

Anno XXIII - Ottobre 2014 - n. 5

SASSARI MEDICA





Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari

Via Cavour n° 71/b - 07100 Sassari

Telefono 079-234430

Fax 079-232228

Sito Internet

<http://www.omceoss.org>

@Email@ e PEC

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

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

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

Orari di apertura al pubblico

Lunedì: 11:00 – 13:00

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

Mercoledì: 11:00 – 13:00

Giovedì: 11:00 – 15:30

Venerdì: 11:00 – 13:00

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

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



In copertina: Giornata del Medico: Passaggio del testimone tra il decano dei premiati Romeo Milani e i giovani Lavinia Masu e Giovanni Antonio Marras; le foto della cerimonia sono di Sergio Polano - Studio Immagine; la vignetta è di Carlo Marcello Acciaro

Direttore Responsabile Agostino Sussarellu

Direttore Editoriale Agostino Sussarellu

Redattori Giovanni Biddau, Paolo Castiglia, Monica Derosas, Francesco Bustio Dettori, Carla Fundoni, Maria Antonietta Izza, Antonio Pinna.

Cordinatore di redazione Antonio Pinna

Autore del menabò Francesco Bustio Dettori

Addetto stampa Maria Antonietta Izza

Hanno collaborato a questo numero

Antonella Arru, Susanna Casellato, Giuseppina Desanti, Giovanni di Bartolo, Alessandro Maida, Giovanni Antonio Marras, Mario Oppes, Aldo Pagni. Mauro Pianezzi, Giovanna Rau

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.

Stampa Tipografia TAS

Zona Industriale Predda Niedda sud strada n° 10 tel. 079.262221 - tipografiatas@gmail.com 07100 Sassari.

Tiratura: 4224 copie

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

Il Bollettino è inviato gratuitamente a medici e odontoiatri delle province di Sassari, Olbia-Tempio iscritti all'Albo e agli Ordini dei Medici d'Italia

SASSARI MEDICA

Anno XXIII Numero 06 - Dicembre 2014

Periodico bimestrale

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 Pierluigi 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

Cari colleghi,

chiediamo la vostra collaborazione perché vorremmo sondare il gradimento degli iscritti circa il nostro bollettino bimestrale. La pubblicazione che vi viene regolarmente recapitata è infatti il risultato di un notevole sforzo in termini di impegno redazionale e oneri economici. Avrete notato che rispetto al passato il prodotto è molto diverso, a nostro avviso più leggibile, scorrevole e accattivante. A questo punto del cammino, anche per capire se finora ne è valsa la pena, ci occorre sapere cosa i lettori pensano davvero del periodico Sassari Medica. Ci agevolereste non poco inviando una mail all'indirizzo ordine@omceoss.org, contenente un breve giudizio critico, suggerimenti, osservazioni. Indispensabile specificare il dato fondamentale: il prodotto editoriale viene letto, sfogliato, oppure cestinato? Preferireste vi venisse inviato direttamente al vostro indirizzo mail? Certi di un vostro cortese riscontro, ringraziamo e portiamo cordiali saluti.

Il Consiglio Direttivo

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

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

Il **testo** recherà un titolo e un sottotitolo, finalizzati a stimolare l'attenzione del lettore. Eventuali acronimi dovranno essere esplicitati per esteso. Per le relazioni scientifiche realizzate presso istituti, laboratori, centri, strutture pubbliche o private sarà indispensabile comunicare le generalità dei rispettivi direttori responsabili.

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

Pubblicazione e proprietà

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

Estratti e copie

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

Pagine libere

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

IN QUESTO NUMERO

■ EDITORIALI DEI PRESIDENTI

- 1/La truffa delle specializzazioni Pagina 4
- 2/Grazie Albo Odontoiatri 5

■ VITA DELL'ORDINE

- La giornata del medico: un momento per stare uniti 6
- Verso l'eradicazione della poliomielite 8
- Le nostre medaglie d'oro 13
- Il sigillo dell'Ordine a Padre Salvatore Morittu. Una vita dedicata alla salute degli ultimi 19
- Il Giuramento professionale e il passaggio del testimone 21
- Rinnovo organi collegiali 24

■ SPECIALE CODICE

- Il Nuovo Codice Deontologico: si cambia tra legami antichi e nuovi 28
- Siamo capaci di uscire dall'ambiguità con scelte coraggiose e innovative? 36

■ NOIPERVOI

- Diario di viaggio dalla Tanzania/AMA Onlus a Kipengere e Dakawa 38
- Sassari e UNICEF assieme al fianco dei bambini 41

■ NOSTRA SALUS

- L'unità operativa di ortopedia e traumatologia dell'ospedale di Tempio 42

■ STUDI/ESPERIENZE

- Emergenza Ebola/Il ruolo dell'ospedale Luigi Sacco a Milano 44

■ APPROFONDIMENTI

- Epilessia nell'età evolutiva: la diagnosi, la terapia e la gestione del follow-up 48

■ FITOTERAPIA

- Proprietà terapeutiche di piante comuni e officinali: piantaggine e cicoria 54

■ NEWS E TACCUINO

- Regione. Entro il 2015 ricetta telematica e fascicolo sanitario elettronico 56
- Linee guida in epilessia: importante convegno a Sassari - Premio scientifico "I Guidoniani" 57

■ MUSICA

- Separati in casa: il ritorno dei Duodeno 58
- Elenco dei medici disponibili



La truffa delle specializzazioni

Il recente concorso per l'ammissione alle scuole di specializzazione è servito a dimostrare, se pure ce ne fosse stato bisogno, la totale inefficienza degli apparati burocratici della pubblica amministrazione.

Responsabili dello scandalo, due domande dei quiz collocate in aree diverse che hanno portato subito all'annullamento della prova; invalidazione subito revocata, con proteste infinite, non solo da parte di chi chiedeva fosse rifatto l'esame ma, paradossalmente, anche da parte di chi era invece soddisfatto del risultato finale ottenuto.

Nel frattempo, al dissiparsi del polverone, sono venuti alla luce diversi inghippi: in alcune sedi i concorrenti avevano lavorato in gruppo, in altre avevano potuto consultare i loro cellulari, in altre ancora, tutti avevano ottenuto lo stesso punteggio; in certe sedi, inoltre, i controllori si erano mostrati severissimi, mentre in altre avevano chiuso tutti e due gli occhi...insomma, una vera Babele, ottima per poter sviluppare qualunque soluzione illegittima. Il direttore del Consorzio Universitario preposto alla elaborazione dei test (CINECA), per fare ammenda, ha comunicato che alla fine delle procedure di assegnazione delle sedi, si dimetterà...ottimo, peccato però che il suo pensionamento fosse già previsto per Dicembre!

A tutt'oggi il concorso sembra valido, e speriamo che, con tutti i suoi difetti, resti tale, perché, come spesso accade, la confusione ingenerata serve a ben altro. Serve a mascherare, nel nome di una modifica delle prove, sbandierata come meritocratica, il raggiungimento del traguardo di una truffa, perpetrata ai danni dei giovani medici, che ha seguito un percorso lungo alcuni anni, ma che ha raggiunto il suo scopo: la soppressione di ben 5.000 borse di studio. Infatti le prove di ammissione, tenutesi nei giorni 28 - 29 - 30 e 31 ottobre 2014, erano relative al concorso per l'anno accademico 2013/2014 che si è concluso esattamente il 31 ottobre. C'è qualcosa che stona, come mai si è giunti a questa strana situazione?

Negli anni, con scuse sempre nuove e ben congegnate,

di Agostino Sussarellu



la data di esecuzione delle prove di ammissione è stata spostata in avanti, una volta di un mese, un'altra di due mesi e in seguito addirittura di tre, con effetti che in alcuni casi hanno raggiunto il ridicolo. Diverso tempo fa si è verificato un caso singolare: i giovani ammessi alle varie scuole di specializzazione, immatricolati, in settembre, al primo anno, già nel novembre successivo sono passati incredibilmente al secondo! Il percorso si è concluso quest'anno. In molti hanno enfatizzato il dato che i concorrenti erano oltre 12.000, ma, facendo i conti di quanti giovani ogni anno conseguono la

laurea, si capisce subito che questa cifra è la somma aritmetica di due corsi di laurea giunti alla conclusione. Con un'indifferenza tutta burocratica si prospettano soluzioni fantasiose, ma in realtà l'unico rimedio, non solo possibile, ma semplicemente logico e corretto, sarà quello di espletare quanto prima la selezione per l'ammissione alle scuole di specializzazione per l'anno accademico 2014/2015, cioè per quello appena iniziato, e quindi di rimettere definitivamente ordine nelle selezioni per le specializzazioni, concludendo il concorso per l'anno accademico 2015/2016 entro i tempi canonici, permettendo così di iniziare la formazione dei futuri specialisti in coincidenza con l'avvio del normale anno accademico. Se invece l'obiettivo fosse quello di ridurre il numero dei medici da utilizzare nel SSN, si abbia il coraggio di chiudere per un anno l'ammissione alla facoltà di medicina, poiché tenere circa 7.000 medici in un limbo in cui è impossibile trovare un'occupazione significa creare delle false illusioni nei giovani che hanno affrontato il percorso di studio più lungo e duro dell'Università italiana. Per finire, vista la polemica che è seguita alle manchevolezze legate alla sorveglianza durante le prove, credo che si debba prendere seriamente in considerazione la possibilità di affidare tale compito agli Ordini dei Medici che, in quanto organi ausiliari dello Stato con funzioni istituzionali, possono garantire un controllo indipendente, e sicuramente più equanime di quello che quest'anno ha così pesantemente gravato sui partecipanti.

Il saluto di Pierluigi

Grazie Albo Odontoiatri

Dopo nove anni (tre mandati) da Presidente della Commissione Albo Odontoiatri della provincia di Sassari, ho deciso di non presentare la mia candidatura per le prossime elezioni in modo da favorire un giusto rinnovamento.

Sono sicuro che i colleghi che sono stati eletti alla guida della CAO per i prossimi anni saranno all'altezza del loro compito e, con entusiasmo, porteranno nuovi stimoli e proposte per migliorare il sistema sanitario nell'ambito odontoiatrico. Auguro loro il massimo successo nelle iniziative che intraprenderanno.

Da parte mia non abduco completamente al mio impegno per la categoria e continuerò, nell'ambito associativo, a prodigarmi per i valori che spero aver diffuso e testimoniato in questi anni.

Ci troviamo ad affrontare, quasi ogni giorno, sfide sempre più difficili e impegnative e per farlo con efficacia sono necessarie energie da spendere per concentrarsi sugli obiettivi prioritari.

L'esperienza vissuta in questi anni è stata decisamente positiva e, in questo momento di consuntivo, mi preme condividere le sensazioni che provo.

Per primi cito i membri della Commissione Odontoiatri, che hanno lavorato con me in questi anni, e che hanno prodotto idee e azioni per far sì che la nostra attività crescesse e potesse essere riconosciuta e apprezzata dai pazienti e dai cittadini.

Ho potuto lavorare a stretto contatto con un Consiglio di Ordine formato da colleghi di sicuro spessore culturale e morale, ma soprattutto con una spiccata umanità che ha sempre connotato il confronto delle idee e le scelte che ne sono scaturite. In particolare mi preme descrivere lo splendido rapporto di sinergia operativa e fattiva collaborazione con il Presidente, dott. Sussarellu, con il quale ho condiviso momenti di grande soddisfazione, ma anche difficili passaggi che abbiamo superato in-

di Pierluigi Delogu



sieme e che ci hanno consentito di arricchire il nostro percorso sempre nel rispetto reciproco dei ruoli e delle idee. Ma l'aspetto che voglio descrivere con maggiore enfasi è l'orgoglio di sentirmi parte e rappresentante di una componente di colleghi che merita grande stima e che in questi anni ha dimostrato di seguire con maturità e dedizione le proposte che venivano dalla nostra Commissione. Sono loro che hanno consentito il successo del progetto di prevenzione nelle scuole, suscitando ammirazione, e facendo diventare la

campagna portata avanti dal nostro Ordine un esempio per tutta l'Italia, un modello esportabile di condivisione di informazioni per la collettività. Questi colleghi sono la spina dorsale di una professione che ancora merita rispetto, perché si basa su principi di etica e solidarismo che sono alla base "dell'istinto" del Medico: valori che non possono venire sminuiti o scalfiti dall'operato di pochissimi "pseudo colleghi", che con una attività votata solo al profitto e connotata da una squallida deriva commerciale, ne compromettono la credibilità agli occhi della gente.

Un grande ringraziamento infine mi sia concesso rivolgerlo a tutto il personale dell'ufficio dell'Ordine che ha sempre offerto la massima collaborazione e la puntuale applicazione delle indicazioni del Consiglio.

Grazie!

Il benvenuto ai neo laureati e il ringraziamento a chi ha dedicato la vita alla medicina

La giornata del medico: un momento per stare uniti

“ Il Giuramento non è un atto formale ma un impegno per tutta la vita”. È questo il principio che ha caratterizzato la “ 59° Giornata del Medico”, che si è tenuta il 18 ottobre scorso, nell’Aula Magna dell’Università di Sassari.

Un’aula gremita ha seguito con attenzione i vari interventi. Tanti giovani, erano 103 i neo laureati che hanno giurato, 83 medici e 21 odontoiatri. Ma ad accompagnarli anche i 13 medici che hanno compiuto 50 anni di laurea, ai quali è stata consegnata la medaglia di benemerita.

Il Rettore emerito dell’Università di Sassari, professor Alessandro Maida, ha tenuto la Lectio Magistralis su “I 50 anni della vaccinazione antipolio”.

Il Sigillo dell’Ordine quest’anno è stato consegnato a padre Salvatore Morittu, responsabile di Mondo X Sardegna, che comprende comunità per il recupero dei tossicodipendenti e la casa famiglia per i malati terminali di Aids. Erano ovviamente presenti i membri del Consiglio dell’Ordine, Paolo Castiglia, Alberto Delpini, Giovanni Biddau, Nicola Addis, Carla Fundoni, e le autorità civili e militari.

Come ogni anno gradita la presenza dell’Ammi,

l’Associazione mogli medici italiani che, come ha ricordato la sua presidente, Pasquita Fois Pelizzo, “persegue come principale obiettivo la diffusione di una corretta educazione sanitaria, l’informazione e la prevenzione intorno a temi di grande attualità scientifica e sociale, la solidarietà verso le fasce più deboli, sempre più numerose; rivolge una particolare attenzione alle giovani, alle donne medico e alle nuove realtà familiari di convivenza”.

Il presidente Agostino Sussarellu, nel suo lungo discorso, si è rivolto soprattutto ai giovani.

“A voi è affidato il futuro della medicina, siate i garanti della salute dei pazienti, lontani da ogni tentazione legata al guadagno facile e da quanti promettono cure miracolose: restate fedeli alla scienza e alla conoscenza, avendo come unico obiettivo la cura del malato” ha detto il presidente Sussarellu rimarcando che “la laurea è un traguardo tanto sognato, ma in realtà è un punto di partenza”.

Ma non sono mancate le parole di ringraziamento per quanti hanno raggiunto i primi cinquanta anni di attività esercitando la professione di medico chirurgo con ammirevole dedizione “secondo scienza



Il discorso di Agostino Sussarellu



La prof.ssa Mura fa gli onori di casa in rappresentanza del Magnifico Rettore

e coscienza", per il sollievo delle sofferenze, per la difesa della vita e nel rispetto della persona umana, testimoni di valori di un rapporto tra medico e paziente che è cambiato nel tempo.

"Chi come voi, ha cominciato la sua carriera negli anni '60, ricorda che allora fare il medico non era affatto semplice: talvolta da soli, lontani diversi chilometri dalle più vicine strutture mediche complesse, si era costretti a prendere decisioni drammatiche senza poter contare sul conforto dei colleghi e in assenza delle soluzioni diagnostiche che il progresso e la tecnologia ci hanno donato nel corso degli ultimi decenni. In questo giorno di festa per noi medici, voi colleghi più "esperti" riceverete una medaglia d'oro, che vi prego di interpretare come un simbolo di ringraziamento da parte della collettività per l'impegno profuso nella cura dei malati, nella ricerca e nell'insegnamento, contributi fonda-



Antonio Pinna saluta i nuovi iscritti all'Ordine

mentali per la costituzione di una sanità migliore. Siete un esempio importante per chi oggi invece giurerà" ha detto il presidente Sussarellu. Come poi è stato sottolineato anche dalla professoressa Maristella Mura, in rappresentanza del Magnifico Rettore "l'esperienza di quelli che sono stati anche i nostri maestri non deve andare perduta, ma deve essere di esempio e guida per i tanti giovani che oggi si affacciano alla professione medica". Antonio Pinna, in rap-

presentanza della Commissione Albo Odontoiatri dell'Ordine di Sassari, dopo aver elogiato e ringraziato i medici in pensione, si è rivolto ai tanti giovani. "Oggi si apre una nuova fase, da vivere all'insegna dell'aggiornamento, dello studio, e dell'etica professionale. Ciò comporta la maturazione di alcune qualità tra le quali l'ascolto, la pazienza, l'empatia, poiché il fulcro della nostra opera è sempre lui, il malato, che si rivolge a noi in cerca di aiuto. Talvolta alcuni questo lo scordano, cedendo al conflitto tra esigenze di cura e pressioni economiche, mercantili, d'immagine e di carriera. Lungi da me affermare che medici e odontoiatri non debbano ricevere il giusto compenso per il lavoro che quotidianamente svolgono, ma l'obiettivo della nostra missione, che oserei definire umanitaria, è sempre il paziente che abbiamo davanti, con la sua storia personale, le sue problematiche e le sue criticità, una persona che può appartenere a qualsiasi etnia, estrazione sociale, credo, preferenza sessuale, che ha diritto alla nostra totale attenzione" - ha detto Antonio Pinna.

È stato ribadito il ruolo importante dell'Ordine, il servizio che svolge. È fondamentale il lavoro di squadra perché solo alleandosi assieme, consultandosi per i casi clinici più complicati, è possibile battere la malattia. La classe medica ha bisogno di essere fortemente unita, non solo per rispetto nei confronti dei pazienti, ma anche per la nostra stessa dignità, in quanto un gruppo coeso di persone può reclamare con più forza i propri diritti.

I 50 anni della vaccinazione antipolio

Verso l'eradicazione della poliomielite

Molto opportunamente il Consiglio direttivo dell'Ordine ha scelto, per la Giornata del medico 2014, che si parlasse della poliomielite: ricorre infatti il centenario della nascita di Salk, a cui si deve la preparazione del vaccino inattivato; è il 50° della introduzione del vaccino Sabin in Italia; l'OMS ha varato il piano strategico 2013-2018 e confida di pervenire alla eradicazione della malattia entro il 2018, ripetendo così, dopo 40 anni, il successo ottenuto nel 1978 nei confronti del vaiolo.

Nota fin dall'antichità (una stele dell'antico Egitto ne dà testimonianza) la polio si è presentata con casi sporadici fino alla fine del 1800. Nel XX secolo la sua incidenza ha assunto un carattere di diffusa endemicità, con frequenti episodi epidemici: memorabili l'epidemia in U.S.A. del 1952 con 58.000 casi e quella in Italia del 1958 con 8.377 casi.

Malattia a prevalente trasmissione oro-fecale come l'epatite A o le salmonellosi, la polio acquista rilevanza clinica grave nella sua espressione paralitica e per la sua letalità quando il virus raggiunge il sistema nervoso provocando necrosi delle cellule motorie (rapporto infezione-malattia circa 3000/1).

Coi suoi 3000 casi/anno in media di polio paralitica, prima dell'introduzione della vaccinazione, si andava incontro in Italia in un trentennio a un accumulo di quasi 100.000 soggetti con esiti invalidanti di varia gravità, con enormi problemi personali e negli aspetti assistenziali, facendo della polio una malattia di importanza sociale. Non v'è persona di età > 60 anni che non ricordi un coetaneo con esiti di poliomielite.

Riportati alla dimensione mondiale è facile stimare quale fosse la prevalenza globale della malattia paralitica: cifre dell'ordine di milioni di soggetti.

La natura virale della malattia (con l'impossibilità quindi di far ricorso a trattamenti farmacologici) e la facile trasmissibilità dell'infezione rendevano pri-

di Alessandro Maida



mario l'obiettivo di realizzare un vaccino che consentisse una massiccia immunizzazione della popolazione suscettibile. Strada dimostratasi percorribile dopo la scoperta da parte di Enders, Weller e Robbins nel 1949 della coltivabilità del virus in cellule di tessuto umano non nervoso; scoperta che meritò il premio Nobel per la Medicina nel 1954. Per la realizzazione del vaccino vennero perseguite due strade:

Vaccino a virus inattivato con formolo (Salk); Vaccino a virus vivo atte-

nuato, privo cioè della capacità di localizzarsi nel sistema nervoso (Cox, Koprovski e principalmente Sabin).

Salk arrivò per primo. Stimolato dall'onda emozionale creata dai quasi 58.000 casi di polio paralitica verificatisi nel 1952 in U.S.A. e supportato economicamente nelle ricerche da consistenti finanziamenti della National Foundation for Infantile Paralysis (creata nel 1938 per iniziativa del Presidente Roosevelt che a 39 anni era stato colpito gravemente dalla malattia costringendolo per tutta la vita in sedia a rotelle), Salk aveva infatti messo a punto un prodotto che, testato in una sperimentazione su oltre 1.800.000 bambini in età scolare, il 12 aprile 1955 veniva dichiarato sicuro per l'impiego a scopo vaccinale (Rapporto Francis) (Fig. 1).

Accolto con grande entusiasmo dall'opinione pubblica, in poco più di due anni erano state distribuite oltre 100 milioni di dosi di vaccino in U.S.A. e in vari altri Paesi (Scandinavia, Australia, Canada...).

In Italia la vaccinazione antipolio diventa interesse preminente di studi e di ricerche applicate da parte degli Istituti universitari di Igiene (in particolare di Milano con Giovanardi, Monaci e coll., di Genova con Petrilli e coll., di Palermo con D'Alessandro e coll.) e degli istituti vaccinogeni nazionali (Istituti Sieroterapico Italiano, Sieroterapico milanese e Vaccinogeno Sclavo).

Nel Paese il vaccino viene introdotto nel 1957,

VACCINO SALK (IPV)

Preparato negli USA fra il 1950-54

Produzione virus	Culture primarie di rene di scimmia
Inattivazione virus	Formolo
Composizione	Trivalente Polio 1+2+3
Somministrazione	Parenterale
Conservazione	2-8°C
Ciclo vaccinale	3°, 4°, 5°, 12° mese

Fig.1: alcuni dati sul vaccino Salk

con uno sforzo organizzativo corale della Sanità pubblica, della Scuola, degli Organi di informazione. Somministrato in 4 dosi per via parenterale (3 a distanza di un mese l'una dall'altra e la 4ª dopo ulteriori 6 mesi), il vaccino suscitò grandi attese nelle famiglie e nell'opinione pubblica.

Ben presto, tuttavia, cominciarono ad emergere perplessità nell'utilizzo del vaccino legate alla non agevole via di somministrazione parenterale e alla modesta efficacia protettiva di molti lotti (pari a circa l'80%) nonché ai timori conseguiti al cosiddetto "incidente Cutter" (legato all'impiego di un lotto di vaccino dei laboratori Cutter risultato contaminato da virus vivo tipo 1 per insufficiente trattamento inattivante) che aveva dato luogo a 260 casi di malattia, di cui 94 in vaccinati e 166 in contatti, con 192 casi paralitici.

Aumentava quindi l'interesse per la messa a punto di un vaccino a virus viventi attenuati. I migliori risultati vengono conseguiti dal vaccino preparato da Sabin, costituito da mutanti naturali di poliovirus privi di potere neuropatogeno, selezionati con il metodo delle placche in agar attraverso ripetuti passaggi in colture di cellule renali di scimmia. I vantaggi del vaccino a virus viventi risiedono nel fatto che con la sua somministrazione si dà luogo a una infezione naturale per via enterica (già nel 1939 lo stesso Sabin aveva dimostrato che i polio sono Enterovirus) con conseguente più completa immunizzazione del soggetto ricevente e, enorme prero-

gativa, la possibilità di somministrarlo per via orale: 2 gocce di sospensione virale direttamente in bocca o depositate su una zolletta di zucchero. Vantaggi che non venivano limitati dalla rigorosa necessità di assicurare al vaccino la catena del freddo: conservazione a -20°C, impiego entro 7gg una volta scongelate le confezioni multidosi purché mantenute comunque a 4-8°C, almeno nelle prime preparazioni del vaccino, dal momento che l'attuale preparazione si conserva, una volta scongelato, anche per

12 mesi a 4-8°C. Sabin testa il suo prodotto dapprima su se stesso e su alcuni suoi collaboratori, poi su centinaia di giovani volontari detenuti nelle prigioni dell'Ohio e infine su bambini, a cominciare dalle sue due figlie di 7 e 5 anni.

Con comprensibile cautela (trattandosi di virus viventi) viene effettuata una positiva sperimentazione su larga scala del vaccino, in particolare nell'Unione Sovietica. Fra il '59 e il '61 il vaccino viene adottato in Paesi dell'est europeo (a partire dalla Cecoslovacchia) e asiatici; autorizzato in U.S.A. nel 1961, fra il '62 e il '63 viene somministrato a decine di milioni di bambini.

In vista della sua introduzione in Italia, nel 1962 alcuni Istituti universitari di Igiene vengono incaricati di studiare la diffusione nella popolazione infantile di varie Regioni, dei virus Coxackie ed ECHO appartenenti, insieme ai polio, al genere Enterovirus della famiglia Picornaviridae e fra loro interferenti nell'attecchimento a livello di recettori delle cellule della mucosa intestinale. Le suddette conoscenze erano ritenute significative ai fini della scelta del miglior calendario vaccinale da adottare nel Paese.

Nel marzo 1964 parte in Italia il programma di vaccinazione di massa col vaccino Sabin (OPV) a soggetti fra 6 mesi e 14 anni: 3 dosi di vaccino monovalente seguite da una di vaccino trivalente "bilanciato".

L'obiettivo di abbattere l'incidenza della malattia, confortato dall'assenza di significativi eventi avversi



Fig 2: andamento della Poliomielite in Italia

dopo la somministrazione del vaccino, e insieme l'esistenza di notevoli sacche di resistenza alla pratica vaccinale (specie in alcune Regioni meridionali) induce il Ministero della Sanità nel 1966 a rendere la vaccinazione obbligatoria per i nuovi nati, a partire dal 3° mese di età. Nel 1972 si passa all'impiego del solo vaccino trivalente "bilanciato", anticipando così l'immunizzazione verso i tre sierotipi fin dalla prima dose somministrata. Va dato atto che la Sanità pubblica del Paese ha svolto in questo compito un lavoro veramente professionale e capillarizzato, conseguendo risultati di tutto rilievo. Già dal 1982 l'Italia non registra casi di polio autoctona e dal 1988 neppure importati (Fig. 2).

Nel 1988 l'OMS vara il "Programma di eradicazione della polio nel mondo entro il 2000", che riceve il supporto di UNICEF, Rotary internazionale, Banca mondiale, CDC, Agenzie di Cooperazione di diversi Paesi industrializzati. Il Programma prevedeva, per i Paesi con polio endemica, anche uno straordinario strumento di coinvolgimento alla immunizzazione di massa attraverso i National Immunization Days. In queste giornate, i bambini <5 anni di età ricevevano 2 dosi di OPV a 4-6 settimane di

distanza, indipendentemente dal loro stato vaccinale. Con questo strumento sono stati sottoposti a vaccinazione 88 milioni di soggetti nella Regione Africana dell'OMS, 58 milioni in quella europea e del Mediterraneo orientale, 257 milioni nella Regione del Pacifico occidentale, 134 milioni in India. Ma anche a quale prezzo! Tre-dici poliovaccinatori uccisi in Pakistan (2012), 9 vaccinatrici uccise in Nigeria (2013). Pur senza riuscire nell'obiettivo dell'eradicazione, in 13 anni l'incidenza della malattia si riduce del 90% e vengono dichiarate "polio free" dall'OMS la Regione delle Americhe (1994), la Western Pacific (2000) e la Regione Europea di cui l'Italia fa parte (2002) (Fig. 3).

In un contesto di così favorevoli risultati, non è tuttavia mancato qualche evento avverso che ha comportato alcune revisioni dei programmi vaccinali. Si è infatti riscontrato che, con una frequenza compresa tra 1 caso su 750.000/2,4 milioni, alla somministrazione di OPV consegue un episodio di paralisi flaccida (VAPP) legata a rivirulentazione del virus vaccinale per retromutazioni durante la sua moltiplicazione nell'uomo.

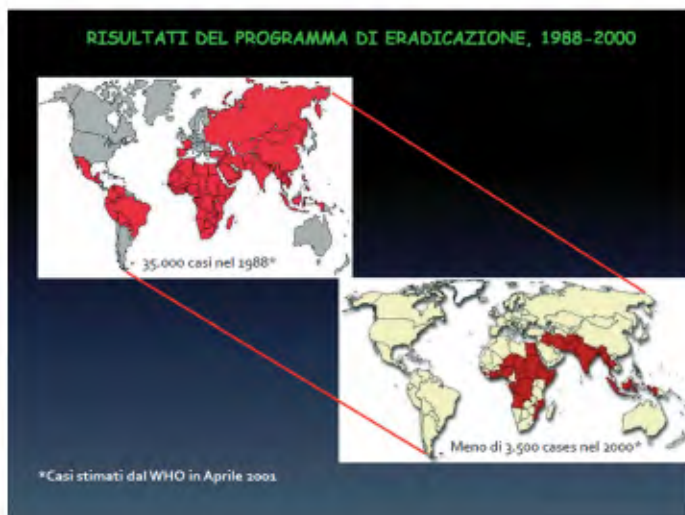


Fig. 3: Risultati della campagna di eradicazione della poliomielite

Schedula vaccinale in Italia

Dal 1999

2°-3° mese di età	→ IPV
4°-5° mese di età	→ IPV
11°-18° mese di età	→ OPV
2°-3° anno di età	→ OPV

Dal 2002

3° mese di età	→ IPV + DTPa, EpB, Hib (esavalente)
5° mese di età	→ IPV + DTPa, EpB, Hib
11-12° mese di età	→ IPV + DTPa, EpB, Hib
6° anno di età	→ IPV + DTPa
12-18° anno di età	→ DTPa + IPV (proposta nel 2012 da SITI, FIMMG, FIMP)

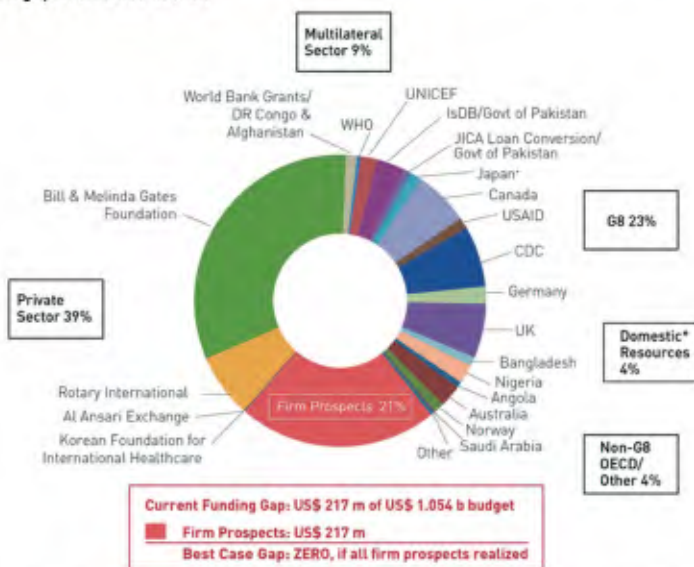
Tenendo conto della nuova favorevole situazione epidemiologica - polio ancora endemica solo in pochi Paesi - l'evento avverso legato alla somministrazione di solo OPV poteva essere ridotto, se non evitato, facendo precedere ad essa la somministrazione di dosi di "vaccino Salk potenziato" (IPV), modificato cioè nella sua preparazione in quanto ottenuto non più da colture virali su cellule renali di scimmia ma su cellule umane diploidi (MRC5) o su cellule renali di cercopiteco grigio-verde africano e opportunamente concentrato fino a 500 volte mediante ultrafiltrazione.

In analogia a quanto effettuato in U.S.A., il Ministero della Sanità Italiano nel 1999 modifica il calendario della vaccinazione antipolio, da 4 dosi di OPV in due di IPV seguite da 2 di OPV, lasciando immutati i tempi della loro somministrazione (2-3° mese; 4-5° mese; 11-18° mese; 2-3° anno). Nel 2002, il Ministero dispone che l'intero ciclo di vaccinazione venga eseguito con solo IPV, mantenendone l'obbligatorietà e abbinandone la somministrazione insieme ai vaccini anti-tetanico, difterico, pertussico, epatite B ed emophilus influenzae tipo b (vaccino esavalente) (Fig. 4). E' quello che avviene ancor oggi anche negli altri Paesi "polio free" che si allineano a Svezia, Islanda e Olanda, che non avevano mai abbandonato il vaccino inattivato in favore dell'OPV.

L'attuale situazione epidemiologica nel mondo evidenzia:

- Dal 1999 non si registrano isolamenti di virus polio 2 (eradicazione);
- L'ultimo isolamento di virus polio 3 risale all'11/11/2012;
- Nei primi 6 mesi del 2014 è stato registrato un totale di 89 casi di polio nel mondo (Pakistan, Nigeria, Afghanistan, Guinea Equatoriale, Iraq, Cameroun, Siria, Etiopia, Somalia) rispetto ai 416 casi dell'intero 2013, comprendenti anche 2 casi in Kenia.
- Anche se trattansi di dati molto incoraggianti, siamo ancora lontani dal poter parlare di eradicazione della malattia.
L'esistenza di Paesi nei quali la polio è ancora endemica (Pakistan, Nigeria, Afghanistan) va considerata un potenziale pericolo di larga diffusione, anche a seguito della particolare situazione che caratterizza i suddetti Paesi (guerre, migrazioni interne) e della facilità e rapidità dei mezzi di trasmissione della malattia ad altri Stati.
- Sono dati tuttavia che rendono credibile l'obiettivo di pervenire all'eradicazione della polio entro il 2018 posto dal "Programma strategico dell'OMS 2013-2018" che prevede, tra l'altro, l'introduzione di almeno 1 dose (la prima) di IPV nella schedula vaccinale al fine di ridurre il rischio di riemergenza di virus tipo 2 per eventuale retromutazione del tipo 2 vaccino presente nell'OPV.

Financing the 2013 budget of US\$ 1.054 billion: US\$ 837 million in contributions with a gap of US\$ 217 million



* Other* includes: the Governments of Brunei Darussalam, Finland, Luxembourg, Monaco and Nepal, plus the OOSLE Foundation/Matching Grant.
 * Domestic contributions by the Government of India of approximately US\$ 207 million for 2013 are not included in this budget.
 * Includes funds from the Coaster Value Fund/Govt of Pakistan.

Fig. 5: provenienza dei fondi per la campagna di vaccinazione antipolio dell'OMS

Probabilmente l'obiettivo dell'eradicazione non è così immediato e occorre dare anche un prudente valore ai conseguimenti di status di polio-free da parte di alcune Regioni OMS. Fanno riflettere infatti gli isolamenti di virus polio selvaggio tipo 1 dalle fognature in Israele (anche se non si riscontrano

casi di malattia in quanto la popolazione è coperta con IPV dal 2002) e nei reflui di laboratori di ricerca.

E accanto a questa presenza di poliovirus nell'ambiente, sussistono alcune ipotesi di criticità:

- progressiva diminuzione con l'età del titolo anticorpale, per cui non si hanno dati sull'effettiva copertura immunitaria a lungo termine;
- il vaccino IPV non conferisce immunità mucosale;
- si può ipotizzare un decremento di immunità mucosale nei soggetti vaccinati con OPV a causa della mancanza di booster naturali o vaccinali.

Da qui la proposta che l'Italia non solo mantenga ancora la vaccinazione antipolio ma aggiunga un richiamo a 12-18 anni di età. Siamo comunque al rash finale. L'imponente macchina organizzativa messa in piedi dall'OMS, sostenuta da un impegno economico enorme e di varia provenienza (Fig. 5), scandisce

per il 2015 l'ultimo caso di polio nel mondo, fra il 2016 e 2017 la cessazione della somministrazione di OPV2, per il 2018 la certificazione di eradicazione, per il 2019 la cessazione della vaccinazione con OPV (Fig. 6).

Alessandro Maida è professore Ordinario di Igiene e Medicina Preventiva, Rettore emerito dell'Università di Sassari

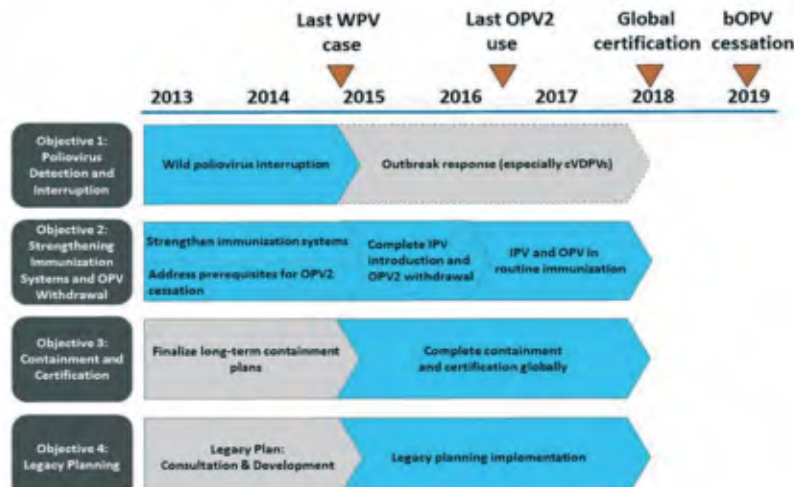


Fig. 6: risultati e obiettivi futuri

Le nostre medaglie d'oro

FRANCESCO BISSIRI



Nato a Nughedu S. Nicolò l' 11.10.1938, consegue la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Sassari nel 1964 con il massimo dei voti e si iscrive al nostro Ordine nel 1965. Lavora come medico legale per circa 9 anni. Dopo la specializzazione in Cardiologia conseguita a Torino opera come assistente di cardiologia negli ospedali di Nuoro e Sassari e come aiuto di cardiologia all'ospedale di Thiesi. Nel 1976 si specializza a Cagliari in Medicina del Lavoro ed esercita quest' ultima disciplina, in regime libero professionale, fino allo scorso anno. Durante il periodo del corso di laurea ha vissuto il clima di opposizione all'istituzione della specialità di Pediatria , considerata branca della medicina generale e, in seguito, tutte le manovre volte a intralciare sul nascere l'autonomia della Cardiologia nei reparti ospedalieri dove ha avuto occasione di lavorare; discipline ora indipendenti, ma considerate a quei tempi sottospecialità della medicina interna.

BRUNO MARIO CHIAROLINI

Nato a Sassari il 28.11.1940, si laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Cagliari nel 1964 con il massimo dei voti e la lode. Si iscrive all'Ordine dei Medici della provincia di Cagliari nel 1965 e , dallo stesso anno, frequenta la Clinica Ortopedica di Cagliari in qualità di assistente volontario, quindi assistente incaricato fino all'aprile del 1968. Si specializza nel contempo a Genova in ortopedia e traumatologia(1967) e, trasferitosi a Sassari, si iscrive al nostro Ordine nel 1968. Nella 1° sessione del 1970 acquisisce, presso il Ministero della Sanità, l'idoneità di Assistente Ospedaliero per la specialità di Ortopedia e Traumatologia. Nella 1° Sessione del 1975 consegue l' idoneità di Aiuto e nella 1° sessione del 1986 quella di Primario Ospedaliero per la stessa disciplina. Dall'aprile 1968 è assistente straordinario presso il reparto di Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale Civile SS. Annunziata di Sassari, poi assistente incaricato, indi assistente di ruolo. Dal 1978 Aiuto e quindi Responsabile del Modulo Funzionale



di Traumatologia d'Urgenza. Dall'aprile 2001 è Responsabile incaricato della Divisione di Ortopedia fino all'anno del pensionamento.

FERNANDA CATERINA COSSU

Nata a Cuglieri il 17.12.1939, si laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Sassari con il massimo dei voti e la lode nel 1964. Iscritta nel 1965 all'Ordine dei Medici della provincia di Nuoro, consegue la specializzazione in Pediatria presso l'Ateneo sassarese nel 1966. Si iscrive al nostro Ordine, per trasferimento, nel 1967 e, dieci anni dopo, nel 1977, consegue la specializzazione in Radiologia Diagnostica presso l'Università di Cagliari. Dal 1967 è medico funzionario presso la sede provinciale dell'INAM di Sassari, riconvertita poi, a seguito dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, in poliambulatorio USL, dove presta servizio sino al 1982, anno in cui, a seguito di pubblico concorso, riveste il ruolo di Aiuto presso il Servizio della Radiologia 2 dell'Ospedale Civile di Sassari sino al 1994.



GIANPAULO DEL FABRO

Nato a Tavagnacco (UD) il 14.09.1938, si laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Sassari nel 1964 e si iscrive al nostro Ordine nel 1965. Nel 1966 ottiene il diploma in fisiopatologia dello sport. Si specializza in Tisiologia e Malattie dell'apparato Respiratorio nel 1974. Svolge l'attività di libero professionista convenzionato dal 1965 al 1988 e medico funzionario dell'INPS dal 1966 al 1995.



Come medico sociale segue la Dinamo Basket per 24 anni e la Libertas atletica per 30 anni; come medico di bordo ring tutte le manifestazioni di boxe della provincia. Una vita dedicata all'approfondimento della propria disciplina, brillantemente coniugata con una ricca e intensa attività agonistica sportiva che va dall'atletica leggera al calcio e alla pallacanestro; primatista sardo per 25 anni nelle staffette 4x100 e 4x400, è stato convocato in nazionale per un confronto Italia centro-sud contro la Grecia.

GIOVANNI FANCIULLI

Nato ad Alghero il 3.01.1936, si laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Sassari nel 1964 e si iscrive al nostro Ordine nel 1965. Si specializza in Pediatria e in Puericultura nel 1966. Dal 1965 al 1968 è assistente presso la Clinica Pediatrica dell'Università di Sassari. Dal 1969 al 1980 è Aiuto presso la Divisione di Pediatria dell'Ospedale Civile di Alghero, di cui è Primario dal 1981 al 2003. Svolge attività di ricerca soprattutto sulla Celiachia, allora considerata "Malattia Rara", o meglio sconosciuta, in collaborazione con l'Università di Ancona, intraprendendo uno studio su un vasto campione di bambini e adulti di Alghero e comuni limitrofi, che ha documentato, tra l'altro, due dati di capitale importanza sulla modalità di approccio clinico alla malattia: l'elevatissima presenza della malattia in Sardegna, la più alta in Europa, nonché l'alta frequenza della Celiachia negli adulti, sovrapponibile a



quella infantile: elemento che ha destabilizzato la concezione che dava tale patologia esclusiva dell'età pediatrica. Tali indagini hanno riscosso grande attenzione negli ambienti scientifici, soprattutto per quanto attiene alla prevenzione delle complicanze, grazie a una dieta appropriata.

ALESSANDRO MAIDA

Nato a Sommatino (CL) il 20.11.1938, si laurea in Medicina e Chirurgia con il massimo dei voti e la lode presso l'Università di Catania nel 1963. Si iscrive all'Ordine dei Medici della provincia di Catania nel 1964. Si specializza in Igiene presso l'Università di Catania nel 1966 e in Malattie infettive presso l'Università di Messina nel 1967. Nel 1968 è assistente incaricato di Igiene presso l'Ateneo di Sassari. Si iscrive per trasferimento al nostro ordine nel 1969. Diviene Professore straordinario nel 1975, insegna presso le Facoltà di Magistero, Scienze, Farmacia e Medicina.

E' Direttore dell'Istituto di Igiene e Medicina Preventiva, della relativa Scuola di specializzazione e Primario del Servizio di Igiene ospedaliera dal 1977. Sviluppa un'ampia attività di ricerca su epidemiologia e profilassi di malattie infettive e cronico-degenerative, sull'approvvigionamento idrico, l'Igiene ospedaliera, la programmazione dei servizi sanitari, l'alimentazione, come dimostrano le circa 300 pubblicazioni scientifiche prodotte. Promotore e compo-

nente, insieme a colleghi veterinari, del gruppo strategico per l'eradicazione dell'echinococcosi-iatridosi in Sardegna; fra gli estensori del primo Piano sanitario regionale (1983-85). Per nove anni è Presidente della 3ª Sezione del Consiglio superiore di sanità e per un biennio Presidente nazionale della Società Italiana di Igiene. Come Preside della Facoltà di Medicina dal 1990 al 1997 si impegna nella istituzione di nuovi Corsi di laurea e Scuole di specializzazione e nel potenziamento delle strutture didattiche e assistenziali di vari istituti. Rettore dell'Università dal 1997 al 2009, persegue un ambizioso programma di potenziamento di tutte le Facoltà e dell'Amministrazione. Tramite finanziamenti ministeriali e regionali porta avanti un ampio programma edilizio, tra cui il 1° lotto del Polo Bio-naturalistico, i Laboratori didattici di Farmacia, il completamento del Centro didattico di Scienze, l'Istituto di Malattie infettive, parte del Quadrilatero, il Centro linguistico di Ateneo. Instaura una proficua collaborazione con l'Ersu per la realizzazione di residenze studentesche che ha portato a quintuplicare i posti letto e potenziare i servizi agli studenti. Istituisce la Facoltà di Architettura ad Alghero e il corso di Economia del turismo a Olbia. Stipula con la Regione i protocolli di intesa per l'istituzione dell'Azienda ospedaliero-universitaria. E' impegnato nel sociale come direttore sanitario dell'AVIS, co-fondatore e presidente dell'Università per la 3ª età, direttore dei Corsi della CRI. La Città di Sassari ha riconosciuto in lui la figura di "insigne cittadino" e gli ha conferito il "Candeliere d'oro speciale".



ROMEO MILANI



Nato a Grosseto il 06.03.1935, si laurea presso l'Università di Roma nel 1964, si iscrive all'Ordine dei Medici della provincia di Catania nel 1965 e, in seguito, per trasferimento, al nostro Ordine nel 1973. Consegue la libera docenza in Semeiotica chirurgica e le specializzazioni in Chirurgia generale, Urologia e Chirurgia toracica. Nel 1967 ricopre il ruolo di assistente prima e di Aiuto poi presso l'istituto di Patologia Chirurgica dell'Università di Catania.

Nel 1970 abbandona la carriera universitaria, per intraprendere quella ospedaliera. A La Maddalena riceve l'incarico di adeguare il Presidio Paolo Merlo alle richieste del territorio insulare e dei Comuni marini frontalieri con una particolare attenzione all'emergenza derivante dalle criticità locali.

Così nascono l'impianto dei Pace-Maker (1971), l'uso del telecardio, l'attivazione di un servizio dialitico extra-corporeo e peritoneale (1973), l'utilizzo diagnostico della endoscopia urologia e digestiva, litotritore a ultrasuoni (1976), la raccolta di sangue cordonale per il prelievo di cellule staminali, la fisio-kinesiterapia, il trattamento iperbarico per l'emergenza e per i bisogni routinari (1992). Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero Paolo Merlo, è titolare di un brevetto per la realizzazione di un accesso vascolare protesico ad uso dialitico extra corporeo, attualmente in commercio. È autore di circa

cinquanta pubblicazioni scientifiche tra le quali spicca una originale tecnica chirurgica di "Uretero-sigmoido-stomia, anti stenosi e anti reflusso". Socio fondatore e membro del Direttivo del S.I.T. (Sud Italia Trasplant), ottiene la prima Autorizzazione Ministeriale Sarda al prelievo di rene da cadavere a scopo trapiantistico nel 1987. Contribuisce attivamente alla divulgazione della cultura del trapianto organizzando convegni di respiro nazionale per la donazione di organi.

GIOVANNI MARCO DOMENICO MUZZU

Nato a Tobruk (Libia) il 21.04.1939, consegue la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Sassari nel 1964 e nello stesso anno si iscrive al nostro Ordine. Presta il servizio militare come Ufficiale Medico di Complemento con il grado di Sottotenente, presso il Centro Aviazione Leggera di Viterbo, in seguito trasferito al 152° Reggimento Fanteria dell'Esercito di Macomer. Svolge la professione di medico condotto interino presso il comune di Olzai dal 1966 al 1967. Espleta l'attività di medico libero professionista, convenzionato con diversi enti di previdenza, nel comune di S. Teresa Gallura, dal 1967 al 1971. Consegue la specializzazione in Ostetricia e Ginecologia nel 1972 presso l'Ateneo Sarsarese. Dal 1971 presta servizio, all'inizio come assistente, in seguito come Aiuto, presso il reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale Civile di Tempio Pausania.



GIOVANNA RUSSINO



Nata a Ploaghe il 26.08.1937, consegue la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Sassari nel 1963 e, nello stesso anno, si iscrive al nostro Ordine. Presso l'Ateneo sassarese si specializza in Pediatria nel 1965 e in Igiene e Medicina Preventiva nel 1973, prima iscritta, peraltro, a tale corso di specializzazione. Nel 1963 presta servizio presso la Clinica Pediatrica dell'Università di Sassari prima come medico interno, nel 1964 come assistente supplente, quindi di ruolo. Frequenta i vari reparti, in particolare quello degli Immaturi, acquisendo competenza in questo settore, dedicandosi anche ad attività di ricerca in campo ematologico e pubblicando diversi lavori scientifici. Nel 1966 lascia volontariamente la Clinica Pediatrica, per assumere la Direzione del Consultorio Pediatrico a Olzai. Dal 1972 al 1984 lavora con la qualifica di Primo Medico presso la Sezione Territoriale Inam di Tempio, quindi, con la qualifica di Aiuto di Igiene Pubblica, presso la stessa USL. Nel 1982 esercita l'attività didattica nelle materie di Microbiologia e Immunologia, insegnando nel Corso di Riqualificazione per Infermieri, presso la USL n. 3 di Tempio. Dal 1966, sempre e fino alla data del pensionamento, per quarantatré anni, svolge con dedizione l'attività di medico pediatra di base.

FRANCESCO MARIA SECHI

Nato ad Ozieri il 19.08.1937, si iscrive alla facoltà di Medicina e Chirurgia, prima all'Università di Roma;

successivamente, per motivi di famiglia, all'Università di Milano, per concludere gli studi, con il conseguimento della laurea, all'Università di Sassari, nel 1964. Si iscrive all'Ordine dei Medici della provincia di Milano nel 1964, anno in cui viene assunto come assistente presso la Divisione di Medicina dell'Ospedale Civile di Ozieri. Si iscrive per trasferimento all'Ordine dei Medici della provincia di Sassari nel 1967. Si specializza in Cardiologia presso l'Università di Torino nel 1971. Consegue le idoneità nazionali di Aiuto e di Primario sia di Medicina che di Cardiologia. Partecipa come docente a diversi corsi per infermiere professionale. Nel 1985, a seguito di pubblico concorso, diviene Primario della Divisione di Medicina Generale e servizio di Cardiologia dell'Ospedale civile di Ozieri sino al 1998.



LINO SPANEDDA

Nato a Sassari il 25.09.1937, si laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Sassari nel 1964 e si iscrive al nostro Ordine nel 1965. Dal 1964 al 1966 frequenta l'Istituto di Patologia Medica in qualità di Medico Interno. Dal 1966 al 1969 frequenta la Clinica Medica Generale in qualità di assistente volontario, partecipando all'attività assistenziale e scientifica. Nel 1969 viene assunto dall'Amministrazione Provinciale di Sassari in qualità di medico di reparto provvisorio presso l'Ospedale Psichiatrico di Sassari. Nel 1973 consegue la specializzazione in Clinica delle Malattie Nervose e Mentali presso l'Università degli Studi di Cagliari. Nel Gennaio 1973, in seguito a pubblico concorso, viene nominato assistente di ruolo presso l'Ospedale Psi



chiatrico di Sassari, e dal novembre 1973 Aiuto. Nel 1977 viene incaricato come Primario e dal gennaio 1978, in seguito a pubblico concorso, Primario di ruolo. Dall'aprile 1977 viene nominato, dall'Amministrazione Provinciale di Sassari, Primario Incaricato presso il medesimo Ospedale e presso il Servizio di Salute Mentale localizzato nel Territorio. Negli ultimi anni di attività ospedaliera si impegna attivamente nel ricercare soluzioni per il superamento e la chiusura dell'Ospedale Psichiatrico, come le Residenze Socio Sanitarie e le Case Famiglia. Nell'aprile del 1998 lascia l'Ospedale per svolgere ancora per qualche tempo l'attività libero professionale.

NICOLÒ SPIRITU

Nato ad Alghero il 11.05.1937, si laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Sassari nel 1964 e si iscrive al nostro Ordine nello stesso anno. Si specializza in Pediatria nel 1966, presso l'Ateneo Sassarese. Nel 1967, vinto il concorso per



assistente, lavora presso il reparto di medicina dell'Ospedale civile di Alghero. Consegue la specializzazione in Gerontologia e Geriatria presso l'Università degli Studi di Cagliari nel 1971. Nel 1980 lascia l'incarico ospedaliero per dedicarsi all'attività di medico di base che svolge nella città di Alghero fino al gennaio del 2007.

MARIA ADELAIDE ZOLO

Nata a Sassari il 20.05.1936, si laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Sassari nel 1964 e si iscrive all'Ordine dei Medici della provincia di Nuoro nel 1966. Si specializza in Clinica delle Malattie Nervose e Mentali presso l'Università di Parma nel 1974 e si iscrive, per trasferimento, all'Ordine dei Medici della provincia di Sassari nel 1975. Svolge attività lavorativa in qualità di medico



di base dal 1965 al 1972 nella regione Calabria in provincia di Cosenza, presso i comuni di Trenta e Casole Bruzio. Contestualmente lavora come medico volontario nel reparto di Medicina presso l'Ospedale Civile "Santissima Annunziata" di Cosenza.

Trasferita in Sardegna, dal 1972 svolge l'attività di medico condotto in provincia di Nuoro presso i comuni di Orani, Silanus e Lei; dal 1975 in provincia di Sassari nei comuni di Nughedu San Nicolò e Castelsardo. Dal 1985 ricopre il ruolo di Medico di Igiene Pubblica a Sassari nell'ambulatorio del Latte Dolce. Riveste le funzioni di Consulente Sanitario nella Commissione Edilizia al comune di Sassari e della Commissione Pensioni sino al 2001

Una vita dedicata alla salute degli *ultimi*

Il sigillo dell'Ordine a Padre Morittu

“**F**orse molti di voi già conoscono il frate dei minori francescani, alcuni personalmente, altri per sentito dire o per aver letto qualcosa sul suo pluriennale e straordinario impegno per il recupero dei tossicodipendenti. Un progetto che, animato dal desiderio di tutelare l'integrità psicofisica della persona e ben supportato da un gruppo di volontari coeso e incoraggiato dagli stessi principi, supera difficoltà apparentemente insormontabili: il tossicomane, spesso messo ai margini e destinato all'auto-an-



La consegna del Sigillo a Padre Salvatore Morittu

traverso un percorso guidato, può tornare a vivere, divenire risorsa, lavorare dignitosamente e magari dedicarsi agli altri come gli altri gli si sono dedicati. I frati minori francescani già dal 1979 avevano pensato di interessarsi al problema "droga", destinando alcuni edifici alla costituzione di comunità e affidandone l'incarico a padre Salvatore. Nasce così nel gennaio del 1980 la comunità di San Mauro, nel centro storico di Cagliari, cui fa seguito, nel 1982, per concessione in uso da parte della diocesi di Sassari, S'Aspru, nei pressi di Siligo. Alle due comunità preesistenti si aggiunge poi, nel 1985, quella di Campu e Luas, ex scuola professionale regionale situata nell'agro di Uta.

Tutte realtà che, insieme ai centri di ascolto, fanno parte di "Mondo X" Sardegna: una onlus riconosciuta come ente ausiliario della nostra regione autonoma. In tutti i luoghi di accettazione che fanno

capo al sodalizio, i ragazzi vengono aiutati a superare i propri conflitti interiori, rifuggendo da ogni forma di violenza, di castigo o coercizione, meccanismi ritenuti assolutamente controproducenti. Allo stato attuale l'Associazione comprende due centri di ac-

coglienza a Cagliari e Sassari per l'ascolto delle persone in difficoltà e una comunità residenziale per la quale non viene corrisposta alcuna retta, in quanto autofinanziata attraverso proprie occupazioni artigianali, agricole, zootecniche, cui si aggiungono liberi contributi di pri-

vati e pubblici per singoli progetti di intervento. I numeri parlano più delle parole: in 34 anni, alla media di 100 ingressi l'anno, le comunità di padre Morittu hanno potuto seguire ben tremila persone, delle quali almeno la metà hanno completato il proprio cammino, secondo un programma triennale ben rodato ma al contempo flessibile, scandito da varie fasi, a partire dal distacco dall'ambiente di provenienza esterno, passando attraverso graduali carichi di responsabilità, fino al reinserimento sociale, in un'ottica di prevenzione delle ricadute. Ma padre Morittu non si è occupato solo di alleviare il disorientamento dei ragazzi e formare al contempo donne e uomini nuovi e responsabili, ma altresì della cura dei loro corpi devastati, riuscendo a coinvolgere un gran numero di medici specialisti volontari, che a titolo completamente gratuito prestano tuttora la propria opera per questa grande causa. La parola

gratis, negli ultimi tempi purtroppo abusata, in questo contesto assume il suo giusto valore: una donazione di prestazioni riservata a chi, comunque, non potrebbe permetterselo; una espressione di solidarietà fondamentale su cui regge tutta l'opera di Morittu. Egli per giunta, in virtù della propria missione, già dal 1985 ha dovuto affrontare, insieme ai propri collaboratori, il virus dell'immunodeficienza umana, accogliendo nelle proprie strutture decine di ospiti sino alle fasi terminali. Resosi conto delle necessità di questi malati, a partire dal 1996 si adoperava attivamente perché un'ala del convento di Sant'Antonio Abate a Sassari, possa diventare per essi un centro di accoglienza residenziale: una casa famiglia. Il capitolato d'appalto prevedeva una spesa di un miliardo e ottocentomila lire per poter ricavare 10 camere per degenti, ambulatorio, cucina, sala riunioni, palestra e spazi verdi: un'avventura peraltro senza una copertura finanziaria certa. Quante volte ci siamo chiesti come abbia fatto quest'uomo a realizzare tutto ciò, forse un accordo segreto con l'altrettanto misteriosa Provvidenza, fatto sta che questa struttura è lì, regolarmente operante, esempio emblematico di come si possano realizzare opere di grande utilità pubblica con la tenacia e la compartecipazione di diverse forze, primo e unico esempio in Sardegna di luogo di accoglienza dedicato a questo tipo di patologia. Qui il ruolo di operatori di assistenza, animatori, volontari, alcuni dei quali ex tossicodipendenti, personale infermieristico e medico, in stretta collaborazione con l'istituto di malattie infettive della nostra Università, si realizza nell'impegno continuo a creare un ambiente umano adeguato attraverso la solidarietà e il coinvolgimento comunitario, per accompagnare i malati terminali nel faticoso cammino dell'esistere; aspettativa di vita relativamente lunga quindi per i 12 ospiti della casa d'età media compresa tra i trenta e i cinquanta anni.

Già socio fondatore della società italiana delle tossicodipendenze, fondatore e presidente per i primi dieci anni del coordinamento regionale delle comunità, padre Morittu riveste anche il ruolo di custode dei frati minori della Sardegna. Ora, al di là di tutti i richiami di fede religiosa, come medici non possiamo



Padre Morittu durante il suo discorso

non tenere nella giusta considerazione tutto il suo impegno profuso, che investe in più punti la nostra competenza, in perfetta armonia con il Codice Deontologico che proprio agli art. 3 e 32 prescrive che "dovere del medico è la tutela della vita, della salute psicofisica, il trattamento del dolore e il sollievo dalla sofferenza, nel rispetto della libertà e dignità della persona, senza discriminazione alcuna, con una particolare attenzione per tutti coloro che versano in condizioni di vulnerabilità o fragilità sociale o civile". È a questi principi che noi come medici dovremmo ispirarci quotidianamente, nella attività professionale e nella vita domestica, e prendere spunti da una persona che nel corso della sua esistenza ha dato un esempio tangibile e irrefutabile di dedizione disinteressata all'uomo, credendo in esso e nelle sue potenzialità.

Per tutto questo il consiglio direttivo, che rappresenta i 4242 iscritti all'Ordine dei medici e degli odontoiatri delle due province di Olbia-Tempio e di Sassari desidera donare il proprio sigillo a padre Morittu, che pur non essendo medico ha sempre perseguito i nostri fini vergati nel codice e nel nostro giuramento professionale. A lui, custode e divulgatore dei nostri valori vadano i nostri più sentiti ringraziamenti per l'opera che ha svolto e che continua a compiere, con l'augurio che possa mantenere negli anni a venire la forza propulsiva e coinvolgente del suo ministero."

Il Giuramento professionale e il passaggio del testimone

Carla Fundoni è consigliere dell'Ordine di Sassari nonché dell'Osservatorio Nazionale FNOMCeO Giovani Medici. In virtù del proprio sentire e del ruolo che ricopre è la persona ideale per presentare i ragazzi neoiscritti all'Albo che in questo giorno prestano il Giuramento: una solenne dichiarazione che li legherà per sempre ai principi etici che permeano la vita professionale e sociale del medico. Riportiamo il suo intervento

"G iurare nel nome di Ippocrate è un segnale forte di appartenenza a una ideologia condivisa, una ratifica solenne e al contempo festosa dell'ingresso nell'Ordine, casa trasparente e aperta per tutti gli iscritti. Mi piace ricordare subito quale sia il ruolo dell'Ordine professionale: è un organo di diritto pubblico, terzo e tecnico, finalizzato all'autoregolamentazione per il bene della cittadinanza, che svolge un ruolo insostituibile nella salvaguardia della salute pubblica e della professione medica. L'articolo 32 della nostra Costituzione recita "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti". La professione medica, pertanto, è incentrata sulla tutela di un diritto inviolabile, che impone al medico di possedere e mantenere nel tempo i requisiti tecnici e deontologici necessari per renderlo idoneo a svolgere il ruolo che gli è proprio. Pertanto è evidente che mediante l'obbligatorietà della formazione professionale l'Ordine, istituzionalmente, si rende garante della tutela della salute del cittadino sia in quanto tale sia in quanto facente parte della collettività. Le funzioni e i compiti della nostra istituzione professionale rafforzano il ruolo di verifica della qualità della professione, e dei principi deontologici. Tali principi appaiono fondamentali per conferire con maggiore incisività all'Ordine quel ruolo di funzione

ausiliaria dello Stato, di garanzia dell'interesse pubblico in merito alla tutela della salute. Noi, ma soprattutto Voi oggi, dovete essere in prima linea e dare l'esempio, perché il vostro ruolo nella società, gli impegni che assumete con il Giuramento, le norme del nostro Codice Deontologico, vi impongono sentimenti e comportamenti onesti e virtuosi. La nostra professione esige competenza e responsabilità, si basa sul rapporto di reciproco rispetto e di fiducia fra medico e paziente e trova la sua essenza nel bene del malato. Il rispetto della vita e della dignità della persona, il fine rappresentato dall'interesse del paziente devono essere per tutti Voi il riferimento primo e immutabile al quale improntare la vostra condotta professionale, agendo in scienza e coscienza, usando il sapere accompagnato dal sentimento, dalla spiritualità e dall'etica, che non possono essere disgiunte da alcun atto medico, di cui in ogni caso il medico deve scrupolosamente conservare il segreto professionale.

Di ogni cura o intervento che come Medici intendete realizzare dovrete fornire la necessaria e completa informazione, ottenere il consenso dal paziente e tenere idonea documentazione, a testimo-



Carla Fundoni durante una delle fasi della giornata

nianza di avere svolto correttamente il vostro incarico professionale, per motivi deontologici ma anche per ridurre il rischio crescente del contenzioso legale. La libertà e la indipendenza sono gli ovvii e indispensabili presupposti per il corretto agire di ogni medico e di ogni odontoiatra. Attenersi a questi valori e difenderli è sempre più difficile; un punto d'arrivo molto importante è stato raggiunto anche nella costituzione da parte della FNOMCeO dell'Osservatorio dei giovani medici, proprio con l'obiettivo di assicurare ai giovani colleghi un supporto fattivo nella costruzione della loro identità professionale.

È infatti sempre più rischioso mantenersi in equilibrio fra la cura migliore, quella più appropriata e quella più economica, e la cura più efficace e quella più sicura. Ogni decisione terapeutica diventa difficile, perché deve considerare non solo il bene del singolo paziente ma anche della società nel suo complesso e della reale possibilità di garantire a tutti una buona assistenza sanitaria.

Non vi è dubbio pertanto che anche gli aspetti economici e la buona gestione delle risorse fanno parte del nostro dovere etico; infatti siamo impegnati a rispettare l'appropriatezza, a ridurre gli sprechi e le inefficienze. Le condizioni economiche e sociali cambiano, come cambiano, anche più rapidamente, le conoscenze scientifiche; per garantire la qualità della nostra attività professionale siamo pertanto tenuti, dal Codice Deontologico prima che dalla Legge, all'obbligo dell'aggiornamento professionale permanente, con le modalità stabilite dalla vigente normativa, che assegnano agli Ordini professionali un ruolo e una responsabilità maggiore rispetto al passato, e che comporta sanzioni disciplinari in caso di inosservanza degli obblighi suddetti.

Il potere disciplinare dell'Ordine, di cui il Codice di Deontologia Medica è riferimento obbligato, ne sostanzia e conferma l'autonomia riguardo la interpretazione e applicazione delle norme di etica professionale. Tanto forte da prevedere che il medico e l'odontoiatra, nel Giuramento, si impegnino a "prestare la propria opera osservando le norme deontologiche che regolano l'esercizio della medicina e quelle giuridiche che non risultano in contrasto con gli scopi della professione".

Ecco perché siamo fortemente impegnati a difendere ruoli, funzioni e ambiti di competenza, ma soprattutto a promuovere innovazioni nella nostra cultura tecnico professionale, nella formazione uni-

versitaria, nella deontologia, nei modelli organizzativi del lavoro: il fine ultimo è sempre la salvaguardia della salute del cittadino, in nome di quella imprescindibile alleanza "medico-paziente" sancita dal nostro Codice Deontologico, che detiene, per noi medici e odontoiatri, la superiorità morale rispetto a quello Civile e Penale.

Oggi le problematiche sanitarie sono molteplici e variegate, pertanto è essenziale che Voi giovani neo-laureati vi atteniate nel moderno esercizio delle funzioni professionali, ai grandi principi che ispirano il nostro Codice Deontologico. Infatti rammento che la giustizia impedisce la discriminazione tra pazienti di ogni condizione, imponendone il trattamento nel miglior modo possibile attraverso l'ottimizzazione delle risorse; che la nostra etica obbliga inderogabilmente il medico a tutelare la vita e la dignità della persona; che l'autodeterminazione del paziente consente a ogni singola persona la possibilità di scegliere o rifiutare i trattamenti diagnostico-terapeutici.

Ecco perché è prioritario nella formazione medica "costruire" un professionista completo che, accanto alle necessarie basi scientifiche che gli permettano una preparazione teorico-pratica generale, capacità di diagnosi e di intervento, buona pratica clinica e di lavoro interdisciplinare, abbia anche una obiettiva capacità di contatti umani, di analisi e discernimento dei problemi.

L'insegnamento scientifico del Corso di Laurea non dovrebbe più proporsi come una catena di montaggio fondato solo su evidenze, ma promuovere una educazione che sia anche costruzione dei significati, delle conoscenze e delle competenze. Infine, occorre di certo favorire un'etica della formazione che sviluppi nel futuro medico una coscienza per: una medicina "pluralista", in senso sociale, sensibile cioè alle istanze sociali; una medicina "equa e giusta", ovvero economicamente compatibile e prudente; una medicina rispettosa della dignità e delle scelte umane. Non dobbiamo mai dimenticare che la deontologia si esplica nel rispetto della dignità professionale, intesa come indipendenza intellettuale e libertà scientifica, valori che pur essendo comuni a tutte le professioni, raggiungono la più alta espressione in quella medica, essendo a questa affidata la salute dell'uomo, nell'ampissima sfera di influenza rappresentata dal benessere sia fisico che psichico.

La giornata odierna, sempre emozionante e coinvolgente per la consegna di una medaglia ai colleghi

che hanno raggiunto i 50 anni di laurea e con la formulazione del giuramento di Ippocrate da parte di Voi neo-iscritti, a mio avviso, rappresenta un ideale "passaggio di consegne" tra successive generazioni che, in momenti diversi, hanno affrontato o affronteranno le stesse sfide dell'essere medico con le sfaccettature nascenti dalle sempre più sofisticate tecnologie e dal cambiamento del rapporto medico-paziente.

I colleghi già premiati hanno vissuto la loro vita professionale con dedizione, passione e amore e hanno rappresentato un efficace punto di riferimento per la mia generazione, trasmettendo oltre al sapere del professionista, i valori etici e morali propri dell'uomo rispettando rigorosamente i dettami deontologici. Mi auguro che voi giovani medici vi appropriiate di tali valori, custodendoli gelosamente nel vostro patrimonio, rafforzandoli e rinsaldandoli in un contesto di lavoro e di vita e in un mondo nel quale i modelli ideali e socio-culturali appaiono spesso assopiti. Spero di non avervi troppo spaventati, giovani colleghi, perché non era questo il mio intendimento, ma piuttosto quello di sottolineare l'importanza del giuramento che state per prestare, che non deve essere atto formale ma piuttosto riferimento costante della vostra vita professionale e privata.

Mi piace pensare che in questo momento, per tutte le considerazioni esposte, tutti i medici e gli odontoiatri sassaresi rinnovino insieme a voi il Giuramento e l'impegno al rispetto del Codice Deontologico; ne hanno bisogno la nostra professione e la nostra società."

Le parole dei più giovani, un invito a riflettere.

Giovanni Antonio Marras, il più giovane degli odontoiatri, descrive le sensazioni provate durante la Giornata del Medico e le aspettative nei confronti della grande famiglia dei medici.

"E' stato per me emozionante tornare a Sassari dall'Inghilterra dove temporaneamente vivo, dai miei amici e colleghi, e conoscere per la prima volta la famiglia della quale sono entrato a far parte. Mi sono sentito orgoglioso di essere Medico, di essere portatore di una missione che, come ha ricordato padre Morittu, è parte di un disegno forse ancora più

grande. Ancor più orgoglioso di essere il rappresentante degli Odontoiatri nel simbolico passaggio di testimone tra due generazioni, e nella lettura di quel giuramento che deve accompagnarci tutti i giorni; un giuramento spesso gravoso e mai facile o scontato. Come più volte ricordato, il fine della nostra opera è sempre il malato e la cura di esso: in quest'ottica non c'è spazio per egoismi o arroganza di sorta. Viviamo un periodo non semplice, in cui si vogliono sopprimere le speranze dei giovani Medici con tagli alla formazione specialistica, mentre sarebbe più auspicabile un supporto continuo e incondizionato al cammino di approfondimento. Dobbiamo essere più che mai uniti, più che mai fiduciosi. Noi giovani Medici Vi chiediamo di aiutarci, di permetterci con generosità il vostro sapere, di permetterci di iniziare la costruzione di quel bagaglio di esperienze che voi già possedete; abbiate fiducia in noi, fateci essere il vostro orgoglio, non ve ne pentirete."



Il presidente Sussarellu con Giovanni Antonio Marras, odontoiatra e Lavinia Masu, medico chirurgo, i più giovani a prestare giuramento

Organi Istituzionali dell'Ordine 2015/2017

Nei giorni 29, 30 novembre e 1 dicembre, si sono svolte, presso la sede dell'Ordine, le votazioni per il rinnovo degli organi istituzionali. I colleghi eletti dagli 823 votanti sono:

Commissione Albo medici chirurghi



Nicola Addis

Nato a Ozieri, 62 anni
Specialista in Medicina del Lavoro
Dirigente Medico ASL n. 1 di Sassari



Alessandro Arru

Nato a Sassari, 56 anni
Specialista in Medicina Nucleare
Dirigente Medico ASL n.1 di Sassari



Piero Luigi Bellu

Nato a Luras, 61 anni
Specialista in Cardiologia
Dirigente Medico ASL n. 2 di Olbia



Giovanni A. Biddau

Nato a Uri, 55 anni
Master Universitario in Terapia del Dolore
Medico di Medicina Generale
ASL n. 1 di Sassari



Ferruccio Bilotta

Nato a Roma, 47 anni
Specialista in Cardiologia, Emodinamista
Dirigente Medico ASL n. 1 di Sassari



Paolo Giuseppino Castiglia
Nato a Sassari, 54 anni
Professore Ordinario in Igiene
Università degli Studi di Sassari



Maria Grazia Cherchi
Nata a Iglesias, 55 anni
Specialista in Cardiologia
Dirigente Medico
ASL n. 1 di Sassari



Monica Derosas
Nata a Sassari, 48 anni
Specialista in Chirurgia dell'Apparato
Digerente
Dirigente Medico AOU di Sassari



Carla Fundoni
Nata a Sassari, 38 anni
Specialista in Malattie Infettive e in Radioterapia
Dirigente Medico
ASL n. 3 di Nuoro



Antonella Giordo
Nata a Sassari, 57 anni
Specialista in fisiatria
Medico spec. ambulatoriale ASL n.1 di Sassari



Rita Nonnis
Nata a Porto Torres, 57 anni
Specialista in Chirurgia dell'Apparato Digerente
ed Endoscopia Digestiva e in Chirurgia Toracica
Dirigente Medico AOU di Sassari



Rossella Pilo

Nata a Sassari, 50 anni

Specialista in Ginecologia e ostetricia

Medico di medicina generale ASL n.1 di Sassari



Francesco Pio Scanu

Nato a Sassari, 57 anni

Specialista in Ginecologia e Ostetricia

Medico di Medicina Generale ASL n.1 di Sassari



Agostino Sussarellu

Nato ad Alghero, 64 anni

Specialista in Anestesia e Rianimazione

Dirigente Medico ASL n. 1 di Sassari



Patrizia Virgona

Nata a La Maddalena, 57 anni

Specialista in Medicina del Lavoro

Dirigente Medico ASL n. 2 di Olbia

Commissione Albo Odontoiatri



Carlo Azzena

Nato a Sassari, 52 anni

Specialista in Odontostomatologia

libero professionista in Sassari



Nicolas Arnould

Nato a Villers-Semeuse, 43 anni

Odontoiatra

libero professionista in Sassari



Antonio Demartis
Nato a Sassari, 40 anni
Odontoiatra
Libero professionista in Sassari



Antonio Pinna
Nato ad Alghero, 68 anni
Specialista in Odontoiatria e Protesi Dentaria
libero professionista in Alghero



Roberto Pinna
Nato a Sassari, 31 anni
Odontoiatra, Dottorando in Odontostomatologia
Libero professionista in Sassari

Collegio dei Revisori dei Conti



Giancarlo Giuseppe Bazzoni
Nato a Orune, 62 anni
Libero professionista nell'ambito dell'Agopuntura
e Auricoloterapia in Sassari e Roma



Natalia Marta Grondona
Nata a La Maddalena, 56 anni
Dirigente Medico Asl n. 2 di Olbia



Assunta Zodda
Nata a Nuoro, 27 anni
Specializzanda in oculistica



Federico Giorico
Nato ad Alghero, 31 anni,
specializzando in medicina legale,
Revisore supplente

Il nuovo Codice Deontologico: si cambia tra legami antichi e nuovi

1. Un'esperienza personale

Il 18 maggio u.s., dopo tre giornate di serrato confronto a Torino, con centinaia di emendamenti sottoposti a votazione elettronica, il Consiglio Nazionale della Fnomceo ha approvato con una maggioranza dell'88% dei presidenti (dieci contrari e due astenuti), il codice deontologico del 2014.

Un testo che aveva richiesto due anni di lavori della Consulta, comprendente per la prima volta anche gli odontoiatri, e coinvolto, fin dalle sue prime e provvisorie stesure, gli ordini provinciali, le associazioni dei cittadini, le società scientifiche, le associazioni bioetiche, i sindacati medici, alcuni consulenti...occasionali e la stampa d'informazione.

Il 13 e 14 giugno, a Bari, sono stati approvati anche gli allegati relativi al Giuramento professionale dei nuovi iscritti, al Conflitto di interessi (art.30) alla Sperimentazione scientifica (art.47) , e alle Tecnologie

di Aldo Pagni



informatiche (art. 78).

La partecipazione ai lavori della Consulta e alle assemblee dei Consigli nazionali è stata un'occasione preziosa per alcune riflessioni personali sul rapporto esistente oggi tra gli umori dei medici e la deontologia.

Nel corso di una lunga esperienza ordinistica avevo partecipato alle quattro precedenti edizioni del codice deontologico, ma quest'ultima è stata affrontata in un clima di insolita democrazia partecipativa, tipico di una

società liquida, accentuato dagli effetti delle connessioni planetarie e dal vorticoso sviluppo dell'innovazione tecnologica, che hanno modificato profondamente la relazione tra il medico e le persone.

Forse, l'approvazione non plebiscitaria del nuovo Codice trova una spiegazione anche nella insufficiente condivisione preliminare su cosa, come e perchè era necessario rivisitare il codice deontologico del 2006. Un confronto che avrebbe dovuto consentire

anche di districare l'intricccio tra i diversi significati attribuiti ai termini impiegati, e la babele di opinioni, convinzioni ed esperienze, contrastanti e difficilmente confrontabili, che si sono registrate durante le varie consultazioni e, al momento del voto, sui numerosi emendamenti proposti. La Consulta era stata consapevole di queste difficoltà fino dall'inizio dei lavori tanto da avere avanzato l'ipotesi, abbandonata poi per motivi pratici, di dotare il Codice di un glossario, e di note esplicative per alcuni articoli controversi.

Un C.D. infatti non è un





mente alla sudditanza nei confronti del Codice civile, o di non avere affrontato con sufficiente coraggio i problemi etici che investono la professione nell'epoca del pluralismo etico e della secolarizzazione.

Alla fine, nelle condizioni date, il nuovo codice è risultato moderatamente equilibrato per essere approvato da una larghissima maggioranza dei colleghi, anche

trattato di deontologia, e la stringata formulazione dei suoi articoli, normativi e descrittivi insieme, sottintende un retroterra di idee e di opinioni che, tuttavia, avrebbero richiesto un complicato confronto ex ante con i colleghi.

Ma, a onor del vero, neppure tre seminari interlocutori, tra i quali uno dedicato al tema "paziente o persona?", hanno risolto controversie radicate nella consuetudine delle opinioni ricevute.

Era inevitabile che alcuni presidenti, più sensibili alle istanze sindacali dei loro iscritti, esprimessero il diffuso e comprensibile disagio dei colleghi, e si aspettassero dal codice uno scudo contro le pesanti interferenze esterne di varia natura che oggi angustiano l'indipendenza della professione.

La richiesta di riaffermare l'esclusività secolare dell'atto medico (sempre meno garantito dalle leggi regionali e dalla managerialità aziendale), ad esempio, è stata infine affrontata dal codice (art. 3. Doveri generali e competenze dei medici) con una formulazione che alcuni giuristi hanno definita più paralinguistica che deontologica.

I medici cattolici, in un documento dedicato all'analisi di una delle bozze circolanti, avevano espresso contrarietà su alcuni argomenti etici tra cui l'identità e il ruolo di genere, o il riferimento alle dichiarazioni anticipate di trattamento (Dat), perché non ancora approvate dalla legge, e monsignor Sgreccia si augurava che quella bozza di codice non fosse approvata.

Altri, al contrario, gli imputavano di non avere sottoposto il suo impianto tradizionale a una profonda revisione, o di non sapersi sottrarre cultural-

mente alla rassegna stampa ha dato più rilievo al modesto dissenso che agli aspetti positivi e innovativi presenti nel codice, e qualche commentatore ha colto l'occasione per esaltare il suo consueto narcisismo autoreferenziale.

In realtà, spesso si è avuta la sensazione che molte legittime istanze dimenticassero che la sanità pubblica è un sottosistema della società, che l'ordine professionale è un organo ausiliario dello Stato e non un'istituzione privata, e che il C.D. rappresenta la carta di credito della qualità professionale dei medici presso l'opinione pubblica, destinato a orientare il loro comportamento e le loro scelte tra scienza, leggi, etica ed economia.

Illustri giuristi e medici legali ci hanno sempre ricordato che le regole professionali non sono soltanto di natura etica, ma anche deontologica e disciplinare, e che devono essere rapportabili a specifiche previsioni di legge.

Infatti, le norme del codice non hanno una valenza prescrittiva ma orientativa e integrano i precetti giuridici esistenti.

Il CD non è una fonte di diritto primario, ma un atto amministrativo interno della categoria, neanche citato nella legge istitutiva degli ordini del 1910, anche se riconosciuto di fatto dalla magistratura di ogni ordine e grado.

In Francia, fino dal 1979 i colleghi d'Oltralpe hanno superato queste ambiguità dando al codice deontologico il rango di una legge approvata dal Governo sulla base delle proposte avanzate dall'ordine nazionale dei medici.

Tuttavia, un codice deontologico, aldilà dei dis-



L'irreversibile scomparsa del medico del passato non si resuscita, dunque, con il rimpianto e la nostalgia, né con la riconferma, richiesta da alcuni presidenti, del codice deontologico del 2006.

Non si può ignorare che oggi i cittadini rivendicano, da un medico sempre più insicuro, il diritto di farsi prescrivere l'esame illustrato la sera prima in una trasmissione televisiva, che milioni di persone navigano in Internet prima o dopo una

sensi, deve poter contare sull'orgoglio e la dignità di un professionista, insensibile alle lusinghe del potere, che abbia della professione un'idea nobile, e non di un mestiere, che consideri una diagnosi e una terapia un'attività intellettuale, tecnica ed empatica e non una prestazione, e che non sia autoritario ma autorevole, competente, affabile e umanamente disponibile, senza rinunciare al proprio sapere e alla propria indipendenza.

Il dovere del medico non corrisponde più all'imperativo categorico del dover fare a ogni costo il bene per il malato, ma al dover essere un consigliere esperto per poter fare: in una parola, aiutare le persone a risolvere i loro problemi in una realtà plurietica e multiculturale

2. Il medico nell'era della tecnica e del pluralismo etico.

Il "patto terapeutico" tra medico e paziente, rimasto sostanzialmente saldo e immutato per secoli, aveva iniziato negli anni 70-80 del Novecento a registrare forti segnali di disturbo relazionale e comunicativo.

Il medico-filosofo Karl Jasper, nel "Il medico nell'età della tecnica" degli anni '60, aveva osservato profeticamente: "Una figura di medico è tramontata, ma forse non ne è emersa un'altra altrettanto definita e, allo stesso modo sono entrate in un campo opinabile anche le definizioni di malato/paziente, di atto medico e di malattia".

consultazione medica, che schiere di avvocati propongono ai cittadini di promuovere (con la promessa di una "quota lite") cause nei tribunali al minimo sospetto di malpractice, e infine che il marketing pubblicitario sanitario, reclamizzando a getto continuo l'indispensabilità di mirabolanti rimedi naturali, e di tecniche diagnostiche sempre più complesse e costose, sta provocando un'epidemia ipocondria collettiva.

La stessa definizione, un po' astratta, dell'OMS, di una salute come "completo benessere fisico, psichico e sociale", formulata in epoca di attese trionfalistiche e vanamente promessa a tutti per l'anno 2000, ha contribuito ad aumentare le aspettative illimitate di felicità dei cittadini, anche se recentemente è stata opportunamente ridefinita come "un processo che consente alle persone di aumentare il controllo di se".

La salute non è più l'assenza della malattia, e quest'ultima non è soltanto quella organica tramandata dalla clinica, ma anche il disagio esistenziale, e magari ci si "sente malati" secondo i canoni di salute prevalenti nell'immaginario collettivo.

Senza contare l'ingresso nella legislazione di una ventina di nuove professioni sanitarie, concorrenti nel campo dell'assistenza, e il peso crescente delle leggi sui temi eticamente sensibili e sull'autonomia tecnica del medico, promulgate da una maggioranza parlamentare indifferente al pluralismo etico in tema di valore e di significato della vita.

E' con questa realtà complessa e contraddittoria,

**CONVOCAZIONE
ASSEMBLEA ORDINARIA
ANNUALE**

16 DICEMBRE 2014

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI SASSARI

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

Gli iscritti sono convocati in Assemblea Ordinaria il giorno 14 dicembre 2014 alle ore 24.00 in prima convocazione e il giorno **16 dicembre 2014 alle ore 16,30 in seconda convocazione** a Sassari nella Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri in Via Cavour 71/b, piano terra.

Sarà discusso il seguente ordine del giorno:

1. Relazione del Presidente;
2. Bilancio di previsione anno 2015;
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.

IL PRESIDENTE
Apertino Amorelli

Il sottoscritto dott. delega a rappresentarlo nell'Assemblea Ordinaria dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del giorno **16 dicembre 2014** il dott.

.....

....., lì

firma

piaccia o meno, che il codice deontologico ha dovuto fare i conti.

Già i CD del 1995, e del 1998, dopo la Convenzione europea di Oviedo sui principi bioetici, e quello del 2006, avevano superato l'eredità dei galatei ottocenteschi presente nei codici del passato, trasformandosi progressivamente da strumenti di solo decoro e di rispetto reciproco tra colleghi, in una guida per i medici nella gestione di un'assistenza sanitaria fondata sull'equità, sull'appropriatezza e sulla qualità delle proposte.

In un'epoca di pluralismo morale ogni evento della pratica clinica è divenuto sempre più pubblico e ha richiesto ai medici di rendere conto alle persone della responsabilità delle scelte che propongono, e di giustificarle anche in termini pubblicamente plausibili, non potendo più contare su una comune e implicita condivisione sociale. Dal paternalismo si è passati al contrattualismo, alla negoziazione nel processo diagnostico e terapeutico tra l'agenda profana delle persone e quella clinica dei medici, in un rapporto sempre meno duale e sempre più frammentato e diluito tra competenze e responsabilità diverse.

In passato, nell'epoca del paternalismo benevolo (se si vuole), le prescrizioni destinate alle persone corrispondevano a una fiducia illimitata nel medico, e al riconoscimento del suo sapere, della sua qualità e autonomia professionale.

Il medico si assumeva la responsabilità di decidere per il bene del malato, a condizione che fosse un paziente (capace cioè di sopportare), rigorosamente obbediente alle sue prescrizioni (compliance).

La magistratura, nei primi anni del secolo scorso, lasciava agli ordini il compito di sanzionare le violazioni comportamentali degli iscritti agli albi, e si limitava soltanto a condannare i medici, (dotati, peraltro, di un bagaglio terapeutico molto limitato), responsabili di gravi episodi di negligenza, imperizia e imprudenza.



In questi ultimi decenni il vorticoso sviluppo della tecnologia ha offerto al medico opportunità sconosciute in tutti i secoli precedenti, ma ha anche richiesto, con sempre maggiore insistenza (a un medico, interventista per dovere sulla base della tradizione ippocratica), di giustificare l'appropriatezza delle sue scelte etico-cliniche, nel rispetto della dignità delle persone, in una sanità peraltro governata da un ordinamento confuso e contraddittorio che da un lato sancisce l'indisponibilità della vita, e dall'altro attribuisce alle persone il diritto di scegliere se curarsi o rifiutare le cure.

3. Bioetica, deontologia e diritto naturale.

Negli anni 50, nell'introduzione dell'Enciclopedia della Bioetica, i curatori si erano posti l'ambizioso progetto di sostituirsi all'etica medica. Nel tempo, questo progetto è venuto meno, proprio per il contributo della stessa bioetica, perché i codici deontologici hanno ampliato i principi secolari di beneficenza e di non maleficenza della tradizione ippocratica della medicina, ormai insufficienti da soli, richiamando l'attenzione dei medici anche sulla centralità e sui diritti della persona.

Tuttavia, la deontologia (scienza del dovere), che l'accademia divide tra etiche teleologiche (dei principi o delle convinzioni) e etiche consequenzialiste (utilitariste o delle conseguenze), non soddisfa una pra-

tica professionale dagli esiti probabilistici, e in problematico equilibrio tra l'indipendenza del medico e l'autodeterminazione della persona malata.

Tra l'etica dei principi e quella delle conseguenze, quali scelte sono riservate alla deontologia medica, tenuta al rispetto delle volontà della persona malata?

Contro un'etica delle intuizioni e dei principi il filosofo utilitarista J. Baron ha sostenuto che, per ottenere il maggiore bene, (massimizzare l'utilità attesa) il metodo migliore in medicina sarebbe quello di ricorrere a una disciplina applicativa (peraltro controversa e poco insegnata) nota come Analisi delle decisioni.

E neanche la medicina basata sulle prove (EBM) e sulle Linee Guida ha risolto in maniera definitiva e soddisfacente il probabilismo delle conseguenze derivanti dalle scelte del medico.

Il giurista F.D. Busnelli, nella prefazione al CD del 1995 aveva scritto: "Mai come oggi, nella tormentata e contraddittoria epoca che stiamo vivendo, vi è stato tanto bisogno di codici deontologici. (...) Esso cresce di pari passo con il progressivo venir meno di un'etica unanimemente condivisa, alla quale pur continua a fare riferimento il codice civile quando, all'art. 2034, parla espressamente di doveri morali e sociali, la cui spontanea esecuzione da vita a un'obbligazione naturale. Ma le obbligazioni naturali postulano un diritto naturale. E il diritto naturale, a lungo celebrato come anima stessa del codice, fu presto dimenticato, e successivamente divenne oggetto di sprezzante derisione".

L'illustre giurista cattolico traeva la conclusione che, in un'epoca di pluralismo etico, se "il diritto, e in particolare il diritto civile, rinuncia a propugnare una morale presupposta e diviene mite, si aprono nuovi spazi alla normazione deontologica della medicina". Nessuno contesta l'aspirazione al recupero del diritto naturale, ma quali spazi di questo genere possono aprirsi in un codice deontologico se già il Legislatore, chiamato a redigere leggi in precario equilibrio tra un diritto naturale, immutabile e storico, e un diritto positivo sollecitato dai continui mutamenti della società, mostra incertezze e imbarazzi?

Senza contare la differenza di opinioni tra chi non si rassegna al tramonto della dominanza secolare del medico, e chi è convinto della necessità di aprire la professione al riconoscimento che la pro-

fessione si gioca sul filo dialettico dei confini tra il diritto delle persone di autodeterminarsi e l'irrinunciabile indipendenza e autonomia del medico.

Oltre tutto, a giudicare da certa stampa, appare duro a morire il fondamentalismo dei cosiddetti atei devoti e di alcuni cattolici, in controtendenza rispetto alle dichiarazioni di Papa Francesco.

Il quale, a proposito dei fondamentalismi, ha scritto: "Si tratta di sistemi di pensiero e di condotta assolutamente imbalsamati, che servono da rifugio. Il fondamentalismo si organizza a partire dalla rigidità di un pensiero unico, all'interno del quale la persona si protegge dalle istanze destabilizzanti (e dalle crisi) in cambio di un certo quietismo esistenziale (...) Chi si rifugia nel fondamentalismo è una persona che ha paura di mettersi in cammino per cercare la verità. Già "possiede" la verità, già l'ha acquisita e strumentalizzata come mezzo di difesa, perciò vive ogni discussione come un'aggressione personale. (...) La verità su cui fondiamo l'esistenza deve aprirsi al dialogo, alle difficoltà che altri ci mostrano e che le circostanze ci pongono (...) Dialogo non significa relativismo, ma "logos" che si condivide, ragione che si offre nell'amore, per costruire insieme una realtà ogni volta liberatrice".

I filosofi discutono molto sul rapporto tra fatti e valori, ma dai fatti non si evince alcun valore (legge di Hume), e un buon medico non dipende dalla fede o dalla sua irreligiosità, ma dal rispetto e dall'amore per gli altri, e da una coscienza vera e sincera e non opportunistica.

Sarebbe indispensabile che con umiltà, credenti e non credenti, riconoscessero reciprocamente l'esistenza di convinzioni, principi e idee diverse sugli eventi della vita, per consentire una mediazione tra inconciliabili dissonanze (senza cancellarle), nel primario interesse delle persone di cui i medici si prendono cura. A questo proposito U. Scarpelli aveva scritto: "E' giunto il momento dell'umiltà, bisogna sospendere l'orgoglio dei principi, ma partire dai casi e contesti, procedendo con esprit de finesse piuttosto che esprit de géométrie. Forse sui casi le distanze tra un'etica religiosa in tormentata dinamica e un'etica laica incapace di fornire certezze appariranno assai meno grandi che nelle proclamazioni di principio, e su vari problemi si potranno identificare strade comuni. Ciò inoltre servirà a creare un clima culturale in cui principi differenti possano infine confrontarsi senza odio filosofico o teologico".



4. Le leggi, tra etica, tecnica e cultura, sulla vita e la morte delle persone.

Nel secolo scorso la biomedicina ha conseguito più successi che nei tre secoli precedenti e, tuttavia, paradossalmente, non è mai stata oggetto di tante critiche e sospetti come ai giorni nostri.

In parte per la residua sopravvivenza dell'antipaternalismo promosso da alcuni movimenti contestatori europei dopo la Seconda Guerra mondiale, ma anche per la disillusione nei confronti di una medicina, erroneamente presunta onnipotente per i suoi vantati successi, che non mantiene le... attese di guarigione di tutte le malattie, della sconfitta del dolore e, magari, di scongiurare anche la morte.

Di fatto le novità di questo secolo hanno inciso un solco profondo nella cultura e nel costume delle persone e delle famiglie e prodotto un traumatico sconvolgimento dei paradigmi tradizionali della convivenza civile in tema di vita, nascita, morte, sessualità e famiglia. Queste innovazioni incontrano una favorevole e calorosa accoglienza in coloro che vedono realizzarsi la prospettiva del progressivo dominio della tecnologia su una natura spesso maligna, mentre i bioconservatori, ossessionati dal timore che alcune ricerche incontrollate violino la sacralità della vita, come "dono" divino, tentano di ostacolarle o di

vanificarle attraverso le leggi. Le principali scoperte della seconda metà del Novecento hanno contribuito a fare crescere rapidamente gli anni di vita attesa: il trionfo della farmacoterapia (iniziata negli anni 40 con la scoperta della penicillina), che ha rivoluzionato l'epidemiologia delle malattie; la scoperta della struttura della molecola del DNA (1953) che ha consentito di individuare la mappa del genoma e le diagnosi genetiche in attesa delle terapie personalizzate; la messa a punto delle tecniche di rianimazione cardio-polmonare (metà degli anni 50)

e di quelle di sostegno vitale che consentono di mantenere in una quasi-vita gli stati vegetativi permanenti (1972) privi di capacità relazionali, nel silenzio completo di ogni capacità cognitiva; la dialisi peritoneale (1962) che ha salvato la vita di molti nefropatici; e l'ingresso in commercio della pillola anticoncezionale (inizio anni 60) che ha permesso di tenere separata la sessualità dal processo riproduttivo.

Tuttavia, due eventi relativi alla nascita e alla morte, sottolineati e ampliati da un comprensibile clamore mediatico, proposero ai medici e all'opinione pubblica nuove e immediate riflessioni etiche su due eventi che violavano i confini ritenuti invalicabili della vita.

Nel 1967, a Città del Capo in Sud Africa, il chirurgo Christian Barnard effettua il primo trapianto di cuore tra esseri umani, ponendo alla scienza l'interrogativo su quando si è morti davvero per giustificare la donazione di organi. L'anno successivo una speciale commissione dell'Università di Harvard stabilirà (per convenzione) che la morte è quella "cerebrale", anche se permangono numerosi autorevoli pareri a sostegno della tesi che la vera morte sia quella "cardiaca." Nel 1978, all'Oldham General Hospital di Manchester, nasce Luise Joy Braun, la prima bambina concepita in vitro fuori dal grembo ma-

terno, frutto delle ricerche di Robert Edwards sulla fecondazione extracorporea di oociti umani, al quale sarà conferito il Nobel, condannato dal Papa, solo 32 anni dopo la nascita della bambina.

Oggi nel mondo sono nati ormai cinque milioni di bambini, con l'ausilio delle tecniche di fecondazione extracorporea, e molti anche in Italia, dopo i primi di Napoli, Palermo e Bologna dovuti all'infaticabile e appassionato impegno di pionieri come Citadini e Flamigni e delle loro equipe.

L'ampliamento del concetto di salute a fattori psichici e sociali che incidono sulla normalità anatomico fisiologica, ha creato le condizioni per cui i medici possono intervenire e correggere tali fattori con atti che non rientrano nelle terapie tradizionali consentiti espressamente dalle leggi, come quelle sull'interruzione volontaria di gravidanza (1978), sulla correzione dei transgender (1982) e, appunto, questa, sulla fecondazione assistita del 2004.

Non si può, tuttavia, che salutare con favore la liquidazione, dopo dieci anni di una sciagurata legge 40, e le relative linee guida, bocciata prima dalla Corte Europea, poi dalla Cassazione che ha riconosciuto la fondatezza dei trenta ricorsi promossi presso i tribunali dalle coppie danneggiate nei loro diritti e, infine, dalla Corte Costituzionale.

Per un'analisi critica, dettagliata, sui sette capi previsti dalla Legge, si rimanda alla recentissima, documentata monografia di C.Flamigni e M. Mori, ma credo che le vicende dell'art. 41 del codice deontologico del 1995, dedicato per la prima volta alla fecondazione assistita, siano illuminanti sul perché siano stati necessari dieci anni per approvare una legge incostituzionale.

Per quell'articolo, accompagnato da un dettagliato documento esplicativo, approvato dal Consiglio nazionale, fummo accusati di indebita sussidiarietà nei confronti del Legislatore, anche se volevamo soltanto ovviare, o surrogare almeno in parte, la persistente mancanza di una normativa legislativa in materia.

Si potrà osservare che l'articolo peccava di un facile empirismo pratico, ma non possiamo neanche dimenticare il contesto nel quale fu approvato.

Da un lato ricevevamo le sollecitazioni di chi, di fronte a episodi sconcertanti su questo argomento, offerti dalle cronache e da alcune trasmissioni televisive, propugnava la necessità non più dilazionabile di una legge, e, dall'altro, la resistenza manifestata

dalle posizioni cosiddette astensioniste: quella reattiva della Chiesa cattolica che giudicava illecita e quindi non regolamentabile qualunque forma di procreazione assistita, e l'astensionismo propulsivo che vedeva nel silenzio del legislatore un fattore di salutare liberalizzazione delle biotecnologie. Anche alcuni movimenti femministi, dopo un iniziale entusiasmo agli inizi degli anni 70, avevano successivamente assunto posizioni nettamente ostili nei confronti delle tecniche viste come un nuovo strumento di oppressione nelle mani del potere maschile.

Certamente, oggi, è necessaria una nuova legge perché "le tecniche di fecondazione assistita hanno aperto nuovi percorsi alla ricerca di un figlio, hanno modificato e ampliato il concetto di genitorialità e hanno reso possibili interventi di selezione embrionale per prevenire e curare malattie genetiche" (C.Flamigni. M.Mori).

Senza contare la crisi di fertilità, e la riduzione progressiva dei gameti maschili, denunciata da alcune ricerche internazionali, forse provocata dal sovrappeso, dall'inquinamento, dai pesticidi, dal fumo, dalla scarsa attività fisica e soprattutto da alcune sostanze chimiche contenute in oggetti di uso quotidiano.

Il Presidente Bianco, nelle audizioni nelle Commissioni parlamentari sulla legge 40 e sul disegno di legge sulle Dat, in virtù dei documenti approvati dai Consigli nazionali a Udine, Ferrara e Terni, aveva proposto, inascoltato, emendamenti e auspicato che quelle leggi offrissero una cornice di etica pubblica per evitare arbitri, ma senza intervenire ideologicamente sulle scelte tecniche del medico, in dispregio delle sentenze della Cassazione e dei principi della Costituzione.

Anche perché, fino a quando le potenzialità a disposizione dei medici erano state limitate, la giustificazione delle scelte non aveva comportato il particolare impegno morale richiesto loro oggi.

Questo impegno ha assunto un ruolo sempre più importante nel momento in cui, ampliandosi le possibilità tecniche d'intervento, si è richiesto sistematicamente al medico di valutare insieme al malato (o di tener conto delle sue precedenti volontà se non competent), se sia appropriata (non proporzionata, che è un termine teologico e non scientifico!), una terapia, o più giusto astenersene perché futile, o se sia giusto sospenderla, una volta avviata, perché de-



cisamente inefficace. Scelte, difficili e delicate, che il medico deve prendere tenendo conto di una serie infinita di variabili che riguardano quel malato, sia dal punto di vista antropologico che prognostico, clinico e fisiologico.

I medici non reclamano l'impunità per malpractice vera, ma vorrebbero operare in un clima di certezza del diritto, con leggi meno ideologiche e contraddittorie in tema di vita e di morte, e le Dat, oltre certi limiti, non possono essere giuridificate in dettaglio.

Le Dichiarazioni anticipate di trattamento e l'eutanasia attiva sono due temi assolutamente diversi, e non è vero che le une rendano inevitabile la seconda, come sostengono i cultori della teoria di un inarrestabile pendio scivoloso.

L'eutanasia attiva è una morte provocata da un'azione deliberatamente diretta a porre termine a una vita, vietata dal codice penale come omicidio, e rifiutata recisamente da tutti i medici italiani, mentre le Dat sono semplicemente l'estensione del consenso informato e del diritto del malato di rifiutare le cure mediche (già previsto dal nostro ordinamento), anche se l'interruzione può comportare la fine dell'esistenza. E, dunque, improprio e fuorviante, confondere il doveroso rispetto della volontà espressa da una persona di non essere più curata, con l'omicidio del consenziente. Rifiutiamo sdegnati di essere ritenuti "espressione di una cultura mortifera", come è stato

scritto su un giornale cattolico on-line da un fanatico integralista che si dichiara "in guerra" contro quella cultura, in difesa della vita dell'embrione, ma privo dello stesso ardore nei confronti delle migliaia e dei milioni di vite sacrificate sull'altare della miseria, dello sfruttamento, delle violenze e delle guerre che devastano intere popolazioni del Pianeta.

I medici italiani rispettano la libertà e il diritto delle persone di accettare o rinunciare alla nascita di un figlio disabile, e di coloro che non vogliono continuare a vivere senza speranza, ai quali somministrare cure che rendano meno doloroso possibile il "viaggio".

Non sono mancate autorevoli voci di dissenso tra i religiosi, ma il condizionamento e le pressioni di alcune gerarchie ecclesiastiche, con la connivenza della politica, hanno fatto sì che in Italia, in omaggio ai "principi non negoziabili", e alla confusione tra teologia e biologia, si avessero la peggiore legge sulla fecondazione assistita, e il peggiore disegno di legge (contro) le Dichiarazioni anticipate di trattamento di tutta l'Europa.

Per questo motivo non possiamo non essere preoccupati che leggi così complesse e delicate siano affidate al voto di coscienza di alcuni parlamentari che spesso, ignorando le audizioni con gli esperti, rilasciano sconcertanti dichiarazioni pubbliche su questi temi.

Aldo Pagni è presidente emerito *FNOMCeO*

La medicina oggi

Siamo capaci di uscire dall'ambiguità con scelte coraggiose e innovative?

Gli ultimi decenni hanno visto grandi cambiamenti che sarebbe riduttivo identificare col solo progresso tecnologico. Chi avrebbe mai immaginato una medicina così fortemente condizionata dall'economia? Quali trasformazioni ha determinato il progressivo e sempre più rilevante mutamento delle esigenze dei pazienti? Che condizionamenti ha prodotto il sempre più diffuso ricorso al sistema giudiziario per verificare la correttezza delle prestazioni sanitarie? Devo ammettere che la medicina di oggi ha ben poco in comune con quella che trent'anni fa praticavo agli esordi del mio percorso professionale. Ma a chi spetta scegliere il modello di medicina da adottare? Chi dovrebbe indicare alla professione medica gli obiettivi da perseguire? E' riconosciuto da tutti che è proprio la deontologia lo strumento più efficace col quale gli organismi rappresentativi della professione medica possono definire il senso stesso della medicina. Ma quale è il significato della medicina nel contesto storico attuale? Ed è la deontologia ad averlo determinato? Credo che sia piuttosto difficile dare una risposta affermativa a quest'ultima domanda. Ho l'impressione, ma è solo un parere personale, che negli ultimi decenni i diversi codici deontologici che si sono susseguiti abbiano rincorso i cambiamenti della medicina piuttosto che condizionarne l'evoluzione. Se è così dovremo ammettere che la deontologia avrebbe rinunciato al suo compito fondamentale. Ma chiediamoci allora: oggi la medicina è così come l'avremo voluta? E se non è così perché? La professione medica, attraverso i suoi organismi rappresentativi, non è stata in grado di orientare il progresso della medicina nella direzione voluta? Oppure non siamo stati capaci di utilizzare appropriatamente lo strumento deontologico o è esso stesso incapace di permettere il raggiungimento di tali obiettivi? Non è facile dare una risposta

di Mario Oppes



a tutte queste domande. E' certo però che, se aprissimo un dibattito al nostro interno sul senso da dare alla medicina, scopriremo che esistono posizioni divergenti su molti aspetti della professione e sicuramente non sarebbe facile arrivare ad una sintesi accettata da tutti. Dobbiamo infatti ammettere che viviamo in una società pluralista in cui i valori ai quali è possibile fare riferimento sono molti e a volte conflittuali. Un recente studio pubblicato su "Aggiornamenti Sociali" (11/2013) eviden-

zia cinque approcci prevalenti che fanno riferimento ad altrettanti sistemi di valori: una *logica tecnologico-industriale*, che tende ad amplificare il ruolo del progresso tecnico-scientifico in campo diagnostico e terapeutico, estendendo di fatto il campo d'azione della medicina e producendo di conseguenza una maggiore medicalizzazione della vita umana; una *logica di mercato*, dove il riferimento fondamentale è ai criteri di efficienza, sostenibilità, rapporto costi/benefici, dove convivono approcci economicistici nel campo della sanità pubblica e vere e proprie logiche di mercato in quella privata; *logica dell'opinione*, in cui la medicina è concepita in base alle aspettative dei pazienti (che vanno da quelle lasciate immaginare dai progressi scientifico-tecnologici, a quelle suscitate dal diffondersi di pratiche alternative prive di fondamento scientifico); una *logica civica*, dove si fanno i conti con principi giuridici riguardanti i diritti dei cittadini e di conseguenza i doveri dello stato nei loro confronti (parole chiave di questa logica sarebbero la responsabilità pubblica nella tutela della salute, i livelli essenziali di assistenza, il finanziamento pubblico della sanità, l'equità di accesso ai servizi); la *logica "ispirata"*, dove assume rilievo una idea missionaria della professione e dove le parole chiave potrebbero essere assistenza, relazione, compassione. Ovviamente molte di queste logiche potrebbero sovrapporsi in un modello composito, ma



È anche facile immaginare quali conflitti sarebbero in grado di generare i valori sottesi a ciascuna di tali logiche. Ulteriori difficoltà nascerebbero se volessimo affrontare il tema di quale debba essere il modello di rapporto medico-paziente da scegliere. Sbaglia chi crede che la storia abbia fatto tramontare il modello paternalistico, durato millenni e che si sia definitivamente imposto quello basato sul principio di autonomia del paziente. Credo che sia evidente per tutti la complessità della questione. Quale giudizio è possibile dare a questo punto del nuovo codice deontologico? Mi rendo perfettamente conto di quali difficoltà sia necessario superare per raggiungere l'ambizioso risultato di condizionare le trasformazioni alle quali va incontro la medicina, così come conosco i limiti dello strumento deontologico per raggiungere tale scopo. Certamente non posso non apprezzare lo sforzo fatto dalla FNOMCeO per ag-

giornare il Codice a esigenze sempre nuove che richiedono continui interventi del "legislatore" ordinistico, ma non posso nemmeno nascondere un pò di amarezza rispetto alla forse inevitabile rinuncia ad una più profonda e coraggiosa capacità innovativa che avrebbe potuto sottrarre la medicina a cambiamenti non sempre comprensibili e accettabili. Credo che sia necessario continuare a riflettere sulle contraddizioni che caratterizzano la medicina di oggi e capire quali scelte, anche sul piano deontologico, possano farla uscire da una situazione di ambiguità che finisce troppo spesso per rendere incomprensibile il senso stesso della medicina.

Mario Oppes è responsabile del reparto di medicina d'urgenza presso l'Ospedale Santissima Annunziata di Sassari, già presidente dell'Ordine dei Medici di Sassari.

Diario di viaggio dalla Tanzania

AMA Onlus a Kipengere e Dakawa

Sono partiti per la Tanzania il 25 maggio 2014, insieme a Giuliano Galbiati, presidente di AMA Onlus di Giussano (MB), e a Mariolina Cossu di Alghero, pediatra, al suo primo impegno in Africa. Meta del nostro viaggio sono le missioni di Kipengere e di Dakawa dove l'Associazione di volontariato sta realizzando alcune delle sue opere.

Una volta arrivati a Kipengere è Suor Nivardina che ci guida nella visita al Centro Salute. Sono impressionato dai progressi raggiunti perché appena qualche anno fa c'era solo un dispensario. Oggi, grazie all'impegno del nostro sodalizio e di altre associazioni, Suor Nivardina, pur non essendo medico, dirige un luogo di cura e degenza che dispone di 17 collaboratori tra tecnici e infermieri professionali, 70 posti letto e 4 nuovi laboratori di analisi; il polo sanitario assiste con continuità circa 1800 sieropositivi della regione circostante. Un dato straordinario desta la mia commozione: l'AIDS, che in Tanzania affligge il 17% della popolazione, a Kipengere non si trasmette più da mamma a neonato! Negli ultimi due anni si sono avuti solo due casi di trasmissione, ma a causa di una profilassi richiesta e attuata quando la gravidanza era già troppo avanzata. Questo brillante risultato è frutto dell'impegno di Suor

Nivardina e di AMA che ha costruito, con il contributo di tanti volontari, il centro AIDS e fornito i macchinari che consentono di monitorare lo stato della malattia. L'instancabile religiosa, oltre che curare, ha intrapreso una incessante opera di divulgazione (sedute pubbliche di informazione due volte alla settimana) che ha dato i suoi buoni frutti. Oggi non deve più insistere perché le persone facciano i test di sieropositività; sono esse, donne e uomini, che si presentano spontaneamente per farsi controllare e poi seguono con costanza le cure del caso.

Questa situazione non trova riscontro nel resto del paese, dove le patologie croniche, come l'AIDS, sono, nella maggior parte dei casi, fuori da ogni controllo. Ma Suor Nivardina non riposa sugli allori e guarda avanti. Ci fa presente che si avvale anche di due tecnici diplomati capaci di curare le carie dentali ma non ha le attrezzature per eseguire i restauri coronali. Pertanto le terapie odontoiatriche d'urgenza si riducono alla sola estrazione dei denti. Poi con un sorriso disarmante rivela il suo sogno nel cassetto: il suo Centro Salute ha bisogno di un dottore; ma non si limita solo a sognare, ha già individuato la persona adatta in uno dei suoi giovani assistenti e ha già fatto la domanda a tre università

dello Stato per farlo studiare in medicina a partire dal corrente anno accademico. Gli studi costeranno 2500 € all'anno per 5 anni. Lei non dispone ancora di questa cifra. Però intanto ha calcato i primi passi verso tale obiettivo. Altro punto focale della missione di Kipengere è l'orfanotrofio fondato circa 20 anni fa da "baba" Camillo, lo storico parroco origina-



L'ospedale di Ikonda



L'ora della pappa all'orfanotrofio



rio della Val di Non, coadiuvato oggi dal più giovane "baba" Guido, valido sacerdote Tanzaniano; qui troviamo un gruppo di donne Giussanesi che ormai da anni impegnano le proprie ferie per assistere e coccolare i bambini: sono Carla Bertelle e la figlia Federica, Mariangela Motta, Vincenza Piredda, Ileana Lambrugo. Con loro c'è anche Paolo Terraneo, del gruppo Alpini di Giussano.

L'orfanotrofio è oggi sovraffollato. In particolare il reparto riservato ai più piccoli si rivela insufficiente. In un unico ambiente tre file di lettini contendono lo spazio all'area giochi che è anche area pasti, ecc. E' difficile mantenere l'igiene in questo contesto.

La risposta è un nuovo padiglione, pavimentato con piastrelle, in cui lo spazio gioco-soggiorno, lo spazio notte e una comoda zona per lavare i bambini siano separati. Giuliano, da buon ingegnere, sta già eseguendo il progetto e AMA finanzia la costruzione che potrebbe avere inizio già entro l'anno in corso. Un piccolo ospite dell'orfanotrofio si chiama Giuliano. Per tutti è Giulianino. Ha due anni e mezzo, non cammina e non parla. All'ospedale di Ikonda ci hanno detto che è

affetto da idrocefalo. Si può operare con buone possibilità di guarigione, ma solo in un ospedale di Dar es Salaam, la capitale della nazione, a 800 km di distanza. Occorrerà pagare e qualcuno dovrà stare insieme al bambino per la durata della degenza, non meno di tre settimane. AMA si è subito offerta di sostenere le spese. Con grande piacere abbiamo appreso che il bimbo è giunto all'ospedale di Dar e siamo in attesa di ulteriori notizie.

A Dakawua, presso la missione di padre Drazen, 200 km a sud-ovest di Dar, AMA Onlus ha in corso due costruzioni e un programma di adozioni a distanza. Presso il paese sorgerà un asilo. Nello scorso autunno 2013 sono state gettate le fondamentazioni e i lavori di edificazione riprenderanno nel mese di novembre quando insieme a Giuliano, arriveranno due



Giulianino in viaggio verso l'ospedale di Ikonda assieme a Carla Bertelle



Bambini Masai a scuola (Dakawa)

volontari esperti dall'Alto Adige. La zona è soggetta ad allagamenti durante la stagione delle piogge ; pertanto, a scopo preventivo, si vuole realizzare un muro di contenimento in cemento armato per circa 50 cm sopra le fondazioni. Questo richiede una competenza superiore a quella delle maestranze locali e giustifica la lunga attesa. Non c'è attesa invece a Magogo dove sono in rapido progresso i lavori per la duplicazione dell'attuale scuola elementare. Magogo è a mezz'ora d'auto dalla missione lungo le piste della savana. L'ampliamento della scuola consiste in un nuovo edificio separato, in modo da favorire la ventilazione. I muri della costruzione sono stati completati ed è stata realizzata la corea in cemento armato che sosterrà il tetto. E' in programma la costruzione di un terzo edificio per l'alloggio dei maestri.

Le adozioni a distanza sono dirette agli alunni e servono per

sostenere sia la costruzione che il mantenimento della scuola. In particolare, si vorrebbe realizzare anche un servizio di medicina scolastica. La nostra dottoressa Mariolina, che ci ha accompagnato in questo viaggio, ha avuto occasione di visitare centri salute e ospedali come quello modello di Ikonda e quello di Ikelu, ancora in via di completamento. A Kipengere, in pieno territorio Masai, dove la malaria mostra il suo particolare endemismo, ha offerto la sua preziosa professionalità nella cura dei bambini ammalati dell'orfanotrofio e di quelli esterni venuti in ambulatorio; di frequente riscontro gli esiti devastanti e

le spaventose infezioni derivanti da infibulazioni e circoncisioni tribali. Siamo rientrati il 16 giugno stanchi, ma soddisfatti. Giuliano ritornerà in Tanzania, nelle due missioni, il prossimo novembre.

Giovanni di Bartolo: segretario di AMA onlus



Bambini Masai all'uscita da scuola

Evento per la Giornata mondiale dei diritti dell'infanzia

Sassari e Unicef assieme al fianco dei bambini

Si è festeggiata, per il sesto anno consecutivo, nell'AOU di Sassari, la **Giornata dei diritti dei bambini**, coincidente con il 25° Anniversario della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, la Carta internazionale maggiormente ratificata nel mondo e vincolante per gli Stati, nella quale il minore viene riconosciuto non solo come destinatario di tutela, ma, soprattutto, come *soggetto di diritto*. Si tratta di una ricorrenza importante che investe l'Unicef, la più grande organizzazione internazionale che si occupa di bambini e ragazzi, alla quale è stato affidato il compito di garantire e promuoverne l'effettiva applicazione. Per la ricorrenza, il Sindaco di Sassari Nicola Sanna e la Presidente del Comitato Unicef di Sassari Silvana Pinna hanno augurato il **Benvenuto al mondo** ai neonati del Nido e del reparto di Neonatologia dell'Azienda ospedaliera universitaria. Questa consuetudine, unica in Italia, già iniziata con il Sindaco Ganau, per festeggiare al meglio il 20 novembre, si inserisce nel progetto di vaccinazioni dell'Unicef "*per ogni bambino nato, un bambino salvato*"; i neonati di Sassari, ai quali è stata donata una Pigotta a forma di Angioletto, hanno dato la possibilità ad altrettanti bambini africani di nascere in sicurezza (kit ostetrici per un parto sicuro), di avere le prime cure neonatali e le vaccinazioni. Alla cerimonia hanno partecipato la dott.ssa Maria Grazia Sanna, responsabile del Nido, il dott. Mauro Giorgio Olzai, responsabile del reparto di Neonatologia, la prof.ssa Paola Manconi, Presidente dell'Unicef Regionale, il personale medico e paramedico del Nido e di Neonatologia, e i Volontari dell'Unicef. Ai numerosi genitori presenti sono stati illustrati i programmi Unicef delle vaccinazioni nel mondo, soffermandosi sui benefici dell'allattamento al seno, per una crescita serena e sicura dei neonati. L'UNICEF e l'OMS stimano, infatti, che, se tutti fossero allattati esclusivamente al seno nei primi sei mesi di vita, si potrebbero salvare, ogni anno, circa 1,5 milioni di bambini, vittime delle malattie e della malnutrizione. L'Unicef ha lanciato, il 20 novembre, in tutto il mondo, il Rapporto annuale "La condizione dell'infanzia nel mondo: Immaginare il futuro:

l'innovazione per tutti i bambini", in cui si sottolinea che, ogni giorno, i diritti di milioni di bambini vengono violati: il 20% dei bambini poveri ha il doppio delle probabilità di morire prima dei cinque anni del 20% più ricco; un bambino su quattro nei paesi meno sviluppati è coinvolto nel lavoro minorile; milioni di bambini non vengono registrati alla nascita, non vanno a scuola e subiscono violenze fisiche e sessuali, abuso e incuria. Nonostante siano stati registrati enormi progressi nel promuovere i diritti dei bambini, con una forte riduzione del numero di quelli che muoiono prima dei cinque anni e un maggiore accesso all'istruzione e all'acqua pulita, ancora milioni di minorenni sono discriminati e vivono in condizioni di povertà estrema. Il Rapporto, una raccolta di contributi presentati su una piattaforma interattiva che ospita le innovazioni presenti in tutti i paesi del mondo, invita gli innovatori a mettere le proprie idee "sulla mappa". È necessario un intervento urgente per evitare che milioni di bambini vengano esclusi dai vantaggi dell'innovazione: l'organizzazione, la connettività e la collaborazione possono alimentare nuove reti globali. La nuova sfida è costituita, quindi, dal progresso e dall'innovazione al servizio dei bambini.



Un momento del Benvenuto al Mondo nel reparto di neonatologia

L'eccellenza di un piccolo ospedale

L'unità operativa di ortopedia e traumatologia dell'ospedale di Tempio

Dall'atto della sua istituzione, avvenuta alla fine degli anni '90, l'U.O. di Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale di Tempio Pausania è stata una protagonista importante nel contesto dell'offerta sanitaria del Nord Sardegna.

Il bacino di utenza

Ufficialmente abbraccerebbe il solo distretto di Tempio, ma in realtà si estende ben al di là dei confini istituzionali, includendo buona parte dell'Anglona, che appartiene all'Asl di Sassari e aree di competenza del distretto di Olbia. Pertanto la mole di lavoro, sia di interesse ortopedico che traumatologico, fisiologicamente si è espansa nel corso degli anni, e trova ulteriore incremento durante la stagione estiva a causa della forte concentrazione di turisti

di Mauro Pianezzi



nella costa gallurese. Su questo ultimo fronte l'U.O. non si fa trovare impreparata garantendo in modo puntuale prestazioni urgenti per un gran numero di utenti extraregione.

Struttura

Attualmente l'U.O. complessa è dotata di 15 posti letto di cui 2 di day-hospital; l'attività chirurgica si svolge su 3 sedute operatorie settimanali ordinarie e una di Day surgery, alle quali si aggiungono sedute straordinarie in caso di interventi urgenti. L'attività ambulatoriale è garantita da uno studio medico e da una sala gessi, aperti tutti i giorni dalle 9 alle 14, all'interno dei quali vengono gestite le patologie di ordine ortopedico e traumatologico.

Nel 2013 sono state effettuate circa 9.000 prestazioni di interesse ortopedico-traumatologico. I dati di operatività per il 2013 comprendono un totale di circa 900 interventi chirurgici. Tra questi si annoverano 100 interventi di chirurgia protesica di ginocchio, anca, spalla e articolazione trapezio-metacarpale, 20 interventi di riparazione di lesioni tendinee della spalla e 70 artroscopie di ginocchio, procedure queste ultime caratterizzate da un elevato indice di fuga. A questi vanno ag-



L'equipe del reparto di ortopedia di Tempio

giunti interventi di elezione su mano e piede, interventi di correzione di piede piatto in età evolutiva e interventi sui traumi maggiori e minori degli arti.

Nell'ultimo anno, a seguito di un piano di riorganizzazione delle risorse umane e strutturali è stato possibile raggiungere degli obiettivi che potremmo definire storici nel contesto delle attività del Presidio di Tempio. In primo luogo questo ha consentito una più razionale gestione delle diverse criticità.

A questo proposito è importante sottolineare che tutta l'attività chirurgica programmata viene gestita dal servizio di pre-ricovero che consente l'ottimizzazione dei tempi di permanenza del paziente, eseguendo tutte le procedure di preparazione all'intervento prima della ospedalizzazione, riducendo in tal modo il periodo di degenza, e di conseguenza i costi complessivi delle procedure; inoltre all'interno del reparto sono stati eseguiti ultimamente dei lavori di riqualificazione muraria, di adeguamento dell'impianto elettrico, antincendio e di condizionamento, permettendo di creare le condizioni ideali per una migliore accoglienza e cura del paziente, unite al miglioramento dell'ambiente di lavoro per tutti gli operatori.

Struttura sanitaria

Il personale dell'U.O è composto da 6 Dirigenti Medici: Mauro Pianezzi (Responsabile), Carlo Ganau, Domenico Farris, Ersilia Sassu, Luigi Tidu, Antonio Di Monda.

Il personale di supporto, coordinato dalla sig.ra Valentina Bianco, è composto da 12 tra infermieri e Oss. L'attività quotidiana esercitata dall'U.O. riflette le esigenze dell'utenza privilegiando le moderne tecniche chirurgiche laddove queste si siano dimostrate sicure ed efficaci.

A questo proposito va ricordato che tutto il personale è costantemente impegnato in attività di aggiornamento e formazione professionale, entrando in stabile contatto con realtà di alto profilo scientifico-professionale sia nazionali sia internazionali. L'unità operativa si sta dimostrando sensibile alle direttive dettate dal Programma Nazionale Esiti elaborato dall'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) che ha stabilito gli indicatori per la valutazione delle performance delle diverse unità operative. Nello specifico, il reparto si è distinto, risultando al primo posto in ambito regionale, per il



Una camera del reparto di ortopedia di Tempio

tasso di operatività entro le 48 ore delle fratture del collo femore negli ultrasessantacinquenni, riportando un valore percentuale del 55%, con il quale si pone addirittura al di sopra della media nazionale che è del 47%. Questo dato apparentemente freddo si riflette positivamente sulla prospettiva di vita del paziente a un anno dal trauma. Nonostante l'andamento altalenante delle prospettive di riorganizzazione della rete sanitaria sarda, la realtà ortopedica tempiese rappresenta un avamposto di sicura affidabilità per la cura delle patologie ortopediche e traumatiche della popolazione che affrisce al "Paolo Dettori".

Mauro Pianezzi è Responsabile dell'Unità Operativa Complessa di Ortopedia e Traumatologia-Ospedale Paolo Dettori Tempio Pausania.

Il ruolo dell'ospedale Luigi Sacco a Milano

Come affrontare l'emergenza Ebola

Il virus ebola è entrato in Italia. Il Ministero della Salute ha identificato l'INMI Lazzaro Spallanzani a Roma e l'AO Luigi Sacco a Milano come centri di riferimento nazionale per la gestione clinica del paziente con MVE (malattia da virus Ebola).

Come affrontano una vera emergenza infettivologica questi due ospedali italiani?

Sarda, laureata e specializzata in Anestesia e Rianimazione presso l'Università di Sassari e tuttora iscritta con orgoglio all'ordine dei medici cittadino, lavoro dal 2009 all'ospedale Sacco e in questi mesi ho potuto assistere e partecipare alla messa in atto di un protocollo nato per il contenimento del contagio da agenti biologici appartenenti alla categoria A (alta priorità) come Bacillus anthracis, Yersinia pestis, tossina di C. botulinum e virus (Ebola, Marburg, Lassa etc.) L'ospedale Luigi Sacco è, oggi, in grado di trasportare, accogliere e trattare un paziente infettato da virus Ebola.

di Giuseppina Dessanti



Il mezzo

L'ospedale è fornito di un mezzo ad alto bio-contenimento, descrivibile come centro mobile di assistenza e trasporto per i malati ad alto rischio infettivologico. L'ambulanza è provvista di un vano tecnico dove viaggiano gli operatori e di un vano sanitario dove il malato, all'interno di una speciale capsula, è totalmente isolato dall'ambiente esterno. Vano tecnico e vano sanitario sono forniti di tutta la strumentazione necessaria all'accoglienza di un malato

critico, per quanto attiene al monitoraggio e all'invasiività terapeutica. L'autoveicolo viene utilizzato per il trasferimento del malato dal luogo in cui viene provata l'infezione fino al reparto ad alto isolamento di malattie infettive dell'ospedale.

Il reparto

Una volta giunto in ospedale, il paziente viene ricoverato in una zona ad alto isolamento del re-



L'automezzo ad alto bio-contenimento e la speciale barella attrezzata



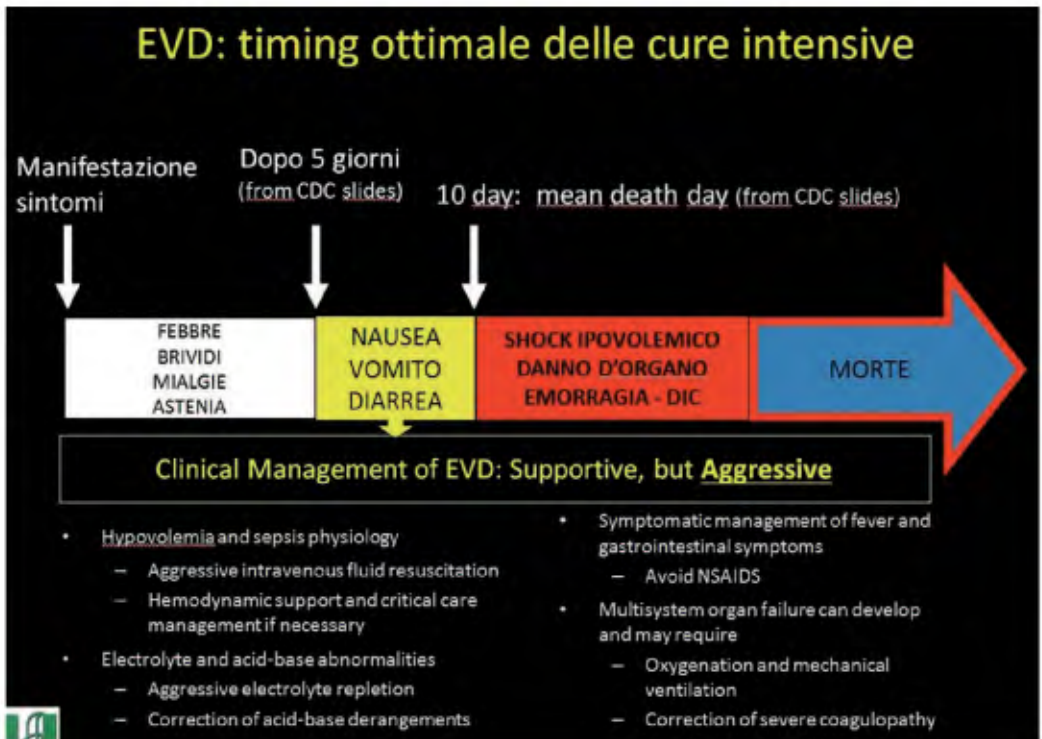
La tuta-scafandro

nale, il materiale e i liquidi biologici infetti, che vanno esaminati e smaltiti.

Il laboratorio dell'ospedale è in grado di compiere qualsiasi indagine su sangue e altri liquidi provenienti dal malato, permettendo lo stretto monitoraggio dei parametri biochimici ed ematologici del paziente che inevitabilmente condizionano le scelte cliniche di ora in ora. La struttura ospedaliera fornisce poi agli operatori dispositivi di protezione individuale (DPI) che garantiscono la copertura al 100% della superficie corporea e sono forniti di un sistema di ventilazione interno.

parto di malattie infettive; questo settore permette la massima assistenza al malato garantendo nel contempo la sicurezza degli operatori coinvolti grazie a percorsi pulito/sporco per il paziente, il perso-

L'accesso al reparto ad alto isolamento e il trattamento del paziente è possibile solo se si è muniti di queste speciali tute.



Il timing delle cure infettive

“Challenges” dell’anestesista-rianimatore

PREVENIRE LO SHOCK IPOVOLEMICO

(output > 8000 ml nelle 24 ore)

Infusione endovenosa di alti volumi di liquidi (circa 10 L al giorno)

Mantenimento del bilancio elettrolitico (infusione continua di K⁺)

Nutrizione parenterale

Cannulazione venosa periferica (16 G – 34 G)

Inserzione di catetere venoso centrale

“Challenges” dell’anestesista-rianimatore

TRATTARE LE COMPLICANZE IMMEDIATE

Insufficienza renale acuta

encefalopatia
agitazione, delirio

Insufficienza respiratoria
(versamento)
Capillary leakage

Ventilazione meccanica

Trattamento sostitutivo del rene (CVVH)

2) assicurare il massimo livello di protezione per l'operatore e la comunità.

Dalle informazioni ufficiali sul comportamento del virus in Africa e da quelle raccolte attraverso l'esperienza dei centri europei, che hanno trattato pazienti in ambienti occidentali, si osserva come l'outcome possa migliorare con la precoce reidratazione associata al mantenimento dell'omeostasi idroelettrolitica e con un supporto emodinamico volto alla protezione renale e degli altri organi nobili. Se osserviamo il comportamento clinico del virus ci accorgiamo di quanto debba essere precoce e puntuale il timing delle cure intensive e di come il ruolo del rianimatore sia quello di prevenire lo shock ipovolemico e trattare le complicanze immediate, come l'insufficienza renale, l'encefalopatia e l'insufficienza respiratoria. Per ottenere tale obiettivo il paziente necessita di manovre invasive come l'inserzione di un catetere venoso centrale, la dialisi, l'intubazione e la ventilazione meccanica. Tali procedure espongono il personale al massimo rischio di contaminazione e contagio.

Per tale motivo la nostra UO ha individuato tra i dispositivi di protezione individuale la tuta scafandro con elettroventilatore, poiché garantisce la massima protezione dell'operatore. È stato poi necessario formarci e addestrarci. A coppie di rianimatori, partner fissi anche quando, e se, chiamati a trattare un paziente infetto, abbiamo imparato l'utilizzo della tuta scafandro e la sua corretta rimozione. Tutto questo per acquisire sicurezza, minimizzare il rischio di contagio nelle procedure di vestizione/svestizione e non risentire o risentire poco dell'impatto psicologico nell'assistere i malati. L'UO di Anestesia e Rianimazione si impegnerà nell'organizzazione di corsi per la formazione all'utilizzo dei DPI rivolti ai colleghi di altri ospedali, allo scopo di condividere l'esperienza acquisita in questi mesi di training intenso che abbiamo dovuto e potuto affrontare.

Giuseppina Dessanti è specialista in anestesia e rianimazione, dirigente medico dell'AO Luigi Sacco di Milano - UO anestesia e rianimazione, direttore dott. Emanuele Catena

Al termine delle operazioni assistenziali gli operatori si sottopongono a una doccia decontaminante con soluzione clorata, vengono spogliati da un altro operatore opportunamente protetto e condotti al di fuori del reparto.

Il nostro ruolo

In particolare l'U.O. di Anestesia e Rianimazione, dove lavoro, è chiamata a far parte operativamente del percorso assistenziale di questi malati: percorso che riconosce quale momento fondamentale e imprescindibile, nella fase acuta, il trattamento intensivo. Il nostro modello organizzativo ha due finalità principali:

1) assicurare il miglior livello di assistenza possibile al paziente.

Sono fortunata! Mi sono specializzata... e ora?

Ci hanno preparato allo studio, ci hanno insegnato il nome della malattia e quello della cura, come comunicarla al paziente e come comportarci con i familiari.

Siamo diventati prima medici, poi uomini e donne, e poi specialisti, sognando di fare quel lavoro per cui abbiamo tanto faticato; abbiamo sognato quel giorno in cui un collega specialista ci avrebbe guardato senza dire la solita frase "ah sei solo uno specializzando".

Ricordo di non avere mai avuto occasione di chiedermi cosa avrei fatto dopo; durante il corso di laurea, tra studi e tirocini, non abbiamo avuto troppo tempo per pensare al nostro futuro; abbiamo scelto una specializzazione che ci interessava, chi in base ai propri progetti, chi per passione, e una volta fatto il nostro ingresso nella scuola di specializzazione abbiamo capito quale sarebbe stato il nostro futuro, o almeno così credevamo. Tanti di noi hanno deciso di cambiare strada lungo il percorso, altri l'hanno fatto perché costretti, mentre alcuni hanno continuato su quella strada, con i dubbi e le incertezze che spesso accompagnano il nostro lavoro, per un paziente perso, per una delusione con un collega...; abbiamo lottato come tanti altri prima di noi, per diventare specialisti e alla fine quel giorno è arrivato, riempiendoci di gioia e di soddisfazione.

Credevamo che tutto sarebbe stato perfetto e invece è arrivato anche il giorno seguente: il giorno della paura per cosa avremmo fatto, il sentirsi soli. Come avremmo messo a frutto i nostri

di Antonella Arru



studi, i sacrifici degli ultimi undici /do-dici anni della nostra vita? E allora via a controllare bandi per selezioni, concorsi, borse di studio. Pochi fortunati hanno trovato subito quello che cercavano, altri l'hanno fatto andando via dalla loro terra e altri ancora aspettano di fare quello che hanno sempre sognato.

E tutti gli altri si sono trovati a "lottare" per gli incarichi di guardie mediche e turistiche con chi quel lavoro lo fa da sempre, a sostituire medici di medicina generale, insomma ad arrangiarsi con quel che c'è, mentre negli ambulatori e nei reparti nei quali abbiamo passato gli ultimi 5/6 anni della nostra vita ci sono file interminabili di persone che vorrebbero solo essere curate senza passare le mattinate intere, ma la scarsità del personale non lo permette. In fondo, così ci dicono tutti, siamo una categoria fortunata, riusciamo sempre a cadere in piedi, a lavorare, anche se non è questo l'impiego per cui abbiamo sudato, per cui abbiamo versato lacrime. È vero, cadiamo sempre in piedi. Ma lasciatemelo dire, a volte non è semplice neanche cadere in piedi: andare in guardia medica e trovare chi per anni abbiamo incontrato nelle sale operatorie, vedere chirurghi che amano il proprio lavoro fare guardie o lavorare in pronto soccorso, è davvero un boccone amaro da buttare giù oltre ad essere uno spreco di risorse. Eppure è così, ci si deve adeguare a ciò che si trova... non possiamo lamentarci, siamo fortunati!

Ma lasciatemelo dire, a volte non è semplice neanche cadere in piedi: andare in guardia medica e trovare chi per anni abbiamo incontrato nelle sale operatorie, vedere chirurghi che amano il proprio lavoro fare guardie o lavorare in pronto soccorso, è davvero un boccone amaro da buttare giù oltre ad essere uno spreco di risorse. Eppure è così, ci si deve adeguare a ciò che si trova... non possiamo lamentarci, siamo fortunati!



Antonella Arru
è medico chirurgo,
specialista in oncologia

Epilessia nell'età evolutiva: la diagnosi, la terapia e la gestione del follow-up

L'epilessia è una malattia del Sistema Nervoso Centrale (SNC) dovuta a una risposta patologica della corteccia cerebrale a stimoli di varia natura e rappresenta una delle più diffuse patologie in ambito neurologico. Ancora oggi, in diverse parti del mondo, l'epilessia è considerata una malattia legata ad aspetti soprannaturali, credenza che ha contribuito allo sviluppo di uno stigma sociale nei confronti dei pazienti epilettici. Secondo i dati diffusi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità almeno 50 milioni di persone sono affette da epilessia in tutto il mondo, con circa 2,4 milioni di nuovi casi all'anno. L'85% dei pazienti proviene da paesi poveri e in via di sviluppo, laddove solo una minima parte riceve un trattamento adeguato. In questi casi la probabilità di sviluppare un

di Susanna Casellato

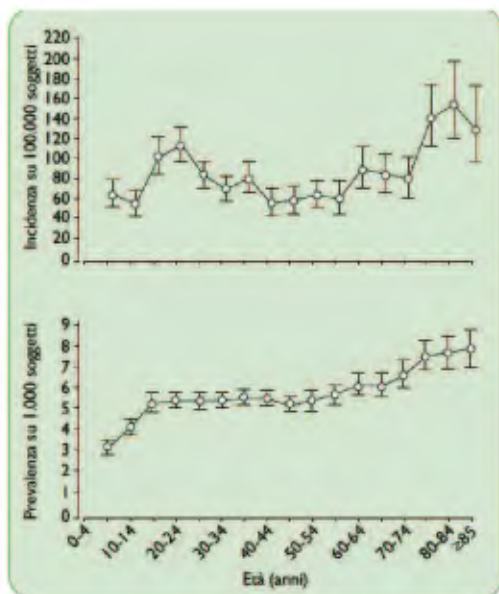


danno cerebrale permanente, a causa della persistenza della malattia, è circa 2-3 volte più alta rispetto ai paesi economicamente più sviluppati. Nei Paesi industrializzati si stima che le crisi epilettiche colpiscano l'1-2 per cento della popolazione generale e il 4 per cento della popolazione infantile.

L'epilessia può interessare tutte le età della vita. L'incidenza annua, nei Paesi industrializzati, è di 29-53 casi/100.000 (Houser, 1997). Sulla base di queste stime sono attesi in Italia, ogni anno, 17.000-30.000 casi di epilessia. I picchi di incidenza (numero di nuovi casi diagnosticati in un anno) sono nell'età pediatrica, con un massimo nei primi tre anni di vita, e nell'età senile, oltre i 65 anni. Attualmente, nella regione Sardegna, sono stimati oltre 10.000 affetti dei quali, oltre la metà, risultano essere soggetti in età evolutiva. L'Epilessia si manifesta attraverso la comparsa di crisi epilettiche, definite come manifestazioni cliniche a occorrenza parossistica, con frequenza imprevedibile nella maggioranza dei casi, spesso di breve durata, caratterizzate da segni e/o sintomi causati da una attività anomala dei neuroni cerebrali che, ipereccitabili, scaricano potenziali d'azione in modo sincrono.

A oggi sono state descritte oltre 60 forme di sindromi epilettiche; queste vengono primariamente distinte in:

- **Idiopatiche**, definite da un esordio età-correlato e da una eziologia di natura genetica;
- **Sintomatiche**, dovute a lesioni cerebrali causate da agenti di varia natura (anomalie dello sviluppo corticale cerebrale, danno ipossico-ischemico nel periodo pre-perinatale, infezioni, malattie autoimmuni e vascolari, traumi, tumori cerebrali);
- **Probabilmente Sintomatiche**, la cui causa specifica, seppur ipotizzata, rimane non dimostrabile con le attuali tecniche di diagnostica strumentale. La maggior parte delle epilessie sono compatibili



Incidenza e prevalenza dell'epilessia in relazione all'età (da Wallace et al. Lancet 1998)

con una vita assolutamente normale e, in alcuni casi di queste, non vi è necessità di terapia farmacologica; altre sono, invece, di maggiore gravità e necessitano di un monitoraggio periodico da parte del neurologo o del neuropsichiatra infantile. Le manifestazioni cliniche dell'epilessia, le crisi epilettiche, possono essere divise in:

- **crisi parziali (o focali)**, quando la sede da cui origina la scarica è circoscritta a un'area cerebrale dalla quale può propagarsi alle aree adiacenti; le crisi parziali non comportano una completa perdita della coscienza, e si manifestano con sintomi diversi in relazione all'area interessata dalla scarica. Le crisi parziali possono sfociare in una crisi convulsiva generalizzata e, in questo caso, si parlerà di **crisi epilettica parziale secondariamente generalizzata**.

- **crisi generalizzate**, quando la scarica coinvolge, sin dall'esordio, entrambi gli emisferi cerebrali e le crisi comportano una perdita della coscienza associata a una sintomatologia a variabile espressività (crisi toniche, atoniche, miocloniche, tonico-cloniche, etc.).

Nella maggior parte dei casi le crisi sopravvengono all'improvviso; altre volte, invece, il soggetto è in grado di avvertire l'imminenza della crisi epilettica, che può essere preceduta da sensazioni o percezioni particolari, chiamate **aura epilettica**. Per porre una diagnosi di epilessia, è necessario che il soggetto abbia avuto almeno due crisi a distanza di 24 ore una dall'altra.

Le crisi epilettiche possono essere spontanee, o provocate da uno stimolo attivante (crisi riflesse). Alcuni fattori esterni possono facilitare, in un soggetto predisposto, la comparsa di una crisi epilettica: stress psico-fisico, la privazione di sonno, uno stato emozionale più o meno intenso, a risonanza emotiva



Crisi di assenza tipica attivata dall'HPN in Epilessia Piccolo Male

gradevole oppure spiacevole, l'assunzione di alcool e/o di sostanze eccitanti. È importante sapere che esistono soggetti geneticamente predisposti ad avere una particolare sensibilità alle luci intermittenti, sia artificiali (luci psichedeliche, tutti i tipi di schermi come il televisore, il computer, il cellulare), che naturali (il passaggio lungo un viale alberato, il riflesso del sole sull'acqua o sulla neve).

Diagnosi

La diagnosi di una crisi epilettica e l'inquadramento di una Sindrome Epilettica richiedono competenze ultraspecialistiche.

In età evolutiva la malattia epilettica rappresenta una delle patologie più frequenti seconda, forse, solo alla cefalea.

Come in tutte le malattie, anche nella Epilessia, la diagnosi inizia con una anamnesi mirata, con un esame obiettivo e con una visita neurologica sul paziente.

Uno strumento indispensabile per una corretta diagnosi del tipo di crisi e/o di sindrome epilettica è l'elettroencefalogramma (EEG); questa tecnica consente di registrare, tramite elettrodi posizionati sul cuoio capelluto del paziente, l'attività elettrica dell'encefalo, con lo scopo di metterne in evidenza eventuali anomalie e la presenza di grafoelementi



Cuffia precablata utilizzata per la registrazione EEG

parossistici di significato patologico. È possibile, inoltre, filmare contemporaneamente il soggetto durante la registrazione EEG e ottenere, in tal modo, una sincronia precisa tra l'immagine del soggetto e la registrazione EEG in tempo reale. Questa tecnica, detta **Video-EEG**, permette di studiare le modificazioni del tracciato in presenza di una crisi epilettica che insorga nel corso dell'indagine, in modo fortuito o indotta dal clinico per motivi diagnostici. La Video-EEG viene, spesso, corredata di una contemporanea **poligrafia** (i seguenti, sono i parametri più registrati: muscoli, respiro, ECG) così da poter rilevare eventuali modificazioni di questi parametri nel corso di una crisi epilettica.

La classificazione delle crisi e quella delle sindromi epilettiche è basata sia sulle caratteristiche cliniche della crisi, che sugli aspetti elettroencefalografici (Engel, 2001).

L'iter diagnostico andrà completato con altre indagini strumentali, mirate, da effettuare in tutti quei casi per i quali si ipotizzi una sintomaticità dell'epilessia (indagini neuroradiologiche, liquor, indagini metaboliche, indagini genetiche, etc.).

Terapia

Spesso per ottenere un efficace controllo delle crisi è necessario instaurare una terapia di tipo farmacologico. I farmaci antiepilettici (FAE), pur essendo

molto diversi tra loro, hanno in comune la caratteristica di ridurre l'eccitabilità delle cellule nervose e la probabilità che si verifichino crisi epilettiche. La terapia antiepilettica viene somministrata per periodi di lunga durata, solitamente non inferiori ai due anni, e i farmaci devono, talvolta, essere assunti in più somministrazioni giornaliere (generalmente due, mattina e sera).

Al fine di garantire una piena efficacia del trattamento è indispensabile la collaborazione del paziente e dei familiari, ciò che viene indicato con il termine **compliance**, per ottenere la quale sarà utile informarli, in modo chiaro ed esauritivo, sulla utilità della terapia che si sta prescrivendo, sugli effetti collaterali, sulla interazione con altre terapie in atto.

In molti casi, dopo almeno due anni continuativi di libertà completa dalle crisi, si può iniziare a sospendere gradualmente la terapia, mentre, in altri casi, si renderà necessario continuare l'assunzione del farmaco per un periodo di tempo più prolungato; solo in una minoranza di pazienti, la terapia antiepilettica dovrà essere assunta per tutta la vita.

Quando un paziente non risponde ad almeno due farmaci specifici per quel tipo di epilessia, somministrati alla giusta dose e per un periodo di tempo adeguato, assunti singolarmente o in associazione, si parla di **farmaco-resistenza**. Il 30% di tutti i pazienti affetti da epilessia risulta essere farmaco-resistente. Solo il 30% dei pazienti farmaco-resistenti può essere avviato a una terapia chirurgica della sua epilessia, intervento eseguito, in Italia, in pochissimi Centri specializzati. La terapia chirurgica dell'epilessia consiste nella rimozione della zona di corteccia cerebrale responsabile delle crisi (la cosiddetta **area epilettogena**). Talvolta non sono sufficienti l'analisi clinica, le indagini neurofisiologiche di routine (EEG, Video-EEG) e lo studio delle neuroimmagini (RMN) per riuscire a localizzare con precisione l'area epilettogena. In questi casi si rende necessario ricorrere a indagini più sofisticate e invasive, come l'impianto di elettrodi intracerebrali o Stereo-EEG.

La stereo-EEG è una tecnica neurochirurgica, effettuata presso i Centri di Chirurgia dell'Epilessia, avente lo scopo di registrare le crisi epilettiche del



Esempio di Neurostimolatore Vagale

paziente utilizzando elettrodi che vengono impiantati nella corteccia cerebrale per localizzare e definire, con estrema precisione, la zona di origine delle crisi di quel paziente e la sua candidabilità all'intervento di ablazione dell'area epilettogena.

Il 70% dei pazienti sottoposti a chirurgia dell'epilessia ottiene una guarigione completa dalle crisi e, nella maggioranza dei casi operati, è quasi sempre possibile effettuare anche una sospensione della terapia farmacologica, con evidente beneficio sulla qualità di vita del paziente (QOL), in particolare nelle funzioni cognitive e comportamentali.

Pertanto, tra i compiti di un Centro per la Diagnosi e la Cura dell'Epilessia, uno dei più importanti è quello di individuare, il più precocemente possibile, la condizione di farmacoresistenza in modo da avviare il paziente, quanto prima, allo studio prechirurgico al fine di stabilirne la candidatura al trattamento chirurgico. In tal modo si eviterà di esporre il paziente a terapie farmacologiche inutili e, per questo, dannose e si potrà anche così incidere positivamente

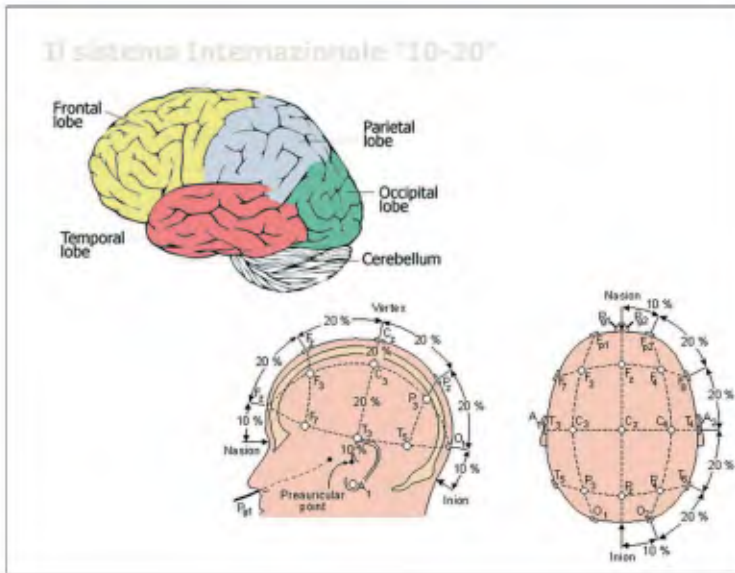
sia sulla spesa sanitaria e, cosa più importante, sulla qualità della vita del paziente. La precocità di una diagnosi di farmacoresistenza sarà ancora più importante quanto minore è l'età del paziente in questione, a causa degli effetti collaterali che soprattutto le politerapie farmacologiche possono avere sullo sviluppo cognitivo-comportamentale.

Purtroppo non tutti i pazienti farmaco resistenti possono beneficiare della terapia chirurgica della loro epilessia; infatti, la condizione indispensabile per l'operabilità è che l'area epilettogena sia unica e localizzata in una zona del cervello non eloquente, l'ablazione della quale non dovrà, cioè, esitare in deficit neurologici permanenti.

Alcune forme di epilessia, pur farmaco resistenti, compaiono nel contesto di patologie più complesse: malattie genetiche, cromosomopatie, malattie metaboliche, malattie neuro-cutanee, canalopatie, etc.

In questi casi, l'epilessia è solo uno dei diversi sintomi che caratterizzano la malattia di base e, sebbene le crisi possano non rispondere ai farmaci specifici, questi soggetti non sono candidabili alla terapia chirurgica. È possibile, in alcuni di questi casi, ricorrere a terapie alternative, così dette palliative, che possono avere un sinergismo con la terapia farmacologica antiepilettica e, in tal modo, contribuire, in alcuni casi, a ridurre anche di molto la frequenza e l'intensità delle crisi epilettiche. Ci riferiamo, in particolare, alla Dieta Chetogena e all'impianto dello Stimolatore Neurovagale (VNS).

Nella AOU di Sassari, all'interno della UOC di Neuropsichiatria Infantile, è collocato il Centro per la Diagnosi e la Cura dell'Epilessia dell'Età Evolutiva; dal 2011 è stato riconosciuto dalla Lega Nazionale per l'Epilessia (LICE) come Centro di riferimento nazionale



Sistema di disposizione degli elettrodi internazionale

La LICE è la Società Scientifica più importante in Italia per quel che concerne il dibattito scientifico intorno a questa patologia e considerata tra le Società Scientifiche di Epilettologia più prestigiose del mondo, in quanto annovera, tra i suoi costituenti, medici epilettologi di fama mondiale.

Il Centro è costituito da un medico responsabile, la scrivente Susanna Casellato e, al momento attuale, da un medico specialista, con contratto di assunzione a tempo determinato, da due medici in formazione specialistica e da due tecnici di Neurofisiopatologia.

Afferisce al Centro di Epilessia di Sassari l'utenza proveniente dalle province del Nord e dal Centro della Sardegna. L'età dei pazienti copre il periodo che va dalla nascita sino a tutto il 17° anno di vita.

Di fronte a un soggetto che abbia presentato un episodio parossistico, il primo passo verso la diagnosi è quello di stabilire se l'evento clinico in questione abbia i requisiti clinici per essere inquadrato come una crisi epilettica. Pertanto è fondamentale effettuare una accurata anamnesi con il paziente e i suoi genitori avvalendosi, quando possibile, anche del contributo di eventuali testimoni oculari dell'evento.

L'accuratezza e la specificità dell'anamnesi, ai fini della diagnosi di epilessia, richiede competenze adeguate e ha lo scopo di diagnosticare correttamente una crisi epilettica ma, anche, di discernere

tra le numerose tipologie di manifestazioni parossistiche non epilettiche (sincopi, crisi psicogene, movimenti parossistici di altra natura, etc).

Nei casi in cui la clinica sia suggestiva per crisi di natura epilettica, l'EEG permette di confermare la diagnosi in un elevato numero di casi.

L'EEG può, inoltre, essere d'aiuto nell'ipotizzare la presenza di un'encefalopatia (metabolica, infettiva, genetica o causata da un difetto strutturale della corteccia cerebrale), elementi utili ai fini di un inquadramento eziologico della crisi che, per essere completato, richiederà l'esecuzione di altre indagini strumentali (RMN, liquor, indagini genetiche, metaboliche, etc.).

L'EEG standard, esame non invasivo e indolore, consiste in una registrazione dell'attività elettrica cerebrale attraverso l'utilizzo di elettrodi di superficie posizionati all'interno di cuffie apposite.

Nel corso della registrazione si impiegano due procedure di attivazione denominate iperventilazione (HP) e stimolazione luminosa intermittente (SLI). Durante l'HP il paziente è invitato a respirare in modo sostenuto per 3 minuti consecutivi. La SLI è effettuata, invece, ponendo davanti agli occhi del paziente (a distanza di 30 cm circa dal nasion) una lampada che genera sequenze di flash a velocità crescente sino a 30 flash al secondo. Le prove di attivazione vengono effettuate per indurre alcuni tipi di crisi nei pazienti predisposti contribuendo, così, allo svelamento di crisi epilettiche altrimenti difficili da rilevare (per es. le crisi di assenza con l'HP, come illustrato nella fig.2 o la rivelazione di una fotosensibilità con la SLI). In questo secondo caso il paziente viene informato del rischio di avere crisi indotte da alcuni tipi di luci, viene edotto sui comportamenti da attuare per evitarle e, in alcuni casi, viene invitato a utilizzare occhiali aventi un particolare tipo di lente, ideate per i pazienti fotosensibili e prescritte dallo specialista con onere della spesa a carico del SSN.

Nel caso in cui l'EEG standard non sia sufficiente per porre una diagnosi probabile o certa di epilessia, si rendono necessarie altre metodiche di registrazione per rendere l'indagine più sensibile e tra queste, la più utilizzata, è l'esecuzione dell'EEG dopo che il paziente sia stato preventivamente privato di un numero congruo di ore di sonno (**EEG da sonno**).

Diagnosticata, in tal modo, una crisi epilettica e inquadrata anche la sindrome epilettica ad essa corrispondente, l'EEG viene ripetuto periodicamente con una frequenza che dipende dal tipo di sindrome e dalla efficacia o meno della terapia farmacologica prescritta.

Al termine della registrazione EEGrafica, il paziente viene ricevuto dalla responsabile e dall'equipe di medici costituenti il Centro per l'epilessia, cercando di garantire la massima continuità e, al termine della visita, viene consegnato al paziente il referto dell'esame e fissata la data per il successivo controllo.

Nei pazienti in età evolutiva affetti da epilessia si pone particolare attenzione sia agli aspetti dello sviluppo cognitivo, sia alle ripercussioni psicologiche che, spesso, la diagnosi di epilessia può comportare, soprattutto a causa dei pregiudizi sociali che accompagnano questa malattia. La valutazione neuropsicologica, pur non essenziale per formulare la diagnosi di epilessia, può rivelarsi utile e, talvolta, necessaria, soprattutto in relazione a specifici eventi che possono caratterizzare l'evoluzione di alcune sindromi epilettiche e che possono condizionare la prognosi dello sviluppo cognitivo.

Nell'esecuzione di ciascuna valutazione non si può prescindere dalle notizie che riguardano le crisi, la sindrome epilettica e la terapia in corso, in un rapporto di collaborazione costante tra il medico epilettologo e lo specialista neuropsicologo.

Una valutazione neuropsicologica che includa la valutazione dell'intelligenza, delle abilità linguistiche, mnesiche, percettive, attentive e dell'apprendimento scolastico, appare quasi sempre indicata in età evolutiva e dovrebbe essere svolta il più precocemente possibile, anche in fase prescolare. Questa ha lo scopo di stabilire un livello di funzionamento sulla base del quale confrontare un eventuale cambiamento legato a fattori inerenti il paziente (età cronologica, fase di sviluppo, livello di plasticità del sistema nervoso centrale al momento dell'insorgenza dell'epilessia) e l'epilessia (patologia sottostante, tipo di sindrome, gravità e frequenza delle crisi, effetti

della terapia farmacologica); documentare l'emergenza o meno delle principali funzioni (per esempio il linguaggio) tracciandone il percorso per identificare sviluppi lenti, in ritardo o atipici e intervenire tempestivamente per ridurre le eventuali disabilità.

La comunicazione della diagnosi è uno degli elementi più importanti. Le informazioni dovrebbero essere fornite quando la diagnosi è certa.

La forma, il linguaggio e il modo devono essere scelte in relazione alle necessità individuali considerando sempre il contesto, l'età, il sesso, la cultura e i fattori psicologici. A questa fase di comunicazione deve essere concesso il tempo adeguato per rispondere anche alle domande del paziente, rimanendo disponibili per incontri necessari a chiarimenti sulla malattia e volti ad aiutare il paziente e i suoi genitori, nel processo di elaborazione della malattia stessa, consigliando, se opportuno, la consultazione di guide per pazienti o siti internet di qualità (per esempio il sito web della ILAE e della LICE www.lice.it).

Si ritiene che debbano essere fornite informazioni che includano la spiegazione di cosa sia l'epilessia, il perché di un trattamento farmacologico, le eventuali precauzioni da rispettare, la formulazione, se possibile, di una prognosi e i principi legislativi che regolano, per esempio, l'idoneità per la patente di guida (per saperne di più consultare il sito (www.lice.it)).

L'epilessia rientra nelle categorie delle patologie previste per ottenere l'esenzione dai ticket sanitari (DM n. 329 del 28 maggio 1999), relativi all'assistenza farmaceutica per i FAE, al monitoraggio plasmatico dei farmaci stessi, alle visite specialistiche inerenti la malattia epilettica, ad alcuni esami ematochimici di routine, nonché all'EEG e agli esami neuroradiologici. Da questa sintetica descrizione emerge che, per ottenere una corretta diagnosi di Epilessia e una adeguata gestione nel follow-up di questa patologia e di tutti quegli aspetti descritti che possono essere talvolta ad essa associati, l'invito è quello di rivolgersi a medici specialisti, neurologi o neuropsichiatri, con competenze in epilettologia ed elettroencefalografia e, se possibile, ai Centri accreditati per la competenza nella diagnosi e nella gestione di questa malattia.

Susanna Casellato
(susanna.casellato@aousassari.it) è *Medico Dirigente I livello, responsabile del Centro per la Diagnosi e la Cura dell'Epilessia dell'età evolutiva, UOC di Neuropsichiatria Infantile, AOU di Sassari, direttore Stefano Sotgiu*

Proprietà terapeutiche di piante comuni e officinali

Piantaggine

di Giovanna Rau



Nome sardo Erba de ciucu, prantesa, scagliola.

Famiglia Plantaginaceae

Specie *Plantago maior*

Cenni storici

il nome del genere "Plantago" ha derivazione latina: "planta" infatti nella lingua degli antichi romani significa pianta dei piedi; la somiglianza delle foglie con la già citata parte anatomica, ha evidentemente condizionato la genesi del nome. Conosciuta sin dai tempi antichi, consigliata da Galeno per curare le ulcere. Apprezzata nel Medioevo, consigliata da Santa Ildegarda.

Utilizzo

foglie e semi.

Componenti principali

mucillagini, acido silicico, sali di potassio e magnesio, il glucoside aucubina, flavonoidi.

Aspetti botanici e habitat

È una pianta erbacea con rizoma fibroso, dal quale fuoriescono più steli fiorali. Le foglie sono di forma ovale o ellittica, ampie, fornite alla base di un picciolo che avvolge il rizoma, e solcate da sottili nervature. La fioritura avviene dalla primavera all'autunno, e l'infiorescenza si presenta sotto forma di spiga. Questa pianta cresce un po' ovunque, sia nei terreni aridi che in quelli coltivati, nei bordi delle strade e nei prati erbosi, dal mare alla montagna.

Impiego

Le foglie, se usate per comporre un infuso, posseggono qualità astringenti e pertanto molto utili in caso di diarree; grazie al loro potere lenitivo, possono essere utilizzate nel trattamento delle infiammazioni

delle prime vie aeree; vengono inoltre sfruttate per realizzare decotti o cataplasmi (uso esterno), ideali come disinfettanti oculari nei casi di congiuntiviti e infiammazioni palpebrali. Il frutto fresco, ottenuto tritutando e spremendo le foglie, può essere utilizzato in caso di ustioni, ferite e abrasioni e nel trattamento delle punture da insetti. Da sola o in associazione con la malva viene usata come collutorio per trattare gengiviti e parodontiti.

Uso locale

i semi vengono raccolti dai bambini per cibare i cardellini che ne vanno ghiotti. Le foglie vengono private delle nervature, unte con grasso di maiale e pestate, per poi venire applicate su ferite, escoriazioni e foruncoli per via del loro elevato potere cicatrizzante, mentre il decotto viene utilizzato nei casi di infiammazioni intestinali e delle vie urinarie, oltre che per calcoli, nefriti e prostatiti.



Cicoria

Nome sardo Ziccoria - Lattosa - Ciccoria

Famiglia Compositae

Specie *Cichorium intybus* L.

Cenni storici

Nominata nel papiro di Ebers nel 4000 a.C., è conosciuta e apprezzata sin dai tempi antichi, da Dioscoride e da Galeno che l'aveva denominata "l'amica del fegato".

Utilizzo

foglie e radici.

Componenti principali

principi amari, intibina, inulina, glucosidi, sali minerali.

Aspetti botanici e habitat

È una pianta biennale con radice a fittone e foglie basali a rosetta, frastagliate, sparse lungo il fusto che è ampiamente ramificato; quest'ultimo è cavo e contiene lattice. I fiori sono di un azzurro cielo a forma stellata, con al centro stami rosso-porpora. È una pianta che cresce spontanea, ma i terreni asciutti, la si trova in pianura e in montagna.

Impiego

Le proprietà depurative della cicoria, assieme a quelle tonico-stomachiche sono state confermate dalla fitoterapia moderna. Le foglie della cicoria, crude o cotte, hanno infatti proprietà diuretiche-coleteriche; qualità che si riscontrano maggiormente nelle radici, anche se meno utilizzate. La cicoria, grazie alle proprie sostanze, stimola l'attività del pancreas e del fegato, aiutando così a regolarizzare la quantità di glucosio e di colesterolo nel sangue; favorisce altresì, in quanto colagogo, la secrezione biliare verso l'intestino, agevolando la digestione; ottimo lassativo, agisce sulla modulazione

dell'assorbimento, stimola la peristalsi ed è utile nei casi di stitichezza cronica, colon irritabile, flatulenza e meteorismo. È descritta pure la peculiarità di regolare il ritmo cardiaco. Questo vegetale vanta anche proprietà disinfettanti e cicatrizzanti tant'è che gli impacchi effettuati con il suo decotto aiutano a lenire le irritazioni cutanee. Il lattice estratto dalle sue foglie viene adoperato per la produzione di amari, digestivi e aperitivi. La radice tostata veniva, soprattutto nei tempi passati, usata come succedaneo del caffè per il suo caratteristico aroma.

Uso locale

le foglie della cicoria sono utilizzate in tutta la Sardegna come insalata, da sola o mescolata con altre erbe di campo; il decotto delle foglie lo si ingerisce nelle disfunzioni di fegato e nelle digestioni difficoltose mentre quello di radice viene utilizzato come depurativo dei reni e del fegato e nella colite. In Gallura la radice della cicoria veniva usata (in tempo di guerra), spesso mescolata alle ghiande della quercia, come surrogato del caffè.

Giovanna Rau è biologa e specialista in scienze erboristiche





REGIONE. Entro il 2015 ricetta telematica e fascicolo sanitario elettronico

La ricetta medica cartacea sarà sostituita dalla trasmissione telematica. Sparirà dunque, gradatamente, la ricetta rossa utilizzata per la prescrizione di farmaci, esami e visite specialistiche a carico del servizio sanitario nazionale, e al suo posto ci sarà una più rapida trasmissione per via telematica. Il piano prevede di mettere in rete entro il 2015 tutti i medici, di sostituire la ricetta cartacea con quella elettronica e di creare una cartella sanitaria individuale per ogni singolo paziente. Con una delibera presentata dall'assessore della Sanità Luigi Arru nella seduta di Giunta del 25 novembre, sono stati stanziati 10 milioni e 500 mila euro per la programmazione degli interventi che serviranno alla "dematerializzazione della prescrizione medica e allo sviluppo del fascicolo sanitario elettronico", da integrare sull'attuale dotazione della linea di attività Por Fesr 2007-2013.

IL PIANO. Già dal 20 dicembre del 2013 la Direzione Generale della Sanità ha presentato al Mef e al Ministero della Salute il piano di dematerializzazione della ricetta cartacea per la Sardegna, approvato poi il 27 giugno 2014. "Nel piano è previsto - ha sottolineato l'esponente della Giunta Pigiariu - l'adeguamento dei sistemi informativi sanitari regionali sia da parte di chi prescrive la ricetta ovvero i medici, sia da parte di chi eroga i farmaci e chi fornisce prestazioni specialistiche".

IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO. Il progetto concordato con il Mef prevede che vengano trasferiti i dati relativi alle ricette, per via telematica, attraverso il MEDIR, fascicolo sanitario elettronico e il sistema di accoglienza regionale, Sar, realizzato al suo interno. "E' stata già fatta una sperimentazione - ha precisato l'assessore Arru - della dematerializzazione delle ricette nei mesi di luglio e agosto passati, grazie al sistema Medir, nella Asl 6 di Sanluri. Questo ha permesso di valutare gli impatti tecnici e organizzativi della ricetta "on line" sull'operatività del personale coinvolto: medici, farmacisti e amministrativi".

Il sistema Medir rappresenta l'infrastruttura di riferimento e il fulcro del passaggio dalla ricetta cartacea a quella te-

lematica, con la realizzazione del fascicolo sanitario elettronico, sistema che dovrà essere integrato e adeguato. "L'FSE è inteso - ha spiegato l'assessore Arru - come l'insieme dei dati e dei documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario riguardanti il paziente".

PERSONALE. Il personale maggiormente coinvolto è rappresentato da medici di famiglia e pediatri, per un totale di 1.600 professionisti convenzionati, distribuiti in tutto il territorio regionale.

GIURISPRUDENZA. Cassazione: le colpe del primario non informato

Il primario ospedaliero risponde del danno derivato da deficit organizzativo della struttura da lui diretta, se non riesce a dimostrare di avere adempiuto tutti gli obblighi imposti dalla legge (Dpr 27 marzo 1969, n. 128, articolo 7). Ogni primario deve essere informato sulle condizioni dei malati, deve avere impartito le necessarie istruzioni al personale e predisposto le direttive per eventuali emergenze. Con questa motivazione la terza sezione della Cassazione (sentenza n. 22338 del 22 ottobre), ha rinviato per nuova valutazione quella della Corte d'appello di Messina che mandò assolto il sanitario. Nella fattispecie, il sanitario fu chiamato a rispondere della negligenza dei medici del reparto, che non rilevarono i dati pelvimetrici della gestante e non eseguirono il necessario parto cesareo. Durante le manovre i medici del reparto provocarono la lesione del plesso brachiale al neonato. I giudici di merito rilevarono la disorganizzazione del reparto per poi escludere la responsabilità del primario per quanto accaduto. Motivazione ritenuta contraddittoria e laconica, tanto da convincere i giudici a rispedirla al mittente per un nuovo riesame imponendo un vero e proprio decalogo: accertare se e in che misura i deficit organizzativi della struttura sanitaria fossero imputabili anche al primario; accertare se e in che misura il primario si fosse attivato per prevenirli o attenuarne le conseguenze; accertare se vi fosse la concreta possibilità di trasferimento della paziente in altra struttura; esaminare analiticamente le censure mosse dai genitori del bambino.

In base al Dpr 128/1969, il primario risponde dei deficit organizzativi del reparto, quando questi siano consistiti in una carente assegnazione di compiti e mansioni al personale e in scarse istruzioni. Il primario ospedaliero deve avere, afferma la legge, «puntuale conoscenza delle situazioni cliniche che riguardano tutti i degenti, a prescindere dalle modalità di acquisizione di tale conoscenza». Di conseguenza, afferma la sentenza, è in colpa il medico che tiene una condotta difforme da quella che nelle medesime circostanze avrebbe tenuto un professionista diligente, ai sensi dell'articolo 1176 del codice civile, comma 2, e un primario "diligente" non avrebbe trascurato di impartire adeguate direttive al personale a lui sottoposto per gestire le emergenze, né avrebbe trascurato di informarsi sull'andamento di un parto che si preannunciava distocico. (fonte: Sole 24 ore Sanità)

Linee guida in epilessia Importante convegno a Sassari



Il 20 Dicembre, nell'Aula Magna dell'Università degli Studi di Sassari, a partire dalle ore 09:00, si terrà un importante convegno riguardante le nuove Linee Guida per la diagnosi e cura dell'epilessia. L'Epilessia è un disturbo neuro-

logico caratterizzato dall'occorrenza di crisi epilettiche, definite come manifestazioni cliniche ad andamento parossistico, ricorrenza imprevedibile nella maggioranza dei casi, dovute a una attività neuronale anomala.

In Sardegna sono, attualmente, stimate essere affette da epilessia oltre 10.000 persone delle quali, più della metà, sono soggetti in età evolutiva. Obiettivo del Congresso è fornire strumenti di conoscenza per un corretto trattamento del paziente affetto da Epilessia, attraverso l'analisi di alcune delle Linee Guida formulate per la gestione di aspetti tra i più importanti di questa patologia; la disamina sarà arricchita dall'illustrazione di casi clinici tratti dall'esperienza quotidiana di medici specialisti, esperti in epilettologia, presenti nella nostra regione. Il corso è accreditato ECM per 200 partecipanti fra medici chirurghi, infermieri e tecnici di neurofisiopatologia.

Per iscrizioni e informazioni collegarsi al sito <http://www.mcrelazioniipubbliche.it/prova/italian/eventi.php?idev=216>.

Premio scientifico "I Guidoniani"



L'Associazione Italiana di Medicina Aeronautica e Spaziale bandisce la V edizione del premio scientifico intitolato "I Guidoniani". Quest'anno ci saranno in palio 2.000 Euro

destinati al miglior lavoro originale nel campo della medicina, della psicologia e dell'ingegneria in forma di articolo scientifico che abbia come oggetto l'uomo e il volo atmosferico o spaziale.

Possono partecipare al concorso i laureati in medicina, biologia, psicologia, ingegneria, fisica, chimica che non abbiano superato il 35° anno di età. Le domande degli interessati, debitamente compilate e firmate, devono essere inviate on-line entro il 30 Aprile 2015 all'indirizzo e-mail segreteria@aimas.it, oppure via fax allo 06.99331577. Per maggiori informazioni consultare il sito:

http://www.aimas.it/docs/premio_guidoniani_2015.pdf

Libro – La responsabilità penale e civile in ambito medico e sanitario

Daniela Savio, Rossana Novati, Sabina Rubini, Gianni Sotgia

La crescita esponenziale del contenzioso in ambito medico e sanitario ha condotto a un forte interesse per le problematiche legate alla responsabilità penale e civile. Il professionista della salute spesso conosce solo superficialmente le implicazioni giudiziarie del proprio operato, teme il contenzioso, ma non sa come prevenirlo e gestirlo, come documentare, come tutelare e tutelarsi, anche attraverso la mediazione.

Questo libro si rivolge a tutti i professionisti per fornire una panoramica comprensibile e rigorosa sui risvolti della propria responsabilità professionale. L'ebook è acquistabile tramite il sito internet www.ebookecm.it o nella libreria Millelibri, in Via dei Mille 11, a Sassari.

Sempre tramite la piattaforma ebookecm sarà possibile ottenere l'accREDITAMENTO di 20 crediti ECM.



Nuova uscita discografica per i medici musicisti

Separati in casa: il ritorno dei Duodeno

A volte le cose capitano per caso: qualche tempo fa, grazie a un incontro fortuito, girando l'angolo di una strada, mi sono imbattuto in "Separati in casa", il nuovo capitolo della vicenda artistica dei Duodeno. L'autore del CD è stato proprio quell'Angelo Tedde, urologo che, assieme al fratello Nino, medico di base, compone il gruppo. Per chi non lo sapesse, i fratelli Tedde hanno dato il via all'avventura dei Duodeno nel 1993 e hanno alle spalle numerose esibizioni in Italia e all'estero, nonché ben tre pubblicazioni discografiche: Note Intestine; Medici in Carrera; La banda Gastrica (vedi Sassari Medica n°2 del 2014,

di Francesco Bustio
Dettori



uscito in Aprile). Per questo "Separati in casa", i due fratelli nulvesi hanno fatto le cose in grande, e fa un certo effetto leggere, nei crediti all'interno del libretto, il nome di Lele Melotti, batterista e turnista di livello assoluto, conosciuto in ambiti internazionali; per capire la caratura del personaggio basta sbirciare la lista degli artisti che si sono avvalsi dei suoi servigi: Vasco Rossi, Fabrizio De Andrè, Adriano Celentano, Claudio Baglioni, Gianni Morandi, Angelo Branduardi, Mina, Pino Daniele, Edoardo Bennato e molti altri: la sua batteria ha in pratica scandito i tempi della musica italiana degli ultimi trent'anni. La base del progetto è molto sem-

plice: i due fratelli hanno lavorato in totale autonomia l'uno dall'altro durante la scrittura dei pezzi, per poi mettere tutto quanto assieme, collaborando di fatto solo nella stesura della prima canzone, "Separati in casa", che dà l'adeguato titolo all'opera, descrivendone l'idea primigenia attraverso un dialogo scherzoso, in una delle canzoni più convincenti. "Balli di gruppo" denota in maniera immediata la tendenza ballabile di parecchie delle composizioni di cui parleremo, strizzando al contempo l'occhio al Santana degli ultimi anni. La successiva "Grilli in testa" si inserisce nel grande filone delle canzoni politiche e di protesta, con un andamento decisamente rock ben definito



dalla chitarra, cui segue "La bachata di Leonardo", coi suoi ritmi sudamericani e col suo sarcasmo di stampo medico, utilizzato in giusta misura! I suoni dell'hammond accarezzano le orecchie di chi ascolta "Ribelle", in un'atmosfera sixties che porterà molti indietro nel tempo. "Il separato" tratta il tema difficile della separazione, con leggerezza e ironia, immersa in un sound blueseggiante, che si fonde con l'amaliante ritmo giamaicano di "Nulvi Reggae", che in modo suadente racconta del festival or-



Nino e Angelo Tedde: i Duodeno

ganizzato proprio nel paese natio dei Duodeno, riguardante il genere musicale reso celebre da Bob Marley e Peter Tosh, per sfociare poi in un finale acustico veramente di grande effetto. La seconda metà del disco si apre con "TV spazzatura", invettiva contro la pochezza e mediocrità dell'offerta di intrattenimento televisivo che viene propinata all'intero paese, abbassando al contempo il livello culturale della popolazione; "Solo una donna" invece ci guida in sentieri jazzati, con deciso piglio cantautorale, mentre "Il musicista" punta il dito ancora contro la svalutazione del ruolo di chi decide di vivere di musica, imbastendo il tutto con bei suoni chitarristici.

Come sempre, non può mancare la canzone "in limba": "Fitzos donosos", arricchita dalla bella voce di Rita Casiddu, narra con una successione armonica veramente intrigante il mestiere di "quei genitori che sono capaci di continuare a essere genitori normali alle prese con figli speciali"; i suoi suoni delicati fanno contrasto con la ritmata "A modo tuo (pipa)", dominata da chitarre sature e rockeggianti. Le ultime canzoni sono dichiarazioni a cuore aperto: "Viaggio" è un'ode al tempo speso assieme, marito e moglie, sempre accanto uno all'altra, in mezzo a tutte le traversie della vita, il tutto dominato dal suono degli archi e connotato da un bell'intervento vocale di

Enrico Tedde, figlio di Nino; mentre "lettera a Giulia" è una bella ballata dedicata alla figlia di Angelo Tedde, con le chitarre acustiche in bella evidenza.

Un buon lavoro questo dei Duodeno, che secondo me mostra una decisa crescita, soprattutto a livello di liriche: lo stile sarcastico e pungente, tendente alle espressioni gergali più colorite, è sempre quello, ma molti sono i momenti dove le parole vengono usate in maniera piuttosto diretta, cosa poco usuale per il gruppo, indagando temi molto intimi e profondi. Non si preoccupi chi è affezionato ai Duodeno più scanzonati e irriverenti: in questo lavoro c'è spazio per tutto, pure per le situazioni imbarazzanti condite con ampi riferimenti al mondo medico, raccontate con la giusta dose di trivialità. Anche musicalmente, si possono notare decisi passi in avanti: si spazia infatti dal rock ad atmosfere più rarefatte, fino ad arrivare a ritmi sudamericani e danzerecci, il tutto ben suonato e interpretato con la giusta carica emotiva.

Insomma un disco da possedere, non solo per capire la completezza artistica dei Duodeno e la loro voglia di esprimere le proprie emozioni, ma anche per la possibilità di dare una mano concreta a Emergency, a cui verrà devoluta parte dei proventi della vendita. Buon ascolto.

**ELENCO DEI MEDICI DISPONIBILI AD EFFETTUARE SOSTITUZIONI
DI ASSISTENZA PRIMARIA E DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA - ANNO 2014**

n.	Assistenza Primaria	Pediatrta	Cognome e nome	Anno laurea	Indirizzo	Cap-città	Telefono	Cellulare
1	SI	NO	Angloj Flavia	2014	Via Dolcetta 1	07100 Sassari	079/2766502	340/3196057
2	SI	NO	Arru Alessandra Rita	2004	Via Di Vittorio 22	07100 Sassari		328/9442820
3	SI	NO	Bacclu Maria Paola	2014	Via De Carolis 29	07100 Sassari		349/93582663
4	SI	NO	Barrocu Lucrezia	2010	Via Cattalochino 10	07100 Sassari		349/2529098
5	SI	SI	Biddau Carlo	2014	Viale Umberto I 161	07100 Sassari		392/7396249
6	SI	NO	Branca Giovanni	2008	Via dell'Agrifoglio 2	07100 Sassari		347/7799874
7	SI	NO	Brichetto Giovanna	1996	Via Ugo Foscolo 33	07041 Alghero	079/979098	340/7905249
8	SI	SI	Caggiari Gianfilippo	2014	S.V. La Landrigga 34/b	07100 Sassari		346/8464774
9	SI	NO	Castagnoli Anna	2007	Via Mela Ruia 3	07100 Sassari	079/399423	348/1130036
10	SI	NO	Castellaccio Claudia	2013	Via Pasca 3	07100 Sassari	079/4361756	340/7077837
11	SI	NO	Cherchi Giuseppe	2013	Via Nuoro 6	07040 Uri	079/419512	340/7888001
12	SI	SI	Chirra Pasquale	2013	Viale Italia 38/a	07100 Sassari		346/2158118
13	SI	NO	Cocco Federica	2010	P.zza Caduti del Lavoro 2	07100 Sassari		347/6666540
14	SI	NO	Collu Claudia	2014	Via Perantoni Satta 23	07100 Sassari		346/0878577
15	SI	NO	Conglu Agostino	2011	S.V. La Gruzziua Sette Funtani 38/g	07100 Sassari		333/2186820
16	SI	SI	Corda Marco	2014	Via Catalocchino	07100 Sassari		3476034760
17	SI	SI	Cugurullo Francesca	2008	Via della Libertà 14/a	07046 Porto Torres		347/4447142
18	SI	NO	Davoli Agnese	2010	Via Carlo Alberto 12	07100 Sassari		328/2328902
19	SI	SI	Delal Pamela	2014	Via Mazzini 1	08020 Posada		349/3537048
20	SI	SI	Delglia Giovanni	2013	Via Torres 2/a	07100 Sassari		349/8928435
21	SI	SI	Dell'Avvento Silvia	2012	Via Carso 35/b	07100 Sassari	079/9103403	349/1384465
22	SI	NO	Dessanti Claudia	2013	Via Palmiro Togliatti 4	07100 Sassari		349/1258198
23	SI	NO	Di Mario Dalla	2014	Via Demartis 33	07029 Tempio Pausania		340/3830408
24	SI	SI	Di Trapani Laura	2013	Via Monte Grappa 7/e	07100 Sassari		328/3178388
25	SI	NO	Donato Andrea	2014	Via Murgia 4	07100 Sassari		328/2051496
26	SI	NO	Eremita Silvia	2014	Via Cardinal Fossati 17	07100 Sassari		340/8331318
27	SI	SI	Erre Elena	2014	Viale Dante 57	07100 Sassari		328/0395712
28	SI	NO	Evangelisti Daniela	2013	Via Paolo Demuro 1/a	07100 Sassari		340/3911571
29	SI	NO	Farina Giulia	2013	Via Su Canneddu snc	07014 Ozieri		340/6014150
30	SI	NO	Fedeli Maria Antonietta	2013	Via Savoia 27	07033 Osilo		327/3268690
31	SI	SI	Fele Paolo	2013	Via Vittorio Veneto 84	07014 Ozieri		347/0314588
32	SI	SI	Filigheddu Federica	2013	Via Mancini 37	07100 Sassari		347/3273602
33	SI	NO	Flori Mariangela	2013	Via San Pietro d'Ottava 53	07100 Sassari		338/6408230
34	SI	SI	Flore Giacomo Angelo	2013	Via Manzoni 41	07011 Bono		347/9734762
35	SI	NO	Floris Daniele	2013	S.S. dell'Anglona 5	07100 Sassari		349/3786054
36	SI	NO	Forteleoni Antonietta	2013	Via Umana 6	07100 Sassari	079/280654	320/5707330
37	SI	SI	Forteleoni Giovanna Maria	2012	Via Amsicora 14	07023 Calangianus		348/9386327
38	SI	NO	Gabbas Gluseppina	2013	Via Nurra 9	08025 Oliena		347/7845155
39	SI	SI	Ghisauro Serena	2014	Via 1° Maggio 11	07040 Codrongianus		339/2473379
40	SI	SI	Grandi Nicola	2013	Via Carbia 5	07041 Alghero		340/2265326
41	SI	NO	Gulotta Alessandra	2012	Via Principessa Maria 5	07100 Sassari		388/1944570
42	SI	NO	Khalil Jawad	2014	Via dei Mille 23/a	07100 Sassari		346/8777812

43	SI	SI	Lisbo Marcella	2009	NON COMUNICATO	07033 Osilo		380/4349661
44	SI	NO	Lo Mastro Michela	2013	Via Turrutana 36/b	07100 Sassari		388/0574393
45	SI	NO	Lorenzoni Marcella	2013	Via Sedini 24	07031 Castelsardo		340/1825897
46	SI	SI	Losa Francesca	2013	Via Zucca 5	07100 Sassari	079/276484	333/5771778
47	SI	SI	Maffei Matteo	2013	Via Grazia Deledda 32	07100 Sassari		347/4931479
48	SI	NO	Manca Paola	2014	Via Risorgimento	07100 Sassari		328/5527689
49	SI	SI	Manconi Silvia	2014	Via Pasa Jolanda 44	07100 Sassari		349/5630101
50	SI	SI	Mannoni Mauro Ottavio	2014	Via Pacinotti 1	07021 Arzachena		349/6779993
51	SI	NO	Manunta Silvia	2007	Strada Statale 127 n. 6	07100 Sassari		340/2363412
52	SI	NO	Marrosu Luca	2013	Via sette fratelli II trav. 24	07100 Sassari		340/2544720
53	SI	NO	Masu Lavinia	2013	Via Donizetti 67	07100 Sassari		349/6990464
54	SI	NO	Monti Rita	2014	Via Don Minzoni 23/a	07100 Sassari		333/4284996
55	SI	NO	Ogana Silvia	2013	Viale Umberto I 110	07100 Sassari		389/6816794
56	SI	SI	Paddeu Grazia	2012	Via Bellinquer 8	07100 Sassari		320/7706437
57	SI	NO	Pes Adele	2004	Via P. Nenni 2/62	07100 Sassari		348/3855206
58	SI	NO	Peru Antonia	2014	Via Roma 181	07020 Agglus		349/0540517
59	SI	SI	Pianu Giancarlo	2013	Via G. Bruno 1c/07	07100 Sassari		347/5537126
60	SI	NO	Piga Andreuccia	2009	Via S. Quasimodo 23	07100 Sassari		345/5695809
61	SI	NO	Piga Giulia	2013	Via G. D'Annunzio 3	07039 Valledoria		347/2769848
62	SI	SI	Pintore Pierpaolo	2013	Via De Giorgio 17	07041 Alghero		349/0936885
63	SI	NO	Piras Carla	2013	Via Sardegna 212	07030 S. Maria Coghinas		340/7292873
64	SI	NO	Piras Laura	2010	Via Benedetto Croce 1	07100 Sassari		349/3716859
65	SI	NO	Piredda Paola	2014	S.V. Prunizzedda – Serra Secca	07100 Sassari		392/3001610
66	SI	NO	Pirino Laura	2013	Via Quarto 1	07100 Sassari		349/0657765
67	SI	SI	Puddu Leonardo	2013	Via Don Minzoni 17	07100 Sassari		349/7876364
68	SI	NO	Puggioni Anna	2014	Via Raffaello Sanzio 6	07100 Sassari		3473309437
69	SI	NO	Puggioni Antonella	2013	Via IV novembre 8/h	07100 Sassari		340/8937370
70	SI	NO	Puledda Marco	2013	Via Don Carboni 4	07040 Olmedo		348/0617474
71	SI	NO	Salaris Maria Vittoria	2014	Via Prunizzedda 26	07100 Sassari		389/9270484
72	SI	SI	Salis Barbara	2008	Via XX Settembre 252	07041 Alghero		349/3652036
73	SI	SI	Sanna Enrico	2013	Via G. D'Annunzio 3	07039 Valledoria		340/4036726
74	NO	SI	Sanna Giovanna	2008	Via Copenaghen 18	07100 Sassari		345/68038650
75	SI	NO	Santoro Angelica	2007	Via Oriani 5/B	07100 Sassari		328/2720160
76	SI	SI	Sassu Salvatore	1969	Via Limbara 22	07029 Tempio Pausania		333/9184989
77	SI	NO	Scarpa Marcello	2014	Reg. Sa Conza	07040 Tlssi		331/7811187
78	SI	NO	Sechi Fabio	2013	Via Budapest 10/B	07100 Sassari		328/6768298
79	SI	NO	Sechi Stefano	2014	Via Milano 7	07100 Sassari		345/0366042
80	SI	SI	Senes Laura	2014	Via Bachelet 1^ trav. 23	07100 Sassari		342/0517693
81	SI	NO	Sida Francesca	2013	Via Addis 6	07100 Sassari	079/295953	349/1877633
82	SI	NO	Tedde Laura	2013	Via Cagliari 24	07100 Sassari		339/3569936
83	SI	NO	Tidore Gianni	2013	Viale Caprera 1/a	07100 Sassari	079/292781	3387125598
84	SI	NO	Traccis Francesco	2013	Via Silki 16	07100 Sassari	079/216515	333/4645582
85	SI	NO	Trogu Federica	2013	Via Gorizia 2/g	07100 Sassari	079/291093	340/0767509
86	SI	NO	Ulgheri Alessandra	2008	Reg. Arenosu 33	07041 Alghero		349/3830265
87	SI	SI	Zachos Maistros-Pavlos	2012	Via Torres 44	07100 Sassari		328/6209708

Aggiornato al 27.11.2014



E.C.M.

Educazione Continua in
Medicina

Programma Nazionale per la formazione



Crediti formativi E.C.M. 2014 - 2016

La Commissione nazionale per la formazione continua nella riunione del 18 settembre ha individuato in 150 crediti il debito formativo per tutte le professioni anche per il triennio

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

Contattare il presidente dell'Ordine, il presidente della C.A.O.
e tutti i dipendenti degli uffici dell'Ordine tramite e-mail.

Scaricare la modulistica con un solo click.

Accedere alla anagrafica della FNOMCEO.

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

Consulta anche tu il sito
www.omceoss.org