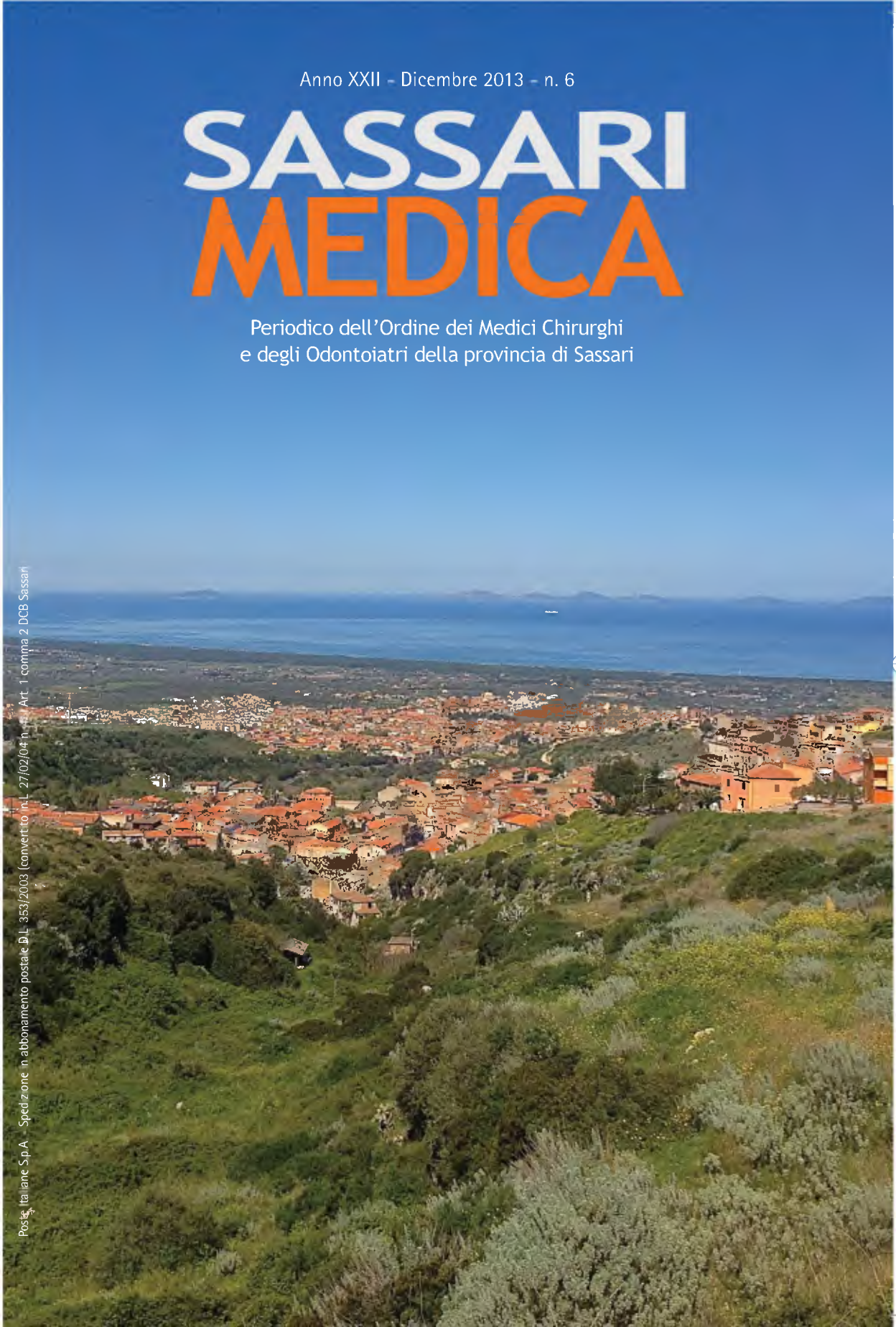


Anno XXII - Dicembre 2013 - n. 6

# SASSARI MEDICA

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





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

Via Cavour n° 71/b - 07100 Sassari

Telefono 079-234430

Fax 079-232228

Sito Internet

<http://www.omceoss.org>

@Email@ e PEC

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

Bollettino ufficiale dell'Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri della provincia di Sassari  
Anno XXII Numero 06 - Dicembre 2013

## SASSARI MEDICA

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

**In copertina:** Golfo dell'Asinara

Le immagini della Romangia sono di Marcello Masala; le foto della Giornata del medico sono di Sergio Polano, la foto dell'articolo musicale è di Anna Cosseddu

**Direttore Responsabile** Agostino Sussarellu

**Direttore Editoriale** Agostino Sussarellu

**Redattori** Giovanni Biddau, Paolo Castiglia, Monica Derosas, Carla Fundoni, Antonio Pinna.

**Addetto stampa** Maria Antonietta Izza

**Hanno collaborato a questo numero** Nicolas Arnould, Gavino Cattina, Ninni Dessanti, Francesco Bustio Dettori, Dietrich von Engelhardt, Giovanni Fadda, Francesco Lollì, Elena Mazzeo, Piero Meloni, Giuseppe Pilo, Silvana Pinna, Nicola Piredda, Giovanna Rau, Maria Grazia Sanna

**Redazione** Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Sassari - Via Cavour n°71/B 07100 Sassari - Tel. 079/234430 telefax. 079/232228  
Registrazione n° 236 del 15-12-1989 tribunale di Sassari. Poste italiane s.p.s spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003 (conv.inl. 27/02/2004 n° 45) art. 1 comma 2 DCB Sassari

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

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

### Consiglio Direttivo 2012/2014

**Presidente** Agostino Sussarellu

**Vicepresidente** Rita Nonnis

**Segretario** Giovanni Biddau

**Tesoriere** Nicola Addis

### Consiglieri

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

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

**Presidente** Pier Luigi Delogu

#### Componenti

- Carlo Azzena
- Antonella Bortone
- Luisa Destefanis
- Antonio Pinna

### Collegio Revisori dei Conti

**Presidente** Giancarlo Bazzoni

#### Revisori

- Natalia Marta C. Grondona
- Leila Maria Marchisio

**Revisore Supplente:** Pasqualina Bardino

# 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. 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 sul sito [www.omceoss.org](http://www.omceoss.org). 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.

## **Nota di rettifica**

Riceviamo dal collega Umberto Murgia e volentieri pubblichiamo: "Con la presente vorrei fare alcune precisazioni sull'articolo della rivista Sassari Medica, pubblicato sul n°5 di Ottobre 2013, dal titolo "Perché ho donato alla Brigata Sassari la medaglia d'argento ricevuta per Nassirya", firmato F.B.D. Premesso che faccio i miei complimenti al Collega Gianmarco Carboni per quanto ha fatto a Nassirya, tengo a precisare che il primo Ufficiale Medico Sardo di complemento a partecipare ad una missione all'estero è stato il sottoscritto nella Missione Ibis - Restore Hope in Somalia, tra il 1993 e il 1994, dove per ben 6 mesi (dal 20/08/93 al 21/02/94), sono stato impiegato come ufficiale medico operativo di prima linea e ho avuto vari riconoscimenti sia dal Comando Italiano che da quello generale dell'ONU per il mio operato. Inoltre quella in Somalia è stata la prima missione italiana all'estero dove sono stati utilizzati gli ufficiali medici di complemento."

*Per correttezza di informazione si precisa che quanto accreditato al collega Gianmarco Carboni deriva esclusivamente da fonti militari, perciò tale difetto di comunicazione non è ascrivibile né al redattore Francesco Bustio Dettori né all'intervistato..*

## IN QUESTO NUMERO

## ■ EDITORIALI DEI PRESIDENTI

- |   |        |   |
|---|--------|---|
| - 1/ Dopo la tragedia dell'alluvione tanta solidarietà e non solo di facciata   | Pagina | 5 |
| - 2/ Il boom dei laureati in odontoiatria e i problemi di inserimento al lavoro |        | 6 |

## ■ OMCeOSS/VITA DELL'ORDINE

- |  |  |    |
|--|--|----|
| - Medici che hanno perduto tutto ma non la speranza di ricominciare                          |  | 7  |
| - La 58ª Giornata del medico/Deontologia e professione: tutela della salute come bene comune |  | 8  |
| - Sigillo d'onore per il 20013 a Mario Oppes   |  | 10 |
| - Limiti della medicina e medicina del limite  |  | 11 |
| - I 50 anni di laurea e professione: le medaglie d'oro                                       |  | 14 |
| - Emozioni, pensieri e progetti dei neolaureati che hanno giurato                            |  | 17 |
| - L'elenco dei neoiscritti all'Ordine  |  | 18 |
| - Rimpatriata di matricole del 1965 fra entusiasmi, ricordi e nostalgie                      |  | 19 |

## ■ STUDI ED ESPERIENZE

- |   |  |    |
|---|--|----|
| - Spiegare e comprendere: la malattia e risvolti psichici, sociali e spirituali |  | 20 |
| - Quel filo diretto fra Sassari e Hanoi. Nuova frontiera di cooperazione medica |  | 25 |

## ■ NOIPERVOI

- |   |  |    |
|---|--|----|
| - Unicef/1 per i bambini nel mondo diritti, assistenza e lotta alla povertà   |  | 28 |
| - Unicef/2 Come garantire che i neonati siano alimentati con il latte materno |  | 30 |

## CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

## ■ ODONTOIATRIA

- |  |  |    |
|--|--|----|
| - Ricordando gli amici Guido Galleri e Mario Satta                                 |  | 32 |
| - Scelte mediche, nuove tecniche e rischi. Comanda la biologia o il mercato?       |  | 37 |
| - Le elezioni del Consiglio direttivo AIO: Pier Luigi Delogu confermato presidente |  | 39 |
|  |  | 35 |

## ■ APPROFONDIMENTI

- |  |  |    |
|--|--|----|
| - Ritorna la tubercolosi, malattia antica. Per l'OMS è emergenza globale |  | 40 |
|--|--|----|

## ■ FITOTERAPIA

- |  |  |       |
|--|--|-------|
| - Proprietà terapeutiche delle piante comuni e officinali: menta e finocchio selvatico |  | 47/48 |
|--|--|-------|

## ■ FNOMCEO/CAO

- |  |  |    |
|--|--|----|
| - Misure urgenti in materia di istruzione, università e ricerca. No alla cultura del sospetto. Denti Drill |  | 49 |
| - Università albanesi, iscrizioni in massa. Abbonamenti a pagamento a "Elenco Medici"                      |  | 50 |

## ■ NEWS

- |  |  |    |
|--|--|----|
| - Regione: fondi per malattie rare. Donazione di tecnologie sanitarie. La nuova ala sud dell'ospedale di SS. |  | 51 |
| - Alluvione a Olbia: l'ASL potenzia l'assistenza psicologica. Notizie da ASL di Sassari e Olbia              |  | 52 |
| - Centri psichiatrici in difficoltà, allarme SIP. Anaa: medici del SSN sempre più soli                       |  | 53 |

## ■ EVENTI

- |   |  |    |
|---|--|----|
| - Campionati nazionali di calcio a 5. Master sulle dipendenze. Mostre di pittura e scultura |  | 54 |
|---|--|----|

## ■ CULTURE

- |  |  |    |
|--|--|----|
| - L'isola che c'è. San Michele di Plaiano                              |  | 55 |
| - Innamorarsi delle proprie...radici. Ricerca, passione, e infine arte |  | 57 |
| - Libri. Vademeum per i medici ospedalieri. L'ovvietà dell'esistenza   |  | 60 |

## ■ MUSICA

- |   |  |    |
|---|--|----|
| - Quel certo sapore di buono e fatto in casa: Mood Spirals e Beeside (Federico Pazzona) |  | 61 |
|---|--|----|

bacheca, annunci		63
------------------	--	----

Elenco dei medici disponibili ad effettuare le sostituzioni		64
---	--	----

Apparati dello Stato, volontari, Ordine ed ENPAM

## Dopo la tragedia dell'alluvione tanta solidarietà e non solo di facciata

La calamità che ha recentemente colpito la Sardegna si è abbattuta con eccezionale violenza sulla Gallura, e in particolare su Olbia, lasciando dietro di sé una scia di distruzione e desolazione che è ben rappresentata dal fango che ha invaso le strade e le case. L'aspetto più eclatante e drammatico di questo triste evento è rappresentato dai decessi, di fronte ai quali tutto il resto sembra perdere significato... Ma ciò non esclude che purtroppo centinaia di persone hanno perduto in pochi minuti quanto realizzato in anni e anni di sacrifici:

il fango si è introdotto nelle abitazioni, nei negozi, negli uffici, nelle botteghe artigiane e in molti studi e ambulatori professionali. La macchina della solidarietà si è messa immediatamente in moto, non solo quella ufficiale dello stato (protezione civile, vigili del fuoco, esercito), ma soprattutto quella del volontariato, sia organizzato, sia spontaneo. Centinaia di cittadini, di persone qualsiasi, hanno offerto e continuano a offrire il loro contributo per riportare a un minimo di normalità una comunità martoriata dalle mille inadempienze di coloro che negli anni hanno violentato l'ambiente per logiche di puro opportunismo politico e spesso solo elettorale. Così come tutta la popolazione, anche i medici, capillarmente presenti nel tessuto sociale delle città, sono stati colpiti pesantemente, alcuni nei loro affetti più cari, la maggior parte nella struttura stessa della vita: la casa, lo studio, la macchina.

In momenti come questi, è basilare dare giusta rilevanza al senso di appartenenza a una professione come la nostra, ed è con tale spirito che l'ENPAM, il nostro ente previdenziale e assistenziale, si è subito mobilitato per venire incontro ai colleghi. Sono stato immediatamente contattato dal collega La Cagnina, presidente dell'Ordine di Caltanissetta e componente del consiglio di amministrazione dell'ENPAM, che mi ha informato della decisione di mettere a disposizione il fondo di solidarietà per i colleghi che avessero subito danni. Troverete a pagina 7 il comunicato col quale è stata data

di Agostino Sussarellu



pubblicità a questa decisione. Il nostro Ordine ha ritenuto doveroso dimostrare la propria vicinanza ai colleghi colpiti da questa calamità organizzando un incontro tenutosi presso i locali messi a disposizione dalla direzione generale dell'ASL N° 2 di Olbia. Sabato 23 novembre erano con me a Olbia Patrizia Virgona e Pierluigi Bellu, rappresentanti della Gallura all'interno del Consiglio Direttivo, la vicepresidente Rita Nonnis e il tesoriere Nicola Addis. Numerosi i colleghi presenti: la maggior parte ci ha riferito il proprio vissuto, altri, pur non avendo subito danni, hanno voluto attestare la loro solidarietà. Tanti i colleghi impossibilitati a partecipare, perché impegnati a recuperare quanto possibile presso le loro abitazioni o i loro studi.

È stato da noi percepito un sentimento di grande dignità. Alcuni dei medici presenti, ancora increduli, raccontando quanto loro accaduto, si ritenevano quasi fortunati per il fatto stesso di poterne parlare, di essere vivi, e a supporto della loro fortuna ci riferivano quanto capitato di peggio ad altri. I più fortunati, coloro che non hanno riportato danni, manifestavano come una sorta di disagio dovuto al riconoscersi in una posizione di privilegio.

Nel corso della riunione abbiamo raccolto una serie di quesiti, promettendo risposte nel più breve tempo possibile. Abbiamo invitato i presenti ad attivare un sistema quanto più capillare possibile per far conoscere a tutti gli interessati questa opportunità di sostegno che la professione sta predisponendo per i medici, suggerendo loro il metodo di comunicazione più antico, ma sicuramente più efficace: il passaparola.

Nel concludere questa mia nota, rivolgo un ulteriore invito alla diffusione di questa possibilità di supporto che il nostro ente previdenziale ha disposto. È inoltre necessario far giungere la notizia a quelle persone che godono di un trattamento pensionistico, anche di reversibilità, da parte dell'ENPAM (vedove e orfani), poiché la solidarietà della professione è rivolta anche a loro.

# La solidarietà sarà il nostro Natale

*Gentili colleghe, cari colleghi,  
quest'anno gli auguri di Buon Natale e Felice Anno Nuovo hanno un sapore amaro, perché il cuore e i pensieri sono in Gallura e in Sardegna, vicini ai nostri colleghi e a tutti i sardi che sono stati colpiti dall'alluvione. Di fronte a una tragedia così grande anche i tanti problemi e le difficoltà che stiamo affrontando come medici e odontoiatri passano in secondo piano, almeno nei periodi festivi. Sicuramente l'Ordine non smette di lavorare ogni giorno per assistere i propri iscritti, incrementando il dialogo e promuovendo ogni azione per cementare la nostra unione. Stiamo vivendo tempi difficili, ma li affronteremo e li supereremo, per essere buoni professionisti al servizio dei nostri pazienti. Il nostro augurio è forte e accorato, con la certezza che insieme e solidali saremo sempre migliori.*

**Per sostenere l'emergenza alluvione il Consiglio direttivo ha attivato un conto corrente di solidarietà.**

Conto corrente bancario, acceso presso  
il Banco di Sardegna Spa,  
Agenzia n. 3 di Sassari, intestato a:

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

**EMERGENZA ALLUVIONE**

**IBAN IT03Z 01015 17203 0000 7036 2078**

Dove va la professione: la formazione come punto centrale

# Il boom di laureati in odontoiatria e i problemi di inserimento al lavoro

**P**artiamo da due dati emblematici che interessano la nostra categoria: in Italia solamente un numero esiguo di persone, compreso tra un terzo e un quarto della popolazione, si è recato dal dentista nell'ultimo anno: circa il 9% in meno dell'anno precedente, ennesimo evidente segnale che indica che ormai 1/6 della popolazione vive sotto la soglia di povertà. Per contro registriamo circa 59 mila professionisti iscritti all'albo degli odontoiatri con un rapporto dentista-abitante di circa 1/1040, decisamente sproorzionato rispetto a quello di 1/1200 individuato come ideale dall'OMS (Francia 1/1500, Spagna 1/1650).

La professione, che per il 95% viene svolta in forma privata, soffre del regime di libera concorrenza che ha scatenato la fantasia di vari gruppi imprenditoriali con finalità commerciali: dalle catene di odontoiatria in franchising alle proposte di itinerari oltre confine con promesse turistico-odontoiatriche allettanti. Come si affaccia il giovane laureato in odontoiatria a un ambito lavorativo sempre più complesso e articolato? È pronto ad affrontare tale sfida? Ma soprattutto, è preparato per entrare nel sistema in modo etico e sostenibile? Oppure si è rassegnato a soggiacere a saltuari contratti di collaborazione sottopagati, presso grossi centri odontoiatrici gestiti da società che non fanno capo neanche a odontoiatri, e che navigano alla ricerca continua di "manovalanza sanitaria"?

Nonostante il numero programmato di accessi previsto per il corso di laurea in odontoiatria, non si è potuta evitare la formazione di una vera e propria pleora odontoiatrica, con un aumento di iscritti all'albo del 70% negli ultimi due lustri, dato destinato a ingigantirsi nei prossimi anni.

Allo stato attuale, in Italia, i posti disponibili per il corso di laurea in odontoiatria per l'anno accademico 2013-2014 sono 984, distribuiti su "soli" 34 atenei (la Francia ne ha 20, Spagna 17, Regno Unito 14). Tale

di Pier Luigi Delogu



numero di iscritti subirà quest'anno un notevole ampliamento, dovuto al fatto che le regole di valutazione dei test di ammissione sono cambiate per ben due volte (lo stesso giorno della prova con l'eliminazione del bonus-voto di maturità e dopo un mese per il dietrofront da parte del Ministero dell'Istruzione con ricalcolo del bonus), che di fatto consentirà l'iscrizione di 2000-2500 studenti in più tra medicina e odontoiatria.

Mi viene da pensare che l'attuale modello del numero prestabilito abbia perso di significato e faccia acqua da tutte le parti, anche alla luce del fatto che da quest'anno arriveranno molti neolaureati (si stima 600 all'anno almeno per i prossimi 5 anni) con titolo riconosciuto conseguito in Spagna o in Romania. Inoltre registriamo situazioni paradossali, come quella dell'Università "Nostra Signora del buon consiglio" di Tirana, in Albania, che nasce nel 2005 in virtù di un patto di collaborazione solidaristica con l'Università "Tor Vergata" di Roma. Dalle ottime intenzioni iniziali, che hanno portato, proprio grazie ai docenti dell'università romana, alla creazione dei primi cicli di studio in terra straniera per formare cittadini albanesi in medicina, odontoiatria e altre professioni sanitarie, si è assistito in pochi anni a una straordinaria metamorfosi dei corsi di laurea, sino a vedere, nel 2013, la quota di iscrizione ben raddoppiata, e il corso in odontoiatria zeppo all'inverosimile di 55 italiani a occupare gli unici 55 posti disponibili. Il quadro si commenta da sé!

Credo sia importante fare chiarezza e delineare dei percorsi ben identificabili per gli studenti in odontoiatria italiani con regole certe che abbiano un respiro condiviso ed esteso in tutta Europa; sarà opportuno investire prevalentemente sulla preparazione in modo da formare odontoiatri maturi e ben consapevoli del proprio ruolo, della propria identità di "medico del cavo orale", che persegue la salute della collettività e che non cede alla svendita della propria professionalità.



Incontro dell'Ordine a Olbia dopo l'uragano

## Medici che hanno perduto tutto ma non la speranza di ricominciare

**S**abato 23 novembre, il presidente Agostino Sussarellu si è recato a Olbia per portare la solidarietà dell'Ordine, e ha incontrato i colleghi gallesesi in un'aula dell'Ospedale "Giovanni Paolo II".

Il presidente ha illustrato gli aiuti messi a disposizione dall'Enpam, l'Ente nazionale di previdenza e assistenza per i medici e gli odontoiatri. Sussarellu, insieme alla vice presidente Rita Nonnis e ai consiglieri Patrizia Virgona e Gigi Bellu, si è intrattenuto con i colleghi che, direttamente o indirettamente, sono stati colpiti dall'alluvione. Il collega Peppino Mela ha informato che le tre persone morte nel crollo del terrapieno fra Tempio e Olbia erano i genitori e la suocera di un giovane collega, Alessandro Fiore, ortopedico, che lavora al Giovanni Paolo II. A Fiore va il nostro più affettuoso abbraccio.

Tante le storie di colleghi, molti non sono venuti all'incontro perchè spalavano fango, cercando di salvare qualcosa nella propria casa o nel posto di lavoro; altri erano impegnati ad aiutare parenti, amici o concittadini. Il grande cuore della Gallura ci ha commosso, medici e odontoiatri di questa terra straordinaria non si sono risparmiati per aiutare tutti. Un collega si è presentato all'incontro con gli stivali, sporco di fango e dice: "Sono un alluvionato di Olbia,



Un'immagine dei danni, il crollo di un ponte

ho perso tutto: non ho più casa, macchina, vestiti, quello che ho addosso me lo hanno prestato, ora sono ospite a casa di amici". Chiede come fare per poter ricominciare quanto prima. Si trattiene poco, deve andare, deve continuare a lavorare. Alla fine dell'incontro si è avvicinata una collega, anche lei ha perso tutto, la casa, la macchina e l'ambulatorio, allestito da poco. Sofferenza e dignità si fondono sul volto di questa giovane donna, saluta e ringrazia l'Ordine per la sua presenza. "Ho il leasing da pagare, non ho più niente, ma la solidarietà di tutti voi, degli amici ma anche degli sconosciuti, che da subito, senza bisogno di chiedere, sono venuti ad aiutarci è la vera grande forza che ci dà speranza e che ci fa andare avanti". Questa è la grandezza della Gallura.

### L'Enpam sostiene medici e odontoiatri

*La Fondazione Enpam interverrà con aiuti ai medici e agli odontoiatri residenti nelle zone colpite dall'alluvione. I colleghi potranno far riferimento agli Ordini provinciali dei medici e degli odontoiatri, con i quali l'Enpam è in costante contatto.*

*Gli interventi consistono in sussidi straordinari fino a un massimo di 17.047 euro per i danni alla prima abitazione o allo studio professionale, di proprietà o in usufrutto (il tetto rimborsabile è più alto per gli iscritti alla Quota B). L'Enpam può intervenire anche per i danni a beni mobili come automezzi o attrezzature medicali. Le misure si estendono anche ai familiari di iscritti deceduti che percepiscono*

*scono dall'Enpam una pensione di reversibilità o indiretta (per esempio: vedove, orfani). L'Enpam potrà contribuire al pagamento fino al 75% degli interessi sui mutui edilizi contratti da iscritti o superstiti per l'acquisto, la ricostruzione o la riparazione della casa e/o dello studio professionale. Inoltre i medici e i dentisti che esercitano esclusivamente la libera professione, costretti a interromperla a causa del nubifragio, potranno chiedere un contributo di 79,54 euro per ogni giorno di astensione dal lavoro, fino a un massimo di 365 giorni.*

*Le domande andranno inviate tramite l'Ordine dei medici e degli odontoiatri di appartenenza, complete della documentazione richiesta, utilizzando i moduli già presenti nel sito dell'Enpam, [www.enpam.it](http://www.enpam.it)*

La 58ª Giornata del Medico

# Deontologia e professione: tutela della salute come bene comune

**L**'8 ottobre è stata celebrata la 58ª Giornata del Medico. L'aula magna dell'Università di Sassari ha accolto i giovani iscritti che hanno giurato e i colleghi che sono stati premiati per aver svolto egregiamente il proprio lavoro per cinquant'anni. Un appuntamento importante per riflettere sulla professione, di medico e odontoiatra. A fare gli onori di casa il presidente Agostino Sussarellu, accompagnato dalla vice Rita Nonnis, e dal presidente degli odontoiatri Pierluigi Delogu.

Insieme a loro il segretario Giovanni Biddau, il tesoriere Nicola Addis, e i giovani colleghi membri del consiglio, Leila Marchi-

sio e Gabriele Farina. Padrona di casa Maristella Mura, direttore dell'Istituto di malattie infettive, delegata del rettore Attilio Mastino. Grande la partecipazione di colleghi e parenti dei giovani iscritti e dei premiati. Anche quest'anno i componenti dell'ufficio dell'Ordine sono stati impeccabili nell'accogliere i partecipanti e coordinare le diverse fasi della cerimonia. Il primo saluto è spettato, come da protocollo, al presidente Agostino Sussarellu, che ha ringraziato per primo il rettore per aver gentilmente concesso l'aula magna, libera solo in quel giorno, leggermente in anticipo rispetto alle date canoniche che normalmente richiamano al patrono san Luca. Immancabile il ricordo del professor Egidio Depperu che cinquantotto anni fa promosse la Giornata del Medico, portandola avanti per tanti anni. Il presidente



**L'intervento del presidente Agostino Sussarellu**

ha dedicato l'inizio del suo discorso ai medici che hanno raggiunto il traguardo dei cinquant'anni di professione definendoli "*diversamente giovani*", depositari di tesori d'arte medica, arrivati alle nozze d'oro per passare il testimone ai più giovani, in una sorta di staffetta che si perpetua nel tempo. Un momento che non è stato una mera celebrazione della categoria medica, ma una riconferma del codice deontologico "che i premiati hanno maturato, e i giovani si apprestano a sottoscrivere e seguire in ogni momento della loro futura vita professionale."

I bollettini riportano notizie allarmanti di tagli

che calano pesantemente sul mondo sanitario che dovrebbe essere considerato "universalistico" perché destinato a tutti ma, di fatto, cede spazi importanti alle speculazioni e al profitto di strutture private, che sguazzano nel magma dell'incertezza della pubblica amministrazione. Ad aggravare il quadro della spesa sanitaria, il frequente ricorso a esami inutili dettato dalla paura di rimanere imbrigliati nelle maglie di qualche avviso di garanzia o fascicolo giudiziario: la cosiddetta medicina difensiva che allontana dal rapporto diretto con il paziente e dalla ricerca di un barlume di diagnosi basata sulle conoscenze cliniche acquisite.

"Lo stare vicino al malato, saperlo ascoltare, è il modo migliore per capirne la patologia che lo affligge. Il volersi a tutti i costi coprire le spalle è una

aberrazione degli ultimi tempi da cui bisogna assolutamente rifuggire. Dobbiamo rispondere soprattutto alle leggi dell'anima, di cui il nostro codice è l'emblema, anche se i decreti dello stato talvolta sono antitetici. Mi riferisco a quella legge che imponeva a tutte le categorie, compresa quella medica, di denunciare la presenza di *sans papiers* alle autorità competenti; uno stato di polizia che stride con il nostro credo e che ha provocato un'alzata di scudi contro quel provvedimento, suffragata anche da molti di voi giovani, allora studenti" ha detto il presidente Sussarellu. Ampia anche la riflessione sugli ultimi avvenimenti che hanno interessato direttamente il nostro tessuto nazionale: lo sbarco dei disperati sulle nostre coste, in una Europa che, nonostante nei tempi andati abbia colonizzato e saccheggiato terre lontane, ora pretende di chiudersi a riccio rifiutando la presenza di quei poveri esuli, soverchiati dalla sua miope politica coloniale.

La parola è poi passata a Maristella Mura, delegata dal rettore Attilio Mastino per gli affari medici, che si è rivolta in particolare ai giovani, esortandoli a farsi coinvolgere dal lavoro, rimarcando che la tecnologia è allettante, ma allo stesso tempo intrigante e fuorviante, e non deve mai sostituirsi al rapporto empatico con il paziente. "Il nostro principale obiettivo deve essere il suo benessere, cerchiamo di essere sempre più medici e sempre meno burocrati. Questo giorno fausto deve essere anche un osanna all'Ordine di Sassari, una istituzione molto attenta che ha sempre avuto il nobile impegno di dare voce e visibilità a chi ci ha preceduto nella tutela della salute collettiva" ha detto Maristella Mura. Si è poi proceduto alla consegna del sigillo dell'Ordine a Mario Oppes, il cui nome è legato indissolubilmente al nostro Ordine che l'ha vi-

sto suo presidente per dodici anni) con cui ha continuato a collaborare, anche dopo averne lasciato la presidenza, partecipando sempre a iniziative spesso come ispiratore. Inoltre, è stato uno dei promotori della costituzione del "Comitato di Bioetica di Sassari", del quale è attualmente il presidente.

Si è poi passati al conferimento delle medaglie d'oro ai colleghi che hanno raggiunto i cinquant'anni di laurea. Quest'anno le medaglie di benemerenzza sono state assegnate a undici medici: Francesco Carta; Angelo Amedeo Ledda; Antonio Lugas; Leonardo Mulas; Giovanna Domenica Pintore; Rachel Maria Corti; Luigi Gatti; Alessandro Maida; Luigi Piras; Paolo Pola; Giovanna Russino. Alla cerimonia di consegna, però, erano presenti solo cinque: Francesco Carta; Angelo Amedeo Ledda; Antonio Lugas; Leonardo Mulas; Giovanna Domenica Pintore. Agli assenti, che purtroppo non hanno potuto partecipare alla cerimonia, la medaglia sarà consegnata in seguito nella sede dell'Ordine.

La cerimonia è stata molto toccante e significativa. In conclusione il presidente Sussarellu ha esposto l'art. 1 del manuale, e con l'augurio di essere veri protagonisti della professione ha aperto la porta del futuro, invitando i più giovani consiglieri dell'Ordine, Gabriele Farina e Leila Marchisio, a chiamare i 53 medici chirurghi e gli 8 odontoiatri neoiscritti all'Ordine. Ai neo iscritti è stata donata una copia del codice deontologico e la pergamena contenente il giuramento di Ippocrate. I due più giovani, Francesco Lolli, dell'89 per i dentisti e Nicola Piredda dell'88 per i medici chirurghi, hanno affiancato il presidente nella lettura del giuramento professionale. La Giornata del Medico di quest'anno si è chiusa come consuetudine con un piacevole buffet, e con la gioia di esserci incontrati.



**Maristella Mura**

# Sigillo d'onore per il 2013 a Mario Oppes

Lo scorso anno il consiglio direttivo dell'Ordine dei Medici chirurghi e degli odontoiatri ha stabilito di assegnare un "Sigillo d'onore" a una personalità che negli anni si sia particolarmente distinta nel campo della sanità, dell'etica, della comunicazione medica, e che in qualche modo abbia avuto un rapporto diretto con l'Ordine.

Quest'anno, per tale riconoscimento, il Consiglio ha proposto Mario Oppes, il cui nome è legato indissolubilmente al nostro Ordine che l'ha visto suo presidente per dodici anni. Nel 1987, a soli 31 anni, fu eletto presidente, e in tale carica risultò essere il più giovane d'Italia. Ha fatto parte del Consiglio della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri, e del Consiglio nazionale dell'ENPAM, l'ente di previdenza e assistenza dei medici. Sempre in quel periodo ha partecipato attivamente, all'interno della FNOMCeO, ai lavori delle commissioni "Tutela della Professione"; "Problemi dei giovani e osservatorio occupazionale"; "Riforma del Servizio Sanitario Nazionale". Ha ricoperto la carica di presidente della Federazione regionale

degli Ordini dei Medici della Sardegna, nel triennio 1994/1997.

Ha saputo interpretare con merito i dettami odontologici che richiedono al medico la formazione continua. Laureato in medicina e chirurgia nel 1982, ha conseguito il diploma di specializzazione in cardiologia nel 1986, e ha continuato un percorso costante di formazione in vari ambiti, quali:

- Metodiche interattive di ingegneria comportamentale per la prevenzione del Burn-out in pronto soccorso;

- ACLS (Advanced Cardiac Life Support) e ATLS (Advanced Trauma Life Support).

- Attualmente è in possesso dei brevetti di ACLS full instructor dell'European Resuscitation Council/Italian resuscitation Council, e di ATLS qualifaid instructor dell'American College of Surgeons.

È autore di oltre ottanta pubblicazioni, gran parte delle quali in lingua inglese, che spaziano da argomenti clinici alla medicina d'urgenza e alla bioetica, apparse su riviste italiane, americane, inglesi, svizzere. Ha partecipato in qualità di relatore a oltre 110 congressi, molti dei quali a carattere nazionale e internazionale.

Mario Oppes si è dedicato con particolare interesse, seguendo un iter formativo eccellente, alla Bioetica Medica:

- perfezionamento in bioetica, livello avanzato, presso l'Università Cattolica "Sacro Cuore" di Roma;
- master in bioetica presso la facoltà di bioetica



La premiazione: Mario Oppes con Agostino Sussarellu e Rita Nonnis

dell'ateneo pontificio "Regina Apostolorum" di Roma;  
 - master di 2° livello "Consulenza in Bioetica clinica" presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

Sempre in questo campo, ha ricoperto il ruolo di docente in una molteplicità di corsi di formazione per varie professioni sanitarie. Vanta sull'argomento numerose pubblicazioni, nonché partecipazioni con proprie relazioni a oltre quaranta conferenze.

È stato uno degli ispiratori della costituzione del "Comitato di bioetica di Sassari", di cui è attualmente il presidente, mantenendo un forte legame con l'Ordine dei Medici, nella cui sede il comitato si riunisce. È stato incaricato di dirigere, per lungo tempo, il Pronto Soccorso dell'Ospedale SS Annunziata di Sassari, dove attualmente ricopre l'incarico di dirigente del reparto di medicina d'urgenza. Ma è soprattutto fortemente legato al nostro Ordine professionale, con cui ha continuato a collaborare, anche dopo averne lasciato la presidenza, partecipando sempre alle nostre iniziative di cui spesso è ispiratore.

Per questi motivi riteniamo che il collega Mario Oppes debba essere considerato una delle figure più rappresentative del mondo della sanità, e che sia dunque meritevole di ricevere il "Sigillo d'onore" del nostro Ordine professionale.



Mario Oppes

## La relazione di Oppes

# Limiti della medicina e medicina del limite

Negli ultimi decenni è parso a tutti evidente il notevole sviluppo delle capacità della medicina di affrontare, con strumenti sempre più potenti, molte delle malattie che affliggono l'umanità.

Dobbiamo però anche riconoscere che l'aumento del potere della medicina sulla malattia ha comportato, oltre che indiscutibili vantaggi, rischi consistenti. Si ha invece l'impressione che mentre si enfatizzano gli aspetti positivi di tale evidente progresso, si faccia molta più fatica a riconoscerne i limiti. Questo atteggiamento produce l'immagine di una medicina quasi onnipotente, capace di superare tutti i limiti finora conosciuti ed è forse per questa ragione che i suoi fallimenti sono sempre più difficilmente accettati.

Diventa allora indispensabile riflettere sui limiti che l'attuale paradigma di medicina contiene, per vedere se sia possibile immaginare un modello capace

di superarli. Ma quali sarebbero questi limiti che oggi condizionano l'immagine della medicina? In uno sforzo estremo di sintesi potremo identificarne almeno tre:

1. i limiti della concezione scientifica della medicina
2. i limiti economici nell'erogazione delle prestazioni sanitarie
3. i limiti della natura umana.

## I limiti della concezione scientifica

Un primo limite andrebbe ricercato nella stessa concezione scientifica della medicina.

"La crisi della medicina moderna e il percepibile disagio di medici e pazienti nascono - secondo Marco Bobbio - dal contrasto tra la percezione comune che la malattia non è solo il risultato di alterazioni chimico-fisiche e la possibilità di intervenire solo su

queste. La questione non riguarda però il modello scientifico in sé, ma l'illusione che l'approccio scientifico sia l'unico valido: come tutti i buoni modelli deve essere usato in modo appropriato e se ne devono riconoscere onestamente i limiti". Dovremo ricordare che, per diventare scientifica, la medicina si è dovuta liberare della filosofia o meglio ha adottato a proprio fondamento una filosofia, il positivismo. Il riduzionismo che ne deriva ha portato con sé una concezione della malattia che riduce l'uomo alla sola dimensione biologica, introducendo un limite alla comprensione del malato. Vanno poi considerati i limiti della generalizzazione contenuta nei procedimenti clinici basati su linee guida e protocolli che, in alcuni casi, si traduce in un approccio che finisce per annullare molte delle differenze esistenti tra i singoli individui. Altri limiti vanno riconosciuti nel meccanicismo insito nell'approccio positivista.

Un approccio in cui si tende a disconoscere qualsiasi validità a "verità" che non derivano da conoscenze acquisite con metodo scientifico e che così finiscono per essere ignorate. In questo modo - sostiene il teologo moralista Giuseppe Angelini - l'obiettivo del sollievo e del benessere viene privilegiato rispetto a quello del bene, determinando la tendenziale rimozione della questione morale.

Da tutto ciò deriva una conoscenza parziale del malato e su tale conoscenza parziale si finisce per fondare la cura. Ma se la conoscenza scientifica non basta più per conoscere l'attualità del soggetto malato quale altra conoscenza è possibile? A questa



domanda ha provato a dare una risposta Ivan Cavicchi, suggerendo che "l'unica forma di conoscenza possibile è quella ontologica, cioè quella forma di conoscenza che si incarica della riflessione, della comprensione, della ricerca, di tutto quello che concerne l'attualità dell'essere e della persona, oltre alle sue implicazioni biologiche, all'interno delle relazioni, le contingenze e i contesti. Si tratta di un genere di conoscenza non nozionistica, come quella della ragione medica, ma orientata a formare ed accrescere la sensibilità degli operatori, le loro abilità, la loro perspicacia, le loro virtù".

### I limiti economici

Diventa sempre più impossibile da evitare il rapporto con un altro limite, quello economico. Il primo numero del *British Medical Journal* (BMJ) del 1950 esordiva con un editoriale di sir Henry Dale che, celebrando le recenti scoperte degli antibiotici e del cortisone, prevedeva un futuro radioso e senza limiti per la ricerca e la pratica medica. L'emozione che coglieva il lettore era un senso di partecipazione a un'epoca di successi senza precedenti per la medicina occidentale. Il numero del BMJ del 6 aprile 2002 comunica invece una sensazione completamente diversa: la medicina del nuovo millennio è malata. Essa è afflitta da una crisi analizzabile schematicamente a quattro livelli:

1. Medici e infermieri sono sempre più infelici e disillusi dalla professione,
2. È in crescita il numero di persone sane, ansiose per la loro salute e per rischi di ogni genere, che si sentono abbandonate dalla medicina (i cosiddetti *worried well*),



3. Il crescente successo e popolarità delle medicine alternative,

4. La spirale apparentemente incontrollabile dei costi delle cure mediche e dei servizi sanitari.

L'illusione di una medicina con una prospettiva di espansione illimitata delle proprie capacità è ormai tramontata, proprio per la consapevolezza della limitatezza delle risorse economiche utilizzabili. Si fa invece sempre più realistica la proposta del bioeticista americano Daniel Callahan che da anni parla apertamente di medicina sostenibile. Dovremo poi fare i conti con l'esigenza morale di garantire equità nell'accesso ai servizi sanitari che si traduce in una giusta distribuzione delle risorse economiche.

## I limiti della natura umana

Infine dobbiamo fare i conti con i limiti della natura umana, tramontato definitivamente il sogno dell'immortalità. "Esiste una sorta di legame profondo tra la coscienza della morte, della propria caducità, ovvero la certezza che un giorno si debba morire e, d'altro canto, la volontà, addirittura impetuosa e irrisistibile, di ignorare questa consapevolezza". Ce lo ricorda il filosofo tedesco Hans-Georg Gadamer. Ma l'idea di una medicina onnipotente sembra aver cancellato la realtà della morte. Potrebbe proprio essere la mancata percezione della finitezza dell'uomo a spingere i medici a utilizzare la medicina oltre ogni ragionevole possibilità di beneficio. È così che a volte la medicina

diventa strumento capace di incidere negativamente sulla dignità dell'uomo.

## Cambiamenti epocali e l'idea del medico

Si sta facendo strada la convinzione che il momento storico che attraversiamo coincida con un momento di transizione tra due epoche. Se le cose

stanno così anche la medicina conoscerà grandi trasformazioni. Il modello di medicina che utilizziamo non è infatti più in grado di rispondere adeguatamente ai bisogni dell'uomo contemporaneo.

Quale cambiamento epocale possiamo aspettarci per la medicina? A questa domanda risponderei immaginando un passaggio da una medicina con pretese di onnipotenza a una medicina capace di cogliere il senso del limite.

Si realizzerebbe così l'idea di medico che un grande filosofo del '900, Karl Jaspers, proponeva già nel 1953, proprio in occasione di una conferenza tenuta nel corso della cerimonia per la celebrazione della "Giornata del medico" a Basilea. "Il progresso della conoscenza scientifica - scriveva Jaspers - è accompagnato da una medicina che, se non vede i propri limiti [...] violenta il malato, frustrando lo spirito e l'anima".

E allora in questa prospettiva di quale medico avremo bisogno? "Non si illude circa la realtà dell'errore, ma ritiene sensato, nella sua professione, fare ragionevolmente quanto è possibile per aiutare

uomini che soffrono e muoiono, anche se questo sembra cosa minima nel flusso della sventura. Rimargina la piccola ferita, mentre di continuo gli uomini ne aprono di più grandi. Si preoccupa di conservare la singola vita mentre l'umanità ne distrugge a milioni. Il medico scorge i limiti del proprio potere. Non può sopprimere la morte, anche se oggi è in grado di prolungare la vita

come non mai. Non può sopprimere le malattie mentali, anche se in certi casi può essere d'aiuto. Non può sopprimere la sofferenza, anche se oggi è in grado di lenirla in una misura che non ha precedenti. Nonostante tutti i successi, il medico avverte più di ciò che non è in suo potere di ciò che lo è".



I 50 anni di laurea e professione

## Le medaglie d'oro

Riportiamo un breve curriculum dei colleghi cui è stata conferita la medaglia d'oro, guadagnata dopo anni di onorata professione al servizio della collettività.

### Francesco Carta



Nato a Salerno il 3 novembre del 1939, si laurea in medicina e chirurgia presso l'Università di Sassari nel 1963 e si specializza a Cagliari in oculistica nel 1966; dal 1965 al 1980 è assistente volontario e successivamente assistente ordinario e libero docente presso la Clinica Oculistica dell'Università di Parma. Dal 1980 al 1983 è professore ordinario di ottica fisiologica presso l'Università di Sassari, e dal 1983 al 2010 professore ordinario di malattie dell'apparato visivo. Dal 1983 al 2010 direttore della clinica oculistica dell'Università di Sassari con funzioni primarie.

Dal 1983 al 2010 direttore della scuola di specializzazione di oftalmologia presso l'Università di Sassari. Autore e coautore di oltre 150 pubblicazioni su riviste nazionali e internazionali. È autore di un volume di Neuroftalmologia giunto alla IV edizione (Monduzzi Editore - 2009), di cui una in lingua inglese (2001), adottato da numerose scuole di specializzazione in oftalmologia e in neurologia presso numerose Università Italiane. È coautore del volume

"Clinica delle Malattie dell'Apparato Visivo" - Elsevier, Masson Casa Editrice 2010. Ha partecipato in qualità di relatore, moderatore e presidente a numerosi congressi nazionali e internazionali. La sua attività chirurgica comprende oltre 15 mila interventi pertinenti la patologia corneale, la cataratta, il glaucoma, le malattie vitreo-retiniche e la chirurgia orbitaria e degli annessi oculari. È stato consigliere di amministrazione, su delega dell'Università di Sassari, del Consorzio Interuniversitario per i trapianti d'organo con sede a Roma (Policlinico Umberto I). Direttore dell'Istituto di Oftalmologia, Otorinolaringoiatria e Urologia dell'Università di Sassari, direttore del Centro di Spesa Struttura Specialità Micro chirurgiche dell'Università di Sassari, fino al novembre 2010.

### Angelo Amedeo Ledda

Nato il 23 febbraio 1937 a Montresta, già dal 1961 allievo interno nella Clinica di Ostetricia e ginecologia, diretta da Giuseppe Vecchietti, si laurea a Sassari nel '63 con una tesi sulla embolia da liquido amniotico e si iscrive all'Ordine di Sassari nel 1964. Segue l'immediata iscrizione alla scuola di specializzazione in ostetricia e ginecologia ricoprendo turni di I° guardia già dal secondo anno. Erano i tempi in cui ancora si usava l'applicazione del forcipe e si praticavano molti interventi ostetrici: tra cui rivolgimenti interno-esterni con estrazione podalica. Il gran numero di parti (18-20 al giorno) e il succedersi di vari direttori provenienti da diverse scuole quali Giuseppe Pescetto, G.B. Candiani, Vittorio Danesino, Bruno Salvadori, Mainaldo Maneschi, Giorgio Cagnazzo, Ignazio Stoppelli, ne hanno favorito la rapida crescita professionale, integrata da un corso di un anno frequentato presso Emilio Imparato, straordinario chirurgo-ginecologo, sotto la cui guida per-





feziona le colpo-isterectomie e le isterectomie radicali per tumori del collo uterino. Nel 1979, a soli 42 anni, dirige il reparto di ostetricia e ginecologia del Policlinico Sassarese, fiore all'occhiello del territorio per nascite e interventi chirurgici, numericamente assimilabili a quelli della clinica universitaria. Lascia la guida del reparto all'età di 68 anni, dopo avere preparato una nutrita schiera di allievi. A lui si ascrivono alcuni casi di raro riscontro tra cui l'assistenza a parto spontaneo in presentazione di fronte, destinato altrimenti a taglio cesareo, l'estrazione di due corpi uniti per il torace (doppio simmetrico pigo-pago), l'individuazione, con la semplice esplorazione vaginale, di una gravidanza addominale.

## Antonio Lugas



Nato a Tuili in provincia di Cagliari il 12 novembre 1933, consegue la laurea in medicina e chirurgia nel 1963 presso l'Università di Cagliari e si abilita all'esercizio professionale nell'aprile 1964 nella stessa università. Si iscrive all'Ordine di Nuoro nel 1964 e all'Ordine di Sassari nel 1980. Si specializza in malattie dell'apparato digerente e del ricambio nel 1969 presso l'Università di Sassari. Dal 1966 al 1971 è medico condotto a Orgosolo. Dal 1971 al 1978 è medico internista all'Ospedale "Paolo Merlo" di La Maddalena. Dal 1978 al 1980 è medico condotto ad Aritzo. Dal 1981 al 1987 è medico condotto a Budusò e anche responsabile dell'Igiene Pubblica della ASL di Ozieri.

## Leonardo Mulas

Nato a Bolotana l'11 marzo 1938, si laurea in medicina e chirurgia nel 1963 presso l'Università di

Sassari conseguendo l'abilitazione alla professione nell'aprile del 1964; si iscrive all'Ordine di Sassari nel '64. Nel novembre dello stesso anno è assistente volontario presso la cattedra di medicina generale e terapia medica della facoltà di medicina dell'Università di Sassari. Dal 1967 è assistente incaricato nel reparto medicina dell'Ospedale Civile "Alivesi" di Ittiri sino al 1968 quindi è assistente presso il reparto di radiologia dell'Ospedale Civile di Sassari sino al 1978, conseguendo, nel frattempo le specializzazioni in radiologia presso l'Università di Cagliari e in malattie dell'apparato digerente e del ricambio presso l'Università di Sassari. Dal 1978 è aiuto di ruolo, presso lo stesso reparto del "Civile" di Sassari sino al 1989. Nell'anno accademico 80/81 viene incaricato all'insegnamento presso la scuola di specializzazione in radiologia. Nel 1989, a seguito di pubblico concorso, diventa primario del reparto di radiologia presso l'Ospedale Civile di Thiesi, dove riorganizza la struttura acquisendo apparecchi di radiodiagnostica di ultima generazione e istituendo un servizio di ecografia. Nel novembre del 1996 è primario del 2° servizio di radiologia dell'Ospedale Civile di Sassari, dove si dedica esclusivamente alla diagnostica per immagini, con particolare interesse per la radiologia vascolare e interventistica, organizzando un servizio di angiografia ed eseguendo esami particolarmente complessi quali embolizzazioni endoarteriose in pazienti con gravi emorragie, tumori polmonari, epatici e renali e nei meningiomi quale trattamento preoperatorio.

Su questi e altri argomenti pubblica diversi lavori su riviste scientifiche nazionali ed estere. Dal 1999, data di pensionamento dalla pubblica amministrazione, ha continuato a esercitare la libera professione sino al gennaio del 2012.



## Giovanna Domenica Pintore



Nata a Villanova Monteleone l'11 gennaio 1936, consegue nel 1963, presso l'Università di Cagliari, la laurea in medicina e chirurgia, abilitandosi alla professione nel novembre dello stesso anno; si iscrive all'Ordine di Sassari nel '64.

Nel 1969 consegue la specializzazione in anestesia e rianimazione presso l'Università di Cagliari e nel 1970 l'idoneità nazionale di assistente di anestesia e rianimazione; nel 1975 l'idoneità di aiuto e nel 1977 l'idoneità di primario. Nel periodo compreso tra gennaio 1964 e ottobre 1965 svolge attività di medico condotto e di ufficiale sanitario supplente, in modo discontinuo nei comuni di Sarule, Oliena, Dorgali, Olzai, Villanova Monteleone. Dal dicembre 1964 al dicembre 1965 presta servizio presso il reparto di anestesia e rianimazione dell'Ospedale Civile "SS. Annunziata" di Sassari in qualità di assistente volontaria; dal 1966 al 1975 è assistente in-

caricata, dal '75 al '78 assistente di ruolo, dal 1978 al 2000 aiuto di ruolo. In tutti questi anni svolge attività di anestesia nelle varie specialità della chirurgia, attività di rianimazione dei craniolesi, dei pazienti con insufficienza respiratoria grave, con intossicazioni, attività di terapia intensiva post-operatoria. Dal 1988 contribuisce alla realizzazione del "Centro prelievi Multiorgano e Trapianto di Rene" nell'Ospedale Civile SS. Annunziata di Sassari, in collaborazione con i colleghi dell'anestesia e rianimazione, della nefrologia e dialisi, della chirurgia d'urgenza, dell'urologia, della neurochirurgia e della direzione sanitaria. Sempre in collaborazione con i suddetti colleghi e in particolare con il direttore della Clinica Oculistica Franco Carta, organizza conferenze e dibattiti per informare e sensibilizzare i giovani alle problematiche della donazione e trapianto di organi, con particolare riferimento alla diagnosi di morte cerebrale. In qualità di referente per la Sardegna, fa parte del gruppo di studio nazionale per l'ipertermia maligna. Nell'ottobre 1996 organizza ad Alghero il III Congresso europeo sull'"anestesia e malattie neuromuscolari" in collaborazione con Vincenzo Tezzazzin dell'Ospedale Generale di Padova.

Nel dicembre 1990 è aiuto responsabile del modulo funzionale "prelievo e trapianto di organi" svolgendo il ruolo di coordinatore di tale attività. Nel 1997 partecipa al 1° corso nazionale per coordinatore alla donazione e prelievo di organi, conseguendo il diploma di transplant procurement management. Dal 1978 al 1996 svolge attività didattica presso la scuola di formazione per infermieri professionali, per il corso di riqualificazione degli in-

fermieri generici e psichiatrici, per il corso di capo sala. Viene incaricata altresì all'insegnamento di nozioni cliniche e assistenza per il corso di abilitazione alle funzioni direttive e di anestesia e rianimazione per il corso di specializzazione in nefrologia e dialisi per infermieri professionali.



Foto di gruppo dei premiati insieme al Consiglio direttivo dell'Ordine

La 58ª Giornata del medico

## Emozioni, pensieri e progetti dei neolaureati che hanno giurato

*Nicola Piredda e Francesco Loli  
sono i neo-colleghi che hanno recitato  
il giuramento di Ippocrate  
durante la giornata del medico.  
Ecco le loro riflessioni sull'avvenimento*

"Consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto che compio e dell'impegno che assumo, giuro:..."

Ho passato le serate antecedenti "La Giornata del medico" a rileggere più volte il Giuramento d'Ippocrate, soffermandomi su ogni singolo emendamento e riflettendo su quanto avevo osservato, nella mia brevissima esperienza, circa l'applicazione dei suoi dettami nella pratica corrente. Mi onoro di aver potuto prendere parte a questa giornata, un'esperienza che porterò sempre con me e mi guiderà nel mio percorso, umano e lavorativo. E' ancora viva l'emozione provata nell'assistere alla consegna delle "medaglie di benemerita" ai medici che compivano 50 anni di laurea, percependo nei loro occhi e nelle loro parole la passione con cui si sono dedicati al loro lavoro e un inevitabile velo di malinconia per non poter rimanere al servizio del prossimo. Ma d'altronde la professione, così come la vita, è una staffetta, un passaggio di ruoli, e la stessa emozione cui ho accennato prima è rapidamente comparsa negli occhi di noi giovani medici, appena iscritti all'Ordine, chiamati a prestare il giuramento d'Ippocrate. Con emozione, ho affiancato il presidente Sussarellu nella lettura del Giuramento, con il pensiero rivolto a tutti i medici che, ogni giorno, aiutano i loro pazienti e non mollano mai, nemmeno di fronte alle mille difficoltà che molte, troppe volte, questa professione ci mette davanti, sperando che, finché corpo e mente me lo permetteranno, possa curare i pazienti con la dedizione e la benevolenza indicate dal nostro codice deontologico praticando il mestiere più affascinante del mondo.

**Nicola Piredda**  
medico chirurgo



Il presidente Sussarellu fra i neolaureati Piredda e Loli

Ho percepito la scelta di festeggiare nella stessa cerimonia la lunga carriera dei colleghi più anziani che hanno compiuto il 50esimo anniversario dalla laurea e di accogliere noi giovani, come una sorta di passaggio di testimone tra due generazioni, non sempre sulla stessa lunghezza d'onda, ma accomunate da un'etica comune il cui simbolo è, da oltre 24 secoli, il giuramento di Ippocrate. Sebbene il testo risalga a un periodo in cui il medico, o meglio, il guaritore, era considerato un mediatore tra gli dei e gli uomini, è tuttora recitato, con le opportune correzioni, in una ampia varietà di traduzioni nonostante i tempi siano profondamente cambiati. La forza del messaggio, che lo rende così attuale, è nel fatto che il giuramento è un impegno morale che il guaritore allora, come il medico oggi, ha nei confronti del proprio assistito, a prescindere dalla branca di applicazione o dallo stato dell'arte della medicina. In occasione della Giornata del medico, il direttivo a nome di tutto l'Ordine ha espresso le proprie perplessità circa il periodo storico che la nostra professione sta attraversando. Spero, e credo, che la costante riflessione su tali problematiche, combinata con l'entusiasmo dettato dall'inizio della carriera e la curiosità della nostra giovane età, possano portare a una continua evoluzione al passo con i tempi, per assicurare una sempre migliore qualità delle prestazioni mediche al servizio della persona.

**Francesco Loli**  
odontoiatra

## L'elenco dei neoiscritti

Professione	N. Ordine	Nominativo	Professione	N. Ordine	Nominativo
MC	5574	ADDIS ALBERTO	MC	5560	MELONI MARTA
MC	5566	ADDIS FRANCESCA	MC	5568	MORO BARBARA
MC	5546	AMADU ANTONIO MATTEO	MC	5520	MUNDULA NICOLA
OD	587	ARGENTI FLAVIO	MC	5556	MURA SILVIA
MC	5537	ARRU GIUSEPPE	OD	589	MUREDDU MAURA
MC	5572	BACCIU GIULIA	MC	5543	ONDRADU FRANCESCA RITA
MC	5565	BANDINU CHIARA	MC	5529	PADDEU GRAZIA
MC	5575	BARMINA MICHELE	OD	590	PAPA VALERIO
OD	588	BASENTE YARI	MC	5578	PASANISI ANNAMARIA
OD	585	BIANCU LUCA	MC	5542	PERUZZU FRANCESCA
MC	5532	CALISAI ALESSANDRA	MC	5534	PINNA MICHELA
MC	5522	CANU NICOLE	MC	5576	PIREDDA NICOLA
MC	5533	CAPULA DANIELE	MC	5570	PISANO ROSSELLA
MC	5564	CAREDDU STEFANO	OD	586	PORRU MARCO
MC	5562	CHERCHI PASQUALINA	MC	5521	PRUNEDDU GIAN LUCA
MC	5545	CONTU LAURA	MC	5549	RASSU ANNA LAURA
MC	5557	CORREDDU GIUSEPPINA	MC	5550	RIZZO KATERINA
MC	5541	DEIANA MARTA	MC	5525	ROCCHI CHIARA
MC	5536	DELL'AVVENTO SILVIA	MC	5535	SANNA MARIA GRAZIA
OD	583	DEMONTIS MASSIMO	MC	5558	SATTA BRUNA
MC	5569	DERIU FIORELLA	MC	5561	SCHIANCHI CARLO
MC	5539	DORE ANGELA	MC	5548	SECHI ELIA
MC	5567	FARA JESSICA	MC	5538	SECHI FILOMENA
MC	5573	FARA PAOLA ELEONORA	MC	5528	SINI GIOVANNA
MC	5563	FIORI MARIANGELA	MC	5547	SOLINAS SABINA
MC	5540	FORTELEONI GIOVANNA MARIA	MC	5524	SORO SARA
MC	5531	GIORICO FEDERICO ANT. GIOV.	MC	5526	SPADA CLAUDIA
MC	5523	LOBRANO GLORIA	MC	5571	SPISSU VALENTINA
OD	584	LOLLI FRANCESCO MARIA	MC	5530	SUDANO SILVIA DOMENICA
MC	5559	MANCONI MARIA GRAZIA	MC	5527	ZACHOS MAISTROS PAVL
			MC	5544	ZODDA ASSUNTA



I neoiscritti all'Ordine pronunciano il giuramento di Ippocrate

Terzo (riuscito) appuntamento nella sala riunioni dell'Ordine

## Rimpatriata di matricole del 1965 fra entusiasmi, ricordi e nostalgie

**N**os Semper Sumus è la parola d'ordine che ha spronato noi, le matricole in medicina e chirurgia del '65, a rincontrarci per la terza volta. Appuntamento a Sassari. Quasi mezzo secolo di storia ci separa da quei giorni in cui, dotati di giovanile spensieratezza, ci affacciavamo alla sala settoria con aria scanzonata e irridente per andare incontro, ignari, all'ira funesta della professoressa Grazietta Sassu, Maestra di anatomia topografica.

Il battesimo al rispetto avveniva lì, su quelle lastre gelide di marmo. Allora ci si divideva tra gli istituti di anatomia, fisica, chimica e biologia e le materie di insegnamento venivano ricondotte ai cognomi dei nostri insegnanti. Così Balboni e Bargoni, Manunta e Parodo scandivano le fasi sequenziali del nostro vivere da studenti. Il mantra quotidiano era sempre lo stesso: lezioni, mensa, istituto, studio... E il cinema? Solo la domenica e ben lontano dall'approssimarsi delle valutazioni orali. Difficile esimersi dall'osservare il calendario prestabilito e decisamente rischioso non partecipare alle varie esercitazioni perché gli occhi vigili di aiuti e assistenti registravano ogni minima defezione. E poi... gli esami: non ci si poteva permettere di raccontare fandonie perché il libretto, allora cartaceo, ti veniva elegantemente restituito accompagnato da un "hum! mica bene, ritorni".

Ora, a distanza di 48 anni, grazie a Maristella, promotrice dell'evento, e a Pierrario, che vigila tenacemente dai crinali del Limbara, ci ritroviamo, domenica 24 novembre, mese ideale per le rimpatriate, nella sala riunioni dell'Ordine dei medici di via Cavour. Il nostro presidente Agostino non ha voluto perdere uno scatto della nostra esilarante passerella e, a nome del Consiglio Direttivo, ci porge, con viva e vibrante commozione, piena solidarietà.

Dopo faticosi riconoscimenti, alcuni suggeriti frettolosamente, altri stentati, altri addirittura clamorosamente confusi, ci siamo quasi tutti, lo zoccolo



La rimpatriata delle matricole del 1965

duro di quei tempi: amiconi e complici. Alcuni, vincolati in patria da improcrastinabili impegni istituzionali quali l'assistenza ai nipoti e il richiamo dei territori di caccia, non potendo essere presenti col corpo, ci sono vicini con il pensiero e inviano messaggi affettuosi esortandoci a invecchiare con successo. Sono presenti Andrea, proveniente da Cuneo e Mario da Piacenza, che nonostante i disagi del viaggio non hanno voluto perdere una rara e preziosa occasione d'incontro, "regalo tanto gradito quanto la distanza che ci separa". Seguono abbracci per tutti comprese le gentili consorti e i cari mariti che non avevamo mai avuto occasione di conoscere.

Certo, a pensarci bene, era proprio un gran bel corso e se da "minacce per la società" siamo diventati maestri nella intuizione medica e nell'arte chirurgica, lo dobbiamo a quegli anni trascorsi insieme caratterizzati da mutuo rispetto, tacito cameratismo e impalpabile emulazione. Entusiasmo alle stelle quando il cerimoniere di turno augura "buon pranzo". Nell'attiguo Cenacolo c'è una lunga teoria latineggiante di manicaretti, dal *gladius piscis subtiliter resectus* al *dulcis in fundo, opus magistri domus*, generosamente inaffiati da un *Argioliensis vinum* di tutto rispetto. *Ave atque vale* quindi e, tra lacrime di gioia, arriverci al cinquantesimo anniversario.

Antonio Pinna

Non è sempre e soltanto un fenomeno biologico

# Spiegare e comprendere: la malattia e i risvolti psichici, sociali e spirituali

I progressi della medicina nella diagnostica e nella terapia sono senza dubbio imponenti e benefici per quanto riguarda la qualità e la durata della vita; contemporaneamente emergono limiti economici e si pongono, specialmente in questi ultimi tempi, sfide etiche e giuridiche. In questa prospettiva la filosofia può offrire un valido contributo per l'analisi e la soluzione di tali problemi. Le malattie croniche richiedono un nuovo atteggiamento: non soltanto terapie, ma anche assistenza: il modello della tecnica non è sufficiente per la medicina, per il concetto di malattia, per la relazione medico-paziente.

*L'Hospice-movement*, la medicina palliativa, la medicina personalizzata in senso antropologico e non soltanto biologico dovranno rappresentare la necessaria riforma della medicina moderna e, in questo contesto, la filosofia può dare un importante supporto. La medicina è un'arte e una scienza: scienza della natura e allo stesso tempo scienza antropologica. La malattia è non solo un fenomeno biologico, ma anche un fenomeno psichico, sociale e spirituale.

Di fronte a queste complesse questioni di fondo, possiede un gran valore per la medicina e la psichiatria il dualismo: spiegare e comprendere. Con la frase: "Noi spieghiamo la natura, e comprendiamo la vita psichica", il filosofo Wilhelm Dilthey (1833-1911) caratterizza già nel 1894 l'ampiezza del tema. "Noi spieghiamo la natura" si collega alla dimensione corporale e "Noi comprendiamo la vita psichica" alla dimensione psichica della medicina e della psichiatria.

## Sviluppo storico

Spiegare e comprendere delineano una dicotomia fondamentale, che deve essere per principio estesa alla tricotomia: descrivere, spiegare e com-

di Dietrich von Engelhardt



prendere. Fenomeni della salute e della malattia sono raccolti e descritti attraverso osservazioni ed esperimenti, successivamente spiegati o compresi e infine riuniti sotto norme. Il punto di vista della descrizione viene sostenuto nel XIX e nel XX secolo da Gustav Robert Kirchhoff (1824-1887), Ernst Mach (1838-1916) ed Edmund Husserl (1859-1938) con risonanza nelle scienze empiriche ed anche nella medicina e nella psichiatria. Le discussioni sullo spiegare e comprendere iniziano al principio del XIX se-

colo. La riduzione delle quattro cause aristoteliche alla sola causa efficiente, l'accento positivista sull'oggettività come oggettività esterna o fisica, l'orientamento della medicina verso le scienze naturali e con ciò l'abbandono del soggettivo e del senso interno, caratterizzano lo sfondo storico-sistemico del periodo.

Il filosofo italiano della storia e del diritto Giovanni Battista Vico (1668-1744) designa nella sua "Scienza nuova" (1725, 1744), con la sua critica alla filosofia cartesiana, la conoscenza storica come comprensione, che sarebbe più sicura e anche più importante della conoscenza naturale: "Ove avvenga che chi fa le cose esso stesso le narri, ivi non può essere più certa l'istoria". In questa visione di Vico l'uomo può davvero comprendere soltanto ciò che egli stesso ha prodotto: società, storia, opere d'arte, idee.

Il teologo Friedrich Schleiermacher (1768-1834) mise in moto con la sua "Hermeneutik" (1838), importanti impulsi per ulteriori discussioni. Secondo tale autore, comprendere deve essere sempre visto in relazione al parlare e riferito alla connessione generale tra pensiero e lingua, e può essere applicato a tutte le forme o livelli dell'espressione umana, sia a quella orale sia a quella scritta: "Va riconosciuto con altissimo interesse scientifico, il modo in cui l'uomo nella formazione e nell'utilizzo della lingua



Sorso, la chiesa di San Pantaleo

giunge alle opere. È altrettanto di altissimo interesse comprendere l'uomo come fenomeno derivante dall'uomo, come idea".

Lo storico Johann Gustav Droysen (1808-1884) contribuì molto con la sua "Historik" (1868) alla differenziazione terminologica di comprendere, inteso come metodo delle scienze psichiche, e spiegare come metodo delle scienze naturali, con l'affermazione che la vera conoscenza non si darebbe solamente nelle scienze naturali: Droysen intende lo spiegare come metodo della scienza naturale: "Conoscenza di nessi nell'ambito fisico e riconduzione a dati fisici", definisce invece la comprensione come il metodo delle scienze psichiche: "La possibilità della comprensione presuppone che in noi che osserviamo si incontrino le stesse categorie etiche ed intellettuali che hanno la loro espressione in ciò che deve essere compreso; possiamo comprendere solo nella misura in cui le stesse categorie si sono qui manifestate. La morfologia del mondo vegetale e animale si sottrae perciò alla nostra comprensione scientifica, perché l'anima vegetale e animale, l'eventuale anima del corpo terrestre e del corpo del mondo ecc. sono per noi inaccessibili."

Il filosofo Wilhelm Dilthey (1833-1911) continua la critica di Droysen all'orientamento (spesso richiesto ed anche preteso nel XIX secolo da parte di molti scienziati) delle scienze psichiche verso quelle naturali

e si muove perciò contro la derivazione materialistica dei processi psichici. La psicologia di questa tendenza "vuole spiegare la costituzione del mondo psichico secondo i suoi elementi, le sue forze e leggi, esattamente come la fisica e la chimica spiegano quella del mondo fisico." (1894) La differenza tra l'oggetto della natura e quello della psiche o dello spirito conduce alla sua ormai classica frase: "Noi spieghiamo la natura e comprendiamo la vita psichica."

Importanti nuovi punti di vista sulla distinzione fra le scienze della natura e quelle della psiche hanno origine nelle filosofie di Wilhelm Windelband (1848-1915) e Heinrich Rickert (1863-1936). Nel suo studio "Storia e Scienza" (ted. 1894) Windelband definisce le scienze della natura come scienze nomotetiche e le scienze della psiche come scienze ideografiche: "Le une ricercano principi universali, le altre fatti storici particolari." Per parte sua Rickert dà rilievo alla differenza fra comprensione storica e comprensione psicologica ("I limiti della concettualizzazione scientifica", ted. 1896-1902). La relazione fra fatti e mondo irreali è accessibile alla comprensione storica, quella fra fatti e decorso spazio-temporale si apre alla comprensione psicologica.

## La situazione moderna

Attorno al 1900 si aprono in filosofia così come in medicina e in psichiatria intense discussioni sulla



**Sennori, interno della chiesa di San Basilio**

spiegazione ovvero sulla causalità (= causa efficiens); queste discussioni trovano il loro completamento nelle contemporanee dispute sulla teleologia (= causa finalis). Si contrappone la monocausalità alla multifattorialità o condizionalismo. I medici Ferdinand Hueppe (1852-1938) e Friedrich Martius (1850-1923) si presentano come causalisti, i medici Max Verworn (1863-1921) e David von Hansemann (1858-1920) come condizionalisti. In medicina viene riconosciuto valore universale al triplice schema dei fattori eziologici, che risale alle controversie fra patologia cellulare, batteriologia ed epidemiologia: disposizione, attivazione e condizione. In psichiatria si parla di cause di malattia, di condizioni di malattia e di costellazioni di vita. Le controversie di quegli anni sono vive anche oggi, non hanno trovato soluzione, né hanno condotto ad acquisizioni universalmente accettate.

La fondazione scientifico-naturale della medicina non ha conseguito comunque un successo completo o assoluto. Si discute spesso e in modo controverso sulla dipendenza della medicina dalla fisica e dalla chimica o dalla stessa biologia. Per molti medici la medicina è un'arte (ars) e una scienza (scientia); la medicina in quanto scienza pratica non può in alcun modo essere intesa solo come scienza naturale applicata. L'internista Bernhard Naunyn (1839-1926)

in primo luogo constata appunto risolutamente: "La medicina diventerà una scienza, oppure non sarà affatto"; ma nello stesso tempo altrettanto risolutamente aggiunge che la medicina ha a che fare con gli esseri umani: "e qui l'umanità e la pietà ci impongono stretti confini." (1905)

La psichiatria del XX secolo soprattutto in Germania si trova sotto l'influsso della filosofia. Edmund Husserl (1859-1938, Martin Heidegger (1889-1976), Karl Jaspers (1883-1969) e Hubertus Tellenbach (1914-1994) sono esemplari sotto questo punto di vista, accanto a molti altri nomi di studiosi tedeschi. Indubbiamente il filosofo e psichiatra Karl Jaspers occupa ancor oggi con la sua "Psicopatologia generale" (1913, <sup>9</sup>1973, ital. 2000) una posizione centrale in queste discussioni all'interno della psichiatria.

Secondo Jaspers in medicina si possono confrontare diversi tipi di comprensione accanto alla spiegazione di tipo causale, la quale a sua volta mostra di possedere differenti dimensioni:

- spiegazione causale come deduzione dello psichico dall'oltreconsapevolezza (*processo*);
- comprensione statica come comprensione degli stati, fatti o fenomeni psicopatologici per la autodescrizione del paziente, accanto anche alla comprensione dell'espressione attraverso i gesti e la mimica;



- comprensione genetica come deduzione di uno stato, fatto, fenomeno psichico da un altro fenomeno psichico (*sviluppo*), denominata anche comprensione psicologica, con evidenza di tipo ideale;
- comprensione razionale come comprensione di contenuti e relazioni teoriche di pensiero, contrapposta alla comprensione empatica negli stati, fatti o fenomeni del paziente;
- comprensione spirituale come relazione a contenuti, significato, immagini, idee;
- comprensione esistenziale come verifica di quanta libertà il malato possiede ancora e di come affronti le situazioni limite del vivere;
- comprensione metafisica come comprensione della malattia psichica come modo speciale di essere nel mondo ("lo psicotico diventa simbolo dell'essere umano").

La spiegazione causale è per Jaspers un metodo illimitato, anche nelle scienze naturali, mentre la comprensione è per principio limitata: da un lato perché è dipendente dall'oltrecosciente e dall'altro a causa della libertà dell'essere umano. Jaspers sottolinea continuamente l'oggettività empirica: "Noi comprendiamo nella misura in cui i dati oggettivi, relativi ai gesti, alle azioni, alle espressioni verbali e alle autodescrizioni, ci favoriscono più o meno tale comprensione in ogni singolo caso. Nel singolo caso reale comunque noi possiamo affermare la realtà di questi concetti solo nella misura in cui essi si presentano come dati oggettivi".

In sintonia con Karl Jaspers lo psichiatra Kurt Schneider (1887-1967) caratterizza le psicosi come genetiche nel senso di incom-

prendibili, (1946). Lo psichiatra Ferdinand Adalbert Kehr (1883-1966) nello studio "Il comprendere e il capire nella psichiatria" (ted. 1951) contrappone il capire teleologico al capire motivato. Il capire teleologico richiede "che si comprendano determinati comportamenti psichici e rinunce dell'altro come se essi mirassero ad un determinato 'telos', ad un determinato 'nesso finale.'" Ulteriori impulsi derivano dalle ricerche psichiatriche fino ad oggi sulla comprensione e sulla comprensibilità, sulla comunicazione e sulla interazione fra medico e paziente.

Accanto alla psichiatria influenzata dalla filosofia, la medicina dell'analisi esistenziale o antropologica fornisce dal canto suo importanti stimoli al tema dello spiegare e del comprendere in medicina. Il medico Viktor von Weizsäcker (1886-1957) introduce il soggetto come principio fondamentale in medicina, valido sia per il medico, sia per il paziente, sia per la disciplina medica. Accanto alla spiegazione oggettiva e al comprendere soggettivo vi è, secondo

von Weizsäcker, un "comprendere transietivo", da intendersi come un trasferirsi dentro ai sentimenti e alle rappresentazioni di un altro uomo: "Il soggetto è l'io dell'altro, non il mio, e l'oggetto è il suo oggetto, non il mio." (1926) Il comprendere personale o antropologico si dirige oltre l'empatia individuale verso il pentagramma patico della sofferenza nelle cinque dimensioni del volere, dovere, potere, essere forzato, avere il permesso, e in questo modo introduce anche un senso oggettivo nella coscienza soggettiva del malato ("Patosophia", ted. 1956). Secondo von Weizsäcker 'il senso' (= *causa finalis*) è centrale nella medicina, la medicina non può essere li-



Sennori, la facciata della chiesa di San Basilio



Sorso, lavatoio

mitata alla causalità nel senso della causa efficiente (= *causa efficiens*). Ancora una volta si ponga attenzione alla triade: descrivere, spiegare e comprendere. I tentativi di definizione internazionale delle diagnosi (*International Classification of Diseases* = ICD 10, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* = DSM 5) presuppongono un accordo nelle descrizioni dei singoli fenomeni patologici. Intersoggettività e computerizzazione valgono come decisive esigenze, che secondo la concezione degli psichiatri che appartengono alla psichiatria dell'analisi esistenziale o psicoanalitica possono venire soddisfatte solo in misura limitata.

## Prospettive

Medicina e filosofia stanno in relazione reciproca. Peraltro anche all'interno della medicina stessa si giunge ad autonome riflessioni teoretiche o filosofiche.

La *spiegazione* e la *comprensione* rivestono un ruolo centrale per la medicina e la psichiatria – sebbene oggi la psichiatria biologica sia dominante – e devono essere costantemente completate con la *descrizione*. La descrizione viene applicata nella somatopatologia come psicopatologia, e nei fenomeni psichici può all'occasione venire intesa già come

comprensione. I differenti tipi di comprensione e spiegazione non si escludono affatto, bensì possono venire collegati l'uno con l'altro. L'ontologia dell'eziologia non decide la logica della terapia; la causa biologica di una malattia psichica non esclude la psicoterapia; la comprensione da parte della psichiatria non esclude una terapia con farmaci.

Gli influssi della filosofia nella medicina e psichiatria sono modesti – con l'eccezione dell'etica, che gioca un ruolo importante nella prassi terapeutica e nella ricerca medica. Già nel 1981 il filosofo Brian Antony Farrell (1912) deplora nel *'British Journal of Psychiatry'* (1981) *"that philosophical questions generated by psychiatry should have been the subject of considerable neglect."* Se il rapporto fosse reciproco, ne potrebbero trarre profitto tanto la psichiatria, quanto la filosofia. Per concludere: c'è una filosofia nella medicina e psichiatria, non nel senso istituzionale o accademico, che potrebbe arricchire la filosofia accademica nelle università, relativamente ai concetti di personalità, identità, continuità, relazione interpersonale, comunicazione, creatività, autonomia, solidarietà.

**Dietrich von Engelhardt** è direttore dell'Istituto di storia della medicina e della ricerca dell'Università di Lubeca (Germania)

Appunti e riflessioni di un chirurgo pediatra

## Quel filo diretto fra Sassari e Hanoi Nuova frontiera di cooperazione medica

**H**o visitato per la prima volta il Vietnam nel 1989. In quel periodo lavoravo presso la clinica chirurgica pediatrica "Ospedale dei Bambini" dell'Università di Brescia. Mi interessavo soprattutto di chirurgia epatica e in particolare di malformazioni delle vie biliari, tumori epatici e trapianto di fegato.

Sapevo che ad Hanoi veniva utilizzata una nuova tecnica per la resezione epatica, conosciuta con il nome di "resezione epatica transparenchimale mediante digitoclasia". Si tratta di una procedura chirurgica che prevede l'isolamento e la legatura dei peduncoli bilio-vascolari partendo non dall'ilo epatico, come si fa normalmente, ma dalla periferia del fegato. Ciò richiede una precisa conoscenza tridimensionale della "armatura bilio-vascolare" del fegato. Questa metodica era stata messa a punto dal professore Ton That Tung, dell'Università di Hanoi e direttore della chirurgia generale presso il "Viet Duc Hospital" di Hanoi, il quale l'aveva presentata per la prima volta al mondo chirurgico occidentale nel 1964 a Parigi.

Ton That Tung è scomparso nel 1982, lasciando

di Ninni Dessanti



presso il "Viet Duc Hospital" di Hanoi un'eccezionale equipe di chirurghi, guidati dal suo allievo, il professor Quang, che ha continuato a divulgare questa tecnica, attraverso dei corsi teorico-pratici aperti a colleghi di tutto il mondo. Questi corsi prevedono una parte teorica, con lo studio dell'anatomia chirurgica su fegato "formolato", e una parte clinico-pratica in sala operatoria. Lo scopo di questa mia prima visita ad Hanoi, presso il "Viet Duc Hospital" è stato proprio quello di seguire un corso teorico-

pratico sulla "resezione epatica transparenchimale" e, allo stesso tempo, di mettere le basi per una cooperazione medica con la chirurgia pediatrica della stessa struttura ospedaliera. Ho frequentato il "Viet Duc Hospital" di Hanoi per oltre un mese, fra il marzo e l'aprile del 1989, insieme al mio direttore di allora, professor Guido Caccia, e a un chirurgo generale degli Ospedali Civili di Brescia, Gian Carlo Cervi. E' stata una esperienza molto interessante sia da un punto di vista professionale che umano. Mi ha permesso di conoscere una scuola chirurgica di altissimo livello, sia nella cura degli adulti che dei bambini,



Hanoi, 1989. I chirurghi pediatri del National Paediatric Hospital con Ninni Dessanti



I professori Dessanti e Liem nel 2009

malgrado operasse allora in una struttura particolarmente carente di supporti tecnologici.

Negli anni successivi questo ospedale ha ricevuto degli importanti aiuti economici da parte di organizzazioni governative e private tedesche, americane, francesi e australiane, in virtù dei quali è stato sottoposto a una radicale ristrutturazione edilizia e a un significativo rinnovamento tecnologico, con particolare attenzione per l'area pediatrica.

Ho rivisitato più volte in questi anni il "Viet Duc Hospital", che attualmente vanta circa 500 posti letto e 18 sale operatorie. Esso continua a mantenere intensi scambi culturali con associazioni e ospedali, soprattutto francesi, tedeschi e australiani. Ad Hanoi operava e ancora opera anche un importante ospedale pediatrico, il "National Hospital of Paediatrics" che, gravemente danneggiato durante la guerra con gli americani, è stato ricostruito nel 1975 dallo Stato Svedese e per questo motivo conosciuto anche come "Vietnam-Sweden Children's Hospital

and Olof Palme Pediatric Institute".

Il "National Hospital of Paediatrics" è forse la più importante struttura pediatrica di tutto il Vietnam, la quale offre assistenza ultraspecialistica soprattutto ai bambini del nord del paese, che ha una popolazione di circa 40 milioni di abitanti, di cui più del 25% di età inferiore ai 15 anni. L'artefice dello sviluppo di questo ospedale e in particolare del dipartimento di Chirurgia Pediatrica, è stato Liem, che lo ha guidato dal 1997 fino al 2012. Con Liem ci eravamo incontrati già nel 1989, quando era un giovane chirurgo del "Viet Duc Hospital" ed allievo del professor Ton That Tung. Ho rivisto Liem nel 2001 ad un congresso di chirurgia pediatrica a Kyoto e da allora è nato, insieme a una profonda amicizia personale, un progetto di cooperazione medico-scientifica che, in tutti questi anni, si è sviluppato con frequenti soggiorni, intensi interscambi culturali e corsi di aggiornamento teorico-pratici. Il "National Hospital of Paediatrics" attualmente dispone di 28 dipartimenti, fra cui quello di chirurgia generale, urologia, ortopedia, cardiocirurgia, neurochirurgia e chirurgia maxillo-facciale, in cui si eseguono complessivamente 14 mila-15 mila interventi chirurgici ogni anno. Nel 2001 fra l'Università di Sassari e l'Università di Huè, una ridente città nel centro del Vietnam, che è stata la vecchia capitale, è stato firmato un importante progetto di cooperazione scientifica, attraverso un programma di formazione e ri-



Università di Huè, inaugurazione del nuovo centro Carlo Urbani



**Il padiglione pediatrico dell'ospedale di Huè**

cerca, sotto la direzione del professor Piero Cappuccinelli, con il supporto anche della Regione Sardegna.

Questo progetto, in cui ho avuto l'opportunità di essere coinvolto, mi ha permesso, in tutti questi anni, oltre che di rafforzare i miei rapporti di cooperazione con il "National Hospital of Paediatrics" di Hanoi, anche di sviluppare una interessante collaborazione medica con l'unità di chirurgia pediatrica dell'Università di Huè. Ciò si è realizzato attraverso dei cicli di lezioni, interventi chirurgici e ricerche cliniche soprattutto sulle malformazioni epato-biliari, che sono state anche pubblicate su una importante rivista chirurgica pediatrica internazionale.

Da quando per la prima volta ho visitato il Vietnam, nel lontano 1989, l'assistenza sanitaria è andata costantemente migliorando, con una progressione che supera quella di molti paesi limitrofi. Questi positivi sviluppi sono attribuibili a una migliore rete di assistenza sanitaria e ad un numero crescente di operatori sanitari qualificati.

Tutto ciò è stato possibile sia per l'incremento dei finanziamenti pubblici, che per gli aiuti che il governo vietnamita riceve da organizzazioni umanitarie internazionali e da uffici governativi, soprattutto americani del nord, europei, giapponesi, coreani e australiani. Fondamentale è stato l'intervento delle Nazioni Unite, attraverso i bracci operativi OMS ed UNICEF, che nel 2000 si sono impegnati a raggiungere entro il 2015 i così detti "Obiettivi di Sviluppo

del Millennio", finalizzati a: 1) sradicare la povertà estrema e la fame; 2) garantire l'educazione primaria universale; 3) promuovere la parità dei sessi e l'autonomia delle donne; 4) ridurre la mortalità infantile; 5) migliorare la salute materna; 6) combattere l'HIV/AIDS, la malaria e altre malattie; 7) garantire la sostenibilità ambientale; 8) sviluppare un partenariato mondiale per lo sviluppo.

La mia impressione è che questi traguardi si stiano raggiungendo più rapidamente in Vietnam piuttosto che in altre nazioni, grazie soprattutto al popolo vietnamita, politicamente stabile, culturalmente preparato, con una gran voglia di crescere e di partecipare attivamente allo sviluppo del paese. Da alcuni anni in Vietnam, a supporto dell'assistenza sanitaria pubblica, si sta sviluppando anche una parallela assistenza sanitaria privata con moderni ospedali, cui i vietnamiti possono accedere attraverso assicurazioni sanitarie private.

Per tutti questi motivi e soprattutto per i tangibili risultati ottenuti in tutti questi anni dalla chirurgia pediatrica vietnamita, i miei 20 anni ed oltre, dedicati alla cooperazione con questa nazione, sono stati molto gratificanti sia da un punto di vista professionale che umano. E' stata una esperienza positiva che vale da stimolo per rinnovare il mio impegno alla cooperazione medica con tutti i paesi in via di sviluppo.

**Antonio Dessanti** è professore di chirurgia pediatrica, Università di Sassari

Attivo anche a Sassari da più di 30 anni il Comitato provinciale

## Unicef/1 Per i bambini nel mondo diritti, assistenza e lotta alla povertà

Ogni 20 novembre si celebra, in tutto il mondo, la "Giornata del bambino" per ricordare l'approvazione, nel 1989, della Convenzione ONU (CRC-Children rights Convention), lo strumento normativo più completo a tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. Una ricorrenza importante che chiama tutti i soggetti, che gravitano intorno ai bambini, a promuovere la cultura della legalità, del rispetto dei diritti e delle regole, e investe, in particolare, l'Unicef al quale è stato affidato, con un mandato esplicito (art. 45 CRC), il compito di garantire e promuovere l'effettiva applicazione della Convenzione negli Stati Parte.

Tutte le azioni dell'Unicef (Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia), la più grande organizzazione internazionale che si occupa di bambini e ragazzi (da 0 a 18 anni), sono ispirate alla Convenzione. La novità di questo trattato, ratificato da 193 paesi del mondo, e vincolante per gli Stati, consiste nel riconoscere il bambino non solo come destinatario di tutela, ma, soprattutto, come soggetto di diritto, titolare dei diritti di cittadinanza, in quanto persona, capace di discernimento, di esprimere la propria opinione su questioni che lo riguardano, di partecipare alla vita della comunità.

La Convenzione estende ai minorenni quei diritti di libertà che vengono riconosciuti ai cittadini adulti; quindi, anche prima di acquisire il riconoscimento dei diritti politici

di Silvana Pinna



(il voto) e della piena responsabilità personale, bambini e adolescenti sviluppano la propria individualità che tutti devono rispettare, genitori compresi.

Il nucleo fondamentale della Convenzione è il supremo interesse del bambino intorno a cui ruotano tutti gli altri diritti, da quelli primari, al diritto al gioco, all'ascolto, alla partecipazione. Altri presupposti sono costituiti dal principio di a) non discriminazione che deve garantire a tutti i bambini uguali diritti, a prescindere dalla razza, dalla religione,

dal sesso e dall'estrazione sociale; b) diritto alla vita, alla sopravvivenza e allo sviluppo; c) diritto all'ascolto delle opinioni del bambino; d) il diritto alla partecipazione, fondamentale per assicurare l'appartenenza del minore alla comunità di riferimento e all'esercizio della cittadinanza attiva.

Alla Convenzione si affiancano due Protocolli opzionali approvati dall'assemblea generale ONU nel 2000, concernenti la vendita di bambini, la prostituzione e la pornografia e il coinvolgimento dei minorenni nei conflitti armati. Nonostante il consenso

suscitato dalla Convenzione, in molte regioni del mondo i diritti dell'infanzia non vengono applicati. Spesso i bambini non hanno accesso ai centri sanitari, non frequentano la scuola, sono denutriti e sono esposti alla violenza. L'Unicef, che vigila in tutto il mondo per l'applicazione della Convenzione, offre il suo sostegno ai governi e alle ONG locali per adottare programmi a



favore dei bambini. A tal fine, ricorre ad analisi globali dei rapporti sociali ed economici, alla valutazione continua dei progetti e all'elaborazione di metodi volti a migliorare la situazione di bambini e adolescenti, e interviene, attraverso i suoi 156 uffici sul campo, con azioni concrete.

A Sassari, da oltre 30 anni, è presente il Comitato Provinciale Unicef con sede in via Duca degli Abruzzi 3, presso i Vigili del Fuoco. I volontari, nel rispetto della Convenzione, svolgono attività di promozione dei diritti dei bambini e degli adolescenti nelle scuole, nell'università e nella società civile e, nel contempo, sono impegnati nella raccolta fondi, attraverso la cessione di prodotti a marchio Unicef e l'adozione delle Pigotte.

Il *fundraising* è parte integrante dell'Organizzazione che deve finanziare, in 156 paesi, migliaia di progetti che vertono prevalentemente sulla salute: parto sicuro, allattamento al seno, vaccinazioni, acqua pulita, lotta alla mortalità infantile e alla malnutrizione, all'AIDS, alle mutilazioni genitali femminili, etc.. Compito dell'Unicef è favorire, in ogni luogo, la protezione dei minori dalla violenza con campagne di sensibilizzazione e progetti per le vittime: bambini soldato, bambini di strada, traffico dei minori, prostituzione, minori vittime di tratta, etc. Per i progetti ci si avvale di personale locale specializzato, coordinato da un responsabile Unicef, per favorire un doppio aiuto: alla comunità e ai bambini.

A queste azioni si aggiungono le emergenze: il conflitto siriano che rappresenta oggi una delle più gravi crisi umanitarie al mondo, compromettendo la vita di oltre 4 milioni di bambini con un'intera generazione a rischio; l'Unicef è impegnata con 400 operatori in una vastissima operazione, non solo in



Siria, ma anche nei paesi limitrofi, laddove sono presenti i profughi (Giordania, Libano, Iraq, Turchia ed Egitto). L'altra emergenza è rappresentata dalla drammatica situazione delle Filippine dove l'Unicef sta distribuendo medicine, alimenti terapeutici, acqua potabile, kit sanitari, per alleviare le sofferenze della popolazione e dei 5 milioni di bambini a rischio di denutrizione e malattie.

L'Italia, unitamente alla Germania, nell'immediato dopoguerra, ha usufruito degli aiuti dell'Unicef, destinati oggi ai Paesi in via di sviluppo (PVS). I progetti che vengono proposti alla società civile italiana riguardano tutte le azioni che promuovono i diritti dei fanciulli: la

"Scuola Amica dei bambini"; la "Città a misura di bambino/a"; gli Ospedali a misura di bambino/a"; campagne contro la discriminazione dei minori "Io come Tu", favorendo, insieme ai sindaci del territorio, la concessione della cittadinanza onoraria ai figli degli stranieri nati in Italia, già conferita ai minorenni di Sennori, Valledoria, Aggius e Tempio. Il Comitato Unicef di Sassari sollecita offerte, donazioni e lasciti per sostenere i progetti destinati ai bambini poveri del mondo; in questi anni è impegnato nella campagna "Vogliamo zero" contro la mortalità infantile (già sensibilmente ridotta) e nella attività di "Amico dell'Unicef" per favorire le donazioni regolari (con una cifra mensile dai 10 euro in su) e garantire le emergenze (tsunami, terremoti, Siria, Filippine etc.) e la continuità dei progetti.

*Silvana Pinna è presidente Comitato Unicef di Sassari e Olbia-Tempio*

**Informazioni:** [www.unicef.it](http://www.unicef.it);  
[comitato.sassari@unicef.it](mailto:comitato.sassari@unicef.it);  
 tel. 079.278981

Per tutelare e favorire la salute infantile

## Unicef/2 Come garantire che i neonati siano alimentati con il latte materno

**I**l latte materno rappresenta per il neonato il miglior alimento possibile. Numerose ricerche in ambito sanitario hanno sancito che questo alimento, unico e insostituibile, è per il bambino molto di più che una semplice fonte di nutrienti e calorie.

Esso può essere considerato un vero e proprio "primer", cioè una fonte di elementi in grado di condizionare e indirizzare la maturazione di un organismo che si sviluppa in modo più fisiologico.

Sono note da decenni le proprietà anti infettive e antiallergiche di una prolungata alimentazione al seno: i bambini allattati al seno nel primo anno di vita si ammalano di meno di malattie respiratorie e gastroenteriche e la mortalità infantile per questo tipo di patologie è notevolmente inferiore soprattutto nei paesi sottosviluppati.

Ma i vantaggi di un allattamento al seno esclu-

di Maria Grazia Sanna



sivo e prolungato vanno oltre la protezione dalle infezioni e sono documentati anche per i bambini che vivono in paesi dove l'assistenza sanitaria e le condizioni di vita sono ottime. L'American Academy of Pediatrics ha pubblicato nel 2012 (*Pediatrics*, 129:e827-42) un dettagliato articolo di revisione delle evidenze scientifiche sui vantaggi dell'allattamento al seno e delle linee guida sull'uso del latte materno, e in tutto il mondo sono numerose le campagne sanitarie di sensibilizzazione e sostegno

alle madri che allattano.

L'impegno dell'UNICEF per la promozione e protezione dell'allattamento al seno, come mezzo per tutelare e favorire la salute infantile, data ormai da decenni.

Risale al 1991 la pubblicazione del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei sostituti del latte materno e della risoluzione dell'Assemblea



Sennori, chiesa di San Giovanni



**CONVOCAZIONE  
ASSEMBLEA ORDINARIA  
ANNUALE**

**17 DICEMBRE 2013**

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHICI E ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI SASSARI**

**CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE**

Gli iscritti sono convocati in Assemblea ordinaria annuale il giorno 15 dicembre 2013 alle ore 24.00 in prima convocazione e il giorno **17 dicembre 2013 alle ore 17.00 in seconda convocazione** a Sassari nella Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri in Via Cavour 71/b piano terra. Sarà discusso il seguente

**ORDINE DEL GIORNO**

- 1) Relazione del Presidente;**
- 2) Proposta aumento quota annuale di iscrizione all'Ordine;**
- 3) Bilancio di previsione anno 2014.**
- 4) Varie ed eventuali**

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

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

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

Nessun iscritto può essere investito di più di due deleghe.

  
**L PRESIDENTE**

Il sottoscritto dott. .... delega a rappresentario nell'Assemblea ordinaria dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del giorno **17 dicembre 2013**,  
il dott. ....

....., il .....

firma .....



Mondiale della Sanità che vietava la fornitura a basso costo e la distribuzione gratuita di campioni di latte artificiale alle puerpere.

Nel 1990 la "Dichiarazione degli Innocenti", aggiornata nel 2005, impegnava i governi ad attuare iniziative concrete per la promozione e la protezione dell'allattamento al seno e il loro inserimento nei piani sanitari nazionali.

Nel 1992 è iniziata la campagna "Ospedali amici dei bambini", che dettava gli standard per le buone pratiche ospedaliere per l'allattamento al seno, e individuava nei "10 passi" un decalogo di azioni efficaci al raggiungimento degli obiettivi.

L'attuazione di queste campagne, in particolare quella dei "10 passi" per un Ospedale Amico dei Bambini, si sono dimostrate decisive nel promuovere una ripresa dell'allattamento al seno in tutti i paesi che le hanno sottoscritte e applicate e la loro efficacia è documentata da numerosi studi, tanto che trova riscontro anche nella *Cochrane Library*.

L'Italia è stata fra le prime nazioni a sottoscrivere la "Dichiarazione degli Innocenti" e il rispetto del Codice internazionale e il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità sono impegnati da molti anni nelle campagne a sostegno dell'allattamento materno.

Per quanto riguarda la loro applicazione, invece, la situazione procede con un passo a due velocità, con le regioni del nord e del centro Italia che guidano

la classifica, sia per quanto riguarda le iniziative di promozione, che la percentuale di allattamento al seno esclusivo a sei mesi, e le regioni del sud come sempre in ritardo. Basta ricordare che delle 19 strutture che hanno ottenuto il riconoscimento di Ospedale Amico dei Bambini o che hanno intrapreso il percorso, nessuna è situata geograficamente a sud di Roma.

Un requisito necessario per ottenere il riconoscimento è il rispetto dei 10 Passi e la predisposizione per il rooming-in (cioè la certezza che il neonato stia nella stessa stanza con la mamma sia di giorno che di notte fin dalle prime ore di vita) nei centri nascita. Nella nostra regione questo viene fatto in modo completo solo presso l'Ospedale Brotzu a Cagliari, mentre la maggior parte delle strutture ospedaliere, concepite negli anni 50/60, non sono in grado di offrire questa possibilità.

Esistono invece numerose iniziative di informazione e sostegno, sia a livello territoriale che ospedaliero, e la situazione potrebbe notevolmente migliorare se la riorganizzazione dei centri nascita e la riqualificazione edilizia degli ospedali, saprà tenere conto delle indicazioni OMS-UNICEF per proteggere, promuovere e supportare le pratiche dell'ottimale alimentazione per i neonati, nel rispetto dell'articolo 24 della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia.

**Maria Grazia Sanna** è neonatologa  
NIDO - AOU Sassari

## Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini per l'Allattamento Materno

Per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno nei servizi per la maternità

1. Definire una politica aziendale e dei protocolli scritti per l'allattamento al seno e farla conoscere a tutto il personale sanitario
2. Preparare tutto il personale sanitario per attuare completamente questo protocollo
3. Informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell'allattamento al seno
4. Mettere i neonati in contatto pelle a pelle con la madre immediatamente dopo la nascita per almeno un'ora e incoraggiare le madri a comprendere quando il neonato è pronto a poppare, offrendo aiuto se necessario
5. Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la secrezione lattica anche nel caso in cui vengano separate dai neonati
6. Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne che su precisa prescrizione medica
7. Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre (rooming-in) in modo che trascorrono insieme ventiquattrore su ventiquattro durante la permanenza in ospedale
8. Incoraggiare l'allattamento al seno a richiesta tutte le volte che il neonato sollecita nutrimento
9. Non dare tettarelle artificiali o succhiotti ai neonati durante il periodo dell'allattamento
10. Promuovere la collaborazione tra il personale della struttura, il territorio, i gruppi di sostegno e la comunità locale per creare reti di sostegno a cui indirizzare le madri alla dimissione dall'ospedale.

110 passi BFHI per l'allattamento al seno

## Ricordando gli amici

### Guido Galleri

Guido Galleri, un collega che tutti noi abbiamo avuto modo di apprezzare, era senz'altro il dentista che i pazienti non avrebbero mai cambiato. Chi ha avuto il piacere di conoscerlo non ha certo potuto sottrarsi all'attrazione di quello sguardo sorrione e benevolo, attento e presente, ma sempre discreto. Nonostante la lunga esperienza in campo odontoiatrico, ha sempre manifestato curiosità e interesse per le novità rappresentate dalla nostra ricerca scientifica e professionale; pilastro portante dell'auditorio nei numerosi corsi di aggiornamento, non era infrequente osservarlo, quando l'argomento rivestiva particolare rilevanza, prendere appunti, per fissare meglio i concetti... altrimenti disegni, immagini di visi volutamente distorti e buffi riempivano i fogli. Ed è questa sua versatilità per l'arte grafica, ricevuta per eredità e maturata per vocazione, che ci ha regalato un altro Guido: ironico, divertente, critico, a volte sarcastico.

Lo possiamo ritrovare ancora lì, nei bozzetti appena accennati, nelle caricature che erano anche il suo modo personale di comunicare, di esprimere simpatia, antipatia, sdegno, affetto, ma senza mai travalicare i limiti del rispetto per gli altri.

Il rispetto, quello comunque c'era sempre, era nella sua indole. E grazie a questa serietà, riguardo, discrezione, insomma, anche grazie a tutto quello che Guido è stato, che la nostra onorata professione acquista diritti e dignità di definirsi tale.

*Gavino Cattina e gli amici dell'AIO*

### Mario Satta

Nel mondo moderno in cui siamo immersi, nell'arco di una sola giornata vediamo tante immagini e comunichiamo in tal misura che a un uomo del Medio Evo non sarebbe bastata una vita. Tanti fatti, discorsi, emozioni, conoscenze di eventi, persone e

cose, si sommano a tal punto che oggi ci è dato vivere pienamente ben più di una sola vita. Forse per questo eccesso di informazione diviene difficile parlare di chi non è più con noi.

Quale ricordo lasciano in noi le persone con le quali viviamo la quotidianità? E quale altro invece quelle tante con le quali abbiamo condiviso solo parte del nostro tempo? Noi tutti abbiamo, di chi percorre con noi una parte di questa strada, una conoscenza parziale, legata a quanto insieme abbiamo vissuto, esperienza di una modalità di vita di un particolare momento nel quale entrambi facevamo lo stesso cammino. Coloro che hanno conosciuto Mario potranno ricordare ed elaborare sentimenti e ricordi dissimili ma ugualmente veritieri di quella che era l'essenza della sua persona: riflessi diversi, angoli di osservazione differenti di quella unica entità che rappresentava.

Possiamo con questi amici perderci di vista nel percorso della vita per poi ritrovarci un giorno ed evocare ricordi che lontani nel tempo ritornano come appena accaduti, quasi il tempo trascorso si sia annullato in un istante.

Parlare quindi di un tratto comune per chi conobbe Mario forse porta a evocare quello che era il tratto distintivo della sua personalità, cioè quel suo approccio bonariamente ironico e scanzonato a quanto lo circondava.

Con un sorriso e la battuta pronta smontava la difficoltà e la riportava a quella dimensione del semplice ed essenziale quotidiano, libero da inutili complessità. E questo suo affetto per il mondo si esprimeva in tutti quei modi che gli erano congeniali, sia con sua moglie Betta e i figli, sia con pazienti, amici e colleghi; ed ancora con la passione per il mare e la pesca, o la cura nel voler fare crescere nella natura un nuovo albero che piantava, certo che alla caducità della vita si può opporre solo la testimonianza di quello che si lascia con l'esempio o si costruisce materialmente.

Così vogliamo ricordarlo, abbracciando con affetto quanti a lui furono più cari.

*Piero Meloni e gli amici dell'ANDI*



Messaggi pubblicitari e corretta informazione: l'implantologia in 24 ore

# Scelte mediche, nuove tecniche e rischi Comanda la biologia o il mercato?

In un'epoca in cui i cavalli di battaglia dell'odontoiatria moderna dovrebbero essere rappresentati dalla prevenzione e dalla diagnosi precoce di lesioni cariose e problematiche parodontali, fioccano messaggi di natura pubblicitaria da parte di alcuni professionisti appartenenti alla nostra categoria: trasmissioni televisive su emittenti regionali, affissioni pubbliche, volantini distribuiti a pioggia che inneggiano alla "grande e ultima novità" dell'implantologia "in 24 ore".

Questo tipo di terapia, destinata a una certa tipologia di pazienti, non dovrebbe essere pubblicizzata senza opportuna specificazione delle precise indicazioni e controindicazioni cliniche, onde evitare messaggi fuorvianti e imprecisi destinati a persone facilmente influenzabili.

Sembrirebbe che con la liberalizzazione in materia di informazione sanitaria, introdotta con la legge 248/2006 (nota come decreto Bersani), anche la biologia abbia dovuto adeguarsi al mercato, e quindi il ricorrere a terapie di questo tipo sia diventata una metodica sempre più frequente e conveniente per il paziente e non solo.

Quando i denti naturali non sono più affidabili, allora si propone di ricorrere a un trattamento all'avanguardia, realizzato da "pochi ma eccelsi professionisti": un intervento radicale con eliminazione

di Nicolas Arnould



totale degli elementi dentari, contestuale inserimento di 4 impianti e realizzazione della protesi avvitata in 24 ore, il famoso All-on-four®.

Non si tratta di rimettere in discussione la validità scientifica del trattamento All-on-four®, ma di puntualizzare il fatto che la pubblicità di massa potrebbe mettere a rischio la salute pubblica, divulgando messaggi incompleti: quando un paziente con problematiche parodontali prende contatto con una struttura italiana o estera che fa di questo

tipo di trattamento la punta di diamante della propria propaganda sanitaria, è fondamentale che egli venga sottoposto a un'analisi parodontale approfondita per valutare le possibilità di guarigione dei denti tramite un trattamento specifico prima di procedere a terapie decisamente più invasive.

Pertanto queste procedure altamente conservative dovrebbero essere diffuse in egual misura, allo scopo di informare adeguatamente il paziente; ma senza descrizione di fonte, web o stampa scritta, risulta molto difficile per il paziente trovare un riferimento al trattamento parodontale come "rimedio" scientificamente dimostrato e indicato alle parodontiti croniche dell'adulto. Partiamo dall'analisi di questa tecnica ben protocollata presentata ai dentisti nel 2003 (P.Malò et al.) e adoperata con successo

ormai da un cospicuo numero di clinici anche nella nostra città di Sassari: prevede il posizionamento di soli quattro impianti intraforaminalia a livello della mandibola oppure a livello della premaxilla per l'arcata superiore, in caso di ridotti volumi ossei nelle zone posteriori: due impianti anteriori ortogonali e due impianti posteriori inclinati di 30-45° rispetto al piano osseo a sostegno di una protesi fissa avvitata in regime di carico imme-



Figura 1 - Trattamento All-on-four® in massellare superiore edentulo con impianti distali inclinati in corrispondenza dei seni massellari



**Figura 2 – Fasi sequenziali di una procedura a carico immediato su impianto post-estrattivo per sostituzione dell'elemento 1.1 fino alla restaurazione definitiva**

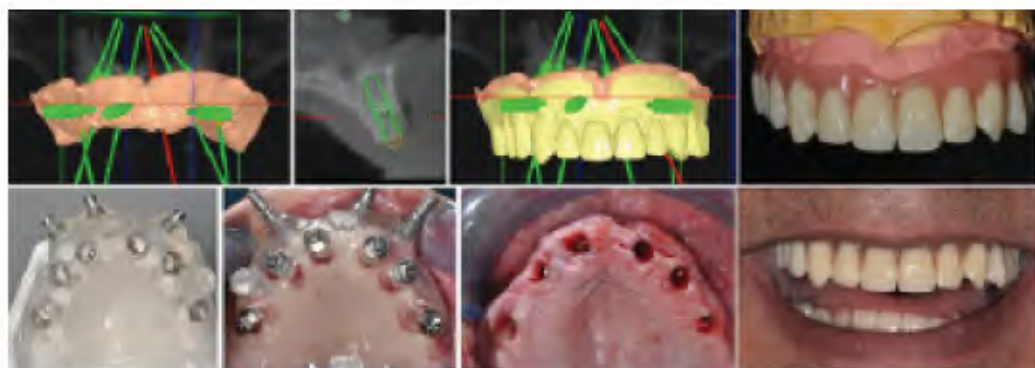
diato. Questa opzione terapeutica garantisce ottimi e collaudati risultati estetici e funzionali, ma presenta dei rischi intrinseci legati al ridotto numero di impianti utilizzato, considerando la possibilità spesso non remota di perdita di uno dei pilastri implantari per svariate ragioni (batteriche, meccaniche, ecc.). E' per questo motivo che tale tecnica andrebbe utilizzata solo nei casi che presentano le caratteristiche anatomiche precedentemente menzionate.

Considerando però la diminuzione di costi legata alla metodica, quest'ultima ha da subito rappresentato un'ottima opportunità per incrementare le vendite delle case produttrici di impianti, nonché quelle delle strutture odontoiatriche. Di conseguenza, tale tecnica chirurgica si sta imponendo nelle scelte terapeutiche, anche in casi clinici che probabilmente potrebbero essere trattati in un modo più adeguato. E' possibile, ormai da tanti anni, utilizzare la tecnica chiamata implantologia a carico immediato, non esclusivamente legata alla procedura precedentemente descritta, consentendo il ripristino immediato non solo di un'intera arcata, ma anche di un solo

elemento, conferendo un grande confort al paziente, che può continuare a condurre la sua normale vita, immediatamente dopo l'intervento, con ridottissimo disagio, raggiungendo un'estetica del sorriso in brevissimi tempi. In realtà è stata l'introduzione della chirurgia software-guidata a rappresentare una vera

evoluzione dei trattamenti implantari tradizionali. Grazie ad innovativi software di progettazione, si ha la possibilità di ricostruire dei modelli 3D dei mascellari per la simulazione degli interventi, di creare delle dime chirurgiche estremamente precise e anche di realizzare delle protesi immediate ancora prima di effettuare gli interventi. Questa recente tecnica ha trasformato drasticamente l'approccio tradizionale riducendo l'invasività e migliorando il decorso postoperatorio degli interventi. In conclusione, nella disciplina implantare a carico immediato, il professionista, avendo a disposizione moderne tecniche per risolvere le differenti situazioni cliniche, deve sempre scegliere le opzioni terapeutiche secondo i dettami e le indicazioni della letteratura scientifica, e non accondiscendere alle richieste dei pazienti ormai influenzati dalla sempre crescente pubblicità sanitaria, assimilabile spesso a un triste specchietto per le allodole.

**Nicolas Arnaud** è odontoiatra, libero professionista, presidente AIO delle provincie di Sassari, Olbia-Tempio e Nuoro



**Figura 3 – Fasi di progettazione tramite software dedicato di una riabilitazione avvitata su 6 impianti nel mascellare superiore e relative fasi operative fino alla consegna della protesi immediata**



Maggiore trasparenza nel rapporto fra dentista e paziente

## Le elezioni del Consiglio direttivo AIO Pier Luigi Delogu confermato presidente

Il 23 novembre scorso, a Roma, si è svolto 3° Congresso Politico dell'AIO dal titolo "L'odontoiatria a KM Zero", culminato con l'elezione del nuovo direttivo nazionale. I delegati hanno confermato alla carica di presidente nazionale Pier Luigi Delogu e il tesoriere Enrico Lai. Nuovo invece il vicepresidente nazionale, Fausto Fiorile, come nuovo è anche il segretario nazionale, Raffaele Sodano, e il segretario culturale Marzia Segù.

L'assemblea ha anche rinnovato il Consiglio di presidenza e gli altri organismi associativi

### Consiglieri di presidenza:

Salvatore Caggiula, Maurizio Capuano, Fulvio Gennaro, Graziano Langone, Michelangelo Marino, Gaetano Memeo, Denis Poletto, Mauro Sanalidro

### Probiviri effettivi:

Laura Pittau (Presidente), Stefano Colasanto, Generoso Del Piano, Marcello Masala, Guido Ranieri

### Probiviri supplenti:

Antonio Lauretti, Sebastiano Rosa

### Revisori dei conti:

Francesca Ambrogio, Vincenzo Macri, Pierluigi Martini.

Fare capire agli italiani che la prevenzione è l'unico strumento, efficace, per risparmiare dal dentista e promuovere l'odontoiatria italiana a "chilometro zero". Questo è stato il messaggio del congresso. "La bocca e i denti sono, tra tutti, gli organismi più costosi da curare", ha detto il presidente AIO Pier Luigi Delogu aprendo i lavori, "ma proprio per questo la prevenzione, in questa branca della medicina, diventa fondamentale sia per le famiglie italiane che per il SSN".

Secondo il presidente AIO solo il 5% della spesa sanitaria pubblica è destinata all'assistenza odontoiatrica mentre quella privata, ovvero quanto gli italiani destinano del proprio reddito alla cure odontoiatriche, non supera il 16%. "Dal 2009 ad oggi la crisi si è aggravata", ha continuato Delogu. "E' raddoppiato il numero di persone che non viene più nei nostri studi perché pensa che siamo cari; pertanto



Il Presidente e il Consiglio direttivo dell'Ordine formulano i migliori auguri ai colleghi Pier Luigi Delogu e Marcello Masala, certi che onoreranno gli incarichi nazionali conferiti.

rinuncia al dentista o si rivolge al low cost. Per noi il rischio è di perdere definitivamente questi pazienti, per loro è di tornare alle condizioni di 30 anni fa; la risposta ci viene fornita dalle visite di prevenzione dove abbiamo modo di diagnosticare: ai bambini problemi di malocclusioni, postura, gengiviti, carie; agli adulti patologie orali connesse con patologie croniche o sistemiche curabili tramite il medico di famiglia; agli anziani problematiche, spesso risolvibili, a carico dei denti o della dentiera, o segni più preoccupanti di patologie in atto. Esistono varie possibilità di ricondurre nei nostri studi (anziché all'estero o in centri low cost) milioni di italiani appartenenti alle fasce più deboli che per un insieme di motivi e informazioni distorte pensano di non potersi permettere il dentista". Una maggiore trasparenza, ma soprattutto esaltare il rapporto dentista-paziente cercando di fare capire che il dentista è colui che lo cura e non quello che ripara qualche cosa: è questa la strada che l'odontoiatria italiana deve sostenere privilegiando, ha detto il presidente AIO "l'aspetto umanistico della professione partendo dalla formazione dei futuri dentisti alla quale devono contribuire anche i liberi professionisti".

Almeno 2 miliardi di persone hanno la TBC in forma latente

## Ritorna la tubercolosi, malattia antica Per l'OMS è emergenza globale

La tubercolosi (TB) è una malattia infettiva, contagiosa, per lo più ad andamento cronico progressivo che se non correttamente curata può portare a morte sino al 70% dei pazienti. In Italia è soggetta a denuncia obbligatoria con riscontro dei contagi.

Considerata una malattia del passato, nelle ultime tre decadi è riemersa con tutta la sua forza devastante, tornando ad essere nel mondo uno dei più importanti problemi di sanità pubblica.

La forma più comune di tubercolosi, l'unica contagiosa, è quella polmonare (60-70% dei casi), ma altri organi sono vulnerabili come il rene, la pleura, il peritoneo, le ossa, la pelle, le meningi, i linfonodi, etc. (tubercolosi extrapolmonare).

La tubercolosi polmonare diventa contagiosa quando il danno a livello del tessuto è tale da determinare la liquefazione della lesione caratteristica (granuloma caseoso) con il conseguente rilascio di *Mycobacterium tuberculosis* (Mtb). Anche se non disdegna di colpire le classi sociali più elevate (imperatori, re, faraoni, principi, nobili, uomini di governo, imprenditori, artisti, etc.), la tubercolosi è la malattia della povertà; tanto antica che ha accompagnato la vita dell'uomo sin dai tempi più remoti. La dimensione dell'attuale epidemia tubercolare è

di Giovanni Fadda



così grave che nell'aprile del 1993, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato la tubercolosi "emergenza globale"; prima dichiarazione in questo senso emanata dall'OMS in tutta la sua storia. Secondo gli ultimi dati (OMS, 2011), almeno un terzo degli abitanti della terra (più di due miliardi) è infettato (non ammalato: tubercolosi latente) con il suo agente causale il *Mycobacterium tuberculosis*. Si ammalano ogni anno circa nove milioni e sono presenti nel mondo circa 13 milioni di casi

prevalenti, per la massima parte non causati da nuove infezioni, ma dalla riattivazione della malattia in soggetti con tubercolosi latente, vale a dire soggetti che hanno contratto l'infezione con *Mycobacterium tuberculosis* ma che non presentano alcun segno o sintomo di malattia. Ogni anno muoiono di tubercolosi 1,1-1,7 milioni d'individui HIV-negativi, cui si devono aggiungere altri 0,45-0,6 milioni di morti di persone HIV-positive (Tabella 1). Più del 90% dei casi si manifesta nei paesi più poveri a basso o intermedio sviluppo. In Africa e in alcuni paesi del sud est asiatico si raggiungono i limiti più alti della diffusione con oltre 300 casi su 100 mila abitanti. Anche Cina, India, America del sud ed Europa dell'est riportano tassi di malattia particolarmente elevati.

Nelle nazioni più sviluppate, per le migliorate condizioni igieniche ed economiche, l'implementazione delle più semplici misure di controllo e l'impiego corretto della lunga terapia, l'incidenza della tubercolosi si è ridotta sino a 5-10 casi /100 mila abitanti.

In Italia secondo le ultime rilevazioni il tasso è pari a 7,6 /100 mila. Ogni anno nel nostro paese si ammalano poco

Tabella 1: Epidemiologia della Tubercolosi.

Popolazione con infezione da <i>M. tuberculosis</i> (infezione latente)	>2 miliardi
Nuovi casi di TB attiva nel 2011	8,7 milioni
Decessi causati da TB nel 2011	1,4 milioni
Casi di TB attiva in soggetti HIV (2011)	1,13 milioni
Decessi TB/HIV	0,43 milioni

meno di 5 mila persone. Circa il 50% di queste è rappresentato da soggetti nati fuori dai confini nazionali.

Un terzo della popolazione mondiale, portatore di un'infezione tubercolare latente, rimane a rischio, per tutta la vita, di sviluppare una malattia attiva conclamata. Questo enorme serbatoio di potenziali ammalati, alimentato ogni anno da 150 milioni d'infezioni, rappresenta uno dei maggiori ostacoli per arrivare a un controllo globale della malattia.

Molto spesso, anche nelle nazioni più sviluppate, i medici, ritenendo la malattia scomparsa, non valutano l'ipotesi tubercolosi; i laboratori di microbiologia sono quasi mai adeguati per eseguire diagnosi eziologiche corrette; il lungo trattamento terapeutico (almeno sei mesi) induce una scarsa "compliance" e una prematura interruzione della terapia, cui segue una frequente selezione di ceppi più virulenti, divenuti resistenti a un numero sempre più vasto di farmaci; l'unico vaccino, il Bacillo Calmette e Guerin (BCG), che previene le forme più gravi nei bambini (meningite e miliare), non è capace di prevenire e bloccare la tubercolosi polmonare che è la forma più comune e l'unica capace di trasmettere la malattia.

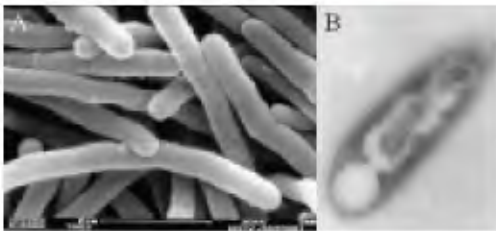


Figura 1 - Fotografia al microscopio elettronico a scansione (A) ed a trasmissione (B) di *Mycobacterium tuberculosis*

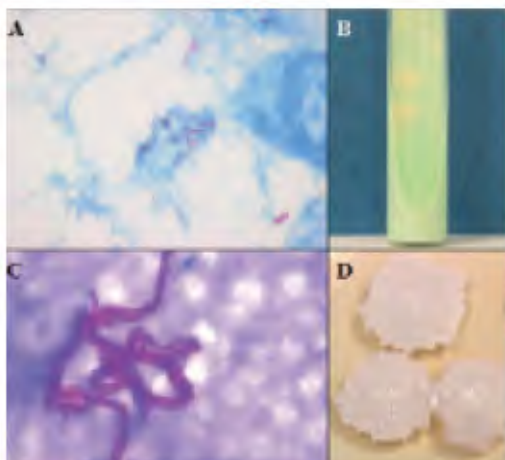
## Il batterio

*Mycobacterium tuberculosis*, agente responsabile della tubercolosi, fu isolato da Robert Koch nel 1892 (Figura 1). Nel 1898, Theobald Smith differenziò Mtb da *Mycobacterium bovis*. Entrambi furono ascritti al *Mycobacterium tuberculosis-complex* (MT-C). Allo stato attuale tutti i membri di questo complesso causano un unico tipo di malattia, la tubercolosi, nell'uomo e nei mammiferi. Fanno parte del MT-C: *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium canetti*, *Mycobacterium bo-*

*vis*, *Mycobacterium caprae*, *Mycobacterium microti* e *Mycobacterium pinnipedi*. Studi di genomica comparativa, suggeriscono che i membri del MT-C, formino un'unica specie batterica composta di distinti ecotipi che si sono evoluti mediante un processo di restrizione mediato da un pato-adattamento. *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium africanum* e *Mycobacterium canetti* infettano in maniera specifica l'uomo, ma possono colpire anche altre specie di mammiferi. *Mycobacterium bovis* induce la tubercolosi nei bovini e negli ovini, ma può, attraverso il latte infetto, causare malattia nell'uomo; *Mycobacterium caprae* colpisce soprattutto gli ovini; *Mycobacterium microti* i roditori e *Mycobacterium pinnipedi* le foche, i leoni marini. In ogni caso, quando un ecotipo infetta ospiti differenti da quelli abituali, difficilmente l'individuo ammalato riesce a trasmettere l'infezione alla specie omologa. I batteri che causano la tubercolosi nell'uomo e nei mammiferi, appartengono al genere *Mycobacterium*. Genere che comprende altri 2 microrganismi patogeni, *Mycobacterium leprae* e *Mycobacterium ulcerans*, rispettivamente responsabili di gravi malattie ad alta diffusione come lebbra e ulcera di Buruli e più di 100 micobatteri non tubercolari (NTM) che possono causare malattie opportunistiche in individui con immunocompromissione.

*Mycobacterium tuberculosis* è un batterio aerobio/anaerobio facoltativo; è circondato da una parete cellulare impermeabile, spessa, composta di peptidoglicano, polisaccaridi, particolari glicolipidi, lipidi contenenti soprattutto acidi grassi a catena lunga, quali gli acidi micolici. La peculiare natura della parete cellulare condiziona non solo i caratteri tintoriali (acido-alcol resistenza) evidenziabile con la colorazione di Ziehl-Neelsen, ma in Mtb protegge dall'ingresso di sostanze tossiche e farmaci, gioca un ruolo fondamentale per la sua virulenza ed è responsabile del suo lunghissimo tempo di replicazione. A 37° C, in presenza di ottimale ossigenazione e abbondanti sostanze nutritive, una singola cellula di Mtb si divide in 18-24 h. In terreni di coltura solidi forma colonie rugose in 3-4 settimane (Figura 2).

A differenza delle altre specie di batteri, Mtb, pur non formando spore, è capace di entrare in uno stato di dormienza/latenza. Questo stato è caratterizzato da una bassissima attività metabolica, incapacità a riprodursi e da una resistenza fenotipica ai farmaci legata al suo peculiare stato fisiologico e



**Figura 2: Caratteristiche microbiologiche di *Mycobacterium tuberculosis*. A, espettorato di paziente con TB attiva polmonare in cui si evidenziano numerose forme bacillari (colorazione di Ziehl-Nielsen); B, colonie di Mtb in terreno Lowestein-Jensen; C, Mtb con la classica forma a «fattore cordale»; D, colonie di Mtb in terreno solido 7H10/OADC.**

non a mutazioni genetiche. Studi recenti di paleogenomica, fanno ritenere che tutti i micobatteri derivino da un microbo acquatico a vita libera, che *Mycobacterium leprae* e l'ancestore comune del *Mycobacterium tuberculosis* - complex si siano separati 36.000.000 di anni fa e che i membri del *MT-C* si siano differenziati 40 mila anni or sono. Il differenziamento è stato dimostrato dipendere da delezioni (perdite) di piccole sequenze nucleotidiche che portano a una riduzione della lunghezza del genoma. Poiché *MT-C* non sembra capace di subire scambi genici orizzontali e in considerazione del fatto che particolari regioni genetiche sono presenti solo in *Mycobacterium tuberculosis* e non negli altri membri del *MT-C*, si è arrivati alla conclusione che sia stato l'uomo e non viceversa a trasmettere Mtb agli altri mammiferi.

## La malattia

La storia. Analisi di paleo-patologia, suggeriscono che la tubercolosi sia comparsa in Africa prima del periodo neolitico e che abbia da sempre accompagnato l'uomo seguendo il corso delle migrazioni, fin negli angoli più remoti del pianeta. *Mycobacterium tuberculosis* ha come unico serbatoio la specie umana ed è capace di entrare in uno stato di dor-

mienza nella tubercolosi latente; tutto ciò fa ritenere che nelle prime ere, quando l'uomo viveva in comunità composte di pochissimi individui, la tubercolosi fosse una malattia sporadica in cui la latenza consentiva di mantenere vivi i microrganismi in attesa di nuovi soggetti cui trasmettere l'infezione.

La tubercolosi è diventata endemica quando l'uomo ha cominciato a vivere in comunità più vaste per diventare epidemica quando nelle città la popolazione ha raggiunto numeri molto elevati. L'inizio dell'era industriale in Inghilterra (XVII-XVIII secolo), ha comportato il richiamo dalle campagne di un vasto numero d'individui che si sono trovati all'improvviso a vivere una vita di stenti, fatta di duro lavoro, scarsa alimentazione e di abitazioni non areate, senza riscaldamento e sovraffollate. In quest'ambiente, *Mtb* ha potuto trovare le condizioni ottimali per espandersi, infettando un sempre maggior numero d'individui che, per l'immunocompromissione dovuta alle condizioni di estrema povertà, malnutrizione, alcolismo rampante, sviluppavano molto spesso una tubercolosi polmonare cavernosa, rappresentando essi stessi una nuova fonte d'infezione. A Londra, alla fine del 1700, la tubercolosi raggiunge un'incidenza di 700 casi su 100 mila abitanti ed è considerata la prima causa di morte.

Dall'Inghilterra, nell'arco dei successivi 100-200 anni, l'epidemia tubercolare è stata trasportata da prima in Europa e in America del nord, poi in Africa, Asia, America del sud, Australia fino a raggiungere lo stadio dell'attuale pandemia.

La patogenesi. Nell'uomo, l'infezione segue uno spettro di eventi che inizia con la diffusione nell'atmosfera di micro gocce, al cui interno sono presenti pochi batteri vitali, eliminate con gli atti forzati del respiro (tosse, starnuti, etc.) da ammalati di tubercolosi polmonare cavernosa. Le micro gocce sono talmente piccole (5 micron) che, in ambienti poco areati, flottano nell'aria per alcune ore. Sono inalate da individui sani, raggiungono gli alveoli polmonari più profondi, sono rapidamente fagocitate dai macrofagi professionali residenti che, per l'azione dell'immunità innata, bloccano l'infezione nel 50% dei casi.

Quando riesce a sfuggire al processo d'inattivazione dei macrofagi, *Mtb* inizia a crescere e si moltiplica al loro interno, invade le cellule vicine (epiteliali ed endoteliali), raggiungendo in poche settimane di crescita un'elevata carica batterica. In queste prime

fasi, *Mtb* può attraverso i linfatici e/o il sangue raggiungere altri organi o infettare nuove cellule.

Con la risposta immune adattativa, i macrofagi infettati invadono il sottostante tessuto epiteliale, inducono un'inflammatione localizzata, il reclutamento di cellule mononucleate e linfociti provenienti dai vasi sanguigni limitrofi; aumenta così il numero di cellule nelle quali *Mtb* può ulteriormente moltiplicarsi. La lesione primaria matura e forma il granuloma, tessuto di reazione caratteristico della tubercolosi. A questo stadio, gli individui sani possono controllare il patogeno, ma rimangono infetti (tubercolosi latente) e perciò a rischio di riattivazione per tutta la vita. Il granuloma (solido) appare come una massa amorfa composta di macrofagi, monociti e neutrofili; i macrofagi tendono a differenziarsi in tipi di cellule specializzate come giganti multinucleate, macrofagi schiumosi e macrofagi epitelioidi.

Con lo sviluppo di una risposta immune acquisita e con l'arrivo dei linfociti, il granuloma assume una struttura più organizzata. Il centro ripieno di macrofagi contenenti *Mtb*, presenta un aspetto necrotico (granuloma necrotico) o caseoso (granuloma caseoso); è circondato da un mantello di linfociti e da una cuffia fibrotica. Questa può andare incontro a un processo di calcificazione, così che cellule di *Mtb*, incapsulate all'interno, sono protette dall'azione immune dell'ospite. La lesione primaria calcificata, che rappresenta il classico complesso di Ghon, è

stata considerata il luogo dove, nella tubercolosi latente, *Mtb* persiste per anni, decenni e molto spesso per tutta la vita. Alla luce delle più recenti ricerche e in considerazione del fatto che nei complessi primari non si riscontrano bacilli capaci di riprodursi mentre questi sono presenti in altri distretti e all'interno di cellule non fagocitiche, epiteliali, endoteliali e adipociti, oggi si ritiene che nella tubercolosi latente, *Mtb* si riattivi non nel complesso di Ghon, ma in altri distretti cellulari.

L'eventuale progressione verso la malattia conclamata si manifesta con una perdita di vascolarizzazione e una necrosi sempre più abbondante delle lesioni in cui *Mtb* si è riattivato; queste possono andare incontro a una liquefazione, collassare e formare caverne che comunicano direttamente con le vie aeree, permettendo così l'eliminazione di *Mtb*. L'equilibrio fra risposta immune dell'ospite (protettiva e/o patologica) e la capacità dei batteri di moltiplicarsi determina il destino dell'infezione. Lo sviluppo della risposta immune si manifesta 4-6 settimane dopo l'infezione e si evidenzia con la conversione verso la positività della reazione alla tubercolina (TST).

L'incontro con *Mtb* può evolversi in svariati modi (Figura 3). 1- Nel 50% dei casi l'individuo riesce a bloccare l'infezione. 2- Un 5% va rapidamente incontro a una tubercolosi polmonare primaria, sintomatica. 3- La maggior parte delle persone infette (90%) non mostra sintomi di malattia, ma sviluppa

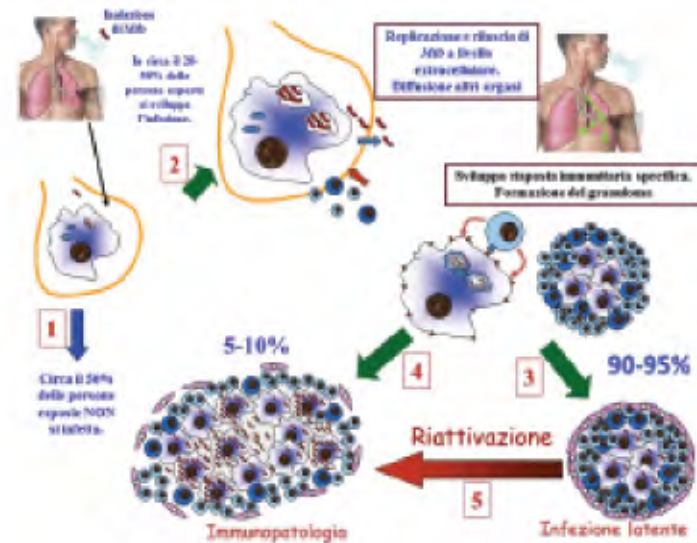
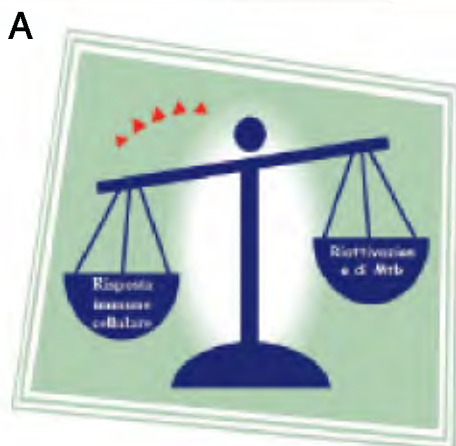


Figura 3 - Meccanismo di patogenesi e storia naturale della tubercolosi

un'attiva risposta immune TST positiva, ed entra a far parte di quella moltitudine d'individui con tubercolosi latente. 4- Una piccola proporzione di individui (5%), può sviluppare una TB secondaria che si caratterizza per la comparsa del danno polmonare (generalmente apice) in un punto diverso dal sito di infezione primaria. La TB secondaria può essere il risultato di: 4a un'infezione esogena nell'adulto (TB post-primaria tipo adulto); 4b una riattivazione (infezione endogena) dei batteri in fase dormiente, che nei TB latenti si può manifestare tutto l'arco della vita. Sulla base delle più recenti acquisizioni sulla biologia di *Mtb*,



**B**

Condizione clinica	Rischio relativo
Infezione recente da <i>Mtb</i> (<2 anni)	15
Infezione progressa da <i>Mtb</i> (>2 anni)	2,69
Sieropositivi HIV	76
Diabete	2,0-4,1
Silicosi	30
Malnutrizione	2-3
Tumore	10-20
Trattamento con anti-TNF	Sino a 25
Trattamento con corticosteroidi	4,9

**Figura 4.** Deficit immunitari e riattivazione della TB (A). Principali condizioni associate ad un aumentato rischio di riattivazione di malattia attiva in soggetti con TB latente (B). Infezioni, terapie e povertà rappresentano sempre delle cause di deficit immunitari.

si ritiene che, nella tubercolosi latente, non tutti i batteri si trovino in uno stato metabolico di dormienza ma che, ogni tanto in maniera stocastica, una ridottissima parte di essi si riattivi. Questi batteri vitali si comportano come esploratori ("scouts") mandati in avanscoperta per saggiare lo stato di immunocompetenza dell'ospite. Sono di norma uccisi dalle difese immuni e sono responsabili del mantenimento delle cellule T (effettrici e/o di memoria) attive nei confronti degli antigeni di *Mtb*, che si riscontrano nel sangue periferico (TST +).

Quando per qualche motivo la risposta immune è compromessa e non riesce a tenere sotto controllo questi "scouts", inizia una replicazione batterica imponente cui seguono le manifestazioni cliniche caratteristiche della tubercolosi. Esempi classici sono: l'infezione HIV, che danneggia le cellule T-CD4 che giocano un ruolo fondamentale nel controllare la replicazione di *Mtb*; i farmaci biologici anti-TNF, che causano la distruzione dei granulomi e la deplezione indotta di alcuni tipi di T-CD8 indispensabili nel controllo della tubercolosi; il trattamento con corticosteroidi, il cancro, il diabete negli obesi, l'ipovitaminosi D e ogni altra condizione che impedisca la normale funzione delle cellule T, aumenta il rischio di riattivare la malattia, nei soggetti tubercolosi latenti (Figura 4). Altri fattori concorrono all'espandersi della tubercolosi, quali la fame, le guerre, le emigrazioni bibliche forzate, le tossicodipendenze, l'alcolici-

smo, la crescente povertà, il sovraffollamento e i mancati investimenti in infrastrutture sanitarie, che connotano la tubercolosi come un'importantissima malattia sociale.

## La diagnosi

Un sospetto di tubercolosi si deve porre quando un paziente, soprattutto se appartiene a gruppi sociali disagiati (immigrati, homeless, tossicodipendenti, etc.) e/o presenta dati riferibili ad immunocompromissione, è affetto da una tosse cronica che persiste per oltre 2 mesi, mostra astenia, perdita di peso, febbre continua e sudorazione notturna. In questi casi, occorre sottoporre il paziente al TST, che è quasi sempre positivo, a una indagine radiologica. L'analisi radiologica, evidenzia linfonodi mediastinici ingrossati con presenza d'infiltrati polmonari spesso accompagnati da formazioni cavitarie: caratteristiche radiologiche tipiche e patognomoniche della tubercolosi polmonare. In caso di tubercolosi miliare si notano piccole lesioni nodulari con l'aspetto di semi di miglio. Questa forma si può verificare in pazienti di tutte le età e si presenta, di norma, con una sintomatologia acuta febbrile, accompagnata da dispnea e cianosi. Come complicazione si può sviluppare una meningite tubercolare. I segni, i sintomi di una tubercolosi che colpisca organi diversi dal polmone possono essere drammatici e criptici e dipendono dal sito della lesione. In tutti i casi, i dati anam-



**Figura 5:** Classica reazione di ipersensibilità ritardata a seguito di inoculo di PPD (TST) utilizzata da oltre 100 anni per la diagnosi di infezione da *Mycobacterium tuberculosis*

nestici, sintomatologici e radiologici devono essere confermati da una diagnosi microbiologica, diretta e indiretta, positiva per *Mycobacterium tuberculosis*.

La diagnosi diretta rivela la presenza di *Mtb* nei materiali patologici e conferma lo stato di malattia. Si basa sull'analisi microscopica e un esame colturale che consente l'isolamento, l'identificazione e il saggio di sensibilità ai farmaci del ceppo batterico. Poiché i micobatteri sono rilasciati dalle lesioni in maniera irregolare, la migliore copertura diagnostica si ottiene quando i materiali patologici (espettorato, urine, etc.) del primo mattino, che contengono le concentrazioni più elevate di *Mtb*, sono prelevati per tre giorni consecutivi. Con i metodi tradizionali, che impiegano terreni di coltura solidi, un risultato positivo completo si ottiene dopo 5-8 settimane. Nei laboratori più qualificati che utilizzano terreni liquidi e metodi molecolari il tempo di risposta è molto più breve, rispettivamente coi terreni liquidi di 15 giorni per l'isolamento, l'identificazione ed il saggio di sensibilità ai farmaci, e di poche ore per la sola identificazione con i metodi molecolari. La diagnosi indiretta evidenzia una risposta immune, non consente una

conferma della malattia, ma è utile per svelare l'infezione nella tubercolosi latente. Sono disponibili due tipi di test: il test cutaneo alla tuberculina (TST) e un nuovo metodo (IGRA); entrambi i metodi presentano in particolari circostanze vantaggi e svantaggi

Il TST, in uso da oltre 100 anni, consiste nell'inoculo sotto cute, nella parte anteriore dell'avambraccio, di una mistura di antigeni micobatterici purificati (PPD: protein purified derivative) che induce nei pazienti infetti una risposta di ipersensibilità ritardata (Figura 5). La reazione è misurata in millimetri controllando, dopo 48-72 ore, il diametro dell'indurimento provocato; è considerato positivo quando supera i 10 mm nei pazienti immunocompetenti e 5 negli immunocompromessi; si parla di conversione quando il diametro superiore ai 10 mm mostra un incremento di più di 6 mm rispetto alla precedente determinazione. È un test facile da eseguire, ma presenta diversi svantaggi: il paziente si deve recare due volte dal medico; è falsamente positivo in caso di contaminazione con micobatteri non tubercolari e di precedente vaccinazione con BCG.

Il test IGRA (Quantiferon o TB-spot nomi commerciali) si basa sulla misura "in vitro" di IFN-gamma prodotto dalle cellule circolanti T-CD4 (effettori di memoria), come risposta a uno stimolo effettuato con antigeni specifici che si trovano solo in *Mtb* ma non nel ceppo vaccinale BCG o nei micobatteri ambientali. È un test molto specifico che deve essere sempre utilizzato in caso di vaccinati con BCG.

## La terapia

Il trattamento della tubercolosi, a causa del lungo periodo di duplicazione di *Mtb* e per evitare la selezione di batteri

**Tabella 2. Regime terapeutico raccomandato dalla Organizzazione mondiale della sanità (OMS) in caso di Tubercolosi (TB) suscettibile ai farmaci anti-TB di prima linea\*.**

Farmaco	Dose giornaliera	Effetti collaterali
Isoniazide (INH)	5 mg/kg (massima dose giornaliera 300 mg)	Epatiti, neuropatie periferiche, sindromi tipo lupus
Rifampicina (RM)	10 mg/kg (massima dose giornaliera 600 mg)	Colorazione arancio delle secrezioni, epatiti, disturbi gastrointestinali, febbre.
Pirazinamide (PZA)	25 mg/kg	Epatiti, artrit, iperuricemia
Etambutolo (EMB)	15 mg/kg	Neuriti ottiche.

\*Il regime terapeutico (DOTS) prevede una "fase di attacco" della durata di 2 mesi con una combinazione standard di 4 farmaci (INH, RM, PZA, EMB) cui segue una seconda fase (fase di mantenimento) per 4 mesi con INH e RF.

resistenti, richiede l'utilizzo dei quattro farmaci anti-*Mtb* di prima linea, isoniazide (INH), rifampicina (RM), pirazinamide (PZ) ed etambutolo (EB) usati in com-

binazione per due mesi (fase di attacco), seguito da 2 farmaci (RM, INH) usati in combinazione per altri 4 mesi (fase di mantenimento) (Tabella 2). Se assunti quotidianamente e per tutto il periodo, seguendo il programma consigliato dall'OMS chiamato DOTS (Directed Observed Therapy, Short-course), questo regime terapeutico, che nei paesi più poveri è somministrato sotto il controllo diretto di un sanitario, non solo è molto efficace, ma blocca soprattutto le fonti di infezione. Essendo di lunga durata, complesso, abbastanza tossico e appartenendo la massima parte degli ammalati a classi sociali di bassa cultura, accade che, spesso, non si completi il trattamento e non si segua il protocollo terapeutico.

Tutto ciò favorisce, a causa di mutazioni genetiche puntiformi, la selezione di ceppi antibiotico-resistenti. Allo stato attuale, si calcola che 50 milioni con tubercolosi latente alberghino ceppi di *Mtb* resistenti a INH e RM (multi-drug resistant: MDR-TB), di cui ogni anno, 500 mila, passano allo stato di malattia. La globalizzazione, l'incrementata povertà, le guerre continue, i flussi migratori stanno cambiando a livello mondiale l'epidemiologia della tubercolosi favorendo non solo l'immissione, nei paesi a bassa endemia, di numerosi nuovi potenziali ammalati (tubercolosi latenti), ma anche l'emergere e il diffondersi di ceppi di *Mtb* più virulenti, quasi incurabili, che sono divenuti resistenti a molti più farmaci: resistenze a spettro esteso (XDR-TB), cioè ceppi MDR-TB resistenti anche a tutti i fluorochinoloni e ad almeno uno fra i tre farmaci anti-tubercolosi iniettabili: amikacina, capreomicina, kanamicina e le resistenze totali (TDR-TB). Il trattamento della tubercolosi, specie dei ceppi multi resistenti, deve essere appannaggio di medici specialisti che abbiano maturato particolare competenza sulla tubercolosi.

Un intervento profilattico è raccomandato per gli individui tubercolino-positivi, che non presentino sintomi di malattia, ma abbiano avuto un contatto recente con ammalati sputo-positivi. Il trattamento, dalla durata di sei mesi, consiste nella somministrazione giornaliera di 300 mg di Isoniazide.

## Il vaccino

Nonostante i numerosi studi, l'unico vaccino approvato contro la tubercolosi è ancora, dopo 100 anni, il BCG; un ceppo di *Mycobacterium bovis* attenuato (non patogenico), ottenuto da Calmette e Guérin nel 1921 dopo tredici anni e 231 passaggi "

in vitro " in patata biliata. Impiegato dove la tubercolosi è endemica (oltre 200 nazioni), si somministra alla nascita perché previene nell'infanzia le forme più pericolose di tubercolosi: la meningite e la tubercolosi miliare.

Ogni anno se ne somministrano oltre 120 milioni di dosi e si calcola che esistano tre miliardi d'individui vaccinati che sono per tale motivo TST-positivi. Il BCG, tuttavia, è inefficace nei confronti della tubercolosi polmonare negli adulti dove non è mai riuscita ad evitare la trasmissione della malattia e non si può utilizzare in bambini HIV-positivi.

## Considerazioni finali

La tubercolosi resta nel XXI secolo una delle malattie infettive più devastanti che colpisce soprattutto le classi sociali più disagiate e le nazioni più povere dove compromette l'organizzazione sanitaria, l'economia e lo sviluppo.

I mezzi in nostro possesso non sono in grado di controllare l'infezione e l'espandersi della malattia.

Secondo l'OMS diventa sempre più necessario stanziare fondi sufficienti per: migliorare le condizioni socio-economiche delle nazioni interessate; implementare la conoscenza di questa malattia negletta, curando in modo particolare i programmi d'insegnamento; garantire in ogni regione laboratori di referenza; scoprire nuovi farmaci e realizzare un vaccino efficace nel prevenire la tubercolosi polmonare negli adulti (The STOP TB Strategy).

Per fortuna, da quando l'OMS ha dichiarato la tubercolosi emergenza globale, molte delle nazioni più ricche, organizzazioni sanitarie internazionali, importanti fondazioni private e la STOP TB Partnership, si sono attivamente impegnate e hanno incrementato drasticamente i fondi da dedicare alle ricerche legate alla tubercolosi e al miglioramento dell'organizzazione sanitaria dei paesi più sfortunati. Questo nuovo impulso e l'espandersi della strategia DOTS, hanno ridotto di circa il 50% la mortalità della tubercolosi, che, nei primi anni 90 del secolo scorso, era nel mondo pari a 3 milioni di casi per anno.

Se per il futuro questi impegni saranno mantenuti, esiste la speranza che il piano dell'OMS per eliminare la tubercolosi entro il 2050, possa andare a buon fine.

**Giovanni Fadda** è professore di microbiologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma



# Proprietà terapeutiche di piante comuni e officinali

## Menta

**Nome sardo** Mentuccia  
**Famiglia** Lamiaceae  
**Specie** *Menta piperita*

### Cenni storici

"Mentha" deriva dal latino "mentha" e dal greco "mynta": secondo la mitologia greca era il nome di una ninfa mutata in una pianta in seguito alla gelosia di Persefone, moglie di Ade. Secondo alcuni deriva dal latino "mens", mente, perché tonifica la mente. Le sue proprietà terapeutiche sono conosciute sin dall'antichità, citate anche nel "Papiro di Ebers" (1500 a.C.), veniva utilizzata da Ippocrate, Dioscoride e Galeno, che ne apprezzavano le proprietà.

### Utilizzo

Foglie e sommità fiorite.

### Componenti principali

Olio essenziale, mentolo, mentone, acetato di mentile, mentofurano, alfafinene, limonene, etc.

### Aspetti botanici e habitat

La menta piperita attuale è derivata da un ibrido tra la menta acquatica e la menta silvestris presente allo stato selvatico. Si presenta come una pianta dotata di una radice piuttosto grossa, ricca di rami, con foglie opposte, lanceolate, dal margine dentato e munite di un corto picciolo. I fiori, riuniti in spiga, sono di un colore bianco-rosato.

di Giovanna Rau



### Impiego

La menta è utilizzata come aromatizzante in cucina; aggiunta al the crea una bevanda digestiva e rinfrescante. Possiede proprietà carminative, spasmolitiche intestinali e anti-nausea. L'olio essenziale, che la pianta contiene, a basse dosi ha proprietà toniche e stimolanti, mentre a dosi elevate è calmante e antinevralgico. La menta determina in un primo tempo una sensazione di freschezza, successivamente un effetto anestetico; possiede anche azione antisetica e deodorante. Se si frizionano le tempie con l'olio essenziale di menta oppure con le stesse foglie, si ottiene un effetto antinevralgico.

### Uso locale

In Sardegna, specie in Gallura, con le foglie fresche si preparano degli ottimi liquori digestivi attraverso macerazione in alcool. Il decotto zuccherato viene spesso utilizzato nei disturbi del tratto gastrointestinale. E' uso comune masticare le foglie per combattere l'alitosi e lenire il mal di denti.



## Finocchio selvatico

**Nome sardo** Finocchju arestu-Fenugu arestu

**Famiglia** Apiaceae, ombrelliferae

**Specie** *Foeniculum vulgare*, sub.*piperitum*.

### Cenni storici

Il nome "foeniculum" deriva dal latino "foenum", forse per la somiglianza delle foglie con il fieno, "vulgare" sta invece per selvatico. Conosciuto fin dagli albori dell'umanità, era molto utilizzato dagli Egizi. Descritto da Teofrasto, Dioscoride e Plinio e da Santa Ildegarda.

### Utilizzo

Radice, semi e rami.

### Componenti principali

Olio essenziale, anetolo, fencone, estragolo, alfapinene, betapinene, canfora, proteine, zuccheri, flavonoidi.

### Aspetti botanici e habitat

Pianta erbacea ramificata con radice fusiforme e spessa, dal fusto eretto, cilindrico e scanalato. Le foglie lobate terminano in filamenti e sono attaccate al fusto mediante una guaina carnosa. I fiori sono piccoli, gialli e raccolti in ombrelle all'apice della pianta. Il frutto è formato da due semi ovali e scanalati che giunti a maturità assumono una colorazione marrone-verdastra. Pianta spontanea, cresce nei luoghi asciutti, nelle regioni costiere e sub montane ben esposte al sole. L'intera pianta emana un caratteristico aroma.

### Impiego

Le proprietà sono quelle stimolanti la digestione in generale: diuretiche, carminative, galattogoghe. Si utilizzano i semi sotto forma di infuso caldo come rimedio per la flatulenza. I semi, come quelli di anice, devono essere in parte frantumati prima di preparare l'infuso, in modo da liberare

l'olio essenziale. L'infuso viene consigliato alle mamme che allattano in quanto ottiene il duplice scopo di lenire le colichette dei lattanti e di aumentare la montata latte.

### Uso locale

In Sardegna il finocchio viene utilizzato come verdura, in particolare le foglie basali tenere, da sole o con i legumi: ceci, fagioli e soprattutto con le fave, assieme alla carne di maiale. In più località viene anche preparata la zuppa di finocchietto selvatico, formata da diversi strati di pane raffermo e formaggio fresco, bagnata con brodo di finocchio. Viene inoltre utilizzato come aromatizzante nella confettura delle olive: si spezzettano i rami giovani e si fanno bollire assieme a dell'acqua salata che verrà utilizzata poi per la confettura stessa. I frutti vengono poi utilizzati sotto forma di decotto nelle coliche intestinali specie gassose o dopo un pasto abbondante come digestivo.



Nuove norme per la formazione specialistica

## Misure urgenti in materia di istruzione, università e ricerca

Sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 264 del 11 novembre 2013 è stata pubblicata la legge 8 novembre 2013, n. 128 concernente la "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 12 settembre 2013, n. 104, recante misure urgenti in materia di istruzione, università e ricerca". Si rileva in particolare che l'art. 21 del provvedimento è inerente alla formazione specialistica dei medici, con riferimenti specifici alle procedure di ammissione e a quelle di definizione del trattamento economico, nonché alla durata dei corsi, alla determinazione del numero degli specialisti da formare annualmente (per ciascuna tipologia di specializzazione) e allo svolgimento dei periodi di formazione all'interno delle aziende del Servizio sanitario nazionale.

### "No alla cultura del sospetto": il Comitato Centrale commenta il film "Il venditore di medicine"

Il regista Antonio Morabito ha presentato al Festival internazionale del Cinema di Roma la sua nuova opera "Il venditore di medicine".

Nel film, presentato fuori concorso, il protagonista è un informatore farmaceutico che quando la sua azienda va in crisi, per non perdere il posto di lavoro, inizia a corrompere i medici, perché prescrivano i farmaci della propria ditta: alcuni cedono, altri si rifiutano di prestarsi a questo gioco.

"Nessuno, dopo questo film, guarderà senza sospetto la più anonima scatola di medicinali, o almeno senza pensare di es-

sere vittima di una truffa": è stato lo stesso regista a rilasciare questa dichiarazione, durante la conferenza stampa di presentazione.

Il Comitato Centrale della FNOMCeO ha così commentato: "Il pericolo insito in questo tipo di messaggi è quello di calare ombre pesanti sul rapporto di fiducia che, sotto il profilo tecnico-professionale, etico e civile, legittima la relazione di cura, rendendo quindi più difficile il consolidamento di un'alleanza terapeutica. Comprendiamo che quella di Bruno (*il protagonista n.d.r.*) è una storia paradigmatica di un dramma che fonda il suo discrimine e la sua analisi umana sulla corruzione, ma non possiamo non dichiarare che non ci appartiene quello stereotipo di una professione medica svenduta a interessi commerciali, che specula e lucra alle spalle dei pazienti, prescrivendo farmaci non in ragione dell'appropriatezza e dell'efficacia, ma bensì per meri interessi economici".

### DentiDrill

Sul famoso sito internet Youtube è stato inserito un filmato divulgativo della società DentiDrill, che promuove l'acquisto di un kit dentale da usare in



Un screenshot del filmato comparso su Youtube: in primo piano i manipoli da utilizzare, sullo sfondo la mamma "visita" la figlia.

casa, attraverso il quale i compratori potranno curare patologie cariose ed effettuare ricostruzioni. È necessario sottolineare che nel messaggio pubblicitario non si parla di interventi di igiene orale ma di veri e propri interventi terapeutici che, nell'interesse della salute dei cittadini, non possono che essere forniti dai professionisti abilitati. Il presidente della CAO nazionale Giuseppe Renzo ha già intrapreso le doverose iniziative richiedendo l'oscuramento del messaggio.

## **Iscrizioni in massa di laureati nelle Università albanesi: gli Ordini lanciano l'allarme**

L'aggiornamento della normativa italiana, che prevede un meccanismo di programmazione tramite test di accesso alle facoltà di odontoiatria; il superamento delle leggi sul riconoscimento delle Lauree ottenute in Paesi comunitari ed extracomunitari, norme poste a garanzia della qualità del percorso di formazione seguito dai futuri dentisti; la palese discriminazione tra studenti, visto che i più abbienti hanno, di fatto, la possibilità di "dribblare" i test di ingresso; il tutto con possibili oneri a spese delle casse dello Stato italiano, già provate da tagli e debiti.

Sono queste le pesanti accuse poste all'attenzione dei ministri dell'Istruzione, Università e Ricerca, della Salute e degli Affari Esteri, in un'interrogazione presentata da alcuni parlamentari relativamente al caso della convenzione stipulata tra l'Università di Roma Tor Vergata e l'Università "Nostra Signora del Buon Consiglio", con sede a Tirana, in Albania, per la realizzazione di corsi di laurea triennali in medicina e odontoiatria e protesi dentaria e per altre professioni sanitarie.

Tali corsi di laurea sono stati istituiti sin dal 2005, con il nobile obiettivo di formare professionisti per l'Albania, al fine di aiutare un paese in gravi difficoltà economiche e sociali, per favorire una formazione adeguata in discipline molto delicate, quali quelle inerenti le formazioni sanitarie. Questo ha incentivato veri e propri "viaggi della speranza" per masse di studenti che non hanno superato i test di accesso alle facoltà italiane. Ora cominciano ad arrivare ai nostri Ordini le richieste di iscrizione agli Albi da parte dei neolaureati, sia italiani sia albanesi, provenienti dalla sede di Tirana. "Cento e più nuovi studenti

frequenteranno il prossimo anno il corso di laurea in odontoiatria a Tirana: presso quali strutture e con quali capacità formative?" - si domanda il presidente Cao Giuseppe Renzo - E prosegue: "Gli Ordini sono i certificatori, di fronte ai cittadini, della qualità dei professionisti iscritti ai loro albi. La situazione che si sta però verificando, mette gli Ordini stessi nell'assoluta impossibilità di verificare i presupposti formativi dei laureati che richiedono l'iscrizione. Alcuni cominciano a proporre, in primis per tutelare la salute dei cittadini e, in subordine, per difendersi da eventuali responsabilità civili, penali e amministrative, di rifiutarsi di iscrivere agli albi quei professionisti per i quali non appare chiaro il percorso di formazione".

"Ci domandiamo - inoltre - e lo abbiamo chiesto, con una lettera da me personalmente firmata, anche al magnifico Rettore dell'Università di Tor Vergata Giuseppe Novelli, se il corpo docente sia veramente nelle condizioni di poter garantire la completa formazione degli studenti in entrambe le sedi". "Dopo anni di solitarie battaglie - è il commento finale - finalmente anche la politica si accorge di un problema che la Cao continua a denunciare da anni alle istituzioni italiane ed europee, e che può mettere seriamente a repentaglio la sicurezza delle cure nel nostro Paese".

## **Chiarimento sulla richiesta della società commerciale "Elenco Medici" di sottoscrizione di abbonamento a pagamento**

Si porta a conoscenza degli iscritti che in questi giorni i medici italiani stanno ricevendo da parte di una società commerciale, denominata "Elenco Medici", una richiesta di iscrizione o di rinnovo iscrizione ad un sito, che riporta i dati dei sanitari che eventualmente si iscrivono, al fine di costituire un registro di medici.

Si precisa che né la Federazione Nazionale dei Medici (FNOMCeO) né i singoli Ordini provinciali hanno niente a che fare con tale iniziativa che richiede una sottoscrizione di abbonamento a pagamento.

Si ricorda che l'unico Albo ufficiale è quello dell'Ordine dei Medici e che altri "elenchi" o "registri" sono totalmente privi di qualunque valore legale.



## Regione: fondi per le malattie rare

In seguito alle diverse segnalazioni del Centro di riferimento regionale per la cura delle malattie rare, su proposta dell'assessore della Sanità Simona De Francisci, la Regione erogherà i fondi che permetteranno ai pazienti affetti da queste patologie di essere curati in regime di esenzione. In via sperimentale, ai cittadini sardi, saranno rimborsate le seguenti prestazioni (dando priorità ai bambini):

- apparecchi ortognatodontici per gravi malformazioni maxillo-facciali in paziente affetti da patologia rara quali ad esempio la Labiopalatoschisi e la Sindrome di Marfan (in aggiunta al contributo regionale già previsto)

- creme per il trattamento di gravi patologie rare ad interessamento cutaneo di efficace supporto alla terapia farmacologica (copertura totale)

- calze elastiche per pazienti affetti da gravi patologie rare quali ad esempio la Sindrome di Klippel-Trenaunay. (copertura totale).

## Donazione di tecnologie sanitarie e informatiche per la cooperazione

La presidenza della Regione ha dato avvio alla procedura sperimentale per la donazione di tecnologie sanitarie (biomedicali, elettromedicali etc), arredi e attrezzature sanitarie e informatiche, non più utilizzate dalle strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Sardegna, a favore di iniziative di cooperazione internazionale allo sviluppo.

Le strutture sanitarie che intendono aderire all'iniziativa dovranno comunicare con formale adesione a firma del rappresentante legale dell'ente, l'elenco dei beni mobili non più utilizzati e/o messi fuori uso per obsolescenza tecnica che si intendono donare a fini umanitari. La comunicazione dovrà es-

sere accompagnata dalla dichiarazione di funzionamento del bene e da apposita documentazione che riporti le motivazioni per cui il bene non risulti più utilizzato e/o sia stato messo fuori uso.

La comunicazione dovrà essere inviata entro il 19 dicembre all'indirizzo e-mail:

pres.affariinternazionali@regione.sardegna.it

Per chiarimenti ed informazioni è possibile rivolgersi alla referente del Servizio affari internazionali della direzione generale della Presidenza, Barbara Cauli al numero telefonico: 070.6062357 o all'indirizzo email: bcauli@regione.sardegna.it

## Sassari: inaugurata la nuova ala sud dell'ospedale civile

Venerdì 29 novembre è stato ufficialmente aperto al pubblico l'ingresso principale dell'Ospedale Civile SS Annunziata da via De Nicola, attraverso il quale gli utenti in auto potranno immergersi nella nuova area parcheggio accedendo da viale San Pietro; 136 stalli disponibili, di cui 13 destinati ai diversamente abili e 8 dedicati ai donatori e alla sosta temporanea. L'accesso e l'uscita del Pronto Soccorso, invece, resta quello di viale Italia.

Il nuovo padiglione sud dell'Ospedale Civile del Santissima Annunziata è costituito da 10 piani dei quali 7 dedicati alla degenza, per un totale di 210 posti letto, uno alla reception con spazi commerciali, oltre a due sottopiani per garage e impianti tecnici. La rivoluzione logistica ha interessato tutti i reparti internistici che per vent'anni hanno operato nel padiglione rosso di viale San Pietro.

Al piano terra della nuova ala sud del Santissima Annunziata si trova l'unità operativa di medicina d'urgenza diretta da Mario Oppes; l'unità di medicina interna guidata da Franco Bandiera è dislocata invece tra il 1° e il 2° piano dove si trovano rispettivamente il reparto uomini e il reparto donne. Al 3° piano opera l'unità operativa di nefrologia dialisi e trapianto guidata da Maria Cossu mentre al 4° piano è operativa l'unità operativa di oncologia, guidata fino al mese scorso da Antonio Contu, oggi in pensione.

Al 5° piano si trovano il reparto di lungodegenza guidato da Antonio Uneddu e l'unità operativa di dermatologia diretta da Giorgio Retanda che opera in regime di day hospital. Infine, gastroenterologia ed endoscopia digestiva diretta da Luigi Cugia e ge-

riatria guidata da Patrizia Tilocca sono operative al 6° piano.

## Alluvione: la Asl di Olbia potenzia l'assistenza psicologica

La Asl di Olbia, per dare un supporto psicologico e psicoterapeutico alla popolazione colpita dal lutto, dal dolore e da grosse perdite, ma anche a tutti i soccorritori provati da questa dura esperienza, ha istituito, grazie alla disponibilità degli operatori sanitari, un servizio di sostegno alla popolazione di tutto il territorio.

L'assistenza verrà garantita:

- in via Ghiberti a Olbia, nella sede del Servizio delle Dipendenze: per accedere al servizio è possibile contattare lo 0789/51474 - 552296;

- Al Centro di salute mentale, in via Baronina, a Olbia: per accedere al servizio è possibile contattare lo 0789/552207 - 205075;

- Al Servizio delle Dipendenze di Tempio Pausania, in via Sardegna: per accedere al servizio è possibile contattare 079/678334;

- Al Centro di salute mentale, di Tempio, che si trova a Villa Lissia: per accedere al servizio è possibile contattare lo 079/670800.

Si ricorda inoltre l'attività di pronto intervento psicologico, ai quali i cittadini e anche i soccorritori possono rivolgersi, chiamando il numero di telefono 338/3700477.

## Notizie dalle Asl di Sassari e Olbia

**SASSARI** - Riccardo Boccaletti, dal 2008 responsabile dell'unità operativa di neurochirurgia del Santissima Annunziata è stato nominato direttore del diparti-

mento chirurgico del presidio oOspedaliero di Sassari. Per la prima volta nella storia della ASL di Sassari viene nominato un responsabile di sovrastruttura, come disposto dalla legge e come previsto già dall'Atto Aziendale emanato nel 2008 e attualmente in vigore. Boccaletti è già al lavoro e presto sottoporrà alla direzione aziendale della Asl di Sassari il prospetto della ristrutturazione di tutto il blocco operatorio del Santissima Annunziata e di tutta l'area critica al fine di adeguarle alle normative vigenti e ai criteri di eccellenza oggi richiesti.

**SASSARI** - Patrizia Tilocca è stata confermata alla guida dell'unità operativa di geriatria del Santissima Annunziata, dopo il pensionamento di Salvatore Salis a giugno del 2012.

Nel corso del mandato, di durata triennale, Patrizia Tilocca dovrà occuparsi del decorso ospedaliero del paziente anziano fragile con il compito non solo di risolvere le acuzie ma anche di evitare il declino funzionale e mantenere la qualità della vita. Il reparto di geriatria si trova al sesto piano della nuova ala sud, consta di 20 posti letto ed è l'unico reparto in tutta l'Azienda Sanitaria Locale di Sassari che gestisce esclusivamente pazienti anziani.

**OZIERI** - Pasqualina Raspa è stata confermata responsabile dell'unità operativa analisi cliniche laboratorio del presidio ospedaliero di Ozieri, che dirige con incarico temporaneo dal marzo del 2012.

Nel corso del mandato di durata triennale, Pasqualina Raspa dovrà favorire la riorganizzazione del laboratorio con ottimizzazione delle risorse a disposizione assicurando tempestività nell'accesso degli utenti interni ed esterni, nelle risposte, nella gestione della privacy.

**OLBIA** - Nuova vita per l'ospedale Paolo Merlo di La Maddalena. Sono quasi un milione e mezzo gli



Sorso, cupole di San Pantaleo

euro che consentiranno di riqualificarlo.

A questi andranno ad aggiungersi altri interventi di riqualificazione, nei reparti di medicina e radiologia. A breve l'ospedale potrà vantare anche un nuovo apparecchio radiologico di ultima generazione. "Da tempo si rincorrono nell'Isola voci, destituite di ogni fondamento, che non fanno altro che alimentare allarmismi totalmente infondati. I finanziamenti e gli interventi programmati sono un segno concreto: non intendiamo smantellare o declassare l'ospedale Paolo Merlo di La Maddalena", parola del direttore generale della Asl di Olbia, Giovanni Antonio Fadda.

La Asl di Olbia si è aggiudicata un finanziamento europeo finalizzato al risparmio e all'efficienza energetica negli edifici degli enti pubblici della Sardegna: 1.465.156 euro per l'ammodernamento della struttura. Interventi che consentiranno al Paolo Merlo di diventare una struttura "energicamente virtuosa" raggiungendo la "classe energetica A", riducendo di un quarto i costi per il riscaldamento della struttura (attualmente l'ospedale di La Maddalena è inserito in classe F).

## Centri psichiatrici in difficoltà: allarme SIP

I Dipartimenti di Salute Mentale sono in ginocchio. A causa delle difficoltà dei Centri Psichiatrici, infatti, oltre 1,2 milioni di pazienti vengono presi in carico dai Dipartimenti di Salute Mentale. Mencacci (presidente Sip): "Si tratta di un numero elevatissimo considerate le condizioni spesso gravi dei pazienti". Le risorse umane dedicate all'assistenza e alla cura dei pazienti con disturbi psichiatrici in dieci anni sono state ridotte del 50%. Il tasso del personale operante nell'ambito dei Centri di Salute Mentale (CSM) – comprensivo di tutte le figure professionali (medici, psicologi, infermieri, educatori, assistenti sociali, operatori socio-sanitari e tecnici della riabilitazione psichiatrica) che si prendono in carico le problematiche terapeutiche e gestionali di malati più difficili – è infatti passato da 0,8 a 0,4 ogni 1.500 abitanti.

È questa la grave condizione che mette oggi in ginocchio i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), divenuti strutture sempre più vaste e articolate a seguito dell'accorpamento delle Asl e all'inserimento,

all'interno degli stessi, di unità affini come quella di neuropsichiatria infantile e delle dipendenze patologiche, oltre alla presenza di un numero maggiore di malati, la cui incidenza sul territorio è in costante crescita. Numeri di carenze che stridono con l'aumento del bisogno di salute mentale nella popolazione e con il buon senso, soprattutto se collegati con la futura e possibile chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari, che lasceranno – ad oggi e senza alternative – in carico ai servizi territoriali tutti i malati di mente autori di reato. È questo l'allarmante quadro dipinto da un'indagine condotta dalla Società Italiana di Psichiatria (SIP) che ha analizzato i dati raccolti in oltre il 30% dei DSM di 14 Regioni italiane.

## Legge di Stabilità. Anaa: "I medici del Servizio Sanitario Nazionale sono sempre più soli"

Questo il primo commento del segretario Anaa Assomed, Costantino Troise, al maxi emendamento alla Legge di Stabilità. "I cittadini e i professionisti del Servizio Sanitario Nazionale sono lasciati sempre più soli di fronte alla crisi di un sistema sanitario che ogni manovra economica puntualmente colpisce con lo identico scopo di fare cassa, a spese di un diritto che tutti i governi continuano a considerare di secondo ordine, a dispetto del dettato costituzionale e dell'opinione della cittadinanza".

"Il sistema sanitario pubblico è già al collasso e il taglio al fondo sanitario nazionale, a dispetto delle rassicurazioni del ministro della Salute, di ulteriori 1,150 miliardi di euro ne accelera il disfacimento. Stessa sorte tocca ai professionisti della sanità, cui viene scippata l'indennità di vacanza contrattuale, tagliato il trattamento di quiescenza, assimilato alle pensioni d'oro di politici e manager pubblici, reso non esigibile il diritto al contratto di lavoro, negato ogni investimento nella formazione delle giovani generazioni che, dopo lunghi anni di studio ed instabilità lavorativa, sono a rischio povertà, come attestato dai dati Ocse – prosegue Troise – In tal modo si vuole inceppare il motore del sistema e si evidenzia un disinteresse che non può non destare sconcerto e preoccupazione".

## Campionati nazionali calcio a 5 riservati a medici e odontoiatri



Il S.I.G.M. (Segretariato Italiano Giovani Medici) sede provinciale di Cagliari, con il patrocinio dell'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di Cagliari, organizza per la settimana dal 1 all' 8 giugno

2014, presso la splendida cornice del Calaserena Village - Sardegna, tra Cagliari e Villasimius - la prima edizione del campionato nazionale di calcio a 5 "Maria Bonino" riservato ai soli iscritti agli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di tutta Italia, senza alcun limite d'età.

Durante la settimana, le squadre partecipanti e i loro familiari potranno trascorrere una sana vacanza sportiva e rilassarsi in un modello resort 4 stelle, che sorge su una delle più belle spiagge sabbiose dell'isola, oltre che competere per il titolo di campioni d'Italia.

### Per ulteriori informazioni:

Web: [www.calcioa5medici.it](http://www.calcioa5medici.it)

E-mail: [info@calcioa5medici.it](mailto:info@calcioa5medici.it)

Telefonare Carlo Piredda 349.6349026

Giampaolo Maietta 340.1865020

## Master sulle dipendenze a Roma

Nella sede di Roma dell'istituto A.T. Beck, situata in Via Gioberti 54, a partire dall'11 Gennaio 2014, si terrà un master rivolto a medici, psicologi e psicoterapeuti, riguardante le dipendenze patologiche.

Questo importante corso di approfondimento, per il quale sono previsti 50 crediti E.C.M., analizzerà le conoscenze teoriche più attuali, con particolari riferimenti clinici per il trattamento delle dipendenze di ogni tipo: da gioco d'azzardo, affettive, sessuali, alimentari.

Per ulteriori informazioni consultare il sito [www.istitutobeck.com](http://www.istitutobeck.com), oppure inviare una mail all'indirizzo: [santina.cali@istitutobeck.it](mailto:santina.cali@istitutobeck.it)

## Mostra di pitture e sculture di Maiorani e Pilo al Comune di Sassari

I quadri di Bruno Maiorani e le sculture del collega Giuseppe Pilo, saranno esposti in una mostra che verrà inaugurata il 10 gennaio 2014, alle ore 18.00, e che durerà sino al 25 gennaio. Le opere saranno esposte nella Sala Duce al Comune di Sassari.



Cala Gavetta a La Maddalena, di Bruno Maiorani



Foca lignea su granito rosa, di Giuseppe Pilo





# L'isola che c'è

## San Michele di Plaiano

di Elena Mazzeo

Una cultura da non dimenticare; perché la cultura nei modi di vivere, di sentire, di essere, di esprimersi, rappresenta ieri come oggi il punto cardine della nostra essenza, esprime la nostra storia, il ricordo costruttivo e critico del passato, la nostra voglia di migliorare, la nostra volontà di imparare da ciò che è stato, "qualcosa" che sovrasta il nostro potere di modificare, assoggettare, trasformare, così come ormai siamo portati a credere, collocandoci ad essere dominatori del mondo; non dimenticare, per non perdere la nostra dimensione, per comprendere che il passato è sempre fonte di insegnamento, nel bene e nel male, per ricordare che il dono, incommensurabile, dell'intelligenza, si estrinseca nella capacità di saper trarre dalle esperienze del passato gli elementi che ci consentono di divenire migliori, nella ricerca del bene, ben difficilmente oggi identificabile, priva come è ormai la nostra realtà di etica e di spiritualità. Ed è cogliendo l'invito di un recente articolo apparso sulla rivista *Sassari Medica*, dell'Ordine dei Medici



La facciata della chiesa di San Michele di Plaiano

Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Sassari, che un medico legale, per lo più e per molti, cinico, incapace di partecipazione solidale alle vicende umane, in virtù del ruolo professionale rivestito, che lo porta a "condividere" atti espressivi del lato oscuro dell'essere umano, della sua cattiveria, se non della sua crudeltà e della sua violenza, vuole esprimere un amore per la storia sacra e popolare, di cui pochi possono crederlo capace, a dimostrazione che anche la sua anima può vibrare per emozioni e sensazioni che scaturiscono dalla bellezza di luoghi, ove la percezione di qualcosa o Qualcuno che molto può - e in meglio - rispetto all'essere umano che può solo cercare di imitarlo, si fa più in-

tensa e si permea di un misticismo difficile da descrivere, ma percepibile, addirittura palpabile.

Ed ecco allora, che l'articolo citato in premessa, mi offre l'occasione di trasmettere sensazioni, che, travalicando lo schema professionale - o ritenuto tale - si liberano della realtà quotidiana per assorbire, vibrare e permearsi della bellezza di questo luogo che, per definizione, avvicina a Dio, eppure sembra dimenticato dagli uomini, ma solo da alcuni, perché altri credono, si ostinano e perseverano nel tentativo di trasmetterne la spiritualità. Ed è nella ricchezza naturale dei luoghi, nella bellezza artistica che gli uomini di un tempo hanno saputo aggiungervi senza snaturarli ma armonizzandoli, accomunando natura e arte in una simbiosi che invade e pervade chiunque, anche chi vi si avvicina da turista, da semplice viaggiatore della Buddi Buddi verso il mare, ove forse spera di trovare quella serenità d'animo, che, inaspettatamente, scopre qualche chilometro prima della spiaggia, che anche un medico legale "riesuma" sentimenti che riteneva ormai sopiti.

Ed è in questa armonia di colori, di profumi, di misticismo che anche l'animo rarefatto di un medico legale si risveglia e assapora, per di più stupendosene, la fraternità, la cordialità, la condivisione e la solidarietà di questa gente, che ha fortemente voluto e ancor più tenacemente vuole oggi e lotta perché la chiesa di San Michele di Plaiano sopravviva e, soprattutto, viva a fronte dell'indifferenza di molti, con l'incrollabile supporto pastorale e profondamente umano, o, come è già stato definito, "entusiasmo contagioso", di don Michele Murgia, sacerdote dalla fede sfolgorante, che coinvolge, supporta e sprona gli abitanti del territorio, che lo riconosce come so-

stegno e promotore di questo luogo sacro, che potrebbe sembrare destinato all'oblio. Duole, infatti, a chi ama e anche a chi occasionalmente visita questa sede di culto, saperlo affidato solo alle cure degli abitanti del luogo, che nulla può per riesumare - usando un termine proprio alla medicina legale - e riportare a nuova vita il convento allegato alla chiesa di San Michele. L'edificio ha vissuto vicende alterne, se non vicissitudini, posto che le prime notizie risalgono al 1082, quando Mariano I, giudice di Torres donò la chiesa di San Michele di Plaiano all'Opera della Cattedrale di Santa Maria di Pisa, per passare poi ai Camaldolesi che la elessero ad abazia. Il 3 settembre 1127, su richiesta di Mauro, abate di Plaiano, e dei suoi confratelli, la chiesa fu data in concessione

scopri" la straordinaria bellezza di quelle costruzioni e la chiesa fu così espropriata e poi acquisita dalla Soprintendenza. Trent'anni fa, infine, il restauro e la restituzione al culto. Ma solo la Fede, l'amore della gente e di un giovane sacerdote sono ad oggi ciò che consente la sopravvivenza di San Michele di Plaiano, che grazie allo sforzo corale, oltre alla celebrazione della Santa Messa, ogni domenica alle ore 9,30 ("comode", come dichiara un promemoria affisso all'entrata, posto da don Michele, che incastona la celebrazione fra altre due, una antecedente e una successiva nella parrocchia di Cristo Risorto a Porto Torres), è sempre più prescelta da coppie che qui decidono di esprimere la volontà di condividere l'esistenza davanti a Dio. Ed allora, anche un medico-



Don Michele e i Cantori della Resurrezione

all'ordine Vallombrosano con tutte le sue pertinenze, composte da terreni, vigne, servi, ancelle e le quattro chiese dipendenti: Santa Maria di Sennori, Santa Anastasia di Tissi, Sant'Eugenia di Musciano e San Simplicio di Essala. Divenne così la principale abazia di quell'ordine monastico in Sardegna. Infatti, il 20 aprile 1176, il pontefice Alessandro III concesse il privilegio all'abate Giacomo della protezione diretta della Santa Sede sul monastero e confermò tutti i numerosi possedimenti da esso dipendenti (a Sennori, nella Nurra, a Tissi, a Ossi, a Florinas, a Tula e perfino a Pisa). Nel Trecento cominciò un lento declino che portò i monaci ad abbandonare il sito. A metà dell'Ottocento la chiesa e il monastero furono venduti e il complesso fu trasformato in stalla per cavalli e in deposito per gli attrezzi. Solo nei primi anni del Novecento la studiosa Ginevra Zanetti "ri-

legale, aduso a vivere l'espressione negativa dell'essere umano, quella che sembrerebbe la prova (per usare ancora una terminologia medico legale) dell'inesistenza di Dio, posto che, come pensano i più, se Egli ci fosse, dovrebbe impedire le nefandezze che, invece, chi più e chi meno, respiriamo ogni giorno, dimenticando che è Dio che ci ha donato e ci dona ogni giorno l'intelligenza, la cultura, la capacità di condividere, che dovrebbero prevalere il nostro lato (come Giano) buono su quello oscuro, si chiede se l'amore di pochi può o potrà sensibilizzare l'animo di

molti, che potrebbero, se solo volessero, restituire alla comunità un patrimonio di immenso prestigio culturale, oltre che religioso, che, anche a prescindere dalla fede, in qualche modo, avvicina a Dio, e anche a quella mano umana che, guidata da Dio, ha consentito che la sua bellezza persistesse nel tempo e forse al di là del tempo. E, ritornando all'articolo ispiratore di queste sensazioni, in cui si afferma "...nulla è fuori posto perché la mano dell'uomo, negli anni, è riuscita a tutelarne l'intima essenza", che la conclusione di un medico legale è: "ricordati di questo luogo, perché qui respiri l'eternità", mentre don Michele direbbe: "chi altri con noi la vuole respirare?"

**Elena Mazzeo** è professore ordinario di medicina legale - Dipartimento di Scienze biomediche Università di Sassari

Nuova vita di un pediatra: dal ginepro all'erica, via libera alla creatività

## Innamorarsi delle proprie... radici

### Ricerca, passione e infine arte

Con Mario e Nika andammo a Naracu Nieddu sulla costa nord-occidentale della Sardegna per verificare le condizioni della spiaggia dopo una memorabile tempesta di fine estate. Era il 6 settembre 2012. Questo litorale è la foce del torrente "Lu Litarroni", che nei mesi più caldi ovviamente si secca, per cui il mare riesce ad accumulare, come per difendersi dall'invasione dell'acqua dolce, una notevole quantità di sabbia, che in condizioni normali non viene percepita, ma che, dopo l'eccezionalità di quell'evento, era possibile evidenziare. Attraverso la spiaggia infatti la massa di pioggia caduta aveva aperto un varco profondo più di due metri, formando ai lati due muri di sabbia dorata e mettendo allo scoperto oggetti sepolti da tempo.

In particolare attirò la nostra attenzione un arrugginito carrello per autotrazione, finito laggiù chissà come, per l'assoluta mancanza di strade, e una quantità incredibile di piante strappate dalla furia del torrente e di legni trasportati e spiaggiati dal mare. Tra questi, uno in particolare mi incuriosì e così decisi di raccogliarlo e di portarlo con me: a prima vista appariva come un ramo di ginepro, infatti era pesante e compatto, non presentava segni di

di Giuseppe Pilo



tarli e non era inzuppato d'acqua marina. Il legno di questo nobile albero rappresentava la mia passione, dato che sino ad allora mi ero divertito a ripulire e levigare i rami derivanti da varie potature per farne due cancelli per la casa al mare. Ma l'impossibilità di reperire la materia prima, data la tutela di questa specie, mi spingeva a ricercarla lungo le coste proprio dopo le mareggiate.

Fu così che dopo alcuni giorni di attesa per una buona asciugatura, iniziai a lavorare con carta abrasiva sottilissima

quel ramo, mettendo allo scoperto meravigliose venature di colore scuro e una superficie liscia come la seta, che rifletteva i raggi del sole come uno specchio! Ovviamente questa "rivelazione" scatenò una reazione in me... Oggetti così belli, nascosti sotto una patina di corteccia o sotto una superficie grigia, ossidata e opaca, non potevano restare a marcire sulle spiagge.

Allora sempre con il mio amico Mario, zaino in spalla e scarponi da trekking, andai ad esplorare la costa dell'estremo nord Sardegna, dove il mare sotto la furia del maestrale scarica quantità incredibili di legname, ma, a parte grossi tronchi di alberi irriconoscibili e impossibili da trasportare, la maggior parte era costituita da porzioni di pino, accatastate dalle onde e di scarso interesse. Finalmente, sempre costeggiando, arrivammo a punta Falcone. Dall'alto di questa roccia era impossibile non soffermarsi ad ammirare il mare blu, le bianche scogliere della Corsica e l'azzurro del cielo. Ma la nostra era una gita di "lavoro" e così scendemmo in una piccola cala esposta a ponente, dove finalmente trovai un pesante ramo che suscitò il mio interesse.

Sulla via del ritorno, seguendo un sentiero tra le rocce e la bassa vegetazione di erica, raccolsi due radici e le riposi nello zaino, ignorando che quel gesto avrebbe scatenato la mia radicomania. Infatti, una volta asportato su uno di questi lo strato su-



Lumaca su granito



**Razza su granito**

perficiale con la smerigliatrice angolare, scoprii una struttura scura e compatta, con una superficie ben levigabile, che ad una prima pulitura sembrava la riproduzione di una lumaca. L'impiego di piccole frese applicate a un trapano per minimodellismo mi consentì di rifinire e dare una forma più precisa... Era nato il mio primo manufatto in radica! Per anni avevo "lavorato" la plastica nel tentativo di trasformare una idea in prototipo, sia levigando, sia frestando, sia tagliando, sia incollandone vari pezzi. La creazione di un bisturi sicuro, che non esisteva in commercio, mi aveva infatti costretto a costruirne alcuni, da mostrare alle persone interessate assieme ai disegni e alla descrizione del brevetto appena ottenuto negli U.S.A. Quindi non ho fatto altro che riprendere a fare la stessa attività, cambiando la materia, dal freddo e impersonale PVC al caldo e affascinante legno, inizialmente di ginepro e poi, con la scoperta accidentale del miracolo radica, con le radici dell'erica.

Questa pianta così umile che viene chiamata "scopa" e che un tempo serviva a spazzare i luoghi meno nobili. Da qui la rivincita di questo arbusto, che nelle sue radici cela un tesoro, un legno così compatto, così resistente, così caldo, che dopo la levigatura diventa seta. Tu vedi un ceppo contorto, sporco, ricoperto da una corteccia scura che si sfilaccia, un pezzo di legno che ti invita ad essere posto sul fuoco... fai per buttarlo, ma poi dici a te stesso

"Cosa ci sarà sotto questo mascheramento?"

Con pazienza lo pulisci, lo scortecci, levighi la parte esterna ed inizi ad intravedere una struttura, che non è fibrosa come ad esempio quella del pino, ma compatta e presenta delle escrescenze che si trasformano in quelli che vengono definiti "occhi di pernice" oppure una struttura lineare come lingue di fuoco, definita "a fiamma".

Una ulteriore levigatura con strumenti a grana sempre più sottile, ti consente di apprezzarne le venature e il colore rosso-brunastro, per arrivare infine alla lucidatura e alla ceratura con il risultato

di un prodotto liscio come la seta e allo stesso tempo pesante come il più nobile dei legni. Un tesoro, nascosto dietro una mascheratura di radice. Ecco che scatta la molla... voler verificare se anche al di sotto di un altro "ciaccaru" (parola gallurese per ciocco) esiste una simile anima. Se poi quest'ultima assume anche una forma, la tua diventa una danza...

Arrivi a innamorarti delle radici, come di una donna bellissima coperta da stracci e tu, pian piano, metti in evidenza la sua avvenenza. Qualcosa di sensuale. Oppure ti spinge la curiosità del fanciullo che è in te, il desiderio di scoprire cosa c'è dentro. Oppure le due pulsioni combinate, oppure nessuna di queste... E' solo il tuo desiderio di creatività.

Ma per arrivare a tutto ciò la strada è lunga. E' necessario trovare questi "ciaccari", se possibile già stagionati naturalmente, sui quali lavorare. Inizia così la ricerca della materia prima, ma a parte qualche rarissimo pezzo, non si riesce a rinvenire altro. Quindi decidi di estrarre la radica. Dopo la pioggia il terreno diventa più morbido ed allora è possibile scavare col piccone tutt'attorno alla pianta di "scopa" ed estrarne i ciocchi. Vorresti immediatamente scoprire quale forma si cela al di sotto della corteccia, ma, dopo vari tentativi, ti accorgi che il colorito rosso-brunastro tipico non appare, che l'occhio di pernice non è visibile, che l'aspetto a fiamma manca.

Allora cerchi una spiegazione, ovviamente su internet, e scopri che i ciocchi dopo la raccolta hanno bisogno di una bollitura di circa 12 ore e una stagionatura di alcuni mesi, per poter assumere il colore, che ne evidenzia la struttura. Ti organizzi con pentoloni e fornelli giganti e metti le tue radici a "lessare". In attesa della stagionatura, vai a cercare ovunque i ciocchi. Dove vedi piante di erica, spero sempre che qualcuna di esse abbia ceduto le proprie radici... Niente! Poi scopri che l'apertura di nuove strade è una miniera a cielo aperto, perché le ruspe riescono a sradicare le piante di "scopa" e le ammucciano ai bordi del nuovo percorso. Finalmente hai materiale a sufficienza per lavorare. Inizi a sgrezzare le radici utilizzando smerigliatrici con dischi lamellari a grana grossa, che eliminano le parti rovinare e la corteccia più spessa, poi l'impiego di una levigatrice a nastro ti permette di definirne meglio i contorni e a questo punto è la tua fantasia a venirti incontro, quando ti suggerisce quale forma possa scaturire dal ciocco. Tu non devi far altro che assecondare il legno, eliminando difetti e parti meno nobili, sino ad arrivare ad una levigatura con carta abrasiva sempre più sottile e con lana d'acciaio 4 zeri, per passare poi alla lucidatura con tampone ad alta velocità, che vetrifica la superficie del legno, ed infine... alla ceratura. Ovviamente apponi un marchio di riconoscimento e mostri il manufatto. Le manifestazioni di gradimento sono benzina sul fuoco... la tua passione per la radica diventa una mania, una schiavitù, una dipendenza... E così inizia per te una nuova vita... Non pensi ad altro... dove trovare la materia prima, come trasformarla, dove mostrarla, come presentarla. Arrivi ad acquistare un fuoristrada usato, che ti permetta di raggiungere i punti più impervi della costa, dopo aver affossato due automobili "normali", la mia e quella di mia moglie ed



Cypraea su granito

aver chiamato ogni volta in aiuto il mio amico Mario, che con il suo SUV Toyota mi ha sempre estratto dal "baratro" nel quale ero precipitato... La tua dotazione di levigatrici, scalpelli, mole, molette, frese, tamponi, trapani, seghe e smerigliatrici non è più sufficiente, la ricerca di strumenti sempre più sofisticati diventa una fissazione.

Inoltre il tuo luogo di lavoro all'aperto, dove il ponentino non solo ti offre refrigerio, ma funge anche da aspiratore per tutta la polvere di legno che produci, è utilizzabile soltanto durante il periodo estivo. E il resto dell'anno? Un'astinenza dalla radica così lunga è impossibile ... ecco allora che la cantina della vecchia casa dei tuoi nonni diventa il tuo laboratorio, ma il problema rimane poi quello della polvere di legno, che penetra dappertutto e tu sei costretto a una "bardatura" da astronauta per proteggere occhi e polmoni. E poi non ti basta più la Sardegna, sei costretto ad emigrare per trovare piante di erica! La Corsica

diventa un punto fisso di ricerca, dove tali arbusti sono più alti e dove le radici più abbondanti.

Per un "ciaccaru" rischi la vita, andando ad arrampicarti su alti costoni scoscesi per strapparli alla pianta che mostra le sue radici scoperte, oppure estraendolo con leve e altri strumenti di fortuna da sotto un grande masso in bilico, pronto a precipitare verso valle.

La tua produzione di opere, stranamente tutte zoomorfe, non può rimanere nascosta in grandi scatononi, senti il bisogno di mostrarla agli altri, percepire la loro approvazione e gioire della loro meraviglia. Per tale motivo cerchi il modo migliore per presentare queste forme ed il luogo più indicato. Ma la storia, per ora, finisce qui.

Giuseppe Pilo è medico chirurgo, specialista in pediatria e puericultura

## Vademecum per i medici ospedalieri

di Peppino Mela

All'interno del "Vademecum per i medici ospedalieri", proposto da Peppino Mela, un grande amico e valido professionista che ha voluto intraprendere questa encomiabile impresa, troviamo tutta una serie di spunti e riflessioni su un argomento che, in qualità di presidenti d'Ordine, portiamo avanti da anni: quello del Medico moderno, che, in un percorso completo, partendo dalla formazione, e attraverso il periodo di crescita e di attività pratica, giunge alla maturità professionale e al meritato riposo, con i riconoscimenti che gli derivano da quanto ha saputo dare al Sistema Sanità. È giusto partire proprio dalla formazione, punto saliente e dolente per la classe medica, argomento, questo, che meriterebbe una maggiore attenzione da parte del mondo politico nazionale, giacché è ormai necessario modificare il costruito stesso del percorso degli studi medici, sia nella fase pre-laurea, sia in quella più specifica della specializzazione. Il percorso dovrebbe articolarsi in una preparazione clinica completa che non tralasci la parte teorica, ma che si inoltri profondamente nella pratica, uscendo dai confini ristretti dell'università, per ampliarsi in tutto il mondo della sanità nazionale e internazionale.

È anche indispensabile che la preparazione si completi con argomenti ormai fondamentali per chi opera nella sanità pubblica; è necessario, infatti, avere una buona conoscenza e pratica di comunicazione, di gestione e di organizzazione.

(Dalla prefazione di  
Agostino Sussarellu presidente Omceo Sassari  
Luigi Benedetto Arru presidente Omceo Nuoro)

**Giuseppe Mela** è direttore della struttura complessa di ortopedia e traumatologia nonché direttore del dipartimento chirurgico dell'Ospedale Giovanni Paolo II, della ASL n°2 di Olbia.



## L'ovvietà dell'esistenza

di Isidoro Aiello

Ritengo sia stata un' eccellente idea quella di organizzare una riunione conviviale, in una natura così lussureggiante e vivida di luce, per discutere di quei problemi ineludibili dell'io profondo di tutti noi. Spesso comunicare punti di vista inusuali è tanto più difficile quanto più questi vanno contro corrente. Infatti quando si esce dagli schemi culturali dominanti e fortemente strutturati, l'interlocutore, anche se ben disposto, tenta di sottrarsi, perché mettere in discussione modi di sentire, convinzioni e valori, crea ansia ed insicurezza, cose di cui l'uomo consciamente od inconsciamente ha paura. Il significato della vita, la natura, e l'universo suscitano

problemi di grande complessità che ci sgomentano, ma se si trova la giusta chiave di lettura tutto può

diventare semplice e comprensibile. Desidero oggi provare a comunicarvi con semplicità le mie riflessioni, ben sapendo che la mia esposizione potrà risultare talora ridondante per la necessità di esprimere le diverse sfumature di concetti, che ritengo i cardini del mio pensiero.



(Dall'introduzione di Isidoro Aiello)

**Isidoro Aiello** è professore ordinario di neurologia presso l'Università degli studi di Sassari dal 1994

Un album originale: sorprendenti pulsioni cosmopolite, ma anche...

# Quel certo sapore di buono e fatto in casa Mood Spirals e Beeside (Federico Pazzona)

I nuovi sistemi di comunicazione hanno profondamente modificato la società del ventunesimo secolo: gli scambi di dati, informazioni, messaggi e contenuti si sono fatti più rapidi e capillari, apprendo di fatto degli scenari inimmaginabili fino agli anni '90. Il mondo della musica non poteva non essere colpito in pieno da questa rivoluzione, con tutti i pregi e i difetti della questione: da una parte la possibilità di diffusione via web di interi dischi e la possibilità di poter rintracciare anche quelli più introvabili, magari ordinabili solo sullo storico e mitico catalogo di Nannucci.

Per contro, i cybernauti hanno subito intuito come scambiare musica senza passare attraverso canali ufficiali, in maniera del tutto gratuita, con grave nocimento per le finanze degli artisti, alcuni dei quali a lungo hanno combattuto contro questo fenomeno; basti ricordare la battaglia intrapresa dai Metallica contro Napster, probabilmente il primo programma informatico a salire agli onori delle cronache, in grado di garantire il libero scambio di musiche, immagini, filmati e dati in generale. C'è poi da dire che il formato più utilizzato per la circolazione della musica su internet, il famigerato mp3, taglia alcune frequenze presenti nelle registrazioni originali, cosa inaccettabile per i puristi dell'alta fedeltà, che

di Francesco Bustio  
Dettori



però non possono non ammettere la praticità di avere sempre accanto un lettore mp3 con stipate dentro intere discografie degli artisti preferiti. Si capisce bene che la situazione ha molteplici sfaccettature, ma c'è chi ha giocato bene le sue carte, facendo buon uso della tecnologia. Il sito Youtube è uno dei più visitati al mondo, dove ognuno di noi può immettere i propri video, e dove si può trovare un pulviscolo pressoché infinito di clip musicali di quasi ogni band esistente, dai nomi

più titolati fino ai più oscuri artisti underground.

Fin dal 2009 un ragazzo sassarese particolarmente abile musicalmente, ha iniziato a "caricare" su tale sito le sue realizzazioni, basate sull'interpretazione di canzoni più o meno note, totalmente riarangiate in versioni per sola chitarra acustica e voce, spesso migliori delle versioni originali. Le visualizzazioni crescono di giorno in giorno, il gradimento degli utenti è evidente, e Federico Pazzona, in arte

Beeside (un omaggio ai vecchi 45 giri e al loro lato B), diventa un po' più celebre di quanto potesse pensare. Oltre alle cover, Beeside ha una cospicua manciata di brani di propria creazione, che finalmente si svelano al pubblico nel 2011 col disco "Mood Spirals". Le sonorità sono prevalentemente acustiche, un curioso contraltare alla tecnologia che ha portato l'autore a una certa



notorietà. Ma il termine "acustico" non deve ingannare: in questo LP sono rappresentati molti umori, gioia, dolcezza, angoscia, nervosismo, amarezza, amore, tutti trattati con una franchezza che a tratti rasenta la violenza più pura: se potessero le canzoni sanguinerebbero. Al fianco di Beeside, che si diletta con un gran numero di strumenti, troviamo un gruppo di musicisti conosciuti durante anni di musica e concerti in giro per la Sardegna, e che in amicizia hanno prestato la loro opera e i loro suoni all'artista turritano.

L'iniziale "Moochin'about" è la classica partenza col botto: con un dolce accento delle midlands inglesi, la voce di Beeside accarezza i timpani, mentre l'arpeggio chitarristico sostiene e colora il brano di amara dolcezza. L'atmosfera creatasi rimane sospesa nell'aria con la successiva "Keep your mouth shout", impreziosita da sporadiche note di pianoforte e da una ammaliante sezione d'archi. "Migraine" con i suoi incroci vocali e un arrangiamento che porta all'entrata in scena di una sezione ritmica molto soft, quasi jazzata, ricorda alcune cose dell'ultimo David Gilmour; "The good things you've done" al contrario impone un'accelerazione inaspettata, senza rinunciare a una elevata dose di claustrofobia.

Ma la tensione sviluppatasi viene mitigata dalla intimista "Inside your room", dove i suoni si mescolano in maniera inaspettata e preziosa, quasi fossero ridotti allo stato liquido, mentre "Fifteen children", pigra e lassa, scorre in maniera piacevole come una bevanda fresca in un pomeriggio assolato. "Take a breath and swim" è uno strumentale, abilmente inserito a metà disco, quasi a separare i due lati di un ipotetico vinile, dove le doti chitarristiche non comuni di Beeside escono fuori di prepotenza in un brano articolato e appassionante, mentre le note raccontano, descrivendo alla perfezione, tutto ciò che si può leggere nel titolo del brano. La successiva "Mood



Federico Pazona aka Beeside in concerto  
(Anna Cosseddu)

"Spirals" dà il titolo all'album, la sua atmosfera grigia e piovosa è evocata da pochi strumenti messi al posto giusto e al momento giusto, rivelandosi uno degli episodi più convincenti del cd, assieme alla seguente "Touch the ground", quasi una disperata preghiera, cantata da qualcuno che non riesce a rassegnarsi a una vita fatta di indifferenza e gesti ripetitivi e spersonalizzanti, mentre il crescendo finale strumentale emoziona e colpisce duro. In "Connections" si percepisce un vuoto, quasi una mancanza, ben definita dalla strofa, che poi sfocia in parti strumentali dove voci e chitarre si miscelano in maniera emotiva e ricca di sensazioni contrastanti e suadenti. "Bottlenecks" ri-

porta all'osso la situazione, semplice voce e chitarra, con dei leggeri inserti di archi che fanno capolino verso il finale, accompagnandoci verso la conclusiva "Sunken cheeks", una canzone d'amore semplice e spontanea che sigilla degnamente un album decisamente inaspettato e sorprendente.

Si sentono vari echi nelle canzoni e nei suoni di Beeside: un fingerpicking che a tratti rimanda a Mark Knopfler, una vena cantautorale imparentata con Tim Buckley e una maniera di concepire alcuni arrangiamenti che può ricordare Jeff Buckley, e poi Nick Drake, John Martyn e chi più ne ha più ne metta. Ma sarebbe ingiusto dire che Beeside somiglia a questo o quello, perché semplicemente è riuscito a far coesistere tutte le sue influenze in un mix unico e originale, creando così uno stile assolutamente personale e irripetibile, che quasi non si immagina neanche possa provenire da una terra come la Sardegna, dove all'insaputa dei più, si cela musica solida e di qualità come questa.

"Mood Spirals" si lascia ascoltare bene, convince, con quel sapore buono che solo le cose genuine e fatte in casa con ingredienti scelti con sapienza possono avere.



## 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 scaricabile dalla sezione "modulistica" del sito, compilato in tutte le sue parti. Se lo si desidera l'inserzione può essere ripresentata per il numero successivo del bollettino; in caso di mancata comunicazione verrà depennata. L'Ordine non si assume alcuna responsabilità su quanto pubblicato.

Il dottor Agostino Neirotti, medico e odontoiatra (Albo dei medici di Torino n°5156, Albo degli Odontoiatri di Torino n°1316), offre collaborazione ed è disponibile a eventuale subentro in studi già preesistenti nelle zone di Nuoro e Olbia. Tel 0116601144-cell 3348870988

Il dottor Antonio Rubattu offre consulenze per aziende per quanto riguarda i seguenti campi: sicurezza e igiene degli ambienti di lavoro; rifiuti; sicurezza antincendio; acque ad uso idropotabile; emissioni in atmosfera; certificazioni di qualità, ambientali, sicurezza. Tel 3493720269; mail: antonio.rubattu@geopec.it; antonio\_rubattu@yahoo.it

La dottoressa Deborah Belfiglio, infermiera e ausiliare socio sanitario, comunica la propria disponibilità per un impiego in ambito medico-sanitario Tel 3409673996; mail: Deborah.76@tiscali.it

La signora Rita Idini comunica la propria disponibilità per un impiego in ambito medico-sanitario in qualità di assistente alla poltrona o segretaria. Tel 3404587102; mail: carmelo.biosin@tiscali.it

Affittasi studio medico/dentistico (80 mq) sito a Sassari in via Pasella (Li Punti) così disposto: ingresso, reception, sala d'attesa, 2 sale operative, sterilizzazione, archivio-ufficio priv., bagno priv., bagno per disabili, perfetto stato, ampio parcheggio, 800 euro + IVA, contattare dottoressa Elena Solinas (3939187542 - 079395111)

Affittasi ampia stanza luminosa, termo-condizionata, con impianto elettrico a norma di legge, a medico chirurgo specialista che riceva per appuntamento. Sassari, fronte centro commerciale Monserrat, ascensore al piano, facile parcheggio. Tel 079219899; mail a.lucaferri@tiscali.it

Affittasi due stanze (ambulatorio e ufficio) in studio medico sito a Sassari in via Monte Grappa, per uso medico o odontoiatrico. Sala d'attesa in comune con altro professionista, euro 650 mensili. Contattare per info Stefano Patteri, tel 3358353822; mail stepat@tiscali.it

**ELENCO DEI MEDICI DISPONIBILI AD EFFETTUARE SOSTITUZIONI  
DI ASSISTENZA PRIMARIA E DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA  
ANNO 2013**

<b>N. Assistenza Primaria</b>	<b>Pediatria</b>	<b>Cognome e nome</b>	<b>Anno laurea</b>	<b>Indirizzo</b>	<b>Cap-Città</b>	<b>Telefono</b>	<b>Cellulare</b>
SI	NO	Arru Alessandra	2004	Via di Vittorio 22	07100 Sassari		328/9442820
SI	NO	Azzena Giovanni Battista	2010	Via Lisbona 14	07023 Calangianus		393/0049405
SI	NO	Bianco Davide	2012	Via G. Verdi 2	07029 Tempio Pausania		340/2685313
SI	NO	Bruni Jascha	2005	Via Di Montenero 213	51128 Livorno		346/6467160 393/4837175
SI	NO	Bursi Antonella	1995	Via Sorso 111	07100 Sassari		347/9657468
SI	NO	Cabigiosu Federico	2012	Via Figari 1	07100 Sassari		3491789950
SI	NO	Calisai Alessandra	2012	Via Milano 19/a	07100 Sassari		3406890495
SI	NO	Canu Nicole	2012	Via Besta 16/d	07100 Sassari	079/271840	340/1692790
SI	NO	Careddu Stefano	2013	Via Guido Sieni 9	07100 Sassari		392/0149188
SI	NO	Cherchi Pasqualina	2013	Via Vittorio Emanuele 40	07040 Uri		347/8570712
SI	NO	Cipiciani Giovanni	2005	Via Monte Grappa	07100 Sassari		393/4376341
SI	NO	Cosseddu Anna	2012	Reg. Badde Longa	07100 Sassari		340/3583653
SI	SI	Delaria Ada Bianca	2007	Via Rizzeddu 17	07100 Sassari		3280534901
SI	NO	Fiori Mariangela	2013	Via San Pietro d'Ottava 53	07100 Sassari		338/6408230
SI	NO	Forteleoni Giovanna Maria	2012	Via Amsicora 14	07023 Calangianus	079/661459	348/9386327
SI	NO	Fundoni Carla	2002	S.V. Pala di San Francesco n. 19	07100 Sassari		329/0210498
SI	NO	Giorico Federico A. G.	2012	S.V. Pala di San Francesco 19/C	07100 Sassari		346/3553637
SI	SI	Lisbo Marcella	2009	Via Sassari 42	07033 Osilo		380/4349661
SI	SI	Marras Viviana	2012	Via De Sena 3	07100 Sassari		348/5678599
SI	SI	Marteddu Tomaso	2007	Via Rizzeddu 17	07100 Sassari		328/0550674
SI	NO	Murgia Carlo	1996	Via Coraduzza 49	07100 Sassari		347/3127209
SI	SI	Paddeu Grazia	2012	Via Berlinguer 8	07100 Sassari		320/7706437
SI	NO	Peruzzi Francesca	2012	Via L. Camboni 50	07017 Ploaghe		349/0548463
SI	NO	Pisanu Giovanna	2007	Via La Marmora 55	07032 Nulvi	079/576367	333/8307494
SI	NO	Popova Elena	2006		07100 Sassari		329/1791346
SI	SI	Pruneddu Gian Luca	2012	Via Asproni 28	07100 Sassari	079/2828069	347/6101788
SI	SI	Rassu Anna Laura	2012	Via XX Settembre 19	07010 Mara		329/3059390
SI	NO	Rocchi Chiara	2012	Via Turritana 42/a	07100 Sassari		333/3321712
SI	NO	Rum Iolanda	2007	Via Salvatore Dau 7	07100 Sassari		338/3483224
SI	SI	Sassu Salvatore	1969	Via Limbara 22	07029 Tempio P.	079/6391460	333/9184989
SI	NO	Sochi Elia, Michelangelo, Francesco	2012	Via delle Magnolie 48	07100 Sassari		329/4061768
SI	NO	Shekhovtsova Natalia	2011	Via G. Falcone 13	07014 Ozieri		329/7464585
SI	SI	Simula Delia Maria	2005	Via Civitavecchia 39	07100 Sassari		333/3269752
SI	NO	Sini Giovanna	2012	Via Parigi 12	07100 Sassari		393/2712467
SI	NO	Soro Sara	2012	Loc. Baddiju e Porcu	07040 Codrongianos	079/9435210	349/7570413
SI	NO	Sudano Silvia Domenica	2012	Via Balinca 24	07100 Sassari		346/2129149
SI	NO	Zodda Assunta	2012	Via Monte Grappa 13	07100 Sassari		340/3298062

# La solidarietà sarà il nostro Natale

*Gentili colleghe, cari colleghi,  
quest'anno gli auguri di Buon Natale e Felice Anno Nuovo hanno un sapore amaro, perché il cuore e i pensieri sono in Gallura e in Sardegna, vicini ai nostri colleghi e a tutti i sardi che sono stati colpiti dall'alluvione. Di fronte a una tragedia così grande anche i tanti problemi e le difficoltà che stiamo affrontando come medici e odontoiatri passano in secondo piano, almeno nei periodi festivi. Sicuramente l'Ordine non smette di lavorare ogni giorno per assistere i propri iscritti, incrementando il dialogo e promuovendo ogni azione per cementare la nostra unione. Stiamo vivendo tempi difficili, ma li affronteremo e li supereremo, per essere buoni professionisti al servizio dei nostri pazienti. Il nostro augurio è forte e accorato, con la certezza che insieme e solidali saremo sempre migliori.*

**Per sostenere l'emergenza alluvione il Consiglio direttivo ha attivato un conto corrente di solidarietà.**

Conto corrente bancario, acceso presso  
il Banco di Sardegna Spa,  
Agenzia n. 3 di Sassari, intestato a:

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

**EMERGENZA ALLUVIONE**

**IBAN IT03Z 01015 17203 0000 7036 2078**