

Anno XXIII - Maggio 2014 - n. 2

SASSARI MEDICA

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





Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari

Via Cavour n° 71/b - 07100 Sassari

Telefono 079-234430

Fax 079-232228

Sito Internet

<http://www.omceoss.org>

@Email@ e PEC

Segreteria: ordine@omceoss.org; 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: Pont'ezzu, Ozieri

Le immagini del Monteacuto sono di Marco Falchi

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.

Addetto stampa Maria Antonietta Izza

Hanno collaborato a questo numero Graziano Demurtas, Giovanni Di Maria, Mario Figoni, Luciana Marmeli, Peppino Mela, Alberto Muredda, Giovanna Rau, Leonardo Sechi, Gigliola Serra, Stefano Sotgiu.

Redazione Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Sassari - Via Cavour n°71/B 07100 Sassari - Tel. 079/234430 telefax. 079/232228

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

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

Realizzazione editoriale Tipografia TAS

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

Bollettino ufficiale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari
Anno XXIII Numero 02 - Maggio 2014

SASSARI MEDICA

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

Consiglio Direttivo 2012/2014

Presidente Agostino Sussarellu

Vicepresidente Rita Nonnis

Segretario Giovanni Biddau

Tesoriere Nicola Addis

Consiglieri

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

Commissione Iscritti all'Albo Odontoiatri 2012/2014

Presidente Pier Luigi Delogu

Componenti

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

Collegio Revisori dei Conti

Presidente Giancarlo Bazzoni

Revisori

- Natalia Marta C. Grondona
- Leila Maria Marchisio

Revisore Supplente: Pasqualina Bardino

Indicazioni redazionali

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 porgiamo cordiali saluti.

Il Consiglio Direttivo

I signori 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/ Allerta morbillo. Non è un falso allarme | Pagina | 4 |
| - 2/ Giornata mondiale della salute orale | | 6 |

■ OMCeOSS/MTA DELL'ORDINE

- | | | |
|--|--|----|
| - Terapia del dolore e cure palliative | | 7 |
| - VI giornata mondiale delle malattie rare "Uniti per un'assistenza migliore" | | 8 |
| - Biblioteca Tonino Pisanu, un'eredità inaspettata. Sala conferenze Antonio Fara | | 10 |

■ NOSTRA SALUS

- | | | |
|---|--|----|
| - Termalismo in Sardegna: la rinascita di Casteldoria | | 11 |
| - La neuropsichiatria infantile a Sassari | | 13 |
| - L'unità operativa di ortopedia e traumatologia di Olbia un'eccellenza in Sardegna | | 17 |

■ STUDI/ESPERIENZE

- | | | |
|----------------------------------|--|----|
| - Afghanistan un paese difficile | | 21 |
|----------------------------------|--|----|

■ NOIPERVOI

- | | | |
|-------------------------|--|----|
| - Le attività dell'AVIS | | 23 |
|-------------------------|--|----|

■ ODONTOIATRI

- | | | |
|---|--|-------|
| - Resoconto della giornata della salute orale con l'AIO - Medici competenti e strumenti taglienti: recepita la posizione dell'AIO | | 25-26 |
|---|--|-------|

■ APPROFONDIMENTI

- | | | |
|---|--|----|
| - Emofilia A acquisita: una patologia insidiosa | | 27 |
| - Sclerosi multipla in Sardegna: nuove scoperte | | 29 |
| - Salute in carcere, oggi | | 33 |
| - Note di fitoterapia Bardana e Lavanda selvatica | | 37 |

■ FNOMCEO

- | | | |
|---------------------------------------|--|----|
| - Notizie dalle federazioni nazionali | | 39 |
|---------------------------------------|--|----|

■ NEWS

- | | | |
|---|--|----|
| - Ospedali di Gallura, monitor pronto soccorso - ASL 1/Terapia anticoagulante - Sassari/Pazienti col recall | | 40 |
| - Non autosufficienza, test d'ingresso di medicina, diete - Ambulanza neurologica per la cura dell'Ictus | | 41 |

■ TACCUINO

- | | | |
|---|--|----|
| - Convegno sulla prevenzione del favismo - Corso base medici in Africa - SISM - Congresso SITD - ipnosi | | 43 |
|---|--|----|

■ SPORT

- | | | |
|----------------------------|--|----|
| - A canestro con il camice | | 45 |
|----------------------------|--|----|

■ CULTURE

- | | | |
|---------------------------------------|--|----|
| - L'isola che c'è: Nughedu San Nicolò | | 49 |
|---------------------------------------|--|----|

■ LETTURE

- | | | |
|-------------------------------|--|----|
| - Racconto/L'ultima beccaccia | | 52 |
| - Libri/Venere privata | | 57 |
| - Libri/Si rende noto che... | | 58 |

■ MUSICA

- | | | |
|------------------------------------|--|----|
| - L'ironia dissacrante dei Duodeno | | 59 |
|------------------------------------|--|----|

Elenco dei medici disponibili ad effettuare le sostituzioni

Allerta morbillo. Non è un falso allarme

Il Servizio di Igiene Pubblica della Asl di Sassari raccomanda la vaccinazione contro il morbillo. Nel sud della Sardegna, infatti, sono stati denunciati oltre 20 casi di morbillo, tutti in adulti, di cui 15 ricoverati per complicanze importanti.

Ecco le prime righe del comunicato di preallarme, lanciato dalla Azienda sassarese, volto sia alla popolazione, sia ai medici che gravitano nel territorio di sua pertinenza.

Il nostro Ordine ritiene di dover condividere quest'allerta, poiché, da troppo tempo, notizie prive di qualunque fondamento scientifico vengono divulgate creando nella popolazione timori infondati sulla reale efficacia dei vaccini, e allo stesso tempo insinuando dubbi sulla loro pericolosità, accusati di essere alla base di patologie gravi e incurabili.

Riteniamo utile ripercorrere per i colleghi la storia che si sottende a questa falsa credenza che rischia di compromettere la salute della nostra civiltà. L'ipotesi che la vaccinazione antimorbillo-parotite e rosolia (Mpr) potesse in particolare essere associata all'autismo è stata sollevata negli anni novanta da uno studio inglese pubblicato nel 1998 su *The Lancet*. Tale congettura è stata successivamente valutata da numerosi studi condotti sia in Europa che negli Usa, ma nessuno di essi ha confermato una relazione causale tra vaccino Mpr e autismo.

Gli stessi autori della pubblicazione anti-vaccino hanno successivamente ritrattato le proprie conclusioni, e nel 2010 la stessa rivista *The Lancet* ha formalmente ritirato tale articolo.

Per di più, oltre ai difetti epidemiologici di questo studio, è stato appurato che numerosi dati anamnestici dei pazienti erano stati falsificati dall'autore, Andrew Wakefield, per supportare i risultati, e che l'intero lavoro era stato distorto per interessi economici. Il medico inglese aveva infatti omesso di ri-

di Agostino Sussarellu



velare che stava parallelamente conducendo anche un'altra ricerca, commissionata da alcuni avvocati che intendevano intentare una causa contro il vaccino MPR. Nel frattempo l'Ordine dei medici inglesi - il British General Medical Council (GMC) - ha promosso un'inchiesta su Wakefield per cattiva condotta. Tale indagine ha messo in luce che i bambini autistici oggetto di studio erano stati sottoposti a procedure mediche invasive non necessarie, come colonscopie e punture lombari, e che Wakefield aveva agito senza la necessaria approvazione del Comitato Etico.

Il 28 gennaio 2010, il GMC lo ha riconosciuto colpevole di una trentina di capi d'accusa, tra cui disonestà e abuso di bambini con problemi di sviluppo, affermando che Wakefield aveva "mancato ai suoi doveri come medico", agendo contro gli interessi dei suoi pazienti e "in modo disonesto e irresponsabile" nella conduzione di quanto pubblicato, e ha provveduto alla sua radiazione. Nei miei ultimi editoriali ho dedicato molta attenzione a una serie di eventi che si stanno presentando con sempre maggior frequenza alla attenzione della collettività. Ho parlato delle cure "miracolose" per il cancro che tanta popolarità riscuotono nella gente comune; ho scritto a proposito della montatura, ormai assodata, del metodo "stamina", che ha illuso, senza alcuna remora morale, e al solo scopo di lucro, tantissime famiglie attanagliate dalla disperazione per malattie incurabili.

Il caso dei vaccini è però molto più subdolo, perché la nostra società ha dimenticato ormai le grandi epidemie che per secoli l'hanno devastata: nessuno ricorda più cosa abbia rappresentato la Poliomielite, né quali danni provocassero le epidemie di Morbillo. Epidemie che lentamente stanno riprendendo piede.

L'ultimo rapporto del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie ha pubblicato i

dati sul morbillo nel 2013: in Europa si segnalano 10.271 casi, contro gli 8.127 casi del rapporto precedente. Nove casi su dieci di morbillo coinvolgono cinque Paesi europei: Germania (1.772 casi, 17 per cento), Italia (2.216 casi, 22 per cento), Paesi Bassi (2.499 casi, 24 per cento), Romania (1.074 casi, 10 per cento) e Regno Unito (1.900 casi, 18 per cento).

In Italia, i casi si sono quadruplicati. Le conseguenze più gravi hanno portato a morte un certo numero di bambini e altri patiranno per sempre gli esiti dell' eventuale encefalopatia conseguenziale. La stampa nazionale e, purtroppo, alcune procure, hanno dato credito ad associazioni di contro-informazione che pubblicizzano sul web false notizie, supportate da pseudo esperti appartenenti alla nostra categoria.

Il caso più famoso è quello del dott. Montinari, uno dei maggiori sostenitori di questa scellerata campagna contro i vaccini, che si vanta, inoltre, di curare l'autismo.

Per rinforzare questa sua attività, ha tentato di

spacciarsi per "Esperto di autismo con nomina dell'Istituto Superiore della Sanità", suscitando la pronta reazione da parte dello stesso Istituto Superiore della Sanità, che non solo ha smentito il fatto, ma che lo ha sollecitato a modificare tempestivamente quanto riportato sul suo curriculum.

La storia si ripete regolarmente, individui senza scrupoli tentano di illudere famiglie disperate di fronte a malattie ancora senza speranza, mascherando, con un finto scopo umanitario, un mero tornaconto personale, o altrui, come gli studi legali che si stanno specializzando in cause contro lo Stato.

A noi medici compete vigilare su questo squalore, individuando quei nuclei familiari che potrebbero essere portati a intraprendere scelte pericolose e contribuendo con una seria informazione ad allontanarli da pericolose decisioni.

Informazioni dettagliate sui vaccini possono essere trovate sul sito "VaccinarSi" della Società Italiana d'Igiene, con il patrocinio del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità.



Nuraghe Funtana (Ittireddu)

Un'occasione per maturare riflessioni e lanciare proposte

Giornata mondiale della salute orale

Per il secondo anno consecutivo, il 20 marzo si è festeggiata la Giornata Mondiale della Salute orale promossa dalla Federation Dentaire Internationale (FDI).

L'Associazione Italiana Odontoiatri, partner italiano della FDI, ha voluto onorare l'appuntamento con varie iniziative spalmate su tutto lo stivale, isole comprese (anche a Cagliari e Sassari sono stati allestiti dei gazebo informativi per il pubblico), che sono culminate con un evento celebrativo tenutosi presso la sala del refettorio della Camera dei deputati di Montecitorio a Roma.

E' stata un'occasione unica per orientare l'attenzione dei mezzi di informazione e delle istituzioni governative sull'odontoiatria e per formulare proposte finalizzate a migliorare il servizio offerto, onde ottenere una ottimale condizione di salute per una sempre maggiore quota di popolazione.

Al ministero della salute e all'Istituzione parlamentare, rappresentata dal presidente della commissione affari sociali della Camera, Pierpaolo Vargiu, è stata evidenziata la realtà attuale, in cui, per effetto della crisi incombente sul paese, i cittadini non si recano più in maniera assidua negli studi dentistici per i controlli periodici e non si sottopongono alle necessarie terapie per mancanza di liquidità; conseguenza di tutto ciò un aggravamento delle patologie cariose e delle malocclusioni e una cronicizzazione delle edentulie parziali e totali.

Per tutto ciò si è cercato di sviluppare un'azione di collaborazione sinergica con altre branche della medicina, quali la pediatria e la diabetologia, per puntare sulla prevenzione come elemento strategico per il futuro.

Una prevenzione, che almeno per le fasce deboli della società, sia sostenuta dallo Stato attraverso le proprie strutture pubbliche oppure dai libero-professionisti tramite l'utilizzo di bonus quali "voucher"

di Pier Luigi Delogu



e/o crediti d'imposta. Abbiamo proposto altresì che ci si adoperi in maniera concreta perché tutte le spese preventive vengano portate in assoluta totale detrazione, nella convinzione che un'azione capillare volta in tal senso porterà a una maggiore osservanza di corretti stili di vita, indispensabili per prevenire patologie croniche quali: cardiopatie, diabete, dismetabolismi etc.

La profilassi odontostomatologica che auspichiamo è un tassello che dovrebbe integrare una prevenzione globale

dell'essere umano, certo una sorta di "cambio di passo" nella politica sanitaria con una attenzione più approfondita alla sfera individuale; a tal proposito riteniamo possa essere utile l'istituzione di un registro nazionale dei traumi dentari in modo da avere dei riferimenti statistici attendibili e una particolare focalizzazione di situazioni apparentemente innocue che possono paludare disagi sociali, forieri, a volte, di maltrattamenti a minori.

Tutti questi temi, che potranno contribuire alla stesura di una programmazione sanitaria per la nostra regione, saranno sottoposti al vaglio del neo-assessore alla sanità, il collega Luigi Arru, che sono sicuro sarà molto sensibile alle tematiche di ampio respiro atte a costruire nuovi percorsi assistenziali e servizi sanitari all'avanguardia.

La nostra Sardegna sta attraversando un difficile momento in una situazione di sofferenza generale che ne amplifica gli effetti, ma lo spirito del nostro popolo e alcuni segnali di novità positive alimentano la speranza che nei prossimi anni si verifichino ampie schiarite sui contesti economici e sociali.

L'Ordine dei medici di Sassari lancia un appello alla Regione

Terapia del dolore e cure palliative

Il 15 marzo scorso, l'Ordine ha tenuto una conferenza stampa nella sede di via Cavour, a Sassari, per fare il punto sulla attuazione della legge che consente la terapia del dolore ai malati terminali. Nonostante siano passati quattro anni, purtroppo nel territorio si registrano enormi e gravi ritardi.

Per questo l'Ordine dei Medici di Sassari ha lanciato un appello alla Regione, affinché venga dato seguito alla norma che garantisce dignità ai pazienti e assistenza ai familiari. Il presidente Agostino Sussarellu, assieme al direttore del distretto sanitario, Nicola Licheri, a Chiara Musio, e ai rappresentanti di alcune associazioni di volontariato, ha puntato l'indice contro la mancata applicazione della legge 38, che nel 2010 aveva segnato una svolta nella delicata questione dell'assistenza ai malati terminali. "Un ritardo inaccettabile sul quale occorre intervenire al più presto per dare piena attuazione a una legge dello Stato" ha detto Agostino Sussarellu, rivolgendosi in particolar modo al nuovo assessore regionale alla Sanità, Luigi Arru. Secondo quanto spiegato anche da Nicola Licheri, purtroppo sono mancate la volontà politica e la destinazione

di adeguate risorse finanziarie per far fronte a una situazione che ha ormai il carattere dell'emergenza.

Nel distretto sanitario sassarese, ad esempio, ogni anno oltre 300 persone muoiono di tumore, più di 500 pazienti ricevono cure domiciliari, fra questi un centinaio sono terminali. Una situazione che viene supportata grazie alla buona volontà delle famiglie, dei medici e dei volontari, ma non certo in modo corretto dalle istituzioni. Al danno poi, si aggiunge la beffa: inspiegabilmente nell'ultimo rapporto del ministero della Sanità sullo stato di attuazione della legge, in Sardegna esisterebbero 15 hospice per un totale di 200 posti letto e Sassari avrebbe un hospice con dieci posti letto nella residenza sanitaria assistita di Piandanna. "Dati palesemente incongrui non solo perché in Sardegna abbiamo solo tre hospice, ma soprattutto perché quella di Piandanna è una struttura ad alta intensità di cura da non confondere con l'hospice" ha evidenziato il presidente Sussarellu. Probabilmente gli estensori del rapporto possono essersi limitati a considerare solo le richieste di accreditamento per strutture non ancora realizzate. L'appello alla Regione è che vengano garantiti anche i diritti degli ultimi, e fra questi c'è sicuramente quello di morire con dignità.



Un momento dell'incontro

Malati, associazioni e operatori insieme per promuovere la sensibilizzazione al problema

VII giornata mondiale delle malattie rare "Uniti per un'assistenza migliore"

Si è svolto il 1° marzo, nel bel paese barbaricino di Olzai, nel salone Messina, il convegno dal titolo "Patologie Oncologiche ereditarie" organizzato da Andrea Montella, da Lucia Ulgheri e da tutta l'equipe dell'Unità Operativa di Genetica Clinica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari e Dipartimento di Scienze Biomediche dello stesso Ateneo.

Con questo evento, in accordo con i dettati della Commissione Europea sulla necessità di migliorare il riconoscimento e la visibilità delle malattie non comuni, si è voluta celebrare, anche nel nord Sardegna, la VII giornata mondiale delle malattie rare per promuovere una maggiore sensibilità, negli addetti ai lavori e nell'intera società, ai diversi aspetti di tali patologie e per sottolineare la necessità della conoscenza e della comunicazione in risonanza con le molteplici criticità vissute da coloro che ne sono affetti.

Il messaggio, condiviso in più di 80 paesi nel mondo, lanciato dai pazienti e da chi si occupa della loro cura per la giornata del 2014 "Uniti per un'assistenza migliore", vuole abolire il silenzio e l'isolamento che le persone affette da malattie rare esperiscono quotidianamente; vuole anche renderci consapevoli che i migliori risultati nel campo dell'assistenza e in quello della scoperta di nuove terapie si raggiungono con l'unione delle sinergie provenienti dal campo dell'assistenza, della ricerca e dagli stessi pazienti, principali esperti del proprio stato.

Si stima che esistano più di 7000 malattie rare che, nel loro insieme, colpiscono 5 cittadini su 10.000. La maggior parte di esse ha un'origine genetica, si

di Gigliola Serra



manifesta nell'età pediatrica, richiede interventi plurispecialistici e multidisciplinari e importanti risorse assistenziali.

I tumori eredo-familiari, pur essendo rari, rappresentano il 5% di quelli più frequenti, rendendo la loro individuazione cruciale al fine di attuare adeguate strategie preventive.

I lavori del convegno, iniziato con il saluto dei rappresentanti delle istituzioni accademiche e sanitarie, sono stati introdotti dalla prof.ssa Francesca Cottoni, dell'AOU di Sassari, che ha brevemente

esaminato le problematiche assistenziali comuni a tutte le malattie rare.

La dott.ssa Anita Giaconi, dell'AOU di Sassari, ha comunicato che è prossima l'attivazione, presso la Direzione sanitaria, dello Sportello Aziendale dedicato alle Malattie Rare; la struttura, gestita da un'equipe multi professionale, avrà lo scopo di mettere in collegamento fra loro le unità operative che si occupano di tali patologie, creando di fatto la rete assistenziale aziendale, di facilitare i collegamenti con le strutture regionali, nazionali ed europee di riferimento per patologia e quindi di semplificare il percorso diagnostico terapeutico ai pazienti. L'attuazione di tale assetto è stata accolta con soddisfazione dalle associazioni dei malati, che la richiedevano da tempo, e dagli operatori del settore.

I partecipanti hanno quindi ascoltato la lettura magistrale "Genetica medica e rischio oncologico", tenuta dal Prof De Marchi, genetista di fama internazionale dell'Università di Torino. In seguito, specialisti esperti delle malattie oncologiche ereditarie hanno svolto esaurienti relazioni su aspetti generali





Il sindaco di Olzai, Antonio Ladu, interviene alla tavola rotonda

e su specifiche forme patologiche.

In ultimo, ma non di minore importanza, segnaliamo la sessione del convegno dedicata a un particolare problema assistenziale: quello legato agli aspetti legali delle malattie rare.

A chiudere i lavori un'interessante tavola rotonda su temi concernenti i dispositivi di legge in vigore e

problemi connessi alle visite delle commissioni mediche delle Asl e degli istituti di previdenza, cui hanno preso parte sanitari, avvocati, rappresentanti dell'INPS e delle associazioni presenti.

Il convegno, che ha goduto del patrocinio della Regione Autonoma della Sardegna, si è potuto realizzare grazie al contributo dell'Associazione Sindrome di Alport, di UNIAMO e del Comune di Olzai, che, nella persona del sindaco Antonio Ladu, ha offerto una calorosa e confortevole ospitalità.

L'ampia partecipazione di esponenti delle associazioni di malati e di operatori del settore ha fatto sì che la comunicazione indirizzata dalla città di Olzai a tutti i malati rari fosse in perfetta armonia con il messaggio mondiale "uniti per un'assistenza migliore".

L'ampia partecipazione di esponenti delle associazioni di malati e di operatori del settore ha fatto sì che la comunicazione indirizzata dalla città di Olzai a tutti i malati rari fosse in perfetta armonia con il messaggio mondiale "uniti per un'assistenza migliore".

Gigliola Serra ha svolto la sua attività professionale dal 1981 al 2012 presso l'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile dell'AOU di Sassari; già docente di Neuropsichiatria Infantile presso la scuola di specializzazione di Neuropsichiatria Infantile dell'Università di Sassari.



La basilica di Sant'Antioco di Bisarcio

Biblioteca Tonino Pisanu, eredità inaspettata

Una incredibile mole di libri. E' questo il lascito che la famiglia Pisanu ha voluto donare all'Ordine dei Medici di Sassari. Venti scatoloni contenenti preziosissimi trattati e lavori monografici riguardanti i diversi campi della medicina, a partire dalla semeiologia, passando per la psichiatria, fino ad arrivare a un pregiato corpus di volumi a carattere odontoiatrico. Tonino Pisanu, nato a Ghilarza nel 1921, laureato in medicina e chirurgia a Sassari nel '46, esercitò la medicina generale a Ittiri già dal '47 (si racconta che espletasse le visite domiciliari utilizzando la sua bicicletta, alla quale aveva applicato uno speciale porta-siringhe). Specialista in odontoiatra e protesi dentaria dal luglio '53, si dedicò a tempo pieno a tale disciplina nel proseguo della propria attività professionale, alternandola alle sue grandi passioni: lo studio del corpo e della psiche umana, la prevenzione e la psicogeragogia. Medico poliedrico, appassionato di fotografia, aveva allestito una camera oscura, dove sviluppava e stampava le foto; era affascinato dagli sport, in particolare il nuoto e la vela, e proprio fra gomene e fiocchi diventò un vero campione. Era, insomma, un insaziabile ed eclettico studioso di autentici valori umani, un innamorato della vita e, soprattutto, della famiglia (la moglie Giovanna e tre figli: Giovanni, Isabella e Graziella).

A poco più di ottantadue anni lo stroncò, più che la malattia, l'insuperato dolore per l'imatura perdita di Isabella, psichiatra, madre di due bambini. Lasciò così, oltre ai profondi affetti domestici e alle tante amicizie, una gran messe di libri, che i familiari hanno voluto regalare all'Ordine dei Medici, e che testimoniano la vastità delle sue conoscenze e delle sue "curiosità".



Tonino Pisanu

Intitolazione della sala conferenze ad Antonio Fara

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine ha intitolato la sala conferenze, situata nella nuova ala della sede di via Cavour, al dott. Antonio Fara. Nato a Sassari il 29/11/1918, ha conseguito la laurea durante il servizio militare essendo alle armi fin dal dicembre 1941, in pieno periodo bellico. Fino al 1944 da studente e quindi fino all'aprile 1946 da medico ha svolto attività sanitaria presso l'Ospedale Militare di Sassari col grado di sergente e, successivamente, come sottotenente medico di complemento fino al febbraio 1947. E' stato libero professionista fino al 1949 come medico generico e, successivamente, dopo aver conseguito la specializzazione in odontoiatria a Roma nel 1955, come dentista. Come specialista convenzionato esterno ha svolto attività a favore degli assistiti delle mutue allora vigenti fino all'istituzione del S.S.N. e, quindi, per conto di quest'ultimo, fino al 1982. Antesignano della prevenzione scolastica, si fece promotore di una pregevole iniziativa, spinto dall'interesse per la salute dei più piccoli: svolse infatti per anni attività ambulatoriale come odontoiatra scolastico comunale presso la scuola elementare del Sacro Cuore di Sassari, al centro del quartiere di Monte Rosello, un rione allora particolarmente disagiato. E' stato per anni segretario dell'AMDI (Ass.Med.Dent.Ital.) e, per diversi mandati, dell'Ordine dei Medici, assolvendo con dedizione e competenza tutti i suoi incarichi, imprimendo un segno indelebile del suo prezioso passaggio.



Antonio Fara mentre riceve la medaglia d'oro in occasione dei 50 anni di laurea

Termalismo in Sardegna

La rinascita di Casteldoria

L'utilizzo delle acque minerali naturali per fini terapeutici risale a molti secoli fa. Sono infatti presenti, anche in Sardegna, ruderi di strutture site in prossimità di acque sorgive calde, risalenti all'epoca dei Romani. Viene definita Medicina Termale quella branca medica che si occupa di tutto ciò che concerne i mezzi utilizzati per cure con acque termali. Oggi l'utilizzo terapeutico di tali acque è disciplinato da leggi dello stato che stabiliscono i criteri che ne definiscono i meccanismi di azione, l'efficacia clinica, le indicazioni, le controindicazioni, le posologie e gli effetti collaterali; per tali motivi le cure termali devono essere prescritte e somministrate sotto controllo medico. L'acqua di ogni sorgente termale viene sottoposta a numerose indagini (idrogeologiche, batteriologiche, chimiche, chimico-fisiche, farmacologiche, ecc.) per ottenere l'Autorizzazione Ministeriale all'utilizzo terapeutico speci-

di Giovanni Di Maria



fico. In generale le applicazioni termali hanno precise indicazioni per alcune patologie croniche degenerative e/o recidivanti a carico degli apparati locomotore, respiratorio, digerente, ginecologico, uropoietico e dermatologico.

Esiste un apposito elenco ministeriale di patologie "che possono trarre reale beneficio dalle cure termali" e ogni acqua, in base alle sue caratteristiche naturali, ha le proprie indicazioni.

Controindicazioni assolute sono la presenza di fenomeni infiammatori in atto, mentre vanno ben valutati i pazienti portatori di scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria e renale, cirrosi epatica e insufficienze vascolari coronariche e cerebrali. Per ottenere le cure termali dal S.S.N. è sufficiente la proposta del medico di fiducia (medico di base o lo specialista dell'apparato interessato che abbia in uso il ricettario standardizzato) esprime la diagnosi di patologia prevista dal D.M.



Veduta delle terme di Casteldoria

Tipologia	Diagnosi	Trattamento
Malattie reumatiche	1) Osteoartrosi e altre forme degenerative 2) Reumatismi extra articolari	Balneoterapia e Fangoterapia
Malattie delle vie respiratorie e ORL	1) Rinosinuiti e Bronchiti croniche 2) Faringolaringiti croniche 3) Otitis croniche	Aerosol e Inalazioni
Malattie dermatologiche	1) Psoriasi (escluse f. pustolose) 2) Eczema e dermatite atopica 3) Dermatite seborroica ricorrente	Balneoterapia
Malattie ginecologiche	1) Vaginiti croniche aspecifiche e distrofiche 2) Sclerosi dolorosa involutiva del connettivo pelvico	Irrigazioni vaginali

15/12/1994 e il ciclo di cura correlato. In analogia a tutte le prestazioni dispensate dal S.S.N. sono previste le fasce di esenzione dal ticket.

La proposta del medico di fiducia sarà poi validata dai sanitari degli stabilimenti termali. L'efficacia delle cure termali è stata documentata in uno studio osservazionale del 2006 patrocinato dall'allora Ministero della Salute che ha riguardato circa 24.000 utenti di 297 stabilimenti termali e che ha evidenziato riduzioni delle giornate di assenza dal lavoro per malattia, dei ricoveri ospedalieri, dell'uso e abuso di farmaci, di ricorso alle riabilitazioni.

Nel panorama del termalismo sardo, affiancandosi alle realtà di Sardara, Benetutti e Fordongianus, si è reinserito lo stabilimento termale di Casteldoria, Comune di Santa Maria Coghinas.

Dopo oltre un ventennio di chiusura e lunghi periodi di ristrutturazioni, dal novembre 2010 è operativo con costanti e progressivi incrementi delle prestazioni a fronte di una domanda in crescita proporzionale.

Incastonato nel magnifico scenario naturale della valle del Coghinas, a pochi Km dal mare, utilizza direttamente le acque ipertermali che scaturiscono dal fiume. Tali acque hanno una temperatura di oltre 70° C all'emergenza e sono classificate come cloruro-alcaline (salso-bromo-iodiche). Le stesse, dopo opportuno raffreddamento, vengono utilizzate sia di-

rettamente per vasche e docce, sia vaporizzate per aerosolterapia ed inalazioni, sia, commiste ad argilla, dopo lungo periodo di maturazione, per la formazione dei fanghi terapeutici. Trovano campo di applicazione in numerose patologie di cui le più frequenti osservate e trattate sono riportate nella tabella

su evidenziata. A breve distanza dallo stabilimento, insistente nel Comune di Viddalba, e gestita dalla stessa società appaltatrice, si trova la grande piscina coperta che utilizza esclusivamente acqua termale non clorata e alla temperatura di 27°C, affiancata da una grande vasca idromassaggio del diametro di 10.00 mt a temperatura superiore, 35-37°C, frequentate sia da chi ama il nuoto, le attività affini, il fitness, sia per la riabilitazione in regime privatistico.

Fra poco sarà possibile, in regime di convenzione con il S.S.N., l'utilizzo di tale spazio per attività riabilitative in palestra e in acqua. Lo stabilimento termale comprende inoltre una struttura alberghiera e di ristorazione cui si può accedere sia in regime privatistico che in regime di convenzione per alcune categorie di assicurati INPS.

Giovanni Di Maria
è medico chirurgo e urologo



Sala inalazioni

Una solida realtà per tutta la Sardegna

La neuropsichiatria infantile a Sassari

Chi siamo

L'Unità Operativa (UO) di Neuropsichiatria Infantile (chiamata ancora Clinica con un termine leggermente desueto) è una struttura complessa dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU) di Sassari, finalizzata alla diagnosi e alla cura delle patologie neurologiche e psichiatriche acute e/o di elevata complessità che insorgono in età evolutiva, cioè entro i 18 anni di età. La Clinica (qui il termine è d'obbligo) è stata fondata nel 1972 dal Prof. Camillo Mastropaolo e successivamente guidata dal Prof. Massimo Tondi fino al 2012, quando mi viene dato l'onore di guidarne le sorti. La nostra, e quella omologa di Cagliari, sono le due sole strutture di assistenza ospedaliera per i disturbi di natura neurologica e psichiatrica dell'infanzia e dell'adolescenza nella nostra isola. Il nostro bacino d'afferenza è, generalmente, quello del Centro-Nord Sardegna (circa 600.000 abitanti) che si relaziona con la nostra struttura condotta da 8 medici strutturati di cui 3 a tempo determinato. E' consequenziale la spiacevole presenza di liste d'attesa, specie per quanto attiene al ricovero.

Direttore Stefano Sotgiu; tel. 079 2062350;
email: stefanos@uniss.it;
stefano.sotgiu@aousassari.it
Coordinatore infermieristico Marco Merlin;
tel 079 2062355-9;
marco.merlin@aousassari.it
Accettazione e Segreteria 079 2062353;
Reparto 079 2062355

Dove siamo

Da circa 8 anni ci troviamo ospiti del 1° piano della casa di cura privata Policlinico Sassarese, in

di Stefano Sotgiu



Viale Italia n. 11. Grazie agli sforzi congiunti della Direzione dell'AOU e, in particolare, del Magnifico Rettore dell'Università Prof. Attilio Mastino, in questi ultimi due anni si è arrivati alla conclusione di un lungo iter amministrativo che ci porterà finalmente verso una condizione strutturalmente adeguata ai bisogni crescenti della popolazione. Pertanto, mi piace qui anticipare (non sono scaramantico) che entro la fine di quest'anno la nostra UO troverà una nuova e più funzionale

collocazione al Palazzo Clemente di Viale San Pietro; la nuova struttura ci consentirà di offrire un servizio ospedaliero più idoneo alle accresciute esigenze igienico-sanitarie dell'utenza e certamente più snello, che non solo migliorerà la qualità di vita nel reparto ma aiuterà ad accorciare la lunghezza delle liste d'attesa.

Cosa facciamo

Essendo una struttura mista, Ospedaliero-Universitaria, la UO di Neuropsichiatria Infantile ha, per sua stessa natura, due anime e due missioni, una assistenziale e una accademica.

L'anima assistenziale

La prima è quella di fornire assistenza ospedaliera e ambulatoriale a tutta l'utenza del centro-nord Sardegna.

Il Reparto: l'UO è dotata di 10 posti letto autonomi, di cui 1 in regime di Day Hospital (diagnostico e terapeutico, condotto dalla Dr.ssa Silvia Festa). L'UO è strutturata per affrontare le necessità e i bisogni dei pazienti con patologie acute e complesse neuro-psichiatriche, incluse situazioni di emergenza-urgenza. Il personale medico è composto dalle Dr.sse Veronica Dessi, Silvia Festa e Delia Simula e dal Dr. Giuseppe Tola. Il personale



Il coordinatore infermieristico e una specialista in formazione in reparto

infermieristico e quello ausiliario, che lo spazio editoriale limitato non mi consente di ringraziare singolarmente, è guidato dal Coordinatore Dr. Marco Merlin; tutti sono professionisti altamente qualificati per tale scopo. Al fine di evitare situazioni che mettano a rischio l'incolumità dei pazienti più piccoli, dal 2013 vige una convenzione con L'ASL n.1 di Sassari grazie alla quale le urgenze psichiatriche di adolescenti di età superiore ai 15 anni, in grado di determinare condizioni di pericolo in reparto, sono temporaneamente e per il minor tempo possibile, affidate alle cure dei Colleghi della Divisione di Psichiatria dell'ASL n.1. In reparto è presente, grazie a un contratto regionale interinale, la figura professionale di pedagogo per supportare il personale medico e infermieristico nella definizione del profilo neuropsichico dei pazienti, nel contenimento dei comportamenti-problema, nell'osservare la relazione intrafamiliare e nel fornire indicazioni su procedure assistenziali e supporti educativi. Nella nostra UO è attivo il servizio di guardia medica, con presenza del medico e del personale infermieristico 24h/24, al fine di garantire le consulenze del Pronto Soccorso e di consentire, previa presentazione di impegnativa urgente, l'accesso diretto dei pazienti in urgenza. Vengono erogate le consulenze alla Clinica Pediatrica, alla Neonatologia, alla Rianimazione e alla Pediatria Infettivi dell'AOU di Sassari, alla Riani-

mazione dell'ASL n.1, alle divisioni di Pediatria degli Ospedali di Ozieri, Alghero, Tempio, Olbia e La Maddalena.

Informazioni Utili. E' previsto il ricovero di un genitore per pazienti in età inferiore ai 10 anni e per quelli di età superiore diversamente abili. E' garantita inoltre la personalizzazione del menù giornaliero in base alla terapia dietetica, nel rispetto della linea nutrizionale attribuita. Il genitore che accompagna il paziente durante la degenza può usufruire dei pasti (pranzo, cena) previo pagamento di un ticket.

Gli Ambulatori Oltre al reparto e al Day-Hospital, l'UO assicura un'attività ambulatoriale specialistica che riguarda l'epilessia, la patologia psichiatrica e dello spettro autistico, quella neuromuscolare, le malattie rare e sindromiche, i disturbi cognitivi e quelli specifici dell'apprendimento e i problemi socio-ambientali. La prenotazione delle visite ambulatoriali avviene attraverso l'Accettazione telefonando al numero 079 2062353 dalle ore 9,00 alle 16,00, escluso il sabato e i festivi. Nel dettaglio, gli ambulatori e i medici referenti sono i seguenti:

L'ambulatorio del Centro Regionale per la Diagnosi e Cura dell'Epilessia dell'età evolutiva annesso alla UO vanta riconoscimenti di qualità ed eccellenza a livello nazionale (recentemente evidenziate dai media regionali) grazie all'infaticabile attività delle Dr.sse Susanna Casellato e Delia Simula. Oltre all'attività clinica, il Centro si avvale di due tecnici di laboratorio per l'esecuzione di esami quali l'elettroencefalogramma (EEG) standard, EEG da sonno, video EEG, EEG Holter di 24 ore e la poligrafia con tracce contestuali EEG, ECG, EMG e respirogramma. Il Centro è stato costituito con delibera della Giunta RAS nel 1990 e ne ha ottenuto contributi per il funzionamento; svolge un elevatissimo livello (sia numerico che qualitativo) di attività assistenziale e di ricerca. Nonostante la carenza di personale, il numero delle prestazioni EEG e ambulatoriali del Centro si aggira intorno alle 1800 per anno.

L'ambulatorio Psichiatrico è condotto dal Dr. Roberto Polano che da anni opera in questo particolare ambito nosografico; tra le tante attività, l'ambulatorio è inserito all'interno del Centro di nuova creazione finalizzato alla diagnosi e cura dei disturbi delle condotte alimentari quali la bulimia e l'anoressia. Viene inoltre erogata consulenza



Ingresso al reparto

alle strutture della Scuola e, in caso di problematiche socio-assistenziali, viene fornita collaborazione con le istituzioni sociali territoriali e con il Tribunale dei Minori.

L'ambulatorio Neurologico, da me condotto, si avvale anche della presenza di un laboratorio di neurofisiopatologia per lo studio delle velocità di conduzione nervosa, dei potenziali evocati visivi, uditivi e somatosensoriali. In queste settimane si sta iniziando a organizzare un Centro Dipartimentale multidisciplinare universitario per lo studio e il follow-up delle malattie neuromuscolari al fine di agevolare i percorsi diagnostici e terapeutici dei pazienti.

L'ambulatorio dei disturbi cognitivi e di quelli specifici dell'apprendimento è condotto dal Dr. Giuseppe Tola che è anche il vice-Direttore della UO. L'ambulatorio si occupa anche della terapia dei disturbi di iperattività e inattenzione e fornisce collaborazione con le istituzioni scolastiche per eventuali piani didattici e formativi individualizzati. L'ambulatorio per le malattie rare e sindromiche rientra nel Presidio della rete regionale per le ma-

lattie rare ed è condotto dalla dr.ssa Veronica Dessi; si avvale del fondamentale apporto di un medico specialista dottorando di ricerca, e ha lo scopo di fornire indicazioni cliniche per le ulteriori indagini genetiche e metaboliche svolte, generalmente, al di fuori del nostro territorio.

Naturalmente vengono forniti supporti e certificazioni per i benefici di legge derivanti da tali condizioni morbose.

L'ambulatorio per i disturbi dello spettro autistico e delle patologie ad essi frequentemente correlate è condotto dalla dr.ssa Silvia Petretto. Oltre alla diagnosi viene fornita un'esperta consulenza per i piani individuali di trattamento riabilitativo da effettuare al di fuori della nostra unità in luoghi di cura della ASL o con questa convenzionate.

Per alcuni colleghi citati è vigente la convenzione con l'Azienda AOU per l'attività professionale privata intramuraria (o intramoenia) convenzionata; se interessati chiedete informazioni all'Accettazione. Infine, un'importantissima nota: sia l'attività del reparto che quella ambulatoriale non potrebbero avere un livello di qualità e quantità così elevato se non fosse presente il costante, entusiastico e innovativo aiuto da parte dei giovani medici in formazione specialistica che vorrei qui ringraziare in maniera sincera e calorosa.

L'anima accademica

L'UO di Neuropsichiatria Infantile è punto di riferimento anche per lo svolgimento delle funzioni istituzionali accademiche della Facoltà di Medicina dell'Università di Sassari, che sono quelle di promuovere ricerca e *fund raising*, nonché di favorire la formazione e valorizzazione del proprio patrimonio professionale e studentesco. Infatti l'UO, grazie anche al fondamentale apporto di medici non universitari, è sede di formazione di studenti interni per la preparazione delle tesi di laurea, ed è sede di Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile (sede principale in Sardegna, come stabilito dal Ministero per l'Università nel 2013); per tale motivo numerosi studenti laureandi e giovani medici in formazione quotidianamente affollano la struttura garantendo innovazione, preparazione, entusiasmo e crescita. L'UO contribuisce alla formazione, docenza e tirocinio anche nei Corsi di Laurea triennale e specialistica di area



Tra una visita e l'altra, nei tempi morti si studia!

Medica quali quelli per Logopedisti, Fisioterapisti, Audiometristi e Audio-protesisti, Tecnici di Neurofisio-patologia, Tecnici di Riabilitazione Psichiatrica e Infermieri. Altra attività didattica è svolta per altre Scuole di Specializzazione (Pediatria, Psichiatria, Neurologia). La costante spinta accademica ha anche una ricaduta positiva a livello territoriale, rappresentata dalla creazione di attività didattica e formativa attraverso seminari, corsi e congressi sull'epilessia, sulle malattie psichiatriche, sulle malattie metaboliche e sulle malattie rare e sindromiche.

La presenza di relatori di fama nazionale ed internazionale così come l'attribuzione di numerosi crediti ministeriali per l'educazione continua è garanzia di enorme gradimento dell'iniziativa. All'interno dell'UO operano anche due medici (una specialista e una specializzanda) che hanno superato le selezioni per poter far parte della scuola di Dottorato di ricerca in Neuroscienze. La prima collabora con l'ambulatorio delle malattie rare e sin-

dromiche nell'ambito del progetto di ricerca sulla malattia di Gaucher che vede la collaborazione con Centri specializzati del nord Italia, e la seconda collabora al Centro Epilessia ove inizierà un programma collaborativo di ricerca sulle canalopatie in ambito epilettologico. Il Centro Epilessia è molto attivo anche in ricerche cliniche applicate. Sono in corso infatti collaborazioni nazionali mirate all'accertamento di casi di pazienti con epilessia farmaco-resistente da sottoporre a terapia chirurgica o alla terapia palliativa con stimolatori del nervo vago. Nella UO è in atto una collaborazione scientifica su fondi Regionali con il Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) di Cagliari sul tema: "Dissezione delle basi genetiche della Disabilità Intellettiva nell'era dell'exome sequencing" mentre si sta contestualmente creando una task force per la terapia della sclerosi tuberosa con farmaci innovativi ed efficaci ma ancora *off label*. Infine, sono in corso specifiche tematiche di ricerca collaborativa con gruppi locali e continentali che vanno dall'analisi epidemiologica e clinica della sclerosi multipla pediatrica nel nostro territorio del Nord Sardegna fino agli studi immuno-patogenetici sull'autismo nella nostra provincia.

Chi vorremmo essere

Ci piacerebbe essere medici, infermieri e ausiliari sempre preparati, professionali, sicuri e umani. Ci piacerebbe essere docenti in grado di formare specialisti che tutta l'Italia ci invidia e ricercatori che svelano le oscure cause delle malattie che affrontiamo giornalmente. Purtroppo osserviamo i bambini e i genitori nella loro quotidianità, le rughe di preoccupazione sui loro volti, espressione di un pesante fardello che la vita ha consegnato loro e tremiamo al pensiero di non farcela neanche a essere vagamente utili. Ci rende felici sperare che, un giorno, tra i loro ricordi positivi, ci saremo anche noi. Anche soltanto come una impalpabile sensazione.

Un sorriso.

Stefano Sotgiu è responsabile della Struttura Complessa di Neuropsichiatria Infantile AOU di Sassari



I giocatori della Torres calcio in visita al reparto

Oltre 1.200 interventi all'anno, un'eccellenza in Sardegna

L'unità operativa di ortopedia e traumatologia di Olbia

Il nuovo ospedale di Olbia, Giovanni Paolo II, dal 2007, anno della sua inaugurazione, rappresenta un centro di riferimento in campo ortopedico-traumatologico per il territorio della Gallura e per quelli adiacenti, circa 150.000 abitanti. Naturalmente risponde anche alle esigenze dei turisti, che creano una sorta di "emergenza estiva": infatti, nel periodo maggio-ottobre l'aumento della richiesta sanitaria, soprattutto di quella d'urgenza, viene determinato, oltre che dalla presenza dei turisti che trascorrono le vacanze nella costa gallurese, anche dai passeggeri che transitano nel porto di Olbia e Golfo Aranci (oltre 3.5 milioni di passeggeri all'anno) e nell'aeroporto Costa Smeralda (circa 2 milioni all'anno).

Inoltre, località prettamente turistiche come Arzachena, Santa Teresa di Gallura, La Maddalena, Palau, Golfo Aranci, Loiri-Porto San Paolo, San Teodoro e Budoni, assieme agli altri centri che sono sede di importanti poli lavorativi del sughero e del granito e di attività industriali e artigianali, contribuiscono a incrementare, assieme a quelli della strada, i numeri dell'infortunistica in generale.

Il Giovanni Paolo II° di Olbia ha tutte le caratteristiche, strutturali e funzionali, di un ospedale all'avanguardia, con 150 posti letto che nel futuro dovranno certamente essere ulteriormente incrementati.

UNITÀ OPERATIVA DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

L'Unità dispone di 30 posti letto, con un indice di occupazione del 90%, di una équipe medica formata da 10 chirurghi ortopedici, coadiuvati da 35 operatori sanitari. Nel 2013 sono stati effettuati 1134

di Peppino Mela



interventi chirurgici, 240 in Day Surgery, così sommariamente distribuiti: 450 interventi per il trattamento di fratture dei grandi segmenti e 500 di traumatologia minore, 100 gli interventi di chirurgia artroscopica, 100 gli interventi di microchirurgia, 80 quelli di chirurgia vertebrale, 200 gli interventi protesici di spalla, anca e ginocchio; inoltre, le visite ambulatoriali e le prestazioni della sala gessi sono state 13.836. Grazie a una appropriata organizzazione si effettuano frequentemente sedute operatorie "no stop", durante le quali, al fine di ridurre le liste di attesa, si riesce a eseguire numerosi interventi protesici in una sola giornata.

Tutti i collaboratori medici sono specializzati in ortopedia e traumatologia e hanno frequentato corsi di perfezionamento, in Italia e all'estero, in diversi campi super specialistici come la chirurgia vertebrale, chirurgia della spalla, chirurgia della mano, del ginocchio, del piede.

Già dagli anni Novanta abbiamo intensificato le relazioni scientifiche con diverse università italiane e centri ospedalieri nazionali e internazionali, e intratteniamo rapporti di fattiva collaborazione con ortopedici dell'Università di Pittsburg (Dott. J. D'antonio), di Philadelphia (Dott. A. Ozac) e con l'Università di Athens-Atlanta (Dott. O. Mahoney) negli USA, di Atene (Dott. M. Papadopoulos).

Le competenze professionali degli operatori della U.O. di Ortopedia e Traumatologia sono volte alla diagnosi precoce, al trattamento e al follow-up delle malattie di pertinenza. L'attività svolta negli ambulatori, nella corsia e nella sala operatoria, risulta essere sempre al passo con le innovazioni delle risorse tecnologiche assegnate e disponibili. Queste ultime, frutto di una attenta scelta di acquisizione, vengono aggiornate continuamente. Il personale viene formato e addestrato ai fini dell'utilizzo ottimale delle stesse.



Medico al diafanoscopio

Per quanto riguarda i pazienti esterni, vengono effettuate quotidianamente, con precedenza rispetto alle altre, tutte le prestazioni richieste dal medico di Pronto Soccorso.

Le prestazioni ambulatoriali convenzionali, quelle di prima visita e quelle di controllo e di sala gessi, vengono erogate seguendo gli ordini di prenotazione stabiliti dal Cup, tutti i giorni, dal lunedì al sabato compreso, dalle 8 alle 14.

Oltre i ricoveri di urgenza, vengono quotidianamente effettuati quelli programmati in regime di pre-ricovero, sulla base di priorità (A-B-C-D) stabilite dai medici di reparto, attraverso le attività di ambulatorio o di sala gessi.

Le attività di sala operatoria vengono di regola svolte (quando non esistano problemi di turnazioni particolari, legate alla esigenza degli organici degli operatori di sala operatoria: anestesisti e ferristi) il lunedì, su 2 sale, e il giovedì, generalmente su 2 sale. Il mercoledì vengono svolte attività di Day Surgery. Di regola, il martedì, vengono effettuati gli interventi

chirurgici ambulatoriali. Il venerdì, se pianificato e deliberato dalla Amministrazione, si effettuano attività di prestazioni aggiuntive, completamente al di fuori dei normali orari di lavoro e previste in Progetti Obiettivo stilati sulla base di effettive esigenze del bacino di utenza di riferimento.

Purtroppo non esiste ancora un Servizio di Fisioterapia completamente dedicato alle attività di recupero funzionale dei malati ricoverati affetti da patologie ortopediche o traumatologiche altamente invalidanti. Il recupero funzionale viene affidato all'attività di un fisioterapista, in servizio nel turno di mattina.

Nel momento della dimissione il recupero funzionale del paziente viene delegato al Servizio fisioterapico territoriale. In considerazione della rilevante attività indirizzata alla risoluzione chirurgica di patologie traumatiche e degenerative della colonna vertebrale e delle grandi articolazioni, con un monte di prestazioni che si attestano in una posizione di rilievo nel quadro regionale, sarebbero necessari almeno 2 fisioterapisti al mattino e 2 alla sera, tutti i giorni della settimana.

Il recupero precoce del paziente permetterebbe di aumentare il numero dei ricoveri e, quindi, di abbattere ulteriormente la lista di attesa, di diminuire l'indice di degenza media e di ampliare notevolmente l'indice chirurgico (si potrebbero effettuare molti più interventi chirurgici all'anno), oltre che permettere un notevole ampliamento dell'Indice di Mobilità Attiva già di per sé rilevante (pazienti extra-ASL che si riferiscono, per la chirurgia protesica, all'Ospedale di Olbia).

LE TECNICHE OPERATORIE

Le tecniche tradizionali, anche quelle ritenute di base fino a dieci anni fa, sono state progressivamente ridefinite o, comunque, modificate. La mini invasività è diventata un valore aggiunto anche nella esecuzione della maggior parte degli interventi chirurgici, ortopedici e traumatologici. Tutte le tecniche sono divenute meno aggressive, parallelamente al progresso tecnologico e all'evoluzione dei sistemi video-assistiti. La chirurgia mini invasiva viene definita in questo modo perché permette di effettuare, con accessi molto ridotti, gli interventi permessi dalla chirurgia tradizionale. Si ha maggiore rispetto per il



Ospedale Giovanni Paolo II di Olbia

tessuto osseo, minore perdita ematica, la degenza media diviene più breve e la ripresa funzionale più rapida.

I mezzi di sintesi utilizzati sono di una particolare lega di acciaio o di titanio, al fine di presentare resistenza e modulo di elasticità simili a quelli dell'osso e, allo stesso tempo, permettono ai pazienti di sottoporsi a esami di risonanza magnetica nucleare.

Le protesi articolari sono di titanio e cromo-cobalto, con particolari lavorazioni di superficie, microstrutturate o rivestite in idrossi-apatite. L'interfaccia tra le diverse componenti può essere del tipo metallo-polietilene ad altissima densità o metallo-ceramica o ceramica-ceramica di ultima generazione.

Generalmente le componenti non vengono cementate ma vengono inserite con la tecnica del cosiddetto "press-fit", a incastro stabile. In questi ultimi anni si sta anche diffondendo l'utilizzo di miniprotesi, che permettono la conservazione del collo femorale, di protesi di rivestimento, di superficie, indicate nei pazienti più giovani e con una buona qualità dell'osso. L'osteoporosi o la necrosi della testa femorale in pazienti anziani possono invece far pro-

pendere verso la scelta e l'impiego di protesi convenzionali e, qualche volta, di quelle cementate.

Anche nella Unità operativa ortopedica di Olbia, come in tutti i centri al passo con le novità proposte dalle più moderne ricerche, si discute di nanotecnologie, di mescole cellulari in grado di produrre tessuto osseo e cartilagineo, di metodologie e tecniche innovative che permettano l'impianto di artroprotesi praticamente su misura, progettate e realizzate per un preciso paziente.

Ormai il progresso ha un divenire sempre più celere, ma si deve comunque riconoscere che le applicazioni cliniche e i risultati, comprovati e stabili, delle ricerche più innovative, nel breve termine e a distanza, sono ancora lontani dalle garanzie di risultato che purtroppo vengono prospettate con troppa facilità nelle trasmissioni mediatiche.

Il reparto di Olbia è un riferimento anche negli interventi protesici ricostruttivi di tratti più o meno estesi della parte prossimale del femore e della tibia. Tali interventi sono indicati nel trattamento di gravi patologie oncologiche, infiammatorie o infettive croniche, degenerative, o di gravissimi esiti post-traumatici.



Ospedale Giovanni Paolo II di Olbia

relazionale, lavorativa o anche sportiva. Le competenze professionali degli operatori della U.O. di Ortopedia e Traumatologia sono volte alla diagnosi precoce, al trattamento ed al follow-up delle malattie di pertinenza. L'attività svolta negli ambulatori, nella corsia e nella sala operatoria, risulta essere sempre al passo con le innovazioni delle risorse tecnologiche assegnate e disponibili. Queste ultime, frutto di una attenta scelta di acquisizione, vengono aggiornate continuamente. Il personale viene formato e addestrato ai

fini dell'utilizzo ottimale delle stesse.

ATTIVITÀ CHIRURGICA

Vengono impiegate mega protesi che permettono quasi sempre risultati soddisfacenti. L'utilizzo di anelli da ricostruzione acetabolare, le coppe acetabolari di grande diametro, gli acetaboli "constrained" anti lussazione, gli steli ancorati validamente al tubo diafisario femorale e tibiale, la possibilità di reinserire i muscoli nelle componenti protesiche, possono consentire una deambulazione autonoma, anche senza l'ausilio di stampelle. Naturalmente quanti praticano oggi la chirurgia ortopedica più avanzata, in continua evoluzione come nessuna altra branca chirurgica, debbono necessariamente avvalersi delle nuove metodologie, tecnologie e tecniche, ricordando peraltro di conservare sempre, nel bagaglio culturale e professionale, le esperienze dei grandi Maestri del passato. Non bisognerebbe mai abbandonare una tecnica conosciuta, dai risultati certi, per un'altra dalle prospettive innovative, ma dai risultati non sufficientemente documentati, o valida solo nelle mani super esperte di chirurghi che la utilizzano in modo esclusivo; e, per di più, su pazienti che pretendono, sulla base dell'illusione della "restitutio ad integrum", risultati che non possono invece essere assicurati. L'esperienza insegna che i risultati sono sempre rapportati a diversi fattori. In primo luogo, alle caratteristiche peculiari e ai diversi gradi di gravità del fatto patologico che interessa ogni malato, e poi, oltre che alla professionalità del chirurgo e al risultato bio-meccanico effettivo, anche, e non ultima, alla soggettività del risultato e alla interpretazione che ne fa il paziente, in linea o meno con le sue legittime velleità, di vita

- chirurgia delle lesioni traumatiche e delle patologie acquisite della colonna vertebrale (cervicale, dorsale, lombare e sacro-coccigea);
- trattamento chirurgico dei politraumi e dei traumi degli arti;
- chirurgia della spalla (lesioni della cuffia dei rotatori, lussazione abituale);
- chirurgia protesica della spalla, del gomito, del polso, dell'anca, del ginocchio, della tibio-tarsica, delle piccole articolazioni della mano e del piede;
- chirurgia artroscopica del ginocchio;
- chirurgia oncologica di interesse ortopedico;
- chirurgia della mano: lesioni nervose e degenerative (sindrome del tunnel carpale, rizoartrosi), morbo di Dupuytren, morbo di De Quervain, dita a scatto, etc.;
- chirurgia del piede (piede piatto, piede cavo, alluce valgo, alluce rigido, dita a martello);
- microchirurgia vascolare e nervosa (lesioni periferiche);
- trattamento con fattori di crescita piastrinici, autologhi o omologhi, di patologie tendinee, degenerative della spalla, del gomito, del collo piede e del piede.

Giuseppe Mela è direttore del Dipartimento chirurgico dell'ospedale Giovanni Paolo II e dell'Uosc di ortopedia e traumatologia

L'esperienza ad Anabah (Valle del Panjshir) con Emergency

Afghanistan: un paese difficile

Ho avuto, seppur per un breve periodo, il piacere e l'onore di apportare il mio contributo di medico, in qualità di internista, al Centro Medico che Emergency ha aperto e gestisce nella Valle del Panjshir, a Nord-est di Kabul; la struttura sanitaria, con un bacino di utenza di circa 300.000 abitanti, vanta un polo chirurgico, pediatrico, ostetrico e neonatale, con 2 reparti di terapia intensiva, sia chirurgica che neonatale e un servizio attivo sette giorni alla settimana dedicato alle visite ambulatoriali. Il ruolo del medico internazionale è quello di affiancare i colleghi afgani che operano in questi particolari settori, anche perchè il loro livello di preparazione, per quanto buono, non è paragonabile a quello delle nostre latitudini; tutti gli operatori sanitari peraltro sono tenuti ad attenersi

di Mario Figoni



alle direttive dettate da Emergency per la conduzione dei vari reparti. Durante la mia permanenza ho notato l'alto numero di pazienti che si rivolge al nosocomio per attacchi ipertensivi e per episodi ischemici; sono veramente pochi gli ECG "puliti" in quanto la maggioranza della popolazione testata presenta segni evidenti di sub-ischemia cardiaca; da rilevare anche un elevato numero di afgani affetti da gozzo.

L'opera dello staff internazionale di Emergency si sviluppa in tre luoghi di intervento: nella capitale, Kabul, ad Anabah, nel nord-est, e a ovest, a Lashkar-gah; il gruppo operativo è costituito da circa 30 sanitari, tra cui chirurghi, anestesisti, infermieri e tecnici e nel caso di Anabah anche da ginecologhe e ostetriche. Ma non di solo Afghanistan tratta la cooperazione sanitaria con i



Agente sanitario mentre svolge la sua attività di tirocinio presso l'ambulatorio dell'ospedale



Prima nevicata dell'anno all'esterno del padiglione maternità del centro Emergency della Valle del Panjshir

paesi cosiddetti "emergenti", per utilizzare un ennesimo eufemismo.

Nell'arco di poco più di un decennio ho avuto modo di prestare servizio in molti progetti in Africa, dapprima in Guinea Bissau (Africa Occidentale) con Mani Tese di Milano, in seguito nell'arcipelago di Capo Verde, con gli Amici di Raoul Follereau (A.I.Fo) di Bologna, più conosciuti come "Amici dei Lebbrosi", e infine direttamente per conto della Cooperazione Italiana nella Repubblica del Mali.

In seguito, rientrando a lavorare in Italia, passando all'istituto di malattie infettive di Sassari come una meteora, eccomi al "D. Cotugno" di Napoli, dove lavoro nel reparto AIDS donne. Da questa città sono ripartito diverse volte per varie missioni di valutazione, sempre per conto dell'Aifo, in Etiopia, Mozambico, Ghana. Nel raccontarvi brevemente la mia esperienza, posso dire che quel che si fa operando in queste realtà è sì entusiasmante e gratificante, ma rimane sempre limitato rispetto all'ampiezza del problema; è assimilabile a poche gocce nell'oceano, ma Santa Madre Teresa diceva che se quelle gocce non ci fossero, mancherebbero... Mi sento anche in grado di passare il testimone, ormai è l'ora! I più giovani possono ancora mettersi in gioco personalmente e i miei coetanei perlomeno conferire un contributo economico a queste organizzazioni; le tre che ho menzionato in questo articolo e per cui ho avuto l'occasione di lavorare sono "fidej" e ben meritevoli di donazioni. Desidero terminare con la frase di congedo in uso nelle lande Afghane: "MANDA NABASHI" (che possiate mai essere stanchi)!

Volentieri pubblichiamo una poesia dedicata ai volontari di Emergency scritta da Fiammetta Campione.

LA TUA MANO È LA MIA

Hanno odore di coraggio
le tue mani,
un coraggio che ha un nome nuovo,
s'aggira tra corsie di sguardi supplici,
che non contano salvezza.

Un semplice sorriso:
la tua medaglia sul cuore

Gentilezza d'un gesto,
incontro a volti smarriti,
e corpi discordanti di promesse.

La mia coscienza,
docile s'affida a quel gesto,
ora, la tua mano è la mia,
permettimi di ascoltare quei respiri,
di ritrovarmi in essi,
per poter cogliere la grandezza,

e umilmente
chinarmi a raccoglierne le briciole.



Equipe medica italo-afghana: i dottori Matin, Amin, Figoni e Ruhollah

Qualche notizia sulla storia di una associazione che opera per la collettività

Le attività dell'AVIS



I primi associati dell'AVIS



L'ingresso della sede sassarese dell'AVIS

LAVIS è un'Associazione di volontariato costituita tra coloro che donano spontaneamente, gratuitamente, periodicamente e anonimamente il proprio sangue; è apartitica, aconfessionale, senza discriminazione di razza, sesso, religione, lingua, nazionalità, ideologia politica; esclude qualsiasi scopo di lucro e persegue finalità di solidarietà umana. Fondata a Milano nel 1927 dal dott. Vittorio Formentano, costituitasi ufficialmente come Associazione Volontari Italiani del Sangue nel 1946, riconosciuta nel 1950 con una legge dello Stato Italiano, l'AVIS è oggi un ente privato con personalità giuridica e finalità pubblica e concorre ai fini del Servizio Sani-



tario Nazionale in favore della collettività. Basa la propria attività istituzionale e associativa sui principi costituzionali della democrazia e della partecipazione sociale e sul volontariato quale elemento centrale e strumento insostituibile di solidarietà umana. Gli scopi dell'Associazione fissati dallo statuto erano e sono: venire incontro alla crescente domanda di sangue, disporre di donatori pronti e controllati nella tipologia del liquido ematico e nello stato di salute, donare gratuitamente a tutti, senza alcuna disparità di trattamento. All'AVIS aderiscono sia coloro che donano volontariamente e anonimamente il proprio sangue e sia coloro che, pur non potendo, per motivi di inidoneità, effettuare la donazione, collaborano a titolo gratuito a tutte le attività di promozione e organizzazione. L'AVIS, disciplinata dalla Legge



La sala prelievi

266/91, è presente su tutto il territorio nazionale con una struttura ben articolata, suddivisa in 3.180 sedi Comunali, 111 sedi Provinciali, 22 sedi Regionali e l'AVIS Nazionale, il cui organo principale è il Consiglio Nazionale. Sono inoltre attivi 773 Gruppi Avis, organizzati soprattutto nelle aziende, sia pubbliche

che private, come ulteriore testimonianza della presenza associativa nel tessuto sociale. L'AVIS provinciale di Sassari, iscritta al Registro regionale del Volontariato della Regione Sardegna, conta al 31/12/2013 circa 7000 soci tesserati, fra donatori e collaboratori, divisi in 33 Avis Comunali distribuite nel territorio delle due provincie di Sassari e Olbia-Tempio. Ciascuna delle Avis Comunali è gestita in modo autonomo da un proprio Consiglio direttivo e da un proprio Collegio Sindacale. Oltre a svolgere un'azione di proselitismo mirata a incrementare il numero dei soci donatori, svolge anche servizio di soccorso in convenzione con la centrale operativa 118 e opera di volontariato con ambulanze adibite al trasporto. Alcune sezioni inoltre svolgono anche attività di Protezione Civile facente parte della colonna mobile Avis Nazionale e della Protezione Civile Regionale. In collaborazione con ciascuna delle sedi comunali, la sezione Provinciale organizza e gestisce con proprio personale medico e infermieristico le raccolte presso ciascuna sede o, in alternativa, con le proprie autoemoteche. L'anno 2013 ha visto un incremento delle unità di sangue raccolte del 13% circa rispetto al 2012. Oltre alle raccolte nelle diverse Avis comunali, la nuova sede Provinciale di San Camillo ospita un accogliente Centro per la donazione del sangue, aperto tutti i lunedì dalle ore 07.30 alle 12.30. Come di consueto i donatori ricevono al proprio domicilio le analisi relative alla donazione.

A cura dell'AVIS provinciale.



Ingresso delle domus de janas situate nel territorio di Mores

Resoconto della Giornata della salute orale con l'AIO

E giunta ormai al settimo appuntamento la Giornata Internazionale per la Promozione della Salute Orale indetta in tutto il mondo dalla Fédération Dentaire Internationale. In occasione di questa ricorrenza, il 20 marzo 2014 l'AIO (Associazione Italiana Odontoiatri), partner italiano per FDI, ha organizzato, tramite le sue sedi provinciali una serie di eventi atti a sensibilizzare i cittadini alle problematiche riguardanti le patologie del cavo orale.

Nella settimana dal 17 al 23 Marzo e in quella compresa tra il 24 e il 28 marzo i soci Aio che hanno manifestato la loro disponibilità hanno visitato gratuitamente, nei propri luoghi di lavoro, i pazienti che ne hanno fatto richiesta ; durante la terza settimana di marzo in tutta Italia gli stessi colleghi hanno inoltre organizzato degli stand presso piazze e centri commerciali, sensibilizzando la popolazione sulla prevenzione delle patologie orali come previsto dalle direttive del Ministero della salute.

Anche a Sassari gli odontoiatri che hanno aderito

all'iniziativa hanno allestito, il giorno 22 Marzo, presso il centro commerciale Corte Santa Maria, uno stand informativo, fornendo consigli utili e nozioni di igiene orale a più di cinquecento persone.

Oltre alla distribuzione di materiale didattico, sono stati regalati numerosi gadget come testine di spazzolini elettrici, fili interdentali, collutori e kit per la pulizia delle protesi. I visitatori hanno decisamente apprezzato la disponibilità dimostrata da parte dei dentisti volontari a diffondere i protocolli emanati dal Dicastero alla salute, elaborati in perfetta sintonia con i suggerimenti dell'AIO. A questo proposito, si ricorda a tutti i colleghi medici, generalisti o specialisti, e odontoiatri, che il 7 giugno 2014, all'Hotel Carlo Felice di Sassari, l'AIO organizza un corso di aggiornamento proprio riguardo la prevenzione della salute orale intitolata "Gli Alleati Della Prevenzione" in cui verranno illustrate le varie indicazioni ministeriali che devono servire come punto di riferimento per tutti gli operatori sanitari.



Medici competenti e strumenti taglienti: recepita la posizione dell'AIO

La direttiva CE 2010/32/UE sui "taglienti", entrata in vigore il 25 marzo 2014 con decreto di recepimento n° 19 del 19 febbraio, non obbliga l'odontoiatra alla sorveglianza sanitaria.

Secondo il parere della Direzione generale Prevenzione del Ministero della Salute numero 44 del 21 marzo, l'obbligo vale per le strutture sanitarie dove si fa uso di taglienti potenzialmente infettivi, ed è rivolto a tutto il personale che utilizza questi strumenti; ma studi odontoiatrici e strutture sanitarie a rischio non sono la stessa cosa. Gli obblighi introdotti dal decreto (appoggio al medico competente per valutare e prevenire i rischi dei lavoratori esposti, tenuta di una cartella di rischio e certificazione di idoneità per ogni lavoratore, formazione ad hoc di personale a rischio con sanzioni fino a 7014,00 euro e arresto fino a 6 mesi per i datori di lavoro inadempienti) valgono per tutti coloro che lavorano in "strutture o servizi sanitari del settore pubblico e privato ove si svolgono attività sottoposte alla responsabilità organizzativa e decisionale del datore di lavoro".

"Ne deriva come logica conseguenza che, nel caso l'esercizio sia prestato nel proprio studio medico od odontoiatrico dal singolo professionista abilitato....., in assenza di complessità organizzative proprie di una struttura o di un servizio sanitario, tale luogo di lavoro, per definizione, risulta escluso dal campo di applicazione del decreto 19.

Ove nello studio odontoiatrico operi un collaboratore o un dipendente, sarà il documento di valutazione di rischio - che il professionista già deve predisporre in base al decreto legislativo 81/08, testo unico sulla sicurezza nei luoghi di lavoro - a delineare se per essi vi sia un rischio di esposizione ai taglienti

e a indicare la strada della sorveglianza sanitaria in conformità con la direttiva Ue e il decreto 19/2014.

Pertanto, ricorda il Ministero della Salute, l'articolo 271 comma 4 del Testo Unico consente di evitare la sorveglianza sanitaria "solo se i risultati della valutazione dimostrano che l'attuazione di tale misura non è necessaria".

Non è automatico che laddove uno studio odontoiatrico sia organizzato come struttura (con svolgimento di attività sanitarie sottoposte alla responsabilità organizzativa e decisionale di un datore di lavoro) scatti la sorveglianza sanitaria; ma questa sarà obbligatoria se dalla valutazione del rischio effettuata «risulti presente per i lavoratori un rischio di ferita da taglio o da punta comportante contatto con sangue o altro potenziale veicolo di infezione».

Il parere ministeriale è in linea con quanto ha scritto l'Associazione Italian

Odontoiatri il 22 marzo scorso sul sito www.aio.it, e in particolare con quanto affermato da Pierluigi Martini, responsabile associativo del settore sicurezza sul lavoro, il quale ha sottolineato da una parte la sostanziale sicurezza degli studi odontoiatrici italiani e dall'altra la necessità di adeguarsi alla legge con un programma di formazione sul dlgs 81/08 e sulle conseguenze di una superficiale stesura del documento di valutazione del rischio.

Solo da quest'ultimo deve discendere la conclusione se un odontoiatra sia tenuto ad adempiere o meno agli obblighi della direttiva Ue.

Lo stesso Martini è stato nominato in questi giorni tra gli esperti del gruppo di lavoro sul tema della valutazione dei rischi istituito dal Ministero della Salute in seno al Gruppo Tecnico sull'Odontoiatria di cui AIO fa parte.



Diagnosi e terapia adeguata fondamentali per evitare conseguenze drammatiche

Emofilia A acquisita: una patologia insidiosa

Lemofilia acquisita è un raro disordine della coagulazione caratterizzato dall'insorgenza di manifestazioni emorragiche inspiegabili e alterazioni dei test coagulativi, in soggetti con diatesi emorragica personale e familiare negativa.

È una condizione autoimmune dovuta alla presenza di auto-anticorpi diretti in maniera selettiva contro il FVIII:C della coagulazione. L'auto-anticorpo, ad azione inibitoria, determina un'interferenza nella funzione coagulativa del FVIII:C comportando una anomalia di laboratorio e manifestazioni emorragiche. Le condizioni più frequentemente associate allo sviluppo di auto-anticorpi anti FVIII:C sono: la gravidanza, più frequentemente nel post-partum, le malattie autoimmuni, le neoplasie solide ed ematologiche, comuni patologie dermatologiche (penfigo, psoriasi e dermatite esfoliativa) e alcuni farmaci di frequente utilizzo nella pratica clinica come l'interferone, la penicillina e il clopidogrel. Tuttavia in oltre il 50% dei casi non si individua alcuna patologia associata (emofilia acquisita idiopatica) anche se condizioni patologiche sottostanti talvolta possono essere diagnosticate molto tempo dopo l'insorgenza dell'alterazione coagulativa.

L'incidenza dell'emofilia acquisita è stimata intorno a 1.5 per milione di abitanti per anno senza distinzioni di sesso.

La distribuzione per età risulta bifasica con un primo picco di età nel post-partum in donne tra i 20-30 anni e un picco più grande nell'età compresa tra i 55 e i 78 anni. I dati

di Luciana Mamei



disponibili sono sicuramente sottostimati poiché la patologia è poco conosciuta e molti casi non sono diagnosticati o non vengono riportati. Nel nostro Centro in soli due mesi dall'inizio dell'anno abbiamo diagnosticato e trattato ben tre casi di emofilia A acquisita!

L'emofilia A acquisita, dunque, rappresenta una patologia molto insidiosa e potenzialmente fatale, sia per le possibili manifestazioni emorragiche, sia per le malattie a cui spesso si associa, che spesso sono a prognosi infausta. Il quadro clinico dell'emofilia acquisita si differenzia da quello dell'emofilia congenita.

I pazienti con Emofilia A acquisita possono esordire con manifestazioni emorragiche minori o maggiori, a seconda dell'estensione e dell'intensità e interessano principalmente la cute, le mucose e il tessuto muscolare.

Talvolta la malattia esordisce in maniera drammatica manifestandosi con emorragia cerebrale,



Emofilia acquisita post-partum



Emofilia A acquisita idiopatica



Emofilia A acquisita in patologia autoimmune

emorragie retro-peritoneali o compartimentali.

Gli emartri, tipiche manifestazioni dell'emofilia congenita, sono piuttosto rari.

Difficilmente la diagnosi è casuale, in soggetti asintomatici, a seguito di indagini di laboratorio che evidenziano le alterazioni dei test coagulativi.

La diagnosi di emofilia viene posta con la dimostrazione di un isolato allungamento dell'aPTT, associato a una riduzione del FVIII:C e al rilevamento di un inibitore anti FVIII:C in un individuo senza storia familiare o personale di sanguinamento.

La tempestività e l'adeguatezza diagnostico-terapeutica sono cruciali nella gestione dei pazienti con emofilia acquisita che dovrebbero, pertanto, essere inviati a un Centro che disponga delle opportune competenze cliniche e laboratoristiche, sin dal primo sospetto diagnostico. Sono due gli obiettivi principali della strategia terapeutica dei pazienti con emofilia acquisita: il trattamento dell'episodio emorragico e l'eradicazione dell'autoanticorpo.

Per entrambi questi obiettivi sono disponibili una serie di strategie, documentate più o meno solidamente dalla letteratura, che comprendono: incrementare i livelli di FVIII:C endogeno, mediante la desmopressina, o con dosi elevate di concentrati di FVIII esogeno; ricorrere come spesso è necessario agli agenti bypassanti che appunto superano l'interferenza dell'inibitore garantendo l'emostasi.

Per l'eradicazione dell'inibitore si ricorre a una terapia immunosoppressiva.

E' ovviamente fondamentale dal punto di vista prognostico la risoluzione di eventuali patologie associate che rappresentano l'innesco per la produzione degli auto anticorpi.

La gestione ottimale richiede una tempestività e adeguatezza diagnostico-terapeutica difficilmente reperibili al di fuori dei Centri specialistici.

Nell'ultimo decennio si sono avuti notevoli progressi nella comprensione della fisiopatologia dell'emofilia acquisita con l'introduzione di nuovi presidi farmaceutici che hanno consentito un più efficace approccio terapeutico nell'emergenza e nel medio-lungo termine consentendo un notevole miglioramento prognostico.

Le immagini inserite nell'articolo si riferiscono a pazienti in trattamento presso il nostro Centro.

Luciana Mameli è Direttore dell'Unità Operativa di Malattie della Coagulazione della Asl di Sassari.

Ruolo del *Mycobacterium avium* species *paratuberculosis* e del virus di Epstein-Barr

Sclerosi Multipla in Sardegna: nuove scoperte

La sclerosi multipla (SM) è una patologia neurodegenerativa che colpisce il sistema nervoso centrale (SNC). La caratteristica principale di questa malattia è la perdita della guaina mielinica che circonda gli assoni dei neuroni, arrecando danni neurologici. Il processo di demielinizzazione è mediato primariamente dall'infiltrazione attraverso la barriera emato-encefalica (BEE) dei linfociti T CD4+ specifici per la mielina danneggiandola in maniera irreversibile. Ne consegue una notevole riduzione della velocità di conduzione dell'impulso nervoso con le seguenti problematiche che ne derivano. Fino a poco tempo fa si pensava che la SM fosse una patologia esclusivamente mediata dai linfociti T, ora è stato accertato un coinvolgimento da parte dei linfociti B (risposta umorale), è infatti noto che gli anticorpi possono mediare un danno tessutale.



cidenze al mondo di SM. La popolazione sarda rappresenta un buon modello di studio, a causa del suo peculiare corredo genetico dovuto a secoli d'isolamento, all'esiguo numero di abitanti, alla pressione di fattori selettivi quali la malaria. Questo aiuta a spiegare la presenza di un background genetico predisponente verso patologie di natura autoimmune; si pensi che da un recente studio sull'incidenza delle patologie autoimmuni in Sardegna è risultato che il 5% della popolazione è affetta da almeno una patologia autoimmune.

Nonostante i notevoli passi avanti compiuti dalla ricerca, l'eziologia della SM è ancora sconosciuta, anche se si pensa possa essere il risultato di un'interazione tra fattori genetici e ambientali. La suscettibilità genetica è fortemente correlata con il locus HLA di classe II, in particolare gli alleli DR e DQ che conferiscono fino al 60% del rischio genetico. Pertanto, è chiaro che la genetica esercita un ruolo fondamentale nel conferire suscettibilità alla SM, tuttavia ci sono forti evidenze epidemiologiche che attribuiscono anche all'ambiente un ruolo altrettanto importante nell'etiopatogenesi della SM.

Ci sono diverse teorie su come l'infezione da parte di microorganismi possa indurre l'autoimmunità e nel corso degli ultimi quattro decenni diversi agenti patogeni sono stati associati alla SM. Tuttavia manca la conferma della stragrande maggioranza dei risultati ottenuti. Recentemente numerosi lavori dimostrano l'esistenza di una relazione fra il microbiota intestinale e il sistema nervoso centrale. Per quanto riguarda i fattori ambientali di natura batterica, lavori pubblicati di recente suggeriscono che il *Mycobacterium avium* subs. *paratuberculosis* (MAP) (Figura 1) possa agire come fattore di rischio, nel favorire il progredire o nell'innescare la SM.

Per quanto riguarda i fattori di rischio di natura virale, il candidato più accreditato è il virus di Ep-

Il numero totale di individui affetti da SM nel mondo è di circa 3 milioni, 450 mila dei quali in Europa e 65 mila in Italia (AISM 2013). La distribuzione della malattia non è uniforme, è più diffusa nelle zone lontane dall'Equatore a clima temperato. La distribuzione della SM in Europa segue quindi un gradiente nord-sud, con l'evidente eccezione della Sardegna, che presenta una delle più alte in-



Fig.1. A: MAP isolato da paziente al Microscopio elettronico. B: MAP in coltura su terreno solido.

stein-Barr (EBV) (1). Il MAP è una sottospecie del *Mycobacterium avium* e a sua volta fa parte del *Mycobacterium avium* complex. È un patogeno intracellulare, che in natura si moltiplica all'interno dei macrofagi dell'ospite infettato. Il MAP ha un tempo di duplicazione lentissimo di 48-72h, per osservare la crescita di una colonia occorrono almeno 3 mesi.

MAP è l'agente eziologico della paratubercolosi nei ruminanti, un'enterite cronica granulomatosa, ed è da lungo tempo associato al Morbo di Crohn nell'uomo, una patologia infiammatoria cronica dell'apparato digerente. Entrambe le patologie sono caratterizzate dalla formazione di granulomi. Il MAP è stato anche associato ad altre patologie di natura autoimmune, come il Diabete di tipo 1 e appunto la SM. Il MAP è un patogeno diffuso in tutto il mondo, in Sardegna si calcola che circa il 60% degli allevamenti (ovini e bovini) siano infettati da questo agente patogeno.

Tra le principali evidenze sperimentali che supportano l'esistenza di un'associazione riscontrata tra MAP e la SM, vi è il riscontro di una significativa presenza del DNA batterico nelle cellule del sangue periferico dei pazienti affetti da SM rispetto ai controlli sani. Il gruppo di ricerca sui micobatteri, di Sassari (foto in testa all'articolo), è stato creato dal nostro maestro prof Giovanni Fadda agli inizi degli anni ottanta e insieme alla prof.ssa Stefania Zanetti si occupa di tutte le infezioni sostenute dai micobatteri, in primis la Tuberculosis. Diversi lavori condotti dal nostro gruppo di ricerca, in collaborazione con la prof.ssa Marrosu e la dott.ssa Cocco del centro Sclerosi Multipla di Cagliari, hanno permesso di evidenziare che su un totale di 436 pazienti affetti da SM analizzati ben il 27.5% sono risultati positivi alla presenza del DNA batterico contro solo il 6.3% dei rispettivi controlli sani. La presenza del DNA batterico è stata riscontrata nelle cellule mononucleate del sangue periferico, utilizzando tecniche che amplificano il DNA (PCR), in particolare la sequenza di inserzione IS900. L'elemento IS900 è altamente specifico per il MAP, ed è presente all'interno del genoma del MAP in un numero di copie che varia dalle 14 alle 18. Questa tecnica molecolare è a tutt'oggi ritenuta lo standard di riferimento per l'identificazione del MAP e per discriminarlo dagli altri membri del *Mycobacterium avium* complex.

Un'altra evidenza sperimentale a supporto del-

l'associazione tra MAP e SM è data dalla scoperta di anticorpi diretti contro specifici antigeni del batterio.

A oggi sono state identificate ben tre proteine MAP specifiche e vari epitopi appartenenti ad antigeni del batterio, capaci di stimolare una forte risposta umorale in soggetti affetti da SM. La prima proteina che è stata identificata è la MAP_2694. Questa proteina trans-membrana risulta essere omologa ai recettori TCR dei linfociti T gamma delta, una sottoclasse linfocitaria che svolge un ruolo importante nel mediare la risposta immune. Queste cellule sono note per il ruolo che svolgono nella risposta ai micobatteri e sono localizzate soprattutto nella mucosa intestinale. Utilizzando il modello murino della SM, chiamato encefalite autoimmune sperimentale, è stato dimostrato che una deplezione di questa linea cellulare porta a un peggioramento dei sintomi della patologia. Inoltre queste cellule sono il principale produttore dell'interleuchina 17, una citochina pro infiammatoria associata ai processi di natura autoimmune.

Si pensa che la MAP_2694 possa cross-reagire con il recettore di queste cellule, attraverso un meccanismo di mimetismo molecolare, scatenando il processo autoimmune. È stato quindi ipotizzato che il MAP possa essere uno degli agenti ambientali, che svolgono un ruolo attraverso un meccanismo di mimetismo molecolare, portando all'attivazione di cloni di linfociti T auto reattivi. Per mimetismo molecolare si intende quel meccanismo secondo il quale elementi antigenici del microorganismo potrebbero causare una risposta contro epitopi simili presenti nelle cellule e/o tessuti dell'ospite. La similitudine tra patogeno e ospite potrebbe essere rappresentata da sequenze aminoacidiche lineari condivise o da epitopi conformazionali.

Un'altra proteina potenzialmente associata alla SM è la MAP_FprB, il cui gene codifica per una ferredossina riduttasi. La MAP_FprB è omologa alla proteina mielinica PO umana, che è la proteina principale del sistema nervoso periferico dei mammiferi e viene espressa a livello del SNC sia nei pesci che negli anfibi. Sono state trovate mutazioni nel gene PO in soggetti affetti da neuropatie ereditarie, ma il significato di questa associazione è ancora sconosciuto. È interessante notare che la proteina PO è omologa della glicoproteina mielinica degli oligodendrociti (MOG), un possibile auto antigene della SM.

**CONVOCAZIONE
ASSEMBLEA ORDINARIA
ANNUALE**

27 MAGGIO 2014

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

Gli iscritti sono convocati in Assemblea Ordinaria il giorno 25 maggio 2014 alle ore 24.00 in prima convocazione e il giorno 27 maggio alle ore 18.00 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. Conto consuntivo anno 2013;
3. Variazioni e assestamenti al bilancio di previsione anno 2014;
4. Varie ed eventuali.

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

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

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

Nessun iscritto può essere investito di più di due deleghe.

IL PRESIDENTE

dott. Agostino Sussarellu



Il sottoscritto dott. delega a rappresentarlo all'Assemblea Ordinaria dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del giorno **27 maggio 2014**, il dott.

.....

....., il

Firma

Più di recente è stata identificata la MAP_3840, comunemente chiamata heat shock protein 70. La sua funzione principale è quella di chaperone molecolare e appartiene alla famiglia delle heat-shock proteins (Hsp). Durante condizioni di stress cellulare le Hsp sono sintetizzate rapidamente e la loro concentrazione aumenta sia a livello intracellulare che extracellulare. Le Hsp sono proteine altamente conservate, legate alla risposta immunitaria e sono presenti in quasi tutte le forme viventi. È stato provato che durante le infezioni causate dal MAP, sono espresse sia le Hsp del batterio che dell'ospite; queste, mostrando alcuni epitopi in comune, potrebbero generare fenomeni di cross-reattività dando luogo al fenomeno dell'autoimmunità. Anticorpi anti-HSP70 e linfociti T specifici per sequenze della HSP65 e HSP70 sono stati trovati in varie patologie autoimmuni tra cui la SM, anche se è difficile capire se svolga ruoli dannosi o protettivi nei confronti della patologia.

Ulteriori conferme inerenti l'associazione tra MAP e SM provengono da studi in ambito genetico. Il nostro gruppo ha condotto uno studio pilota al fine di analizzare i polimorfismi del gene SLC11A1. Il prodotto del gene ha un ruolo primario nella risposta immunitaria innata, poiché contribuisce a impedire

la crescita dei batteri intracellulari (come il MAP) all'interno dei macrofagi, svolgendo un ruolo attivo nell'acidificazione dei fagolisosomi. Lo studio ha evidenziato che una variante allelica di questo gene è associata significativamente sia alla SM sia alla positività anticorpale nei confronti della MAP_2694. Il singolo polimorfismo identificato consiste in una sostituzione di una citosina con una timina; quest'ultimo potrebbe ostacolare l'acidificazione del fagosoma e permettere al micobatterio di sopravvivere all'interno del macrofago.

Ad ogni modo, nonostante queste prove evidenti sull'associazione tra MAP e SM, non si può ancora affermare con certezza che il cross-riconoscimento tra proteine del MAP e le rispettive proteine omologhe umane porti ad un meccanismo di mimetismo molecolare che culmina nello scatenare il processo autoimmune. Per dimostrare che l'infezione da parte del MAP svolge un ruolo causale nell'eziopatogenesi della SM, bisognerà eseguire ulteriori esperimenti, utilizzando anche un modello animale.

È stato proposto un ipotetico meccanismo d'azione, illustrato nella Figura 3.

L'infezione da parte del MAP avviene principalmente per via oro-fecale, quindi i veicoli d'infezione sono il latte, le carni contaminate e l'acqua. Di con-

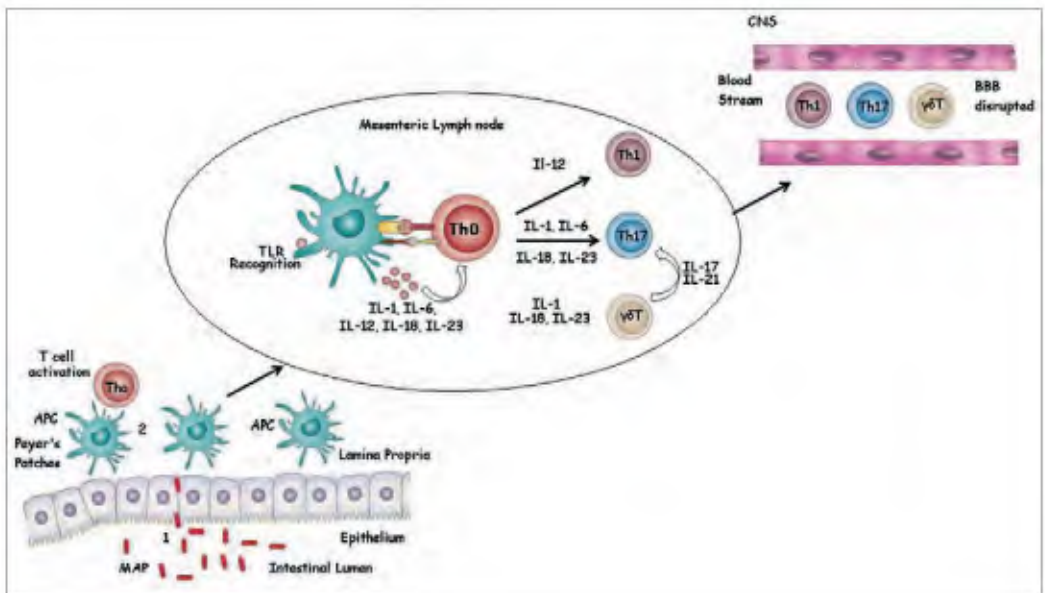


Figura 3. Il MAP dopo essere penetrato nella mucosa intestinale sopravvive all'interno di macrofagi e cellule dendritiche. Nei linfonodi mesenterici viene presentato ai linfociti T che si differenzieranno in Th1 e migreranno sino al SNC dove attaccheranno le cellule dell'ospite che avranno omologia con gli antigeni del MAP.

seguenza è molto probabile che si possa entrare in contatto con il MAP già durante l'infanzia. Il MAP colonizza e risiede nel tessuto linfoide associato alla mucosa del piccolo intestino (MALT). Oltrepassa l'epitelio attraverso le cellule M delle placche di Peyer e viene fagocitato dai macrofagi e/o dalle cellule dendritiche, che agiscono come cellule presentanti l'antigene, processando ed esponendo gli epitopi del MAP (omologhi ad antigeni self) ai linfociti T naive (Th0). Questi migrano nei linfonodi mesenterici, dove le Th0 si differenziano in Th1 e Th17. Le cellule T auto-reattive differenziate dal linfonodo migrano attraverso il sangue sino al SNC. Una volta penetrata la BEE, attaccano la mielina e gli antigeni omologhi self (Fig.3).

Il Virus di Epstein-Barr (EBV) è indicato come il principale indiziato (nel versante virale) come agente scatenante della SM. Analizzando i database bioinformatici a disposizione ci siamo resi conto che diversi epitopi del virus hanno un'alta omologia con proteine del MAP espresse in superficie. Quindi siamo andati ad analizzare la presenza di anticorpi contro i peptidi omologhi EBNA1400-413, MAP121-132, e proteine della mielina di base (MBP) 85-98 su una coorte di pazienti affetti da SM sardi, dimostrando che questi anticorpi sono altamente prevalenti tra i pazienti con SM rispetto ai controlli sani. Esperimenti

di inibizione competitiva hanno dimostrato che gli anticorpi che riconoscono l'epitopo di EBV (EBNA1400-413) e quello di MAP (MAP121-132) cross-reagiscono con la proteina della mielina basica MBP85-98, possibilmente attraverso un meccanismo di mimetismo molecolare.

Infatti, il fatto che i peptidi di diversi agenti patogeni possono essere riconosciuti dagli stessi anticorpi rivolti verso auto-epitopi quali la MBP, supporta l'ipotesi che EBV e MAP possano innescare un processo autoimmunitario mimando lo stesso target.

Ad oggi, una prova definitiva che confermi un ruolo diretto di MAP ed EBV nell'eziologia della SM non è ancora disponibile, tuttavia ci sono interessanti prospettive future.

Per questo motivo studi in corso sono focalizzati sul possibile ruolo sinergico di EBV e del MAP come possibili agenti ambientali che possono scatenare la patologia in persone geneticamente predisposte.

Davide Cossu è assegnista di ricerca

Speranza Masala è assegnista di ricerca

**Giuseppe Mameli è ricercatore
a tempo determinato**

**Leonardo A. Sechi è professore ordinario
di Microbiologia, Dipartimento di Scienze
Biomediche Università di Sassari**



Ardara, vecchia casa cantoniera (Ozieri)

Analisi della situazione e delle criticità alla luce del recente passaggio della Sanità Penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute

Salute in carcere, oggi

Promosso dalla SIMSPe (Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria) e con il patrocinio del Senato della Repubblica, martedì 18 marzo 2014, presso la Sala Capitolare del Chiostro del Convento di S. Maria sopra Minerva, Senato della Repubblica, si è tenuto un convegno durante il quale gli operatori sanitari penitenziari hanno esposto a un pubblico di politici, esperti, competenti e decisori, il quadro attuale della salute in carcere. Tale quadro emerge dai numerosi studi condotti in tale ambito dai ricercatori della SIMSPe, proprio come appare agli occhi di chi opera "sul campo". Al centro della discussione, il tema del trasferimento delle funzioni sanitarie dal sistema centralizzato e autonomo dell'Amministrazione Penitenziaria al SSN e quindi alle Regioni, che ancora stentano a entrare nella cultura e nelle attività sanitarie del carcere, luogo unico per la particolarità del contesto operativo e le specificità degli utenti. In tale ambito, le stesse parole "salute" e "malattia" hanno connotazione e significati spesso differenti, dove spesso le malattie tendono esponenzialmente a crescere con, ad esempio, prevalenze significative delle epatopatie HCV e HBV correlate e delle pluri-patologie internistiche. Curare le persone detenute è necessario, ma può essere difficile; qui l'aiuto che viene dalla ricerca più avanzata è essenziale, per migliorare l'adesione alle cure e la loro efficacia. Quale naturale prosieguo dell'audizione del 7 novembre 2013 presso la XII Commissione Sanità del Senato, la SIMSPe ha inteso sottolineare come la tutela della salute in carcere necessiti del confronto senza pregiudizi fra le professionalità sanitarie e le Istituzioni che hanno competenza sul "pianeta carcere". Abbiamo inteso chiedere qualche riflessione ai relatori, iniziando dal Sergio Babudieri, Presidente SIMSPe onlus, Professore Associato di Malattie Infettive c/o AOU Sassari, Consulente Infettivologo Case Circondariali di Bancali e

di Alberto Muredda



Alghero: "Non c'è solo la libertà personale tra i diritti che si perdono quando si finisce in carcere; tra le pene accessorie, in qualche modo occulte, c'è anche la perdita del diritto alla salute, in una situazione ancor più compromessa a seguito del passaggio delle responsabilità dal carcere alle Asl. Oggi, il 60-80% dei 64000 detenuti presenta qualche malattia. A trasformare le prigioni in veri e propri lazzaretti sono la presenza di soggetti a rischio, come i tossicodipendenti, che rappresentano il

32% del totale, ma anche il sovraffollamento, che favorisce i contagi, e l'assenza di controlli sistematici, per cui anche le dimensioni esatte del fenomeno non sono conosciute. Il risultato è che probabilmente i dati sono sottostimati, anche perché molti dei detenuti non sanno di avere contratto una malattia o non vogliono saperlo per non apparire indeboliti". Secondo le stime presentate, oltre i tossicodipendenti che sono, appunto il 32%, il 27% presenta un problema psichiatrico, il 17% ha malattie osteoarticolari, il 16% cardiovascolari e circa il 10% problemi metabolici e dermatologici. Tra le malattie infettive è l'epatite C la più frequente (32,8%), seguita da Tbc (21,8%), Epatite B (5,3%), Hiv (3,8%) e sifilide (2,3%). Le condizioni disumane in cui vivono i detenuti italiani, con celle stracolme e un'assistenza sanitaria carente, sono particolarmente indicate per far esplodere la 'bomba' Tbc, che già colpisce un carcerato su cinque nel nostro paese. L'allarme è confermato da un rapporto dello European Center for Disease prevention and Control (Centro europeo per il controllo e la prevenzione delle malattie) appena pubblicato, secondo cui per un detenuto il rischio di ammalarsi è 26 volte maggiore che per la popolazione generale. "Il sovraffollamento incide molto sul rischio di contrarre la malattia - conferma Massimo Andreoni, presidente della Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali - per il contagio basta un colpo di tosse,

e si pensi quanto può essere facile in una stanza in cui invece di quattro persone ce ne sono dieci o dodici". Ad aumentare il rischio e' anche la provenienza di molti detenuti. "La Tbc e' presente in maniera rilevante in alcuni paesi dell'Est Europa - spiega prof. Andreoni - da cui spesso provengono i detenuti. Le condizioni nelle celle poi fanno il resto, favorendo la diffusione della malattia. Per questo noi chiediamo che la Tbc rientri tra le malattie per cui viene offerto lo screening al momento dell'arrivo del detenuto nel carcere". Secondo l'agenzia europea, il 7,2% dei casi di tubercolosi nel continente viene notificato in carcere, con 942 casi che si verificano dietro le sbarre ogni 100mila abitanti. Dai dati Simpe risulta invece che nel 2012 nelle carceri italiane il 21,8% dei detenuti aveva contratto la malattia, che si sta diffondendo anche tra gli agenti di polizia penitenziaria; una cifra in crescita rispetto al 2004



Sergio Babudieri, prof associato malattie infettive AOU Sassari e presidente SIMSPE

quando era attestata al 17,9%". "Pertanto, - continua Sergio Babudieri, - pur avendo stabilito sulla carta un principio di diritto innovativo, che ha visto l'Italia pioniera in Europa, il passaggio della competenza per la Sanità penitenziaria dal ministero della Giustizia a quello della Salute, attraverso il Servizio sanitario nazionale (Ssn), consegna, nei fatti, un bilancio assolutamente non positivo; deve, pertanto, essere riscritto il Dpcm che lo sancì nel 2008. Da quando, infatti, il Ssn e' il competente della salute in carcere, si e' creata una situazione, a macchia di leopardo, di disparità tra regioni con le sole Emilia Romagna e Toscana dotate di un Osservatorio regionale delle patologie; non disponendo più di dati certi, non sappiamo nemmeno come allocare le risorse". Se, dunque, con la riforma del 2008 "l'Italia e' stata pioniera in Ue nella Sanità penitenziaria, con il governo direttamente responsabile della



Sovraffollamento nelle carceri



La nuova Casa Circondariale edificata a Sassari, nella zona di Bancali

salute delle persone in carcere, al pari degli altri cittadini" - come ha sottolineato nel suo intervento il rappresentante dell'Oms, Stefan Enggist - è anche vero che, sei anni dopo, secondo Babudieri, "il bilancio non è assolutamente positivo e la legislazione deve essere assolutamente rivista". Da qui nasce la richiesta del SIMSPe, presentata alla politica, di istituire un Osservatorio epidemiologico nazionale sulla salute in carcere in grado di fornire strumenti centrali che vadano a cascata su ogni regione e su ogni singola Asl. Se - argomenta Babudieri - con la riforma del Titolo V si sono create disparità tra i diversi servizi sanitari regionali, figuriamoci a livello delle carceri. Anche la formazione dei 3-4mila operatori sanitari carcerari riveste una parte importante. Nel quadro di questa proposta, il presidente SIMSPe evidenzia che creare un meccanismo nazionale di monitoraggio della salute carceraria non richiede costi elevati, in quanto la rete già è presente. Al contrario, sono elevati i costi, economici e in termini di salute pubblica, di un sistema troppo frammentato, considerando, ad esempio, che un de-

tenuto costa allo Stato fino a 300 euro al giorno, ma ben 8000 persone all'anno restano in carcere appena tre giorni. Si sprecano così risorse che potrebbero, invece, essere investite nella formazione del personale e nello screening della salute penitenziaria. "Gli istituti penitenziari - spiega Babudieri - sono concentratori di patologie: il detenuto di oggi è il cittadino di domani, se non lo intercettiamo in carcere, sottoponendolo ai test, anche grazie a personale qualificato che lo induca a farlo, sarà più difficile curarlo; bisognerebbe creare incentivi premio per i detenuti che accettino di sottoporsi ai controlli e, se malati, di curarsi: ogni detenuto guarito da epatite C, ad esempio, è un elemento di contagio in meno in futuro". Per il presidente dei medici penitenziari la buona notizia deriva dalla sensibilità dimostrata dai rappresentanti delle Istituzioni, primo fra tutti il Senatore Lettieri della Commissione Sanità del Senato: "E' inaccettabile che in un Paese avanzato troppo spesso chi entra in carcere sano ne esca malato - ha sottolineato il senatore - Si tratta di un tema che deve riacquisire centralità. Serve quindi, al più

presto, una risposta seria in sede legislativa, ma è essenziale che contestualmente vengano costruiti meccanismi applicativi efficaci e incisivi. Un intervento da non rinviare è l'introduzione dei codici di struttura, che consentirebbero appunto un salto di qualità nelle fase operativa. Va poi risolto al più presto il problema degli Opg (Ospedale psichiatrico giudiziario), che rappresentano una questione umiliante e mortificante".

Ha precisato poi il presidente dell'Istituto superiore di sanità, Fabrizio Oleari – "L'Istituto ha le competenze e le possibilità, ed è ovviamente disponibile all'istituzione di un osservatorio. Il problema non riguarda solo il mondo carcerario, assimilabile a una città di 60mila abitanti, perché come è emerso da diversi rapporti la prigione può diventare una riserva di virus che poi circolano all'esterno, anche in virtù del fatto che migliaia di detenuti restano per meno di una settimana dietro le sbarre". Ancora, il parere di Paola Montesanti, dirigente del dipartimento Amministrazione Penitenziaria, secondo la quale la partita si gioca anche sul rapporto tra le strutture carcerarie e contesto sociale, collocando la persona e la sua salute al centro del ragionamento e riducendo all'osso i trasferimenti dei detenuti, stabilendo gli spostamenti solo se la ASL dichiara di non poter

erogare cure adeguate. Infatti, "l'allontanamento dei detenuti dalle loro regioni di appartenenza genera una serie di problemi strettamente connessi al tema della salute". Questo è, a parere di Luciano Lucania, vicepresidente della SIMSPE, "un elemento centrale che però non riceve la giusta considerazione, anche in ambienti sanitari. Spesso ci scontriamo con un sottofondo culturale assai vecchio. Dobbiamo, invece portare il tema tra le più alte linee guida del Ssn e fare in modo che la Sanità penitenziaria venga inserita nell'assistenza primaria." Infine, una svolta incisiva passa anche per un nuovo tipo di rapporto tra i ministeri della Salute e della Giustizia: "sono due istituzioni troppo diverse e distanti fra di loro – a parlare è Paola di Frianda, psicologa e dirigente presso il Ministero della Salute – bisogna mettere tutti gli attori intorno ad un tavolo, incluse le Regioni che gestiscono la sfera operativa, e cercare di allineare tempi e obiettivi". Pertanto, in attesa che quanto promesso trovi attuazione a breve, chiudiamo questo breve report con la citazione dell'art. 1 della carta Universale dei diritti: "Tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti".

**Alberto Muredda è medico chirurgo,
specialista in malattie infettive**



Ittireddu, chiesa campestre di San Giacomo

Note di Fitoterapia

Proprietà terapeutiche di piante comuni e officinali

Bardana

Nome sardo Caldu tignosu, kuscusone.

Famiglia Asteraceae

Specie *Arctium minus*

Cenni storici

Il nome *arctium* deriva dal greco "Arktos" che significa orso, probabilmente riferito alla villosità e all'aspetto ispido della pianta, oppure per la forma dei capolini che si attaccano ai vestiti; minus perché rispetto alla specie "*Arctium lappa*" è di dimensioni ridotte. Conosciuta nell'antica Cina, era consigliata da Santa Ildegarda. La bardana guarì dalla lue Enrico III.

Utilizzo radice, foglie, semi.

Componenti principali

inulina, mucillagini, acido clorogenico e caffeico, fitosteroli, olio essenziale.

Aspetto botanico e habitat

È una pianta biennale. Nel primo anno la radice produce solo una rosetta di foglie, nel secondo anno si sviluppa un fusto rigido, rossastro e ramificato, con foglie alterne e provviste di picciolo, con la superficie superiore verde, quella inferiore coperta di peluria.

I fiori sono capolini rossastri con aculei a forma di amo che si attaccano a ogni cosa. Si trova nei terreni umidi, nelle zone ruderali, più frequente nelle zone collinari e calcaree.

Impiego

La bardana è un potente depurativo in quanto stimola le funzioni epato-biliari, di conseguenza è un buon ipocolesterolemizzante oltre che un buon diuretico. Si usano le radici negli infusi, oppure gli estratti. È usata in dermocosmesi in forma di decotto

di Giovanna Rau



e pomata per ridurre l'acne e normalizzare la pelle grassa e impura; in presenza di forte secrezione sebacea è utile frizionare il cuoio capelluto con il succo delle foglie fresche

Uso locale

in Sardegna la bardana è utilizzata come verdura, cruda o cotta, alla stessa stregua dei cardi selvatici. Le sue foglie, dopo macerazione nell'olio d'oliva o in altri grassi vengono usate per curare le ulcerazioni delle gambe.

La radice è poco usata solo nel centro della Sardegna e sotto forma di decotto per depurare il fegato e per lenire le coliche biliari.



Lavanda selvatica

Nome sardo Ispiga aresta, Abioi; Gallurese: Alcu-missu, Spica aresta

Famiglia Labiatae

Specie *Lavandula stoechas* L.

Cenni storici

Sin dai tempi degli antichi Greci la lavanda era nota per le sue proprietà curative.

Nel XII secolo Santa Ildegarda la utilizzava per l'azione stimolante e antisettica.

La Scuola Salernitana e il Mattioli raccomandavano l'impiego dell'olio essenziale, che tradizionalmente possiede azione antibatterica, antifungina, sedativo-lenitiva. Il nome del genere trae origine dal verbo latino "lavare".

Utilizzo

le sommità fiorite.

Componenti principali

olio essenziale: acetato di linalile (50%), linalolo (30%), alfa pinene; canfora, tannini.

Aspetti botanici e habitat

arbusto aromatico di dimensioni ridotte, legnoso con fusti ramosi, foglie opposte, morbide, lineari grigiastre. L'infiorescenza è lunga circa tre cm, con termine a spiga, a sezione tetragonale, costellata di fiori nero-violaceo; all'estremità presenta un ciuffo di brattee viola, che hanno il compito di richiamare gli insetti impollinatori. Presente in Italia allo stato spontaneo, in Sardegna è diffusa tra cisti e gariga, sia nelle zone costiere che collinari.

Proprietà

le sue proprietà, come si è già accennato, sono antispasmodiche e sedative, oltre che digestive e coleretiche.

L'olio essenziale trova applicazione in linimenti e lozioni antinevralgiche.

Uso locale

In Sardegna si usano le sommità fiorite come antitarne per profumare la bian-



cheria; l'infuso viene utilizzato anche per sciacqui in caso di infiammazioni a carico della cavità orale, quindi come collutorio con funzioni antalgiche. Il decotto per uso interno si utilizza in Sardegna come energetico, contro la depressione e la spossatezza.

Giovanna Rau è biologa, specialista in scienze erboristiche



Notizie dalle federazioni nazionali



Professionisti e POS

Si comunica ai colleghi che è stato approvato in via definitiva il disegno di legge n. 1214-B "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 dicembre 2013, n. 150, recante proroga di termini previsti da disposizioni legislative". Si rileva che l'art. 9 comma 15-bis del provvedimento dispone la proroga al 30 giugno 2014 dell'obbligo per i professionisti di dotarsi di POS ; nel momento in cui l'obbligo di POS entrerà in vigore (30 giugno 2014) riguarderà tutte le imprese e i professionisti, senza limiti minimi di fatturato.

Igienisti dentali

La Federazione, e in particolare la Cao Nazionale, sta seguendo con la massima attenzione le vicende relative alle problematiche inerenti l'ipotizzata apertura di studi professionali da parte di igienisti dentali, che opererebbero così in regime di libera professione, senza l'obbligo della presenza di un odontoiatra responsabile. A questo riguardo la Federazione, su impulso della Cao Nazionale, ha già provveduto a intervenire ad adiuvandum nel ricorso presentato di fronte al Tar dell'Emilia Romagna da un igienista dentale cui è stata negata l'autorizzazione per l'apertura di uno studio in assenza della figura di un odontoiatra. Si tratta di una problematica estremamente complessa che ha registrato, purtroppo, un intervento non condivisibile del Ministero della Salute che riteniamo peraltro non dirimente la questione. Le norme vigenti finora hanno sempre interpretato

l'opera prestata dall'igienista dentale come un lavoro da espletare non su prescrizione dell'odontoiatra quanto su indicazione di questi, e noi crediamo che sia una visione corretta, soprattutto in funzione delle leggi comunitarie e nazionali le quali sanciscono che le attività inerenti la prevenzione e la cura delle malattie dei denti e della bocca debbano essere esclusivamente svolte dai possessori del diploma di laurea in odontoiatria. Consentire interventi sul cavo orale del paziente senza la vigilanza e la presenza dell'odontoiatra significherebbe creare una categoria di dentisti non corrispondente ad alcuna delle categorie previste dalle direttive 78/686 e 78/687 (ora 36/2005), e ciò in palese violazione del diritto comunitario.

Club della prevenzione Mentadent

Come CAO nazionale abbiamo ricevuto alcune segnalazioni da parte di alcuni Presidenti Cao provinciali in merito alla campagna pubblicitaria concernente il "Club della prevenzione dentale Mentadent". La problematica era già stata sottoposta alla nostra attenzione nonché a quella dell'Ufficio Legale della FNOMCeO, con richieste di valutazione in merito. Nel contempo, ci siamo premurati di comprendere se questa iniziativa fosse supportata e/o concordata con associazioni di categoria per muoverci in sintonia e in modo univoco, come auspicato. Ci preme portare a conoscenza dei colleghi odontoiatri che, da parte dell'ANDI, abbiamo ricevuto una dettagliata comunicazione nella quale si sottolinea l'estraneità dell'associazione alla iniziativa pubblicitaria in oggetto.



Dolmen "Sa coveccada" vicino a Mores



Ospedali della Gallura: monitor di Pronto Soccorso

Nel mese di marzo il "Paolo Merlo", il "Giovanni Paolo II" e il "Paolo Dettori" sono stati inseriti all'interno del servizio regionale "monitor di Pronto Soccorso". Una finestra aperta sull'attività dei Servizi di Emergenza e Urgenze che consente al cittadino di sapere, prima del suo arrivo nella struttura, quanto tempo dovrà aspettare prima di esser visitato, consultando semplicemente il computer o il cellulare. Il servizio "Monitor di Pronto soccorso" è consultabile sul sito www.sardegna salute.it, ha una duplice funzione: da una parte è rivolto al cittadino, che potrà consultare, prima del suo arrivo della struttura, il grado di afflusso nel Pronto soccorso; dall'altra è rivolto agli operatori (ad esempio quelli del 118), che avranno da subito una istantanea sul carico di lavoro del servizio, facendo dunque confluire i pazienti nelle strutture meno affollate. Inoltre, la funzione "Trova Pronto soccorso" inserita all'interno del servizio, con-



L'ospedale "Paolo Dettori" di Tempio

sente di visualizzare sulla mappa la struttura più vicina al paziente e gli indica la distanza chilometrica dall'indirizzo di partenza con il tempo necessario per arrivare in automobile. Il "Monitor di Pronto Soccorso" è un servizio on line che "aggrega" le informazioni degli accessi nelle strutture dell'Isola.

ASL 1/Terapia anticoagulante orale nei poliambulatori di Ittiri e Sorso

La Asl di Sassari ha avviato un nuovo servizio di gestione della Terapia Anticoagulante Orale (TAO) nei poliambulatori di Ittiri e di Sorso. Il nuovo servizio ambulatoriale, sul modello dei Punti di Prelievo informatizzati dei Laboratori di Analisi, consente di realizzare la terapia Anticoagulante Orale negli ambulatori del territorio. Grazie al nuovo sistema, curato e promosso dall'Unità Operativa di Malattie della Coagulazione in collaborazione con il Servizio Sistemi Informativi, i campioni di sangue dei pazienti, raccolti ed etichettati, vengono trasferiti a Sassari presso il Centro TAO che provvederà ad analizzarli e ad elaborare il dosaggio più adeguato nella cura anticoagulazione. L'esito per la determinazione dell'INR (International Normalized Ratio) viene poi inviato tramite on line all'ambulatorio che ha effettuato il prelievo. L'Unità Operativa Malattie della Coagulazione, diretta dall'ematologa Luciana Mameli è centro di eccellenza, unico nel nord Sardegna per la prevenzione, diagnosi e cura per le patologie tromboemboliche o emorragiche. Segue attualmente oltre 4000 pazienti in terapia anticoagulante orale (TAO). Dopo Ittiri e Sorso il Servizio sarà attivato nell'ambulatorio di Nulvi e presto verrà esteso sia ad altri ambulatori del territorio che in ambito ospedaliero per le consulenze ematologiche intraparto.

Sassari/Pazienti avvisati col recall iniziativa dell'aou per snellire il servizio delle liste d'attesa

La crescente domanda di prestazioni sanitarie fatica a trovare risposta in un'offerta a oggi condizionata dalle limitate risorse disponibili. Il Servizio Cup dell'Azienda ospedaliero-universitaria sta lavorando su più fronti per ridurre i tempi di accesso alle prestazioni erogate dai propri ambulatori. Come primo step è stato recentemente attivato il Servizio

di "recall" tramite il quale gli utenti prenotati vengono contattati un paio di giorni prima della visita come promemoria per l'appuntamento, un'iniziativa che inizialmente è stata riservata alla maggior parte delle prestazioni ambulatoriali ma che ora è attiva per tutte. Questo intervento nasce per contenere il gran numero di prestazioni regolarmente prenotate ma che non vengono eseguite per l'assenza di chi ha prenotato. Nella rilevazione che svolta dal 17 febbraio al 17 marzo è emerso che a fronte di 3.130 prenotazioni, si sono registrate 327 assenze, pari al 10,44% del totale.

Sardegna/Stanziati 93 milioni per la non autosufficienza

La giunta regionale della Sardegna, su proposta dell'assessore della Sanità Luigi Arru, ha approvato una delibera che prevede l'erogazione, a favore dei Comuni, di anticipazioni pari a 93 milioni di euro, per tutte le azioni previste dal Fondo regionale per la non autosufficienza, dal ritorno a casa agli interventi a favore delle persone con particolari patologie. "Stiamo ponendo i rimedi ai ritardi che abbiamo rilevato. Le difficoltà che abbiamo incontrato nelle scorse settimane – ha affermato Luigi Arru – derivano dal fatto che alcune norme approvate nella scorsa legislatura, che riguardavano specificatamente il Fondo, non erano state attuate e ci impedivano di erogare finanziamenti ai Comuni e alle famiglie. In questi giorni l'impegno è su diversi fronti: stiamo avviando il finanziamento dei nuovi piani per il "Ritornare a casa" e il rinnovo dei piani in scadenza, predisponendo un progetto organico che intende far fronte alle esigenze delle persone con disabilità gravissime dopo anni di interventi frammentari e duplicazioni. Nelle prossime settimane – ha concluso l'assessore alla Sanità – lavoreremo a una riorganizzazione degli interventi che semplifichi le procedure e assicurino un finanziamento certo alle famiglie e ai Comuni".

Università/La proposta del ministro: "Abolire test d'ingresso di medicina"

E' intenzione del Governo rivedere in tempi rapidi il test di accesso alla facoltà di Medicina e passare al modello francese. L'annuncio è stato fatto, in commissione al Senato, dalla ministra all'Istruzione



Stefania Giannini. "Il modello che stiamo valutando è quello adottato in Francia, ma non solo, che implica l'immissione al primo anno (quando ci sono esami teorici) di tutti i possibili iscritti e una successiva selezione molto rigorosa".

Giannini al Senato ha sostanzialmente ripetuto quanto già sostenuto sul Corriere della Sera quando ha riconosciuto che "il bilanciamento tra fabbisogno di camici bianchi e numero di laureati è sacrosanto. Ma non è detto che il sistema dei test a risposta multipla sia il migliore". Il ministro ha poi spiegato che "non è che così passare diventa più facile. Semplicemente si spalma la valutazione della prova di un singolo giorno, ai risultati di un anno intero di studio". Dunque l'esecutivo, "sta valutando – ha aggiunto Giannini in Senato – i punti deboli dell'attuale meccanismo selettivo". Tuttavia per la ministra la programmazione e il bilanciamento tra i posti disponibili del sistema sanitario e l'immissione di potenziali medici è un fattore che ha migliorato enormemente la situazione in Italia. Resta però la necessità di correggere il meccanismo di selezione. Infatti: "Da questo a dire che il destino si debba giocare su 60 domande di un test a risposta multipla, ecco non sono del tutto convinta che sia questo lo strumento migliore". Giannini ha infine ammesso che trovare una soluzione richiede un grande impegno. "Si deve garantire – ha concluso – che ci siano strumenti che non facciano sì che, come accade ora, ci si iscriva a biologia per passare a medicina e che non aprano la porta a possibili ricorsi. Stiamo lavorando per trovare un equilibrio corretto tra le diverse esigenze".

Bianco (FNOMCeO): diete, solo il medico può prescriverle

«Solo il medico-chirurgo può prescrivere diete a soggetti sani e malati, mentre il biologo può elaborare diete ma previo accertamento, da parte del medico, delle condizioni fisio-patologiche del destina-



tario». Il presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri Amedeo Bianco ribadisce quanto affermato anche dal Consiglio superiore di sanità.

La necessità di fare chiarezza è emersa pochi giorni fa, in seguito alla messa in onda di un servizio televisivo di Striscia la Notizia che, come spesso accade in tv ma anche su giornali diretti a un pubblico generalista, ha affrontato il tema delle diete. Nel servizio di una trasmissione che, come ricorda Fnomceo, ha una audience importante, è intervenuta una signora autodefinitasi "dietista e nutrizionista" pur non detenendo alcun titolo in merito, "in quanto non iscritta in nessun Albo professionale". Il presidente Fnomceo ha colto l'occasione per riconfermare l'importanza della titolarità necessaria da parte di chi prescrive diete: deve trattarsi di un medico-chirurgo specializzato in scienze dell'alimentazione e questa attribuzione non può essere messa in dubbio, pur nel rispetto delle funzioni di altre professionalità in materia di nutrizione.

«Il tema delle diete – rileva Bianco – è da tempo all'attenzione dei mass media, per l'ovvio interesse che il pubblico riserva a un argomento così centrale nella nostra vita quotidiana». Sul tema si è espressa anche la giurisprudenza, che «recentemente ha definito la competenza esclusiva del medico alla prescrizione delle diete». Non si tratta certamente di una questione formale e Bianco chiarisce il concetto con un esempio: «Per comprendere il problema in termini semplici, basti pensare a un malato di diabete in forma grave; in questo caso, una dieta, in astratto

ottima per un soggetto sano, può diventare pericolosa per la persona diabetica; ecco perché l'intervento del medico non può essere trascurato».

Un'ambulanza neurologica per la cura dell'ictus

Stemo, ovvero Stroke Emergency Mobile: un'ambulanza con neurologo a bordo dotata di scanner TC, mini-laboratorio e collegamento in telemedicina. Uno studio tedesco pubblicato su JAMA l'ha messa a confronto con il consueto pronto soccorso ospedaliero nel trattamento dei pazienti colpiti da ictus, concludendo che nei casi curati da Stemo in fase pre-ospedaliera il tempo di trombolisi è più veloce senza un corrispondente aumento di eventi avversi. «Nell'ictus ischemico acuto la trombolisi per via endovenosa con attivatore tissutale del plasminogeno (tPA) è il trattamento di scelta dopo che la Tc ha escluso la presenza di un'emorragia cerebrale» esordisce Martin Ebinger, ricercatore alla Klinik und Hochschulambulanz für Neurologie, Charité-Universitätsmedizin di Berlino e primo autore dell'articolo, sottolineando che i neuroni muoiono rapidamente durante l'ischemia e che la terapia con tPA è tempo dipendente: i migliori risultati si ottengono iniziando l'infusione del farmaco entro 90 minuti dall'esordio dei sintomi.

Tuttavia, solo una minoranza di pazienti colpiti da ictus ricevono il trattamento con tPA, e secondo dati europei solo l'11% di questa minoranza viene curata entro i primi 90 minuti. Da qui l'idea di Stemo, che dopo uno studio pilota di 3 mesi è stata valutata dagli autori tedeschi in un più ampio studio controllato, assegnando tra maggio 2011 e gennaio 2013 oltre 6.000 pazienti colpiti da ictus al trattamento consueto in pronto soccorso o all'intervento con l'ambulanza neurologica. «Rispetto al gruppo di controllo curato in ospedale, il tempo di trombolisi si è abbassato di 25 minuti senza peraltro alcun aumento del rischio di emorragia cerebrale o della mortalità a sette giorni dall'intervento» riprende Ebinger. Manca tuttavia una valutazione dei costi dell'intervento, che presuppone la presenza di un neurologo e di una TC sempre disponibili per trattare un paziente alla volta. «Servono ulteriori studi per verificare se la riduzione del tempo di trombolisi corrisponda a un effettivo miglioramento della prognosi del paziente» conclude Ebinger.

Convegno sulla prevenzione del favismo: nuove frontiere



L'Ordine dei medici di Sassari organizza, per il 24 Maggio 2014, una mattinata di approfondimento sul favismo, nella Sala dei Candelieri dell'Hotel Grazia Deledda di Sassari. Le fave sono, da millenni, sostanze importanti nella nutrizione umana e animale; contengono però alte concentrazioni di Vicina e Convicina, due composti parzialmente tossici per le persone carenti di glucosio-6-fosfato deidrogenasi (G6PD), un enzima che protegge i globuli rossi da danni ossidativi. Recentemente, il gruppo di ricerca guidato dal Dr. Gérard Duc ha sviluppato presso

l'Istituto francese INRA (Institut National de la Recherche Agronomique) di Dijon, una serie di cultivar di fave (tra cui la "Divine" e la "Fevita"), a bassissimo tenore di Vicina e Convicina, che sono state testate su animali e, successivamente, su soggetti volontari G6PD carenti, presso il laboratorio analisi dell'Ospedale Civile di Alghero, previa approvazione dei comitati bioetici competenti. Lo studio ha dimostrato la completa assenza di potenziale emolitico e di tossicità delle cultivar summenzionate.

Durante l'incontro, aperto al pubblico ma particolarmente dedicato ai medici e agli operatori interessati alla coltivazione di fave non tossiche, esperti svolgeranno relazioni sulle caratteristiche nutrizionali di tali leguminose, sul meccanismo d'azione di vicina e convicina nella genesi del favismo, e sulla assenza di tossicità delle fave a basso tenore di tali sostanze. Il convegno è gratuito con l'attribuzione di 5 crediti ECM per 80 medici e odontoiatri; informazioni: dr. Antonio Pinna tel 3292509180, mail studiopinnaaho@hotmail.it; dr. Luigi Simula tel 3208585497 mail: lusimula@aslsassari.it; iscrizioni presso l'ufficio dell'Ordine tel. 079234430 fax 079232228 mail ordine@omceoss.org

I relatori saranno: Antonio Spanu, Professore Ordinario di Agronomia generale e Coltivazioni erbacee nella Facoltà di agraria dell'Università di Sassari; Gérard Duc, Direttore della Ricerca presso l'INRA di Dijon; Luigi Felice Simula, direttore del Laboratorio Analisi dell'Ospedale Civile di Alghero;

Paolo Arese, già ordinario di Biochimica nelle Università di Sassari e Torino; Franco Turrini, ordinario di Biochimica nella Università di Torino.

Corso base medici in Africa

Dal 4 al 7 giugno si terrà, a Genova, la dodicesima edizione del Corso Base di Medici in Africa, rivolto a medici e infermieri che intendano svolgere azioni di volontariato nei paesi africani o in altri paesi in via di sviluppo. Il corso si





propone di fornire, in tempi brevi, informazioni sulla situazione sanitaria in Africa, cenni di auto-protezione dalle più frequenti malattie endemiche, cenni di diagnosi e terapia di malattie tropicali di frequente riscontro. Il seminario si terrà presso la Commenda di Pre', è a numero chiuso con un massimo di 45 partecipanti e sarà accreditato ECM (l'anno scorso sono stati assegnati n. 23,5 crediti formativi). Per le iscrizioni al corso, del costo di euro 300, e per ulteriori informazioni, contattare la segreteria organizzativa da lunedì a venerdì, ore 09.45/13.45, tel 010 3537274, mediciinafrica@unige.it oppure consultare la sezione "didattica" di www.mediciinafrica.it

SISM – Giornata della Prevenzione e "Goccia su Goccia"

Come ogni anno il SISM (Segretariato Italiano Studenti Medicina) organizza "Goccia su Goccia", manifestazione ideata per sensibilizzare i giovani studenti al tema della donazione del sangue. Il giorno da segnare sul calendario è il 22 maggio, il luogo è Piazza d'Italia a Sassari, l'orario va dalle ore 9.00 alle 13.30. Contemporaneamente all'iniziativa appena descritta si svolgerà la "Giornata della Prevenzione", organizzata in collaborazione con la A.O.U. Di Sassari, che prevede l'allestimento di ambulatori da campo dove verranno effettuate gratuitamente visite mediche per la misurazione dei diversi parametri per il calcolo del rischio cardiovascolare (pressione, glicemia, colesterolo, girovita, etc.), nonché visite odontoiatriche.

Congresso Nazionale della Società Italiana di Traumatologia Dentaria

Nei giorni 20 e 21 Giugno 2014 si svolgerà a Cagliari il VII Congresso Nazionale della Società Italiana di Traumatologia Dentaria (SITD). Lo svolgi-

mento del Tema Congressuale "L'importanza del Follow Up in Traumatologia Dentaria" verrà affidato ai più qualificati ed esperti Oratori Nazionali e Internazionali (Perrini, Malfaz, Cavalleri, Grandini, Zerman, Caprioglio) ed assicura la possibilità di poter ricevere un completo aggiornamento sulle tecniche di trattamento e controllo nel tempo delle lesioni traumatiche dentali. Si ricorda che il Congresso è accreditato con 10 Crediti Ecm per Odontoiatri e Igienisti Dentali e che, previa iscrizione ad aioisardegna@aio.it, l'ingresso è gratuito per i soci SITD, AIO ed ANDI.

L'esperienza dell'ipnosi

Il 24 Maggio, dalle 8:30 alle 17:00, nell'Aula Conferenze Donata Marchi dell'Ordine dei Medici di Nuoro (Via Gramsci ang. Via Sant'Emiliano) si svolgerà un corso teorico-pratico-informativo intitolato "L'esperienza dell'ipnosi". I posti disponibili sono 50, verranno erogati 13 crediti E.C.M. con precedenza per gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Nuoro. Vi sarà la possibilità di presenziare come uditori per psicologi e professionisti sanitari. Programma e modalità di iscrizione possono essere trovate sui siti: www.ordinemedicinuoro.it; <http://ipnosisardegna.it>;



Intervista al collega Antonello Cuccuru medico sportivo della Dinamo

A canestro con il camice

Pubblichiamo l'intervista al collega Antonello Cuccuru, medico sportivo che segue la Dinamo Banco di Sardegna Sassari, vincitrice della Coppa Italia di Basket.

Innanzitutto desidero complimentarmi per la splendida stagione della Dinamo, che ha visto la squadra biancoblù vincere le Final Eight di Coppa Italia e accedere agli ottavi di finale di Eurocup dopo aver superato due gironi molto complicati. Come si vive una stagione come questa da bordo campo?

Grazie per i complimenti innanzitutto. Io personalmente la vivo come un tifoso: ho giocato a basket fino all'età di 31 anni quindi è per me facile rivedermi in quei giocatori che scendono in campo con la canotta biancoblù. In panchina si soffre, si salta, si esulta: tutto lo staff medico durante le partite fa il tifo per i ragazzi della squadra, ovviamente non dimenticando mai i nostri compiti qualora venga richiesto il nostro apporto, ma in generale siamo tutti "gasati". E' una stagione esaltante, anche se purtroppo non sono mancati i momenti duri, come la scomparsa di Giovanni Cherchi (ricopriva la carica di direttore generale, ndr), un vero amico per tutti quanti noi. La Dinamo è una società in cui i rapporti personali sono molto stretti, vengono create numerose occasioni per stare assieme, gli italiani aiutano gli stranieri ad ambientarsi e inserirsi nel tessuto della società prima e della città poi: dal punto di vista umano è una squadra speciale. Questa particolare attenzione per i rapporti umani ha portato tutti noi, staff, giocatori, e in generale tutti quelli che ruotano attorno al mondo Dinamo, a conoscere bene Giovanni e la bella persona che era. La sua scomparsa è stata un colpo durissimo per tutti noi, infatti il primo pensiero di Meo (Sacchetti, allenatore ndr) dopo la storica vittoria della Coppa Italia è stato per lui, e i cori dei tifosi durante la splendida festa al Palaserradimigni che ha fatto seguito alla conquista del trofeo, fanno ben capire quanto lui fosse ben voluto.



Antonello Cuccuru sul parquet del Palaserradimigni

Quali sono le tue mansioni all'interno dello staff?

Io sono il responsabile sanitario della squadra, d'altro canto la legge prevede che tale compito sia svolto da un medico specializzato in medicina dello sport, che è la mia specializzazione. Le mie attività cominciano ad agosto, quando vengono espletate tutte le visite medico-sportive. Tali controlli prevedono innanzitutto l'apertura di una cartella clinica, dove viene inserita una anamnesi del giocatore e della sua famiglia; se ci sono nuovi tesserati acquistati da altri team di solito abbiamo a disposizione la cartella redatta dai medici della squadra dove ha militato in precedenza.

Ogni giocatore ha una propria cartella clinica, numerata in modo sequenziale, che lo accompagna per tutta la carriera; in caso di trasferimento di un nostro giocatore in un'altra squadra io ovviamente devo inviare tutta la documentazione alla nuova società, a meno che il giocatore non si trasferisca in altro paese: in tal caso invio tutto a Sandro Senza-meno, il medico federale che segue anche la nazionale italiana. Le altre visite da me compiute com-



Il medico sportivo Antonello Cuccuru, l'ala della Dinamo "Jack" Devecchi e il fisioterapista Simone Unali

prendono la spirometria, un ECG a riposo, una prova di sforzo massimale su cicloergometro con aumenti di 50 watt ogni due minuti (mediamente i nostri giocatori raggiungono 300/350 watt prima dell'esaurimento muscolare); durante quest'ultimo test l'atleta viene monitorato da un elettrocardiografo portatile che manda i dati, via bluetooth, a un computer che registra i vari parametri cardiaci; contestualmente vengono anche effettuate, manualmente, misurazioni della pressione arteriosa. Altri esami che vengono eseguiti di routine sono RX torace, esame completo delle urine, ecocardiogramma a cadenza biennale, nonché un prelievo ematico semestrale: questo perché l'atleta è sottoposto a frequenti controlli antidoping, che possono aver luogo anche durante gli allenamenti; per questo motivo la società è obbligata a fornire un programma degli allenamenti alla federazione nazionale, in modo che possa inviare i propri emissari in ogni momento. In generale vengono inoltre svolti tutti gli esami che i medici ritengono più opportuni per la salute dell'atleta. Durante le partite mi trovo in panchina vicino ai giocatori e insieme con il fisioterapista mi assicuro di fornire un pronto intervento in caso di necessità.

A proposito di doping, come vengono svolti i controlli?

Innanzitutto è opportuno chiarire che i farmaci assunti dai giocatori, devono essere tutti segnalati, per evitare problemi a monte. I controlli sono affidati a commissari antidoping provenienti di solito dalla nostra regione, ma nulla osta che vengano da fuori Sardegna. Durante le partite il funzionario della federazione arriva poco prima della fine del secondo quarto, prima della pausa più lunga, e predisporre la sua attrezzatura in una stanza precedentemente chiusa a chiave che viene utilizzata solo per questo tipo di controlli. Durante la pausa i responsabili sanitari delle due squadre vengono convocati dal commissario e viene aperta una busta sigillata, dove è indicato il tipo di esame che dovrà essere espletato (ematico, urine, o entrambi), e un'altra busta da cui si evince il numero dei giocatori che verrà sorteggiato per i controlli, solitamente due per squadra: in tal caso vengono prese altre due buste sigillate, che vengono controfirmate dai responsabili sanitari. Tali buste verranno aperte circa due minuti prima della fine della partita, rivelando ciascuna un numero; quindi si prende come riferimento la distinta arbi-

trale, dove i giocatori vengono messi in elenco a caso prima della partita (e dove vengono segnati tutti i dati numerici della partita): se nella busta sta scritto che devono essere chiamati a controllo i giocatori 4 e 6, vengono presi i giocatori iscritti come quarti e sestini nella distinta. Gli atleti selezionati alla fine della partita non possono neanche entrare negli spogliatoi: vanno direttamente nella stanza dell'antidoping, dove possono fare la doccia (sotto controllo visivo) e bere: io di solito dico ai giocatori di aspettare un po' prima di completare il prelievo, perché se non viene prodotta la giusta quantità di urina, bisogna ricominciare tutto daccapo, e allora può succedere che prima che ritorni lo stimolo adatto e si riesca a emettere la quantità richiesta, possano passare due o tre ore, il che può essere un problema, specie quando si gioca in trasferta e si hanno aerei da prendere a tarda sera.

Lo staff medico della squadra vedo che è molto ampio, si va dal medico sportivo fino ad arrivare al dentista, passando per ortopedici e fisioterapisti. C'è qualcuno che organizza i vari specialisti? Se sì, in che maniera?

Non esiste una vera e propria gerarchia, collaboriamo molto fra di noi, soprattutto grazie alle possibilità che ci offre la tecnologia attuale: disponiamo infatti di una chat che visualizziamo sui nostri smartphone che coinvolge tutti i membri dello staff medico, alla quale possiamo accedere tramite una delle tante applicazioni che si possono scaricare dai vari store digitali in pochi secondi. Appena viene verificato qualche guaio fisico a un giocatore, tutti noi veniamo a conoscenza in tempo reale della problematica e dei dettagli raccolti, così da poter decidere sinergicamente gli step da seguire per il trattamento. Le figure mediche che ruotano attorno ai giocatori sono parecchie: medico di base, ortopedico, fisioterapisti, osteopata, radiologo, chiropratico, odontoiatra, postural trainer e via dicendo. Uno dei fisioterapisti praticamente vive con i ragazzi, è presente a tutti gli allenamenti e tutte le trasferte, fascia le caviglie dei giocatori con dei bendaggi funzionali in caso di allenamento, schemi o partitella, e ovviamente ripete la stessa operazione prima delle partite. Questi bendaggi sono utili per evitare o ridurre gli effetti di eventuali distorsioni alle caviglie. Il fisioterapista si occupa anche di "fare la borsa", predisponendo tutte le attrezzature di primo soccorso da

portare con noi in panchina: pallone di ambu, mascherine di diverse misure, tiralingua e un defibrillatore semiautomatico che io stesso controllo ogni volta prima della partita per accertarmi che la batteria sia carica e le piastre non siano scadute; tali presidi devono essere tenuti a portata di mano, perché la prontezza dell'intervento può veramente fare la differenza.

Avete rapporti coi medici della nazionale?

Certamente. Di solito durante l'All Star Game (partita fra nazionale italiana di basket contro i migliori stranieri del campionato n.d.r.), si tiene una riunione di tutti i medici sanitari di tutte le squadre di lega A e A2, dove si parla di nuovi metodi antidoping, eventuali nuovi farmaci e sostanze dopanti su cui vengono effettuati monitoraggi particolari. Oltretutto quando si parla di giocatori militanti nella nazionale, a seguito di un progetto che è entrato in vigore da circa un mese, ogni medico sociale è tenuto a spedire una mail settimanale nella quale si aggiorna lo staff della nazionale sulle condizioni fisiche ed eventuali trattamenti ai quali è sottoposto l'atleta e in caso di infortuni



Romeo Sacchetti, allenatore della Dinamo



Antonello Cuccuru con il fisioterapista Ugo d'Alessandro poco prima dell'inizio della storica sfida contro l'Alba Berlino alla O2 World Arena

si può concordare un piano di trattamento specifico coi medici che solitamente seguono gli azzurri.

La preparazione atletica credo che sia fondamentale per gettare delle solide basi per un'intera stagione. Come viene svolta e con quanto tempo di anticipo rispetto all'inizio del campionato?

Il preparatore atletico, Matteo Boccolini ovviamente è sempre presente coi ragazzi per tutta la stagione, anche negli allenamenti che si svolgono in palestra per potenziare la muscolatura o durante i lavori in piscina. La preparazione, ovviamente, parte con netto anticipo rispetto alla stagione, e comprende lavori sia al Palazzetto che in altri luoghi, come Stadio dei Pini, piscina, spiaggia (gli allenamenti sulla sabbia sono molto utili in quanto rinforzano le caviglie, molto stimolate durante le partite), con un programma molto variegato che possa predisporre il fisico dei giocatori per una intera stagione.

Come viene gestito un infortunio come per esempio quelli occorsi a Travis Diener o Drew Gordon durante questa stagione? Quali sono le tappe che ven-

gono seguite durante questi spiacevoli episodi? Chi dà l'ok definitivo al rientro in campo di un giocatore?

In caso di infortunio in partita, il basket ti dà grandi possibilità, al contrario di altri sport, poiché il giocatore può essere sostituito senza nessun problema ed eventualmente rientrare in campo, quindi io e il fisioterapista possiamo fare gli accertamenti immediati con relativa calma, lontani dal chiasso del campo. Meo Sacchetti in questi casi è un allenatore meraviglioso perché è molto attento al risparmio fisico dei giocatori: spesso quando un giocatore si procura un qualsiasi tipo di danno, anche se magari può tornare in campo senza troppi problemi, cerca di riservarlo tirandolo via dalle rotazioni per un po'. Oltretutto durante le partite può essere fatta anche della piccola fisioterapia durante le pause per meglio smaltire i piccoli infortuni. Grazie alla chat di cui abbiamo parlato poc'anzi, quando un giocatore avverte un problema fisico ne siamo tutti informati, e prima della fine della partita o dell'allenamento in cui si è verificato l'infortunio, le tappe da seguire sono praticamente già state messe a punto: l'atleta viene seguito passo passo, e di concerto con ortopedico, fisioterapista e preparatore atletico, vengono stabiliti esami, terapie, farmaci da assumere, e così via. Nel caso i farmaci da assumere siano considerati dopanti (come ad esempio il cortisone) bisogna informare la WADA (World Anti-Doping Agency, Agenzia Antidoping mondiale) che può accettare o rifiutare il piano di trattamento; in caso di rifiuto occorre optare per un farmaco diverso o sospenderne l'utilizzo se si è già iniziata la terapia. Ovviamente in caso di assunzione di farmaci dopanti prima di tornare all'attività agonistica serve aspettare che il farmaco sia stato metabolizzato dall'organismo. La scelta di far tornare un giocatore in campo viene di solito presa di concerto con società, allenatore e giocatore. I giocatori infortunati, nel periodo in cui l'infortunio li costringe lontani dal parquet, non stanno mai completamente fermi: fanno continuamente fisioterapia, pesi e cose del genere. E' molto importante anche recuperare le energie mentali, e su questo si fa gioco di squadra assieme, cercando di mettere tutti quanti nelle condizioni psicologiche giuste per affrontare al meglio le sfide che si presentano durante una stagione lunga e faticosa. **(F.B.D.)**

L'isola che c'è Nughedu San Nicolò

A cura di Antonio Pinna

Partendo da Ozieri, e percorrendo la ss 132, a distanza di circa 10 km giungiamo al paese di Nughedu San Nicolò, adagiato su una ridente vallata a circa 600 metri di altitudine, bagnata dal riu Molinu e sfiorata dalle catene del Marghine e del Goceano, che gli fanno corolla. Il piccolo borgo, che conta oggi soltanto 888 abitanti contro i 2300 degli anni 40 e 50, fa parte della vasta regione del Logudoro e, in particolare, della sub-area del Monte Acuto occidentale; insieme ai comuni di Ozieri, Pattada, e Tula appartiene alla provincia di Sassari. Il toponimo deriva sicuramente dal latino *nocetum*, in riferimento alla forte presenza di alberi di noce, che sino agli albori del ventesimo secolo impreziosivano i terreni lungo il rio di Lichitu, che scorre nella vallata che porta all'abitato; l'integrazione della locuzione "San Nicolò" va interpretata come tributo di riconoscenza al proprio patrono e come elemento di distinzione da Nughedu Santa Vittoria, in provincia di Oristano. Lo scrittore e poeta dei deboli e dei vinti Francesco

Masala, meglio noto come Cicito, nato qui nel 1916, amava attribuirgli, nei suoi romanzi, il nome di fantasia Arasolè, così descrivendolo "un villaggio sperduto, dentro un'isola sperduta nel vasto mondo, abitato da contadini e pastori, quelli poveri dalle labbra bianche; un piccolo gregge di case di pietra nera, raggruppato sotto un campanile". Tuttora l'impianto urbano, che curiosamente riproduce la forma di croce a sei punte stondate, converge verso la parrocchiale, rimasta punto di riferimento per la comunità del luogo; edificata sulle rovine degli oratori di Santa Croce e del Rosario, è dedicata a San Nicola di Bari, che pare abbia interceduto presso l'Altissimo per salvare il paese dalla alluvione di un 6 dicembre di fine 800; ed è appunto in questa data, giorno della ricorrenza della sua morte, che si svolge la festa grande. Alla chiesa, in posizione decisamente rialzata rispetto al circondario, si accede tramite una lunga, bella e sinuosa scalinata. L'edificio è di recente fattura e mostra i segni della architettura sobria ed



Nughedu San Nicolò dal colle della Chiesa di Sant'Antonio



La casa del signor Lucio, da poco restaurata, risalente ai primi anni del '900.

essenziale degli anni 60 del secolo scorso, con conci di granito e trachite ben sagomati, disposti su linee parallele, di un piacevole aspetto policromo. Il campanile, a canna quadrata, termina verso l'alto con un originale solarium aperto sui lati, con campane a vista. L'interno, di ampio respiro, custodisce, sulla parete absidale, un prezioso dipinto murale di Aligi Sassu. Il centro di Nughedu è molto grazioso ed è diviso in tanti rioni: Piatta, Piattedda, Locorgu, Sant'Antoni, Santu Bustianu, Santu Pedru e infine Su Adu (il guado), dove ebbe origine il primo nucleo, attorno alla "Funtana Casches". L'originale struttura radiale medievale, risalente al periodo giudicale, quando Nughedu fu sede di curatoria, è ben conservata, con crocicchi e vicoli lastricati a ciottoli e passatoie di granito; lungo i lati si allineano palazzi di fine '800 e inizio '900, con eleganti decorazioni a incorniciare porte e finestre, e altane colonnate ai piani superiori, elemento architettonico tanto caro al territorio. Sulla piazza principale, uno spazio quadrangolare dedicato a Guglielmo Marconi e progettato per divenire centro all'aperto di aggregazione sociale, si affacciano il municipio e alcuni bellissimi edifici che recano elementi classicheggianti e tardo-liberty, oltre che antichi stemmi familiari forgiati sulle inferriate sopraluce; sul lato orientale di essa si sviluppa la più piccola Piazza del Popolo, dove campeggia la "Fontana Centrale", ottocentesca, risalente al periodo romantico. Ma il vero cuore pulsante lo si sente nel corso Umberto I e nei carruggi

che vi afferiscono, che portano i profumi dei laboratori artigiani dedicati alla lavorazione delle pelli, del legname e del sughero. Girovagando, è facile imbattersi in splendidi murales che riproducono, su parete, momenti delle occupazioni domestiche o dell'impegno nei campi, e, indulgendo all'ozio, senza meta, è possibile incontrare persone affabili che gentilmente ti guidano ai misteri del borgo e ti invitano a innaffiare la chiacchierata

con un buon bicchiere di moscato; magari in casa, come quella antica e ben restaurata del signor Lucio, che gentilmente desidera mostrarci per descriverci le varie fasi del recupero conservativo. Sempre nel centro storico, sulla via Sassari, troviamo la Chiesa di San Sebastiano, edificata nel diciassettesimo secolo, una sola navata coperta da una volta a botte, e abbellita con austeri decori tardo gotici. A conferma della grande vocazione religiosa del paese, la presenza di numerose chiese campestri, come quella di Sant'Antonio Abate, posta su un colle, nelle immediate vicinanze; costruita nel 600, mononavata in stile tardo gotico, ha subito numerose variazioni strutturali nel corso dei secoli ed è caratterizzata da una particolare croce bizantina scolpita sull'architrave del suo ingresso laterale; la domenica successiva al ferragosto tutto qui intorno si anima, con una suggestiva processione di fedeli a cavallo, che accompagna il simulacro del Santo. Anche la Chiesa di San Pietro vigila dall'alto sulla collettività; costruita nel XV secolo in stile gotico catalano, con pietre a vista, è stata di recente ben restaurata a opera di architetti e maestranze locali. A circa cinque chilometri dal centro abitato, situato su un'altura, troviamo il santuario dei Santi Cosma e Damiano, edificato in maniera molto semplice, in stile tardo romanico, tra il XII e il tredicesimo secolo. Ancor più distante, ma non per questo meno importante, la Chiesa campestre di Nostra Signora de su Canale, posta in posizione dominante, sull'orlo del precipizio

omonimo, da sempre considerata protettrice degli allevatori della zona. La valle circostante e tutto il territorio di Nughedu sono stati popolati sin dalle epoche più remote, come testimonia la presenza di numerose domus de janas del neolitico recente e della prima metà del bronzo, quali l'importante necropoli di "Sos Urrighesos", complesso cimiteriale di 18 tombe che conservano, negli interni, ancora intatte, particolari e ricche decorazioni, quali protomi taurine e graffiti vari; altrettanto interessante la necropoli ipogeica di "Sa domo e pudda", ossia la casa della gallina, realizzata su un affioramento trachitico di roccia, in una suggestiva area di sughere e massi erratici. A circa due chilometri dal paese, la necropoli di "S'istria", dove una delle quattro tombe conserva ancora la pittura originale in ocre rosso-brunastra. Gli ipogei, considerati uno dei più singolari esempi di arte prenuragica della Sardegna, sono in genere articolati in più vani, con cella principale e celle secondarie; gli elementi ornamentali, riscontrabili sulle pareti, attestano come le popolazioni locali onorassero i defunti in modo esemplare, riproducendo nelle tombe l'ambiente domestico in cui doveva trovare riposo il caro congiunto. La presenza di tre dolmen in località "Punta su Sordanu", denominati Su Pe-

drighinosu I, II, III, attesterebbe il forte influsso della cultura di Ozieri, sviluppatasi, secondo la cronologia calibrata, tra il 4000 ed il 3200 A.C.. e secondo la datazione tradizionale tra il 3200 ed il 2800 A.C.. Al termine del nostro viaggio non abbiamo alcun dubbio nell'affermare che, per i tesori che il paese custodisce e per l'entroterra ricco di preziosi monumenti archeologici, Nughedu San Nicolò meriti una visita accurata, magari in coincidenza con una delle prossime ricorrenze di culto come quella dedicata a "Nostra Signora de su canale" prevista per l'ultima domenica di Maggio, quando, dopo le cerimonie religiose accompagnate dai canti del coro a concordo "Santu Nigola", ci verrà offerto un sontuoso pranzo all'aperto, a base di gnocchetti sardi e pecora bollita; oppure in occasione dei festeggiamenti in onore a San Giovanni Battista con i *fogarones* del 23 giugno e la sagra enogastronomica, di assoluto rispetto, del 24 dello stesso mese: un'occasione unica per gustare *sas panaffittas*, piatto tipico della tradizione sarda, in cui la spianata viene immersa a pezzi per pochi minuti nel brodo bollente di pecora o di manzo, indi scolata e condita con un sugo di pomodoro fresco, basilico e carne, il tutto spolverato di buoni formaggi freschi e stagionati.



Santuario dei Santi Cosma e Damiano

Racconto di Graziano Demurtas

L'ultima beccaccia

Il vecchio non era poi così vecchio. Però da un paio d'anni si sentiva tale. Aveva fatto il medico ospedaliero in un piccolo ospedale di una piccola città, ma dal primo giorno del suo raggiunto pensionamento si era accorto di aver inseguito soltanto una chimera. Si era sentito subito un essere quasi inutile e, forse anche per questo, quando gli chiedevano che cosa facesse rispondeva di essere medico e non pensionato. D'altronde non dicevano tutti che quando si è prete o medico lo si resta per tutta la vita? Il vecchio aveva avuto tanti amici, ma soltanto con tre di essi aveva davvero legato e diviso la sua esistenza.

Si erano conosciuti quando avevano tutti più o meno vent'anni, tra chitarre e ragazze, tra esami e partite di calcio, tra pernici e beccacce.

Stavano bene insieme, andavano d'accordo in tutto e su tutto e, nel corso degli anni, da amici si erano trasformati in fratelli.

Avevano trascorso tutta la vita insieme.

Per quasi mezzo secolo non erano esistite cene, vacanze, viaggi, circostanze dalle più normali alle più insolite, che non li avessero visti sempre e comunque insieme. E poi la loro grande passione: la caccia.

Mai una volta, in tanti e tanti anni, che non si ritrovassero tutti a notte fonda in partenza per le loro colline e per i loro boschi.

Ma poi, arrivato il momento di sedersi tutti davanti a un camino a ricordare le tante avventure, o magari a raccontarle a una schiera di nipotini, il destino, con la complicità di due malattie inesorabili e di un TIR contromano, si aveva portato via i suoi amici.

Da allora non era passato giorno, non era passata ora, che il vecchio non avesse pensato a loro. Non gli sembrava possibile che non ci fossero più.

In tanti gli avevano detto che col tempo il dolore si sarebbe attenuato. Ma non era vero.

Il vecchio e la moglie erano rimasti soli, trascorrendo le giornate tra libri e televisione. Anche i figli, ormai grandi, per legge di natura avevano aperto le ali e lasciato il nido.

Il vecchio cercava in tutte le maniere di distrarsi, di dimenticare almeno per qualche ora. Ma non ci riusciva. Le poche persone che frequentava dicevano che era seriamente depresso, altre che era completamente ammattito. Forse era vero.

Aveva anche smesso di andare a caccia, però aveva continuato a rinnovare il porto d'arma, forse per non tagliare del tutto i ponti con il passato e sentirsi ancora un po' vivo.

E poi anche il suo ultimo cane, che il vecchio aveva amato come un figlio, era morto da qualche anno. Però un giorno, quasi senza accorgersene il vecchio cominciò a pensare che, forse, qualche uscita a caccia avrebbe ancora potuto farla, anche se il solo pensiero di andare da solo, senza i suoi amici, gli faceva orrore.

Continuò a pensarci. Per settimane.

Così un giorno, di punto in bianco disse alla moglie: "Ho deciso domenica di andare a caccia."

La moglie trasecolò: "Ma... alla tua età... da solo..." Cercò di dissuaderlo in tutte le maniere, ma il vecchio fu irremovibile.

"Ho sentito che c'è stato un buon passo di beccacce. Non preoccuparti, andrò in un posto facile e tranquillo. Ancora ce la faccio a camminare in campagna. Farò un giretto di qualche ora e tornerò molto prima di pranzo." La moglie tentò l'ultima e più ovvia carta: "Ma... a beccacce... senza cane?"

"Sì è vero – rispose il vecchio con un sospiro – sono senza cane. Ma nei miei posti conosco ogni albero, ogni muretto, ogni pietra ... conosco tutte le rimesse delle beccacce. Se ce ne sono, magari una o due riuscirò ad alzarle anche senza cane. Altrimenti pazienza... un po' di moto mi farà bene comunque."

Fu così che il vecchio, una mattina, si svegliò molto prima dell'alba. Aveva preparato già tutto dalla sera prima, cosa che in passato non faceva mai.

Baciò la moglie, ancora addormentata, svegliandola. "Hai preso il telefonino?" gli chiese lei. Il vecchio, che lo dimenticava sempre, aveva anche quello in tasca. Arrivò nella località prescelta che cominciava



Beccaccia (*Scolopax rusticola*)

appena ad albeggiare. Presa l'attrezzatura e chiusa l'auto si fermò a guardarsi intorno, attendendo che facesse un po' più di luce.

Il profumo del bosco gli fece riaffiorare mille ricordi. Lo assalì una spaventosa malinconia e quasi decise di mollare tutto e tornarsene a casa. Ma poi riuscì in qualche maniera a farsi forza e si inoltrò nel bosco. Con calma, stando sempre molto attento a dove metteva i piedi, iniziò la caccia visitando tutti i punti che di solito, in passato, erano i più fruttuosi. Ma non trovò niente. Ad un certo punto colse con la coda dell'occhio un movimento sulla destra. Trasalendo si voltò di scatto, ma non vide nulla. Continuò a camminare, pronto a cogliere il frullo di una beccaccia o di un colombaccio, quando l'episodio si ripeté.

Il vecchio guardò con attenzione, ma anche questa volta non c'era nulla. Il vecchio scosse la testa e sorrise a se stesso. Aveva l'impressione – anzi avrebbe giurato – di aver visto per una frazione di secondo uno dei suoi amici. "Lo sapevo che sarebbe capitato – si disse – è un riflesso condizionato dovuto al fatto di averlo visto, per tutta la vita, sempre cacciare sulla mia destra."

Di fatti del genere ne aveva letti e sentito parlare. Anche a lui, in passato, era successo di aver l'impressione di intravedere, mentre cacciava, un qualche suo cane morto di recente. Ma poi tutto era passato.

Continuò a camminare per il bosco, quando ancora per un fuggevolissimo attimo, sempre con un angolo visivo incompleto, intravide lontano una figura che gli ricordò uno dei suoi amici.

"Sarà un altro cacciatore" – si disse il vecchio – ma aumentò il passo per andare a controllare. In quella parte del bosco non c'era nessuno. Il vecchio era perplesso e, in fondo in fondo, anche un po' spaventato. "Mi stanno venendo delle allucinazioni" – si disse – meglio che me ne torni a casa."

Si avviò verso la macchina ma mentre attraversava il bosco quegli episodi si ripeterono diverse volte. Ma non riuscì mai a vedere bene e decise di non dargli più peso.

Durante il viaggio verso casa cercò di non pensarci più. Cercò piuttosto di focalizzare il fatto di non aver visto neanche una beccaccia in una località di solito molto proficua, e sul perché quel giorno non ce ne fossero. Ma non trovò risposta a parte quella, macroscopica, di essere senza cane.

A casa non disse niente alla moglie sugli inconvenienti che gli erano capitati.

Però, per diversi giorni, continuò a pensarci e ripensarci. Concluse genericamente che stava "rimbambendo", ma nel contempo decise che sarebbe ancora ritornato a caccia nello stesso posto.

Ed in effetti così fece. Iniziò a perlustrare metodicamente e meticolosamente ogni punto del bosco. Trovò alla base di un albero alcuni porcini e si chinò per raccogliarli. Mentre cercava di riporli nella cacciatora, nella speranza che non si rovinassero, alzò lo sguardo. E lo vide. Vide uno dei suoi amici, seppure molto lontano, che lo osservava. Poi l'amico si mosse appena e sparì dietro un cespuglio. Questa volta l'aveva visto benissimo, ma il vecchio non credeva ai suoi occhi. Con il cuore in tumulto andò a vedere e controllare meglio il punto in cui aveva visto l'amico. Ma lì non c'era nessuno. "È un'allucinazione – si disse il vecchio – è soltanto un'allucinazione".

Ricordandosi di essere stato e di essere sempre un medico, cominciò a cercare nella sua memoria quali potessero essere le cause di questi fenomeni.

Ma la sua specialità era stata molto distante dalla neurologia o dalla psichiatria, e la sua conoscenza delle materie era pressoché nulla. Si ripromise di aggiornarsi. Continuò a cercare per il bosco, ma non cercava più beccacce. Cercava solo di capire cosa gli stesse succedendo, ma non ci riusciva. Ormai vedeva tutti gli amici, sempre distanti, sempre per fuggevoli attimi.

Con il cuore in gola continuava a ripetersi: "non c'è niente, non c'è nessuno ... sono soltanto abbagli. Ma cosa mi sta capitando?". Quasi senza accorger-

sene si ritrovò alla macchina. Mentre saliva a bordo gettò un ultimo sguardo verso il bosco. Vide, molto distante, la inconfondibile sagoma di uno dei suoi amici. "Tu non ci sei – ringhiò il vecchio ormai disperato – sei solo un'allucinazione". Ma cercò affannosamente nella sacca da caccia il suo vecchio binocolo. Lo portò agli occhi cercando di metterlo a fuoco, con le mani che gli tremavano.

Quando finalmente riuscì non vide nulla e nessuno.. A casa cominciò a rimuginare seriamente dal punto di vista medico sul suo caso. Consultò diversi testi, navigò in lungo e in largo su internet. Scoprì che il cervello era enormemente più complicato di quanto ricordasse. Scoprì che oltre a Freud e Young esistevano, o erano esistiti, centinaia di studiosi di fama che non aveva mai sentito nominare.

Ciò nonostante capì qualcosa sulle psicosi, sulle allucinazioni, sui deliri e su tante altre sindromi che con il suo caso avrebbero potuto starci.

Passò alle aree funzionali e alle malattie d'organo del cervello, perdendosi quasi subito.

In totale si fece 15/20 diagnosi, una più infausta dell'altra. In definitiva non ci capì nulla.

Decise che si sarebbe fatto vedere da un esperto ma poi ci ripensò. Si sentiva benissimo, molto meglio che negli ultimi tempi. Avrebbe aspettato ancora un po'. Avrebbe vinto con la volontà e con il ragionamento le sue allucinazioni. Sì. Sarebbe ritornato a caccia e avrebbe vinto. E ritornò. Questa volta però non cercava beccacce. Voleva soltanto capire che cosa avesse per trovare la cura dentro sé stesso.

Entrò nel bosco guardingo, sperando di non trovare quello che temeva. Vide quasi subito uno dei suoi amici, un po' meno lontano del solito. Questa volta l'amico non sparì ma continuò a seguirlo sempre tenendosi a distanza.

Al vecchio si riempirono gli occhi di lacrime, ma si sforzò di ridergli in faccia. "Sei un'allucinazione – gridò – tu non se li. Tu non ci sei. Sono io che sono pazzo."

Si fermò di botto. "Sì, sto proprio partendo di testa – rimuginò – ma non tanto da non accorgermene. Sono fortunato. Magari basterà qualche pastiglia per mettere le cose a posto. Comunque, finché me ne rendo conto sono salvo".

Guardò ancora l'amico. Lo vedeva bene e gli sembrò di scorgere un'ombra di tristezza sul suo volto.

Il vecchio gli girò le spalle e riprese a camminare.

Ora c'erano tutti e tre i suoi amici. Gli viaggiavano

intorno, sempre però tenendosi distanti.

Il vecchio non voleva farlo, non voleva disperatamente farlo, però a un certo punto prese a chiamarli. Nessuno gli rispose mai. Arrivò alla macchina e si voltò un'ultima volta per osservare i suoi amici.

Ma non vide nessuno. Aveva ormai deciso di farsi indagare dai migliori esperti. Ma quell'ultima occhiata che aveva dato al bosco, certo di vedere i suoi amici, senza aver invece visto nessuno, gli aveva instillato il sospetto – quasi la certezza – di essere di colpo guarito.

Decise di andare a caccia un'ultima volta per scongiurare per sempre i suoi incubi. Avrebbe solo cambiato località.

Incappò in una giornata terribile. Nuvoloni neri si rincorrevano nel cielo, rovesciando sul bosco grandine mista a nevischio, mentre un vento gelido e impetuoso squassava le fronde degli alberi.

Il vecchio quasi non ci fece caso. Saltò con difficoltà un muretto che in altri tempi avrebbe superato d'un balzo, ed entrò nel bosco sereno come non lo era da anni. Era certo. Questa volta non avrebbe visto niente. Questa volta non avrebbe visto nessuno. Questa volta avrebbe vinto. Questa volta sarebbe guarito.

Il vecchio cinghiale aveva trascorso la notte a grufolare per il bosco. La sua ricerca era stata fruttuosa



il cacciatore – Eduard Grützner

e aveva trovato in abbondanza saporite radici e succulenti tuberi di cui era ghiottissimo. All'alba, sazio e soddisfatto, si era infilato nel folto di un forteto per riposare. Sentì il vecchio che arrivava da lontano, ma sulle prime non capì chi o cosa fosse. Poi il vento gli portò sul muso quell' odore conosciutissimo: l'odore degli uomini. Si alzò in piedi e grugni, inquieto.

Il cinghiale però era perplesso: non udiva alcun suono, né captava alcun odore che gli rivelassero la presenza di cani. L'uomo di per sé non lo preoccupava: non sarebbe mai riuscito a vederlo.

Erano i cani i suoi veri nemici. Non che li temesse. Nella sua vita ne aveva uccisi tantissimi, e altrettanti ne aveva feriti. Ma i cani, se ci fossero stati, gli avrebbero inesorabilmente portato addosso l' uomo, con quello strano bastone tuonante che aveva visto uccidere tanti suoi fratelli, e che aveva ferito anche lui un paio di volte.

Rimase immobile con tutti i sensi all'erta. No, gli sembrava proprio che cani non ce ne fossero. Poi ne fu certo. Intravide l'uomo che gli passava poco distante, poi lo sentì allontanarsi. Pian piano il rumore svanì ed anche l' odore dell' uomo si dissolse.

Il vecchio cinghiale si rilassò e sorrise, come sanno sorridere i cinghiali. Poi si ritirò ancor di più nel folto della macchia, chiuse gli occhi e si addormentò.

Il vecchio era ormai lontano. Finalmente riuscì a levare con i piedi una beccaccia, che fermò di prima canna. La raccolse e la depose con cura nella cacciatora. "La mia ultima beccaccia – si disse il vecchio – a meno che non ne trovi qualche altra. Con oggi con la caccia ho finito."

Non aveva più voglia di cacciare e si sentiva anche molto stanco. Ma non era venuto per cacciare, ma per ben altro, e continuò a girare per il bosco sino al primo pomeriggio.

Per quanto si fosse guardato intorno ogni momento in tutta la giornata, non aveva visto nessuno!

Infine decise di tornare alla macchina. Si infilò in una valle che andava via via restringendosi, sinché si trovò la strada sbarrata da un enorme rovaio.

Chiunque sarebbe tornato indietro e avrebbe aggirato l' ostacolo. Non il vecchio. Conosceva quella valle: c'era passato almeno cento volte.

Sapeva di un passaggio ricavato in quell'intrico di rovi dal transitare, da sempre, di tantissimi animali. Impiegò pochi minuti per trovare quello strettissimo tratturo, e ci si tuffò dentro.

Gli animali avevano continuato a fare un buonissimo lavoro, e il vecchio procedette senza difficoltà.

Non vedeva niente, ma sapeva che sarebbe sbucato in prossimità della sua auto; infine, col diradarsi dei rovi, si trovò in campo aperto.

Intravide, poco distante, la sua macchina.

Si fermò e, per l'ennesima volta, si guardò a lungo ed attentamente intorno, circospetto. Non c'era nessuno. Non c'era niente.

Udì il richiamo di una poiana e alzò gli occhi al cielo per seguirne le pigre evoluzioni. Poi la poiana lentamente si allontanò e scomparve.

Il vecchio chiuse gli occhi e respirò a lungo, profondamente, cogliendo e godendo ogni profumo di quel bosco dove – ormai aveva deciso – non sarebbe ritornato mai più. "Sono guarito – si disse – lo sapevo che avrei vinto e sarei guarito. Chissà cosa mi era capitato." Respirò ancora a lungo, poi aprì gli occhi. I suoi amici erano lì, appoggiati alla sua auto. Pareva che lo attendessero come tante volte in passato.

Il vecchio sentì una morsa gelida serrargli il petto. Incespicò e cadde. Mentre cercava di rialzarsi sentì una mano che lo afferrava per la giacca, aiutandolo. "Questa volta è davvero brutta – pensò il vecchio – altro che guarito! Ormai è chiaro che sono completamente partito di testa ..." Avrebbe voluto dire all'amico, a quella allucinazione sorridente, di andarsene, di lasciarlo in pace. Ma invece riuscì soltanto a borbottare: "Gli stivali! Questi maledetti stivali non mi vanno bene! Continuano a farmi scivolare e cadere ..."

"Te l'avrò detto mille volte – ridacchiò la sua allucinazione – ma non mi dai mai retta. Devi usare gli scarponi e non gli stivali".

"Non c'è niente da fare – pensò il vecchio – ormai il mio cervello è completamente andato. Sono fottuto, sono proprio fottuto!"

Però nel contempo il suo cuore cantava di gioia. Era di nuovo con i suoi amici! Erano di nuovo tutti insieme! Una serie di pacche affettuose continuava a piovargli sulle spalle mentre gli amici, come sempre, continuavano a chiedergli quante beccacce avesse sbagliato quel giorno.

Poi gli amici cominciarono lentamente ad allontanarsi. Il vecchio si sentì ancor pervadere da un'estrema e gelida razionalità.

"Non ci sono – si disse – lo so che non esistono più. Sono soltanto il frutto della mia malattia. Adesso salgo in macchina e fuggo. Sì fuggo via. Una volta



al volante passerà tutto, come tutte le altre volte." Invece guardò gli amici che si allontanavano e gridò: "Dove andate?" "Abbiamo alzato un paio di beccacce – rispose una voce – forse facciamo in tempo a ritrovarle. Dai vieni..."

"Sono pazzo – continuava a ripetersi il vecchio – sono proprio impazzito. Sogno... realtà... follia... illusione... Sia quello che sia – decise infine – io vado con loro. Poi capiti quello che vuole capitare."

Non era neanche più stanco. Seguì gli amici.

La bufera che aveva imperversato sul bosco era pressoché cessata. Cominciava a scendere la nebbia.

Ad un certo punto il vecchio perse di vista gli amici. Rallentò l'andatura, poi si fermò.

Il vento era completamente calato, la nebbia si era infittita. Il bosco era avvolto da una calma e da un silenzio assoluti. Non si muoveva una foglia.

Il vecchio cercò meccanicamente in tasca il pacchetto di sigarette che non aveva. Da diversi anni ormai aveva smesso di fumare.

Attese qualche minuto. Intorno a lui non c'era più nessuno. "Anche questa è passata – si disse il vecchio – ma questa volta è stata davvero terribile. Domani comunque inizierò a curarmi davvero."

Guardò ancora una volta il bosco avvolto nella nebbia e d'improvviso sentì i capelli rizzarglisi in testa.

Dalla nebbia aveva visto uscire al galoppo sfrenato il suo cane, il suo ultimo cane morto qualche anno prima.

Il cane gli saltò addosso ed il vecchio lo prese al volo, tenendolo in braccio. "Tu non esisti più – gli disse – sei solo il frutto del mio cervello malato. Perché mi perseguiti anche tu? Vattene! Vattene!" Ma intanto continuava a tenerlo in braccio, cullandolo come un bambino, mentre il cane gli leccava la

faccia. Poi intorno a lui fu tutto un abbaiare ed un latrare di cani festosi.

C'erano tutti! Tutti i cani che aveva avuto nella sua vita. Il vecchio cadde in ginocchio e si mise a piangere. Abbracciò tutti i suoi cani, tenendoli stretti stretti, mentre le lacrime gli scorrevano copiose. Però ancora una parte del suo cervello lo invitava a vincere quella illusione. Si guardò disperatamente intorno, cercando un qualche appiglio che lo riportasse alla realtà. Ma, ai limiti della nebbia, vide di nuovo i suoi amici. "Coraggio andiamo – gridò una voce – ormai non abbiamo più

molto tempo." Con un ultimo sforzo di volontà il vecchio si alzò in piedi, cercando di recuperare la ragione. "Sì è vero – disse – ma sono io che non ho più tempo. Qui sta per far notte e l'auto è molto distante. Bisogna che mi affretti."

Conosceva qual bosco come le sue tasche, ma in quel momento non riusciva a capire neanche dove fosse. Si guardò intorno per cercare un qualche orientamento verso la sua auto. Ma con stupore si accorse di non riuscire a ricordare dove l'avesse lasciata e nemmeno che tipo di auto fosse. Impaurito cercò con lo sguardo, per chiedere aiuto, i suoi amici che ai limiti della nebbia immobili lo osservavano.

Il vecchio si guardò ancora intorno.

"Che strano – si disse – presto farà notte ma qui invece di imbrunire c'è sempre più luce... è strana tutta questa luce. Ma cosa sta capitando?"

E all'improvviso, mentre con la violenza di un maglio lo colpiva il ricordo di quella strana mano di ghiaccio che poco prima gli era parso gli serrasse il cuore, rivisse in un battito di ciglia tutto ciò che gli era successo.

E allora finalmente capì. Mosse piano la testa, annuendo. Poi raccolse il fucile e andò nella nebbia, insieme ai suoi amici e ai suoi cani.

Graziano Demurtas è specialista in urologia. Ha lavorato per circa cinque anni presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale S.S. Annunziata di Sassari esercitando nel contempo la medicina di base. Trasferito a tempo pieno presso la Divisione di Urologia vi ha trascorso tutta la sua restante carriera professionale e ricoperto le funzioni di Aiuto. Per circa quindici anni è stato Segretario Provinciale e Consigliere Nazionale della C.I.M.O.

Giorgio Scerbanenco Venere privata

Il romanzo è ambientato nella Milano degli anni 60 e il protagonista è Duca Lamberti; egli è laureato in medicina e chirurgia, ma non può ufficialmente esercitare perché radiato dal proprio Ordine per avere procurato "la dolce morte" a una vecchia implorante e sofferente, in palese stato terminale. Dopo aver scontato tre anni di carcere, in virtù della fiducia incondizionata del commissario di polizia Càrrua, sardo di nascita e caro amico di famiglia, ottiene uno strano incarico di lavoro; si tratta di cercare di disintossicare dall'alcool il giovane ventiduenne Davide, figlio del potente ingegnere Ausèri, condividendone in maniera continuativa l'abitazione e il tempo. La mancanza di prospettive migliori obbliga il "nostro" ad accettare l'offerta e il compito viene assolto in maniera esemplare, con assiduità e competenza. Così, scavando nella mente del ragazzo, al fine di individuare le cause del malessere, emergono sensi di colpa ingiustificati e la storia di un chiaro suicidio, annunciato per giunta in anteprima, che suscitano le perplessità del medico e lo stimolano a investigare oltre le apparenze; in virtù dei suoi studi e della attività professionale progressiva, egli analizza semiologicamente i segni prodromici, l'evento di per sé, con tutto il corredo delle diagnosi differenziali e trae le conclusioni senza ricorrere a particolari esami di approfondimento. La sua particolare conoscenza del corpo e della psiche umana gli saranno di aiuto per risolvere un caso particolarmente complesso in cui, tra scenari assolutamente imprevedibili, si appalesa lo spettro di una organizzazione criminale particolarmente spietata, che il protagonista cercherà di debellare con metodi rapidi e decisamente "chirurgici". Venere Privata è il primo della serie di romanzi dedicata al dott. Lamberti; una figura particolare che Scerbanenco inventa dopo aver precedentemente elaborato numerose altre narrazioni di ampio respiro, ambientate nel mondo anglosassone, in cui l'attore principale era Arthur Jelling, ex studente di medicina, archivista della centrale di polizia di Boston; un personaggio schivo, educato, meditativo, animato da una forte



ricerca della verità che matura il proprio spirito investigativo tra le polveri degli scaffali e i fascicoli giudiziari; con il suo acume poliziesco, con semplici ragionamenti logici, che talvolta confliggono con l'evidenza, prediligendo la psico-indagine agli esiti dei referti e degli alibi, egli riesce a dipanare le più intricate matasse. Non c'è dubbio che l'A., in tutte le sue opere, basi le proprie storie sulla ricerca delle motivazioni razionali di un reato e della verità che spesso albergano oltre ogni prova palese, anche quando tutto propende, da prove testimoniali, referti, analisi dei fatti, verso una risoluzione ovvia del caso. In questo egli rifugge dal descrivere sistemi e operazioni perseguiti usualmente dalle forze di polizia, quali pedinamenti, analisi, interrogatori, ma segue solo il filo logico-riflessivo. Non a caso egli sceglie, come protagonisti, personaggi che in qualche maniera hanno a che vedere con il mondo pragmatico della medicina, che oltre a seguire i protocolli anamnestici ed etiologici per una corretta diagnosi dell'evento delittuoso, sono animati, nello spirito indagatore, da una etica ferrea che li obbliga a perseguire i colpevoli e a salvaguardare l'essere umano sin dal momento del concepimento. Dopo una ricca produzione di cinquanta brevi racconti, sguazzanti nel crimine truculento americano, sottoscritti con gli pseudonimi ora di Denny Sher, ora di John Colemoore, e una ricca produzione di venti pregevoli romanzi gialli, Giorgio Scerbanenco, nato nel 1911 a Kiev da padre ucraino e vissuto in Italia sin dalla giovanissima età, può a buon diritto vantare la paternità del noir italiano. A conferma di ciò l'acume investigativo nelle trame più contorte, il delitto sempre presente, l'impianto narrativo lineare e allo stesso tempo complesso, l'acquisizione di sempre nuovi dati che ribaltano le ipotesi del lettore e le conclusioni decisamente sorprendenti; il tutto arricchito da una straordinaria e sapiente coniugazione tra suspense e umorismo (A. P.)

Andrea Tramarin

Si rende noto che alle ore...

Non è mai stato facile per me recensire un libro. Ad essere sinceri, alcuni testi sono noiosi, altri francamente insulsi e di questo, purtroppo, l'autore non ne è mai consapevole. Insomma, giudicare il talento letterario altrui è un lavoro complicato e ingrato. Nel ricevere la faticosa richiesta di scrivere qualche riga di presentazione, per un attimo mi ha fatto pensare di dover pagar pegno. Era evidente, infatti, che la prefazione la stavano chiedendo alla carica che ricopro più che al sottoscritto. Dopo averlo letto, devo invece ammettere di essere stato fortunato. Il libro è gustoso, ben scritto e non annoia, anzi. L'autore conosce i congiuntivi, è padrone dell'arte di scrivere e, soprattutto, ha un contenuto originale. Racconta una storia di medici, di ospedali, di vite che s'intrecciano nelle dinamiche delle piccole e delle grandi comunità. Una storia che, nel frontespizio, è meglio evidenziare bene la famosa dicitura "Ogni riferimento a fatti e persone realmente esistenti è puramente casuale", perché la capacità raffinata di Tramarin è proprio quella di raccontare una realtà ospedaliera che esiste, una realtà vera, popolata di figure che chiunque abbia frequentato un ospedale ha incontrato quotidianamente nelle corsie. Il libro è una testimonianza neoverista: non ha la pretesa della leggerezza, non giudica, non è intriso di moralismo ipocrita. Si limita a raccontare, e lo fa con una sapiente capacità d'introspezione psicologica che affascina il lettore e lo accompagna per mano dentro una vita spesa in ospedale, dentro un ospedale. Non ci sono eroi in questo libro; anche i protagonisti migliori sono ritratti in chiaroscuro, con tutte le loro debolezze, al fianco delle loro virtù. Nessun personaggio è completamente positivo e, per contro, nessuno è mai completamente detestabile. Questi personaggi hanno le contraddizioni della vita vissuta e assomigliano terribilmente ai medici del reparto accanto. Chi, come me, ha vissuto in ospedale conosce i nomi dei protagonisti, stereotipi non stereotipati, figli dei tempi. Chi è estraneo al mondo sanitario è

comunque introdotto nella dimensione globale dell'ospedale, senza

nessun tentativo di dipingerla migliore o peggiore di quanto realmente sia. In quest'ospedale non s'incontrano i romantici e poetici medici dei libri di Cronin, ma ci sono tante figure modernamente virtuose, che combattono contro i propri limiti, che rappresentano la dimensione autentica della lotta nell'assistenza quotidiana. L'ospedale vive sulla loro fatica di ogni giorno, con un lavoro sul filo di mille contraddizioni, che spesso diventa sporco anche per i contrasti tra professionisti costretti a campare a contatto di gomito, come fratelli, senza avere niente di familiare l'uno con l'altro. Leggendo queste pagine (...) è impossibile non capire i meccanismi da cui origina quella famosa medicina difensiva, che oggi rischia di uccidere quel che resta del rapporto ipocratico. Il protagonista, dottor Stefano Tersilli, al termine della vicenda abbandona l'ospedale e la medicina, Tramarin invece ci resta pienamente dentro e, con questo libro, che vorrei venisse letto da tanti, ci chiede ancora di combattere con speranza perché la sanità italiana migliori, perché la centralità del paziente non resti un argomento valido solo per la retorica dei convegni. Non so se il libro del mio collega Tramarin vincerà un premio importante e neppure so dire se diventerà un best seller al top delle vendite, sicuramente io non ho speso male il mio tempo a leggerlo, e forse neppure lui a scriverlo.

Dalla prefazione di Pierpaolo Vargiu, Presidente della XII Commissione Affari Sociali e Sanità della Camera dei Deputati



Nuovo disco in vista per i due fratelli medici-musicisti

L'ironia dissacrante dei Duodeno

"Duodeno: rappresenta la prima parte dell'intestino tenue. Ha una lunghezza di circa 30 cm e un calibro di 47 mm. Inizia all'altezza della prima vertebra lombare, a destra della linea mediana, facendo seguito all'estremo pilorico dello stomaco, e termina a sinistra della seconda vertebra, in corrispondenza della flessura duodenodigiunale, continuando con l'intestino tenue mesenteriale". Questa è la definizione che si può leggere nel *"Trattato di Anatomia Umana"* del prof.

Giuseppe Balboni, che condivide il suo sapere con i suoi studenti, chiusi fra le mura dell'ateneo turritano. Definizione sostanzialmente esatta ma incompleta. Probabilmente il Chiarissimo Prof. Balboni non ha infatti avuto la possibilità di conoscere i fratelli Nino e Angelo Tedde, entrambi medici, entrambi musicisti: i Duodeno. Le loro carriere mediche si separano per via dei differenti interessi: Angelo è urologo, Nino predilige la medicina generale. Ma la passione mai sopita per la musica li porta a unirsi nel 1993 in occasione di una rassegna musicale dedicata ai medici

di Francesco Bustio
Dettori



in quel di Castrocaro: è l'origine del gruppo. Decisamente, Balboni non poteva immaginare che la parola Duodeno potesse assumere significati diversi da quelli che lui aveva sapientemente descritto per la gioia e la disperazione degli studenti di medicina. Il nome è un abile gioco di parole, che nasconde una certa vis ironica che si riflette anche sui testi, scanzonati, capaci di prendere in giro, usando anche delle *"raffinatezze"* tipicamente sarde, temi che potrebbero risultare di una certa complessità.

Il sodalizio fraterno prosegue e porta alla genesi di ben tre album, con un quarto in uscita per questa estate, e una moltitudine di esibizioni in Sardegna, in "continente" e perfino al di fuori dei confini nazionali, in Svizzera e in Belgio. Chi scrive ha avuto modo di ascoltare la terza fatica della band, intitolato *"La banda gastrica"*, dopo una bella chiacchierata con Nino Tedde e svariati contatti telefonici con il fratello Angelo. *"La banda gastrica"* è la naturale prosecuzione di un discorso iniziato nel 1999 con *"Note Intestine"* e proseguito con *"Medici in carriera"* (2004). L'ultima (per ora) fatica dei due fratelli *made in Nuvi* dà la sensazione di un disco spensierato, registrato semplicemente aprendo i microfoni e suonando senza troppi fronzoli, per il semplice gusto del divertimento più puro: una sorta di ritorno a una primordiale esigenza musicale. La parte strumentale è strutturata in maniera spesso semplice ma di immediata assimilazione, i testi sono invece arguti, da ascoltare con attenzione: nelle diverse vicende, descritte a volte in maniera boccaccesca, osserviamo scene di vita di ogni giorno di un medico, scopriamo malattie, veniamo coinvolti da temi sociali; c'è spazio anche per la celebrazione del paese natio. Questo trattare temi delicati e complicati con leggerezza, quasi con dissacrazione, è assimilabile alla sensazione che si può provare guardando un



film di Carlo Verdone: divertente, ma con un retrogusto amarognolo, mentre da lassù, Enzo Jannacci e Giorgio Gaber sorridono compiaciuti dell'operato di questi medici-musicisti, che hanno visto in questi artisti un faro da seguire. E allora via, con le invettive contro *"L'animatore del villaggio"*, con gli splendidi spaccati di vita medica di *"L'ambulatorio"* e *"Dottor House, mi spieghi perché"*. Quest'ultima ha il pregio non solo di descrivere una certa tipologia di paziente che chi svolge la professione medica può trovarsi improvvisamente tra capo e collo, ma riesce anche a puntare il dito contro il razzismo, parlando al contempo di una vicenda tragicomica determinata dall'avvenuto contagio per via sessuale dell'AIDS. Fanno immediatamente seguito il reggae nostalgico di *"Torno in cantoniera"* e la sorprendente *"Saldos... de itajone"*. *"Non t'avvertirò"* permette all'amore di entrare a far parte degli argomenti del disco, con un interessante testo a opera di Gavino Murgia (che firma anche *"Il tempo delle mele"*). *"La prima volta"* ha una sfaccettatura quasi esistenziale, mentre *"Amarsi"* sancisce con sicurezza, fra le note del pianoforte, che l'altro odore dell'amore è quello dei calzini sporchi; *"Telefonino"* invece sottolinea con astio i fastidi della vita moderna. *"Induratio penis"* sfrutta

una canzone dei Nomadi, *Aironi Neri*, per parlare con simpatia di disfunzioni erettili. Una certa atmosfera da bistrot francese connota la nostalgia trilingue (francese, italiano, sarda) de *"Il tempo delle mele"*, mentre le ultime cinque tracce sono affidate al blues lento di *"La gente"*, dominato da un bell'organo hammond che fa da tappeto ideale per parlare delle cosiddette differenze di genere; alla schizofrenica e divertente *"Deandrata"*, e alle canzoni in limba *Europeistas e Duodenulvi 1 (Monte Entosu)*, fino ad arrivare a un vero e proprio inno calcistico come *Duodenulvi 2 (Inno Monte Alma)*. Una manciata abbondante di canzoni dirette, schiette, suonate con gusto e con l'aiuto di musicisti di valore come Fabrizio Sullioti dei Doc Sound, Dorino Ruzzettu, direttamente dall'Orchestra Jazz della Sardegna e Pinuccio Cossu. Tutti i dischi del duo hanno una forte connotazione di solidarietà: infatti parte dei ricavi va ad Emergency, associazione alla quale i due fratelli hanno contribuito fin dalla prima ora. I Duodeno, spinti dall'amore verso l'arte in ogni sua sfaccettatura, hanno anche promosso in passato una bella manifestazione intitolata "Il Medicista", riservata a chi, sotto un camice bianco, nasconde un cuore che batte forte per musica, pittura, scultura e ogni singola

manifestazione artistica che l'uomo possa immaginare. E chissà che col nuovo disco, intitolato *"Separati in casa"*, la cui uscita è prevista a breve, oltre che una nuova serie di canzoni semiserie, non possa vedere la luce una nuova edizione di questa manifestazione: una grande possibilità per mostrare quanto il mondo della medicina sia vitale, dotato di una cultura che va al di là dell'atto medico, e perché no, venato di una sua intrigante estrosità.



Ardara, cattedrale di Nostra Signora del Regno

Id.	Assistenza Primaria	Pediatria	Cognome e nome	Anno laurea	Indirizzo	Cap-città	Telefono	Cellulare
1	SI	NO	Arru Alessandra Rita	2004	Via Di Vittorio 22	07100 Sassari		328/9442820
2	SI	NO	Barrocu Lucrezia	2010	Via Cattalochino 10	07100 Sassari		349/2529098
3	SI	NO	Branca Giovanni	2008	Via dell'Agrifoglio 2	07100 Sassari		347/7799874
4	SI	NO	Brichetto Giovanna	1996	Via Ugo Foscolo 33	07041 Alghero	079/979098	340/7905249
5	SI	NO	Castellaccio Claudia	2013	Via Pasca 3	07100 Sassari	079/4361756	340/7077837
6	SI	NO	Cherchi Giuseppe	2013	Via Nuoro 6	07040 Uri	079/419512	340/7888001
7	SI	SI	Chirra Pasquale	2013	Viale Italia 38/a	07100 Sassari		3462158118
8	SI	NO	Congiu Agostino	2011	S.V. La Cruzzitta Sette Funtani 38/g	07100 Sassari		333/2186820
9	SI	SI	Deligia Giovanni	2013	Via Torres 2/a	07100 Sassari		349/8928435
10	SI	NO	Dessanti Claudia	2013	Via Palmiro Togliatti 4	07100 Sassari		349/1258198
11	SI	SI	Di Trapani Laura	2013	Via Monte Grappa 7/e	07100 Sassari		328/3178388
12	SI	NO	Evangelisti Daniela	2013	Via Paolo Demuro 1/a	07100 Sassari		340/3911571
13	SI	NO	Farina Giulia	2013	Via Su Cannieddu snc	07014 Ozieri		340/6014150
14	SI	NO	Fedeli Maria Antonietta	2013	Via Savoia 27	07033 Osio		327/32686690
15	SI	SI	Fele Paolo	2013	Via Vittorio Veneto 84	07014 Ozieri		347/0314588
16	SI	SI	Filigheddu Federica	2013	Via Mancini 37	07100 Sassari		347/3273602
17	SI	NO	Flori Mariangela	2013	Via San Pietro d'Ottava 53	07100 Sassari		338/6408230
18	SI	SI	Flore Giacomo Angelo	2013	Via Manzoni 41	07011 Bono		347/9734762
19	SI	NO	Floris Daniele	2013	S.S. dell'Anglona 5	07100 Sassari		349/3786054
20	SI	NO	Forteleoni Antonietta	2013	Via Umana 6	07100 Sassari	079/280654	320/5707330
21	SI	NO	Gabbas Giuseppina	2013	Via Nurra 9	08025 Olivena		347/7845155
22	SI	SI	Lisbo Marcella	2009	NON COMUNICATO	07033 Osilo		380/4349661
23	SI	NO	Lo Mastro Michela	2013	Via Turrutana 36/b	07100 Sassari		388/0574393
24	SI	NO	Lorenzoni Marcella	2013	Via Sedini 24	07031 Castelsardo		340/1825897
25	SI	SI	Losa Francesca	2013	Via Zucca 5	07100 Sassari	079/276484	333/5771778
26	SI	SI	Maffei Matteo	2013	Via grazia Deledda 32	07100 Sassari		347/4931479
27	SI	NO	Masu Lavinia	2013	Via Donizetti 67	07100 Sassari		349/6990464
28	SI	NO	Ogana Silvia	2013	Viale Umberto I 110	07100 Sassari		389/6816794
29	SI	NO	Pes Adele	2004	Via P. Nenni 2/62	07100 Sassari		348/3855206
30	SI	SI	Planu Giancarlo	2013	Via G. Bruno 1c/07	07100 Sassari		347/5537126
31	SI	NO	Piga Giulia	2013	Via G. D'Annunzio 3	07039 Valledoria		347/2769848
32	SI	SI	Pintore Pierpaolo	2013	Via De Giorgio 17	07041 Alghero		349/0936885
33	SI	NO	Piras Carla	2013	Via Sardegna 212	07030 S. Maria Coghinas		340/7292873
34	SI	NO	Pirino Laura	2013	Via Quarto 1	07100 Sassari		349/0657765
35	SI	SI	Puddu Leonardo	2013	Via Don Minzoni 17	07100 Sassari		349/7876364
36	SI	NO	Puggioni Antonella	2013	Via IV novembre 8/h	07100 Sassari		340/8937370
37	SI	NO	Puledda Marco	2013	Via Don Carboni 4	07040 Olmedo		348/0617474
38	SI	SI	Sanna Enrico	2013	Via G. D'Annunzio 3	07039 Valledoria		340/4036726
39	SI	NO	Santoro Angelica	2007	Via Oriani 5/B	07100 Sassari		328/2720160
40	SI	NO	Sechi Fabio	2013	Via Budapest 10/B	07100 Sassari		328/6768298
41	SI	NO	Sida Francesca	2013	Via Addis 6	07100 Sassari	079/295953	349/1877633
42	SI	NO	Tedde Laura	2013	Via Cagliari 24	07100 Sassari		339/3569936
43	SI	NO	Tidore Gianni	2013	Viale Caprera 1/a	07100 Sassari	079/292781	3387125598
44	SI	NO	Tracis Francesco	2013	Via Silki 16	07100 Sassari	079/216515	333/4645582



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