

# SASSARI MEDICA



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

Anno XXII - Febbraio 2013 - n. 1

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003 (convertito in L. 27/02/04 n. 46) Art. 1 comma 2 DCB Sassari



In copertina "Il porto di Alghero" - Tempera su cartone di Mario Soma. Le immagini di Alghero che illustrano le pagine interne sono di Battista Enna e Francesco Bustio Dettori. Le vignette di Carlo Marcello Acciaro

**Direttore Responsabile** Agostino Sussarellu  
**Direttore Editoriale** Agostino Sussarellu  
**Redattori** Giovanni Biddau, Paolo Castiglia, Monica Derosas, Carla Fundoni, Antonio Pinna.  
**Addetto stampa** Marian Antonietta Izza

Hanno collaborato a questo numero Marian Antonietta Izza, Nicola Addis, Giancarlo Bazzoni, Luisa Destefanis, Rita Nonnis, Carlo Azzena, Giovanna Rau, Francesco Bustio Dettori, Giovanni Sotgiu  
Redazione Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Sassari - Via Cavour n°71/B - 07100 Sassari - Tel. 079/234430  
telefax. 079/232228

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

**Proprietà:** Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari.  
Realizzazione editoriale: Tipografia TAS  
Zona Industriale Predda Niedda sud - strada n° 10  
07100 Sassari.

Bollettino ufficiale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Sassari  
Anno XXII Numero 01 - Febbraio 2013

## SASSARI MEDICA

### Consiglio Direttivo 2012/2014

**Presidente** Sussarellu Agostino  
**Vicepresidente** Nonnis Rita  
**Segretario** Biddau Giovanni  
**Tesoriere** Addis Nicola  
**Consiglieri**

- Arru Alessandro
- Bellu Piero Luigi
- Castiglia Paolo Giuseppino
- Cherchi Maria Grazia
- Delogu Pierluigi (odontoiatra)
- Delpini Alberto Ettore
- Derosas Monica
- Farina Gabriele
- Fundoni Carla
- Pinna Antonio (odontoiatra)
- Sanna Nicolino
- Scanu Francesco Pio
- Virgona Patrizia Anna

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

**Presidente** Delogu Pierluigi  
**Componenti**  
• Azzena Carlo  
• Bortone Antonella  
• Destefanis Luisa  
• Pinna Antonio

**Collegio Revisori dei Conti**  
**Presidente** Bazzoni Giancarlo  
**Revisori**

- Grondona Natalia Marta C.
  - Marchisio Leila Maria
- Revisore Supplente** Bardino Pasqualina



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

Via Cavour n° 71/b - 07100 Sassari

**Telefono** 079-234430

**Fax** 079-232228

**Sito Internet**

<http://www.omceoss.org>

**@Email@**

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

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

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

### **Orari di apertura al pubblico**

Lunedì: 11:00 – 13:00

Martedì: 11:00 – 13:00 e 15:00 – 17:00

Mercoledì: 11:00 – 13:00

Giovedì: 11:00 – 15:30

Venerdì: 11:00 – 13:00

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

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

## IN QUESTO NUMERO

### EDITORIALI DEI PRESIDENTI

- |   |        |   |
|---|--------|---|
| - 1/Pubblicità dell'informazione sanitaria non pubblicità promozionale! | Pagina | 5 |
| - 2/Con la prevenzione si diffonde anche la cultura della salute        |        | 7 |

### OMCeOSS/ITA DELL'ORDINE

- |  |  |    |
|--|--|----|
| - Bilancio di previsione 2013  |  | 9  |
| - La mediazione civile: dirimere controversie e ridurre il contenzioso giudiziario               |  | 11 |
| - Antonio Dessanti, una vita per i bambini di tutto il mondo ma sempre con la Sardegna nel cuore |  | 13 |
| - Giovanni Massarelli, il viatico e l'insegnamento di un maestro                                 |  | 15 |
| - Antonio Sechi medico d'altri tempi   |  | 19 |

### ODONTOIATRIA

- |   |  |    |
|---|--|----|
| - Ricominciamo da tre, prevenzione nelle scuole di carie e malocclusioni      |  | 20 |
| - La figura dell'igienista dentale garanzia di competenza e qualità           |  | 22 |
| - Progetto ANDI young: sostenere i giovani che si affacciano alla professione |  | 24 |

### SPAZIO/GIOVANI

- |   |  |    |
|---|--|----|
| - Fabbisogno di futuri specialisti e impatto occupazionale per i medici |  | 26 |
|---|--|----|

### APPROFONDIMENTI

- |   |  |    |
|---|--|----|
| - Tubercolosi/I nuovi "Standards care": guida per il management clinico |  | 29 |
| - L'agopuntura auricolare e i suoi effetti antinfiammatori e analgesici |  | 32 |
| - Proprietà terapeutiche delle piante officinali: ortica e malva        |  | 34 |

### INIZIATIVE

- |  |  |    |
|--|--|----|
| - Malattie della povertà: piaga attuale e diritto alla salute negato             |  | 36 |
| - La FEDER S.P.E.V. da 50 anni al servizio dei colleghi pensionati               |  | 38 |
| - Istituito un corso di alta formazione in agopuntura auricolare clinica         |  | 39 |
| - In attesa di un hospice nel Nord Sardegna per l'assistenza ai malati terminali |  | 41 |
| - Appello ai medici di medicina generale: "C'è un riferimento per la sarcoidosi" |  | 42 |
| - Umanizzazione in oncologia un modo nuovo per vivere la cura                    |  | 43 |

### CONVEGNI&CONGRESSI

- |  |  |    |
|--|--|----|
| - Abusi sui minori e violenze contro le donne. Odontoiatri. Pubblicità sanitaria |  | 44 |
|--|--|----|

### NOTIZIARIO/CAO E FNOMCeO

- |   |  |    |
|---|--|----|
| - Sindrome di Hikikomori: dipendenza da web |  | 45 |
|---|--|----|

### PREVIDENZA

- |  |  |    |
|--|--|----|
| - La riforma delle pensioni Enpam con i requisiti del decreto "Salva Italia" |  | 51 |
|--|--|----|

### NEWS

- |  |  |    |
|--|--|----|
|  |  | 54 |
|--|--|----|

### OLTRE LA MEDICINA

- |  |  |    |
|--|--|----|
| - "Galeotto fu il collier" su quel ramo del lago di Como   |  | 57 |
| - "E poi? ... Chiara lo sa"                                |  | 59 |
| - Premiata Forneria Marconi il rock in un minuto di storia |  | 60 |
| - Florilegio/Carlo Marcello Acciaro e le sue vignette      |  | 62 |
| - Bachecca/Annunci   |  | 63 |
| - Elenco dei medici disponibili                            |  | 64 |

## Indicazioni redazionali

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

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

**Il testo** recherà un titolo e un sottotitolo (brevi), finalizzati a stimolare l'attenzione del lettore; dovrà essere suddiviso in paragrafi e riportare un breve sunto di massimo 10 righe, illustrante il contenuto. Eventuali acronimi dovranno essere esplicitati per esteso. La bibliografia sarà consultabile solo tramite indirizzo e-mail di riferimento. Per le relazioni scientifiche realizzate presso istituti, laboratori, centri, strutture pubbliche o private sarà indispensabile comunicare le generalità dei rispettivi direttori responsabili.

**Foto, grafici, tabelle**, ad alta definizione, comprensive di relative didascalie, non dovranno superare le 10 unità; saranno prodotte in maniera separata dal testo, con numerazione progressiva e precise indicazioni sugli inserimenti.

### **Pubblicazione e proprietà**

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

### **Estratti e copie**

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

### **Pagine libere**

È prevista una sezione particolare, denominata "*pagine libere*", che raccoglie: lettere al Presidente, notizie su congressi e avvenimenti di collegiale interesse, attività culturali varie, presentazione lavori letterari, attività di carattere musicale, artistico, sportivo, annunci vari riguardanti la professione medica. Per tutte le suaccennate comunicazioni valgono le stesse indicazioni redazionali esposte precedentemente.

Liberalizzazione, responsabilità e obblighi di vigilanza

## Pubblicità dell'informazione sanitaria non pubblicità promozionale!

**A**nni fa, la legge 175, finalizzata a disciplinare la pubblicità in ambito sanitario, imponeva rigidissime limitazioni a chi intendeva far conoscere la propria attività. Ricordo la richiesta che un collega radiologo ci presentò per apporre sulla targa la dicitura "Ambulatorio di ecografia": l'Ordine fu costretto a negare l'autorizzazione perché la norma imponeva che il sanitario potesse indicare solo ed esclusivamente la specificazione esatta della specializzazione. Questo è solo uno dei tanti episodi legati alla pubblicità. La suddetta legge inoltre imponeva delle sanzioni che talvolta rasentavano il ridicolo; per fare un esempio, era prevista una sospensione

di Agostino Sussarellu



dall'Ordine, non inferiore a tre mesi, per chi non indicava sulla targa il numero dell'autorizzazione comunale, o esprimeva una targa di dimensioni superiori ai limiti stabiliti. Più volte il nostro Ordine, insieme a tanti altri, si è fatto portatore della richiesta di modificare questa legge assurda e antiquata. La modifica è arrivata col decreto Bersani, liberalizzando finalmente la possibilità, anche per i medici, di pubblicizzare l'informazione sanitaria (D.L. n°223 4 luglio 2006, art. 2). Di conseguenza, la FNOMCeO ha provveduto non solo a modificare gli articoli del Codice Deontologico, ma addirittura ad implementarlo con apposite linee guida poste in appendice.



Alghero porto. Banchina sanità

Recentemente l'argomento è stato chiarito ancora meglio dal decreto del Presidente della Repubblica del 7 agosto 2012, n° 137, art. 4: "Libera concorrenza e pubblicità informativa".

"È ammessa con ogni mezzo la pubblicità informativa avente ad oggetto l'attività delle professioni regolamentate, le specializzazioni, i titoli posseduti attinenti alla professione, la struttura dello studio professionale e i compensi richiesti per le prestazioni. La pubblicità informativa di cui al comma 1 deve essere funzionale all'oggetto, veritiera e corretta, non deve violare l'obbligo del segreto professionale e non deve essere equivoca, ingannevole o denigratoria. La violazione delle disposizioni di cui al comma 2 costituisce illecito disciplinare, oltre a integrare una violazione delle disposizioni di cui ai decreti legislativi 6 settembre 2005, n° 206, e 2 agosto 2007, n° 145."

Questo significa che gli articoli 55 – 56 – 57 del Codice di Deontologia Medica sono alla base di qualsiasi informazione in materia sanitaria, e che il discostarsi dal loro contenuto è una violazione deontologica sanzionabile. L'aver eliminato l'obbligo di richiedere l'autorizzazione all'Ordine per chi voglia effettuare informazione sanitaria, non fa venir meno, ma semmai aumenta, la responsabilità di colui che intende divulgare dei messaggi. Chi svolge una professione intellettuale come la nostra e ritenga di avere la capacità di valutare da solo la correttezza della pubblicità informativa che intende attuare,

dev'essere consapevole delle conseguenze derivanti dal discostarsi dalle norme; liberalizzazione, in questo caso, fa rima con responsabilizzazione. I poteri degli ordini, e gli obblighi di vigilanza, non sono stati ridotti dalle nuove norme, ma addirittura aumentati: a noi spetta, infatti, verificare la trasparenza, la veridicità e il decoro del messaggio.

Se qualcuno ha dei dubbi su ciò che intende divulgare, è bene che chieda un parere preventivo all'Ordine; il gruppo di lavoro, istituito all'interno del Consiglio Direttivo, verificherà la veridicità del messaggio, la trasparenza e il decoro, darà quindi un parere positivo se tutto sarà in regola, altrimenti indicherà i correttivi necessari.

Sicuramente alcuni colleghi hanno frainteso il concetto di liberalizzazione dell'informazione sanitaria, interpretandolo come possibilità di fare vera e propria pubblicità promozionale, e hanno pensato di poter trasformare la nostra professione in un prodotto commerciale da vendere e, purtroppo, talvolta da svendere sul mercato.

Sarebbe anche imbarazzante fare degli esempi di quanto tutti noi abbiamo visto su molte, troppe pagine dei quotidiani locali o regionali, perciò preferisco sorvolare.

Concludo questa mia riflessione rivolgendo un invito a tutti i colleghi, affinché si attengano a quelle regole, magari non scritte, che impongono a chi esercita un'attività intellettuale, di mantenere un decoro degno della propria professione.



Alghero. Capo Caccia

Educare prima e poi... curare

## Con la prevenzione si diffonde anche la cultura della salute

Il ruolo del medico/odontoiatra, secondo il sentire comune, dovrebbe essere quello di un professionista dedito a curare le persone, alleviandone dolori o guarendone le malattie; un operatore cioè che svolge la propria attività compiendo atti diagnostici e terapeutici.

Questo è solo in parte vero. La funzione principale dell'attività medica è quella di diffondere una cultura della salute attraverso la prevenzione e l'educazione agli stili di vita corretti. Egli inoltre "deve" dialogare con la gente e fare opera di informazione sui percorsi sanitari che portano l'individuo a mantenere il più a lungo possibile il proprio stato di salute. Il "deve" non è casuale od opzionale, ma è un obbligo deontologico con diversi richiami negli articoli del codice etico professionale. Infatti, per esempio, si richiede al medico la massima attenzione alla tutela dell'ambiente nell'interesse della salute pubblica.

Questa grande attenzione alla formazione di una "cultura della salute" nei cittadini è stato l'elemento determinante per attuare il piano di screening nelle scuole dell'infanzia per tutti i bambini della provincia di Sassari, promosso dall'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri, attraverso il coordinamento della Commissione Odontoiatri e l'opera volontaria di numerosissimi colleghi iscritti all'albo della provincia. In questo modo, a partire dai bambini di tre anni, si svolge la funzione di educazione alla salute orale e si pone l'attenzione sull'importanza di questo aspetto in modo serio e costruttivo.

Sempre con finalità educative, il Ministero della salute ha pubblicato, dal 2008 ad oggi, delle linee guida (le ultime sulla prevenzione dei traumi dentari

di Pierluigi Delogu



sono del dicembre 2012) sulla prevenzione delle patologie orali, perseguendo l'obiettivo di formare i colleghi e divulgare attraverso la loro opera, e comunicazione ai pazienti, le evidenze scientifiche volte al miglioramento del livello di salute in odontoiatria.

Sempre con questi propositi, per diffondere una cultura sanitaria odontoiatrica aggiornata, matura e volta alla salute dei cittadini, la CAO di Sassari ha intrapreso un percorso finalizzato a

proporre alla ASL l'organizzazione di un servizio di assistenza odontoiatrica continuativa nell'arco della settimana. Non voglio usare il termine di "pronto soccorso" perché tale servizio non può e non deve essere assimilato al pronto soccorso ospedaliero che prevede dei codici di accesso: Rosso = rischio vita, Arancione = paziente grave, Verde etc..

Nel caso dell'odontoiatria (esclusi i traumi del massiccio facciale che seguono l'iter normale) si può parlare solo di codici bianchi e cioè patologie che possono essere valutate e trattate anche dopo diverse ore. Pertanto, è necessario che si assicuri una possibilità di intervento per chi ha "mal di denti" anche nei giorni festivi, e durante le vacanze estive, ma senza l'obbligo di una attività 24 ore su 24. Questo è il servizio che necessita attivare, per i problemi odontoiatrici, ed è ciò che si deve spiegare ai cittadini per educarli anche alle migliori modalità di accesso alle cure.

Così otterremo un duplice risultato: evitare che si debba ricorrere a un intervento, per urgenza odontoiatrica, durante le ore notturne ed evitare di avere un cittadino insoddisfatto perché non ha ottenuto una soluzione immediata del problema visto che trattasi di codice bianco.

*Il consiglio direttivo, la commissione odontoiatri, i revisori dei conti dell'Ordine esprimono le più sentite condoglianze ai familiari dei cari colleghi che ci hanno lasciato.*

Dottore/Dottoressa	Nato/a il	Residente a	Data di cancellazione dall'albo
Bacciu Pietro Paolo	27/11/1941	Sassari	26/11/2012
Bamonti Massimo Nunzio	27/11/1949	Alghero	14/02/2012
Bonti Maria Rosaria Giovanna	21/07/1948	Sassari	05/09/2012
Cabras Pier Giovanni	04/09/1927	Alghero	25/07/2012
Cadau Rita	08/01/1966	Sassari	14/02/2012
Deledda Mario Romano	25/03/1966	Sassari	13/65/2012
Delogu Antonio Fausto	20/06/1922	Bonorva	19/02/2012
Flore Bruno	03/02/1930	Sassari	05/03/2012
Gandolfo Leonardo	18/10/1953	Sassari	01/09/2012
Gatta Remo	27/10/1925	Sassari	07/04/2012
La Manna Pietro Arturo	08/08/1931	Alghero	26/10/2012
Marras Carlo Gabriele	06/03/1957	Sassari	30/08/2012
Mura Giovanni	22/07/1922	Sassari	29/02/2012
Muzzu Giovanni	08/07/1926	Sassari	08/05/2012
Oppes Mariuccia	14/05/1948	Padru	06/11/2012
Plaisant Giampaolo	10/02/1930	Alghero	21/11/2012
Riggio Vita	28/11/1953	Sassari	01/02/2012
Sanna Giovanni Andrea	24/07/1925	Alghero	21/04/2012
Secci Michele Agostino Giacinto	10/07/1957	La Maddalena	13/09/2012
Sechi Antonio	04/09/1926	Alghero	10/05/2012
Solinas Giovanni	29/10/1932	Alghero	18/09/2012
Tucconi Susi	15/03/1971	Olbia	03/08/2012



Alghero. Torre e bastione della Magdalena

Approvato il bilancio di previsione 2013

## Una sede più ampia e più attenzione all'informazione e alle iniziative culturali

Il 18 dicembre scorso l'assemblea ordinaria annuale ha approvato il bilancio di previsione per l'esercizio finanziario del 2013, già approvato all'unanimità dal consiglio direttivo dell'ordine nella seduta del 27 novembre.

Nel corso dell'assemblea è stata ribadita, innanzitutto, l'importanza del bilancio di previsione "strumento attraverso il quale si rende attuabile la programmazione delle attività dell'ordine per l'anno successivo", predisposto nel rispetto del regolamento per l'amministrazione e la contabilità dell'Ordine e delle norme che regolano la contabilità dello Stato e degli enti pubblici.

Purtroppo, si è registrata ancora una volta la scarsa presenza all'assemblea dei nostri colleghi, che auspicavamo più numerosa.

Riassumendo i punti principali e le linee programmatiche del bilancio del 2013, tra le spese correnti, si evidenziano le spese previste per le iniziative culturali, significativamente incrementate rispetto allo scorso anno. Questo perchè l'Ordine vuole dare un contributo concreto agli iscritti, sostenendo maggiormente la formazione e il confronto fra gli stessi. Pertanto, si è deciso di continuare e migliorare le iniziative e i corsi sull'esempio di quanto fatto nel 2012.

Nel 2013 abbiamo previsto un aumento delle spese per la realizzazione del Bollettino, che ha assunto una nuova veste grafica, più moderna, fattore che richiede un maggiore impegno economico. Il nostro obiettivo sarebbe passare dalla versione cartacea a quella informatica, ma è necessario avere tutti gli indirizzi mail degli iscritti. In proposito rimarchiamo che, nonostante l'Ordine abbia messo a disposizione un indirizzo gratuito di posta certificata,

di Nicola Addis



molti iscritti non hanno provveduto al ritiro dello stesso nella sede dell'ordine, e tanti, pur avendolo ritirato, non lo hanno attivato. Con l'utilizzo della posta elettronica si avrebbe un notevole risparmio delle spese di spedizione, ma soprattutto la possibilità di comunicare immediatamente con gli iscritti.

Nella previsione delle spese abbiamo un aumento per la consulenza legale: si è registrata una crescita dei contenziosi legali, che in qualche occasione hanno suscitato perplessità, in quanto destinati a sicura sconfitta dei proponenti. Sono aumentate anche le spese per le pulizie degli uffici, ma questo perchè sarà necessario pulire anche il nuovo appartamento. Fra le spese correnti, al capitolo 8, si segnala l'istituzione di un nuovo articolo denominato "spese di comunicazione", a cui è stata dedicata una spesa simbolica: è il segno della volontà di informare non solo gli iscritti ma anche i cittadini, perchè è bene ricordare che la principale "mission" dell'Ordine è quella della promozione e salvaguardia della salute.

In riferimento a quest'ultimo, le spese previste nel 2013 sono inferiori rispetto al 2012, in particolare le spese relative agli articoli alla ristrutturazione a agli impianti, perchè il nuovo appartamento è ormai ristrutturato.

È invece superiore la somma stanziata alla voce "arredi", in quanto il nuovo appartamento dovrà essere dotato di tutto il necessario per renderlo operativo e fruibile agli iscritti.

Il nuovo appartamento merita un breve approfondimento: è indubbio che il suo acquisto sia stato un enorme vantaggio per l'Ordine, la cui sede, fra l'altro, acquisisce maggior valore. Infatti, avere a dis-

posizione un intero piano per le attività è molto importante, permette di programmare il futuro con una sede che sarà adeguata e sufficiente ancora per tanti anni, senza dover essere costretti a separare in futuro le attività, cercando una sede separata. Ma soprattutto è importante che si sia ampliata la casa degli iscritti. Ci saranno a disposizione ampi e moderni spazi per la biblioteca, la sala multimediale, sala per corsi e incontri. Questo permetterà di migliorare la crescita e il confronto fra colleghi, per avvicinare sempre più l'Ordine ai suoi iscritti e alle loro esigenze. Ora si provvederà agli arredi e alle dotazioni tecniche, sperando di poter inaugurare il nuovo appartamento e renderlo fruibile al più presto.

Per quanto riguarda il rapporto dei Revisori dei conti, stilato con accuratezza dai colleghi Giancarlo Bazzoni, Natalia Grondona e Leila Marchisio, il collegio "dà il proprio assenso agli stanziamenti e rileva che la maggior parte delle spese correnti sono state previste in misura quasi analoga a quelle del precedente esercizio, comprese le spese relative al personale, il cui contratto collettivo, seppur scaduto non è stato rinnovato, e le stesse sono ritenute legittime e congrue; allo stesso modo sono ritenuti congrui anche quegli stanziamenti che hanno subito una variazione in aumento rispetto al preventivo del 2012, e precisamente gli stanziamenti previsti per il periodico Sassari Medica, per la consulenza legale, per altre prestazioni professionali e per le pulizie, per le motivazioni illustrate dal tesoriere.



Per quanto riguarda le spese in conto capitale, come sottolineato dal tesoriere, si porta l'attenzione sugli stanziamenti di quegli articoli che in qualche modo sono collegati al nuovo appartamento e quindi quelli per la ristrutturazione, gli impianti e l'arredamento. Infatti la ristrutturazione dell'appartamento è quasi giunta al termine; pertanto nel nuovo anno si provvederà all'acquisto dell'arredamento necessario. Alla fine dell'esame delle singole voci di bilancio e dei relativi stanziamenti, il collegio ha espresso la propria valutazione positiva al bilancio di previsione del 2013. Nel corso della discussione, i colleghi hanno sottolineato l'approvazione del bilancio, rimarcando l'importanza del nuovo appartamento e degli scopi a cui è destinato.

Sono state condivise anche le scelte in merito ai maggiori investimenti previsti per la formazione e l'informazione degli iscritti. Copia del bilancio è a disposizione degli iscritti negli uffici dell'Ordine.



Alghero. Scogliera a sud delle mura

Un'opportunità preziosa anche per gli iscritti all'Ordine

## La mediazione civile: dirimere controversie e ridurre il contenzioso giudiziario

L'introduzione della mediazione civile come strumento per risolvere le controversie ha suscitato grandi aspettative. Il decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 è stato approvato sotto la spinta dell'Unione Europea, che dal 2008 chiedeva all'Italia di prevedere un istituto che da tempo funziona in altri paesi con risultati molto incoraggianti. Il nostro governo, andando addirittura oltre le richieste fatte da Bruxelles, ha stabilito che il tentativo di mediazione sia un obbligo: è un po' come costringere i cittadini a difendere davvero i propri interessi, ma questa volta con il dialogo e non con interminabili cause civili (che potrebbero così ridursi drasticamente in numero e durata). Semplice, vero? Forse troppo: pare, infatti, che il decreto sia andato oltre, tanto da indurre la Corte Costituzionale a dichiarare incostituzionale quella parte della norma che prevedeva l'obbligatorietà della mediazione (sentenza del 24 ottobre 2012) e tutto questo per "eccesso di delega": il principio, lecito nella sostanza, andava previsto nella legge da cui deriva il decreto legislativo... Non possiamo entrare, è ovvio, nel merito della sentenza, ma non si può negare che questo epilogo abbia il sapore di una beffa tanto più amara in quanto rischia di rendere sterile un'innovazione che sarebbe, invece, sufficiente a portare una ventata di ossigeno in una materia, il processo civile, che langue in una palude di lentezze e di inefficienze esasperanti.

Ma che cos'è, in definitiva, questa mediazione civile così auspicata da alcuni e altrettanto avversata da altri?

Per dirla in due parole si tratta di "una procedura pacifica, volontaria e cooperativa di risoluzione dei conflitti in cui una terza persona imparziale, il me-

di Giovanni Biddau



diatore, assiste le parti in conflitto facilitandone la comunicazione, guidando la loro negoziazione, facendone affiorare gli interessi e orientandole verso la ricerca di accordi reciprocamente soddisfacenti".

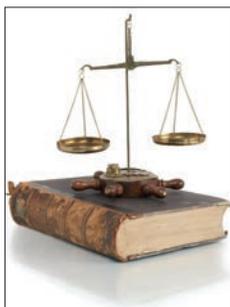
Il mediatore non è un giudice in sedicesimo, non ha il compito di assegnare torti o ragioni a nessuno, ma si limita semplicemente a favorire il dialogo e a far emergere gli interessi veri delle parti, nel tentativo di comporre

controversie destinate, altrimenti, a concludersi davanti a un giudice e con una sentenza che, pur rispettosa dei diritti, non sempre soddisfa i reali interessi.

Un bel salto in avanti per una società cavillosa come la nostra, dove ad ogni minimo errore, vero o presunto, si tende a ricorrere all'avvocato e dove il modo più conosciuto per far valere le proprie ragioni è la carta bollata. La mediazione civile aiuta il cittadino a cercare le soluzioni in luoghi che non siano solo le aule di tribunale ma che possono essere, per esempio, gli ordini professionali, tra cui l'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri: la legge ci dà appunto la possibilità di costituire un organismo di mediazione dove possono operare varie figure professionali (avvocati, medici, psicologi etc.) al servizio di tutti i cittadini che cerchino un aiuto qualificato per la risoluzione dei conflitti (nel nostro caso quelli legati ai rapporti tra medico e paziente e tra medico e altri operatori sanitari). Agli Ordini viene data una opportunità preziosa di agire a vantaggio dei propri iscritti e di tutta la comunità, un'occasione da non perdere se vogliamo che si inverta la pericolosa deriva a cui stiamo assistendo in tema, per esempio, di medicina difensiva.

A questo punto nasce il dubbio se continuare a credere nella mediazione, investendovi risorse e idee, oppure appiattirci sulla desolante realtà odierna: noi crediamo non solo che valga la pena di andare avanti ma che sia necessario impegnarsi per diffonderla e utilizzarla il più possibile, a maggior ragione adesso che sembrano prevalere coloro che vorrebbero limitarne la portata.

L'Ordine di Sassari sta già facendo la sua parte con una serie di eventi formativi, che sono stati anche



occasione di confronto con numerosi colleghi e che verranno replicati nel corso di quest'anno; da questi incontri è venuto anche l'impulso a formare un organismo di mediazione al servizio della sanità sarda e della cittadinanza, segno concreto della volontà di non tornare più indietro sulla strada intrapresa con il decreto legislativo n. 28, ma di ribadirne lo spirito, approntando

una nuova norma che abbia una delega piena e inoppugnabile.



Alghero. Centro storico. Palazzo vescovile, teatro civico e campanile di Santa Maria

La straordinaria carriera di Antonio Dessanti

## Una vita per i bambini di tutto il mondo ma sempre con la Sardegna nel cuore

**S**i può fare il medico o essere un medico. La differenza? Svolgere una professione, anche con dedizione, oppure dedicare la propria vita, con passione ed emozione, alla medicina, cercando sempre di migliorare le proprie conoscenze e combattendo per poter aiutare ogni giorno di più i malati, come il professor Antonio "Ninni" Dessanti, chirurgo pediatrico di fama internazionale, artefice della creazione del reparto di chirurgia pediatrica presso le cliniche universitarie di Sassari, per l'istituzione del quale ha battagliato per tanti anni, sino a riuscirci nel 2007, pochi anni prima di andare in pensione.

La prestigiosa carriera di Antonio Dessanti, dopo la laurea a Sassari nel 1971 e le specializzazioni in chirurgia generale a Parma e in chirurgia pediatrica a Padova, inizia nel 1972 presso la chirurgia pediatrica dell'Ospedale Maggiore di Parma. Continua poi a Brescia presso l'Ospedale dei Bambini Umberto I, uno dei più antichi e pre-



Antonio Dessanti

stigiosi ospedali pediatrici d'Italia, dove dal 1978 è assistente, e dal 1981 sino al 1991 è aiuto del professor Guido Caccia, direttore nell'Istituto di chirurgia pediatrica dell'università di Brescia.

"In realtà il mio ritorno a Sassari è stato casuale. Ogni giorno a Brescia erano ricoverati un paio di bambini sardi. Fra questi, nel 1990, venne ricoverato e poi operato il nipote di un senatore sardo che, in quanto toccato in prima persona dal problema, si rese conto delle difficoltà che dovevano affrontare le famiglie sarde per la carenza di strutture di chirurgia pediatrica nell'Isola. Fu lui a propormi di rientrare in Sardegna e avviare un reparto di chirurgia

pediatrica a Sassari, anche perché nell'allora Piano Sanitario Regionale era previsto proprio a Sassari un reparto con 15 posti". La prospettiva era interessante: per un medico come Antonio Dessanti lavorare per creare una struttura di chirurgia pediatrica a Sassari era una scommessa irrinunciabile e così partecipò al concorso e lo vinse. Il 1° aprile del 1991 prese servizio come aiuto di chirurgia pediatrica e responsabile delle Attività di Chirurgia Pediatrica e del modulo funzionale "Diagnostica ambulatoriale di Chirurgia Pediatrica", presso la clinica chirurgica dell'università di Sassari.

Sarà forse stata premonitrice la data di assunzione, il 1° aprile, giorno degli scherzi, ma del nuovo reparto di chirurgia pediatrica non se ne parlerà, a livello decisionale, per tanti, troppi anni. Il professor Dessanti però ha continuato a battersi ogni giorno per dotare il territorio di questa struttura importantissima. "Purtroppo ho riscontrato tanta, troppa miopia politica e programmatica, la stessa che ha frenato la crescita e lo sviluppo, in questo territorio, di molte altre strutture chirurgiche specialistiche".

Si sono dovuti aspettare 16 lunghi anni. Infatti solo nel novembre 2007, l'allora direttore generale dell'AOU di Sassari, Gianni Cherchi, ha deliberato di istituire il reparto di chirurgia pediatrica, che purtroppo è stato inaugurato dopo la sua morte. "A Cherchi andrà sempre il mio più sentito ringraziamento", ricorda il professor Dessanti.

Nei 16 anni di attesa, il professor Dessanti ha lavorato, ha studiato e formato una nuova generazione di medici. "In tutti quei lunghi anni, in cui sono sempre stato "reperibile", un aiuto importante l'ho avuto da Marco Iannucelli, insostituibile collaboratore. Un altro sostegno fondamentale l'ho ricevuto dai colleghi della neonatologia, diretta da Angelo Dore, a cui sarò sempre grato".

L'attività di ricerca è stata possibile soprattutto

grazie alla collaborazione con la clinica chirurgica veterinaria (Eraldo Sanna Passino) e con l'anatomia patologica (Gianni Massarelli).

L'attività di ricerca di Dessanti è talmente vasta che è impossibile riassumerla: è documentata da oltre 270 lavori scientifici, molti dei quali pubblicati in libri e riviste mediche internazionali. I suoi campi di ricerca hanno interessato soprattutto le patologie malformative epatobiliari, tumori epatici, trapianto epatico, patologie malformative genito urinarie, e alcuni argomenti di gastroenterologia clinica e sperimentale. È autore di tecniche chirurgiche originali e sperimentali, come: "Uretroplastica con impianto libero di mucosa labiale per la correzione dell'ipospadia"; "Modifica alla tecnica Kimura – Soper di allungamento multistadio dell'esofago nell'atresia dell'esofago"; "Ricostruzione del piloro atresico"; "Orchidopessi mediante allungamento progressivo dei vasi spermatici ultracorti"; "Ricostruzione sperimentale dell'esofago toracico mediante interposizione di tubulo gastrico, pedunculato sui vasi epigastrici"; "Ricostruzione delle vie biliari extraepatiche mediante interposizione di tubulo gastrico pedunculato". Nell'ambito della ricerca sulle patologie epatiche, si è in particolare interessato alla "Atresia delle vie biliari extraepatiche". Per questo scopo, nel 1985 e per un periodo di circa 6 mesi, ha frequentato la chirurgia pediatrica della Tohoku University di Sendai (Giappone), diretta dal professor Morio Kasai, inventore del trattamento chirurgico di questa malformazione che porta il suo nome. Nell'ambito delle patologie malformative epatiche il secondo argomento di studio di Antonio Dessanti sono state le "dilatazioni congenite delle vie biliari extraepatiche", per le quali, assieme al suo maestro, Guido Caccia, ha messo a punto una nuova tecnica di asportazione radicale delle vie biliari extraepatiche congenitamente dilatate. Da metà degli anni '80 ha iniziato a interessarsi al trapianto epatico pediatrico, recandosi per studio nei migliori centri di trapianto epatico europei.

Negli anni di lavoro a Brescia, è stato il responsabile dello staff che seguiva clinicamente i bambini trapiantati di fegato, impegno che ha continuato in Sardegna, seguendo pressoché tutti i piccoli pazienti

sardi trapiantati di fegato. Antonio Dessanti si è occupato anche dei tumori epatici pediatrici, frequentando per un lungo periodo la clinica chirurgica dell'Università di Hanoi, dove è stata messa a punto la famosa tecnica chirurgica di "Resezione epatica trasparenchimale".

Per i suoi studi sui tumori epatici pediatrici, è diventato membro del comitato organizzativo-scientifico dell'AIEOP (associazione italiana di ematologie e oncologia pediatrica). Fra gli studi sulle patologie malformative uro-genitali, ha approfondito i problemi legati alla correzione chirurgica dell'ipospadia e del criptorchidismo.

Antonio Dessanti ha studiato, si è perfezionato ed ha insegnato nelle migliori cliniche e università del mondo: dell'Università di Parigi, Bruxelles, Marsiglia, Tohoku di Sendai; e inoltre a Varsavia, al King Faisal Hospital & Research Center di Riyadh (Saudia Arabia). Ha insegnato, oltre che a Sassari, in Vietnam ed in Egitto.

Numerosissime le sue presenze come docente nei corsi di perfezionamento e le partecipazioni a simposi e congressi nazionali ed internazionali come relatore.

Ora che è in pensione, prosegue nello studio e nella professione attraverso le cooperazioni mediche internazionali in Vietnam (Università di Huè) e in Egitto dove sta seguendo due importanti progetti di ricerca con l'Università di Al-Azhar del Cairo. Antonio Dessanti, e non stupisce chi ha avuto il piacere di conoscerlo, ha smesso di lavorare secondo i canoni consueti, ma di certo non ha smesso di essere medico.

Personaggi speciali come lui non vanno mai in pensione. Anzi, probabilmente, ora, libero dagli impegni "ospedalieri", potrà dedicarsi con maggiore libertà ai suoi studi e ai suoi bambini. Sono tanti a ringraziarlo.

Avrebbe potuto ricoprire prestigiosi incarichi in ospedali importanti, lasciando però la Sardegna: Antonio Dessanti ha invece preferito combattere affinché Sassari avesse il reparto di chirurgia pediatrica. C'è voluto del tempo ma ha vinto. E con lui i cittadini e i veri medici.

**Maria Antonietta Izza**

Ha lasciato a novembre la docenza di anatomia patologica

## Giovanni Massarelli, il viatico e l'insegnamento di un maestro

Il curriculum del professor Giovannino Massarelli, è sintetizzato qui a lato. Ma se anche volessimo enunciarlo per esteso e nei particolari, sarebbe comunque riduttivo, non comprensivo delle fondamenta che ne hanno dettato il cammino.

Come atto conclusivo della sua attività di docente universitario, avrebbe potuto certo prodigarsi in una lectio magistralis ex cathedra, con l'assoluto rigore scientifico che ne ha sempre caratterizzato la qualità, ma ha voluto travalicare i confini della disciplina pragmatica per parlarci di valori immanenti all'uomo: uomo come entità essenziale, attorno a cui deve ruotare tutto il nostro studiare e tutto il nostro impegno. L'immaginario collettivo certo dipinge l'anatomo-patologo come un uomo in camice bianco chino su un microscopio, ben lontano quindi dalle corsie ospedaliere ricolme di donne e uomini da confortare e guarire. Invece Giovannino Massarelli smentisce questo assunto, indicando il vero scopo della sua opera: il riferimento costante al malato, senza mai perdere di vista la sua centralità e il suo stato di sofferenza. Un discorso che egli definisce "viatico" per gli studenti, ma che per spessore di contenuti sarebbe da considerare un testamento spirituale per tutti coloro che si occupano di medicina.

Chi avrà la fortuna di leggerlo scoprirà un vero manuale deontologico, dal quale emergono i valori cui si dovrebbe fare riferimento costante durante l'attività professionale. In questo "lascito" molti sono gli appelli: ai medici, perché non scordino mai il loro precipuo ruolo diagnostico, ancor prima di ricorrere a esami inutili, in atteggiamento difensivo; ai professori universitari perché diventino veri maestri, ruolo che impone non solo la mera enunciazione di capitoli da studiare o la disamina di risultati brillanti, ma anche l'analisi di criticità e fallimenti, in modo che i discepoli non ripercorran gli stessi errori; alla



Giovanni Massarelli

*Giovannino Massarelli nasce ad Alghero il 25 ottobre 1943, si laurea a Sassari in medicina e chirurgia nel luglio del 1969 con 110/110 e lode e menzione speciale. Si specializza in anatomia patologica e tecniche di laboratorio all'Università di Parma nel 1972, e*

*in oncologia all'Università Cattolica di Roma nel 1976. Rientrato in Sardegna, ricopre numerosi incarichi universitari nell'ateneo turritano che culminano con la nomina di professore, prima associato (nel 1983) e poi ordinario (nel 1989), titolare dell'insegnamento di anatomia e istologia patologica. Dal 1988 a oggi ha ricoperto il ruolo di direttore della scuola di specializzazione in anatomia patologica dell'Università di Sassari. Membro di numerosi e prestigiosi comitati scientifici internazionali, relatore in numerosi congressi, italiani e non, collabora con numerose riviste scientifiche. È stato il "contributor" di due monografie sul sarcoma di Kaposi e sull'AIDS, nonché uno dei traduttori del libro "Cotran, Kumar, Robbins: "Pathologic Bases of Diseases" e ha all'attivo oltre 150 pubblicazioni scientifiche.*

politica, perché non dimentichi che il fulcro dell'università deve essere la docenza.

L'ultima parte del memorandum, la più importante, è rivolta agli studenti, perché con la forza rivoluzionaria che li anima, ottengano ciò che spetta loro di diritto: una didattica di contenuti pregnanti, che possano emozionare e segnare in maniera indelebile il bagaglio culturale del divenire medici.

# L'ultima lezione accademica

Cari studenti, come sapete, per raggiunti limiti di età, dovrò lasciare l'università alla fine di questo anno accademico 2012-1013 e cioè il 1° novembre del 2013. Poiché il corso di anatomia patologica inizia e finisce nel primo semestre dell'anno accademico, con oggi si conclude la mia attività di docente. Nei successivi mesi sarò impegnato solo per gli esami di profitto.

Come ho sempre detto e fatto sarò a vostra disposizione per chiarimenti, suggerimenti, consigli perché non solo possiate passare l'esame con tranquillità ma possiate diventare buoni medici, attenti e scrupolosi, consci e orgogliosi della vostra professionalità. Vi ho ripetuto più volte che la mia maggiore soddisfazione non è stata e non è tutt'ora quella di bocciarvi, ma quella di promuovervi, anche se il mio ingrato compito di giudice è stato talora quello di riprovarvi e invitarvi a tornare, accompagnando il tutto con lunghe paternali.

Ho creduto e credo nella didattica come strumento basilare per la guida dello studente verso la comprensione e l'interpretazione dei fenomeni patologici, per una corretta diagnosi e terapia. Intendendo la didattica, non come superfetazione o imposizione dall'alto di quello che si deve sapere, ma come guida all'apprendimento. E come guida mi sono messo davanti a voi e con voi ho percorso la strada accidentata della conoscenza della patologia, avvertendovi delle false teorie, spiegandovi il divenire dei fenomeni, in senso dinamico, sia sul versante morfologico che su quello clinico, perché come vi ho sempre detto, l'anatomia patologica è quella parte della scienza medica che sorregge la clinica.

Senza l'anatomia patologica, e senza Morgagni che l'ha fondata, per molti secoli la clinica è stata supposizione e fantasia. Insieme, partendo dai dati elementari e basilari dell'istologia, della fisiologia e della patologia generale, abbiamo costruito i meccanismi della morfogenesi delle lesioni, insieme abbiamo costruito le classificazioni proprie della pato-

logia, non come elementi da inviare a memoria ma come interpretazione razionale dei fenomeni patologici. In quanto interpretazione razionale dei fenomeni patologici, vi ho insegnato che la diagnosi, sostanziata dalla conoscenza della clinica e della patologia, formulata con l'applicazione dell'intelligenza critica e della verifica, deve scaturire *in primis* dalla nostra mente, per essere poi corroborata e validata dalle indagini cliniche e strumentali. Vi ho messo in guardia dal demandare la diagnosi esclusivamente alla tecnologia imperante, sicuramente utile e talora necessaria, ma assolutamente incapace nel sostituirci nel nostro precipuo compito di "uomini della diagnosi".

Ma il medico non è solamente colui che fa diagnosi; è anche colui che cura e conforta con la sua parola e il suo fare i propri pazienti, che si affidano alla sua sapienza nella speranza del recupero della salute. La medicina è una scienza degli uomini per gli uomini e non può essere né ripetitiva né astratta, ma individuale e personalizzata.

Che questo mio intendere la didattica e la medicina abbia dato risultati positivi lo riscontro quotidianamente quando incontro giovani e meno giovani medici, di cui ho dimenticato nomi e sembianze, che mi vengono incontro e mi salutano con affetto e mi dicono di essere stati miei discepoli. Alcuni addirittura ricordano ancora l'incipit delle mie lezioni e me lo ripetono con entusiasmo: segno che sono diventate il loro bagaglio naturale di competenze per la loro vita professionale.

Per inciso sono a conoscenza che alcuni studenti di medicina hanno creato su Facebook un Fans Club del professor Massarelli, che, mi dicono, conta quasi 700 adepti. Nella sezione vengono riportati i commenti dei "contributors" e citate le mie frasi "celebri". Ho parlato di discepoli e non di studenti: gli studenti ricordano l'insegnante, i discepoli ricordano il maestro. Ed io spero di essere stato per voi un maestro.

Maestro è colui che insegna un'arte, una scienza,



Alghero. Muraglia Cristoforo Colombo e Torre di San Giacomo

un'attività professionale, non solo come corpus dottrinale, ma soprattutto come attitudine e capacità di relazionarsi con gli altri, che poi sono i nostri pazienti e i nostri colleghi, che rifugge dalle interpretazioni e affermazioni non validate dalla conoscenza e dalla logica, e le pone al vaglio della propria intelligenza critica prima di accettarle o rifiutarle. Maestro è colui che pone al centro della docenza l'etica della docenza. Non si può insegnare ciò che non si sa.

L'insegnamento vero non è solo il passaggio di conoscenze maturate in notti insonni e su testi diversi nel tentativo di comprendere noi stessi per primi il significato intrinseco del divenire patologico, ma è anche e soprattutto il passaggio dell'esperienza sviluppata in anni di attività professionale, delle brillanti diagnosi e delle sconfitte del nostro sapere che si infrangono nella vastità della nostra ignoranza. La constatazione e l'accettazione della nostra ignoranza davanti all'universo patologico ci rende uomini e non automi. Maestro è colui che ci dà indicazioni di stili di comportamento, sul che fare e come fare, di esercizio di critica e di intelligenza, ponendo sempre al centro del nostro agire il malato che si aggrappa alla nostra conoscenza nella speranza di una risposta corretta e giusta. Il maestro è infatti colui che ricerca la giustizia. La giustizia infatti rifugge

dall'acriticità e dall'adattamento supino alle affermazioni roboanti e illusorie, "in cinque mosse ho sconfitto il cancro", dalla spocchia e dal pressapochismo imperante. Spero di avervi passato la capacità critica nell'esame delle conoscenze e dei fatti, nel tentativo di individuare e applicare la giustizia. Durante tutti i miei 42 anni di servizio ho creduto all'università come sede del sapere e della crescita culturale e umana degli studenti, un mezzo per divenire uomini. Mi duole tuttavia vedere e constatare una generale superficialità nel considerare il valore della docenza, del "docere" in senso stretto, relegata molto spesso ad attività di secondo ordine, sia da parte di alcuni colleghi sia da parte dei nostri legislatori che privilegiano la ricerca e l'attività professionale, attività importanti e rilevanti, ma espletate anche da altri enti, con totale oblio della docenza che è il fulcro centrale dell'università: l'università non esiste senza docenza.

La recente riforma dell'Università è intervenuta nel mutare solo gli organi di governo della medesima nell'ottica di esercitare su di essi una maggior pressione da parte della politica. Non una parola sulla didattica, sugli studenti che sono l'essenza e lo scopo dell'università. Il tanto sbandierato reclutamento di ricercatori, quali possibili docenti, è congeniato in



Alghero. Villa Mosca sul lungomare Dante

modo da estendere in maniera esponenziale il fenomeno della precarietà ormai assunto a istituzione permanente. La limitazione imposta nel reclutamento dei docenti renderà impossibile l'accesso all'università alla maggior parte di essi, limitando l'assunzione a pochi eletti. Si è fatto un gran parlare di meritocrazia, ma si tratta solo di una meritocrazia pelosa, cui potranno accedere solo coloro che, più abbienti e faggiati, potranno permettersi il lusso del raggiungimento di parametri cervellotici ed improbabili. Si sono poste le basi per la creazione di una nuova casta di figli e famigli dei notabili!

Possiamo noi continuare ad accettare supinamente questo stato di cose che banalizza e svuota di contenuti una istituzione millenaria quale l'università? Possiamo noi continuare a subire una sciattoneria didattica elevata a sistema? Non credo. Non c'è cosa peggiore che sopportare e assuefarsi all'ipocrisia imperante. La soluzione va ricercata in noi che formiamo l'università, studenti e docenti, ma vista la quiescenza di gran parte del mondo accademico, rimanete solo voi studenti.

Che fare? Semplice! Richiedere una didattica reale e non fittizia disertando le lezioni che si limitano alla mera descrizione di schemi o lettura di tabelle e pretendendo che le schede di valutazione dei docenti da voi stessi compilate siano tenute nella debita

considerazione e da esse si estrapolino quei provvedimenti necessari perché si proceda ad una didattica efficace. Il cambiamento deve partire da voi che siete gli utenti: non vi aspettiate che lo facciano gli altri per voi, impelagati per la maggior parte in giochi di potere! Non fatevi irretire dalle frasi che recitano "il mondo è sempre andato così, non sarete voi a cambiarlo!" Bugie che mirano a perpetuare lo "status quo!". La storia insegna il contrario!

Dovete attivare uno stato di continua tensione emotiva che vi spinga a richiedere l'applicazione di una didattica interessante e coinvolgente, non improvvisata ma fondata su solide basi pedagogiche, indirizzata veramente alla conoscenza e all'applicazione del sapere medico, all'analisi e alla verifica critica dei fatti, per il raggiungimento della giustizia (correttezza del procedimento analitico) e della verità (diagnosi). Etica, Verità, Giustizia. Parole forti che non debbono farci paura ma che debbono segnare la nostra attività professionale e la nostra essenza di essere uomini liberi e pensanti!

Questo il mio viatico! Con questo augurio vi lascio e vi esprimo i miei più profondi ringraziamenti per avermi seguito e supportato con la vostra attenzione e partecipazione nello sforzo della didattica, e per avermi talora, non nego, anche sopportato!

Grazie!

**Giovannino Massarelli**

Ricordando il "dottore" di Alghero

## Antonio Sechi medico d'altri tempi

Chi è caro al cielo, non sempre muore giovane, qualche volta vive a lungo. E per Antonio Sechi, il cielo ha disposto così, forse per lasciargli il tempo di portare a termine una missione cominciata nel 1951, subito dopo la laurea, e che "il dottore di Alghero" riteneva giusto non dovesse mai finire. Medico una volta, medico in aeternum. Sembrava truccasse i calendari per rimanere al servizio dei pazienti, anche quando l'età gli ricordava, ineluttabilmente, che il momento di ritirarsi sarebbe arrivato, prima o poi. Sapeva bene, il dottor Sechi, di rappresentare molto per le famiglie che curava, che accompagnava da decenni.

L'amico discreto, il consigliere arguto, il galantuomo con cui discorrere di salute, farmaci, problemi personali e, perché no, vicende politiche e sociali e soprattutto musica e sport, le sue grandi passioni: era stato un nuotatore formidabile e campione sardo



di salto in alto, dei 200, 400 metri piani, campione italiano universitario dei 400 ostacoli. Un agonista anche nel lavoro: ci limitiamo a menzionare le 5 specializzazioni conseguite, la docenza presso la scuola d'igiene dell'Università di Sassari, gli incarichi come medico condotto in Gallura, i 24 anni d'oro, 1972 - 1996, passati nella sua Alghero, dedicati alla popolazione come medico scolastico, medico di medicina generale e pediatra di base. Nella città della riviera, ha lasciato un segno indelebile, Antonio Sechi. E con lo stile che aveva caratterizzato tutta la sua parabola umana e professionale, se n'è andato, un giorno di primavera del 2012, a 86 anni.

Quando si è sparsa la notizia, il senso della perdita è stato immediato: Alghero doveva salutare una figura che apparteneva alla collettività, dire addio all'amico, al consigliere, al galantuomo. L'esempio, gli insegnamenti, l'amore lasciati dal dottor Sechi restano. Per questo, vorremmo che il modesto omaggio che qui gli rendiamo suonasse come un ringraziamento. **(A.P)**



Alghero. Lungomare Dante

Progetto/impegnati nella visita 140 dentisti

## Ricominciamo da tre, prevenzione nelle scuole di carie e malocclusioni

**S**i dice che il "TRE" sia un numero perfetto: sarà quindi di buon auspicio pensare che possa fare da filo conduttore in questo percorso creato su una serie di riflessioni personali.

Del progetto di prevenzione della carie e delle malocclusioni in ambito scolastico, portato avanti con successo dalla Commissione Odontoiatri di Sassari, si è già scritto molto: con grande entusiasmo e professionalità sono stati presentati i numeri, i protocolli operativi, le indagini epidemiologiche e i risultati che sono conseguiti.

Per questo motivo, quando mi è stato chiesto di scrivere un pezzo sul bollettino di questo argomento, ho pensato che fosse arrivata l'occasione di fare un'analisi che si ponesse su un piano meno tecnico

di Luisa Destefanis



e più emotivo. In effetti il programma può essere interpretato come una forma dinamica di comunicazione tra i TRE protagonisti: l'Ordine dei Medici, l'Università e la Scuola, e realmente ha attivato tutta una serie di "reazioni" ed "interazioni" su cui vale la pena di riflettere.

Per la prima volta la Commissione Odontoiatri e l'Università si sono affiancate in un piano di prevenzione: fatto del tutto inusuale poiché normalmente le due Istituzioni lavorano in maniera autonoma e ovviamente con intenti diversi. Superate le iniziali perplessità sul fatto che nelle scuole potessero entrare i liberi professionisti (e non gli studenti...), i colleghi universitari hanno dato piena collaborazione prospettando anche un affiancamento, durante le



visite, tra i dentisti e i loro allievi. Probabilmente ciò sarà possibile solo nella città di Sassari, ma si potrebbe creare una rete di conoscenze tra i "vecchi" e i "giovani" dentisti, strumento di indiscussa utilità in un periodo di disorientamento e demotivazione riguardo al futuro della professione. Il ruolo di coordinamento della C.A.O., supportato dallo staff dell'OMCeOSS, è stato fondamentale nel guidare un gruppo così numericamente importante di dentisti: ben 140 sono stati arruolati e guidati nel pro-



Alghero. Via Maiorca

gramma di visite scolastiche (esteso alle provincie di SS O-T). All'interno del progetto il contatto telefonico con i colleghi volontari e la loro disponibilità a recarsi personalmente nella sede di via Cavour per consegnare le schede compilate, ha rafforzato il rapporto, in genere un po' tiepido, tra gli odontoiatri e l'Ordine, percepito come un'entità un po' a sé stante, generosa dispensatrice di aggiornamento e burocrazia, ma lontana in un certo senso dalla nostra quotidianità lavorativa.

Inizialmente in maniera un po' disarticolata, poi via via sempre meglio organizzata, i colleghi volontari sono entrati nelle scuole presentandosi alla popolazione infantile in una veste assolutamente nuova e sorprendente: hanno superato le difficoltà tecniche di una visita "domiciliare"; si sono proposti con simpatia ai bambini più piccoli senza avere, in certi casi, nessuna dimestichezza (alcuni sono implantoprotesi); hanno coinvolto le proprie assistenti permettendo loro di respirare un'aria che non fosse

solo quella dello studio. Si sono poi lanciati in lezioni di igiene orale e alimentare a dir poco entusiasmanti; hanno visitato in distretti lontani dal proprio domicilio senza disporre di un mezzo di trasporto (spesse volte facendosi accompagnare dalla mamma...) e infine non hanno ceduto alla più forte delle tentazioni: cioè quella di farsi pubblicità o di criticare l'operato altrui.

Mi sia consentita quest'ultima nota graffiante in quanto non si può nascondere che inizialmente si sono dovute smussare alcune asperità di per-

corso: infatti in TRE casi la commissione ha dovuto richiamare all'Ordine i colleghi segnalati per rinfrescare loro (con la dovuta autorità e fermezza) le finalità del progetto, se mai le avessero dimenticate

In ultimo, ma non per questo meno importante, la risposta della Scuola (quella con la S maiuscola); i dirigenti e gli insegnanti hanno accolto con entusiasmo la campagna di prevenzione e hanno dato piena disponibilità nel pianificare le fasi propedeutiche allo screening: consegna tempestiva dei moduli di consenso, comunicazione dei dati, sensibilizzazione dei familiari al problema, cordiale collaborazione con volontari.

Per concludere, investire in educazione alla salute, polarizzare l'attenzione verso i minori e le loro famiglie, ha costituito e costituirà la via più idonea da percorrere per risolvere situazioni patologiche in tempi rapidi prima che si aggravino e trasmettere buone abitudini comportamentali da cui si potrà trarre solo giovamento.

Intervista a Marialice Boldi presidente dell'AIDI

## La figura dell'igienista dentale garanzia di competenza e qualità

**M**arialice Boldi, presidente nazionale dell'Associazione Igienisti Dentali Italiani (AIDI), ha partecipato alla 7ª Summer School sulla salute orale, tenutasi nel luglio scorso ad Alghero. Ho sempre nutrito curiosità per una professione cui non è mai stata conferita la giusta importanza da parte di medici e odontoiatri. nonostante i rapporti di stretta parentela che ne contraddistinguono l'operato. La dottoressa Boldi ha volentieri accettato di rispondere ad alcune domande sulle attività dell'associazione e sui rapporti fra igienisti e odontoiatri. Da quanto tempo è presente l'AIDI (Associazione Igienisti Dentali Italiani)? Da quando è sotto la sua guida e quale è il corpus degli iscritti? In particolare, quanti sono gli igienisti nel nord Sardegna, intendendo per tale la provincia di Sassari e l'ex di Olbia-Tempio?

L'AIDI è ormai attiva dal 1981 e dal 2006 io ne sono il presidente. Gli iscritti all'associazione sono circa 1500, di cui una sessantina in Sardegna dove il numero presunto totale è di 200.

*Essendo l'iscrizione alla sua associazione volontaria, quali sono i motivi che inducono gli igienisti dentali ad aderirvi e secondo lei, sono più numerosi quelli in attesa di un posto di lavoro o quelli già occupati?*

Se in Italia esiste la professione di igienista dentale lo si deve all'AIDI che ancora oggi continua a farsi carico delle istanze della professione. La nostra associazione ha un'offerta formativa di primissima qualità su tutto il territorio, così da consentire l'acquisizione dei crediti ECM richiesti per legge; offre una qualificata consulenza per i problemi professionali,

di Antonio Pinna



un'assicurazione professionale in convenzione, servizio di cerco/offro lavoro. Quasi tutti gli igienisti dentali sono occupati; magari in questo momento di crisi c'è qualche difficoltà in più, ma il trend occupazionale è ancora positivo.

*Ho avuto modo di constatare personalmente, dalla corposa presenza di igienisti dentali alla Summer School di Alghero, quanto elevato sia il loro livello di preparazione. Oltre alla missione della formazione continua, quali sono gli scopi che l'AIDI persegue?*

Ora i goal standard dell'Associazione sarebbero l'ottenimento dell'albo professionale e l'inserimento nell'organico del Servizio Sanitario Nazionale.

*Come associazione disponete di un albo digitale con tutti i professionisti? Lei pensa che sia opportuna la istituzione di un apposito collegio, con obbligo di iscrizione oppure un albo speciale, magari inserito all'interno dei sistemi ordinistici medico-odontoiatrici? Ciò tutelerebbe gli iscritti, eviterebbe gli abusi nella salvaguardia dei pazienti e dei professionisti?*

L'albo darebbe agli igienisti dentali una maggior tutela professionale. L'obbligo di iscrizione servirebbe ad arginare l'abusivismo che è, purtroppo, molto diffuso. L'albo, comunque, sarebbe all'interno del sistema ordinistico delle professioni sanitarie, non certo di quello medico-odontoiatrico.

*L'istituzione della professione di igienista dentale, che data dal 1999 ha inevitabilmente alterato gli equilibri dei vecchi studi dentistici, che propendevano a delegare alle assistenti di studio l'esecuzione*



Marialice Boldi

*degli interventi di igiene orale, con forti resistenze all'inserimento, nelle proprie realtà operative, di nuove, pur altamente qualificate figure professionali. È più facile per un neo-laureato rapportarsi con uno studio di comprovata*

*esperienza oppure è più semplice la collaborazione con studi di recente costituzione?*

Non esiste una regola: esistono odontoiatri "illuminati" e altri che, nonostante la legge, guardano con diffidenza all'igienista dentale. Chi però ha una visione più ampia e moderna della professione odontoiatrica, capisce che il lavoro in team, che coinvolge tutti i componenti dello studio, è la chiave del successo ed è l'unico modo per sconfiggere la crisi.

*L'avversione di molti medici a stipulare convenzioni di collaborazione con gli igienisti dentali, ha fatto sì che questi venissero cooptati agevolmente da società di capitali; lei ritiene che tali collocazioni siano pregnanti per un'armonica crescita professionale e gratificanti sotto il profilo economico?*

Ritengo che non ci siano gratificazioni sotto nessun aspetto: si finisce per lavorare "a cottimo", come alla catena di montaggio, senza nessuna vera attenzione per la motivazione e la fidelizzazione del paziente. Di conseguenza non c'è nessuna crescita professionale e, per di più, si è sotto-retribuiti. Purtroppo, in momenti di crisi, pur di lavorare si accettano anche dei compromessi.

*La riforma delle professioni prevede la costituzione delle S.T.P. ovvero società tra professionisti, con modalità abbastanza flessibili circa le qualifiche e le competenze dei singoli soci. Lei ritiene che ciò sia particolarmente auspicabile per gli igienisti dentali?*

Potrebbe essere una soluzione interessante.

*Secondo lei, in attesa che le riforme diventino attuative, è più gratificante e meno rischioso l'esercizio dell'attività professionale in studio proprio oppure in regime di collaborazione presso altri luoghi di cura?*

Io credo molto nel lavoro di équipe e sono convinta che la collaborazione tra più figure professionali possa essere vantaggiosa per il paziente.

*Il decreto ministeriale n° 669 sancisce, nella definizione del profilo professionale, che l'igienista dentale svolge attività di educazione sanitaria e partecipa a progetti di prevenzione primaria e già la Regione Toscana, sempre attenta alla salute dei minori, vuole valorizzare le competenze degli igienisti dentali nella fase di screening. L'Ordine di Sassari, da diversi anni promuove campagne di prevenzione della carie e delle malocclusioni nella scuola dell'infanzia. In quali termini e con quali competenze si può prevedere la partecipazione degli igienisti dentali al progetto?*

Dipende dal livello a cui si vuol fare prevenzione, e soprattutto dalle risorse economiche e strutturali a disposizione. Un conto, infatti, è operare nelle scuole, dove l'igienista dentale si deve limitare allo screening per valutare l'indice di placca, le abitudini di igiene orale, le abitudini alimentari per poter individuare quanto è alto il rischio di carie, e un altro è disporre di una struttura attrezzata. In tal caso, infatti, previa indicazione dell'odontoiatra, l'igienista dentale potrebbe provvedere alle sigillature e all'applicazione di fluoro topico che, come confermato dalla maggior parte della letteratura scientifica, sono interventi preventivi molto efficaci.

*In questo momento storico assai convulso per mancanza di regole chiare, quale appello desidera formulare e a quali istituzioni vuole rivolgerlo?*

Alla politica: istituite finalmente ordini e albi per le professioni sanitarie. E agli odontoiatri: rispettate la legge e non continuate a far fare l'igiene orale alle assistenti. È abuso di professione, quindi o ve ne fate carico voi o vi avvalete dell'igienista dentale: non ve ne pentirete!

Per evitare precari e prolungati "parcheggi" in strutture inadeguate

## Progetto ANDI young: sostenere i giovani che si affacciano alla professione

**D**a anni si parla di patto generazionale, ovvero della necessità di sostenere i giovani colleghi nelle procedure d'avvio alla libera professione nel campo odontoiatrico. L' ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani), già nel congresso di Verona del 2007, ha costituito un gruppo di lavoro ad hoc con l'intento specifico di vagliare le problematiche professionali del neo laureato in odontoiatria.

Sono stati analizzati pertanto i vari aspetti negativi che i giovani colleghi incontrano nell'inserimento nel mondo del lavoro sia dal punto di vista pratico-organizzativo oltre che fiscale e legislativo: infatti, se il giovane non dispone di uno studio professionale di famiglia o non ha possibilità di seguire corsi di perfezionamento universitari, come specializzazioni, dottorati o contratti di ricerca, rischia di barcamenarsi tra la frequentazione di costosissimi corsi di approfondimento e le richieste umilianti di collaborazione presso studi odontoiatrici del comprensorio.

Una situazione disagiata, anche perché i giovani di per se non sono in condizioni di aprire un proprio consultorio personale perché, pur ricchi di conoscenze specifiche della materia, non possono avere familiarizzato con le complesse dinamiche che regolano la libera professione; se a ciò si aggiungono la difficoltà di accesso al credito e la paura di dover affrontare spese ingenti di avviamento con l'improbabilità assoluta della clientela, si capisce bene quale scoramento ne possa condizionare le scelte.

Rappresentando l'anello debole della nostra compagine, perché vivono nell'incertezza e nella precarietà, essi sono purtroppo anche più ricettivi alle lusinghe, e oltremodo ignari delle insidie criptate

di Carlo Azzena



nelle profferte più accattivanti. Il rischio è che vengano cooptati da strutture odontoiatriche che nascono in un clima di assoluta sovversione delle regole. Siamo abituati a pensare infatti che prima si debba acquisire un bagaglio di conoscenze mediche specialistiche che permettano di svolgere una determinata professione, e poi venga edificata la struttura che ne consenta l'attività e ne sviluppi i frutti. Ora si sta verificando il contrario: a opera e im-

pegno finanziario di aziende e imprese varie che nulla hanno a che vedere con la medicina, vengono costituite delle società di capitali ed edificati poliambulatori precostituiti, per poi procedere alla ricerca spasmodica di manodopera giovanile a basso costo, onde poter far marciare la struttura a pieno regime.

I giovani coinvolti da simili organizzazioni vengono parcheggiati in maniera del tutto precaria in tali strutture, dove non potranno mai diventare dei professionisti autonomi perché delegati a espletare prevalentemente terapie conservative, con la preclusione di una visione globale della disciplina e soggiacendo alle regole di mercato che gli amministratori impongono; cioè massimo lavoro con un salario certamente non congruo all'impegno profuso, considerate le finalità di produzione di profitti che tali centri si prefiggono.

Su tali giovani grava la mancanza di punti di riferimento costanti che dovrebbero essere rappresentati dal direttore sanitario, con le funzioni di tramite tra essi e il paziente e con la responsabilità delle corrette diagnosi e controllo sui trattamenti. Ciò purtroppo non avviene, perché pur essendo obbligatoria per legge la presenza diurna di tale figura, è spesso

e volentieri irreperibile perché impegnata in diverse altre attività satelliti. Nel 2010, in seno al gruppo di studio precedentemente citato, una commissione specifica denominata "Futuro della professione", ha elaborato una serie di misure atte a favorire l'ingresso dei giovani nel mondo del lavoro; misure prontamente recepite dall'ANDI, che ora mette a disposizione una serie di servizi dedicati ai neo odontoiatri che intendano svolgere la libera professione o che offrano collaborazioni presso i colleghi più esperti. Come ulteriore agevolazione, è stato proposto di portare da 2 a 4 anni la quota associativa ridotta per i neo laureati e da 30 a 32 anni il limite per essere catalogati quali soci ordinari a quota ridotta.

L'impegno dell'ANDI verso le generazioni future si concretizza in via definitiva con il progetto ANDI YOUNG. Dato che il percorso di inserimento nella professione è oggi insidioso per la presenza di situazioni "commerciali", dove il giovane è spesso un mero esecutore di piani di trattamento in un contesto in cui l'obiettivo non è sempre unicamente volto al benessere e alla cura del paziente, l'intento del progetto è quello di favorire la formazione di nuovi e consapevoli liberi professionisti in linea con la tradizione odontoiatrica italiana che da sempre vede la sua massima espressione nella libera professione.

In questi anni i giovani sono chiamati a operare in quella che ormai i più definiscono "un' economia

di guerra", nella quale la concorrenza a basso costo minaccia anche i colleghi più maturi.

Con ANDI YOUNG si vuole creare un unico contenitore, che in questa fase iniziale si potrebbe definire un incubatore di impresa, con l'obiettivo di offrire servizi a tutto tondo per il neo laureato, accompagnandolo attraverso una piattaforma di servizi dedicati, creati per supportarlo nei primi anni di professione e che gli permetteranno di crescere come dentista, ma soprattutto come professionista. Le azioni individuate da mettere in pratica con l'attivazione del progetto sono le seguenti: contribuire alla formazione professionale post-lauream; fornire strumenti fiscali per favorire l'immissione nel circuito del lavoro; creare una community in area riservata web; fornire indicazioni riguardanti l'andamento del settore odontoiatrico; creare un albo di "soci young" non titolari di studio, al quale un professionista già avviato si possa rivolgere per contattare eventuali qualificati collaboratori.

Punto di forza sarà sicuramente la formazione, non solo clinica, pensata e realizzata appositamente per il neo-laureato che avrà come casa privilegiata il web. Questo nuovo e interessante progetto vedrà la luce nell'anno solare in corso, con una serie di iniziative e benefit riservati agli studenti uditori, a soci ordinari a quota ridotta ed ai soci under 35.

*Carlo Azzena è Presidente Provinciale ANDI Sassari*



Alghero. Villa Sant'Elia e panorama in una foto del primo '900

Regioni e Stato devono adottare misure appropriate

# Fabbisogno di futuri specialisti e impatto occupazionale per i medici

Il fabbisogno di medici specialisti per il triennio 2011-2014 è di 24.798 unità. Lo stabilisce il decreto del Ministero della Salute di concerto con quello dell'Università e dell'Economia, pubblicato in Gazzetta Ufficiale, che nello specifico prevede 8.438 unità per il 2011-2012, 8.170 per il 2012-2013 e 8.190 per il 2013-2014, come concordato con le Regioni. Ma, per ora, a carico dello Stato ci sono solo 5.000 contratti di formazione specialistica per il 2011-2012. Dal 1999, anno di emanazione della decreto legislativo n° 368/99, che ridefinisce le norme della formazione specialistica medica in Italia, l'accesso alle scuole di specializzazione e la determinazione dei posti da assegnare in generale, e a ciascuna tipologia di scuola, non è stato più appannaggio esclusivo degli atenei e del Ministero dell'Università, ma è diventato oggetto di un complesso regolamento nel quale entrano non solo i Ministeri competenti ma anche la Conferenza Stato-Regioni e le Regioni stesse. In particolare, l'articolo 35, commi 1 e 2 del suddetto D.lgs. così recita:

1. Con cadenza triennale ed entro il 30 aprile del terzo anno, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, tenuto conto delle relative esigenze sanitarie e sulla base di una approfondita analisi della situazione occupazionale, individuano il fabbisogno dei medici specialisti da formare, comunicandolo al ministero della Sanità e dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica. Entro il 30 giugno del terzo anno il ministro della Sanità, di concerto con il ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e con il ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, sentita la conferenza permanente per i rapporti tra

di Carla Fundoni



lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, determina il numero globale degli specialisti da formare annualmente, per ciascuna tipologia di specializzazione, tenuto conto delle esigenze di programmazione delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano con riferimento alle attività del servizio sanitario nazionale.

2. In relazione al decreto di cui al comma 1, il ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, acquisito il parere del ministro della Sanità, determina il numero dei posti da assegnare a ciascuna scuola di specializzazione accreditata ai sensi dell'articolo 43, tenuto conto della capacità ricettiva e del volume assistenziale delle strutture sanitarie inserite nella rete formativa della scuola stessa. La legge intende quindi legare il numero dei futuri specialisti alla situazione occupazionale del Servizio Sanitario Nazionale rimandando, come da modifica del Titolo V della Costituzione, la programmazione del fabbisogno alle singole Regioni che ogni tre anni sono chiamate a definire, valutando pensionamenti, bisogni del Servizio Sanitario Nazionale, programmazioni, il futuro bisogno di specialisti con 5-8 anni di anticipo. Le singole regioni hanno avuto dal 1999 ad oggi comportamenti diversi, in particolare nella scelta di chi incaricare della definizione del fabbisogno medesimo: nella maggior parte dei casi è stata incaricata la direzione sanitaria della stessa, in alcuni casi, ove presenti, si è fatto uso, come consulenti, degli Osservatori Regionali della formazione specialistica in area medica. In realtà dalla sua emanazione la norma è stata sempre disattesa, sia come tempistiche (quasi sempre si è arrivati alla definizione del fabbisogno nazionale ben oltre la data imposta



**Giovani specializzandi in reparto**

per legge), sia per il fatto che la Conferenza Stato-Regioni ha imposto fabbisogni annuali e non triennali dal 1999 al 2008 al fine di "aggiustare" annualmente i numeri dei futuri specialisti a mutati bisogni. Contestualmente, in tempi recenti, sono da registrare alcuni importanti eventi:

1. L'effetto ritardato dell'introduzione del numero chiuso nella facoltà di medicina e chirurgia, che sta portando a una riduzione nel nostro paese del rapporto del numero di medici sulla popolazione, con conseguente rivalutazione della programmazione sul rapporto pensionamenti/nuovi contratti.

2. Alcune regioni, a causa dei piani di rientro, hanno ridotto se non annullato il numero di concorsi per contratti a tempo indeterminato per il SSR.

3. La completa attuazione del D.Lgs 368/99 con l'emanazione del contratto di formazione specialistica per gli specializzandi, con un aumento del compenso per gli stessi e un assetto normativo molto più articolato.

4. Con l'emanazione del D.M. 1 agosto 2005 e la sua reale attuazione nel giugno 2009, si è assistito alla razionalizzazione delle scuole di specializzazione; in particolare non sono state più attivate autonomamente le scuole con meno di 3 iscrivibili al primo anno, con conseguente aggregazione/accorpamento

con scuole con capacità formativa tale da adempiere alle norme di legge.

5. Dall'anno accademico 2006 e 2007, anno di emanazione del contratto di formazione specialistica, i ministeri competenti hanno definito un numero di contratti nazionali, per i nuovi specializzandi, pari a 5000, numero mantenuto stabile fino ad ora. A seguito di questi acc-

cadimenti si è assistito a un aumento importante del fabbisogno segnalato dalla Conferenza Stato-Regioni, passando da 7002 unità del 2006/07 fino alle 8848 del triennio 2008/2011. Questo importante aumento di numeri di futuri specialisti richiesto dalle regioni, ha fatto nascere più di una perplessità: se il fabbisogno venga individuato seguendo i dettami di legge, mediante un'approfondita analisi occupazionale sul territorio, valutando programmazione e pensionamenti; o se, nella determinazione dello stesso, entrino in gioco altri fattori esterni e contingenti; se alcune Regioni utilizzino stabilmente i medici in formazione specialistica per sopperire a carenze di organico che per motivi economici o di diversa natura non vengono coperte tramite regolari contratti di lavoro, contravvenendo quindi all'articolo 38, comma 3 del D.Lgs 368/99 qui riportato.

"La formazione del medico specialista implica la partecipazione guidata alla totalità delle attività mediche dell'unità operativa presso la quale è assegnato dal Consiglio della scuola, nonché la graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolate alle direttive ricevute dal tutore, di intesa con la direzione sanitaria e con dirigenti responsabili delle strutture delle aziende sanitarie presso cui si svolge la formazione.

In nessun caso l'attività del medico in formazione specialistica è sostitutiva del personale di ruolo".

Questo dubbio si fonda su alcuni fatti concreti, come ad esempio il tentativo messo in opera, in alcune realtà, di utilizzare i medici in formazione specialistica, per coprire i turni di guardia in totale autonomia, tentativo bloccato prima dal T.A.R. poi dal Consiglio di Stato, sulle denunce del Tribunale de Diritti del Malato che ha a più riprese denotato la stessa situazione in molti reparti delle Aziende Ospedaliere italiane; sul tentativo non riuscito di acquisire prestazioni dai medici in formazione specialistica tramite l'utilizzo dell'intra-moenia e su alcune recenti dichiarazioni che in diversi articoli usciti sui quotidiani nazionali e regionali, propongono di considerare gli specializzandi degli ultimi due anni al pari del personale di ruolo. A tutt'oggi, si può affermare, che la modalità di individuazione dei fabbisogni, vista la reale impossibilità di valutare una programmazione a 5-8 anni, viene indicata sulla base di quelli precedenti, a volte con qualche aumento per non rischiare di vedersi decurtati posti in alcune scuole di specializzazione, e quindi rischiare l'accorpamento delle stesse.

Se poi l'analisi si sposta su quali dati siano in possesso delle Regioni per svolgere quella "approfondita analisi occupazionale" che la legge richiede, si evince che le direzioni della sanità regionale hanno a disposizione i dati degli occupati in ruolo, mentre non dispongono del numero degli impiegati con contratti a tempo determinato, dato invece a disposizione delle singole ASL o AO, e dell'impiego nel settore privato.

Nasce pertanto il dubbio su cosa dovrebbe vertere l'analisi dei fabbisogni, se cioè ci si debba fermare all'analisi dell'occupazione nel settore pubblico, e in questo valutare lo stato occupazionale del personale di ruolo, o allargarsi sia ai contratti di precariato che al settore privato, ovvero sia se le Regioni abbiano il compito di occuparsi del personale del sistema sanitario pubblico o anche quello di richiedere alle Università di formare un numero di specialisti tale da sopperire anche al settore privato.

L'indirizzo pertanto dovrebbe essere quello di

analizzare i fabbisogni emessi dalle singole Regioni e l'impatto che si ha sull'occupazione degli specialisti, alla vigilia delle nuove valutazioni per il fabbisogno dei prossimi anni. I risultati infatti, ad oggi, indicano una scarsa correlazione tra il fabbisogno dichiarato e la successiva assunzione in ruolo del personale medico all'interno del Servizio Sanitario Regionale con conseguente aumento dei contratti a tempo determinato e dei contratti atipici nel settore pubblico.

Altra conseguenza ipotizzabile di questa discrepanza che si crea tra il numero degli specialisti formati e i contratti a disposizione, è la possibilità che il settore privato utilizzi questa situazione per gestire un mercato dei contratti che potrebbe andare verso la riduzione dei compensi, come da generali leggi del mercato.

Le conseguenze di queste politiche sbagliate, suggeriscono che se i fabbisogni continuassero ad essere individuati senza valutare realmente la situazione occupazionale nel settore pubblico, il paventato aumento del numero dei contratti di formazione specialistica andrebbe soltanto nella direzione di peggiorare la situazione occupazionale.

Alla vigilia della definizione dei futuri fabbisogni di specialisti si dovrebbero forse considerare provvedimenti già da lungo tempo proposti e mai attuati:

1) La soppressione e conseguente accorpamento di alcune tipologie di specializzazione che non trovano sbocchi occupazionali

2) Imporre delle modalità di individuazione dei fabbisogni uguali per tutto il territorio nazionale con la totale trasparenza dei dati e dei meccanismi che ne portano alla definizione

3) L'applicazione a norma della legge 368/99 in particolare dell'articolo 38 della stessa, per fare in modo che il fabbisogno di futuri specialisti si trasformi in un fabbisogno di medici in formazione che possano coprire i buchi di organico.

4) La rivalutazione dei piani di rientro per quanto riguarda le politiche occupazionali.

In mancanza di questi provvedimenti la situazione occupazionale del settore sanitario andrà via via ad aggravarsi.

Il quadro epidemiologico e gli interventi nell'Unione Europea

## Tubercolosi/I nuovi "Standards care": guida per il management clinico

L'infezione da HIV/AIDS, la malaria e la tubercolosi rappresentano i principali problemi di salute a livello globale. Secondo il rapporto globale sulla tubercolosi, pubblicato di recente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (*World Health Organization*, WHO), il numero stimato di nuovi casi di malattia tubercolare nel 2011 è risultato pari a 8,7 milioni (equivalente ad un tasso di incidenza di 125 casi per 100.000 individui); il numero di casi prevalenti è stato stimato pari a 12 milioni (equivalente ad una prevalenza annuale di 170 casi per 100.000 individui). I dati di mortalità e letalità sono significativi, nonostante la presenza di antibiotici capaci di determinare l'eradicazione biologica del *Mycobacterium tuberculosis* e, quindi, la guarigione clinica.

Da circa un ventennio due rilevanti condizioni epidemiologiche associate all'infezione tubercolare hanno attratto l'attenzione di clinici ed esperti di sanità pubblica: l'emergenza e la diffusione di forme di malattia multi-farmaco resistenti (*multi-drug resistant TB*, MDR-TB\*, ed *extensively drug resistant TB*, XDR-TB\*\*) e l'incremento di co-infezioni tubercolosi/HIV, entrambe accomunate da una prognosi infausta rispetto ai classici casi di malattia descritti nei primi decenni successivi all'introduzione degli antibiotici anti-tubercolari.

WHO, allo scopo di raggiungere l'obiettivo del controllo e dell'eliminazione della malattia (1 caso di malattia – definito dalla positività dell'esame microscopico dell'espettorato – per milione di abitanti), ha elaborato diverse strategie di sanità pubblica, fondate su una corretta gestione clinica del paziente e dei suoi contatti. In particolare, meritano menzione

di Giovanni Sotgiu \*\*\*  
e Paolo Castiglia\*\*\*\*



la *DOTS strategy* e la *Stop-TB strategy*, introdotte nel 1996 e nel 2006, rispettivamente; quest'ultima ingloba la prima strategia e descrive le nuove misure mirate ad affrontare il nuovo contesto epidemiologico suddescritto. Inoltre, di grande importanza pratica è risultata la pubblicazione degli *International Standards for Tuberculosis Care*, ISTC, aventi l'obiettivo di essere una guida per il *management* clinico e di sanità pubblica dei pazienti tubercolari. Tuttavia, il contesto globale ha mostrato *trend* temporo-spaziali molto differenziati che hanno condotto a valutazioni *post-hoc* e conseguenti revisioni delle politiche di intervento.

Nello specifico, l'Unione Europea (*European Union/European Economic Areas*, EU/EEA) ha presentato negli anni passati, e presenta attualmente, un quadro epidemiologico estremamente geopardizzato, con Paesi ad elevata e a bassa incidenza di malattia (>20 casi per 100.000 abitanti), come Romania ed Italia rispettivamente, Paesi ad elevata e a bassa prevalenza di co-infezioni tubercolosi/HIV e di forme M/XDR-TB.

Dal punto di vista quantitativo, gli indicatori epidemiologici degli stati membri, fortunatamente, sono in grande maggioranza positivi, ovvero il *burden* di malattia è significativamente differente rispetto, ad esempio, ai paesi dell'ex Unione Sovietica; tuttavia, eventi demografici come i flussi migratori provenienti da Paesi ad elevata incidenza e prevalenza (Africa sub-sahariana, Sud-Est Asiatico), la contiguità di alcuni stati membri con aree geografiche considerate ad alto rischio epidemiologico (Paesi appartenenti all'ex Unione Sovietica), l'incremento della popolazione di individui con compromissione del sistema immuni-



tario, e la quasi completa eliminazione di strutture specializzate nella gestione della tubercolosi (sanatori e cliniche tisiologiche), a seguito del decrescente *burden*, portano ad un incrementato livello di attenzione e, quindi, all'elaborazione di strategie di politica sanitaria *ad hoc*. Se a queste premesse si aggiungono la presenza di nuovi e più efficaci *tool* diagnostici e di gestione clinica, la volontà di raggiungere l'obiettivo dell'eliminazione e la parziale applicazione degli *standard of care* internazionali, ecco che si delinea la necessità di adattare i principi già noti di *management* della malattia tubercolare al contesto EU/EEA.

Lo *European Center for Disease Prevention and Control* (ECDC) in collaborazione con la *European Respiratory Society* (ERS), una delle più importanti società scientifiche al mondo in ambito pneumologico, dopo



Alghero. Portale della chiesa di Santa Maria e Corso Carlo Alberto



aver identificato numerosi problemi di gestione clinica e di sanità pubblica nei principali centri di riferimento nazionali per la cura della tubercolosi, hanno deciso di elaborare, guidati da un *panel* di esperti internazionali, un *paper* sugli standard europei per la gestione della tubercolosi (*European Standards for Tuberculosis Care*, ESTC). La pubblicazione di tale documento sullo *European Respiratory Journal*, avvenuta il 24 marzo 2012, in occasione della giornata mondiale per la tubercolosi, rappresenta un evento cruciale volto a determinare un cambiamento epidemiologico sostanziale. Le linee di indirizzo fornite negli ESTC riguardano l'ambito clinico e la gestione preventiva e di sanità pubblica dei pazienti tubercolari.

Quattro aree principali, e 21 standard, sono contenuti all'interno degli ESTC.

**Diagnosi:** la diagnosi definitiva di malattia tubercolare si basa sull'esame colturale e sulla definizione del profilo di sensibilità antibiotica.

Non si considera più sufficiente per il contesto della EU/EEA la semplice positività microscopica. Inoltre, viene definito il ruolo della diagnosi eziologica e del profilo di resistenza antibiotica mediante tecniche di biologia molecolare di recente introduzione,

in grado di compiere diagnosi rapida di malattia e di MDR-TB (recente approvazione di tale processo da parte di WHO). Terapia: la somministrazione degli antibiotici deve sempre avvenire a seguito di diagnosi specifica, inclusiva di valutazione *in vitro* della resistenza agli anti-tubercolari. Si raccomanda fortemente la valutazione standardizzata del trattamento con *endpoint* microbiologici.

**Co-infezione tubercolosi/HIV:** offerta del test HIV a tutti i soggetti con tubercolosi ed inizio della terapia anti-HIV altamente attiva il prima possibile.

**Sanità pubblica e prevenzione:** attivazione di standard per il controllo dell'infezione tubercolare in ambito ospedaliero e comunitario; attivazione di processi basati sull'evidenza per il *contact tracing* nell'ottica del perseguimento dell'obiettivo dell'eliminazione. La necessità di definire tali standard per la gestione dei soggetti con tubercolosi nell'ambito della EU/EEA parte, quindi, dalla critica valutazione del differente contesto epidemiologico, sociale, politico, sanitario e dalla necessità di dare pieno sviluppo pratico ai recenti progressi diagnostici e terapeutici.

La tubercolosi, considerata malattia riemergente nei Paesi cosiddetti sviluppati, presenta un potenziale offensivo considerevole in termini epidemiologico-clinici, che necessita di essere adeguatamente controllato individualmente e nell'ambito della collettività. L'impegno politico rappresenta il primo e cruciale elemento di una catena virtuosa che deve vedere gli operatori sanitari come attori in prima linea, capaci di affrontare una potenziale emergenza di sanità pubblica con strumenti e processi avanzati e di ultima generazione, funzionali alla nuova situazione sanitaria.

**\*MDR-TB:** tubercolosi sostenuta da isolati di *M. tuberculosis* resistenti ad almeno due dei più potenti farmaci anti-tubercolari, cioè isoniazide e rifampicina.

**\*\*XDR-TB:** MDR-TB sostenuta da isolati di *M. tuberculosis* resistenti a qualunque fluorochinolone ed almeno uno dei farmaci iniettabili di seconda linea (amikacina, capreomicina, e kanamicina).

**\*\*\*Giovanni Sotgiu, Professore associato di Statistica medica, Chair of the European Respiratory Society Tuberculosis group**

**\*\*\*\*Paolo Castiglia, Professore ordinario di Igiene e Medicina Preventiva**

Medicine complementari

# L'agopuntura auricolare e i suoi effetti antinfiammatori e analgesici

**L'**agopuntura auricolare o auricoloterapia è una metodica delle medicine complementari che utilizza il padiglione auricolare a scopo diagnostico e terapeutico.

È nata in Francia nel 1957 con le prime pubblicazioni del medico di Lione Paul Nogier, riconosciuto unanimemente come il padre di questa metodica, e si è sviluppata nell'ambito della medicina convenzionale secondo un modello teorico e operativo di tipo neurofisiologico. Alla scuola francese si è affiancata ben presto quella cinese, che con un gran numero di lavori clinici e sperimentali ha permesso un note-

di Giancarlo Bazzoni



vole allargamento delle indicazioni terapeutiche, favorendo nel contempo l'integrazione con l'agopuntura classica (somatica). Pur essendo considerata come facente parte del corpus agopunturistico di base, ha nel tempo assunto caratteristiche e dignità di disciplina a sé stante, inserita nell'agopuntura dei microsistemi (l'OMS definisce la "ear acupuncture" come "una forma di agopuntura praticata sul padiglione auricolare - agopuntura dei microsistemi").

Dolore, ansia e patologie correlate, insonnia, tabagismo e dipendenze da sostanze, obesità e disturbi



Alghero. Torre degli Ebrei e Porta a Terra

del comportamento alimentare sembrano rappresentare i campi d'intervento per i quali esistono maggiori evidenze cliniche e s'intravedono numerose e interessanti linee di ricerca.

Principio fondante di questa disciplina è che a livello del padiglione auricolare (microsistema) sia presente una qualche forma di rappresentazione di strutture e funzioni dell'organismo (mappa auricolare), in un rapporto bidirezionale diagnostico e terapeutico. Negli ultimi anni l'interesse per l'agopuntura auricolare da parte di clinici e

ricercatori è andata crescendo e ha portato alla produzione di lavori scientifici di buona qualità che hanno permesso di studiarne le basi neurobiologiche e validare le applicazioni cliniche.

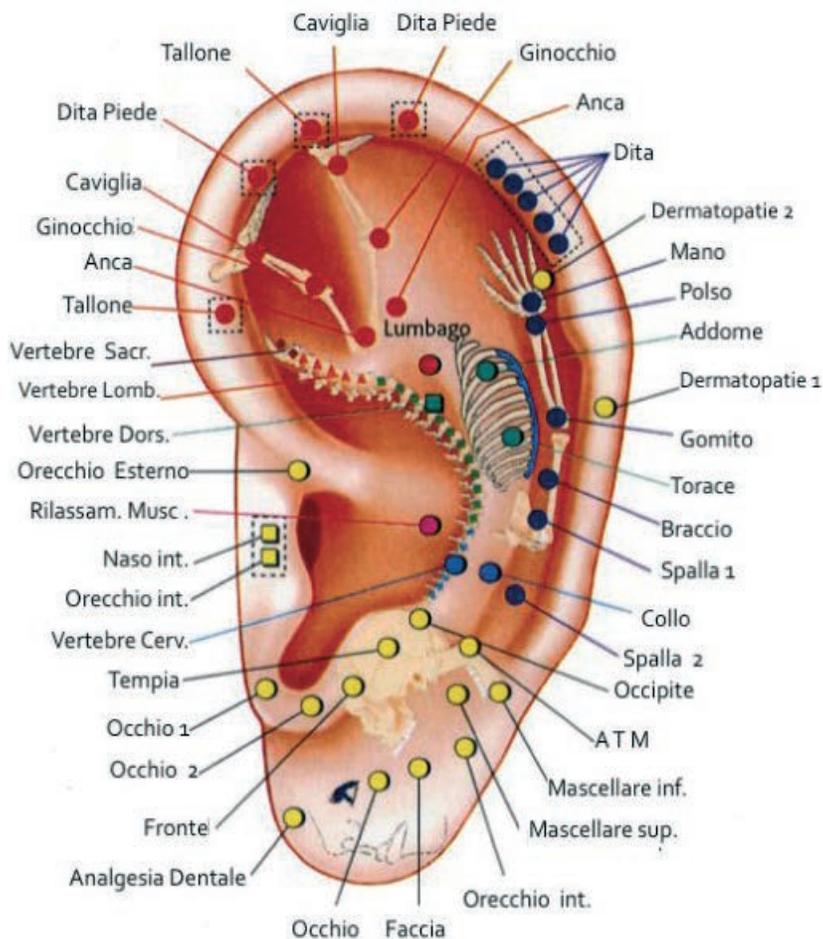
Estremamente interessanti sono gli studi su una particolare forma di terapia non farmacologica: la *Vagus Nerve Stimulation* (VNS) e in particolare sulla variante che prevede la stimolazione elettrica transcutanea della branca auricolare del vago (t-VNS).

Questa rappresenta una forma di terapia molto vicino all'agopuntura auricolare di cui evidentemente condivide una buona parte dei meccanismi d'azione e molte applicazioni cliniche.

Numerose evidenze sperimentali hanno dimostrato che la stimolazione auricolare vago-mediata

è capace di attivare meccanismi endogeni antinfiammatori e analgesici, tali da poter parlare di una vera e propria "analgesia vagale" e dell'esistenza di una rappresentazione neurale dei meccanismi di controllo della risposta infiammatoria "*The inflammatory reflex*".

Come prestazione terapeutica, va sottolineato che già nel decreto del presidente della repubblica del 17 febbraio 1972, relativo all'*Approvazione della tariffa minima nazionale degli onorari per le prestazioni medico-chirurgiche ed odontoiatriche* sono presenti nella tabella A (tariffa minima degli onorari per le prestazioni medico-chirurgiche) sia la prestazione di agopuntura semplice che quella di agopuntura semplice con auricoloriflessoterapia.



Note di Fitoterapia

## Proprietà terapeutiche delle piante officinali

### Ortica

**Nome Sardo:** Ultica, pitzianti, ortiggia.

**Famiglia:** Urticaceae,

**Specie:** Urtica Dioica L.

#### Cenni storici

Il termine "urtica" deriva dal latino "urere", irritare, per via dei peli urticanti che, spezzandosi con facilità, aspergono istamina e acido formico sulla cute provocando arrossamenti e irritazioni. È nota sin dai tempi più remoti non solo come pianta officinale, ma anche come pianta tessile, ed è stata utilizzata da Dioscoride, Catullo, Mattioli, che ne apprezzavano le molteplici virtù.

#### Utilizzo

La pianta intera, in particolare foglie e radici.

#### Componenti Principali

Sostanze azotate, aminoacidi, proteine, sali minerali, clorofilla, carotenoidi, mucillagini, ferro.

di Giovanna Rau



spighe pendenti; tutta la pianta è dotata di peli urticanti, contiene un'alto tasso di clorofilla e un'alta concentrazione di ferro. Cresce sui ruderi, nei detriti, ama i terreni ricchi di azoto. Comune nella penisola e in Sardegna, dal mare ai monti.

#### Impiego

L'uso dell'ortica come erba officinale è molto antico e di essa si utilizza l'intera pianta, fresca o essiccata.

Le sue proprietà sono molteplici: depurativa, diuretica, antianemica e antirachitica, oltre che antiemorragica; il succo fresco ricavato dalla pianta rappresenta un ottimo rimedio contro enteriti ed emorragie uterine. Sia il succo che il decotto vengono utilizzati (uso esterno) per rinforzare il cuoio capelluto e anche come collutorio per afte, infezioni gengivali e labiali.

#### Uso locale:

In Sardegna questa pianta era utilizzata sia come pianta tessile per fornire fibre per funi, lacci, ecc., sia per confezionare decotti per frizionare il cuoio capelluto onde arginare la caduta dei capelli e controllare l'untuosità.

Si usa inoltre lessare le sommità e utilizzarle come verdura o come componente di frittate. I contadini erano soliti mescolarla assieme al mangime per alimentare i polli. Per uso interno possiede proprietà depurative, diuretiche e ricostituenti.

In caso di reumatismi o artriti veniva sfregata la parte interessata con mazzi di ortica fresca, al fine di stimolare la circolazione ed esercitare una funzione antalgica. Per l'alto contenuto di clorofilla viene utilizzata anche come pianta tintoria, anche se il colore verde che si ottiene è molto instabile.

#### Aspetti botanici e habitat

Pianta col rizoma allungato da cui fuoriescono delle radichette; il fusto è eretto, le foglie sono opposte, dotate di picciolo e con margine dentato. I fiori sono piccoli, verdastri, raccolti in



## Malva

**Nome Sardo:** Palmuccia, narbutza.

**Famiglia:** Malvaceae

**Specie:** *Malva silvestris*

### Cenni storici

Nell'etimologia del termine "malva" è compreso il concetto di emolliente, caratteristica principale di questa pianta.

Deriva dal greco "malake", da malasso che significa ammolire, "silvestris" nel senso di spontanea, selvatica. Conosciuta e utilizzata da Pitagora, filosofo greco, dai greci e dai romani come protettivo delle mucose interne ed esterne.

### Utilizzo

Fiori, foglie e sommità fiorite.

Componenti principali: antociani, malvina che per idrolisi si trasforma in malvidina, mucillagini, flavonoidi, Vit. A, B, C, ceneri ricche di sali di potassio.

### Aspetti botanici e habitat

Pianta rigogliosa che cresce nei luoghi incolti e nei cigli delle strade. Presente a diverse altitudini, sia a livello del mare che nelle zone montane.

Dotata di una radice a fittone che penetra profondamente nel terreno e di un fusto che può raggiungere anche un metro di altezza, ramificato, con foglie palmate e picciolate, ricoperte di una ricca peluria; dalle ascelle delle foglie nascono fiori dal corto picciolo formati da 5 petali rosa e da numerosi stami.

I frutti sono piccoli dischi tondi schiacciati.

### Impiego

Nota soprattutto per l'importante contenuto in mucillagini e quindi per l'azione emolliente e protettiva sulle mucose e sulla pelle. Impiegata anche come antinfiammatorio delle mucose intestinali irritate, come calmante della tosse sotto forma di infuso e anche nelle congiuntiviti

Per uso interno viene utilizzata come regolatore intestinale e antiinfiammatorio per le vie urinarie.



### Uso locale

La malva era ed è usata in tutta la Sardegna a scopi medicinali sia per uso interno che esterno.

L'utilizzazione per via interna avviene sia sotto forma di infuso che di decotto nelle infiammazioni dell'apparato respiratorio; come decongestionante e rinfrescante dell'apparato digerente, nelle gastriti ed enteriti e anche come antinfiammatorio nell'apparato uro-genitale.

Per via esterna viene utilizzato come disinfettante e cicatrizzante in ferite, piaghe, come lenitivo e risolvente in foruncoli e ascessi sotto forma di cataplasma. L'impacco di malva bollita viene utilizzato nelle tumefazioni e contusioni in genere. I bambini di un tempo in Gallura, usavano mangiare i frutti, "li paneddi" che rassomigliano a piccoli pani. La malva viene utilizzata anche in cosmesi, specie per le creme antirughe assieme ad altri componenti come l'olio di Argan utilizzato per pelli secche, in quanto svolge un'azione idratante e nutriente con effetto levigante, proteggendo la pelle dall'invecchiamento precoce.

Convegno dell'AIFO per operatori sanitari

# Malattie della povertà: piaga attuale e diritto alla salute negato

**N**ella sede dell'Ordine dei Medici della provincia di Sassari, si è svolto nell'ottobre scorso un convegno rivolto agli operatori sanitari sul tema "Le malattie della povertà: la salute un diritto universale disatteso", organizzato dal coordinamento Aifo (Associazione italiana amici di R. Follereau) Regione Sardegna, con la collaborazione dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Sassari.

di Rita Nonnis



contrastare le condizioni di sottosviluppo, povertà, denutrizione, emarginazione; in sintesi quelle condizioni di sofferenza che generano la diffusione e il persistere di gravi stati morbosi, in primo luogo il morbo di Hansen.

L'Aifo mantiene nel tempo la sua dimensione popolare: ha attualmente circa mille soci, opera attraverso decine di gruppi ufficiali in tutta Italia e centinaia di volontari e sostenitori. È presente in Africa, Asia e America del

Sud, e ha in essere 80 progetti di cooperazione socio-sanitaria. I suoi ambiti di intervento sono: All'Estero: lebbra e sanità di base; disabilità (attraverso la strategia della Riabilitazione su Base Comunitaria - RBC); infanzia. In Italia: educazione allo sviluppo; L'Aifo è un'organizzazione non governativa (Ong) di cooperazione sanitaria internazionale, riconosciuta idonea, dall'Unione Europea e dal Ministero degli Affari Esteri, a realizzare progetti nei paesi in via di sviluppo. Collabora attivamente con varie agenzie delle Nazioni Unite, in particolar modo con l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), di cui è l'unica Ong italiana partner ufficiale. L'Associazione promuove politiche di cooperazione orientate all'auto-sviluppo dei popoli, attuando programmi di intervento sociale e sanitario, coinvolgendo nelle decisioni i beneficiari stessi, al fine di

contrastare le condizioni di sottosviluppo, povertà, denutrizione, emarginazione; in sintesi quelle condizioni di sofferenza che generano la diffusione e il persistere di gravi stati morbosi, in primo luogo il morbo di Hansen.



Alghero. Villa Las Tronas ai primi del '900

comunicazione e sensibilizzazione. L'Ordine dei Medici di Sassari ha offerto la collaborazione alla realizzazione del convegno vista l'attualità dell'argomento per una società sempre più globalizzata, dove il medico può e deve avere un ruolo importante nella costruzione di una sanità scevra di interessi farmaceutici o finanziari. Il tema "Malattie della povertà e diritti universali" è stato il filo conduttore che ha tenuto insieme le varie relazioni. L'accento è stato posto sul problema medico-politico-sociale di malattie legate a condizioni di povertà come infezioni enteriche, la salute delle donne immigrate, lebbra, tubercolosi, nonché sulla responsabilità a livello internazionale di politiche che non permettono l'utilizzo delle stesse opportunità di diagnosi e cura anche per gli emarginati. L'iniziativa ha suscitato vivo interesse e in particolare sono stati raccolti ottimi riscontri da parte degli studenti della facoltà di medicina. Dopo il saluto del presidente dell'Ordine dei Medici di Sassari, Agostino Sussarellu, e l'introduzione della presidente nazionale dell'Aifo, Anna Maria Pisano, i moderatori, Rita Nonnis e Stefania Zanetti, hanno dato inizio ai lavori. Stefania Zanetti ha evidenziato la relazione tra le condizioni di povertà e le infezioni enteriche, mentre Lucia Garamone ha testimoniato il lavoro svolto



del proprio gruppo presso la Asl di Torino per garantire il diritto della salute alle donne immigrate senza permesso di soggiorno.

Salvatore Noto ha esposto con semplicità e chiarezza le nozioni essenziali sulla lebbra, descrivendone la definizione e i criteri per la diagnosi; Antonio Giovanni Farris,

invece, ha focalizzato i problemi legati alla tubercolosi, come la recrudescenza del morbo, lo smantellamento dei programmi di controllo, la farmaco resistenza, l'incremento delle condizioni di povertà. Infine, Sunil Deepak ha illustrato i determinanti sociali della salute in relazione alle malattie dimenticate, gli interessi finanziari che condizionano la politica sanitaria e il ruolo dell'OMS e degli stessi Governi. Le conclusioni sono state affidate alla dottoressa Pisano.



Alghero. Hotel Villa Las Tronas e parco

Solidarietà, volontariato e formazione sociale

## La FEDER S.P.E.V. da 50 anni al servizio dei colleghi pensionati

**N**onostante la Feder s.p.e.v. (Federazione sanitari pensionati e vedove) che comprende oltre ai medici, anche veterinari e farmacisti, abbia già maturato ben cinquanta anni di attività, rimane ancora oggi sconosciuta alla maggior parte degli interessati. È pertanto doveroso illustrare ai colleghi le finalità e attività del sodalizio nei suoi punti principali:

La Feder spev è una federazione apartitica, aconfessionale, con finalità sindacali, associative e di promozione sociale; si prefigge di assistere sia materialmente che moralmente i propri associati, con particolare riferimento alle problematiche della terza età.

Non ha fini di lucro, svolge attività di volontariato, di solidarietà e di formazione sociale, anche attraverso corsi specifici per soci, non soci e sanitari in attività lavorativa.

Nell'ultimo congresso nazionale, svoltosi a Montecilvano (PE), il tema dominante è stato quello del rispetto per i diritti e la dignità dei pensionati. Una particolare attenzione è stata indirizzata alla situazione di disagio di tutti i pensionati, anche perché in seno alla categoria vengono indiscriminatamente raggruppate diverse figure: coloro che hanno maturato la propria pensione dopo una lunga vita di attività professionale, coniugata a congrui versamenti previdenziali, e coloro che invece usufruiscono di sussidi assistenziali per scarsità assoluta di contribuzione.

È chiaro che nel primo caso, il diritto alla pensione è un aspetto assoluto, come pure lo è la rivalutazione costante della medesima.

L'associazione nasce per difendere i diritti acquisiti dei pensionati e dei loro congiunti con tutti i

di Salvatore Pintus



mezzi a disposizione, richiamando il più possibile l'attenzione degli organi governativi sui problemi della categoria.

Ribadendo il concetto che la pensione è un diritto e non un sussidio, e che i pensionati non sono anziani passivi e inerti, non ci si può limitare ad assistere alle attività altrui senza parteciparvi in maniera attiva e contribuendo con critiche costruttive, nell'ottica di un'integrazione ottimale nella comunità di riferimento.

La Feder s.p.e.v., in ossequio alle proprie finalità e in virtù del clima di amicizia che ne connota le qualità, contribuisce ad arricchire la vita del pensionato di benessere psicologico, autostima e assenza di emozioni negative.

Solo quando si assumono degli impegni e si impostano dei progetti da assolvere, in seno alla famiglia, società, organizzazioni, il nostro sistema immunitario viene rafforzato e le forze degenerative dell'invecchiamento rallentano.

L'anziano, che sarebbe meglio definire "diversamente giovane", rappresenta una risorsa preziosa per lo sviluppo economico e sociale della collettività. Il termine ancora più appropriato sarebbe "età saggia" per i comportamenti e i valori tipici della maturità: serenità, distacco dai beni terreni, discernimento, pacatezza.

Tutti i colleghi che dovessero condividere le finalità dell'Ente sono pertanto invitati a iscriversi alla Feder s.p.e.v.

*Dalla comunicazione del Presidente Provinciale Sassari*

**Salvatore Pintus**

Email: [pintusalvatore@tiscali.it](mailto:pintusalvatore@tiscali.it)

Le lezioni da giugno a Sassari e a Roma

## Istituito un corso di alta formazione in agopuntura auricolare clinica

È stato istituito a Sassari il corso di alta formazione in agopuntura auricolare clinica, primo e unico in Italia e secondo in Europa. Il corso si terrà al dipartimento di scienze biomediche dell'Università di Sassari, dove è già attivo il master di agopuntura antalgica, in collaborazione con la Scuola medica internazionale di agopuntura auricolare G.S.A.T.N.

Del corpo insegnanti fanno parte docenti universitari, esperti nazionali e internazionali della disciplina. Direttore del corso è il professor Alessio Pirino e coordinatore didattico il dottor Giancarlo Bazzoni.

Il corso avrà una durata di sei mesi e le lezioni inizieranno a partire da giugno del 2013. Per favorire la frequenza agli allievi provenienti da altre regioni

italiane o dall'estero, parte delle lezioni verranno svolte nella sede di Roma, avvalendosi della collaborazione organizzativa e logistica di enti pubblici e privati. Sempre nel 2013 sarà inoltre attivato il corso di formazione in agopuntura auricolare di base, riservato in questo caso ai medici e agli odontoiatri neofiti della materia. Le lezioni si svolgeranno a Sassari. Questa importante iniziativa è il frutto di un lungo lavoro portato avanti dal dipartimento di scienze biomediche dell'università, che ha prodotto contatti e collaborazioni tali da poter arrivare a questo traguardo. Una disciplina, l'agopuntura, che a Sassari ha raggiunto ormai livelli di eccellenza, e il corso che inizierà a giugno ne è il riconoscimento ufficiale.

La Scuola Internazionale di Agopuntura Auricolare è nata dall'Associazione Medica di Agopuntura Auricolare – G.S.A.T.N.–, associazione che fa parte della F.I.S.A. (Federazione Italiana delle Società di Agopuntura) dal 2003 e dell'I.C.M.A.R.T. (International Council of Medical Acupuncture And Related Techniques) ed è operativa dal 2011. Attualmente rappresenta una delle più accreditate e prestigiose realtà in Italia e in Europa per la formazione in agopuntura auricolare.

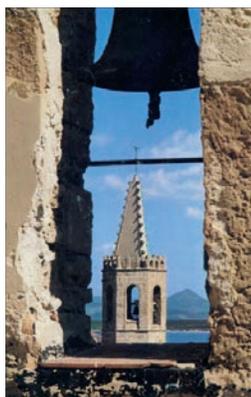
Questa scuola, anche in collaborazione con istituti universitari, è stata la prima in Italia a tenere corsi elettivi in agopuntura auricolare formando a tutt'oggi oltre 280 medici e odontoiatri capaci di applicare nel proprio ambito professionale questa disciplina.

L'attività della scuola è iniziata nel 1999, quando il dottor Giancarlo Bazzoni, che già teneva lezioni di agopuntura auricolare nelle scuole Fisa, grazie alla disponibilità dell'Ordine dei Medici che mise a disposizione la sede, iniziò a parlare di agopuntura



auricolare a un gruppo di colleghi particolarmente interessati. L'Associazione Medica di Agopuntura Auricolare - G.S.A.T.N. è un'associazione legalmente costituita, che raggruppa medici chirurghi e odontoiatri esperti in agopuntura auricolare, agopuntura somatica e medicine complementari. È nata nel 1999 a Sassari per opera di tre medici cultori di queste discipline; tra cui Giancarlo Bazzoni, presidente sino al 2006. Attualmente è la prima e unica associazione nazionale di medici esperti in agopuntura auricolare. Dalla sua fondazione a oggi l'associazione ha operato per la diffusione, la ricerca e la formazione nel campo dell'agopuntura auricolare e delle medicine complementari, anche in collaborazione con istituzioni pubbliche e organismi privati.

Dal 2000 in poi i corsi si sono susseguiti con una crescita esponenziale, in Sardegna, in Continente e all'estero in Grecia, Cipro, Bulgaria, Spagna e in altri paesi d'Europa.



Alghero. Immagini di ieri e di oggi della chiesa di Santa Maria

Due associazioni si battono per far realizzare centri residenziali

## In attesa di un hospice nel Nord Sardegna per l'assistenza ai malati terminali

L'associazione Onlus "Amici di Gianni Brundu", costituita a Siligo il 24 maggio 2011 in onore di Gianni Brundu, scomparso prematuramente a causa di una patologia tumorale, auspica la realizzazione di un hospice nel nord Sardegna, con annessa rete di cure palliative oncologiche domiciliari.

Fanno parte dei soci fondatori sia persone estranee al mondo della sanità, sia alcuni medici e infermieri che hanno assistito Gianni nel corso della malattia.

L'associazione nasce con lo spirito di non lasciare nessuno solo ad affrontare il delicato momento della sofferenza e della morte, porgendo aiuto, sollievo, presenza, non invadenza, disponibilità senza protagonismo: tutti valori che Gianni ha sempre perseguito nella sua vita.

Il sodalizio opera prevalentemente nel territorio di Siligo e paesi limitrofi, occupandosi dei pazienti e della loro famiglia dal punto di vista sanitario, sociale e umano. Purtroppo manca un hospice nel Sassarese, nonostante la prescrizione delle leggi 39/99 e 38/2010 e la crescente incidenza di malattie tumorali (e non solo) ne rendano necessaria la istituzione. L'impegno è di favorire la fondazione di tale struttura, tramite la coesione delle organizzazioni associative già esistenti che perseguono gli stessi nostri fini, in collaborazione con Asl, Azienda Ospedaliero Universitaria e Servizi Territoriali. Le attività dell'associazione sono rivolte alla promozione di eventi che servono a far conoscere la realtà degli hospice e delle cure domiciliari: convegni divulgativi, corsi per la preparazione dei volontari; supporto alle famiglie; raccolte fondi con eventi sportivi, concerti e serate musicali.

Attualmente il numero dei volontari che hanno aderito ha superato quello dei soci fondatori, arricchendoci di nuove energie ed entusiasmo, indispensabili per la realizzazione dei nostri propositi. (Pagina facebook: <https://it-it.facebook.com/amici.digianni-brundu>).

Anche l'Associazione Franco Mura lamenta che nel territorio del Sassarese manca un centro residenziale per cure palliative ai malati terminali. Gli hospice sono stati istituiti dalla legge, ma a Sassari non è applicata: in Sardegna solo Cagliari e Nuoro hanno finora realizzato questi centri. Per stimolare e sollecitare le istituzioni affinché si possa colmare questo vuoto, creando una struttura dove i pazienti e le loro famiglie possano affrontare con dignità e con l'assistenza adeguata questo difficile momento, è nata "Associazione onlus Franco Mura".

Promotore e presidente è Enrico Mura, che ha voluto intitolarla al fratello, scomparso dopo una terribile malattia: «Questa esperienza personale e dolorosa ha messo me e i miei familiari di fronte a una realtà che eravamo impreparati ad affrontare – racconta Mura, ex dirigente amministrativo scolastico – ma anche di fronte alla solitudine in cui si ritrovano il malato e chi gli vuole bene, perchè negli ospedali cittadini il paziente terminale può contare solo su un'assistenza generica, incontrando i parenti e gli amici solo nell'ora delle visite».

La legge prevede vi sia un luogo d'accoglienza nel quale il paziente è affidato a un'équipe che comprende medico, psicologo, infermiere, assistente sociale, assistente spirituale e volontario. Possono essere situati all'interno di strutture ospedaliere o sul territorio, e gestiti direttamente dalle Aziende sanitarie o da associazioni di volontariato no profit in convenzione con le Asl.

Le stesse cure offerte al loro interno possono anche essere erogate a domicilio. In un mese, l'associazione ha già raccolto 150 soci, molti dei quali sono medici e operatori sanitari. L'associazione sta già programmando una serie di iniziative pubbliche, e preparando un sito internet dedicato.

Per aderire contattare i numeri telefonici 079.278735, 333.2969355, mail: [enmura@libero.it](mailto:enmura@libero.it).

L'attività dell'ANRAS, Associazione per la ricerca e l'assistenza

## Appello ai medici di medicina generale: "C'è un riferimento per la sarcoidosi"

Filippo Martone, presidente dell'ANRAS Associazione Nazionale per la Ricerca e l'Assistenza Integrata alla Sarcoidosi), ha rivolto un'appello ai medici di medicina generale. Volentieri pubblichiamo il testo:

**G**entilissimi colleghi, molti di voi avranno sicuramente tra i propri pazienti persone affette da sarcoidosi, quindi siete a conoscenza di quanto le persone colpite da questa patologia abbiano necessità di essere seguite e di avere un riscontro appropriato proprio nel rapporto con voi, medici di base.

È indubbio che il saper cogliere i segni e sintomi di questa malattia in modo tempestivo, permette di limitare grandemente danni che, una volta prodotti non saranno più rimediabili. Questo consentirebbe al paziente una prospettiva di vita più decorosa, caratterizzata da minore invalidità e limiterebbe enormemente i costi futuri di cui la società dovrebbe farsi carico, indotti dalla gestione di un paziente cronico. E proprio per questo che voi rappresentate il primo punto di contatto in grado di riscontrare in un paziente l'insorgere del

problema specifico e quindi di segnalare, avvertire, sensibilizzare.

Ad affiancare le persone colpite da sarcoidosi e malattie affini, da un anno esiste anche l'Associazione Nazionale "Amici contro la Sarcoidosi Italia" con sede legale a Bologna e con sedi decentrate in tutte le regioni. Il sodalizio ha come scopo precipuo l'assistenza dei malati, la tutela dei loro diritti, la ricerca medico-scientifica. L'associazione quest'anno vorrà individuare, di concerto con AIPO, SIMER (associazioni di pneumologia ospedaliera e universitaria) e WASOG (associazione che riunisce nel mondo i ricercatori sulla sarcoidosi), i centri di orientamento regionali cui potranno rivolgersi le persone colpite da questa patologia, e intende costituire in seno agli stessi una commissione per la risoluzione delle problematiche a tutt'oggi irrisolte legate ai servizi sanitari e assistenziali.

Invitiamo pertanto tutti i medici di base a voler cortesemente fare riferimento all'associazione in caso di necessità e di comunicarne l'esistenza e le finalità che persegue, ai propri pazienti. Per informazioni: [www.sarcoidosi.org](http://www.sarcoidosi.org) – mail: [info@sarcoidosi.org](mailto:info@sarcoidosi.org)



Alghero. Tramonto a Capo Caccia

Serata al Teatro Verdi dell'Associazione Mariangela Pinna

## Umanizzazione in oncologia un modo nuovo per vivere la cura

Sassari, Teatro Verdi, 16 novembre 2012, ore 17.30: si apre il sipario e sulle note de "La vita l'è bela", medici, infermieri e pazienti condividono attraverso il canto una relazione diversa, al di là delle barriere dettate dai rispettivi ruoli. Raccontare la propria esperienza, individuare i limiti e le prospettive per un nuovo modo di prendersi cura ed essere curati è lo scopo del convegno organizzato con il sostegno e il contributo economico dell'Associazione Mariangela Pinna ONLUS che annualmente è solita incontrare la popolazione in un dialogo su tematiche differenti. "Umanizzazione in oncologia: incontro con medici, infermieri e pazienti" è il titolo della serata presentata da Nina Olmeo e da Rosella Lombardi.

Le autorità presenti Michele Poddighe, assessore alle politiche sociali del Comune di Sassari, Agostino Sussarellu e Rita Nonnis, rispettivamente presidente e vice presidente dell'Ordine dei Medici, e infine Bruno Contu, direttore del presidio ospedaliero dell'ASL 1, hanno mostrato attenzione e interesse al tema. Il ricco iter, iniziato anni addietro, che continua a porre al centro del dialogo e della cura la persona ammalata nella sua interezza, è stato tratteggiato da Antonio Contu, direttore dell'oncologia medica. Dalla sua relazione è emersa la necessità di recuperare, nella professione di ciascun operatore sanitario, la dimensione

del "prendersi cura" e ricondurre la medicina a tratti di umanità a volte smarriti nella pratica professionale. Stimolante la relazione dell'ospite d'onore Florence Didier, psicologa, psicoterapeuta, Codirettore dell'unità di psico-oncologia dell'Istituto Europeo di Oncologia, che ha illustrato i punti di forza e le criticità in seno alla propria realtà lavorativa rimarcando l'importanza di dare attenzione alla costruzione di una buona relazione terapeutica. Coinvolgenti e toccanti sono state le testimonianze di coloro che hanno usufruito del servizio di psico-oncologia, assolto da Sara Marredda, psicologa-psicoterapeuta e da Valeria Sanna, oncologa-psicoterapeuta. Il percorso di psicoterapia individuale e di gruppo e i laboratori ginnico, musicale e di bellezza sono stati una preziosa fonte di aiuto per ritrovare un benessere psicologico che si credeva perso definitivamente.

La serata è stata animata dai medley interpretati dal vivo dal gruppo "Band & Breakfast", composto dalle pazienti del laboratorio musicale, e seguito dai musicisti Alessandro Tanca, Natalino Pazzola, Giovanna Pani e Antonio Pazzola.

Alle 20,30 il sipario del Teatro Verdi si è chiuso con le note de "Il mio canto libero" interpretata all'unisono da medici, infermieri e pazienti.



I partecipanti alla serata dell'Associazione Mariangela Pinna e il gruppo "Band & Breakfast"

## QUEI SILENZI SUGLI ABUSI AI MINORI E SULLE VIOLENZE CONTRO LE DONNE

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari, il Consiglio dell'Ordine Forense di Sassari e i 4 Lions Club della zona A della VII Circoscrizione Distretto Lions 108 L (Sassari Host, Sassari Montetoro, Castelsardo e Porto Torres) hanno organizzato un convegno dal titolo "Dall'abuso sui minori alla violenza sulle donne: combattiamo il silenzio", sabato 9 marzo 2013 nell'aula magna dell'Università di Sassari. Il convegno inizierà alle ore 8.30 e si concluderà alle ore 14.00. All'evento porteranno i saluti Mario Marras, presidente del Lions Club Sassari Host, il presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari, Agostino Susarellu, il presidente del Consiglio Forense di Sassari, Francesco Milia e interverranno in qualità di relatori



gli avvocati Mariano Mameli ed Elvira Useli, il magistrato Guido Vecchione, Cristiano Depalmas, Noemi Sanna, Salvatore Dessole, Elena Mazzeo e il sostituto procuratore Paolo De Angelis. L'incontro, moderato dalla dottoressa Rita Nonnis e dall'avvocato Cristina Sardu, si concluderà con una tavola rotonda a cui parteciperanno i rappresentanti delle istituzioni e delle associazioni del territorio. Pietro Salsano [comandante provinciale dei carabinieri], Antonello Pagliei [questore di Sassari], Maria Giovanna Monte [direttrice del Progetto Aurora-Centro Antiviolenza di Sassari], Paola Benedetto e Piera Porcheddu [referenti Spazio Neutro], Sergio Rassu [direttore Pronto Soccorso].

Il convegno è accreditato presso il programma di formazione continua in medicina (ECM) per 50 partecipanti e prevede 5 crediti formativi. Per iscrizioni chiamare gli uffici dell'Ordine dal 9-02-2013.



## ALGHERO/CONGRESSI ODONTOIATRICI IN GIUGNO

Si svolgerà, ad Alghero dal 13 al 15 giugno 2013, il 26° Congresso Nazionale e 7° Congresso Internazionale AIO (Associazione italiana Odontoiatri) intitolato: Focus on dentistry: "La salute dei denti fa sorridere il tuo cuore" "Healty teeth let your heart smile". Sarà un'occasione di connubio tra aggiornamento scientifico e scoperta del territorio. La Sardegna verrà presentata a tutto tondo, dalle tradizioni popolari ai beni archeologici e storici alla produzione agro-alimentare. L'importanza dei temi scientifici trattati, la rilevanza internazionale dei relatori e gli eventi proposti, permetteranno ai colleghi, italiani e non, una irripetibile esperienza culturale in terra sarda. Saranno previste diverse attività collaterali come la regata velica di beneficenza che si terrà l'11 e il 12 giugno.

## CONVEGNO DELL'ORDINE SULLA PUBBLICITÀ SANITARIA

L'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Sassari il 13 aprile 2013 organizza il convegno "Informazione sanitaria: strategie di incontro tra il rispetto del codice deontologico e le esigenze di comunicazione." (4 crediti ECM per i primi 100 iscritti). **Programma:** ore 9:00 saluto delle autorità e presentazione della giornata da parte del presidente CAO Pierluigi Delogu; ore 9:30 Antonio Pinna: relazione sulle linee di indirizzo sull'informazione sanitaria; ore 10:30 avvocato Roberto Longhin, consulente dell'Ordine dei Medici Torino: legittimità dei messaggi pubblicitari; ore 11:30 pausa; ore 11:45, tavola rotonda/dibattito; ore 13 chiusura dei lavori. Informazioni e iscrizioni: rivolgersi agli uffici dell'Ordine dal 13 marzo 2013.

**SINDROME  
DI HIKIKOMORI:  
DIPENDENZA DA WEB**

La web-dipendenza è ormai una vera e propria malattia: in Italia 240 mila studenti tra gli 11 ed i 16 anni passano mediamente più di tre ore al giorno dinanzi al PC, con esacerbazioni che sfociano nella cosiddetta sindrome di Hikikomori (letteralmente "stare in disparte, isolarsi") che ha delle caratteristiche ben precise e provoca certamente conseguenze gravi, nel tempo, alla salute degli adolescenti.

Il fenomeno, già presente in Giappone dalla seconda metà degli anni '80, ha incominciato a diffondersi negli anni 2000 anche negli Stati Uniti e in Europa. Il bambino o adolescente, affetto da questa patologia, frequenta la scuola con un profitto appena sufficiente, interpretando l'ambiente didattico come un noioso obbligo, e viene poi completamente assorbito dalla realtà parallela. Non ha amici, se si escludono le consolle per videogiochi o il computer, e passa 10-12 ore quotidianamente in altre dimensioni: abitudine che porta a un vero e proprio isolamento sociale. Le istituzioni italiane purtroppo non sembrano preoccuparsi dell'incedere di questa vera e propria malattia, e questo rappresenta un evidente limite.

La sindrome di Hikikomori si traduce in una sorta di allontanamento dalla vita reale, caratterizzato dal rifiuto delle attività ludiche (sport, socialità) e dal trasferimento dei propri interessi in un contenitore virtuale che assorbe completamente la vita di chi ne viene colpito. Si tratta di una delle tante forme emergenti di dipendenza che purtroppo sta lievitando, e che spesso viene confusa con situazioni psicopatologiche diverse.

Una assuefazione che va affrontata e prevenuta innanzitutto attraverso la conoscenza del fenomeno che è invece ancora sottaciuto.



**CELIACHIA: IN ITALIA  
NE SOFFRONO OLTRE 35.000  
MA SONO ANCORA MOLTI  
I CASI NON DIAGNOSTICATI**

La celiachia e le patologie correlate al glutine (da non confondere con la semplice sensibilità al glutine) sono in costante aumento non solo in Italia ma anche a livello mondiale, con un'incidenza compresa tra lo 0.6% e l'1% nella popolazione generale; in Cina e India ad esempio, dove l'alimentazione si sta velocemente europeizzando, aumenta la frequenza dei casi a fronte di notevoli difficoltà diagnostiche. Alcuni studi recenti dimostrano come in Europa soltanto il 21% dei casi di celiachia sia diagnosticato clinicamente. Le donne vengono colpite circa 1.5 - 2 volte in più rispetto agli uomini, e chi contrae tale affezione presenta almeno un familiare di primo grado che ne condivide il disagio (fino al 15 per cento per il fattore di familiarità).

Nella celiachia, le proteine complesse del grano, della segale e dell'orzo innescano l'attacco del sistema immunitario ai danni dell'intestino tenue. Se non diagnosticata e curata con attenzione, questa può portare allo sviluppo di altre patologie autoimmuni, tra le quali annoveriamo principalmente il



diabete di tipo I (fra il 5% e il 16% dei casi), e in minor percentuale osteoporosi, infertilità, danni neurologici e, in rari casi, anche al cancro.

L'incidenza rilevata dell'intolleranza al glutine risulta più accentuata naturalmente nei paesi la cui cucina si basa sui derivati del grano, come l'Italia.

Una persona su 120 ne risulta affetta e questo fa della celiachia la malattia genetica più diffusa.

## IN ITALIA TROPPI PARTI CESAREI

Su un campione di 1.117 cartelle cliniche esaminate, nel 43% dei casi il parto cesareo non è giustificato. "Questa indagine - ha detto il ministro Balduzzi - è una conferma positiva del buon funzionamento del sistema sanitario nazionale per quanto riguarda gli strumenti disponibili per inter-



venire, ma anche un campanello di allarme perché nonostante le linee guida esistenti per fare bene le cose abbiamo questi risultati.

L'inappropriatezza del parto cesareo è qualcosa che va a incidere pesantemente sulla salute della donna, quindi è evidente che bisogna intervenire. L'abuso del ricorso al parto cesareo, secondo l'indagine, è omogeneo da un punto di vista geografico: le cartelle cliniche non coerenti con le schede di dimissione ospedaliera o non valutabili per assenza di documentazione sono infatti il 44% di quelle esaminate in Lombardia, il 74% di quelle oggetto dell'indagine nelle Marche, il 44% nel Lazio, il 56% in Puglia e il 78% in Sicilia. Nel 2010 il 29% delle nuove mamme hanno avuto un parto cesareo. Si stima uno spreco di 85 milioni di euro con un 43% di parti cesarei molto probabilmente ingiustificati. Ci sono comportamenti opportunistici", ha detto il ministro Renato Balduzzi alla presentazione dell'indagine a Roma. Infatti, ha ricordato Carlo Perucci dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, le strutture ospedaliere percepiscono dalle Regioni un rimborso aggiuntivo di 1.139 euro per ciascun parto cesareo oltre a quello previsto per il parto naturale, che ammonta a 1.318,64 euro.

"Nel 2012 la percentuale di parti cesarei sul totale dei parti è scesa al 28% circa ma si tratta di una media che resta ampiamente al di sopra di quella europea". In conclusione, le particolari condizioni del feto che rendono necessario un parto cesareo hanno una frequenza nazionale del 8%; ci sono strutture in cui la media è il 20% e altre in cui addirittura si supera il 50% dei casi. L'indagine, che sarà coordinata e approfondita anche dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, mira a frenare il fenomeno degli interventi non giustificati.

## DISPOSIZIONI LEGGE DI STABILITÀ DI INTERESSE ODONTOIATRICO

La legge 228/12 (Legge di stabilità 2013), entrata in vigore il 1° gennaio 2013, all'art. 1, comma 388, prevede la proroga al 30 giugno 2013 del termine per l'autocertificazione sulla effettuazione della va-

lutazione dei rischi. La norma è di particolare rilevanza per tutti i titolari di studi medici e odontoiatrici che occupano fino a 10 lavoratori. Inoltre si rileva che l'art. 1, comma 515, della Legge 228/12 dispone sia istituito, a decorrere dal 2014, un fondo finalizzato a escludere dall'ambito di applicazione dell'imposta regionale sulle attività produttive, le persone fisiche esercenti le attività commerciali, ovvero arti e professioni, che non si avvalgono di lavoratori dipendenti o assimilati e che impiegano, anche mediante locazione, beni strumentali il cui ammontare massimo è determinato con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze. La dotazione annua del predetto fondo è di 188 milioni di euro per l'anno 2014, di 252 milioni di euro per l'anno 2015, e di 242 milioni di euro a decorrere dall'anno 2016. La portata di tale disposizione è di particolare rilevanza perché l'esclusione dei professionisti dall'IRAP viene definita di fatto con il decreto sopraccitato che determinerà il valore dei beni strumentali che danno diritto all'esenzione. Si evidenzia però che tale normativa non entrerà in vigore nel breve termine. Infine l'art. 1, comma 134, della Legge 228/12 dispone che al fine di promuovere iniziative a favore della sicurezza delle cure e attuare le pratiche di monitoraggio e controllo dei contenziosi in materia di responsabilità professionale, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano possono prevedere, all'interno della propria organizzazione, strutture di gestione del risk management che includano competenze di medicina legale, medicina del lavoro, ingegneria clinica e farmacia.

## **NUMERAZIONE FATTURE: LE NUOVE NORME**

La legge di stabilità 2013 prevede che le fatture, applicabili alle operazioni effettuate a partire dal 1 gennaio 2013, abbiano un numero progressivo che le identifichi in modo univoco. L'Agenzia dell'Entrate chiarisce che la tipologia di numerazione progressiva può essere adottata secondo due modalità. La prima consiste nell'adozione di una numerazione progressiva per tutte le fatture senza il successivo azzeramento

previsto alla fine di ciascun anno solare. La seconda prevede invece l'adozione della "tradizionale" numerazione progressiva, con azzeramento all'inizio di ciascun anno solare, individuando unicamente la fattura con l'anno di emissione della stessa. È importante verificare sempre che i numeri progressivi, così come sopra attribuiti, siano trascritti nel registro delle fatture.

## **PRESCRIZIONE MEDICA E CARTELLA CLINICA DIGITALE**

Gli emendamenti proposti dalla FNOMCeO alla commissione Industria, Commercio, Turismo del Senato della Repubblica sono stati approvati nelle sedute del 27 Novembre e 3 Dicembre 2012. In particolare si vuole significare l'emendamento all'articolo 13, che prevede che, in caso di mancato rilascio da parte del medico delle prescrizioni di farmaceutica e specialistica in formato elettronico, "affinché si configuri l'ipotesi di illecito disciplinare, devono ricorrere sia l'elemento oggettivo dell'inosservanza all'obbligo di trasmissione, sia l'elemento soggettivo del dolo o della colpa". Con l'accoglimento di tale modifica si evita che il medico sia esposto a sanzioni ingiustificate e sproporzionate, o che sia obbligato a rifiutare il rilascio della prescrizione stessa.

## **LA PRESCRIZIONE MEDICA È SEMPRE NECESSARIA PER LE PRESTAZIONI DEI PROFESSIONISTI SANITARI**

La FNOMCeO, ritiene necessario chiedere le opportune modifiche e integrazioni riguardo a quanto indicato nella circolare n. 19/E dell' Agenzia delle Entrate, con specifico riferimento a quanto contenuto al punto 2.2, relativo alla detrazione per spese sanitarie. Nella circolare, andando in contrario avviso rispetto a quanto precedentemente indicato in atti ufficiali dell'Agenzia, si elimina il vincolo alla prescrizione medica per quanto riguarda la detrazione d'imposta di cui all'art. 15, comma 1, lettera c), del TUIR. Al fine di evitare fraintendimenti di carattere sostanziale, occorre evidenziare, ad avviso della

FNOMCeO, che le prestazioni sanitarie rese da questi professionisti devono comunque essere legittimate da un indirizzo diagnostico-terapeutico di competenza del medico. Al riguardo è necessario ricordare che i decreti ministeriali relativi ai profili delle professioni sanitarie riabilitative di podologo, fisioterapista, logopedista, ortottista-assistente di oftalmologia e di terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva prevedono la necessità della prescrizione del medico quale elemento propedeutico allo svolgimento degli interventi terapeutici di competenza.

### LEGGE 221/12 SULLA POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA E SULLE CERTIFICAZIONI DI MALATTIA

La legge n. 221/12 contiene disposizioni di particolare rilievo per la categoria professionale medica e per gli stessi Ordini provinciali. L'art. 5 recante "Posta elettronica certificata - indice nazionale degli indirizzi delle imprese e dei professionisti", prevede che "al fine di favorire la presentazione di istanze, dichiarazioni e dati, nonché lo scambio di informazioni e documenti tra la pubblica amministrazione e le imprese e i professionisti in modalità telematica, è istituito, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente disposizione e con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, il pubblico elenco denominato "Indice nazionale degli indirizzi di posta elettronica certificata (INI-PEC) delle imprese e dei professionisti, presso il Ministero per lo sviluppo economico". L'Indice nazionale è realizzato a partire dagli elenchi di indirizzi PEC costituiti presso il registro delle imprese e gli ordini o collegi professionali, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 16 del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 gennaio 2009, n. 2. L'accesso all'INI-PEC è consentito alle pubbliche amministrazioni, ai professionisti, alle imprese, ai gestori o esercenti di pubblici servizi ed a tutti i cittadini tramite sito web e senza necessità di autenticazione. L'indice

è realizzato in formato aperto, secondo la definizione di cui all'articolo 68, comma 3. Nel decreto sono anche definite le modalità e le forme con cui gli ordini e i collegi professionali comunicano all'Indice nazionale tutti gli indirizzi PEC relativi ai professionisti di propria competenza e sono previsti gli strumenti telematici resi disponibili dalle Camere di commercio per il tramite delle proprie strutture informatiche al fine di ottimizzare la raccolta e aggiornamento dei medesimi indirizzi".

L'art. 7 concernente "Trasmissione telematica delle certificazioni di malattia nel settore pubblico", ai commi 1 e 2, estende l'ambito di applicazione delle norme già vigenti sulle certificazioni di malattia per i dipendenti pubblici e sulla loro trasmissione per via telematica, ai dipendenti pubblici attualmente esclusi. L'estensione riguarda: i magistrati ordinari, amministrativi e contabili; gli avvocati e procuratori dello Stato; il personale della carriera diplomatica, della carriera prefettizia e della carriera dirigenziale penitenziaria; il personale della Banca d'Italia, della Consob e dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato; i professori ed i ricercatori universitari.

Rimane escluso dall'obbligo di rilascio in modalità telematica delle certificazioni di malattia il personale appartenente alle forze armate e ai corpi armati dello Stato e al corpo dei Vigili del fuoco. Si ricorda inoltre che le norme oggetto di estensione di cui all'articolo 55-septies del D.Lgs. 165 del 2001 prevedono, tra l'altro che nell'ipotesi di assenza per malattia protratta per un periodo superiore a dieci giorni, e, in ogni caso, dopo il secondo evento di malattia nell'anno solare l'assenza viene giustificata esclusivamente mediante certificazione medica rilasciata da una struttura sanitaria pubblica o da un medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale; l'obbligo, in tutti i casi di assenza per malattia, di invio della certificazione medica per via telematica, da parte del medico o della struttura sanitaria che la rilascia, all'INPS, il quale l'inoltra, sempre in via telematica, all'amministrazione interessata. L'art. 7-1 bis prevede che il medico o la struttura sanitaria invii telematicamente la medesima certificazione all'indirizzo di posta elettronica personale del lavoratore qualora il medesimo ne faccia richiesta

fornendo un valido indirizzo. L'art. 7, comma 3, concerne la certificazione di malattia dei figli, in relazione al relativo congedo spettante al lavoratore dipendente (sia privato sia pubblico) e mira ad uniformare gli adempimenti a carico dei medici curanti, che non dovranno utilizzare procedure diverse (telematiche o cartacee) in base alla tipologia del lavoratore.

La novella, confermando che la certificazione in oggetto deve essere rilasciata da un medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato, sostituisce l'obbligo di presentazione al datore di lavoro del medesimo certificato da parte del dipendente con l'invio in via telematica da parte del medico summenzionato all'INPS, il quale l'inoltra immediatamente, sempre in via telematica, al datore di lavoro. Il medesimo comma 3 prevede che, ai fini della fruizione del congedo in oggetto, il lavoratore comunichi direttamente al medico, all'atto della compilazione del certificato, le generalità del genitore che usufruirà del congedo medesimo. L'articolo 12 recante "Fascicolo sanitario elettronico e sistemi di sorveglianza nel settore sanitario" ha lo scopo di completare e rendere coerente il quadro normativo in materia, privo di una disciplina organica a livello nazionale. L'art. 12, al comma 1, introduce l'istituto del fascicolo sanitario elettronico (FSE), definendolo come l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito. Il comma 3 precisa che il FSE è alimentato in maniera continuativa dai soggetti del SSN e dei servizi socio-sanitari regionali che prendono in cura l'assistito senza ulteriori oneri per la finanza pubblica. Il comma 3-bis, inserito nel corso dell'esame presso il Senato, prevede che il FSE possa essere alimentato esclusivamente sulla base del consenso libero e informato da parte dell'assistito. La consultazione dei dati e dei documenti presenti nel FSE per le predette finalità

possa essere realizzata soltanto con il consenso dell'assistito e sempre nel rispetto del segreto professionale, salvo i casi di emergenza sanitaria secondo modalità individuate al riguardo. Il mancato consenso dell'assistito non pregiudica il diritto all'erogazione della prestazione sanitaria. Il comma 6-bis, inserito nel corso dell'esame presso il Senato, prevede che la consultazione dei dati e dei documenti presenti nel FSE possa avvenire soltanto in forma protetta e riservata. Il nuovo comma 11-bis dell'articolo 15 prevede che "Il medico che curi un paziente, per la prima volta, per una patologia cronica, ovvero per un nuovo episodio di patologia non cronica, per il cui trattamento sono disponibili più medicinali equivalenti, indica nella ricetta del Servizio Sanitario Nazionale la denominazione del principio attivo contenuto nel farmaco oppure la denominazione di uno specifico medicinale a base dello stesso principio attivo accompagnato dalla denominazione di quest'ultimo.

L'indicazione dello specifico medicinale è vincolante per il farmacista ove nella ricetta sia inserita, corredata obbligatoriamente da una sintetica motivazione, la clausola di non sostituibilità di cui all'articolo 11, comma 12, del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27. L'indicazione è vincolante per il farmacista anche quando il farmaco indicato abbia un prezzo pari a quello di rimborso, fatta comunque salva la diversa richiesta del cliente".

Di fatto il comma sopraccitato prevede le seguenti novità: per il medico, le due possibilità di prescrivere il principio attivo oppure il principio attivo e il nome commerciale del medicinale; per il farmacista, la sostituzione del farmaco indicato con un altro prodotto di identico prezzo, su richiesta del cliente, anche nel caso di indicazione del nome del medicinale sulla ricetta da parte del medico.



## PROROGA CORSI FAD

Sono stati prorogati i termini entro i quali è possibile partecipare ai corsi FAD ECM promossi dalla FNOMCeO e dall'IPASVI. I corsi vengono effettuati

in collaborazione con il Ministero della Salute.

Per il corso "Audit Clinico" in modalità fax è prevista la scadenza dell'08-09-2013.

Per il corso "Sicurezza dei pazienti" in modalità fax la scadenza è prevista al 31-07-2013.

Per il corso "Appropriatezza delle cure" in modalità fax è prevista la scadenza del 30-09-2013.

## ASSISTENTE ALLA POLTRONA CONCORRE A REATO DI ESERCIZIO ABUSIVO DELLA PROFESSIONE

La Corte d'Appello di Milano ha confermato la sentenza di primo grado relativa ad alcuni fatti connessi all'esercizio abusivo della professione di odontoiatra di cui a diverso titolo erano imputati un odontotecnico, l'assistente alla poltrona e il direttore sanitario della struttura.

La Corte di Cassazione, nella sentenza depositata il 3 gennaio 2013, nel confermare la pronuncia del giudice d'appello, ha chiarito alcuni interessanti profili anche in ordine al concorso nel reato contestato all'assistente.

### Il diritto

Il ruolo concorsuale di un soggetto può esplicarsi attraverso le condotte più varie.

L'attività costitutiva del concorso può infatti essere rappresentata da qualsiasi comportamento che fornisca un apprezzabile contributo alla realizzazione dell'altrui proposito criminoso o che agevoli l'opera dei concorrenti, in tutte o in alcune delle fasi di ideazione, organizzazione e esecuzione, nelle quali si snoda l'iter criminis.

Ne deriva che la distinzione tra connivenza non punibile e concorso nel reato risiede nel fatto che la prima postula che l'agente mantenga un comportamento meramente passivo inidoneo ad apportare un contributo alla realizzazione del reato mentre, nel concorso, è richiesto un contributo partecipativo morale o materiale, alla condotta criminosa altrui, caratterizzato, sotto il profilo psicologico, dalla coscienza e volontà di arrecare un apporto concorsuale

alla realizzazione dell'evento illecito.

La Suprema Corte, sulla base di questi principi, ha ritenuto corretto il ragionamento seguito dalla Corte d'appello secondo cui l'attività di assistenza alla poltrona integra gli estremi del concorso nel reato di esercizio abusivo della professione, dato che, in tale ruolo l'imputata materialmente aiutava colui che abusivamente curava la paziente, porgendo strumenti ed esplicando tutti i compiti tipici dell'assistente.

### Esito del giudizio

La sentenza è stata annullata per l'intervenuta prescrizione del reato ferme restando le statuizioni civili. (Avv. Ennio Grassini - [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net))

## SEGNALAZIONE DELLE FORZE DELL'ORDINE

Il comando carabinieri per la tutela della salute, in data 4 dicembre 2012, ha comunicato alla FNOM-CeO che il Tribunale ordinario di Roma, con sentenza del 20-07-2011, ha ufficialmente dichiarato la falsità del diploma n°0104149 rilasciato dal Ministero dell'Educazione Nazionale Rumeno in favore di Roberto Ratti (Cenusco sul Naviglio, 07-04-1967), disponendone la cancellazione nei modi di legge.

Roberto Ratti non risulta essere iscritto in alcun Ordine provinciale italiano, e si prega di prestare attenzione a eventuali richieste di iscrizione o di collaborazione da parte di tale persona.



Le nuove norme in vigore dal 1° gennaio 2013

# La riforma delle pensioni Enpam con i requisiti del decreto "Salva Italia"

La Fondazione Enpam ha approvato la riforma delle pensioni che garantisce una sostenibilità a oltre 50 anni del suo sistema previdenziale. La cassa dei medici e degli odontoiatri è il primo ente previdenziale privatizzato a mettersi in regola con i nuovi requisiti introdotti dal decreto "Salva Italia".

La riforma ha ricevuto il nulla osta dei ministeri del Lavoro e dell'economia ed è in vigore dal 1° gennaio 2013.

Questi i criteri seguiti negli interventi di riordino approvati:

- il rispetto del pro rata: la parte di pensione maturata fino al 31/12/2012 verrà calcolata con i vecchi criteri; non verrà toccato quanto assegnato prima del 2013 (contributi ordinari, aliquota modulare, riscatti della laurea, allineamento, etc);

- la valutazione della tenuta del sistema su un unico bilancio tecnico della Fondazione. Si è tenuto conto del saldo corrente (che include anche i proventi del patrimonio).

Per i fondi maggiori il metodo di calcolo della pensione resta il contributivo indiretto Enpam; un sistema

che considera "un periodo di riferimento per il computo del reddito pensionabile pari all'intera vita lavorativa, sempre nella previsione di aliquote di rendimento che garantiscano l'equità attuariale e la sostenibilità finanziaria del sistema" (cit. Elsa Fornero).

Un secondo vantaggio è che la rivalutazione è agganciata all'inflazione (che notoriamente è sempre in crescita) invece che al PIL, che può avere anche un andamento prossimo allo zero (come accaduto nel 2011) o addirittura negativo (come previsto per il 2012).

La riforma è anche caratterizzata da un percorso di omogeneizzazione del regime previdenziale delle gestioni.

## Modifiche comuni a tutte le regioni

Pensione di vecchiaia (Tabella 1): Innalzamento graduale dell'età per la pensione di vecchiaia dagli attuali 65 anni fino a 68 anni (dal 2018)

Pensione anticipata (Tabella 2):

Resta possibile andare in pensione anticipata, anche se, come richiesto dal ministro Fornero, l'età minima

Fino al 31.12.2012	2013	2014	2015	2016	2017	Dal 2018 in poi
65 anni	65 anni e 6 mesi	66 anni	66 anni e 6 mesi	67 anni	67 anni e 6 mesi	68 anni

Tabella 1

Fino al 31.12.2012	2013	2014	2015	2016	2017	Dal 2018 in poi
58 anni con applicazione finestre	59 anni e 6 mesi	60 anni	60 anni e 6 mesi	61 anni	61 anni e 6 mesi	62 anni

Tabella 2

aumenterà fino a 62 anni (dal 2018). Chi sceglierà il pensionamento anticipato avrà una riduzione rispetto alla pensione ordinaria perché percepirà l'assegno per un numero maggiore di anni.

Oltre che il requisito dell'età minima sarà necessario maturare un'anzianità contributiva di 35 anni e un'anzianità di laurea di 30 anni; oppure, senza il requisito dell'età minima, si potrà andare in pensione anticipata con un'anzianità contributiva di 42 anni e un'anzianità di laurea di 30 anni.

## Contributi

L'aliquota contributiva resta per tutti la stessa fino al 2014. Si prevede un aumento graduale dal 2015, quando cioè verranno sbloccate le convenzioni.

*(Valido per i fondi che rimangono al contributivo indiretto).*

## Premio per chi rimane

Chi resterà a lavoro più a lungo continuerà ad essere premiato: i contributi versati dopo il compimento dell'età per la pensione di vecchiaia varranno il 20% in più.

*(Valido per i fondi che rimangono al contributivo indiretto).*

## Misure a favore dei giovani

Per le giovani generazioni sono previste misure migliorative. Gli iscritti con età inferiore ai 50 anni potranno contare, a partire dal 1° gennaio 2013, su un tasso di rivalutazione dei contributi versati al 100% dell'inflazione, per tutti gli altri invece il tasso è pari al 75%.

La flessibilità del sistema Enpam consentirà anche la possibilità di aumentare l'aliquota di prestazione (o aliquota di rendimento) sulla base dell'avanzo economico che risulterà dai prossimi bilanci tecnici. L'incremento dell'aliquota farà crescere l'importo della rendita mensile della pensione.

*(Valido per i fondi che rimangono al contributivo indiretto).*

## Contributivo indiretto a valorizzazione immediata

L'Enpam finora aveva definito il suo sistema come retributivo reddituale; nella realtà si tratta di un vero e

proprio metodo contributivo perché le pensioni sono legate ai contributi versati lungo l'arco dell'intera vita lavorativa, con l'uso di un'aliquota di prestazione (o aliquota di rendimento) che la Fondazione stabilisce sulla base di tecniche attuariali. Il metodo Enpam viene definito contributivo indiretto perché, ai fini del calcolo, la prestazione viene determinata in base ai compensi rivalutati (comunque sempre ricostruiti a partire dalla contribuzione versata). È un meccanismo a valorizzazione immediata perché consente di assegnare subito ai contributi pagati un valore certo, che sarà riscosso al momento del pensionamento. Questo metodo rimane per i fondi della medicina generale, degli specialisti ambulatoriali e della libera professione che in totale rappresentano oltre l'80% delle entrate contributive dell'Enpam.

## MODIFICHE SPECIFICHE

**Fondo dei medici di medicina generale** (68.670 iscritti attivi; 53% delle entrate contributive Enpam).

L'aliquota contributiva rimane al 16,5%, per i medici di medicina generale, e al 15%, per i pediatri, fino al 31 dicembre 2014. Nel 2015 l'aliquota passerà al 17% per i medici e al 16% per i pediatri. Dal 2016 è previsto un aumento graduale dell'1% all'anno fino a un massimo del 26% (nel 2024; per i pediatri nel 2025). I contributi versati dal 1° gennaio 2013 verranno trasformati in rendita mensile con un'aliquota di prestazione (o di rendimento) dell'1,4%. Per i pediatri quest'aliquota verrà calcolata in proporzione all'aliquota di contribuzione fino a raggiungere l'1,4% dal 2025 in poi. Resta in vigore il metodo di calcolo dell'Enpam, il contributivo indiretto.

## Fondo degli specialisti ambulatoriali

(17.720 iscritti attivi; 14% delle entrate contributive Enpam) Dal 1° gennaio 2013 anche per gli specialisti ambulatoriali sarà più semplice calcolare la pensione. La parte di prestazione maturata a partire da questa data, infatti, verrà determinata con lo stesso metodo (contributivo indiretto) già impiegato per il fondo della medicina generale.

L'aliquota contributiva resterà al 24% fino al 2014. A partire dal 1° gennaio 2015 ci sarà un aumento graduale di un punto percentuale all'anno fino ad allinearsi all'aliquota media dei dipendenti che è del 32,65% (nel 2023). L'aliquota di prestazione (o rendimento) sarà il 2,10% all'anno (per gli iscritti con contratto di dipendenza sarà del 2,30%). Visto che la pensione verrà calcolata con il contributivo indiretto, lo "zainetto" maturato fino al 31 dicembre 2012 verrà rivalutato al 100% dell'Istat.

Dal 1° gennaio 2013 gli iscritti che hanno scelto il contratto di dipendenza potranno andare in pensione con gli stessi requisiti che sono validi per gli iscritti convenzionati.

### **Liberi professionisti (Quota B del Fondo generale)**

(151.948 iscritti attivi; 15% delle entrate contributive Enpam).

L'aliquota contributiva resta il 12,5% fino al 2014. Dal 1° gennaio 2015 ci sarà un aumento graduale dell'1% all'anno fino a un massimo del 19,5% (nel 2021). I contributi versati dal 1° gennaio 2013 verranno trasformati in rendita mensile con un'aliquota di prestazione (o rendimento) dell'1,25%.

È previsto anche un aumento del tetto di reddito entro il quale si pagano i contributi ordinari: nel 2013 sarà di 70.000 euro, nel 2014 sarà di 85.000 euro, fino ad agganciarsi, dal 2015 in poi, al massimale stabilito dalla legge per l'Inps.

Il metodo di calcolo della pensione resta il contributivo indiretto Enpam.

### **Specialisti esterni**

(6.629 iscritti attivi; 0,8% delle entrate contributive Enpam).

La pensione verrà calcolata in base al contributivo definito dalla legge 335/95. La parte di pensione maturata fino al 31 dicembre 2012 dagli specialisti convenzionati in forma individuale verrà calcolata con il contributivo indiretto.

### **Fondo generale – Quota A**

(Vi contribuiscono obbligatoriamente tutti i 348.846 medici e odontoiatri iscritti all'Ordine; 17% delle entrate contributive Enpam)

La Quota A passa al metodo di calcolo contributivo definito dalla legge 335/95.

Per la Quota A continua a non essere prevista la pensione anticipata. Tuttavia, su richiesta dei sindacati dei dipendenti, è stata mantenuta la possibilità di andare in pensione a 65 anni per chi sceglierà il contributivo (legge 335/95) su tutta l'anzianità maturata, in analogia a quanto previsto dal ministro Fornero per il pensionamento anticipato delle donne nel sistema previdenziale pubblico.

Le quote da versare restano sostanzialmente invariate, cambia solo il meccanismo d'indicizzazione: dal 1° gennaio 2013 i contributi saranno indicizzati nella misura del 75% del tasso di inflazione (previsto pari al 2%) maggiorato di un punto e mezzo percentuale.

### **Che cos'è**

La Quota A è il fondo pensionistico obbligatorio per tutti i medici e gli odontoiatri iscritti all'Albo professionale. Dà diritto a tutte le prestazioni della previdenza obbligatoria, garantisce:

- una pensione di base (attualmente di circa 200 euro al mese);
- una pensione di circa 15 mila euro (minimo) nei casi di invalidità o di decesso dell'iscritto in attività (si applica anche ai giovani medici o dentisti indipendentemente da quanti contributi hanno versato);
- l'indennità di maternità anche se l'iscritta non ha redditi professionali;
- prestazioni assistenziali (es: calamità naturali, indigenza, assistenza domiciliare).

La riforma è stata approvata dal Consiglio di amministrazione della Fondazione Enpam il 16 marzo 2012 e, limitatamente alla determinazione della contribuzione della Quota A, dal Consiglio nazionale del 24 marzo 2012. La riforma ha ottenuto il via libera definitivo dei ministeri del Lavoro e dell'Economia nel mese di novembre 2012 ed è in vigore dal 1° gennaio 2013.



Alghero. L'isola della Foradada

## Uno sportello di orientamento a Sassari per aiutare immigrati e indigenti

L'Azienda Sanitaria Locale di Sassari ed Emergency insieme per aiutare gli immigrati e gli indigenti ad accedere con più facilità alle cure del Servizio Sanitario Nazionale.

Il 14 gennaio è stato firmato il protocollo d'intesa che avvia ufficialmente lo sportello di orientamento socio-sanitario di Emergency al piano terra del Palazzo Rosa, in via Monte Grappa 82. Il protocollo è stato sottoscritto nella sede della direzione generale di via Catalocchino; erano presenti il direttore generale della Asl 1, Marcello Giannico, il vice presidente di Emergency, Alessandro Bertani, e Andrea Belardinelli, coordinatore del Programma Italia. Hanno preso parte all'incontro anche il sindaco di Sassari, Gianfranco Ganau, il vice prefetto aggiunto Riccardo Mattei e il presidente dell'Ordine dei Medici, Agostino Sussarellu.

"L'iniziativa rappresenta l'unica realtà di questo genere in Sardegna e in Italia. Il fatto che Emergency abbia scelto Sassari e la nostra Azienda non può che inorgoglierci" ha affermato Marcello Giannico, sottolineando che "nel nostro territorio sono ancora molti gli immigrati che non riescono ad accedere alle cure a causa di difficoltà linguistiche o per scarsa conoscenza dei propri diritti". Nel nord Sardegna sono circa 18 mila gli stranieri regolari mentre quelli irregolari si stima siano più del 35 per cento del totale.

"Un fattore, quello della clandestinità, che induce l'immigrato a non ricorrere alle cure mediche per paura di essere denunciato" ha spiegato il direttore generale della ASL di Sassari. Grazie ai volontari di Emergency il personale medico potrà dare assistenza a queste fasce di popolazione più vulnerabili e allo stesso tempo diffondere loro quella cultura della prevenzione fondamentale per il nostro sistema sanitario.

"Lo spirito del progetto è infatti di piena collaborazione e integrazione con il sistema sanitario nazionale, l'obiettivo è quello di lavorare insieme con le strutture istituzionali e associative presenti sul territorio per intercettare e includere al meglio la popolazione migrante e indigente e indirizzarla verso il corretto percorso di cura. È in questo modo che vogliamo dare una possibilità concreta di accesso alle cure a chi ne ha bisogno rispettando un diritto previsto dalla nostra costituzione" ha aggiunto Andrea Bellardinelli, coordinatore del Programma Italia.

Nell'infopoint i pazienti possono usufruire anche di un servizio di orientamento socio-sanitario per pratiche amministrative legate alla sanità e per prenotare esami e visite specialistiche nelle strutture pubbliche.

Allo Sportello Emergency di Sassari, aperto dal lunedì al venerdì, dalle 9 alle 18, sono presenti anche due mediatori culturali che si occupano dell'accoglienza dei pazienti, delle pratiche per il rilascio del codice Stp (Straniero temporaneamente presente), che garantisce anche agli stranieri non regolari l'accesso al Servizio

sanitario pubblico, e accompagnano i pazienti nei vari poliambulatori della Asl di Sassari per le visite necessarie.

Oltre all'attività di front-office Emergency mette a disposizione il numero mobile gratuito 345.3719597 e l'indirizzo email [infosassari@emergency.it](mailto:infosassari@emergency.it).

Il Progetto Emergency Italia prevede anche attività di monitoraggio del territorio per individuare sacche di disagio o di negazione dei diritti in cui intervenire, in collaborazione con istituzioni e associazioni locali.

## OLBIA All'ospedale Giovanni Paolo II si può donare il sangue cordonale

Dal 1° gennaio nella Asl di Olbia si può donare il sangue del cordone ombelicale e le mamme che hanno questa volontà potranno autorizzare il prelievo. A dicembre, infatti, è arrivato l'accredito al reparto di ostetricia e ginecologia dell'ospedale Giovanni Paolo II. Il cordone ombelicale permette lo scambio di sostanze nutritive e ossigeno tra madre e feto durante la gravidanza. Il cordone, dopo la nascita del bambino, viene reciso e eliminato. Il sangue in esso contenuto (sangue cordonale o placentare) è ricco di cellule staminali, molto simili a quelle del midollo osseo.

Entrambi i tipi di cellule sono dette emopoietiche, in quanto sono in grado di rigenerare le cellule del sangue periferico: i globuli rossi, i globuli bianchi e le piastrine.

In Italia, la donazione del sangue del cordone ombelicale è possibile in Italia solo all'interno di strutture pubbliche ed è totalmente gratuita. La donazione può essere allogenica o dedicata. La donazione allogenica il cordone viene messo a disposizione di chi ha bisogno; con quella dedicata viene conservato per il donatore o i suoi familiari ma solo per alcune patologie indicate dal decreto del ministero della Salute.

La donazione non comporta rischi né per la madre né per il neonato: durante la gravidanza ci si può rivolgere al proprio medico di base, al ginecologo o agli operatori del reparto di ostetricia e ginecologia dell'ospedale di Olbia, che forniranno tutte le informazioni utili per arrivare ad una scelta consapevole.

Il sangue viene raccolto dopo la recisione del cordone ombelicale, analizzato, classificato e inviato a

Cagliari, nella banca del sangue cordonale dell'ospedale Brotzu, che è il centro di riferimento della Sardegna. Potrà essere utilissimo per il trapianto in bambini, ma anche in adulti di basso peso, con malattie del sangue e del sistema immunitario.

## SASSARI Nuova sala operatoria di Neurochirurgia all'ospedale civile

Il 26 gennaio è stata inaugurata la sala operatoria di neurochirurgia dell'Ospedale Civile di Sassari.

Situata al 3° piano dell'ala nord del Santissima Annunziata, è fornita delle più recenti strumentazioni tecnologiche. "Si tratta di un comparto unico plurispecialistico che permetterà alle diverse equipe, mediche e infermieristiche, di gestire il paziente per settori d'intervento" ha spiegato Riccardo Boccaletti, direttore dell'unità operativa di neurochirurgia.

La neurochirurgia del Santissima Annunziata è già un punto di riferimento nazionale per la chirurgia laser dei tumori".

Oltre all'utilizzo della tecnologia video 3D, che permette di effettuare una chirurgia video assistita e di captare l'immagine del cervello con profondità di campo notevole, l'unità operativa dell'Ospedale Civile di Sassari è dotata del laser Co2 per la chirurgia intracranica dei tumori. "Si tratta di una tecnica innovativa che utilizza la potenza del laser con il vantaggio di preservare le strutture ad alto contenuto d'acqua come i vasi sanguigni" ha spiegato Boccaletti.

La nuova sala operatoria è dotata anche di un'apposita sezione per la formazione che darà forte impulso alla collaborazione, già in essere, con la facoltà di medicina dell'Università di Sassari per la specializzazione dei medici in neurochirurgia. "Sempre nel campo della formazione – ricorda il primario – siamo promotori di un corso di approfondimento nell'ambito di NET.IT, una piattaforma digitale del web seminary a cui collaborano altre quattro chirurgie del Centro Nord Italia".

L'obiettivo è quello di sviluppare metodiche di valutazione clinico chirurgica per patologie particolarmente complesse.

Il reparto dell'unità operativa di neurochirurgia, sito al 5° piano del padiglione centrale dell'Ospedale

Civile, è dotato di 20 posti letto e di un'equipe di oltre 40 persone. Si registrano in media 500 interventi all'anno di cui oltre il 60% di chirurgia cranica, il restante 40% delle prestazioni interessa la chirurgia vertebrale.

La chirurgia cranica operata dal Santissima Annunziata è diventata un punto di riferimento per tutto il nord Sardegna. Si registrano accessi provenienti dal tutto il territorio della Asl 1, della Asl 2 di Olbia e della zona nord di Oristano.

## SASSARI Visite mediche gratuite per gli studenti fuori sede

È ripartito il 15 gennaio il servizio gratuito di assistenza sanitaria integrata destinato agli studenti iscritti all'Università di Sassari. L'ambulatorio si trova in via Padre Manzella 2, all'interno della Casa dello studente dell'Ersu ed è aperto dal lunedì al venerdì dalle 16 alle ore 18. Il personale medico presta la propria opera nei locali forniti dall'Ersu che mette a disposizione anche le attrezzature. Antonio Pintus e Lucia Spanu, medici specialisti in malattie infettive, sono i responsabili dell'ambulatorio.

La visita è completamente gratuita per tutti gli studenti fuori sede, indipendentemente dal reddito dichiarato, mentre le visite specialistiche che si svolgono nelle cliniche dell'Aou prevedono il pagamento del ticket sanitario. Nell'ambulatorio di via Padre Manzella gli studenti possono anche ottenere certificati di idoneità per la pratica sportiva non agonistica a prezzo agevolato. Il servizio è attivo tutti i giorni della settimana, esclusi il sabato e la domenica.

## ROMA La medicina difensiva, grave problema della sanità italiana

La relazione della commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari, presentata a fine gennaio a Roma, ha dato i numeri dei fenomeni più critici che caratterizzano la sanità italiana: la medicina difensiva e la cosiddetta malasania. Si tratta di cifre preoccupanti e molto pesanti dal punto di vista economico.

L'eccesso di prescrizioni per difendersi da possibili contenziosi comporterebbe un aggravio della spesa

pubblica superiore ai 10 miliardi di euro, pari allo 0,75% del Pil: esattamente quanto incassato nel 2012 dallo Stato con l'Imu. Riferita al totale della spesa sanitaria la percentuale calcolata è invece del 10,5%, costituita principalmente da ricoveri (4,6%), farmaci (1,9%), visite (1,7%), esami di laboratorio (0,7%) e strumentali (0,4%), che potrebbero essere evitati.

Nella sanità privata il fenomeno è ancora più marcato e si arriva a un totale del 14%. Il fenomeno riguarda la maggior parte dei medici italiani: in un'indagine del 2010, il 53% ha ammesso di prescrivere farmaci a scopo difensivo che sale al 73% se si restringe l'ambito alle visite specialistiche; percentuali analoghe di medici prescrivono a titolo cautelativo esami di laboratorio (71%) e strumentali (75,6%). Sul fronte della presunta malasania, la relazione della commissione segnala 570 casi registrati da aprile 2009 a dicembre 2012, culminati 400 volte con la morte del paziente.

Numerose criticità riguardano il settore ginecologico: un errore segnalato su cinque è infatti relativo al parto. Non sempre si è trattato di errori medici; si legge nella relazione che «spesso questi episodi derivano da disservizi, carenze, strutture inadeguate: inefficiente servizio di eliambulanza, lunghe attese al pronto soccorso, difficoltà di trasferimenti del paziente da un ospedale a un altro, casi di infezioni ospedaliere».

Sono forti le differenze tra le regioni e quelle con i bilanci in rosso, sottoposte a piani di rientro, evidenziano le situazioni più critiche, a partire dalla Sicilia e dalla Calabria, dove si registra il maggior numero di casi, rispettivamente 117 e 107.

## Medici di famiglia, rischio estinzione al Nord: possibilità per quelli del Sud

I medici di famiglia sono destinati a diventare una rarità, soprattutto nelle regioni del Nord dell'Italia.

L'ipotesi, segnalata da Fimmg (Federazione italiana medici di medicina generale), emerge dai dati dell'Ente nazionale di previdenza dei medici (Enpam): in Lombardia, per esempio, si stima che nel 2013 andranno in pensione 71 medici lombardi, 141 nel 2015, 180 nel 2016 e ben 598 nel 2021, a fronte di non più di 90 medici che escono ogni anno dalle scuole di formazione.

Narrativa/Andrea Vitali

## "Galeotto fu il collier" su quel ramo del lago di Como

Siamo nell'estate del 1930 in quel di Bellano, sulla riva orientale del lago di Como. Lidio Cerevelli, giovane rampante, orfano di padre e futuro erede dell'omonima impresa di costruzioni, si invaghisce della procace Helga, vacanziera svizzera, dedita ai bagordi e alla nullafacenza. Il quasi geometra Lidio non gode di proventi propri, ma di uno stipendio inadeguato alle sue esigenze che la madre Lirica, titolare e attenta amministratrice pro tempore dell'azienda di famiglia, gli elargisce in cambio di improbabili frequentazioni di cantiere per altrettanto presunte acquisizioni pratiche di mestiere.

Il bisogno di danaro, indispensabile per coronare il sogno d'amore, e affondare ad libitum il proprio corpo nelle carni morbide della svizzerotta, si fa sempre più impellente per il giovane. L'occasione propizia, valida per stringere i tempi, viene offerta dal fortunoso ritrovamento di un tesoro entro l'intercapedine di un muro di una palazzina in ristrutturazione, affidatagli dal prevosto don Boldoni, dietro intercessione del professor Cerretti, primario chirurgo dell'ospedale cittadino.

Trecentoquindici monete d'oro, risalenti a diverse epoche storiche e di valore inestimabile, potranno costituire il buon viatico per una vita nuova e assicurare rendita, amore e benessere per almeno altri ottant'anni.

Ma un evento parallelo ne incrina i progetti e qualche moneta sfugge al controllo per andare a fare parte integrante di un collier, confezionato dall'orafo di fiducia Pandolfi, che la Olghina, moglie dell'esimo professore, sollecita insistentemente e ostenterà con orgoglio.

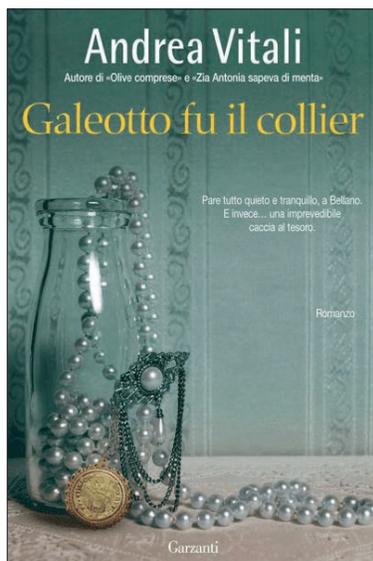
Da allora si affastellano vicende, che hanno come coprotagonisti Beppe Canizza, barbiere e segretario politico del fascio nonché appassionato ammiratore della moglie del capomastro Campesi, il maestro elementare Fiorentino Crispini, l'assistente contrario Glauco Esangui detto os de mort, l'avvocato Stefanardi.

È un succedersi di colpi di scena e un intrico di macchinazioni che vede come comparse cuochi e delatori, spie e contrabbandieri e l'inaspettato intervento dell'OVRA, potente e tentacolare rete di servizi segreti.

A cercare di dirimere la ingarbugliata matassa il maresciallo dei carabinieri Maccadò, padre

innamorato del proprio pippiu e del rito della sua poppata, l'acuto brigadiere Efsio Mannu, sardo di Nuxis, investigatore singolare e solitario, sentinella della rettitudine dell'Arma, e il professor Cerretti, che, per contro, si muove più agevolmente nell'area grigia degli intrighi framassonici.

Con una scrittura agile, fresca, condita da aforismi in vernacolo lecchese e in perfetto dialetto campidanese, pigmentata da figure straordinarie e



*Andrea Vitali, laureato in medicina e chirurgia, medico di assistenza primaria a Bellano (LC) è autore di trentadue romanzi; tra i numerosi premi di cui è stato insignito ricordiamo il Grinzane Cavour del 2004, Dessi del 2004, Bancarella 2006 e Boccaccio per l'opera omnia nel 2008.*

bizzarre, si avvicendano scene di sapore goldoniano, intrise di situazioni succulente dove l'adulterio regna incontrastato, quasi ad acquisire una valenza istituzionale, in un periodo storico infarcito di convenzioni e ipocrisie "tra mezzi sorrisi, saluti discreti, cenni d'intesa".

Lo scrittore non solo gioca con le parole, ricorrendo all'artificio di confezionare nomi e cognomi a misura dei ruoli di scena attribuiti ai vari coprotagonisti, ma anche con le immagini quando, con rapide pen-

nellate e pregevoli qualità di segni e di colore, conferisce loro vita e sembianze.

Dopo "La Modista" e "Almeno il cappello", ancora una volta il *genius loci* lariano si manifesta dirompende in una storia esilarante e coinvolgente che sorge dalle piccole pulsioni umane e si sviluppa, tra satira pungente e ironia velata, in una analisi particolareggiata dei grandi motori delle nostre azioni quotidiane.

(A.P.)



Alghero. L'inconfondibile sagoma della cupola di San Michele Arcangelo

Narrativa/Giampietro Ibbia

## "E poi? ... Chiara lo sa"

**F**a un certo effetto constatare che sia sufficiente una mistura di arroganza, esibizionismo, imprudenza, ben impregnata di sostanze stupefacenti, a provocare, in pochi secondi, l'interruzione di una giovane vita e il dolore lacerante di un'intera famiglia.

Venerdì 24 ottobre 2008 Chiara, protagonista inconsapevole del romanzo e figlia dell'autore, accetta un passaggio in auto per rientrare a casa; ma il conducente, poco meno che ventenne, eccede nella velocità e causa un forte impatto con le barriere stradali tanto da catapultare la ragazza fuori dall'abitacolo e stroncarne l'esistenza. La perdita prematura genera nei familiari un'angoscia che ognuno soffre in silenzio, interiormente, rievocando memorie personali, maturando il rimorso per le parole mai dette, per le azioni non intraprese e per il disagio giovanile male interpretato. La difficoltà ad accettare la disgrazia e a condividere il dolore rischia di precipitare padre, madre, fratello, in una solitudine senza via di uscita. Certo, la morte non ha rispetto né per l'età né per gli affetti, ma che dire dinanzi a un evento che vede i genitori piangere i figli, e non viceversa? "A che serve nascere, se si deve morire giovani?" grida la madre ferita. Tutto ciò modifica lo scorrere lento del tempo; i progetti, le aspettative cedono il posto alla malinconia; i giorni di festa si tramutano in momenti di triste riflessione; tutti gli incontri si consumano in una ricerca di similitudini e ricordi.

Ma ciò che più disorienta è il silenzio assordante delle istituzioni, perché ingessate in pastoie burocratiche, vuoi per acquiescenza, vuoi per noncuranza, che impediscono l'opportuna e rapida applicazione delle norme vigenti. Lo scrittore, alla sua prima fatica letteraria, resa ancora più gravosa dal tema autobiografico, traccia una descrizione particolareggiata dei propri moti d'anima, impossibilitati a cedere al languore della depressione perché di persona investita della duplice funzione di padre e di medico, e nel contempo scaglia un atto di



*Giampietro Ibbia, laureato in medicina e chirurgia, specialista in gastroenterologia ed endoscopia digestiva, è dirigente medico presso l'azienda ospedaliera Brotzu di Cagliari. "E poi?... Chiara lo sa" è la sua prima esperienza letteraria.*

accusa incontrovertibile al sistema generale italiano che, per le lungaggini amministrative, per l'intemperatività degli interventi consente, indirettamente, il verificarsi e il reiterarsi di eventi nefasti. Pertanto non sarà da stigmatizzare solo l'insieme di concause che hanno generato l'incidente mortale, ma anche tutte le condizioni predisponenti che si sarebbero dovute intercettare per tempo. Ad aggravare il quadro l'incertezza delle pene e l'adeguatezza della sanzione comminata, foriera di ulteriori e gravi conseguenze. Mentre la politica pensa i ragazzi muoiono! Anche se nessuno di noi potrà dare delle risposte credibili dinanzi all'ineluttabile, il libro di Giampietro Ibbia, per la carica narrativa e per la cruda trama di cui è intessuto per capire che il dolore e lo sconforto possono aprire spiragli di speranza inaspettati e nuovi stimoli a combattere perché il sacrificio di Chiara non sia cosa inutile; un'opportuna riflessione perché prevalga sempre il buon senso e la giusta misura. (A.P.)

Musica/Pietra miliare con l'album del 1972

# Premiata Forneria Marconi il rock in un minuto di storia

La sesta e la settima decade del 1900 musicale italiano, rappresentano un periodo molto particolare: le varie anime musicali esistenti convivono assieme, creando un allegro guazzabuglio di generi e canzoni. Il bel canto all'italiana, figlio di una tradizione che riconosceva Caruso come propria vate principale, subiva gli attacchi della musica più "giovane": gli urlatori dominavano la scena, i gruppi beat spopolavano, i cantautori iniziavano la loro opera di ridefinizione della musica del Belpaese. Fu proprio in quegli anni che alcuni ragazzi misero su un gruppo musicale chiamato "I Quelli", dal quale passarono alcuni nomi noti come Teo Teocoli (che ebbe più fortuna come comico e cabarettista che non come cantante e chitarrista) e Alberto Radius, chitarrista, che andò a formare la Formula 3, gruppo storico di Lucio Battisti. I Quelli, con la formazione base che annoverava Franco Mussida, Franz Di Cioccio, Flavio Premoli e Giorgio Piazza, ebbero un ottimo successo come gruppo beat e come musicisti di sala: infatti, oltre a incidere alcune canzoni di successo, la loro perizia tecnica gli permetteva di suonare

di Francesco Bustio  
Dettori

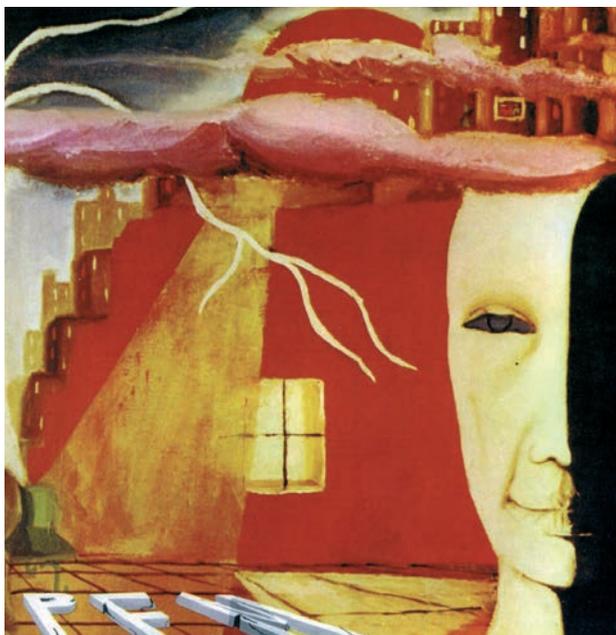


nei dischi di personaggi come Mina, De Andrè, lo stesso Battisti. Nel 1969 i tempi sono ormai maturi per il cambiamento: alla band si unisce Mauro Pagani, violinista e flautista, e il gruppo prende il nome di P.F.M. acronimo di Premiata Forneria Marconi (pasticceria bresciana situata vicino alla loro sala prove) facendo il grande salto dalla musica beat alla musica progressive, portando contemporaneamente la forma canzone strofa-ritornello ad un

nuovo stadio, dominato dalla destrutturazione del brano e da lunghe e complicate parti strumentali.

Ed è nel 1972 che esce finalmente "Storia di un minuto", disco che risulterà essere una pietra miliare del rock italiano. Si dica subito che l'album vede l'assenza di una vera e propria voce protagonista, ma

questo "vulnus" non pregiudica il lavoro dei nostri, che inseriscono tratti tipicamente mediterranei in un genere prettamente albionico, riempiendolo di inserti musicali intricati e multicolore, utilizzando al meglio tutta la tavolozza dei suoni a loro disposizione. Il brano che spiana la strada al disco è intitolato semplicemente "Introdu-





La Premiata Forneria Marconi con Fabrizio De Andrè

zione", dove dei delicati vocalizzi intrecciati a squillanti note di flauto, si adagiano sul morbido tappeto arpeggiato dalla chitarra acustica di Mussida, prima dell'incisivo riff che permette a questo brano di poco più di un minuto di esplodere, per poi accartocciarsi su se stesso per far improvvisamente nascere dalle sue ceneri "Impressioni di Settembre". In questa il poetico ed evocativo testo di Mogol è incorniciato dal prezioso arrangiamento minimalista della strofa, a cui fa da contraltare il maestoso tema cantato dal sintetizzatore Moog di Flavio Premoli.

Le influenze tipicamente italiane spuntano fuori prepotentemente durante quella tarantella in salsa rock che è "È festa", dove chitarre e tastiere svariano a piacimento sulla solida ritmica intessuta dai potenti tamburi di Franz di Cioccio e dall'estroso basso di Giorgio Piazza. La successiva "Dove... quando (parte I)" è una dolcissima ballata medievaleggiante impreziosita dal flauto di Mauro Pagani, che nella successiva "Dove... quando (parte II)" si esibisce al suo strumento principale, il violino, in una sfrenata corsa strumentale fatta di tempi dispari, dissonanze, parti lente e melodiche, in un continuo susseguirsi di eventi musicali

inaspettati. "La carrozza di Hans" stupisce con le sue varietà sonore, i suoi inserti jazzistici, in cui si specchiano melodie invece immediate e cantabili, che ne fanno uno dei grandi classici del disco.

La finale "Grazie davvero" è forse l'episodio più spiazzante, con un prepotente riff di ottoni dall'incedere inesorabile che guida l'ascoltatore verso il finale dell'opera dopo tutte le peripezie strumentali di cui questa è intrisa.

Ascoltare ancora oggi tale registrazione equivale a compiere un tortuoso viaggio che riesce a portarci in mondi fiabeschi, a tinte a volte forti a volte tenui, caratterizzati da paesaggi inusuali ma sempre piacevoli da osservare.

Oltretutto è facile constatare come la P.F.M. abbia poco da invidiare in termini compositivi, sonori e tecnici, a più famosi gruppi inglesi del periodo come Genesis o King Crimson, e prova ne sia il successo mondiale ottenuto dal combo italiano, la cui celebrità li spinse fino alle platee americane. Dal 1972 sono passati 40 anni, eppure si può tranquillamente dire che "Storia di un minuto" ancora oggi ha molto da dire e da dare.

L'arte di fare umorismo e satira

# Carlo Marcello Acciario e le sue vignette



La "vignetta", nata nel Medio Evo come disegno decorativo di tralci di vite, si evolve sino a diventare disegno libero, senza tabù, mezzo di espressione universale per narrare il vissuto in maniera movimentata, al di là della staticità delle parole. Disegno e piccole frasi rac-

chiuse in particolari bolle aeree, manovrati in maniera magistrale, possono sortire effetti dirompenti, atti a stigmatizzare situazioni poco chiare e ironizzare su fatti di vita quotidiana. Arma irrispettosa e crudele da sempre legata alla satira, una vignetta può incidere più di mille parole, provocare risate o rabbia, divenire il tormento del destinatario, perchè usa come ingredienti l'esagerazione e la distorsione. Anche partendo dall'assunto che nessuno è indegno di caricatura, e non esiste

professione che non sia stata presa di mira dai vignettisti, politici e medici risultano sempre tra i più gettonati.

Carlo Marcello Acciario (nella foto), medico di medicina generale, dotato di particolare talento per le arti grafiche e spirito umoristico fuori del comune, con pochi tratti graffianti e parole salaci regala una serie di inquadrature del nostro mondo sanitario riprese durante un convegno sulla terapia del dolore. Castigat ridendo mores (A.P.)



# Annunci

I lettori interessati alla pubblicazione di piccoli annunci che riguardino la sfera medica (transazioni, collaborazioni, affitti, consulenze, offerte lavoro, etc.) sono pregati di far pervenire alla redazione di Sassari Medica la propria richiesta utilizzando il modulo di seguito riportato, compilato in tutte le sue parti.

*Spett.le Redazione di Sassari Medica  
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Sassari  
Via Cavour n°71/b CAP 07100 Sassari*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Telefono/Fax \_\_\_\_\_

Email/PEC \_\_\_\_\_

Professione ed eventuale numero di iscrizione all'albo \_\_\_\_\_

Chiede che il seguente testo venga pubblicato nella bacheca del periodico Sassari Medica:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e autorizza l'Ordine dei medici e degli Odontoiatri di Sassari alla pubblicazione dei propri dati personali di cui sopra (D.LGS. 196/2003).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Spedire questo coupon presso la sede dell'Ordine in Via Cavour n°71/b CAP 07100 Sassari, o inviarlo via fax al n° 079/232228 oppure alla mail ordine@omceoss.org*

