base del tempario dalle 8 alle 11 il medico deve visitare 20 pazienti - spiega Musa Awad Hussein, componente del Comitato Centrale Fnomceo - e per visitarli tutti finisce alle 13:00, la polizza assicurativa non copre quell'ora in più. E se il medico ha altri impegni successivamente, altri pazienti aspetteranno. È giusto organizzare meglio il lavoro ma non lo si può fare azzerando le differenze tra pazienti, tra patologie e tra medici stessi. Una visita oncologica ha una complessità e una delicatezza diversa da una visita dermatologica. Poi i pazienti ormai sono tutti anziani e i medici non hanno più l'aiuto di paramedici e assistenti. Quindi il tempo da dedicare alla visita è sempre più ristretto. Ma in questo modo il medico, costretto a rispettare il tempario, non rispetta il codice deontologico, perché non dedica al paziente il tempo necessario e segue direttive burocratiche».

il graffio di Giuseppe Mela

L'ospedale Mater Olbia: un'incognita che fa paura

Mentre attendiamo la ristrutturazione sanitaria regionale, i Politici di varia appartenenza, e di diversi territori regionali, in questi ultimi mesi, sono concentrati a chiedere chiarimenti su termini, modalità e tempi, dell'apertura dell'Ospedale del Qatar: il Mater Olbia.

Desunto conclusivo della richiesta unanime, sollecitata anche da parte di eminenti addetti ai lavori, è che il nuovo ospedale di Olbia, appunto il Mater Olbia, non debba interferire in alcun modo, né con il Giovanni Paolo II né con gli altri ospedali della Sardegna. Si sostiene che risulterebbe estremamente difficile inserire oggi all'interno della rete ospedaliera regionale le prerogative funzionali di una struttura come quella prevista per il Mater Olbia. Per alcuni non bisogna regolamentare le strutture e le funzioni ospedaliere basandosi solamente sui numeri, ma è necessario tenere in grande considerazione le "pre-esistenze", le "tradizioni", la "cultura" medica, la "storia" della sanità sarda. Quindi "chi ha avuto ha avuto, chi ha dato ha dato". Non bisogna assolutamente generare discordanze con tutto quanto sia già stato, bene o male, deciso e distribuito nei decenni passati. Il passato servirebbe, quindi, a rallentare la modernizzazione dei servizi sanitari, non a facilitarne la moderna e positiva evoluzione delle loro funzioni, attraverso la giusta valutazione delle esperienze positive e negative. Il tentativo sarebbe quello di rendere difficile, se non impossibile, il ridimensionamento del numero dei posti letto e delle dotazioni organiche anche negli ospedali che ne disponessero in evidente eccesso rispetto alle esigenze comprovate. Nel concreto, si vorrebbe rendere complicato rispondere esaustivamente alle richieste di investitori privati che, costruita a loro spese la struttura, vogliano attivare nel nord-est della Sardegna un'attività sanitaria adeguata ai bisogni, con un numero di posti letto "dovuti" ad un territorio, quello che fa riferimento ad Olbia, cui è stata sempre riconosciuta ed attribuita una sanità ospedaliera con reparti solamente di base: medicina, chirurgia, cardiologia, ginecologia, pediatria, ortopedia.

Mentre invece, se il progetto del Qatar arrivasse subito alla naturale conclusione, finalmente ad Olbia, una



città a 100 chilometri sia da Nuoro che da Sassari, si potrebbero vedere subito i frutti: fino ad oggi, infatti, Olbia ha avuto meno di quanto le fosse dovuto: finanziamento pro-capite inferiore a quello delle altre ASL della Sardegna, divari penalizzanti in importanti voci di spesa per tutto il territorio (Fisioterapia, RSA, ADI, Hospice).

Ieri il San Raffaele, oggi il Mater Olbia, è un evento casuale o velleitario? Certamente, e non mi sembra astruso affermarlo, se tutte queste peculiarità fossero appartenute a qualche altro territorio della Sardegna, non ci sarebbe stata alcuna discussione: l'Ospedale sarebbe già stato inaugurato da almeno un decennio. Molti si chiedono come mai si pensi a istituire reparti specialistici che sarebbero doppiati dell'Ospedale Giovanni Paolo II° o di altri ospedali vicini: al privato che investe nel sociale, come in questo caso, non si può impedire un certo grado di libertà. Verrebbe anche da chiedersi come mai siffatte osservazioni non siano mai state fatte quando, nel passato, venivano disposte concessioni di posti letto, dotazioni organiche e strumentali, in ospedali già sopradimensionati rispetto alle richieste sanitarie comprovate e stabilizzate.

Vero è che, una volta concesse le convenzioni per un numero di posti letto che porti quelli del territorio gallesse allo standard dovuto, sarà la storia a determinare il successo o meno dei reparti di nuova istituzione. Spero che il Consiglio Regionale, quando dovrà approvare la nuova rete ospedaliera, saprà valorizzare al meglio la sanità del territorio del nord-est della Sardegna, valutando positivamente le prospettive di crescita del territorio.

Giuseppe Mela è direttore Unità Complessa
Ortopedia Asl 2 Olbia

Il Giro d'Italia ha fatto la sua centesima partenza da Alghero

Intervista al professor Giovanni Tredici responsabile dello staff sanitario



Dal 1988 è responsabile dello staff sanitario del Giro d'Italia: il professor Giovanni Tredici è ormai un simbolo di questa meravigliosa gara. Lo abbiamo incontrato ad Alghero, in occasione della partenza del centenario, un evento storico che ha coinvolto il nostro territorio, portandolo alla ribalta internazionale.

Professor Tredici, come è iniziata la sua collaborazione al Giro d'Italia?

"È iniziata nel lontano 1988, grazie alla mia passione per le due ruote e alle mie specialità mediche, sono un professore di NeuroAnatomia: lessero una mia intervista e mi proposero la direzione medica del Giro, come neurotraumatologo.

Seguendo il mio primo Giro, notai subito un'anomalia: l'ambulanza con i medici era posizionata alla fine della carovana, certamente non funzionale per un pronto intervento in caso di necessità, e allora chiesi, e ottenni, di posizionarla prima della

giuria, in modo da poter prestare aiuto in tempi brevissimi a corridori che ne avessero avuto bisogno; ma non solo, dopo qualche tempo, alla luce di incidenti avvenuti con serie conseguenze, fu inserita una unità di rianimazione in corsa: il ciclismo, occorre dirlo, è stato il primo sport, con il Giro d'Italia, a prevedere un'unità di rianimazione durante le gare".

Quindi una bella equipe medica?

"Inizialmente no, sino agli anni Novanta si correva il Giro con due medici traumatologi, via via le cose sono cambiate, e attualmente siamo 9 medici, con due auto mediche, una sulla fuga e una in coda, 3 auto con un medico rianimatore e un infermiere specializzato in emergenza, un'ambulanza con un neurochirurgo e un ortopedico, un'auto con due medici generici e un rianimatore, e nell'ultima ambulanza un medico rianimatore con personale sanitario volontario. Non siamo in grado certo di risolvere tutti i problemi, ma dobbiamo dare il massimo per farlo.

Spesso non si considerano i rischi degli ultimi in corsa, che sono quelli che faticano più dei primi cercando di guadagnare posizioni.

Sicuramente tutto ciò ha un costo, ma garantisce la sicurezza non solo degli atleti ma anche del pubblico, considerato, fra l'altro, che ora disponiamo di mezzi piccoli, quattro ambulanze in corsa con l'ingombro di un'autovettura, più una a fine carovana con un medico di Medicina generale e in ultimo il Centro mobile di Radiologia".

Siete sempre in contatto con i ciclisti?

"Allora, premesso che ogni ciclista vuole concludere il Giro, è difficile fermarli senza certificazioni: per capirci, fratture di scafoide-clavicola sono arrivate a fine Giro, oppure abbiamo chi viene ricoverato alle 3 del mattino per un addome acuto, dopo averci fatto dare un Buscopan qualche ora prima dal medico di squadra. Aneddoti ne potrei raccontare tanti, certamente mi interfaccio continuamente con i medici di squadra, con i quali il rapporto è ottimo, ma la decisione finale è sempre la mia, e in qualche occasione i colleghi mi sono serviti per convincere alcuni campioni a ritirarsi piuttosto che correre con seri rischi per la propria salute. Il ciclista tende sempre a evitare il contatto con il medico, perciò è importante instaurare un buon rapporto di fiducia affinché si rivolgano a noi con serenità, e devo dire che la Radiologia dà una grossa mano, perchè in brevissimo tempo siamo in grado di valutare l'entità del



trauma e decidere di conseguenza. D'altra parte il ciclismo è uno sport molto impegnativo, chi arriva al Giro ha anni di preparazione durissima alle spalle, tanti sacrifici in attesa di questa gara, e non ha voglia di rinunciare, se non per motivi gravissimi, alla possibilità di vincere".

Professore, riscontrato un trauma come vi comportate?

"Accompagniamo sempre i nostri infortunati in ospedale, collaboriamo fattivamente con il 118 regionale, e qualche volta abbiamo usufruito anche dell'elisoccorso; abbiamo la mappa di ogni regione che ci ospita, quindi sappiamo anche verso quale ospedale indirizzarci. Devo dire che abbiamo trovato sempre la massima collaborazione dei colleghi, così

come in questa partenza dalla Sardegna".

Professor Tredici, e il doping?

"Mah, penso che alla luce dei noti episodi del passato, ora il ciclismo sia uno degli sport più controllati. La responsabilità dei certificati di idoneità spetta ai medici di squadra, mentre i controlli vengono effettuati in tutte le tappe dai medici di federazione e della Wada, la World anti-doping agency: vengono sempre controllati i primi tre e poi a campione analisi del sangue a tutti, non ho ruolo, sarei in conflitto di interessi; ovviamente, se in corsa devo prescrivere qualche farmaco in emergenza per il bene del corridore, ad esempio per una crisi asmatica, è mio dovere comunicarlo immediatamente alla struttura anti doping, ma è successo di rado".

Maria Antonietta Izza

Il 118 ha accompagnato il Giro d'Italia

Secondo la normativa regionale vigente in occasione dei "Grandi Eventi", è compito istituzionale del Servizio di Emergenza - Urgenza 118 pianificare e organizzare, dal punto di vista sanitario, il servizio di emergenza-urgenza dedicato all'enorme flusso di spettatori, al fine di garantirne un tempestivo intervento in caso di necessità.

Il direttore delle Centrali Operative 118 di Cagliari e Sassari, Piero Delogu, sintetizza il lavoro svolto.

"La pianificazione di questo evento ha richiesto, già dai mesi precedenti, un notevole sforzo organizzativo, con il coordinamento del Servizio 118 e degli altri enti istituzionali quali Prefettura, Forze dell'Ordine e Comuni, par-

liamo di 575 chilometri da Alghero a Cagliari, tre città di arrivo, Olbia, Tortolì, Cagliari, 197 ciclisti da tutto il mondo in rappresentanza di 22 squadre, una carovana "in rosa" con migliaia di persone al lavoro" racconta Piero Delogu.

"Il Servizio 118 ha integrato l'offerta sanitaria normalmente garantita dal servizio del Giro d'Italia e dedicata solo ai ciclisti, con la messa in campo di mezzi e risorse umane a salvaguardia degli spettatori lungo tutto il percorso delle tre tappe: ho coordinato le due Centrali Operative del 118 di Cagliari e Sassari, abbiamo potenziato il numero dei mezzi a terra, sia medicalizzati che di base, e raddoppiato il servizio di elisoccorso, al fine di far fronte alle criticità di viabilità quali Passo di Genna Silana, Burcei, oltre che all'aumento di flusso di spettatori nella partenza da Alghero e nelle tappe di Olbia, Tortolì e Cagliari. Nelle due Centrali Operative 118 gli operatori dedicati seguivano in tempo reale su un monitor lo svolgersi del percorso ed erano costantemente in contatto con i referenti della Polizia Stradale, che seguivano tutte le tappe del Giro" conclude Piero Delogu.

L'evento si è svolto senza criticità o problematiche, grazie anche all'efficiente collaborazione di tutti gli enti coinvolti, e all'ottimo lavoro degli operatori del 118 sardo, molto apprezzati anche dagli organizzatori del Giro.



Intervista a Domenico Tanda, medico dei campionati mondiali tennis in carrozzina

Il fascino dello sport paralimpico

Il 1 maggio ha aperto i battenti ad Alghero la “BNP World Team Cup Wheelchair tennis”, letteralmente un campionato mondiale con le più forti nazionali mondiali del tennis in carrozzina. L'organizzazione del torneo è stata assegnata alla città catalana, che ha battuto la concorrenza di agguerrite rivali, grazie anche all'esperienza accumulata nell'organizzazione del Sardinia Open, già una delle più prestigiose competizioni a livello mondiale. Così Alghero ha subito la festosa e pacifica invasione di 400 fra dirigenti, allenatori e, naturalmente, atleti, provenienti da 24 paesi: tutti i continenti sono stati rappresentati, e la ampia copertura televisiva dell'evento ha permesso non solo alla città, ma anche all'intera Sardegna, di elevarsi al ruolo di una delle capitali dello sport mondiale. La contemporanea presenza dell'atto iniziale del Giro d'Italia nella Riviera del Corallo non ha impedito un grande afflusso di pubblico sugli spalti dei campi da gioco, divisi fra l'hotel Baia di Conte e il Tennis Club Alghero. Questo splendido evento non sarebbe stato possibile senza il lavoro certosino e instancabile di Alberto Corradi, organizzatore e giocatore, ben supportato dalle più importanti figure dirigenziali sportive del settore, come Luca Pancalli (presidente Comitato italiano paralimpico) e Angelo Binaghi (presidente della Federazione italiana tennis).

Quattro le categorie in cui gli atleti si sono dati battaglia: Uomini, Donne, Quad (atleti con disabilità agli arti sia superiori che inferiori) e Junior, che hanno dato luogo a una serie di partite dominate dalla spettacolarità e da un agonismo puro e leale.

Ovviamente questo grande numero di persone, fra atleti e personale, richiede una particolare attenzione alle loro esigenze, soprattutto in campo medico. Abbiamo così scambiato due chiacchiere con il medico responsabile della competizione, Domenico Tanda.

Innanzitutto, come è organizzato il servizio medico di questa competizione?

Molto semplice, io sono il medico responsabile del torneo, cosa significa questo? Vuol dire che ho il dovere di occuparmi di ogni aspetto sanitario riguardante gli atleti, un compito che può andare dalla prescrizione di una tachipirina a vere e proprie medicazioni: una attività me-

dica a tutto tondo che richiede quindi grande attenzione e cura. Molto importante è l'opera prestata dai fisioterapisti: tre sono quelli ufficiali del torneo, mentre solo le squadre di alcuni paesi possono permettersi di godere di figure professionali di questo genere che seguano la squadra.



C'è da dire che stiamo parlando di una organizzazione che deve sopperire a ogni esigenza sanitaria delle squadre, motivo per cui è stato nominato perfino un odontoiatra reperibile, il collega Giovanni Bussu.

Da segnalare inoltre senza dubbio è il prezioso aiuto datoci dai volontari del CISOM che hanno messo a disposizione le loro autoambulanze per garantire sicurezza ad atleti e spettatori.

Che problematiche di tipo fisico ti ritrovi ad affrontare durante il torneo?

La mia opera ovviamente ricopre vari aspetti dell'essere medico. Una cosa molto comune sono ad esempio le medicazioni: le carrozzine con le quali gareggiano gli atleti assomigliano a delle piccole formula 1, e sono dotate di ampie imbottiture che però spesso non riescono a evitare ulcere da decubito che vanno trattate e fasciate in maniera adeguata.

Siamo parlando di atleti che sentono molto la competizione e sono disposti a mentire anche sulle proprie condizioni fisiche oppure addirittura a disinteressarsi del dolore pur di giocare. Decisamente stiamo parlando di atleti dotati di grande forza di volontà.

Mi è capitato inoltre di dover prescrivere farmaci, curare abrasioni, valutare problemi muscolari e tendinei.



A proposito, quali sono i maggiori pericoli a livello fisico in cui possono incorrere questi atleti?

Il tennis in carrozzina non è ovviamente uno sport di contatto, quindi è molto raro incontrare fratture ossee importanti, è molto più frequente incappare in patologie muscolo-tendinee e articolari.

La particolare situazione degli atleti, impossibilitati a dare spinta con le gambe, li porta a lavorare tanto con il busto e con l'articolazione della spalla, creando perciò ovviamente i presupposti per infiammazioni e risentimenti in quelle determinate regioni anatomiche, che risultano essere maggiormente stimolate.

Ma a costo di essere ripetitivo ricordo che le vere insidie sono le piaghe da decubito dovute all'utilizzo della car-

rozzella. Altro aspetto medico da segnalare sono le infezioni alle vie urinarie, abbastanza ricorrenti in questa tipologia di atleti.

Cosa le rimane di questa esperienza lavorativa maturata in un torneo così importante?

È stata una esperienza profondamente arricchente, non solo sotto il profilo lavorativo, ma anche e soprattutto sotto il profilo umano: vedere queste persone, che abbattano quotidianamente i loro limiti fisici con la passione, la forza di volontà e l'allenamento è un grande stimolo, ed è un esempio per tutti noi che magari diciamo "non ce la faccio" di fronte a un ostacolo. Ho visto ragazzi focomelici effettuare il servizio iniziale di un game alzando la pallina da tennis con il piede, per poi colpirla con una racchetta innestata direttamente sull'avambraccio: se tutti noi avessimo la loro mentalità sarebbe un mondo probabilmente migliore.

Ho inoltre scoperto il mondo dello sport paralimpico, che non immaginavo essere così affascinante e che merita di essere ancor più valorizzato perché offre veramente un grande e appassionante spettacolo.

È stata una esperienza stancante, anche perché mi sono dovuto dividere fra le due sedi delle gare, il Tennis Club Alghero e l'hotel Baia di Conte, ma ogni sforzo è stato abbondantemente ripagato da un'esperienza che ricorderò per sempre.

Credo inoltre che lo sport paralimpico dovrebbe essere oggetto di specifici programmi di divulgazione e promozione soprattutto a livello scolastico a partire già dalla scuola primaria: sarebbe sicuramente una fonte di ispirazione per i nostri ragazzi.

Francesco Bustio Dettori



Il racconto

Un paziente misterioso

di Graziano Demurtas



Questa è una storia vera. La raccontò allo scrivente, molti anni fa, un collega che fu il protagonista della vicenda ed al quale, probabilmente, capiterà di leggersi e di riconoscersi. Speriamo non mi chieda i diritti d'autore.

Narrerò dunque di un dottore, conosciuto da molti e stimato da tutti, che esercitava la professione nella nostra città. Lavorava in una struttura pubblica ma aveva anche un suo studio privato dove affluivano numerosi pazienti. Sapeva fare bene il suo lavoro, i suoi pazienti ne lodavano l'operato e la voce pian piano si diffuse anche nel circondario. Ed anche più lontano.

Così, una sera, si presentarono nel suo studio due signori chiedendogli se fosse possibile visitare un paziente a domicilio, non a Sassari ma in un paese abbastanza distante.

Il dottore rispose che certo si poteva fare ma gli servivano il nome del paziente e l'indirizzo esatto.

I due gli risposero che non era possibile quella soluzione perché il paziente non abitava in paese ma in una campagna che, anche con tutte le indicazioni possibili, non sarebbe mai riuscito a trovare. Ma non c'era nessun problema: sarebbero venuti a prenderlo loro e, dopo la visita, lo avrebbero riaccompagnato in città. E che non si preoccupasse per il tempo che avrebbe perso perché avrebbero pagato senza problemi qualsiasi cifra avesse chiesto. Gli chiedevano soltanto di poter andare il prima possibile perché il malato era molto sofferente.

Per un caso fortunato il dottore per il giorno seguente si era tenuto libero per sbrigare alcune faccende private ma, di fronte alla richiesta, sempre cortesissima dei due, le accantonò e si accordarono per il giorno successivo.

Il giorno dopo i due latori della richiesta si presentarono puntualissimi presso il suo studio, facendolo accomodare cortesemente sul sedile posteriore della loro auto. ("Strano - pensò il dottore - potevano farmi sedere davanti). Imboccarono la 131 e, dopo una decina di chilometri, iniziarono i guai.

L'auto si fermò in una piazzuola, la persona seduta accanto al guidatore scese, sedette accanto al dottore e l'auto ripartì. Il dottore guardava sottocchi il suo vicino e trasalì vedendolo tirar fuori da sotto la giacca un cappuccio di stoffa nera.

"Non si preoccupi dottore - disse il vicino - è soltanto nel suo interesse. Ma ora per favore metta il cappuccio". E senza attendere risposta gli mise il cappuccio in testa. Il dottore rimase senza parole, con il cuore che gli martellava in petto.

Il vicino gli mise una mano sulla spalla. "Dottore - gli disse sempre con tono gentile - adesso si chini di lato ed appoggi la testa sulle mie gambe. È meglio che nessuno possa vederla. Stia tranquillo, non c'è nessun pericolo". Il dottore assecondò la pressione della mano e si adagiò di lato sulle gambe dell'uomo. "Tranquillo dottore - riprese lui - arriveremo presto". "Tranquillo un c... - pensò il dottore che non riusciva quasi più a connettere - questi str... mi hanno sequestrato e mi dicono anche di stare tranquillo. Ma cosa credono di ricavare? Non ho neanche i soldi per comprarmi una macchina nuova con il mutuo per la casa da onorare". Pensò di ribellarsi ma quelle mani che gli poggiavano sulle spalle gli sembravano di ferro.

"Hanno sbagliato - pensò ancora il dottore - mi hanno preso per qualcun altro. Mi hanno confuso con qualche riccone che si chiama come me". Ma per quanto si lambiccasse il cervello non gli veniva in mente nessuno che avesse il suo stesso nome, riccone o morto di fame che fosse.

L'auto continuava la sua corsa, il tempo passava ed i pensieri del dottore erano ormai solo su sua moglie e su i suoi figli. Gli veniva da piangere.

“Come faranno senza di me? – si chiedeva – poveri figli miei, povera moglie mia!” passò in rassegna tutti i suoi parenti, tutti suoi amici (me compreso??) ma nemmeno uno sarebbe stato in grado di pagare anche solo una parte del riscatto o di aiutare la sua famiglia per tutta la vita.

Scivolò in uno stato di rassegnazione, sperando soltanto in una morte rapida e indolore.

Ad un certo punto (quanto tempo era passato? Non lo sapeva) si accorse che l'auto aveva lasciato l'asfalto e aveva imboccato una qualche strada di campagna, anche abbastanza dissestata. Gli scossoni continui ne erano una prova evidente.

“Tutto come da manuale – pensò il dottore – certo non mi nasconderanno in un posto abitato. Mi stanno portando in chissà quale “scollatoio” dove nessuno potrebbe cercarmi o trovarmi”.

Ripiombò in un'abulica rassegnazione. Poi l'auto cominciò a rallentare ed infine si fermò.

“Si sollevi dottore – disse il “custode” seduto al suo fianco – ma per favore non tocchi il cappuccio. Ci penserò io a levarglielo”.

Il dottore inghiottì fiele: se avesse potuto vederlo gli avrebbe dato una testata. Sentì delle mani che lo aiutavano ad uscire dalla macchina e che poi lo guidavano per una ventina di metri. Poi un rumore che gli parve di una porta metallica che veniva aperta. Qualche passo ancora, poi il chiaro tonfo di una porta che si chiudeva.

“Siamo arrivati dottore” disse una voce mentre una mano gli levava il cappuccio.

Il dottore – anche se ci vedeva poco e male – si guardò intorno aspettando esitante che la vista gli ritornasse normale.

“Chiaramente un magazzino per mezzi e attrezzi agricoli – mi raccontò – forse di m. 20 X 10, però sommariamente adattato anche ad abitazione: c'erano un rozzo tavolo, una scassata credenza, qualche sedia impagliata, qualche sgabello, una quantità di attrezzi appoggiati alle pareti e, in un angolo, anche un piccolo camino con un fuocherello acceso.

Vicino ad una parete c'era un rozzo letto con un paio di coperte di lana grezza sul quale era sdraiato un uomo di età avanzata anche se non vecchio (più o meno sui sessanta mi disse il dottore) che mi guardava”.

“È lui il paziente” disse la voce di uno dei suoi “sequestratori”.

“E voi siete i figli” pensò il dottore rilevando una notevole somiglianza fra i tre. Quindi si avvicinò al paziente che lo guardava sospettoso.

“Buona sera – disse il dottore – sono il dottor... Sono venuto per visitarla, ed anche per guarirla spero. Mi racconti cosa è successo e cosa sente”.

Il paziente parve studiarlo per lunghi momenti. Poi, senza cambiare espressione, cominciò a parlargli in stretto dialetto sardo, anche se il dottore non capì esattamente dalle inflessioni di quale paese si trattasse.

Ma anche lui parlava benissimo il sardo per cui gli ripeté la domanda in perfetta “limba”.

“Il fatto che gli avessi risposto “nella sua lingua” - mi raccontò il nostro protagonista – cambiò istantaneamente l'atteggiamento del paziente sino a diventare, nel corso di un accurato colloquio anamnestico, addirittura cordiale”.

Il colloquio fu dunque preciso ed esauriente, la visita accurata, la diagnosi facile, immediata e certa, la prognosi molto favorevole.

Alla fine il dottore prese la borsa ed estrasse il suo ricettario accingendosi a scrivere la terapia del caso.

“No dottore – disse una voce alla sue spalle mentre gli veniva porto un anonimo foglio bianco – la scriva qui. Non si preoccupi: il farmacista che conosciamo ci darà tutto anche se non sarà scritto sulla sua ricetta”.

Il dottore ripiombò nello sconforto.

“Ecco ci siamo – pensò – è chiaro: non vogliono che resti alcuna traccia di me. Non era un sequestro, ma la fine è sempre la stessa, anche peggio. Non possono presentare una mia ricetta in farmacia dopo che mi avranno ammazzato. Sarebbe troppo pericoloso per loro. E troppo pericoloso anche lasciarmi vivo dopo che ho visto quello che ho visto, anche se non ho visto nulla. Non c'è santo, devono eliminarmi”.

Comunque, ripiombato nella rassegnazione, scrisse su quel foglio la terapia scambiando qualche altra parola con il paziente.

Poi si alzò in piedi e disse: “Ho finito!”

Gli parve che il paziente accennasse un mezzo sorriso.

La solita voce alle sue spalle disse: “Dottore, devo rimetterle il cappuccio”.

“Sì, mettimi il cappuccio – pensò il dottore – ma perché? Tanto adesso mi farete la festa. A cosa serve che io possa vedere o non vedere quando tra poco sarò morto”.

Lasciò che lo incappucciassero e lo guidassero fuori dalla stanza fin dentro l'auto dove assunse la stessa posizione di prima, rovesciato sulle gambe del suo carnefice.

L'auto partì. Il dottore continuava a pensare alla moglie ed ai figli, chiedendosi se li avesse amati abbastanza e a quante difficoltà avrebbero avuto senza di lui.

L'auto continuava sempre su strade sterrate e dissestate.

È chiaro – pensava il dottore – non mi portano certo nella piazza del loro paese per eliminarmi. Mi ammazzeranno lontano da Dio e dagli uomini, poi ci penseranno i cinghiali a ripulire tutto”.

Cercò di mettersi a pregare per ottenere un po' di benevolenza dal Padreterno e con stupore si accorse di aver iniziato a mormorare, senza accorgersene, quell' "Ave Maria gratia plena, Dominus tecum..." dimenticata da decenni ma che, da bambino, aveva recitato centinaia, forse migliaia di volte senza comprenderne il significato, insieme alla sua famiglia riunita intorno al camino per il Rosario serale.

Gli si riempirono gli occhi di lacrime.

Poi attese con rassegnazione che si compisse il suo fato.

Ad un certo punto si accorse di un cambiamento nell'assetto dell'auto. Non sentiva più urti o scossoni: la macchina andava silenziosa e veloce sull'asfalto. Dopo un po' (un minuto? Un'ora? Non lo sapeva) sentì una mano che gli levava il cappuccio.

“Siamo quasi arrivati – gli disse il suo vicino – può sollevarsi”.

Sedutosi normalmente il dottore, per quanto stordito, si rese conto di trovarsi più o meno a Scala di Giocca. Dopo pochi minuti l'auto si fermò di fronte al suo ambulatorio.

I “due signori” lo aiutarono a scendere, lo rassettarono chiedendogli anche, scusandosi, se stesse bene.

Poi gli chiesero: “Quanto le dobbiamo dottore?”

“E perché? – rispose lui – io per voi non ho fatto niente. Io non vi ho mai visto. Io non vi conosco. Io oggi non mi sono mai mosso dal mio ambulatorio!”

I due insistettero a lungo, ma il dottore fu irremovibile. Niente gli era dovuto per una prestazione che non aveva mai fatto ad un paziente che non aveva mai visto. Infine i due accompagnatori si arresero, lo ringraziarono, parve al dottore sinceramente, risalirono in auto e si allontanarono.

Il dottore si era voltato dando loro le spalle: non voleva, anche senza averne l'intenzione, vedere la targa della loro auto.

Quando infine si voltò non c'era più niente e nessuno.

Poi salì sulla sua auto e se ne tornò a casa.

La moglie, che preparava la cena, gli chiese come sempre: “Com'è andato oggi il lavoro?”. “Le solite cose” rispose il dottore.

Passarono i giorni, le settimane, alcuni mesi. Ma il dottore non riusciva a dimenticare. Non si sentiva tranquillo. “Forse ci ripenseranno – pensava – e si accorgeranno di aver fatto uno sbaglio a lasciarmi vivo. E poi qui in città sarebbe anche più facile. Due colpi di pistola alle spalle, magari di notte, e via. Nessuno se ne accorgerebbe né potrebbe pensare a loro”.

Questi pensieri lo tormentavano ogni giorno e il dottore non riusciva a scacciarli.

Intanto era arrivato Dicembre. Il Natale era vicino.

Una sera, nel rientrare a casa, il dottore trovò sull'ingresso una grande cassa. “Ci sarei potuto tranquillamente stare dentro io” mi disse.

Ci guardò dentro.

C'erano due prosciutti (uno di maiale ed uno di cinghiale), una gran quantità di salsicce, salami, guanciali, formaggi. Bottiglie di vino, moscato, acquavite ed una quantità straordinaria di dolci di ogni tipo. C'era ogni ben di Dio!

“Ma chi l'ha mandata tutta questa roba?” chiese il dottore.

“Non lo so” – rispose la moglie – l'hanno portata due signori. Ho chiesto diverse volte chi la mandasse ma mi hanno sempre risposto: “Il dottore lo sa chi la manda””.

Il dottore sentì quella morsa, che gli serrava il petto da mesi, sciogliersi come neve al sole.

Sì, lo sapeva.

Graziano Demurtas è specialista in urologia.

La triste fine di una delle voci simbolo del grunge

I presagi e l'ecletticità di Superunknown capolavoro dei Soundgarden

Questo piccolo scritto inizia il 18 maggio appena trascorso, quando sullo schermo dello smartphone alcuni freddi caratteri digitali compongono una frase che annuncia la dipartita di Chris Cornell, strappando con sanguinosa violenza un pezzo all'anima di chi, come il sottoscritto, aveva passato gli anni del liceo ad ascoltare la voce tonante di Chris uscire con prepotenza dai solchi dei dischi dei Soundgarden, dei Temple of the Dog e degli Audioslave. La ridda di notizie che naturalmente ne consegue si ferma solo quando si capisce che una delle voci simbolo di quello che tutti conoscono come grunge, ha deciso di dare origine al suo eterno silenzio in maniera autonoma, calcolando ferocemente il suicidio e stringendo quell'ugola toccata dalla grazia fino a farla soffocare in un cappio, in un bagno di una camera di albergo a Detroit. Fa rabbrivire il pensiero che esattamente lo stesso giorno di 37 anni fa, un'altra grande voce rappresentativa di un'epoca, quella di Ian Curtis dei Joy Division, poneva fine alle sue note per sempre, nella stessa identica maniera.

Si può capire quindi che ascoltare al giorno d'oggi "Say hello 2 Heaven", incipit dell'unico disco dei già citati Temple of the Dog, possa creare uno strano effetto; una canzone scritta per Andy Wood, un compagno di stanza, un amico, un fratello, morto di overdose quando stava per raggiungere l'apice del successo con i Mother Love Bone, diventa anche il commovente epitaffio di una esistenza forse spinta oltre il limite di una vita definibile come normale, sempre che ci si ritenga in grado di poter definire il concetto di normalità. A maggior ragione il pensiero si perde nell'affrontare la lisergica Reach Down e quella seminale Hunger Strike dove non solo possiamo ammirare gli intrecci di due delle voci più iconiche del rock, quelle di Cornell ed Eddie Vedder, ma possiamo assistere ai primi vagiti di una delle band più importanti degli ultimi anni: i Pearl Jam, nati per l'appunto dalle macerie dei Mother Love Bone, con al microfono, per l'appunto, lo stesso Vedder.

Ma se si dovesse scegliere un apice per la vicenda artistica di Chris Cornell la scelta non può che ricadere,

di Francesco Bustio Dettori



forse banalmente, su quell'opera chiamata Superunknown, a firma Soundgarden, pietra miliare della musica alternativa dell'epoca, uscito in quel 1994 toccato dalla grazia di Euterpe, e che vide comparire sugli scaffali dei negozi album definitivi quali Vitalogy dei già citati Pearl Jam, Unplugged in New York dei Nirvana e Monster dei R.E.M..

I Soundgarden avevano già rinforzato il loro zoccolo duro di seguaci con Badmotorfinger,

dominato dalle mille spigolosità imposte dal chitarrista Kim Tahyll. Ma è appunto con il successivo Superunknown che i quattro di Seattle trovano l'alchimia perfetta fra la pesantezza dei suoni dei Black Sabbath, la carica sferzante dei Led Zeppelin e la genialità sperimentativa più psichedelica dei Beatles, creando un indovinato mix che riesce nell'incredibile impresa di entusiasmare non solo i sostenitori della prima ora, ma anche di entrare nelle orecchie e nell'animo del grande pubblico giovanile dell'epoca.

Serve chiarire immediatamente un punto: non è un disco per tutti!

Se siete abituati alle sonorità edulcorate del pop o alle vocalità alla Alessandra Amoroso o alla Modà, potete passare oltre: questa roba non fa per voi. Ma se avete bisogno di suoni duri e sghembi, trovate ritmiche inaspettate, melting pot sonori inusuali e voci capaci di perforare i timpani, allora probabilmente siete nel posto giusto. Il punto di partenza di questo viaggio all'interno di Superunknown è Let me drown, che mette subito le carte in tavola: suoni piuttosto distorti e voce che pare capace di scalare le montagne più alte in un vertiginoso crescendo sonico che marca immediatamente il passo. Le prime amare parole che si possono udire quindi in questo LP, a detta dello stesso Chris Cornell parlano dello "strisciare indietro, nel grembo materno, per poi lasciarsi morire". Molte delle liriche che potremo ascoltare in questo "viaggio" sono ispirate alla poetica di Sylvia Plath, poetessa e scrittrice statunitense, morta suicida all'età di trent'anni. La ribellione e la richiesta di libertà di My Wave portano in dote una miscellanea di suoni inaspettata e dannatamente vitale, con innesti

psichedelici che lentamente assurgono a ruolo di protagonisti indiscussi della canzone. L'oscura ballata *Fell On Black Days* pone un meraviglioso e violento freno a quello che sembrava essere un treno in corsa, ma lo fa con un oscuro candore: la voce di Cornell prima è capace di cullare per poi graffiare all'improvviso, in un continuo, perpetuo movimento, dominato da una melodia dalla bellezza stregata.

La melmosa *Mailman* ci fa arrancare in atmosfere paludose e cupe, un passo lento dominato da chitarre piuttosto pesanti che ritrovano velocità solo nella successiva *Superunknown*, una sorta di blues acido dove le chitarre ben supportano il volo libero della voce di Cornell. Nella successiva *Head Down* i Soundgarden ribadiscono di non avere fretta, il ritmo rallenta, strizzando l'occhio a sonorità indiane tanto care ai Beatles (lo stesso Chris Cornell disse: "Quando guardi veramente a fondo dentro ai Soundgarden, c'è un piccolo Ringo Starr che esce fuori").

Il sogno allucinato e apocalittico di *Black Hole Sun* occupa un posto di rilievo nella mitologia della musica rock, e nell'epoca di MTV il visionario videoclip si colloca facilmente accanto a quelli di *Smells Like Teen Spirit* dei Nirvana e di *Jeremy* dei Pearl Jam; ma non è solo la componente visiva a colpire: sono i suoni vividi ma magmatici, che si inseguono in un continuo intersecarsi di reminiscenze, un coacervo di intuizioni che porta a qualcosa di nuovo e inaspettato, fulgidamente meraviglioso e terribile.

La seguente, ritmata, *Spoonman* è una dedica sfacciatamente rock a un artista di strada di Seattle che appunto per guadagnarsi da vivere soleva creare musica suonando cucchiari (*spoonman* tradotto in inglese significa proprio uomo dei cucchiari); pare che per il titolo della canzone l'idea principale sia da attribuire al bassista dei Pearl Jam Jeff Ament.

Il successivo capitolo di questo viaggio è *LimoWreck*, dove ancora una volta il blues viene rallentato, masticato, indurito e alterato fin quasi a renderlo iriconoscibile, mentre minacciose visioni vengono dipinte come arabeschi dalla voce di Cornell, fra chitarre aspre e ringhianti. L'urlo primordiale di *The Day I Tried To Live* strologa sulla depressione, mostrando la potenza e l'intelligenza della sezione ritmica del gruppo formata da Matt Cameron (batteria) e Ben Shepherd (basso) che letteralmente guida l'intera canzone fornendo la base per le tirate lisergiche delle chitarre.

Kickstand è una fucilata punk-metal che introduce il madrigale grunge intitolato *Fresh Tendrils*, un autentico e meraviglioso manifesto di tutta la musicalità e di tutte le influenze dei Soundgarden. *4th Of July* ancora ci riporta a suoni fangosi ma estivi, dove le chitarre gonfiano la canzone senza mai farla esplodere, in un costante disegno di lucida follia, prima di cedere ancora alle tentazioni indiane di *Half* e ai sei minuti dell'inquietante *Like Suicide*, dietro al cui testo si nasconde un episodio accaduto realmente a Cornell: un giorno il cantante trovò un volatile agonizzante in una stanza della propria abitazione, e non poté far altro che porre fine alle sue sofferenze; riascoltare il brano alla luce degli ultimi avvenimenti crea un crogiuolo di sentimenti contrastanti, con cui purtroppo ci congediamo da questo album.

Gli anni 90 hanno avuto in qualche misteriosa maniera un loro suono particolare, caratteristico, ricco di sfac-

cettature, varietà, linguaggi anche molto differenti e distanti, ma uniti da un unico denominatore inafferrabile e indefinibile, quasi ci fosse una specie di urgenza comunicativa comune che impregnava le registrazioni del periodo.

Molte persone che ora vivono in tutto questo globo terracqueo si riconoscono

in quello specifico suono, e nonostante le differenze geografiche, sociali, di età, lo avvertono come familiare, un qualcosa che è insito negli animi e nelle coscienze e che parla di vicende differenti, difficoltà, dolori, speranze, gioie. I Soundgarden rappresentano senza dubbio un totem per questa generazione di musicisti e ascoltatori, e *Superunknown* è uno dei dischi più icastici di tutto il movimento underground dei primi anni '90, e guarda caso è saturo di quel suono così identificante.

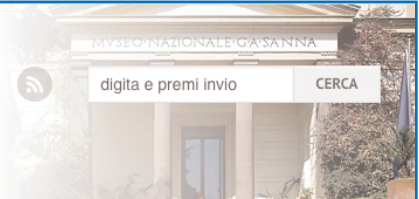
Ecco perché fa così male il suicidio di Chris Cornell, uno dei fautori principali di quest'opera: va a toccare una parte importante dell'io di chi ha affidato a quei suoni e a quella voce le frustrazioni e i dolori di una età complessa almeno quanto il periodo storico in cui la si è vissuta, un urlo strozzato in gola che affidava i suoi sentimenti alle canzoni, nella speranza a tratti vana di essere capita, ascoltata, rassicurata.

Ed è per questo che Chris Cornell era più che un semplice cantante, molto di più: era diventato una parte importante di noi che lo ascoltavamo e che continueremo ad ascoltare, magari con qualche capello bianco in più, ma grati per tutto quello che ci ha lasciato e per tutte le emozioni che ci ha permesso di vivere.



*dato espressamente non comunicato

ELENCO DEI MEDICI DISPONIBILI AD EFFETTUARE SOSTITUZIONI DI ASSISTENZA PRIMARIA E DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA ANNO 2017								
n.	Assistenza Primaria	Pediatria	Cognome e nome	Anno laurea	Indirizzo	Cap-città	Telefono	Cellulare
1	SI	NO	Aresu Leonora	2006	Via Dalmazia 21	07100 Sassari	*	320/8591160
2	SI	NO	Arru Giuseppe	2012	Via Cavour 13	07019 Villanova Monteleone	079/960578	345/3429109
3	SI	NO	Balata Francesca	2016	Via De Gasperi 4	07026 Olbia	*	328/2236370
4	SI	NO	Borto Valentina	2016	S.V. Taniga San Giacomo Medas 34/E	07100 Sassari	*	349/1064132
5	SI	NO	Calaresu Marta	2016	Via Ugo La Malfa 3/B	07100 Sassari	*	348/8223248
6	SI	NO	Calvani Giulia	2016	Via Don Minzoni 183	07041 Alghero	*	347/3425336
7	SI	NO	Canu Gianfranco	2016	Via Roma 38	07036 Sennori	*	345/5965628
8	SI	NO	Carboni Mirko	2016	Via Petronia 118	07046 Porto Torres	*	346/0146791
9	SI	NO	Contini Sabrina	2015	Via Monte Grappa 3/A	07100 Sassari	*	333/8659895
10	SI	NO	Contu Emanuele	2012	Corso G. M. Angioy 25/C	07100 Sassari	*	333/6007820
11	SI	NO	Delrio Carla	2011	Via Mores 4	07100 Sassari	*	393/1646121
12	SI	NO	Dore Caterina	2016	Via Pietro Nenni 2/26	07100 Sassari	*	347/4331768
13	SI	SI	Erre Claudia	2016	Via Prunizzedda 44	07100 Sassari	*	347/0724104
14	SI	SI	Fadda Maria	2016	Via Copenaghen 8/B	07100 Sassari	*	349/8018602
15	SI	SI	Farina Rita	2016	Via San Giacomo snc	07010 Ittireddu	*	348/2612609
16	SI	SI	Garau Paolo	2016	SS N. 291 Sassari - Fertilia 83/A	07100 Sassari	*	320/9716576
17	SI	SI	Koumari Tabrizi Esmail	2016	Via Paolo Careddu 48	07029 Tempio Pausania	*	345/2375520
18	SI	NO	Lay Gabriele Nazario	2015	Via Istria 16	07100 Sassari	*	349/4994636
19	SI	NO	Luppu Giuseppe	2016	Via Mosca 8	07100 Sassari	*	348/1019147
20	SI	NO	Mamusi Luana	2016	Via Enrico Besta 16/B	07100 Sassari	*	348/5427860
21	SI	SI	Manca Valentina	2016	Via Nulvi 23	07100 Sassari	*	340/3003478
22	SI	NO	Marcia Claudia	2016	Via Sant'Antonio da Padova 9	07017 Ploaghe	*	349/4500763
23	SI	SI	Monti Anna	2016	Via Don Minzoni 23/A	07100 Sassari	*	328/6443802
24	SI	NO	Muretti Angela Maria	2016	Viale Italia 50/B	07100 Sassari	*	340/9658327
25	SI	NO	Murtas Andrea	2016	Via Guido Sieni 2/B	07100 Sassari	*	334/8403273
26	SI	NO	Murtas Manola	2016	Via Volontè 8	07100 Sassari	*	340/6792982
27	SI	NO	Niolu Caterina	2016	Via Sassari 130	07041 Alghero	*	347/3472669
28	SI	SI	Nudda Stefania	2016	Via Segni snc	07011 Bono	*	347/6825146
29	SI	NO	Orunesu Antonella	2015	Via Copenaghen 8/B	07100 Sassari	*	349/5909742
30	SI	NO	Pazzola Rita	2016	Via Cambosu 8	07037 Sorso	*	349/5631952
31	SI	SI	Pelle Francesco	2016	Via Salvatore Dau 7	07100 Sassari	*	328/4630276
32	SI	NO	Piana Gian Quirico	2016	Loc. Imbriga 1	07035 Sedini	*	366/4096340
33	SI	NO	Pinna Virginia	2011	*	07100 Sassari	*	345/1547890
34	SI	NO	Pintus Lorenzo	2016	Via F.lli Kennedy 16	07036 Sennori	079/361125	345/6083355
35	SI	NO	Piras Grimaldi Giada	2016	Via Tempio 29	07100 Sassari	*	349/1897076
36	SI	NO	Piredda Claudia Maria	2016	Via Madrid 12	07023 Calangianus	*	342/0040476
37	SI	NO	Pittui Eleonora	2016	Via Grazia Deledda 17	07040 Codrongianos	*	340/0954021
38	SI	SI	Raghitta Melania Mattia	2016	Via Barone Mannu 1	07014 Ozieri	079/786546	348/8853136
39	SI	SI	Sanna Antonio	2016	Via Gramsci 100	08100 Nuoro	*	349/2180166
40	SI	NO	Sanna Carlo	2016	Via San Pietro d'Ottava 55	07100 Sassari	*	347/5052661
41	SI	SI	Sanna Elisa	2016	Via F.lli Stangoni 35	07039 Valledoria	*	347/1530718
42	SI	NO	Sanna Stefano	2016	Via San Pietro d'Ottava 55	07100 Sassari	079/397435	347/5052764
43	SI	NO	Sarobba Maria Paola	2016	Via Pietro Nenni 43	07014 Ozieri	017/352583	340/4170479
44	SI	SI	Solinas Chiara	2016	Via Matteotti 11/A	07027 Oschiri	*	349/1752717
45	SI	NO	Sotgiu Federica	2016	Loc. S. Margherita snc	07017 Ploaghe	*	345/4128597
46	SI	SI	Stangoni Daniela	2016	Via Copenaghen 16	07100 Sassari	*	349/5707455
47	SI	NO	Tanda Gianluigi	2016	Piazza Carmine 21	08013 Bosa	*	349/0665811
48	SI	SI	Tedde Matteo	2016	Via Lago di Baratz 13	07100 Sassari	079/250814	347/3927026
49	SI	NO	Tomassini Giulia	2016	Via Rolando 11	07100 Sassari	079/200228	349/7389722



E.C.M.

Educazione Continua in Medicina

PROGRAMMA NAZIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA DEGLI OPERATORI DELLA SANITÀ



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

Essere sempre aggiornato sulla formazione proposta dall'Ordine
e iscriverti online ai corsi di aggiornamento ECM, Convegni e Seminari

Scaricare la modulistica con un solo click
Accedere alla anagrafica degli iscritti

Contattare il Presidente dell'Ordine, il Presidente della CAO
e tutti i dipendenti degli Uffici dell'Ordine tramite e-mail

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

CONSULTA COSTANTEMENTE IL SITO DELL'ORDINE

www.omceoss.org

Canale istituzionale di informazione

Nella Home Page troverai le notizie di maggiore interesse per la categoria
Entra nell'Area riservata presente nel sito utilizzando
le Tue credenziali di accesso.

Consulta anche tu il sito
www.omceoss.org