

Anno XXIV - Febbraio 2015 - n. 1

SASSARI MEDICA



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari

Via Cavour n° 71/b - 07100 Sassari

Telefono 079-234430

Fax 079-232228

Sito Internet

<http://www.omceoss.org>

@Email@ e PEC

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

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

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

Orari di apertura al pubblico

Lunedì: 11:00 – 13:00

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

Mercoledì: 11:00 – 13:00

Giovedì: 11:00 – 15:30

Venerdì: 11:00 – 13:00

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

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



In copertina: Concattedrale di Sant'Antonio Abate, Castelsardo. Foto di Marcello Masala

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.

Impaginazione Francesco Bustio Dettori

Addetto stampa Maria Antonietta Izza

Hanno collaborato a questo numero

Corrado Bozzo, Gianni Cosseddu, Pier Luigi Cherchi, Antonio Contu, Carlo Doria, Valerio Gennaro, Carlo Lubrano, Sara Marredda, Antonio Marrosu, Vincenzo Migaleddu, Giovanna Molotzu, Daniela Orrù, Panos Paliogiannis, Sara Patuzzo, Giovanna Pintus, Giovanna Rau, Matteo Ruggiu, Fabrizio Scognamillo, Eugenia Tognotti, Mario Trignano

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

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

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

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

Tiratura: 4218 copie

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

La pubblicazione è inviata gratuitamente a medici e odontoiatri delle province di Sassari e Olbia-Tempio iscritti all'Albo, a tutti gli Ordini dei Medici d'Italia e alle principali istituzioni sanitarie regionali e nazionali.

SASSARI MEDICA

Anno XXIV Numero 01 - Febbraio 2015
Periodico bimestrale

Consiglio Direttivo 2015/2017

Presidente Agostino Sussarellu

Vicepresidente Francesco Pio Scanu

Segretario Giovanni Biddau

Tesoriere Nicola Addis

Consiglieri

- Alessandro Arru
- Carlo Azzena (odontoiatra)
- Piero Luigi Bellu
- Ferruccio Bilotta
- Paolo Giuseppino Castiglia
- Maria Grazia Cherchi
- Monica Derosas
- Carla Fundoni
- Antonella Giordo
- Rita Nonnis
- Rossella Pilo
- Antonio Pinna (odontoiatra)
- Patrizia Anna Virgona

Commissione Iscritti all'Albo Odontoiatri 2015/2017

Presidente Antonio Pinna

Componenti

- Carlo Azzena
- Nicolas Arnould
- Antonio Demartis
- Roberto Pinna

Collegio Revisori dei Conti 2015/2017

Presidente Giancarlo Bazzoni

Revisori

- Natalia Marta C. Grondona
- Assunta Zodda

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

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

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

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

Pubblicazione e proprietà

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

Estratti e copie

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

Pagine libere

E' 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/ Lettera ai colleghi | Pagina | 4 |
| - 2/ L'editoriale del neo presidente per gli iscritti all'Albo Odontoiatri | | 5 |

■ VITA DELL'ORDINE

- | | |
|---|----|
| - Le cariche istituzionali per il triennio. Agostino Sussarellu riconfermato presidente | 6 |
| - Costituite le prime Commissioni. Un valido supporto per il Consiglio direttivo | 8 |
| - Esercizio finanziario 2015 | 13 |
| - Incontro a Oristano fra l'assessore regionale alla sanità e gli Ordini della Sardegna | 14 |
| - Consenso informato nella produzione deontologica | 16 |

■ SPECIALE CODICE

- | | |
|---|----|
| - Un primato incontestabile: il codice di etica e di deontologia dell'Ordine dei medici di Sassari (1903) non ha precedenti in Italia | 19 |
|---|----|

■ APPROFONDIMENTI

- | | |
|---|----|
| - Influenza della malattia celiaca sul metabolismo osseo | 21 |
| - Aggiornamenti sui problemi ambientali e sanitari nel SIN del sassarese | 25 |
| - La valutazione Ori del candidato al rialzo del seno mascellare (sinus lift) | 32 |
| - Guariti dal cancro: pensieri, emozioni e qualità di vita ad anni di distanza dalla diagnosi e dalle terapie | 40 |
| - La chirurgia dei tumori colo-rettali l'UCP di Patologia Chirurgica a Sassari | 45 |

■ FITOTERAPIA

- | | |
|---|----|
| - Proprietà terapeutiche di piante comuni e officinali: erisimo e biancospino | 48 |
|---|----|

■ FNOMCeO

- | | |
|---------------------------------------|----|
| - Notizie dalla Federazione Nazionale | 50 |
|---------------------------------------|----|

■ NEWS

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

■ TACCUINO

- | | |
|--|----|
| - Convegno sulle OSAS; Convegno ECM: Salute e Ambiente; progetto SIDP; Premio Massimo Petrella | 56 |
|--|----|

■ LETTURE

- | | |
|---|----|
| - Il gigante addormentato | 57 |
| - Lontananza e amore nei versi di Giovanna Pintus | 58 |
| - "Sardinia coast to coast 1971" avventura on the road alla ricerca di un sogno | 59 |
| - Un florilegio di poesie a tutto campo | 60 |

■ MUSICA

- | | |
|---|----|
| - Jesus Christ Superstar: il capolavoro di Andrew Lloyd Webber e Tim Rice | 61 |
| - Elenco dei medici disponibili | 64 |

Lettera ai colleghi

Care colleghe e cari colleghi, nella recente tornata elettorale per il rinnovo delle cariche ordinistiche, avete voluto mantenere la fiducia nel nostro gruppo; mi compete quindi l'obbligo di ringraziare tutti voi per la riconferma. Dopo il risultato delle elezioni, la Commissione Albo Odontoiatri ha nominato, quale proprio presidente, Antonio Pinna e il Consiglio Direttivo ha espresso la volontà di affidarmi ancora una volta il timone della Presidenza affiancandomi, in qualità di Vicepresidente, Francesco Scanu (Cesco per tutti noi), e ha conferito inoltre la carica di Segretario a Giovanni Biddau e quella di Tesoriere a Nicola Addis. Ritengo che tutti i componenti del Consiglio Direttivo, della Commissione degli Odontoiatri e del Collegio dei Revisori dei conti, non siano semplicemente dei colleghi eletti per amministrare l'Ordine, ma un gruppo di amici che hanno deciso di condividere un percorso dentro la professione e per la professione, per ribadire quello che è il compito precipuo di noi medici: avere a cuore la tutela della salute di chi, sofferente, malato, si rivolge a noi nella ricerca di quelle attenzioni e cure necessarie per riacquistare il proprio benessere. Troverete nelle pagine seguenti l'organigramma del nuovo Consiglio Direttivo e le cariche istituzionali dell'Esecutivo che guiderà il nostro Ordine per il triennio 2015 - 2017. Negli ultimi giorni di dicembre, in linea col programma che avevamo concordato, ci stavamo dedicando a completare gli adempimenti amministrativi del triennio 2012 - 2014 e a pianificare i primi impegni del nuovo mandato, quando un fatto inaspettato è venuto a modificare il nostro ruolino di marcia. Il 20 dicembre, la Giunta Regionale, su proposta dell'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, dott. Luigi Benedetto Arru, ha provveduto al commissariamento straordinario delle Aziende Sanitarie Locali, previsto dalla legge regionale del 17 Novembre 2014, n° 23: norme per la riforma del sistema sanitario regionale. Nelle more di questo importante provvedimento, la

di Agostino Sussarellu



stessa Amministrazione ha reputato opportuno indicare il mio nome per assolvere la funzione di Commissario Straordinario dell'ASL-1 di Sassari. Tale mandato, come riportato dalla legge, avrà una durata di quattro mesi, rinnovabili solo una volta per la stessa durata. All'inizio, la notizia mi è giunta, come spesso accade, attraverso vie insolite, ma alla fine della serata l'Assessore in persona mi ha confermato la deliberazione, riferendomi che l'incarico era legato proprio alla mia appartenenza all'Ordine in qualità di Presidente, identificando in essa quel ruolo di garanzia che,

nel delicato momento di applicazione della riforma regionale, aveva deciso di affidarmi. Di fronte a tale riconoscimento, ho ritenuto fosse doveroso accettare il mandato considerandolo un dovere istituzionale. Non vi nascondo, comunque, l'emozione e gli interrogativi che tale evento ha scatenato in me. Da una parte si sono affacciate le inquietudini sulla gravosità dell'impegno richiesto, ma dall'altra mi sono sentito orgoglioso dell'onore riservato al nostro Ordine, chiamato attraverso il suo Presidente a un impegno così importante. Cercherò di svolgere il compito affidatomi con la massima dedizione, per essere all'altezza dell'incarico che mi è stato conferito. Ho subito comunicato la notizia al Consiglio Direttivo, dapprima informalmente e quindi ufficialmente con una seduta straordinaria, tenutasi, vista la concomitanza delle festività di fine anno, il giorno 8 gennaio. In tale occasione ho fatto presente che l'impegno mi costringerà ad assentarmi dal nostro Ordine per un lungo periodo, perciò, così come prevede la legge istitutiva, durante i periodi della mia assenza le funzioni saranno vicariate dal nostro Vicepresidente Francesco Scanu, al quale, inoltre, competerà di redigere l'editoriale che accompagna sempre il nostro bollettino. Concludo pregandovi di augurarmi buon lavoro... per me è davvero importante il sostegno di tutti voi!

Affettuosamente

Agostino Sussarellu

L'editoriale del neo presidente per gli iscritti all'Albo Odontoiatri

Gentili colleghe e cari colleghi Odontoiatri, al termine delle ultime consultazioni elettorali per il rinnovo degli organi collegiali ordinistici, mi preme ringraziare non solo tutti coloro che sono venuti a votare e ci hanno regalato la loro fiducia, ma anche i numerosi iscritti che, non presentandosi alle urne, mi hanno indotto a riflettere sulle cause del profondo scollamento che li allontana dalla nostra Istituzione. È improrogabile per noi consiglieri un atto di autocritica: forse per lungo tempo siamo stati troppo distanti dalle esigenze della categoria tanto che questa non si riconosce più in noi; forse non siamo riusciti a recepire le istanze dei singoli in materia di lavoro, formazione professionale, né a coadiuvarli nelle scelte e confortarli nelle asperità del difficile cammino intrapreso. Tutti compiti che la Commissione deve espletare in un clima sereno di collaborazione reciproca, partendo dall'assunto che il nostro indagare e controllare il territorio non è finalizzato a comminare sanzioni disciplinari, bensì a conoscere in maniera profonda le difficoltà del nostro vivere, per proteggerci dagli abusi e dalle prevaricazioni, per rafforzare la nostra compagine. I componenti della CAO provinciale, che voi avete scelto con le vostre preferenze, hanno desiderato che fossi io la persona più indicata a rappresentarvi per il triennio 2015-2017. Un ruolo impegnativo per via di tutte le criticità emergenti: le difficoltà di inserimento nel mondo del lavoro per i più giovani; il problema del mantenimento dei pazienti e la fatica ad acquisirne di nuovi; la complessità dell'accesso al credito; il coacervo di adempimenti che regolano l'apertura di nuovi studi; le spese di gestione elevate, la plethora odontoiatrica. Queste condizioni allarmanti generano grande apprensione; ne conseguono atteggiamenti disperati e fratricidi di accaparramento di clientela, che si sostanziano in costose, effimere propagande mediatiche, con proposte di interventi miracolistici, offerte, sconti, pagamenti per-

di Antonio Pinna



sonalizzati a dir poco ridicoli, mutuati dal libero mercato. Ne conseguirà inevitabilmente un deprezzamento delle nostre precipue mansioni con fenomeni di delegittimazione e di rivalsa incontrollabili da parte degli stessi utenti. Tutto ciò mal si addice a una professione come la nostra, caratterizzata da sforzi intellettuali, tecnologici ed economici, volti al bene del paziente, in cui il margine d'errore è commisurabile attorno al decimo di millimetro: un patrimonio da non svilire facendone mercimonio. In questo terreno paludoso dovremo lavorare sodo tutti in-

sieme, perché è profondamente a rischio la nostra credibilità. Personalmente mi ritengo fortunato perché supportato nel mio compito da validissimi collaboratori: Carlo Azzena, Nicolas Arnould, Antonello Demartis e Roberto Pinna, tutti preziosi esponenti AIO e ANDI; un ottimo viatico per un cammino di riforme, libero da condizionamenti, equanime e condiviso. Gli obiettivi principali che ci siamo prefissi sono in perfetta sintonia con quanto enunciato nelle linee programmatiche: progetto di prevenzione della carie; riforma delle linee guida per l'informazione sanitaria; tirocinio post-lauream per i giovani, ecc. Con questo spirito ci proponiamo a voi, certi di proseguire nel cammino intrapreso dalla precedente Commissione e dal suo presidente Pierluigi Delogu, a cui vanno i doverosi ringraziamenti per la competenza e per l'impegno da lui assunti in questi nove anni di CAO. Sarà nostra cura, in onore alla trasparenza che vogliamo perseguire, comunicarvi tempestivamente, attraverso queste pagine e tramite il sito internet dell'Ordine, le determinazioni assunte nelle nostre riunioni. Per concludere vorrei invitarvi a considerare l'Ordine come un'Entità di indirizzo per tutti, costituita per agevolare, e non per ostacolare o censurare. Vi esorto dunque ad avvicinarvi alla nostra Commissione e alla vostra casa di via Cavour 71/b; verrete accolti con affabilità e riceverete risposte chiare ai vostri cortesi quesiti. Grazie

Si è insediato il Consiglio direttivo dell'Ordine

Le cariche istituzionali per il triennio Agostino Sussarellu riconfermato presidente

Il 9 dicembre scorso si è svolta la riunione per l'insediamento ufficiale del Consiglio direttivo e l'elezione delle cariche istituzionali. Agostino Sussarellu è stato riconfermato presidente, vice presidente Cesco Scanu, segretario Giovanni Biddau e tesoriere Nicola Addis. L'elezione è stata preceduta dal discorso inaugurale del consigliere anziano, Antonio Pinna, che ha posto l'accento su alcune questioni importanti, prima fra tutte la scarsa affluenza al voto.

"Purtroppo anche noi, come gli altri Ordini d'Italia, abbiamo registrato una scarsa affluenza, un fenomeno che oltre a confermare il disinteresse degli iscritti genera uno spreco di danaro: la prima convocazione è costata oltre 2000 euro, la perdita di tempo e danaro per l'impegno straordinario di impiegati, funzionario e scrutatori per ben tre giorni; in seconda convocazione gli 823 votanti, di cui 100 odontoiatri, a fronte di oltre 4000 iscritti ai

nostri Albi, sono sicuramente un dato numerico preoccupante. In un periodo di crescente sfiducia nelle istituzioni, il risultato conseguito durante la nostra campagna potrebbe apparire quasi confortante, ma quando numerosi medici e odontoiatri disertano le elezioni per il rinnovo delle commissioni ordinarie di appartenenza, appare evidente la distanza che ci separa dai colleghi che dovremmo rappresentare e aiutare nella missione di sentinelle della salute" ha detto Pinna. Secondo il decano dell'Ordine "ci potrebbe essere anche una giustificazione di carattere geografico, data la vastità del nostro territorio di pertinenza e l'allestimento di un unico seggio elettorale: un secondo seggio in Gallura, ad esempio, avrebbe potuto invogliare al voto molti colleghi, risparmiando loro ore di viaggio su strade non propriamente scorrevoli e sicure". Una cosa è certa: dobbiamo porci il problema della distanza dall'istituzione, soprattutto perché questo malcontento serpeggia



I componenti del Consiglio direttivo 2015-2017, da sinistra: M.G. Cherchi, P. Virgona, R. Pilo, R. Nonnis, A. Giordo, P.L. Bellu, M. Derosas, N. Addis, G.Biddau, F.Bilotta, A. Arru, C.Azzena, A.Sussarellu, A. Pinna, C. Fundoni, P. Castiglia, F. Scanu

anche nelle fila dei giovani neoiscritti, molti dei quali avrebbero desiderato una voce che si elevasse fortemente a loro difesa dopo il tragico concorso per le scuole di specializzazione.

"I giovani sono una risorsa che non possiamo permetterci di perdere, e vedendo anche, senza offesa per nessuno, una età media piuttosto alta in questo consiglio, perché non costituire un osservatorio giovani con rappresentanti delle varie specializzazioni e magari qualche altra componente studentesca?" ha proposto Antonio Pinna.

Nella riunione si è convenuto che il Consiglio direttivo deve aumentare gli sforzi per informare, coinvolgere, avvicinare i colleghi, per raccogliere le loro istanze, capirne le esigenze, facilitarne il lavoro. Un grande segnale di avvicinamento è stato espresso dal precedente Consiglio grazie non solo ai numerosi incontri e seminari organizzati a Sassari e in sedi decentrate rispetto al capoluogo, ma anche al sito internet rinnovato e aggiornato, alla rassegna stampa quotidiana e al bollettino Sassari Medica, tutti mezzi di comunicazione che hanno portato il nostro Ente nelle case e nelle sale d'aspetto degli iscritti, con una informazione attenta e puntuale confortata dalla preziosa collaborazione di diversi colleghi, ma evidentemente ciò non è stato sufficiente, e bisogna trovare nuove vie di comunicazione che si aggiungano a quelle già in uso.

È sempre più evidente, inoltre, la necessità di censire le risorse mediche del territorio acquisendo informazioni aggiornate sulla attività degli iscritti, le loro attuali ubicazioni, i riferimenti telefonici e indirizzi.

"Certo non è pensabile che noi 17 possiamo arrivare a conoscere personalmente tutti i 4040 colleghi afferenti al nostro Ordine, ma qualcosa la possiamo di certo fare. Per esempio, potremmo essere noi e parte dell'ufficio a spostarci periodicamente e a turno per dare risposte ai vari quesiti che promano dalle aree decentrate. Sarà oltremodo importante potenziare i nostri servizi d'ufficio in materia **normativa, legale, assicurativa, fiscale**, in grado di rispondere in prima battuta a dubbi riguardanti le varie angolazioni della professione" ha proposto Antonio Pinna, aggiungendo che "sarà determinante l'informazione capillare e puntuale della popolazione sugli aventi diritto a esercitare la professione medica, sulla nostra crescita scientifica e attività di volontariato, espressi con rigore morale e trasparenza, uti-

lizzando le pagine del quotidiano locale e i mezzi di comunicazione veloce che il web ci offre; la realtà democratica della nostra istituzione dovrà pertanto operare in due sensi: da una parte rendere gli iscritti attivamente partecipi delle nostre scelte e dall'altra acquisire non solo il loro sostegno, ma anche il controllo sullo svolgimento del mandato affidatoci".

Nel suo lungo e articolato intervento Antonio Pinna ha sottolineato il primato dell'etica "come elemento di guida e di ispirazione" per "poter dare risposte sui grandi temi della sanità pubblica e privata, terreno fertile per equivoci di ogni sorta, che sovente finiscono in aule giudiziarie".

Fare il medico oggi pone problemi etici, sociali, gestionali, economici, relazionali, legali: in tutta questa complessità l'Ordine deve muoversi con precisione chirurgica, chiarezza e spirito decisionista e interventista.

Il Consiglio Direttivo dovrà assolvere particolari funzioni: curare e pubblicare gli Albi professionali, garantendo a tutti i cittadini la possibilità di verificare il possesso dei titoli per poter esercitare; vigilare sul decoro e sull'indipendenza dell'Ordine; designare i propri rappresentanti presso enti istituzionali, promuovere e favorire il progresso culturale degli iscritti e controllarne i crediti; contribuire all'elaborazione e all'adozione di provvedimenti normativi che riguardino la professione. Quando richiesto, interporre nelle controversie tra sanitari e tra questi ed enti o persone e intervenire per conciliare le parti all'interno di contenziosi per responsabilità professionali; e poi esercitare il potere disciplinare attraverso l'azione autonoma e distinta delle due commissioni, quella dei medici chirurghi, composta da quindici membri e quella degli odontoiatri, composta da cinque.

Le mansioni e le responsabilità del Consiglio, in quanto organo deliberante, sono fondamentali per l'Ordine. Il presidente, il vicepresidente il segretario e il tesoriere rappresentano l'esecutivo, ma l'impegno dei consiglieri non deve essere da meno. Antonio Pinna, concludendo il suo discorso, ha salutato con affetto i consiglieri Alberto Delpini, Nicolino Sanna, Gabriele Farina, Antonella Bortone, Luisa Destefanis, Pierluigi Delogu, Leila Marchisio, Lina Bardino " con i quali abbiamo condiviso le fatiche del precedente mandato e che hanno rinunciato a presentarsi sia per motivi familiari e di lavoro, sia per favorire un naturale ricambio con l'ingresso di altri componenti, apportatori di nuova linfa".

Costituite le prime Commissioni Un valido supporto per il Consiglio direttivo

Consiglio Direttivo 27/01/2015 Gruppi di lavoro e deleghe: eletti i nuovi componenti per il triennio 2015/2017

I gruppi di lavoro sono costituiti da un ristretto numero di persone con la funzione di esaminare preventivamente gli argomenti cui è delegato, approfondirne i contenuti, istruirne le pratiche preliminari.

Non hanno potere deliberante o esecutivo, ma di indirizzo per snellire l'attività del Direttivo; potranno fare parte di essi non solo i consiglieri eletti per le Commissioni Albo dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri e per il Collegio dei revisori, ma anche colleghi regolarmente iscritti ai nostri Albi, con titoli specifici o credenziali opportune per poter svolgere i compiti previsti.

Alcuni gruppi di lavoro sono obbligatori, altri facoltativi, espressi in base alle esigenze particolari della nostra Istituzione e in aderenza al nostro regolamento interno; all'interno di ogni gruppo, formato da due o più componenti, viene nominato un coordinatore con il compito di convocarne le riunioni e di riferirne l'operato al Consiglio Direttivo.

Commissione esami di Stato

Il Decreto 19.10.2001 n. 445, Regolamento concernente gli esami di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico - chirurgo, stabilisce l'istituzione di una Commissione composta da 8 componenti di cui 4 nominati dall'Ateneo di Sassari e 4 nominati dal consiglio Direttivo dell'Ordine, purchè regolarmente iscritti all'Albo dei medici chirurghi. In seno a siffatta Commissione viene eletto un presidente che dura in carica un anno, ruolo ricoperto alternativamente dagli Accademici e dagli Ordinisti.

I rappresentanti ordinistici assolvono ai seguenti compiti:

- tenuta dei corsi di formazione per tutor, finalizzati alla conoscenza delle norme che regolano i tirocini pratici, compilazione dei libretti, formulazione del giudizio finale.

- esame delle valutazioni dei tutor per consentire l'accesso o meno all'esame di stato.
- partecipazione alla prova scritta dell'esame di abilitazione (da due a quattro componenti), con compiti di vigilanza sia sulla correttezza delle procedure, sia sull'operato dei candidati.

Delegati per il triennio 2015/2017 Piero Luigi Bellu, Ferruccio Bilotta, Alberto Ettore Delpini, Monica Derosas, Francesco Pio Scanu, Agostino Sussarellu; coordinatore: Francesco Pio Scanu

Commissione medica per l'accertamento dell'invalidità

La suddetta Commissione medica ha la durata di anni tre, deve essere composta da tre membri di cui uno specialista in medicina legale, diventa operativa a decorrere dalla data di approvazione della stessa da parte dell'ENPAM.

Le sue funzioni sono quelle di sottoporre a visita i colleghi regolarmente iscritti ai nostri Albi, che, affetti da inabilità temporanea o permanente, abbiano fatto istanza all'Ordine.

Il gruppo valuta la appropriatezza delle richieste, con visita a domicilio o convocazione all'Ordine del richiedente, esamina la documentazione, richiede eventuali ulteriori analisi e accertamenti, redige un verbale che va inoltrato all'ente di previdenza, a firma del presidente.

Delegati: Nicola Addis, Salvatore Lorenzoni (membro esterno al Consiglio Direttivo, specialista in medicina legale e delle assicurazioni) Patrizia Virgona. Presidente: Salvatore Lorenzoni.

Rappresentante dell'ordine dei medici chirurghi e odontoiatri della provincia di Sassari nella commissione mista per visite di controllo INPS

Il Decreto D.M. 28 maggio 2001 prevede che presso ogni sede provinciale dell'INPS siano poste

in essere delle Commissioni miste nominate dal Direttore della sede e costituite, tra gli altri, per la componente medica, da un rappresentante designato dal locale Ordine dei Medici e da un rappresentante designato dai medici di controllo iscritti nelle liste speciali della provincia.

Delegato: Alberto Delpini, già consigliere dell'Ordine.

Gruppo di lavoro medicine non convenzionali

Le Medicine Non Convenzionali (MNC) riconosciute come "atto medico" dalla FNOMCeO nel 2002 (Riunione di Terni) sono nove: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia, chiropratica.

L'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Sassari è stato tra i primi in Italia a creare un gruppo di lavoro dedicato e a istituire il Registro sulle MNC, come auspicato dalla Federazione Nazionale degli Ordini.

Tale Gruppo svolge il compito di coadiuvare il Consiglio Direttivo dell'Ordine sia nell'opera di promozione, presso i medici, della conoscenza corretta di queste discipline, sia nel controllo sulla qualità della pratica clinica che deve sempre rispettare i principi inderogabili della Medicina Scientifica e della Deontologia Medica; per far questo mantiene e promuove i rapporti con le altre realtà esistenti nella provincia e nella regione, che operano nel campo delle MNC, quali Università, Scuole e Società scientifiche, anche organizzando in proprio o in collaborazione con questi soggetti eventi scientifico-culturali per i propri iscritti.

A tutti questi compiti si aggiungono quelli che nascono dall'accordo concernente i criteri e le modalità per la certificazione di qualità della formazione e dell'esercizio dell'Agopuntura, della Fitoterapia e dell'Omeopatia da parte dei Medici Chirurghi, degli Odontoiatri, dei Medici Veterinari e dei Farmacisti, siglato in data 7 febbraio 2013 nell'ambito della conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano.

Questo documento prevede che presso gli Ordini professionali provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri vengano istituiti 3 elenchi dei profes-

sionisti esercenti l'Agopuntura, la Fitoterapia e l'Omeopatia, suddivisa quest'ultima in Omeopatia, Omotossicologia, Antroposofia.

Presso ogni Ordine viene creato un gruppo di lavoro ad hoc, costituito da tre membri, per valutare le prerogative indispensabili per l'iscrizione ai suddetti elenchi, sulla base dei titoli e dei corsi di approfondimento seguiti.

Delegati per il triennio 2015/2017: Alessandro Arru, Giancarlo Bazzoni, Grazia Fenu (componente esterno). Coordinatore : Giancarlo Bazzoni

Gruppo di lavoro per la pubblicità dell'informazione sanitaria

Avrà il compito di

- studiare in maniera approfondita la normativa vigente;
- rivedere le linee guida dell'Ordine di Sassari in tema di pubblicità, già stilate dal precedente gruppo di lavoro e approvate dal precedente consiglio, adeguandole ai tempi, tenendo in debita considerazione le prescrizioni del nostro codice deontologico;
- formulare l'invito ai colleghi, tramite i nostri veicoli, (sito, bollettino, mail) perché si pregino di comunicare preventivamente i messaggi da divulgare con l'utilizzo degli appositi moduli scaricabili dal nostro sito;
- esaminare le dichiarazioni in tema di pubblicità sanitaria rese dagli iscritti;
- suggerire eventuali correttivi. Rilasciare il parere per i casi più semplici, da sottoporre alla firma del presidente; rilevare le valutazioni del consiglio solo nei casi più complessi;
- controllare quotidiani, riviste, siti internet per evidenziare messaggi illeciti;
- riferire in consiglio su casi di pubblicità distorta, fuorviante e incongrua, di cui si è venuti a conoscenza.

Delegati: Carlo Azzena, Rossella Pilo, Antonio Pinna. Coordinatore: Carlo Azzena

Gruppo di lavoro appalti e acquisti

Avrà il compito di:

- recepire le esigenze dell'Ordine e degli uffici in tema di esecuzione di opere strutturali, forniture e

servizi (acquisizione di macchinari, attrezzature, arredi, attribuzione di servizi di pulizie etc.);

- esaminare gli atti e documenti relativi, individuare le caratteristiche tecniche dei beni dei quali si richiede l'installazione e la fornitura e indicare le modalità di svolgimento del servizio;

- controllare la qualità del servizio posto in essere e vigilare sulla corretta esecuzione dei lavori in capitolato d'appalto.

Delegati: Nicola Addis, Maria Grazia Cherchi, Agostino Sussarellu; coordinatore: Nicola Addis

Gruppo di lavoro per l'accertamento della conoscenza della lingua italiana ai fini dell'iscrizione all'albo

Il DPR 31.08.1999 n. 394 in materia di immigrazione e condizione dello straniero in Italia all'art. 50 comma 5 stabilisce che l'iscrizione negli Albi professionali o agli Elenchi Speciali per gli esercenti le professioni sanitarie sono disposte previo accertamento della conoscenza della lingua italiana, parlata e scritta. Tale verifica viene effettuata da persone esperte o da iscritti all'Ordine, su incarico del Consiglio Direttivo, tramite un colloquio e una prova scritta. I delegati sono tenuti a elaborare i test che si ritengono necessari, fissare la data per lo svolgimento delle prove, e al termine, formulare un parere di merito da sottoporre alla delibera del Consiglio. Ai sensi dell'art. 32 del Regolamento interno dell'Ordine, tale gruppo, già costituito con delibera n. 420 del 24.07.2014, viene riconfermato per il triennio 2015/2017; ne fanno parte Giovanni Biddau e Antonio Pinna.

Commissione Albo Odontoiatri 8/1/2015: le prime determinazioni

Inizio della riunione alle ore 13:30, secondo orario di convocazione: sono presenti Antonio Pinna, Carlo Azzena, Nicolas Arnould, Antonio Demartis, Roberto Pinna. Svolge le funzioni di segretario verbalizzante Roberto Pinna. La Commissione decide di adottare, come giornata dedicata alle riunioni ordinarie, il primo giovedì del mese alle ore 13:30, escluso il mese di Agosto; il resoconto verrà stilato a turno dai vari componenti. La comunicazione ufficiale della convocazione, completa di ordine del giorno, verrà data almeno sette giorni prima, secondo le usuali

modalità seguite dall'Ufficio; anche il Presidente dell'Ordine, per conoscenza, dovrà esserne informato. Gli argomenti da discutere, nel dettaglio, verranno portati alla attenzione dei convocati, con largo anticipo. Sono previsti incontri straordinari e comunicazioni urgenti tra i componenti, da espletarsi per via telematica o telefonica.

Per desiderio del presidente Antonio Pinna, si è deciso di avviare un processo di aggiornamento dell'anagrafe degli iscritti. Roberto Pinna si occuperà di redigere una scheda compilativa in cui verranno registrate le seguenti informazioni:

- Anagrafica personale
 - Titoli accademici e data di conseguimento
 - Titolarità di studio/i privato/i e corrispondente anagrafica
- Indirizzo PEC, email, n. telefonici

Lo scopo che ci si prefigge è quello di acquisire gli strumenti per agevolare la comunicazione tra l'Istituzione e gli iscritti e nel contempo redigere una mappa sanitaria delle provincie afferenti all'Ordine di Sassari, finalizzata a evidenziare il rapporto odontoiatri/popolazione ed eventuali assenze o carenze di servizi odontoiatrici.

La Commissione intende altresì affrontare il problema del controllo sulla pubblicità degli studi odontoiatrici privati. Ci si prefigge il compito di invitare gli iscritti a comunicare preventivamente all'Ordine i contenuti dei messaggi da divulgare, per una valutazione di merito. È inoltre desiderio della Commissione organizzare una giornata accreditata di orientamento/confronto tra iscritti ed esperti nel campo della comunicazione.

Per quanto attiene al problema sempre aperto sulle norme da seguire per ottenere autorizzazioni regionali e comunali in occasione di apertura nuovi studi, subentri, collaborazioni da parte di altri professionisti, vengono delegati Arnould e Azzena a rappresentare la Commissione in un incontro con il funzionario del Comune di Sassari, addetto all'esame delle documentazioni. L'Ufficio dell'Ordine si pregerà di formalizzare un appuntamento volto a fare luce sull'iter da seguire onde dirimere ogni dubbio.

Il progetto di screening della carie, malocclusioni e patologie orali per le scuole dell'infanzia andrà avanti con una piccola variante: verrà modificata e semplificata la scheda di rilevamento finora in uso e utilizzata quella che a suo tempo era stata pre-

sentata ai volontari dal prof. Guglielmo Campus, dell'Università di Sassari; Roberto Pinna si occuperà della stesura della nuova cartella epidemiologica.

Nelle more, la lettera d'invito alle direzioni scolastiche, aggiornata dal presidente, verrà inviata dall'Ufficio sia per via telematica che per posta ordinaria. Una volta confezionata la nuova scheda di rilevamento, essa verrà sottoposta al vaglio della Commissione; completato questo passaggio, verranno ulteriormente contattati i dirigenti scolastici e coinvolti gli iscritti per iniziare un processo di allineamento e coordinamento, allo scopo di avviare la campagna nella maniera più rapida ed efficace possibile. In virtù dell'ottimo lavoro finora svolto, le Dott.sse Luisa Destefanis e Alessandra Lucaferri saranno le referenti del piano per la città di Sassari e le sue borgate

Nell'approssimarsi della riunione di tutti gli Ordini della Sardegna, sabato 10 gennaio in Oristano, indetta dall'assessore alla sanità Luigi Arru, Antonio Pinna legge un documento sulle criticità della professione, da presentare in occasione dell'incontro.

La Commissione approva all'unanimità. La seduta ha termine alle ore 15,30.

Incarichi e deleghe:

Carlo Azzena: rapporti con le istituzioni, pubblicità sanitaria

Mail: carloazzena@yahoo.it

Nicolas Arnould: rapporti con le istituzioni, controllo parcelle, mediazione per conciliazione

Mail: arnould@alice.it

Antonio Demartis: organizzazione corsi e convegni, formazione E.C.M.

Mail: ademartis892@gmail.com

Antonio Pinna: rapporti con gli iscritti e con le istituzioni;

Mail: studiopinnaaho@hotmail.it

Roberto Pinna: settore giovani, prevenzione nelle scuole, comunicazione

Mail: caesareus83@yahoo.it

Tassa annuale di iscrizione all'Ordine anno 2015. Riscossione mediante Bollettino M.Av.

A partire dal 2015 la tassa annuale di iscrizione all'Ordine, non sarà più incassata tramite il sistema di riscossione volontaria e coattiva delle entrate con Equitalia spa ma il pagamento dovrà essere effettuato, in unica soluzione, a mezzo di M.Av. emesso dall'Istituto di Credito BANCA POPOLARE DI SONDRIO.

Gli importi della tassa annuale sono invariati rispetto a quelli dell'anno 2014 e sono pari a:

Euro 145,00 per gli iscritti ad un solo Albo

Euro 267,00 per gli iscritti ad entrambi gli Albi – Albo Medici Chirurghi e Albo Odontoiatri

Il contributo potrà essere pagato utilizzando le seguenti modalità:

1. presso qualsiasi sportello bancario italiano utilizzando il bollettino MAV precompilato, **senza commissioni**;
2. presso gli uffici postali utilizzando il bollettino precompilato, **con le commissioni previste dal servizio postale** (euro 1,30);
3. tramite Home banking utilizzando la funzione MAV, **senza commissioni**;
4. presso gli sportelli Bancomat evoluti ed abilitati, **senza commissioni**;
5. presso le tabaccherie convenzionate, **con la commissione di € 2,00**.
6. con carta di credito collegandosi al sito internet

Si informa che, a ciascun iscritto, è stata inviata la comunicazione relativa al versamento della quota, con allegato il MAV, al proprio domicilio.

Il pagamento della quota dovrà essere effettuato entro il **giorno 28 febbraio 2015**.

Coloro che entro tale data non avessero ricevuto il bollettino sono pregati di contattare l'Ordine al n. telefonico 079 234430 (interno 4)



Esercizio finanziario 2015

Esercizio finanziario 2015 Approvato il bilancio di previsione

L'Assemblea degli iscritti all'Ordine di Sassari, tenutasi il giorno 16 Dicembre 2014, ha approvato il Bilancio di Previsione per l'esercizio finanziario 2015, già approvato all'unanimità dal Consiglio Direttivo dell'Ordine, nella seduta del 18 novembre 2014. Il Bilancio di Previsione è lo strumento attraverso il quale si rende attuabile la programmazione delle attività dell'Istituzione per l'anno successivo; la sua compilazione si basa sul "Regolamento per l'amministrazione e la contabilità" dell'Ordine e sulle norme che regolano la contabilità di stato e degli enti pubblici.

Abbiamo il piacere di riportare la puntuale e accurata analisi redatta e presentata dal tesoriere Nicola Addis:

"Le Entrate presunte, considerando sia quelle di competenza che i residui attivi, ammontano a € 813.957,93 e sono così suddivise:

- Entrate Correnti € 626.346,11
- Entrate in Conto Capitale € 0
- Entrate per Partite di Giro € 187.611,82

L'avanzo di Amministrazione presunto al 31 dicembre 2014 è di € 158.925,77

Le Spese correnti di competenza del 2015 sono previste in €. 607.550,00 mentre si presumono residui passivi di parte corrente per euro 67.213,36. A questo proposito preme sottolineare che, nonostante, in generale, vi siano continui aumenti dei costi delle utenze, dei materiali di consumo, della cancelleria e di altri servizi necessari, grazie a una oculata gestione e a una attenta e continua monitorizzazione della spesa effettuata dagli uffici, si è riusciti a mantenere una previsione delle spese correnti addirittura leggermente inferiore all'anno precedente; e questo nonostante sia stato previsto, per il 2015, un au-

mento al fondo per i trattamenti accessori del personale dipendente, che finanzia la parte variabile degli stipendi e che è, in qualche modo, una possibilità per l'Ente di porsi sempre nuovi obiettivi e garantire l'acquisizione di una maggiore professionalità da parte del personale. Si può dire pertanto che la maggior parte degli stanziamenti relativi alle spese correnti è rimasta invariata, se si esclude, a parte quanto già detto, un aumento degli oneri per consulenze legali, una leggera diminuzione delle spese postali dovuta all'incremento delle comunicazioni elettroniche e l'azzeramento delle spese per l'assemblea elettiva tenutasi nel mese di novembre.

Un altro importante argomento che quest'anno vede un rinnovamento è la riscossione delle quote di appartenenza all'Ordine. Dopo tanti anni si è infatti deciso di provare a utilizzare una diversa modalità di riscossione e precisamente un servizio di MAV; per gli iscritti i cambiamenti saranno sicuramente positivi, in quanto riceveranno, come in passato, una comunicazione con allegato un bollettino di pagamento, ma le modalità di versamento saranno molteplici così da agevolarne l'esecuzione. L'altra importante motivazione che ha spinto il Consiglio a optare per questo nuovo sistema è il fatto che la gestione degli incassi attraverso Equitalia è diventato negli anni esageratamente oneroso, sia dal punto di vista lavorativo che da un punto di vista economico. In relazione alle Spese in conto capitale si evidenzia che è in programma l'eventuale acquisto di un nuovo fotocopiatore e, in relazione al nuovo appartamento, è previsto il completamento dell'arredamento e la predisposizione di un sistema che consenta la realizzazione di videoconferenze. Restano sostanzialmente invariate le altre previsioni di spesa che per brevità non analizzeremo singolarmente ma sono chiaramente indicate nel bilancio di previsione e nei relativi allegati, visionabili nei dettagli nel nostro sito."

Bilancio di previsione per l'anno 2015: il rapporto dei Revisori dei Conti

Il Collegio Revisori dei Conti, costituito da Giancarlo Bazzoni (presidente), Natalia Grondona, Leila Marchisio, si è riunito per esaminare il bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2015, dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari, reso dal Tesoriere Nicola Addis. Per le Entrate il Collegio rileva che quelle contributive e le altre presunte sono pari a € 813.957,93; a tale somma deve essere aggiunto il fondo cassa presunto al 31.12.2014 di € 179.185,62.

Dopo un attento esame delle Uscite il collegio si esprime nel seguente modo:

- in relazione alle spese correnti si considerano congrui gli stanziamenti dei singoli capitoli e si dà una valutazione positiva al fatto di essere riusciti a non aumentare le previsioni delle spese stesse;
- le spese relative al personale sono considerate appropriate e risultano pressoché invariate, ad eccezione del *fondo per i trattamenti accessori* già menzionato dal tesoriere, il cui maggior stanziamento non ha comunque influito negativamente sul valore delle spese correnti;
- anche per le *spese in conto capitale* il Collegio dà il proprio assenso agli stanziamenti valutando positivamente gli obiettivi che il Consiglio intende raggiungere quali l'acquisto del fotocopiatore, il completamento degli arredi della nuova sede e un eventuale sistema di realizzazione di videoconferenze.

Alla fine dell'esame delle singole voci di bilancio e dei relativi stanziamenti il collegio esprime la propria valutazione positiva al bilancio di previsione per il 2015 e ne sollecita l'approvazione.

Elezioni organi collegiali ordinistici province Sardegna

Pubblichiamo gli elenchi dei colleghi che andranno a formare il direttivo, la commissione odontoiatri e il collegio dei revisori dei conti degli altri Ordini della nostra regione. A tutti gli eletti auguriamo un buon lavoro, all'insegna del dialogo, dell'etica e della cooperazione fra le nostre istituzioni.

Nuoro

Consiglio Direttivo: Alain Serru (Presidente), Rossella Pintus (Vice Presidente), Maria Franca Tegas (Segretario), Claudio Puddu (Tesoriere), Bruna Maria Caria, Pasqua Consoli, Francesca Luigia Cossu, Stefano Fenu, Maria Maddalena Giobbe, Pasquale Merlini, Franco Salis.

CAO: Pasquale Merlini (Presidente), Claudio Puddu, Gian Lorenzo Favini, Mario Pepi, Marco Denti

Collegio dei Revisori dei Conti: Mauro Mazza (Presidente), Giovanni Battista Canu, Angelo Pili, Giovanni Maria Marras (supplente)

Oristano

Consiglio Direttivo: Antonio Luigi Sulis (Presidente), Gianfranco Delogu (Vice Presidente), Franco Ledda (Segretario), Giuseppe Miculan (Tesoriere), Gabriella Argiolas, Alessandro Baccoli, Augusto Cadeddu, Roberto Irde, Giovanna Carla Meconcelli, Francesco Muscas, Gian Nicola Panichi

CAO: Antonio Simbula (Presidente), Paolo Angioi, Gabriella Argiolas, Gisella Masala, Giovanna Carla Meconcelli

Collegio dei Revisori dei Conti: Enrico Cuozzo (Presidente), Francesca Maria Fadda, Dina Fantasia, Sammarco Magda Adalgisa (Supplente)

Cagliari

Consiglio Direttivo: Raimondo Ibbà (Presidente), Giuseppe Chessa (Vice Presidente), Emilio Montaldo (Segretario), Anna Rita Ecca (Tesoriere), Gonario Aghedu, Maria Annunziata Baldussi, Roberto Bayre, Pietro Carta, Laura Concas, Giovanni Congera, Luigi Demelia, Giuseppe Frau, Giancarlo Lay, Massimiliano Tuveri, Paolo Valle, Enrico Lai, Gerhard Konrad Seeberger

CAO: Stefano Dessi (Presidente), a Rossella Galisai, Enrico Lai, Andrea Monni, Gerhard Konrad Seeberger

Collegio dei Revisori dei Conti: Carlo Piredda, Angelo Cuccu, Davide Matta, Elisabetta Marrocu.

Incontro a Oristano fra l'assessore regionale alla sanità e gli Ordini della Sardegna

Il 10 gennaio scorso si è tenuto a Oristano un incontro fra i consigli direttivi dei quattro Ordini provinciali e l'assessore alla Sanità Luigi Arru. Oltre quattro ore di discussione, durante le quali l'assessore Arru ha risposto puntualmente a ogni domanda posta. Tanti e diversi, ovviamente, i temi trattati.

Luigi Arru, per tanti anni presidente dell'Ordine dei Medici di Nuoro, ha sostenuto un rapporto di collaborazione con gli Ordini, sottolineando che oggi più che mai è necessaria una riforma degli stessi, che deve partire dal basso.

"All'appartenenza a un Ordine deve corrispondere qualità: mi domando, oggi l'Ordine è un organo sindacale? È un organismo di garanzia? Per questo vi dico cercate di cambiare le leggi, solo così si possono instaurare rapporti costanti con il Governo e le Regioni, a quel punto con competenze chiare e speci-

fiche" ha detto l'assessore Arru. In diverse occasioni, nei suoi interventi, l'assessore è ritornato su due temi importanti: il governo clinico e il rischio clinico.

"Il governo clinico è uno dei miei obiettivi di mandato: al momento dell'insediamento ho trovato in Sardegna 11 repubbliche indipendenti, le Asl, e per di più non legate al tessuto sociale, quando il governo clinico pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini, valorizzando nel contempo il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per la promozione della qualità" ha rimarcato Arru, aggiungendo che "purtroppo in Sardegna non esiste un'idea generale della Sanità, e aggrava questa criticità la mancanza di dati certi; l'assessorato regionale alla Sanità non li possiede".



Un momento dell'incontro



Luigi Arru

L'assessore ha risposto a tutti i quesiti posti, oltre 25, dai rappresentanti degli Ordini, molti dei quali dagli iscritti del Sassarese e della Gallura.

Arru ha spiegato lo spirito della Legge Regionale n.23 del 17 novembre 2014 e ben elencati i principi generali della stessa "per avviare un processo di riforma che garantisca la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo, attraverso la riorganizzazione del sistema sanitario regionale che veda il rafforzamento delle attività territoriali e la razionalizzazione della rete ospedaliera, con la necessaria riduzione delle Asl rispetto alle attuali, garantendo e migliorando la qualità dei servizi sanitari e socio-sanitari del territorio: con la legge 23 abbiamo riaffermato i principi della Sanità pubblica".

Luigi Arru ha ribadito che la Sanità, concetto condiviso dall'assemblea, non si migliora solo "facendo i conti", pensando quindi solo all'economia, ma bensì deve essere programmata avendo come cardini centrali la formazione e la valorizzazione del personale.

La formazione, in particolare, è stato un tema

sollecitato anche dagli Ordini. "Non voglio una formazione a braccia conserte, senza considerare i bisogni: ho chiesto 5 milioni di euro per fare un progetto di formazione in collaborazione con la Toscana, con un accordo con l'Università di Harvard per formare il personale sull'emergenza- urgenza, la cui riorganizzazione è prevista nella stessa legge 23, con la rete territoriale di assistenza e la medicina del territorio" ha detto Arru, collegando la necessità del miglioramento della formazione al rischio clinico, legato certamente alla stessa.

Nell'incontro è emersa chiaramente la volontà di creare una nuova collaborazione, finalmente un sistema, fuori da ogni autoreferenzialità di ospedali e Università, reti e ponti fra l'assessorato alla Sanità e gli Ordini, che devono riprendersi l'autorevolezza del ruolo, per poter incidere nelle decisioni della Sanità, e la Sardegna può diventare un laboratorio per le riforme.

Nei diversi interventi dei rappresentanti dei quattro Ordini sardi sono stati evidenziati all'assessore alla Sanità diversi problemi: il ruolo dei medici di medicina generale, cambiato con la riduzione dei posti letto; lo scollegamento fra il servizio sociale e il servizio sanitario; l'informatizzazione, ancora una criticità per molti Mmg che non permette di dialogare direttamente con gli ospedali; la necessità di dare la priorità alla sanità pubblica senza penalizzare però quella privata; la distribuzione delle sedi Hub per superare una programmazione Cagliari-centrica.

Le Cao provinciali hanno invece presentato all'assessore Arru un documento unitario che ha evidenziato i maggiori problemi degli odontoiatri: l'abusivismo e il prestanomismo della professione e la necessità di fare chiarezza sulla nomenclatura odontoiatrica; la necessità da parte degli Ordini di procedere al censimento delle attività per arrivare a una mappatura accurata delle attività sul territorio; il grande bisogno di strutture odontoiatriche pubbliche per i servizi di prevenzione e urgenza, ottimizzando in primis quelle esistenti purtroppo sottoutilizzate; migliorare i contratti di specialistica, che attualmente coprono sono la straordinarietà per periodi brevi, utili soprattutto per i giovani odontoiatri; rendere più agevole l'accREDITAMENTO degli studi privati, garantendo così qualità e prezzi accessibili per la collettività.

La relazione di cura letta attraverso le edizioni del Codice di deontologia medica

Consenso informato nella produzione deontologica

A partire dalla fine dell'Ottocento sino ai giorni nostri, le varie edizioni del Codice di deontologia medica che si sono succedute raccontano l'attività del medico nei suoi diversi aspetti, compresa la relazione di cura. Un'attenta disamina della produzione deontologica permette quindi di rilevare anche come sia cambiato nel tempo il rapporto tra medico e paziente, passando da un'impostazione paternalistica per giungere all'affermazione, non sempre univoca, del principio del consenso informato.

I primi Codici di deontologia medica. L'originalità sassarese

In passato il rapporto tra medico e paziente verteva sul modello del cosiddetto "paternalismo medico". Con questa espressione si intendeva l'attribuzione al medico di alcuni particolari "privilegi". Anzitutto il "privilegio informativo", che dava al medico la possibilità di decidere se informare il paziente sul proprio caso clinico e, come necessaria conseguenza, il "privilegio terapeutico", ovvero la discrezionalità del medico nella scelta delle terapie da effettuare. Infatti il paziente, non esperto in medicina e non informato dal medico, non era posto nelle condizioni di decidere in modo fondato e consapevole in merito alle cure selezionate dal medico. Il paziente, tuttavia, non subiva coercizioni da parte del medico: egli piuttosto vi si affidava, nella convinzione che solo il medico "avrebbe saputo cosa fare" per il suo bene. Tale modello di relazione è stato chiamato "paternalista" proprio perché il medico, operando per il bene del paziente, agiva come un buon padre di famiglia agisce per il bene dei suoi figli. In altri termini, nell'impostazione paternalistica, il medico "sa", possiede la "scienza", e, proprio perché ha scelto di dedicarsi a questa nobile professione, non può che agire

di Sara Patuzzo



con responsabilità e "coscienza", mettendo a frutto le sue conoscenze per il bene-salute dei propri pazienti. Quello paternalista, le cui origini si possono rintracciare nell'affermarsi della stessa arte medica, è stato il modello indiscusso che ha da sempre dominato la relazione di cura, radicandosi nella mentalità collettiva di una società che scorgeva nel *dottore* una figura tra le più autorevoli e la cui sapiente espressione non poteva essere messa in discussione. Tra medico e paziente si

stabiliva così un tacito accordo, un'*alleanza* laddove la fiducia diventava l'elemento fondamentale che dettava i comportamenti di entrambi. Tale intesa era più che altro "implicita", in quanto appunto consolidata nella tradizione sociale, ma di essa è possibile comunque trovare testimonianza, con la previsione del privilegio informativo, nei documenti che un tempo, prima della comparsa dei codici deontologici sancivano i doveri comportamentali del medico: i Galatei del medico. Analizzando poi le origini della produzione deontologica nella forma dei Codici professionali, che è possibile collocare tra la fine del XIX e l'inizio del XX secolo, anche nelle formulazioni istriana e trentina edite rispettivamente nel 1897 e nel 1900) permane la previsione dell'approccio paternalistico con il mantenimento del discrezionale informativo. In materia, risulta invece innovativa la formulazione del Codice di etica e deontologia medica dell'Ordine dei Medici di Sassari (1903), nell'affermare il dovere per il medico di raccogliere il consenso del paziente prima di procedere con gli interventi. Nella storia del Codice italiano di deontologia medica si tratta della prima espressione, di cui abbiamo notizia, del principio del consenso del paziente all'atto medico sanitario (escluso il caso d'urgenza), un consenso tuttavia non ancora inteso come "informato", data l'acerba percezione del suo profondo

significato, come si evince dalla contestuale presenza nel Codice turritano della discrezionalità informativa.

Sulla scena deontologica il principio del consenso trova in questo Codice professionale una propria collocazione tra le regole che disciplinano il rapporto tra medico e paziente, senza alcuna apparente anticipazione e posticipazione storica: la norma sul consenso sembra manifestarsi improvvisamente dal nulla, per poi scomparire con altrettanta velocità. Se, infatti, non sono noti antecedenti deontologici, allo stesso modo nei Codici professionali cronologicamente successivi a nostra disposizione, per oltre quattro decenni non si trovano articoli del medesimo tenore.

Quale contestualizzazione quindi tracciare intorno all'isolata originalità sassarese? Lo studio biografico di Angelo Roth (Alghero, 1855 - Sassari, 1919), a capo al tempo dell'Ordine dei Medici di Sassari, permette di delineare la composita personalità di questo presidente. Figlio di un medico che si dedicava alla cura dei malati più poveri, da cui eredita lo spirito di solidarietà civile e sociale, studente di Medicina in una Torino dove l'Ordine provinciale dei medici già si distingueva nella particolare attenzione data ai temi deontologici, impegnato nella carriera politica, accademica e ordinistica a Sassari, ma anche a contatto con gli scenari esteri grazie ai numerosi viaggi in Francia e in Inghilterra. Massone, illuminista, liberale, progressista, è a lui che probabilmente si deve la sensibilità donata alla relazione di cura, dimostrata non solo dall'introduzione della regola disciplinare sul consenso del paziente, ma anche dalla collocazione del gruppo di articoli dedicati ai "Doveri e diritti dei sanitari verso il pubblico" all'inizio del Codice deontologico, quali contenuti del primo capitolo.

La ripresa dell'articolo turritano da parte del "Codice Frugoni"

Il principio del consenso ritornerà solo nel 1947, per altro nell'esatta formulazione utilizzata nel 1903 dall'Ordine turritano, all'interno del Codice deontologico dell'Ordine dei medici di Torino, anche se si tratta di un consenso non ancora "informato", ovvero non conseguente al dovere di informativa. Il medesimo articolo sarà poi ripreso nel primo Codice nazionale della storia repubblicana, il co-

siddetto "Codice Frugoni" (1958), dal nome del noto medico clinico, presidente del Consiglio Superiore di Sanità e docente universitario Cesare Frugoni (Brescia, 4 maggio 1881 - Roma, 5 gennaio 1978), che al tempo presiedeva la Commissione deontologica incaricata di elaborare il testo. Il "Codice Frugoni", che chiude quella che possiamo chiamare la "prima generazione" del Codice italiano di deontologia medica, presenta tuttavia un'originalità rispetto al contemporaneo Codice torinese, laddove tenta di regolamentare il comportamento del medico qualora questi si trovi in presenza di un dissenso da parte del paziente a una procedura considerata indispensabile. In questo caso, prescrive il "Codice Frugoni", il medico deve richiedere un consulto con un altro medico (probabilmente per trovare sostegno o porre a critica il proprio convincimento diagnostico-terapeutico), oppure farsi rilasciare dal malato una «dichiarazione scritta che comprovi il rifiuto».

Con tale richiesta del dissenso scritto nei casi di particolare gravità, si può scorgere un primo tentativo, da parte della categoria professionale medica, di individuare una difesa, ovvero una tutela, all'eventuale accusa di non aver compiuto il proprio dovere di intervento. Se, quindi, il passato più lontano della deontologia medica codificata sembra ignorare il principio del consenso all'atto medico, seppur con l'eccezione del Codice sassarese, a partire dalla seconda metà del secolo scorso tale concetto riappare, per radicarsi poi nel linguaggio tecnico dell'etica e della deontologia medica, soprattutto grazie alla produzione intellettuale e accademica in materia di bioetica, e trovare una traduzione sempre più circostanziata e rigorosa nelle diverse edizioni del Codice di deontologia medica che si sono susseguite sino ai giorni nostri. Anche in questa seconda e all'apparenza improvvisa comparsa del principio del consenso, l'interrogativo che muove la riflessione concerne la ragione di una tale rinascita.

La letteratura tradizionale lega la maturata esigenza da parte dei medici di affermare il proprio dovere di raccogliere il consenso del paziente, e quindi il diritto di quest'ultimo di rifiutare legittimamente le cure, alla reazione seguita ai ripugnanti esperimenti medici compiuti dai nazisti sui deportati costretti nei Lager nel corso del Secondo conflitto mondiale. Infatti, a partire dagli anni Cin-

quanta, l'enunciazione deontologica del consenso all'intervento medico viene direttamente associata al parallelo contenuto del Codice di Norimberga (1946).

Tale legame è senz'altro sostenibile, anche se tuttavia riduttivo se non inserito in una dimensione più ampia, che sappia cogliere il lungo e sofferto percorso di affermazione dei diritti di libertà individuale sul piano etico, civile e politico, il cui esito è stata la relativizzazione etica dei concetti di bene e male nel vissuto privato e il passaggio alla Repubblica democratica nella sfera pubblica. In questo nuovo scenario, quella della sanità e della cura non ne è che una singola manifestazione, che ha recepito il cambiamento storico rispettivamente con la relativizzazione del concetto di bene-salute e di malattia sul piano individuale, e il passaggio dal paternalismo medico al consenso a un atto, quale quello medico, di per sé non lecito, anche se condotto da un professionista riconosciuto secondo modalità clinicamente ineccepibili nonché "a fin di bene". Se il singolo acquisisce il diritto di stabilire cosa è bene e male per sé anche in tema di salute, l'atto medico può assumere una connotazione anche negativa, in quanto il giudizio morale è rimesso alla valutazione individuale (principio di autonomia). L'intervento medico deve quindi essere anticipato da un preliminare consenso da parte della persona alla quale si rivolge (principio di autodeterminazione). Questo il solido fondamento della neonata Costituzione di quegli anni (1948) nel punto relativo alla questione in oggetto, e dei citati Codici di deontologia medica dell'Ordine torinese (1947) e della Commissione Frugoni (1958).

La seconda generazione del Codice di deontologia medica. Una graduale affermazione del consenso informato

Nel Codice di deontologia medica del 1978, con il quale si apre la "seconda stagione" del Codice italiano di deontologia medica, si stenta ancora a riconoscere il diritto del paziente a ricevere un'informazione veritiera e completa, nonostante il dovere per il medico di avere il consenso del paziente prima di procedere (oppure di rispettarne il dissenso) sia ormai ritenuto un elemento-guida per l'agire del professionista, in un momento in cui il principio del consenso viene affermato anche dalla

Legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, in fase di conclusione del proprio iter parlamentare. Così pure nel Codice deontologico successivo, datato 1989, un documento che dimostra comunque una maggiore sensibilità nei confronti dell'informazione, anche se orientata in senso paternalistico a «promuovere la migliore adesione alle proposte terapeutiche».

Il Codice deontologico pubblicato nel 1995 per la prima volta presenta la terminologia "consenso informato" ed elimina il "privilegio informativo" fino a quel momento mantenuto per il caso di prognosi grave o infausta, anche se un certo discrezionale rimane nell'indicazione di fornire sempre al paziente «elementi di speranza». Imprescindibile nesso tra il dovere di informare il paziente e quello di raccogliere il suo consenso per poi procedere, non sarà più posto in discussione nel Codice deontologico del 1998 che inoltre, alla luce della Convenzione di Oviedo, (1997) apre all'estensione del consenso informato al caso del paziente divenuto incapace, ovvero al tema del biotestamento, questione ripresa in modo più organico nel Codice deontologico del 2006. Arrivando ai giorni nostri e al vigente Codice di deontologia medica, edito il 18 maggio 2014, quella che sembra essere ormai una disciplina radicata circa il dovere del medico di rispettare le volontà del paziente, si incrina con il ritorno del "discrezionale terapeutico", ovvero l'opportunità per il medico di decidere se tener conto o meno di quanto espresso dalla persona assistita nei casi di interventi di "ex" accanimento terapeutico e di volontà precedentemente espresse. Una previsione per altro in contrasto con altri contenuti deontologici, quali il dovere stesso di raccogliere il consenso informato o di rispettare il dissenso informato e la definizione del tempo dedicato all'informazione quale «tempo di cura». Sembra invece emergere una maggiore attenzione rivolta alla volontà terapeutica espressa dal paziente pediatrico, nonostante dal punto di vista giuridico essa non sia direttamente tutelata.

Sara Patuzzo è Professore a contratto e Assegnista di ricerca in Bioetica e Deontologia medica, Logica e Filosofia della scienza presso l'Università degli Studi di Verona, Dipartimento di Sanità pubblica e Medicina di comunità, Sezione di Medicina legale.

Un primato incontestabile: il codice di etica e di deontologia dell'Ordine dei medici di Sassari (1903) non ha precedenti in Italia

A qualche anno di distanza dalla divulgazione di questo Codice, il primo in Italia, elaborato dall'Ordine dei Medici di Sassari nel 1903, e da me reperito nella Biblioteca Universitaria di Sassari, ho il piacere di scrivere la seconda prefazione di quel testo, ricco di suggestioni. Cosa che mi offre, tra l'altro, l'occasione per ristabilire – senza nessun intento polemico – la verità storica del primato di quel Codice, e per correggere errori d'impostazione che potrebbero pesare sul lavoro di ricostruzione della tradizione deontologico-normativa in Italia. L'antefatto: in una lunga serie di articoli, ospitati in pubblicazioni degli Ordini dei Medici e in periodici specializzati, un'assegnista di Ricerca in Bioetica e Deontologia medica dell'Università di Verona, Sara Patuzzo, ha messo in discussione il fatto che il Codice deontologico di Sassari sia il primo, affermando di essersi imbattuta, nelle sue ricerche archivistiche, in due Codici precedenti, l'uno della Camera dei Medici dell'Istria (1897), l'altro della Camera dei Medici di Trento 1900. Ora, l'Istria e la città di Trento facevano parte allora dell'Impero austro-ungarico. Ma la rocciosa evidenza di questo dato storico non ha scoraggiato l'autrice che scrive: "Nonostante all'epoca l'Istria e Trento facessero parte dell'Impero Austro-Ungarico, questi Codici si possono ritenere italiani, sia per l'autonomia nella gestione sanitaria locale maturata al tempo da questi territori rispetto al governo centrale, sia e soprattutto perché scritti in lingua italiana da medici italiani". Non è questo il luogo per confutare queste curiose affermazioni. È un fatto che non solo quei Codici (e anche su questa definizione si potrebbe discutere) non sono a rigore "italiani", ma appartengono a un contesto storico-istituzionale ben diverso da quello italiano. Il fatto che siano scritti in italiano, in quelle terre, non cambia nulla. Un codice professionale non è un'opera letteraria, ma un atto giuridico-amministrativo e quindi

di Eugenia Tognotti



fa parte dello stato di cui il territorio è parte. Nel caso dell'Istria e di Trento, l'impero austro-ungarico. Il fatto che i territori periferici di quest'ultimo godessero di ampia autonomia – concessa, come è noto, dopo una sommossa a Pirano nel 1894 – non significa che non facessero parte, a tutti gli effetti, dell'Impero. E, infatti, gli atti della società medica dell'Istria, che ha elaborato il primo codice, fanno sempre riferimento al Governatore, che veniva nominato dal governo centrale austriaco.

Del resto, la circostanza che i due codici che precedono quello di Sassari abbiano visto la luce a Trento e in Istria è indice di una dinamica che si svolge all'interno dell'Impero Austro-ungarico. Non è qui il luogo per affrontare altri importanti aspetti che, naturalmente, non possono non influire sugli orientamenti di un organo professionale, ben presenti agli storici della Medicina e della scienza: il contesto medico e sanitario e la formazione dei medici. La sanità pubblica nei territori in questione era retta dalla legislazione sanitaria austriaca, elaborata dal medico e igienista J.P. Frank, professore a Vienna e fondatore della Medicina sociale. Nel secondo Ottocento i medici nati in Istria, di lingua italiana, studiavano nelle università austriache: Graz e Vienna, la cui prestigiosa facoltà medica aveva un enorme potere di attrazione. Per fare solo due esempi di figure di rilievo, a Vienna, negli anni Novanta, studia il grande storico della Medicina Arturo , nativo di Trieste; a Graz si forma il medico e malarologo istriano Bernardo Schiavuzzi (1849-1929), che svolse tutta la sua attività medica e sanitaria in collaborazione con il governo austriaco. E, infatti, la sua biografia si trova nel Dizionario Biografico Austriaco, ma non nell'Enciclopedia Treccani. Peraltro, anche i titoli dei documenti rimandano ai diversi contenuti: Codice professionale e Tariffa medica per le prestazioni mediche nella pratica privata (1899) e Codice

ORDINE DE' MEDICI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

CODICE DI ETICA E DI DEONTOLOGIA

DELL' ORDINE DE' MEDICI

DELLA

PROVINCIA DI SASSARI



SASSARI

Tipografia e Libreria G. GALLIZZI e C.

professionale (1900), attinenti ai rapporti tra colleghi, rapporti col paziente, supplenze, consulti ecc. Quello di Sassari è intitolato invece Codice di Etica e di deontologia, e rimanda alla lunga tradizione deontologica e normativa, il cui riferimento fondamentale era il Giuramento di Ippocrate. Dovuto all'influenza di un'autorevole personalità della scienza medica come Angelo Roth, il testo matura in quella corrente di idee e sensibilità, in circolo in Italia, a cavallo tra Otto e Novecento, all'indomani della riforma sanitaria del 1888; correvano gli anni in cui la nuova scienza microbiologica produceva una rivoluzione che era, allo stesso tempo, scientifica e sociale e spingeva la classe medica a rivendicare una ridefinizione della professione. I primi Ordini, come quello di Milano, si muovevano su obiettivi come la repressione degli abusivi, la costituzione di un giuri per dirimere le controversie, la codificazione dell'etica professionale.

In apertura spicca il richiamo ad alcuni dei valori fondanti della medicina ippocratica: "Il medico sarà diligente, paziente e benevolo". Seguono i principi che fanno riferimento alla prescrizione del segreto professionale e al dovere del medico di non operare discriminazioni tra i pazienti, tra ricchi e poveri ("Sarà affabile coi poveri, non mostrerà ossequio servile verso i ricchi, e curerà gli uni e gli altri con la stessa abnegazione"). Dopo il richiamo alla necessità di "vegliare sulla salute pubblica", espressione di una nuova sensibilità per i problemi sociali, si ribadisce la necessità del rispetto del malato (il medico "non intraprenderà alcun atto operativo senza avere prima ottenuto il consenso dell'ammalato..."). Seppure in breve il Codice affronta minutamente tutti gli aspetti allora all'ordine del giorno della comunità professionale: i rapporti con Enti morali, Associazioni, Mutue di beneficenza; ancora, la questione della remuneratività della cura (il medico "deve pretendere per le sue prestazioni un compenso degno ed adeguato"); le perizie cliniche; la definizione del primato del

medico sugli altri operatori sanitari e il problema dell'esercizio abusivo ("non si dovrà mai accettare un consulto o un semplice abboccamento con persona che eserciti illegalmente l'arte salutare"). Va dunque, a onore del mondo medico sassarese, l'aver voluto fissare per primo, su carta, gli esiti della comune ricerca di punti di riferimento etici, deontologici e prescrittivi nel concreto esercizio della professione, a conferma di una sensibilità che rappresenta da sempre un prezioso patrimonio dei medici di questa provincia.

Prefazione all'edizione 2014
del Codice di Deontologia Medica

Eugenia Tognotti, *Ordinario di Storia della Medicina e Scienze Umane Università di Sassari, dipartimento di Scienze Biomediche, Viale San Pietro 10*

Influenza della malattia celiaca sul metabolismo osseo

INTRODUZIONE

Il metabolismo osseo è regolato da fattori biochimici, biomeccanici, cellulari, ormonali (ormone paratiroideo, vitamina D, calcitonina), patologici (citochine infiammatorie).

La sindrome da malassorbimento, tipica della malattia celiaca, può determinare, se non trattata, i quadri clinici da carenza di calcio e vitamina D che in funzione dell'età possono essere inquadrati nel rachitismo, nell'osteoporosi e nell'osteomalacia.

Il rachitismo rappresenta una malattia dello scheletro ancora in crescita, in cui il difetto di mineralizzazione dà luogo a una clinica molto carat-

di Carlo Doria



teristica: il cranio appare conformato con un notevole aumento delle bozze frontali (cranio tabe) cui si associano sovente delle alterazioni dentarie (Fig. 1); a livello toracico si apprezza il cosiddetto "rosario rachitico" con sterno proiettato all'esterno e prominente delle articolazioni costo-sternali; la colonna vertebrale spesso presenta delle deviazioni del suo asse fisiologico con tendenza alla cifo-scoliosi che si associa a bassa statura; gli arti inferiori presentano frequentemente una deviazione dell'asse anatomico con valgismo/varismo delle ginocchia e incurvamento delle tibie e dei femori; a livello degli arti superiori si riscontrano i cosiddetti braccialetti rachitici da iperperimetro a livello dei polsi (Fig. 2). Le fratture spontanee sono abbastanza rare.

L'osteoporosi è caratterizzata dalla riduzione della massa ossea con alterazione della microarchitettura trabecolare; in questi casi si ha uno squilibrio tra formazione e riassorbimento osseo a favore



Fig. 1: Esame radiografico standard in proiezione antero-posteriore (AP) del cranio di un paziente affetto da rachitismo con pronunciate bozze frontali.



Fig. 2: Aspetto macroscopico della deformità detta "braccialetto rachitico" di un paziente pediatrico con malassorbimento da malattia celiaca



Fig. 3: Esame radiografico standard in proiezione antero-posteriore (AP) del femore di un paziente affetto da osteomalacia; si apprezza una frattura incompleta della corticale mediale diafisaria prossimale

di quest'ultimo, con un conseguente aumento della fragilità e suscettibilità alle fratture. **L'osteomalacia** è una malattia dello scheletro adulto caratterizzata da difettosa mineralizzazione, con accumulo nell'osso di matrice (osteoidi) non mineralizzata; l'osso formato è più debole e "molle" del normale subendo delle deformazioni con il carico; questi pazienti lamentano dolore e astenia, più spesso a livello dei cingoli scapolare e pelvico con limitazione antalgica della motilità delle anche e dolori toracici esacerbati dai movimenti respiratori; le fratture possono complicare spesso il quadro clinico. (Fig. 3)

MATERIALI E METODI

La malattia celiaca colpisce circa il 1-2 % della popolazione mondiale. Nella maggior parte dei casi è diagnosticata in pazienti ormai adulti che soffrono le conseguenze di una ridotta mineralizzazione ossea (BMD). Una ridotta BMD colpisce fino al 75% dei pazienti celiaci e può essere rilevata a qualsiasi età, soprattutto nell'adulto, indipendentemente dalla presenza di sintomi digestivi e con un aumento va-

riabile del rischio di frattura. Due teorie cercano di spiegare l'origine della bassa BMD: malassorbimento di calcio e vitamina D determinato da atrofia dei villi e un quadro di iperparatiroidismo secondario con incapacità a raggiungere il potenziale di picco di massa ossea. Inoltre le citochine infiammatorie IL-1 alfa, IL-1 beta, TNF-alfa e la secrezione di RANKL attivano gli osteoclasti aumentando il riassorbimento osseo. Il trattamento di una ridotta BMD nei pazienti celiaci comprende dieta priva di glutine, apporto di calcio e vitamina D e bifosfonati negli adulti con rischi più elevati quali donne in post-menopausa e uomini anziani. Una dieta priva di glutine per due anni ha un effetto benefico sui livelli della vitamina D e del calcio con ripercussioni favorevoli sullo "stato di salute" delle ossa, soprattutto per i bambini, garantendo un innalzamento della BMD che non sempre si normalizza. Una terapia promettente sembra essere correlata a nuove molecole con effetto riparatore sulla mucosa intestinale, come AT-1001.

Riportiamo il caso clinico di una donna di 62 anni affetta da malattia celiaca giunta alla nostra osservazione per una frattura "da fragilità" della branca ileo-pubica destra del bacino (Fig. 4).



Fig. 4: Esame TC che documenta la frattura della branca ileo-pubica destra del bacino.

Il follow-up a tre mesi mostrava il persistere del dolore e la disabilità nonostante la terapia anti-riassorbitiva con difosfonati e la somministrazione di calcio-vitamina D.

L'esame TC mostrava un ritardo di consolidazione

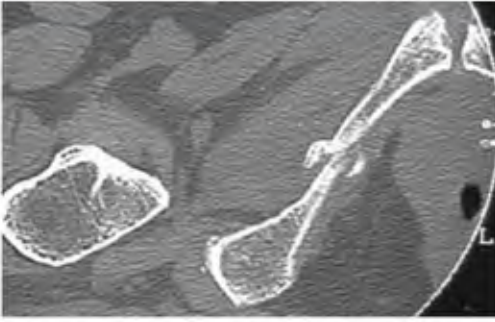


Fig. 5 e 6: Nel follow-up a tre mesi l'esame TC mostra un ritardo di consolidazione della frattura. Dopo due mesi il nuovo esame TC documentava una nuova frattura a carico della branca ileo-pubica controlaterale

della frattura (Fig. 5). Dopo due mesi la paziente riferiva un nuovo dolore a carico dell'emibacino controlaterale; il nuovo esame TC documentava una nuova frattura a carico della branca ileo-pubica controlaterale (Fig. 6).

Il controllo TC effettuato dopo ulteriori quattro mesi documentava la guarigione della frattura più recente mentre la frattura più vecchia non presentava segni di guarigione (Fig. 7). Avendo fallito il



Fig. 7: Controllo TC dopo ulteriori quattro mesi: guarigione della frattura più recente a sinistra; la frattura della branca ileo-pubica di destra non presenta segni di guarigione.

trattamento conservativo "tradizionale" si è deciso di intraprendere un ciclo terapeutico a uso compassionevole a base di Teriparatide 20 µg/die per 6 mesi, terminati i quali si è proceduto alla valutazione clinica e radiologica che ha documentato una completa risoluzione del dolore con un completo ripristino funzionale e la guarigione ossea (Figg. 8a,b).

Ulteriori valutazioni cliniche e radiologiche protratte nel tempo hanno dimostrato un progressivo e soddisfacente rimodellamento osseo delle aree precedentemente fratturate (Fig. 9).



Figg. 8: Esame radiologico standard (a) ed esame TC del bacino (b) al termine del ciclo di cure con Teriparatide: si apprezza un evidente callo osseo a livello della branca ileo-pubica destra

DISCUSSIONE

Tutti i pazienti adulti con malattia celiaca dovrebbero sottoporsi a un'analisi dettagliata del metabolismo osseo compresi i marcatori del "remodeling" (calcemia, vitamina D, paratormone, osteocalcina sierica, fosfatasi alcalina, telopeptide C), alla DEXA, alla radiografia standard della colonna vertebrale e a un controllo istologico della mucosa intestinale. Tutti questi esami vanno raccomandati anche



Fig. 9: Esame TC effettuato a distanza di un anno dal termine delle cure: si apprezza il processo del rimodellamento osseo a carico dei siti delle pregresse fratture

in quei pazienti adulti con ridotta BMD (T-score vertebrale < -1.0), storia di fratture da fragilità con bassi livelli urinari di calcio, insufficienza di vitamina D e/o aumento dei livelli di ormone paratiroideo nonostante un adeguato apporto di calcio e vitamina D; in questi pazienti è frequente il riscontro di una malattia celiaca "occulta" non precedentemente diagnosticata in cui il primo segno clinico può essere una patologia dell'osso. Si raccomanda inoltre di analizzare in dettaglio chi soffre di varie malattie autoimmuni, le donne in pre-menopausa e gli uomini che non hanno raggiunto una massa ossea adeguata

CONCLUSIONI

L'evidenza attuale non supporta lo screening di routine per la malattia celiaca in tutti i pazienti con ridotta BMD. L'osteoporosi o l'osteomalacia come unica presentazione della malattia celiaca è rara e deriva da una sua ritardata diagnosi. Le alterazioni del metabolismo osseo sono una delle principali complicanze di questa malattia e per tale motivo è stato studiato uno specifico screening che prevede il dosaggio della fosfatasi alcalina, dell'osteocalcina sierica e la misurazione dei livelli di 25(OH)-D. La diagnosi definitiva è clinica, sierologica (positività delle IgA e IgG anti gliadina e anticorpi antiendomisio), radiologica e istologica (infiammazione e atrofia

della mucosa duodenale), combinata a una risposta positiva a una dieta priva di glutine.

Nei pazienti adulti con malattia celiaca la frequenza di osteoporosi è elevata ed è pari al 3.4 % contro lo 0.2 % della popolazione generale. I fattori associati a una perdita di massa ossea sono l'età > 30 anni, un basso indice di massa corporea, la nulliparità, un ritardo diagnostico della malattia celiaca > 2 anni, una sindrome da malassorbimento, l'esagerata linfocitosi dell'epitelio intestinale e l'incremento dei parametri del rimodellamento osseo (fosfatasi alcalina e osteocalcina). Allo stesso modo della malattia celiaca "classica", la forma meno tipica definita da alcuni Autori "non enterale", più comune nel paziente anziano, può associarsi a un rischio di osteoporosi o addirittura osteomalacia con possibili fratture correlate. Attualmente solo il 10-15% del numero totale dei malati è diagnosticato e monitorato: i pazienti adulti rappresentano il principale problema diagnostico, per i loro quadri clinici atipici (anemia sideropenica, osteopenia o osteoporosi e osteomalacia, dermatite erpetiforme, polineurite, atassia, depressione, disturbi del comportamento, disturbi del ciclo mestruale e infertilità).

Carlo Doria è professore associato, Istituto di Clinica Ortopedica - Università degli Studi di Sassari, A.O.U. Sassari, e-mail: cdorianiss.it

Aggiornamenti sui problemi ambientali e sanitari nel SIN del sassarese

Introduzione

L'Istituto Superiore di Sanità ha aggiornato i dati dello Studio SENTIERI (Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento) (ISS 2014). Rispetto al precedente studio che includeva 44 su 56 siti di interesse nazionale per le bonifiche (SIN) sono stati presi in considerazione solo i 18 siti tra quelli serviti dalla rete AIRTUM dei Registri tumori. I dati relativi alla mortalità sono stati aggiornati al 2010 mentre per l'analisi dell'incidenza oncologica si è considerato l'arco di tempo compreso tra 1996 e il 2005; in 17 SIN si sono analizzati i dati di ospedalizzazione relativi al 2005-2010.

La mortalità, l'incidenza tumorale e ospedalizzazione sono stati studiati mediante metodi omogenei applicati a fonti informative certificate quali l'Istat, l'AIRTUM e Ministero della salute. In Sardegna è stato incluso il SIN di Porto Torres-Sassari mentre è rimasto escluso quello del Sulcis-Iglesiente-Guspinese poiché sprovvisto del Registro Tumori. L'analisi ha utilizzato i consueti indicatori statistici quali: il SMR (rapporto standardizzato di mortalità), SIR (rapporto standardizzato di incidenza) e SHR (rapporto standardizzato di ospedalizzazione); tali indicatori confrontano i casi osservati con quelli attesi sulla base della distribuzione di tali fenomeni nella popolazione di riferimento regionale; alla stima puntuale è stato associato un intervallo di confidenza al 90%. Ovviamente si è provveduto alla correzione per età e deprivazione.

Situazione ambientale

Le principali criticità ambientali nel SIN di Porto Torres e Sassari si evincono dalla "Relazione sulle

di Vincenzo Migaleddu e Valerio Gennaro



bonifiche dei siti contaminati in Italia" del 2012 della Commissione Parlamentare di inchiesta sulle attività illecite connesse al ciclo dei rifiuti che pubblica i dati trasmessi dal Ministero dell'Ambiente. Per quanto riguarda le acque di falda la **contaminazione è di tipo diffuso** con presenza di metalli, solventi e idrocarburi; particolarmente grave è lo stato di

contaminazione delle acque di falda sottostanti le aree dei **Settori A** (dove sono ubicati gli impianti in esercizio) e **B** (che include la discarica Minciaredda) dello stabilimento petrolchimico Syndial SpA, le aree della Sasol SpA e della Ineos Vynils SpA, queste ultime ubicate all'interno dello stabilimento petrolchimico e interamente circondate da aree di proprietà Syndial SpA. La compromissione di tale matrice ambientale è connessa soprattutto alla presenza di attività industriali in esercizio nonché di discariche non controllate di rifiuti tossico-nocivi e industriali speciali.

Nell'area industriale sono presenti inoltre il **Settore "C"**, che comprende la porzione dello Stabilimento inclusa tra il Settore A ed il Settore "B", di superficie pari a circa 320 ha; il **Settore "D"**, che comprende i terreni di proprietà ANIC Partecipazioni (278 ha) e Syndial (98 ha) in parte all'esterno della recinzione di Stabilimento, con una superficie complessiva pari a circa 376 ha. Lo stato di avanzamento delle varie fasi di intervento previste per la bonifica del sito può essere così sintetizzato: il 66% delle aree è stato oggetto di messa in sicurezza di emergenza; il 77% dei piani di caratterizzazione delle matrici sono stati presentati; per il 68% delle aree sono stati presentati i risultati delle analisi; per il 58% delle aree è stato presentato il progetto di bo-

nifica successivamente approvato;

Nella conferenza di servizi del luglio 2013 la Direzione TRI del Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare ha sollecitato l'Azienda ad "(...) avviare tempestivamente il potenziamento della barriera idraulica esistente, la realizzazione delle nuove barriere idrauliche all'interno dell'area di Stabilimento e gli interventi per il trattamento dei terreni saturi, di rendere funzionale l'attuale rete di monitoraggio e verificare l'efficienza dei sistemi di recupero attualmente operativi."

A tutt'oggi nessuna bonifica è stata realmente conclusa e quindi nessuna area risulta restituita agli usi legittimi.

La popolazione complessiva presa in considerazione nell'aggiornamento dello studio fa sempre riferimento ai 146.173 abitanti del Censimento 2011 residenti nei comuni di Sassari e Porto Torres; nel SIN «Aree industriali di Porto Torres» sono presenti attività chimiche, petrolchimiche, di raffineria, centrali termoelettriche a olio combustibile e carbone, area portuale e discariche; Le centrali termoelettriche a carbone sono in territorio di Sassari all'interno della zona industriale; l'area della discarica di Calancoi è localizzata a sud est della città di Sassari verso Osilo. I contaminanti alla base delle esposizioni ambientali e delle ricadute sanitarie sono:

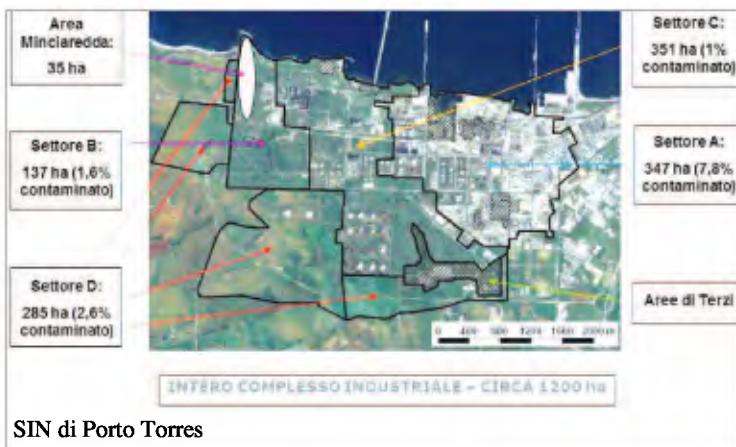
| | |
|--------------------|--|
| Suolo | metalli pesanti, BTEXS, idrocarburi leggeri e pesanti, IPA, composti alifatici clorurati cancerogeni; TENORM (U ²³⁵ , Th ²³²) |
| Acque di falda | metalli pesanti, BTEXS, solventi clorurati, IPA, idrocarburi, cloro-benzeni |
| Sedimenti | mercurio, arsenico, idrocarburi C>12 |
| Pescato | metalli (piombo, cromo, cadmio, nichel, rame, arsenico, zinco, mercurio) |
| Aria | PM ¹⁰ , PM ^{2.5} ; SO ₂ ; NO _x ; CO; IPA; particolato ultra fine e le nano particelle, nonché gli inquinanti chimici come il benzene, le diossine-furani, diossinosimili, e i metalli pesanti (arsenico e mercurio). |
| Agenti contaminati | |

Fonte: (www.epiprev.it/Sentieri2011_Allegati); modificato con l'aggiunta della matrice aria.

Situazione Sanitaria

Mortalità

L'aggiornamento riguarda il periodo 2003–2010 (anno più recente reso disponibile dall'Istat); in assenza dei dati Istat per biennio 2004–2005, è stato esaminato un periodo di sei anni. Rispetto al riferimento regionale si è osservato in entrambi i generi un eccesso di mortalità per tutte le cause, tutti i tumori e le malattie dell'apparato respiratorio; tra le donne le malattie del sistema circolatorio e genitourinario sono simili alle attese; tra le donne sono in eccesso le malattie dell'apparato digerente. In entrambi i generi sono presenti eccessi per demenze e malattie respiratorie, anche acute e croniche. Gli uomini mostrano una mortalità in eccesso per il tumore maligno della prostata, della vescica, l'epilessia e deficit di mortalità per melanoma cutaneo, leucemie nel loro complesso e leucemia linfocitica e mieloide, come anche per malattia ipertensiva. Nelle donne si osservano eccessi per il tumore del polmone e della cervice uterina e, tra le cause non tumorali, per la cirrosi. Sempre tra le donne si osservano deficit per tumori del sistema nervoso centrale e diabete.



| Casi | Uomini | | Donne | |
|---|--------------|----------------------|--------------|----------------------|
| | OSS | SMR ID (IC 90%) | OSS | SMR ID (IC 90%) |
| Tutte le cause | 2.643 | 106 (103-109) | 2.507 | 106 (103-109) |
| malattie infettive e parassitarie | 65 | 106 (95-120) | 52 | 105 (95-123) |
| tubercolosi | 4 | 95 (2-217) | 6 | 207 (90-400) |
| spillo infetti | 23 | 130 (53-192) | 17 | 100 (70-164) |
| tutti i tumori | 1.348 | 107 (102-112) | 1.021 | 109 (103-115) |
| tumore maligno del esofago | 16 | 89 (57-122) | 7 | 158 (74-289) |
| tumore maligno della stomaco* | 54 | 100 (79-128) | 35 | 89 (65-117) |
| tumore maligno del colon-retto* | 148 | 108 (104-114) | 129 | 114 (108-122) |
| tumore maligno del fegato e dei dotti biliari intraepatici | 31 | 94 (76-112) | 54 | 127 (102-154) |
| tumore maligno del pancreas | 79 | 110 (90-132) | 60 | 90 (73-112) |
| tumore maligno della laringe | 29 | 122 (93-166) | <3 | <3 |
| tumore maligno della trachea, dei bronchi e del polmone* | 355 | 108 (104-114) | 129 | 149 (129-172) |
| mesotelioma della pleura* | 10 | 142 (77-241) | <3 | <3 |
| melanoma della pelle | 3 | 32 (9-82) | 8 | 130 (85-235) |
| tumore maligno del tessuto connettivo e di altri tessuti molli | <3 | <3 | 6 | 154 (67-304) |
| tumore maligno della mammella (F) | | | 180 | 100 (88-114) |
| tumore maligno della cervice uterina (F) | | | 50 | 139 (110-174) |
| tumore maligno dell'ovario e di altro e non specificato organo genitale femminile (F) | | | 27 | 89 (66-117) |
| tumore maligno della prostata (M) | 112 | 124 (105-142) | | |
| tumore maligno del testicolo (M) | <3 | <3 | | |
| tumore maligno del seno, dell'utero e di altro e non specificato organo dell'apparato urinario | 29 | 106 (75-144) | 18 | 127 (83-186) |
| tumore maligno della vescica | 70 | 130 (100-158) | 18 | 89 (53-142) |
| tumore del sistema nervoso centrale | 21 | 107 (76-138) | 11 | 140 (82-200) |
| tumore maligno del tessuto linfatico, ematopoietico e tessuti connessi | 69 | 76 (64-92) | 86 | 98 (81-118) |
| morte di Hodgkin | 3 | 72 (20-196) | <3 | <3 |
| leiomiosarcomi | 27 | 83 (66-106) | 31 | 106 (77-143) |
| mieloma multiplo e tumori ematopoietici | 16 | 103 (85-123) | 16 | 97 (61-148) |
| leucemie | 22 | 57 (38-81) | 31 | 93 (67-126) |
| leucemia linfatica (acuta e cronica) | 7 | 48 (22-88) | 9 | 74 (39-130) |
| leucemia mieloide (acuta e cronica) | 10 | 56 (30-94) | 21 | 121 (84-164) |
| diabete mellito | 106 | 116 (98-136) | 103 | 84 (71-99) |
| demenza | 104 | 129 (109-152) | 223 | 121 (108-135) |
| malattia del midollo spinale | 10 | 106 (57-178) | 3 | 38 (11-91) |
| morbo di Parkinson | 27 | 129 (94-178) | 17 | 144 (101-197) |
| schizofrenia | <3 | <3 | 7 | 115 (64-200) |
| epilessia | 8 | 117 (108-126) | 5 | 96 (58-152) |
| poli neuropatia non specificata | <3 | <3 | <3 | <3 |
| malattie del sistema circolatorio | 1.093 | 102 (100-101) | 1.185 | 96 (92-101) |
| malattia coronarica | 80 | 78 (54-98) | 172 | 90 (79-102) |
| cardiopatia ischemica | 413 | 108 (98-117) | 300 | 101 (91-111) |
| infarto miocardico | 197 | 102 (96-114) | 135 | 107 (92-122) |
| malattie cerebrovascolari | 252 | 95 (85-105) | 349 | 92 (89-101) |
| malattie del sistema respiratorio* | 286 | 122 (110-132) | 249 | 126 (112-140) |
| malattie respiratorie acute* | 65 | 145 (111-178) | 75 | 127 (104-154) |
| malattie respiratorie croniche | 159 | 123 (109-141) | 129 | 149 (129-172) |
| asma* | 4 | 109 (23-252) | 3 | 53 (16-96) |
| emfisemi toracici | 9 | 64 (34-112) | <3 | <3 |
| malattie dell'apparato digerente | 188 | 108 (96-121) | 164 | 117 (103-134) |
| erosi e altre malattie croniche del fegato | 71 | 94 (77-113) | 56 | 129 (102-161) |
| malattie dell'apparato gastroenterico | 51 | 105 (82-133) | 36 | 93 (76-112) |
| alcolici | <3 | <3 | <3 | <3 |
| insufficienza renale | 46 | 112 (87-144) | 48 | 94 (79-120) |
| urticaria, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove | 62 | 116 (101-132) | 148 | 116 (103-130) |
| cause attese | 206 | 85 (76-96) | 120 | 87 (79-101) |

Tabella 1. Numero di casi osservati (OSS), rapporto standardizzato di mortalità corretto per deprivazione (SMR ID), IC 90%; intervalli di confidenza al 90%; riferimento regionale 2003-2010, 2004-2005 non disponibili da ISTAT. *cause e donne.



(Tav. 1a); elaborazione V. Migaletto, V. Gennaro.

Tabella 1: numero di casi osservati (OSS), rapporto standardizzato di mortalità corretto per deprivazione (SMR ID), intervallo di confidenza 90%; regione Sardegna 2003-2010 (2004-2005 nessuna disponibilità dati ISTAT) – fonte SENTIERI

Esaminando il **rapporto standardizzato di mortalità corretto per deprivazione socio-economica** per tutte le patologie correlabili alle condizioni ambientali (tutte le malattie, tutti i tumori, malattie del sistema circolatorio, dell'apparato respiratorio, digerente, genito-urinario, degenerative del SNC ed altre meno frequenti) si rileva un valore di SRM di **106** in entrambi i sessi. Ciò equivale ad un 6% in più nel numero dei decessi realmente *osservati* rispetto a quelli *attesi*. Il calcolo della **differenza** tra questi valori spiega meglio le gravi condizioni di salute e il numero di morti evitabili nella popolazione inclusa nello studio: per tutte le patologie risultano **406** decessi complessivi in più tra maschi e femmine nei sei anni; ovvero **68 in più all'anno; 34 decessi/anno per ciascun genere**. Per l'insieme dei tumori si stimano 174 decessi in entrambi i sessi; 28 all'anno complessivamente (Tav. 1a). Nonostante la drammaticità di tali evidenze epidemiologiche possiamo ragionevolmente ritenerle sottostimate a causa della possibile sovrastima della popolazione studiata che include, oltre alla popolazione esposta, anche una considerevole frazione (oltre il 60-70%?) di popolazione probabilmente non esposta. Se consideriamo le patologie, indicate con un asterisco nelle tabella 1, per le quali vi è evidenza *a priori* (Sufficiente o Limitata) di associazione con le **esposizioni ambientali** nel SIN e la mortalità si rileva un SRM particolarmente elevato (**149**) nel sesso femminile per i **tumori della apparato respiratorio** con una importante differenza tra osservati e attesi di quasi il **50%**; la differenza tra Osservati e Attesi è di **27** nel sesso M e 41 nel sesso F (**4**

| MORTALITA' | | | |
|--|-----|------------|-----|
| Maschi | | Femmine | |
| SMR: 108 Tumori maligni trachea, bronchi e polmoni | | | |
| Osservati | 335 | Osservati | 123 |
| Attesi | 328 | Attesi | 82 |
| Differenza | 27 | Differenza | 41 |
| 4/anno | | 7/anno | |
| SMR: 122 Malattie del sistema respiratorio | | | |
| Osservati | 286 | Osservati | 247 |
| Attesi | 234 | Attesi | 196 |
| Differenza | 52 | Differenza | 51 |
| 7/anno | | 7/anno | |
| 2003/2010 - (anno 2004-5) | | | |

(Tav. 1b); elaborazione V. Migalettu, V. Gennaro.

7/anno rispettivamente); per le malattie del sistema respiratorio la differenza tra Osservati e Attesi è 52 e 51 rispettivamente nel sesso M e F (7/anno in entrambi i generi). (Tav.1b) Per quanto riguarda i tumori delle vie respiratorie nel sesso femminile la mortalità supera il SMR rilevato a Taranto nello stesso genere: 149 v/s 127; Viene sotto riportata la stringa delle tabella sulla mortalità del SIN di Taranto presente a pag. 101 delle Studio Sentieri.

| | | | | |
|---|-----|---------------|-----|---------------|
| Tumore maligno della trachea, dei bronchi e del polmone | 606 | 121 (113-130) | 123 | 127 (108-147) |
|---|-----|---------------|-----|---------------|

Incidenza oncologica

Lo studio dell'incidenza oncologica abbraccia un arco di tempo di 10 anni compreso tra 1996 e il 2006. In entrambi i sessi l'incidenza osservata per tutti i tumori (esclusa cute) è in eccesso rispetto all'attesa (tabella 2). Sempre in entrambi i sessi sono presenti eccessi per molte delle sedi tumorali analizzate (esofago, fegato, colecisti e vie biliari, pancreas, polmone, vescica e tumori linfoemato-poietici totali). Solo gli uomini ovviamente mostrano eccessi di casi incidenti per il tumore della prostata e del testicolo ma è da rilevare l'eccesso per i tumori della laringe, dei tessuti molli e in particolare del sarcoma; si registrano eccessi anche per il tumore del rene, di linfomi non-Hodgkin e della leucemia linfatica cronica. Ovviamente solo tra le sole donne è in eccesso il tumore della mammella, ma si rilevano in eccesso anche i tumori dell'encefalo, il linfoma di Hodgkin, il mieloma e la leucemia linfatica cronica.

Anche per l'incidenza tumorale il calcolo della

differenza tra il numero degli *osservati* rispetto agli *attesi* spiega meglio le condizioni di salute e il sacrificio in numero di malattie tumorali maligne evitabili, nella popolazione inclusa nello studio: complessivamente **1110 casi** in più rispetto a quelli attesi per tutti i **tumori maligni** esclusi quelli cutanei (Tav. 1c). Per quanto riguarda i **tumori maligni del polmone** (+144 complessivi), quelli maschili risultano ancora superiori a quelli femminili: 83 v/s 61. Quello che sorprende è il **rapporto standardizzato di incidenza** che sfiora il **+60%** (SIR 116 v/s 159 rispettivamente nei M e nelle F) (Tav. 1c). Per il tumore maligno **del colon-retto** (+48 complessivi) c'è un'equa distribuzione nei due sessi, così anche per i tumori maligni del sistema **linfatico ed emopoietico** (+119 complessivi) (Tav1d).

In entrambi i sessi non si è osservato un eccesso rispetto all'atteso dei ricoveri per tutte le diagnosi indagate. Le malattie respiratorie ed in particolare quelle tumorali mostrano un eccesso rispetto all'atteso anche se inferiore rispetto ai dati di mortalità e di incidenza. Tra questi eccessi sono compresi quelli relativi ai ricoveri per malattie che, secondo lo studio Sentieri, sono riconducibili con evidenza sufficiente o limitata a cause ambientali riscontrabili nel sito (tumori del colon, retto, della giunzione retto-sigmoidea e dell'ano; tumori maligni della trachea, bronchi e polmoni; malattie dell'apparato respiratorio). In entrambi i generi si osservano deficit per i tumori del tessuto linfoemopoietico e linfomi non-Hodgkin, Hodgkin e leucemie nonostante gli eccessi di incidenza. Ciò può essere spiegato con un certo fenomeno di "pendolarismo" sanitario verso centri di diagnosi e cure localizzati al di fuori dall'isola. L'eccesso di ricoveri per tumore del polmone e malattie ischemiche acute interessa prevalentemente le donne. Sono presenti eccessi per tumori della prostata e della vescica e insufficienza cardiaca tra i soli uomini. (tabella 3)

Fonte: SENTIERI – Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento; Mortalità, incidenza oncologica e ricoveri ospedalieri; *Epidemiologia e Prevenzione* marzo-aprile. 2014 Supp 1

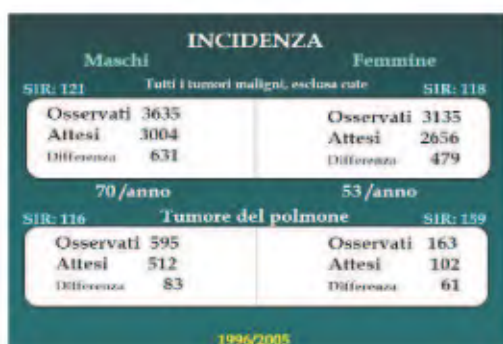
Discussione

L'aggiornamento dei dati conferma la condizione di criticità sanitaria nella popolazione inclusa nel SIN del Sassarese (Porto Torres e Sassari). Tale criticità

| Causa | Uomini | | Donne | |
|--|--------------|----------------------|--------------|----------------------|
| | OSS | SIR ID (IC 90%) | OSS | SIR ID (IC 90%) |
| tutti i tumori maligni, escluso cute | 3.635 | 121 (118-124) | 3.135 | 118 (114-121) |
| tumore maligno dell'esofago | 45 | 189 (145-243) | 12 | 182 (105-295) |
| tumore maligno dello stomaco* | 103 | 64 (54-76) | 82 | 69 (57-83) |
| tumore maligno del colon-retto* | 410 | 107 (98-116) | 359 | 106 (97-116) |
| tumore maligno del fegato e dei dotti biliari intraepatici | 194 | 161 (143-182) | 108 | 195 (166-229) |
| tumore maligno della colecisti e delle vie biliari | 53 | 155 (122-195) | 78 | 140 (115-169) |
| tumore maligno del pancreas | 109 | 144 (122-168) | 106 | 161 (136-190) |
| tumore maligno della laringe | 95 | 123 (103-146) | 7 | 126 (59-236) |
| tumore maligno del polmone* | 595 | 116 (109-125) | 163 | 159 (139-181) |
| tumore maligno dell'osso | 10 | 114 (62-193) | 6 | 62 (27-121) |
| mesoteloma* | 8 | 96 (48-174) | <3 | |
| tumore maligno del tessuto connettivo e di altri tessuti molli | 31 | 168 (122-227) | 13 | 57 (34-91) |
| sarcomi dei tessuti molli | 28 | 179 (127-245) | 13 | 67 (40-107) |
| melanoma della pelle | 32 | 59 (43-79) | 44 | 75 (57-96) |
| tumore maligno della mammella | 4 | 43 (15-99) | 966 | 125 (119-132) |
| tumore maligno della cervice uterina | | | 55 | 101 (80-126) |
| tumore maligno del corpo dell'utero | | | 159 | 109 (95-124) |
| tumore maligno dell'utero | | | 217 | 102 (91-114) |
| tumore maligno dell'ovario | | | 114 | 109 (93-128) |
| tumore maligno della prostata | 601 | 137 (128-147) | | |
| tumore maligno del testicolo | 51 | 135 (105-170) | | |
| tumore maligno del rene, dell'uretere e di altro e non specificato organo dell'apparato urinario | 128 | 128 (110-149) | 58 | 106 (84-131) |
| tumore maligno della vescica | 419 | 116 (107-125) | 93 | 128 (107-153) |
| tumore del sistema nervoso centrale | 70 | 117 (95-143) | 73 | 134 (109-163) |
| tumore maligno della tiroide | 30 | 69 (50-94) | 155 | 97 (84-111) |
| tumore maligno del tessuto linfatico, ematopoietico e tessuti correlati | 343 | 123 (112-134) | 296 | 122 (111-134) |
| linfoma di Hodgkin | 36 | 134 (99-177) | 30 | 151 (109-205) |
| linfoma non-Hodgkin | 147 | 133 (115-152) | 116 | 116 (99-135) |
| mieloma multiplo | 39 | 95 (72-125) | 58 | 157 (124-195) |
| leucemie | 121 | 120 (103-140) | 92 | 108 (90-128) |
| leucemia linfoide | 55 | 126 (99-157) | 49 | 134 (104-170) |
| leucemia linfoide acuta | 12 | 100 (58-162) | 13 | 134 (79-212) |
| leucemia linfoide cronica | 43 | 135 (103-174) | 36 | 134 (100-177) |
| leucemia mieloide | 43 | 114 (87-147) | 32 | 93 (68-125) |
| leucemia mieloide acuta | 26 | 115 (81-160) | 19 | 82 (54-120) |
| leucemia mieloide cronica | 17 | 112 (71-168) | 13 | 115 (68-183) |

*cause con evidenza di associazione con le esposizioni ambientali Sufficiente o Limitata/ *causes with Sufficient or limited evidence of association with environmental exposures.

Tabella 2: numero di casi osservati (OSS), rapporto standardizzato di mortalità corretto per deprivazione (SMR ID), intervallo di confidenza 90%; riferimento macroarea (1996-2005) – fonte SENTIERI



(Tav. 1c); elaborazione V.Migaleddu, V. Gennaro. Tav. 1d); elaborazione V.Migaleddu, V. Gennaro. Ricoveri ospedalieri

| Causa | Uomini | | Donne | |
|---|--------------|----------------------|--------------|----------------------|
| | OSS | SMR ID (IC 90%) | OSS | SMR ID (IC 90%) |
| tutte le cause naturali (escluse complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio) | 25.482 | 101 (100-101) | 31.446 | 92 (90-98) |
| malattie infettive e parassitarie | 1.589 | 101 (97-105) | 1.445 | 104 (99-108) |
| tutti i tumori maligni | 3.014 | 99 (96-102) | 2.698 | 92 (89-95) |
| tumori maligni dell'esofago | 38 | 114 (86-150) | 9 | 133 (70-232) |
| tumori maligni dello stomaco* | 76 | 93 (76-112) | 51 | 92 (72-117) |
| tumori maligni del colon, del retto, della giunzione rettosigmoidea e dell'ano* | 371 | 101 (93-110) | 307 | 101 (92-111) |
| tumori maligni del fegato | 122 | 100 (85-116) | 62 | 120 (96-149) |
| tumori maligni del pancreas | 87 | 98 (81-117) | 77 | 96 (79-116) |
| tumori maligni della laringe | 86 | 115 (95-137) | 11 | 129 (72-213) |
| tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni* | 393 | 101 (92-109) | 143 | 122 (114-131) |
| tumori maligni della pleura* | 17 | 143 (91-214) | 7 | 112 (52-210) |
| tumori maligni delle ossa e delle cartilagini articolari | 14 | 91 (55-142) | 4 | 30 (10-70) |
| tumori maligni del connettivo e di altri tessuti molli | 30 | 114 (82-154) | 20 | 90 (59-130) |
| melanoma maligno della cute | 24 | 81 (56-114) | 27 | 91 (64-126) |
| altri tumori maligni della cute | 150 | 57 (50-65) | 94 | 50 (42-60) |
| tumori maligni della mammella (F) | | | 895 | 101 (96-107) |
| tumori maligni dell'utero (F) | | | 179 | 106 (93-120) |
| tumori maligni dell'ovario e di altri annessi uterini (F) | | | 75 | 82 (67-100) |
| tumori maligni della prostata (M) | 477 | 118 (109-127) | | |
| tumori maligni del testicolo (M) | 36 | 102 (75-134) | | |
| tumori maligni della vescica | 465 | 112 (104-121) | 113 | 114 (97-133) |
| tumori maligni del rene e di altri non specificati organi urinari | 126 | 101 (87-117) | 43 | 77 (59-99) |
| tumori maligni dell'encefalo e di altri non specificate parti del sistema nervoso | 58 | 99 (79-123) | 27 | 76 (57-100) |
| tumori maligni dell'encefalo | 51 | 96 (75-121) | 33 | 79 (58-105) |
| tumori maligni della ghiandola tiroidea | 44 | 64 (49-82) | 158 | 57 (50-65) |
| tumore maligno del tessuto linfatico ed emopoietico | 210 | 71 (63-80) | 191 | 73 (65-83) |
| malattia di Hodgkin | 17 | 54 (34-81) | 16 | 61 (38-93) |
| linfomi non-Hodgkin | 99 | 73 (61-86) | 87 | 69 (57-82) |
| mieloma multiplo e neoplasie immunoproliferative | 25 | 70 (48-97) | 37 | 87 (65-114) |
| leucemie | 77 | 71 (58-86) | 58 | 74 (59-93) |
| malattie ereditarie e degenerative e altri disturbi del sistema nervoso centrale | 662 | 96 (90-102) | 384 | 92 (87-97) |
| malattie del sistema circolatorio | 5.591 | 94 (92-97) | 4.438 | 87 (85-89) |
| malattie cardiache | 3.278 | 91 (88-93) | 2.419 | 83 (81-86) |
| malattie ischemiche del cuore | 1.432 | 99 (95-103) | 709 | 98 (92-104) |
| malattie ischemiche acute (infarto miocardico, altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica) | 1.049 | 103 (98-108) | 531 | 107 (100-115) |
| insufficienza cardiaca (scoperto cardiaco) | 749 | 111 (104-118) | 703 | 102 (96-109) |
| malattie cerebrovascolari | 1.180 | 94 (90-99) | 1.163 | 86 (82-91) |
| malattie dell'apparato respiratorio* | 4.547 | 102 (100-105) | 3.840 | 100 (103-108) |
| infezioni acute delle vie respiratorie, polmonite e influenza* | 2.170 | 125 (120-129) | 1.908 | 126 (121-131) |
| malattie polmonari cronico-ostruttive | 432 | 70 (65-76) | 445 | 93 (86-100) |
| asma* | 142 | 52 (45-60) | 152 | 49 (43-56) |
| pneumococcosi | <3 | | <3 | |
| malattie dell'apparato digerente | 6.208 | 94 (92-96) | 5.152 | 92 (90-94) |
| malattia epatica cronica e cirrosi | 367 | 72 (66-78) | 233 | 80 (72-90) |
| malattie dell'apparato urinario | 1.834 | 94 (90-97) | 1.476 | 94 (90-98) |
| nefrite, sindrome nefrosica, e nefrosi | 579 | 114 (106-122) | 433 | 99 (91-107) |

Tabella 3. Numero di casi osservati (OSS), rapporto standardizzato di ospedalizzazione corretto per deprivazione (SMR ID), IC 90%; intervalli di confidenza al 90%; riferimento regionale 2005-2010. Uomini e donne.

Tabella 3: numero di casi osservati (OSS), rapporto standardizzato di mortalità corretto per deprivazione (SMR ID), intervallo di confidenza 90%; riferimento regionale 2005-2010 – fonte SENTIERI

si esprime con **eccessi di mortalità e di incidenza per tutte le malattie** correlabili a fattori ambientali. Appare rilevante l'elevata mortalità con un **SMR di 149 nel sesso femminile** per i **tumori dell'apparato respiratorio** con una importante differenza tra osservati e attesi di quasi il + 50%. Ciò concorda con i dati sull'incidenza del tumore polmonare: il rapporto standardizzato di incidenza sfiora il **+60% nel sesso femminile** (SIR 116 v/s 159 rispettivamente nei M e nelle F). Questi dati confermano l'osservazione già riportata da Paliogiannis et al. relativamente all'andamento epidemiologico dei tumori polmonari nel Nord Sardegna, anche se questi dati sono riferiti alla popolazione dell'intero territorio della vecchia provincia e non solo alla popolazione di Sassari e

Porto Torres. Gli autori confermano nel periodo 1992-2010 un progressivo incremento dell'incidenza dei tumori polmonari nel sesso femminile e un decremento nel sesso maschile. La sopravvivenza relativa ai 5 anni dalla diagnosi era di 8.8% per i maschi del 14.9% per le femmine. Interessante è osservare in questo studio l'aumento progressivo dal 1999-2004 dell'incremento dell'adenocarcinoma e un concomitante decremento dello squamo cellulare tra gli istotipi di tumore polmonare riscontrati (Paliogiannis et al. 2013). Nel recente studio relativo all'inquinamento aereo e all'incidenza dei tumori polmonari, emerge una significativa correlazione rischio per tumore polmonare e in particolare per l'adenocarcinoma e l'esposizione al particolato PM10

(particelle inferiori al 10) con incremento del rischio del 22% ad una esposizione di 10 g/m³; un incremento del rischio del 18% per una esposizione di 5 g/m³ di PM_{2,5} (particelle inferiori al 2,50). L'incremento di 10 e di 5 g/m³ rispettivamente di PM₁₀ e PM_{2,5} aumenta il rischio di contrarre un adenocarcinoma del 51% e del 55%. Relativamente all'esposizione al PM₁₀ e PM_{2,5} non ci sarebbero differenze tra sesso, età, fumatori e non, grandi o moderati mangiatori di frutta (Raaschou-Nielsen et al. 2013). Alcuni studi recenti hanno dimostrato come il rischio di tumore polmonare per i non fumatori è di 4,6 per 100.000 persone più elevato nel sesso femminile rispetto al sesso maschile. Tuttavia l'incremento assoluto del rischio per il fumo di 10 pacchetti/anno è inferiore nelle donne rispetto ai maschi (13,6 v/s 52 per 100 000 persone). Ciò sembrerebbe avvalorare più i fattori ambientali e genetici rispetto al fumo nell'incidenza del tumore polmonare (Kovalchik et al. 2013). L'incremento dell'incidenza adenocarcinoma nell'uomo ha superato quella del tumore squamo-cellulare negli anni 60 e 70 negli Usa e in Europa; tra i non fumatori con tumore polmonare il 65% dei pazienti presenta un adenocarcinoma; se il numero dei pazienti con adenocarcinoma nel sesso maschile non è così alta come nel sesso femminile, in questo genere si osserva la più alta percentuale di adenocarcinomi. Dal punto di vista statistico globale il 15% dei casi di tumore polmonare nell'uomo e il 53% nelle donne non è attribuibile al fumo. Circa il 25% dei pazienti con tumore polmonare nel mondo non sono fumatori e tra questi quelli con adenocarcinoma sono di sesso femminile, giovani e con migliore prognosi (Devesa et al. 2005; Toyoda et al. 2008; Toh et al. 2006; Parkin et al. 2005; Sun et al. 2007; Kawaguchi et al. 2010; Couraud et al. 2012; McCarthy et al. 2013).

La maggiore vulnerabilità per il tumore polmonare e in particolare dell'adenocarcinoma del sesso femminile in alcune condizioni è ancora oggetto di ricerca e tra le ipotesi più accreditate è la presenza di condizioni multifattoriali con diversa espressione ormono-dipendente e con diversa distribuzione etnica; tra queste condizioni si trovano: i geni xenobiotici (quali gli alleli del cytochrome P450 1A1 - CYP1A1*2, CYP1A1*2-, e glutatione S-transferasi M1-GSTM1); i geni soppressori tumorali (TP53 and TP63); i geni riparatori i danni del DNA; i geni 15q25 Nicotine acetilcoline esterasi e altro similari; geni

driver quali EGFR, KRAS, BRAF,PIK3CA, and EML4-ALK; geni relativi all'infiammazione all'immunità innata. I geni associati ai tumori polmonari in soggetti fumatori sono differenti da quelli associati all'adenocarcinoma dei non fumatori. I geni ritrovati nei soggetti non fumatori con adenocarcinoma sono: NAT2, TP63, C3orf21, BAT3, VTI1A, TNFRSF10C, e EGFR; quest'ultimo sembrerebbe quello più rilevante, più frequentemente riscontrato e con meno variabilità interetnica. (Okazaki et al. 2014)

Verso una nuova deontologia professionale

A distanza di circa due anni dalla pubblicazione del primo studio Sentieri e a meno di un anno dalla pubblicazione degli aggiornamenti dello stesso studio, permane la scarsa consapevolezza del fatto che Sassari e Porto Torres siano compresi in un SIN; ciò è ancora riscontrabile in una larga fetta di medici che operano nel territorio; le scelte strategiche operate dai decisori politici presenti nelle istituzioni del territorio, forse non sufficientemente sensibilizzati alle problematiche sanitarie presenti, sembrano non tenere conto delle necessità di risolvere le criticità ambientale e sanitarie del territorio. Il referto epidemiologico aggiornato della salute della popolazione residente dovrebbe essere al centro delle politiche sociali delle giunte che governano le municipalità. Va ricordato il ruolo OMCeD nel diffondere la conoscenza dell'Art. 5 del codice deontologico che riguarda "L'Educazione alla salute e rapporti con l'ambiente". Appare indispensabile, infine, avviare un'approfondita discussione tra i professionisti dell'ordine con l'obiettivo che le conoscenze e competenze possano essere impiegate per la formulazione in tempo reale di un referto epidemiologico collettivo delle condizioni sanitarie delle popolazioni tra le quali si esercita la professione medica, impiegando i dati correnti (ricoveri, aborti, malformazioni, farmaci etc.) già disponibili nelle varie strutture socio-sanitarie.

Vincenzo Migaleddu è Medico Radiologo; Presidente ISDE-Medici per l'Ambiente Sardegna
Valerio Gennaro PhD; Centro Operativo Regionale (COR Liguria) del Registro Nazionale Mesoteliomi (RENAM); UO Epidemiologia Clinica (IST Nord - CBA); IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino, Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro (IST); Comitato Scientifico ISDE-Italia

La valutazione OrL del candidato al rialzo del seno mascellare (sinus lift)

Sino a pochi anni orsono, dal punto di vista implantologico, l'arcata dentaria superiore era considerata inviolabile, data la contiguità del pavimento del seno mascellare. Nel 1980 Boyne e James dimostrarono che la riabilitazione dentaria di tale sede era in realtà fattibile anche nei mascellari resi atrofici dall'attività osteoclastica e al conseguente rimaneggiamento osseo che segue l'espansione inferiore del seno mascellare in risposta alla perdita delle radici dentarie.

A conferma di ciò, quasi 20 anni fa (1996) il Consensus Conference tenuto al Babson College di Boston stabilì che il rialzo del seno mascellare costituisce una procedura "sicura e dai prevedibili risultati". Da quel momento in poi la tecnica è stata universalmente adottata con un marcato incremento del numero di procedure. Tecnicamente l'intervento prevede un innalzamento della porzione postero-superiore dell'osso alveolare attraverso la creazione di una "tasca" mucoperiostale al disotto della membrana di Schneider che riveste il pavimento sinusale

(sinus lift), in cui inserire materiale d'innesto capace di promuovere l'ispessimento dell'osso allo scopo di posizionare gli impianti dentari e ristabilire la funzione masticatoria anche nei casi di atrofia dell'osso mascellare. (FIG.1)

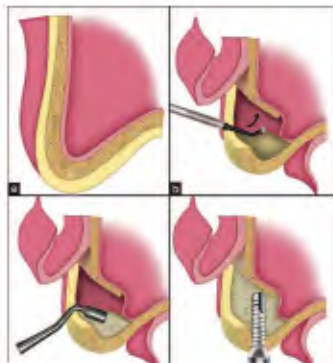


Fig.1: a) Sede dell'impianto b) Sollevamento della membrana di Schneider e creazione della tasca c) Posizionamento del graft osseo d) Inserzione dell'impianto

di Corrado Bozzo



Pur scarsamente invasiva, la procedura comporta invariabilmente un impatto sulla delicata omeostasi del seno mascellare, che, se già alterata da preesistenti alterazioni naso-sinusali o dello stesso seno mascellare può favorire lo sviluppo di complicanze post-operatorie che possono compromettere il buon esito dell'intervento.

Un successivo Position Paper (Pignataro L et al.: ENT assessment in the integrated management of candidate for (maxillary) sinus lift. Acta Otorhinolaryngol Ital 2008:110-119), di cui traccio qui un

sunto, ha evidenziato il ruolo dello specialista ORL nell'identificazione, attraverso tre steps, di eventuali controindicazioni al rialzo del seno mascellare a scopo implantologico attraverso l'endoscopia nasale e, se necessario, il ricorso alla TC per lo studio del complesso ostio-meatale, crocevia funzionale del meccanismo di ventilazione-drenaggio del seno mascellare (FIG.2).

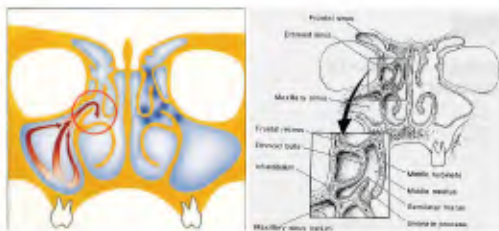


Fig.2: A) Il cerchio indica il Complesso Ostio-Meatale (COM); evidente la direzione delle secrezioni mascellari verso la fossa nasale attraverso l'ostio naturale B) : Dettaglio delle componenti anatomiche del COM

Tale primo step diagnostico-preventivo mira all'identificazione di eventuali controindicazioni irreversibili o potenzialmente reversibili; lo step successivo (preventivo-terapeutico) ha lo scopo di correggere (soprattutto con la chirurgia endonasale endoscopica) le anomalie anatomiche a livello del

meato medio, risolvere le forme flogistico-infettive e infine rimuovere le neoformazioni benigne (polipi), per ripristinare il fisiologico meccanismo di ventilazione-drenaggio del seno mascellare. Infine, il terzo step (diagnostico-terapeutico) viene messo in atto solo in caso di complicanza infettiva sinusale successiva al rialzo, e mira ad evitare, quando possibile, la perdita dell'impianto o comunque possibili ulteriori (e potenzialmente serie) complicanze.

Anatomia

La patogenesi della sinusite mascellare è rappresentata dal deficit di drenaggio secondario ad un'ostruzione ostiale, dall'alterata funzionalità ciliare dell'epitelio o infine dall'alterazione delle secrezioni sinusali. La compromissione dell'omeostasi del seno mascellare può dipendere da fattori ambientali (inquinamento, alterata umidità dell'aria inspirata), da malattie sistemiche che interferiscono con il movimento delle ciglia vibratili dell'epitelio di rivestimento (fibrosi cistica, sdr. di Kartagener, sdr. di Mounier-Kuhn, o da varianti anatomiche che ostacolano il fisiologico meccanismo sinusale di ventilazione-drenaggio con riduzione dell'attività ciliare, stasi mucosa, edema della mucosa del COM e condizioni ideali per lo sviluppo batterico. (FIG 3)

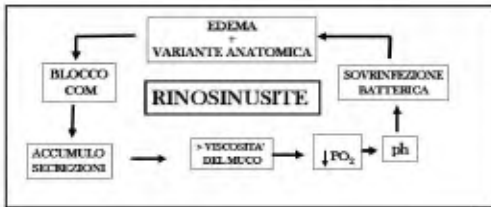


Fig.3 : Patogenesi della rinosinusite

Effetti del sinus lift sull'omeostasi del seno mascellare

In un recente studio una sinusite mascellare subacuta è stata riscontrata nel 4,5% dei pazienti sottoposti a sinus lift. Il sollevamento del seno può infatti ostruire il fisiologico drenaggio mascellare attraverso il meato medio in vari modi. Il sollevamento traumatico della membrana di Schneider può in maniera imprevedibile e transitoria inibire il trasporto mucociliare predisponendo il seno ad un'alterata composizione del muco con infezione, o an-

che, come avviene nel 56% dei casi, attraverso la lacerazione della membrana stessa durante il suo sollevamento per alloggiare l'innesto. Ancora, la pervietà del COM può venire compromessa da :

Transitorio rigonfiamento flogistico peri-ostiale

Eccessivo sollevamento del pavimento sinusale, specialmente nel caso della concomitante presenza di una cisti mascellare sulla sua superficie, riscontrabile nel 1.6-22% dei casi.

Passaggio di frammenti di innesto all'interno del seno attraverso la lacerazione mucosa che, se maggiori di 5 mm, possono ostruire l'ostio naturale.

E' comunque ben nota la capacità di riparazione della mucosa lacerata durante la procedura, soprattutto se il drenaggio sinusale è normale. In questo studio viene dimostrato che il leggero stato infiammatorio che segue il sinus lift è il risultato della fisiologica risposta immunitaria mucosale, così come è noto il rapido ritorno del seno mascellare allo stato sterile nel periodo post-operatorio. Tale intrinseca capacità del seno di ritornare allo *status quo antea* dopo l'insulto chirurgico è conosciuta come compliance sinusale, inversamente proporzionale al rischio di complicanze e quindi fondamentale per giudicare fattibile o meno il sinus lift per ciascun caso.

STEP 1 : Valutazione ORL Diagnostica-Preventiva

Date le precedenti considerazioni, la compliance sinusale di ciascun individuo (o la presenza di fattori di rischio di sinusite post-lift) deve essere valutata in fase pre-operatoria. Ciò comporta la raccolta di un'attenta anamnesi mirata all'identificazione di: precedenti chirurgici, ostruzione respiratoria nasale, sinusiti croniche o ricorrenti, oppure di forme sistemiche che possono interferire con l'integrazione dell'impianto, come il diabete, condizioni di immunodeficit o abitudini voluttuarie (fumo, alcol, cocaina), o ancora patologie odontoiatriche (granulomi periapicali, parodontopatie) o precedente radioterapia sulla sede.

Inoltre, tutti i pazienti con evidenza anamnesticamente o radiologica di disventilazione del seno mascellare dovrebbero essere sottoposti a valutazione otorinolaringoiatrica con endoscopia nasale e, se indicato, TC del massiccio facciale per seni paranasali (senza mdc), che includa nelle scansioni il COM, per evi-

denziare tutte le eventuali controindicazioni al sinus lift. Questo approccio potrà ridurre il rischio di complicanze tranquillizzando a un tempo il candidato e proteggendo da un punto di vista medico legale il chirurgo orale.

Valutazione radiologica

E' stato dimostrato che per lo studio delle patologie mucosali del seno mascellare l'imaging tradizionale è affidabile solo nel 73% dei casi. L'utilizzo della TC ad alta risoluzione nei tre piani (assiale, coronale, sagittale) di acquisizione, nella valutazione pre-operatoria del distretto maxillo-facciale (con studio del COM) (FIG.4) e la più recente metodica

Lo studio del COM in TC gioca un ruolo di primo piano anche dal punto di vista dell'ORL, perché viene indicata in maniera precisa la posizione e il grado di pervietà dell'ostio sinusale, evidenziando al contempo eventuali alterazioni anatomiche del meato medio (FIG.5) o concomitanti patologie sinusali che devono essere corrette prima di effettuare il rialzo,

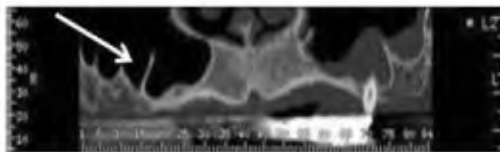


Fig. 5: sul pavimento del seno mascellare destro sono visibili i setti di Underwood



Fig. 4: Visualizzazione del COM (cerchio) in TC nelle tre scansioni assiale, coronale e sagittale

multislice con scansioni inferiori al millimetro è diventata, nella gestione della chirurgia implantologica, e soprattutto nel sospetto di una patologia sinusale, praticamente irrinunciabile. La TC è estremamente utile per la valutazione dell'altezza dell'osso mascellare e consente di pianificare al meglio l'accesso chirurgico, il *timing* dell'impianto (simultaneo piuttosto che posticipato) e anche il tipo di materiale più adatto all'innesto. Dal momento che molti implantologi richiedono di routine la TC (DENTASCAN, CONE BEAM) per pianificare la procedura, è estremamente importante che il radiologo in questi casi studi anche il COM. La TC consente di evidenziare un seno mascellare stretto, un'alterata anatomia sinusale o ancora la presenza dei setti di Underwood, (FIG . 5) riscontrabili nel 20-58% dei casi. In questo caso lo studio della morfologia sinusale in TC fornisce informazioni preziose al chirurgo, dal momento che la presenza dei setti sul pavimento del seno può ostacolare il sollevamento della membrana sinusale.

dal momento che il rischio di complicanze post-operatorie è elevato nei soggetti con alterata *clearance* sinusale. Tra le altre metodiche di imaging, utili all'accertamento di patologie sinusali non infiammatorie (micotiche, tumorali) si segnala la RMN, anche se non adatta allo studio della componente ossea.

Endoscopia

L'endoscopia nasale costituisce la metodica universalmente accettata per visualizzare direttamente il meato medio e il COM, evidenziando la presenza di eventuali ostacoli al fisiologico meccanismo di ventilazione-drenaggio del seno mascellare. Scopo principale dell'esame endoscopico è valutare le condizioni dell'area infundibulo-meatale (FIG. 6), a volte coinvolta dalla competizione spaziale tra le sue componenti principali (processo uncinato, bulla etmoidale, *agger nasi*), e altre strutture anatomiche (creste



Fig. 6: visione endoscopica della zona infundibulo-meatale (cerchio) (fossa nasale sinistra)

settali, *concha bullosa*, curvatura paradossa, poliposi). E' stata dimostrata una correlazione tra lo sviluppo post-operatorio di sinusite e la preesistenza di patologie mascellari, così come tra sinusite e dimensioni del seno.

Basandosi sul dato che la posizione craniale dell'ostio mascellare renda il suo blocco meccanico poco probabile, diversi Autori raccomandano di far precedere l'esame endoscopico delle cavità nasali al rialzo del seno solo nei casi di pregressa sinusite o documentata anamnesi di alterata clearance sinusale, arrivando a non considerare come stretta controindicazione al rialzo del seno uno stato di lieve infiammazione della mucosa rino-sinusale.

Controindicazioni al rialzo del seno

Ogni eventuale controindicazione al rialzo del seno mascellare dovrebbe venire rilevata e, se possibile, corretta in fase pre-operatoria. Le controindicazioni possono essere divise tra **presumibilmente irreversibili e potenzialmente reversibili**. Tra le prime:

1) Alterazioni anatomico-strutturali delle pareti nasali e/o della mucosa nasale permanenti e non correggibili, capaci di alterare l'omeostasi naso sinusale (cicatrici post-chirurgiche o opost-traumatiche, esiti post-attinici).

2) Processi infiammatori/infezzivi, inclusa la rinosinusite ricorrente o cronica (con o senza polipi) intrattabile in quanto secondaria ad alterazione congenita della clearance mucociliare (fibrosi cistica, Sdr. di Kartagener, Sdr. di Young), A.S.A.-FANS-intolleranza, deficit immunitari (AIDS, immunosoppressione da farmaci);

3) Granulomatosi aspecifiche sistemiche a localizzazione naso sinusale (Wegener, sarcoidosi)

4) Neoformazioni naso sinusali benigne (papiloma invertito, mixoma, fibromatosi etmoido-mascellare) e maligne che coinvolgono il seno mascellare e/o le strutture adiacenti (metastasi o neoplasie primitive ad origine epiteliale, ossea, dentaria o linfatica).

Comunque, sono diverse le controindicazioni a carattere **potenzialmente reversibili** dopo adeguato trattamento medico o chirurgico:

1) Limitate alterazioni anatomico-strutturali delle

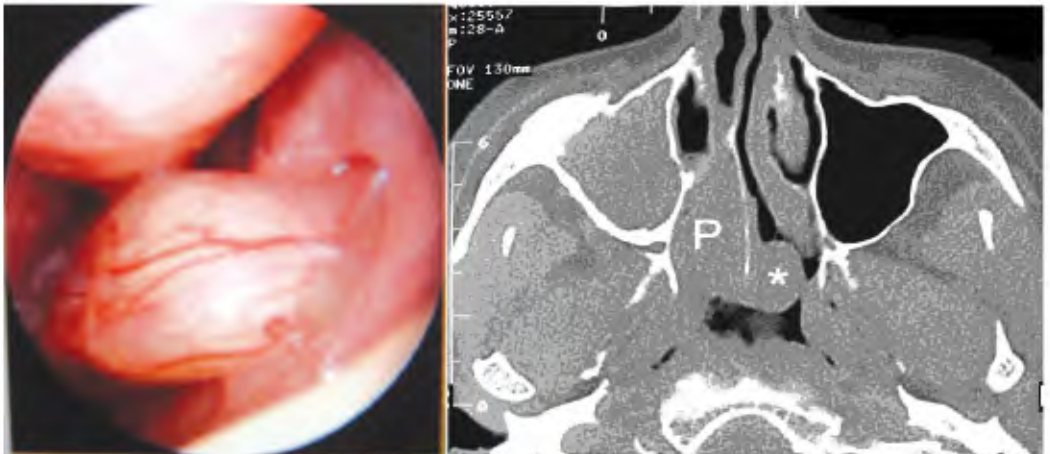


Fig.7: polipo antrocoanale: visione endoscopica e corrispettiva TC (P= polipo; asterisco= polipo che occupa la fossa nasale controlaterale)

vie di drenaggio del seno mascellare (deviazioni del setto, curvatura paradossa del turbinato medio, concha bullosa, ipertrofia dell'aggrer nasi, presenza di cellule di Haller, cicatrici post-chirurgiche, sinechie a livello del COM);

2) Processi flogistico-infettivi (rinosinuiti acute virali, batteriche o micotiche, forme croniche o ricorrenti favorite proprio dalle alterazioni anatomiche di cui al punto 1) e per questo indicate come "pre-disponenti", forme allergiche, forme con poliposi nasosinusale.

3) Corpi estranei antro-etmoidali

4) Fistole oro-antrali

5) Neoformazioni benigne nasosinusali che ostacolano le vie di drenaggio mascellare prima della procedura o che potrebbero farlo dopo la stessa, la cui rimozione possa ripristinare la corretta omeostasi del seno senza alterare la clearance mucociliare (cisti mucose, granulomi colesterinici, polipi antro-coanali) (Fig.7 nella pagina precedente). La maggior parte di tali controindicazioni al sinus lift costituiscono un'indicazione elettiva alla chirurgia endoscopica funzionale dei seni paranasali (FESS) (Fig. 8).

STEP 2: Prevenzione e terapia: il ruolo della chirurgia endoscopica

Le controindicazioni al rialzo del seno potenzialmente reversibili necessitano di trattamento medico conservativo o di chirurgia endoscopica endonasale dei seni paranasali (FESS), al momento *gold standard* per molte patologie chirurgiche nasosinusali. Lo scopo è quello di ristabilire la fisiologica funzione di ventilazione e clearance del seno mascellare, rendendo così possibile il rialzo del seno stesso a scopo implantologico. Alcuni Autori hanno anche proposto il sollevamento del pavimento del seno



Fig.8 FESS: a) La pinza a morso retrogrado impegna la porzione inferiore del processo uncinato di sinistra (TM:turbinato medio, BE : bulla etmoidale) b) :l'aspiratore curvo penetra nell'ostio del seno mascellare allargandolo. c): visione del seno mascellare dopo calibraggio dell'ostio

sotto controllo endoscopico in modo da controllare il corretto posizionamento del *graft*, verificando al tempo stesso l'integrità della membrana di Schneider osservandone direttamente la deformazione elastica sino al raggiungimento della massima altezza. Questa non può comunque essere considerata una procedura standard, data la sua difficoltà tecnica e la necessaria dotazione di strumentario dedicato.

Rinosinuiti e neoformazioni benigne nasosinusali

Il trattamento medico della rinosinuiti acuta (RSA) è di competenza ORL. Esso consiste di FANS per os, decongestionanti nasali topici (per non più di 3-4 giorni), allo scopo di ripristinare la pervietà dell'ostio sinusale attraverso cui il seno "scarica" le sue secrezioni stagnanti determinando un alleggerimento dei sintomi. Se si sospetta una genesi virale l'antibioticoterapia non è indicata, mentre nelle forme batteriche lievi è indicata un'osservazione sino al 7° giorno se la condizione non si è modificata o in qualsiasi momento se peggiora, con la prescrizione di antibiotico ad ampio spettro (amoxicillina, cefalosporina) per almeno 10 giorni.

Oltre ad eliminare l'infezione, il trattamento delle rinosinuiti croniche (RSC) prevede l'identificazione e la correzione degli eventuali fattori predisponenti prima elencati (alterazioni anatomiche del COM, poliposi, etc.), che, come accennato, rappresentano un'indicazione elettiva per l'approccio endoscopico. Così come varie forme di poliposi, (senza addentrarci nel dettaglio) che vengono in prima battuta affrontate chirurgicamente con la FESS, comprese le forme di polipi antro-coanali (PAC). Le deviazioni del setto nasale rappresentano la più frequente (56,4%) indicazione chirurgica, in alcuni casi anche con tecnica

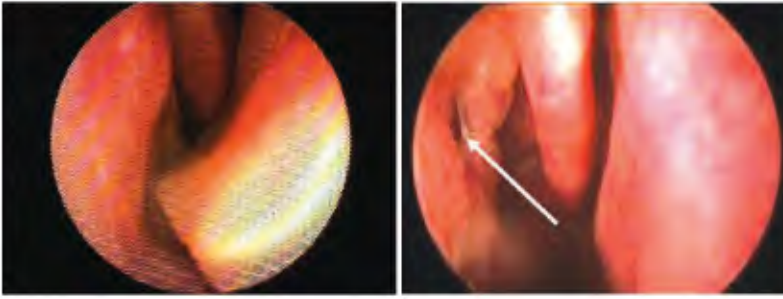


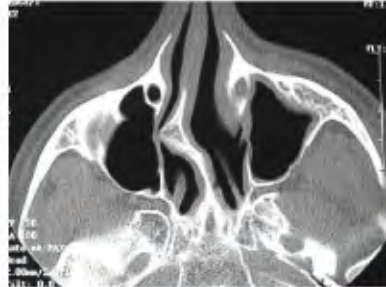
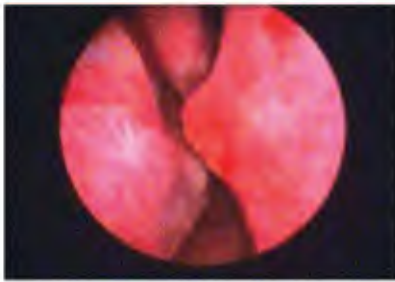
Fig.9 : Correzione del setto nasale per via endoscopica, fossa destra. a) pre-op. b) dopo 6 settimane. Si noti l'ostio del seno mascellare destro (freccia).

endoscopica (FIG.9), soprattutto nelle deviazioni superiori o posteriori, spesso in associazione con la FESS. Anche la concha bullosa, o l'ipertrofia dell'aggr nasi, la curvatura paradossa del t. medio, la cellula

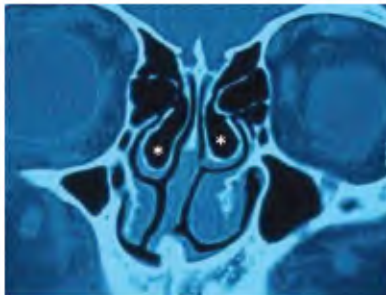
estrazione degli elementi dentari superiori rappresentano una chiara controindicazione al rialzo del seno, programmabile solo dopo completa e stabile chiusura della fistola.

di Haller, (FIG10) tutte condizioni che necessitano di correzione chirurgica endoscopica **prima** di procedere al sinus lift, se associate al dato anamnestico, strumentale o clinico di patologia sinusale. Ovviamente, le fistole oro-antrali, riscontrabili nel 5-25% dopo

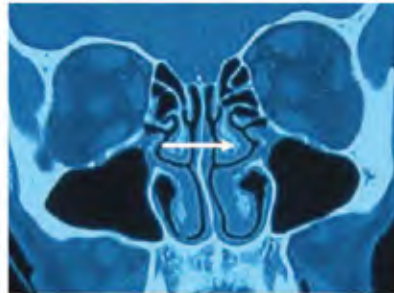
Fig.10: varianti anatomiche predisponenti e corrispondente quadro TC



A: Deviazione del setto



b: Concha bullosa (asterisco)



c: Curvatura paradossa del t.medio (freccia)



Fig.10: varianti anatomiche predisponenti e corrispondente quadro TC d. Cellula di Haller

STEP 3: Diagnosi e terapia: Gestione delle complicanze post-operatorie.

Le complicanze postoperatorie del rialzo del seno possono essere divise in immediate e tardive: tra le prime si segnalano la rottura della membrana di Schneider, la dislocazione peroperatoria dell'impianto all'interno del seno, la deiscenza della ferita chirurgica con successivo sviluppo di fistola oro-antrale, ematoma e sinusite mascellare acuta (FIG.11); tra le complicanze tardive si annoverano: la sinusite mascellare cronica e il sequestro osseo talvolta seguito da perdita dell'innesto e dell'impianto.

La rottura della membrana di Schneider può avvenire per eccessivo riempimento della tasca creata, o per inadeguato scollamento della membrana stessa. La sinusite mascellare rappresenta comunque la complicanza più frequente, causata:

- 1) da scarsa asepsi durante la procedura
- 2) da disventilazione del seno dovuta ad ostruzione dell'ostio da parte dell'edema della mucosa
- 3) da infezione trasmessa da frammenti dell'innesto
- 4) da patologie delle vie di drenaggio del seno non preventivamente rilevate.

Piccole perforazioni della membrana non sembrano essere decisive per lo sviluppo di sinusite in soggetti sani, mentre nel caso di perforazioni più grandi la protrusione dell'impianto coperto da detriti ossei all'interno del seno può dar luogo a una reazione infiammatoria che rallenta la clearance mucociliare, edema della mucosa, ostruzione ostiale, sovrinfezione e rinosinusite. Le linee guida generali per la prevenzione delle rinosinusiti croniche post-impianto prevedono la profilassi antibiotica peri-operatoria e la somministrazione di steroidi topici per mantenere pervi gli osti sinusali nel post-operatorio. Il ruolo dello specialista ORL, in caso di rinosinusite post-rialzo, è quello di

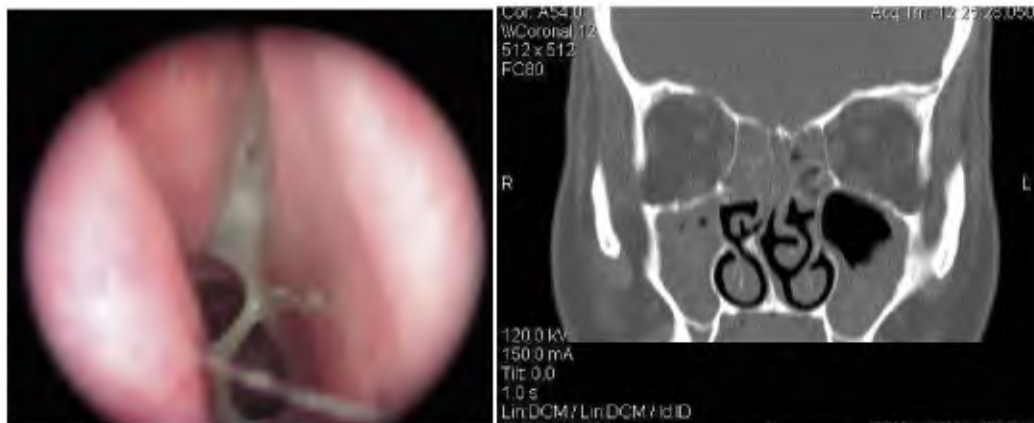


Fig. 11: a) sinusite mascellare acuta: rilievo endoscopico con abbondante secrezione muco purulenta che emerge dal meato medio sn. B) Corrispondente quadro TC

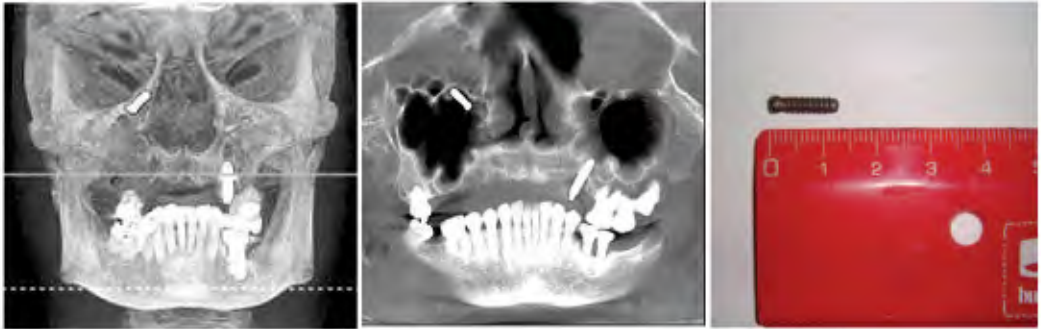


Fig.12: impianto migrato nel seno mascellare destro: la paziente lamentava da tempo forti algie irradiate all'orbita, sintomatologia scomparsa dopo rimozione endoscopica dell'impianto

garantire una diagnosi e un trattamento precoci. L'immediato trattamento medico o (nei casi più seri), chirurgico, atto a ristabilire la ventilazione e il drenaggio sinusale, eviterebbe non solo la perdita degli innesti o degli impianti, ma anche lo sviluppo di complicanze maggiori, come la tromboflebite del seno cavernoso, specialmente nei casi di forme purulente acute. Per una corretta diagnosi, associato all'esame endoscopico, lo specialista può procedere al prelievo delle secrezioni endonasali a scopo culturale citologico e/o microbiologico.

Se dopo un periodo di 3 settimane di terapia medica non è evidente un completo recupero (o in presenza di sequestro o esposizione e degli innesti endosinusal), un'antrostomia endoscopica, sempre preceduta dalla TC, dovrebbe esser presa in considerazione, per rimuovere il materiale infetto.

Il posizionamento inadeguato o l'accidentale spostamento degli impianti all'interno del seno sono stati riportati tra le complicanze tardive del rialzo del seno.

Se tali evenienze vengono confermate dall'endoscopia e dall'imaging gli impianti "migrati" devono essere rimossi chirurgicamente per prevenire lo sviluppo di rinosinusite secondaria ad alterazione della clearance mucociliare o alla reazione tissutale. In caso di patologie nasali o sinusali, la FESS dovrebbe essere considerata l'opzione di scelta ma, in assenza di infezione sinusale e se il COM appare nella norma, gli impianti possono venire recuperati attraverso:

1) il classico approccio sec. Caldwell-Luc, che prevede la creazione di una finestra a livello della parete antero-laterale del seno mascellare.

2) rimozione endoscopica attraverso l'inserzione di un trocar attraverso la fossa canina, anche in

anestesia locale. Le precedenti considerazioni indicano che la collaborazione di uno specialista ORL può essere utile anche nella gestione delle complicanze post-rialzo, come nel caso del recupero endoscopico dell'impianto migrato (FIG.12) e contemporaneo ripristino della pervietà ostiale, con morbilità ridotta rispetto alle tecniche tradizionali.

Conclusioni

Qualora ci sia il sospetto di concomitanti patologie disventilatorie naso sinusali, lo specialista ORL ricopre un ruolo di primo piano nella gestione del candidato al rialzo del seno mascellare a scopo implantologico.

Il suo coinvolgimento in tutte le tre fasi (preventivo-diagnostiche, preventivo-terapeutiche e diagnostico-terapeutiche) della procedura consente a) di identificarne le eventuali controindicazioni presumibilmente irreversibili o potenzialmente reversibili, b) risolvere (quando possibile) le situazioni patologiche o le alterazioni anatomiche potenzialmente responsabili del fallimento del sinus lift e c) rilevare precocemente e trattare le complicanze che possono ostacolare il successo della procedura.

La possibilità di poter contare su un team chirurgico multidisciplinare che preveda la presenza di uno specialista ORL con esperienza endoscopica, aumenta non solo la probabilità di un successo chirurgico, ma anche una maggiore garanzia sotto l'aspetto medico-legale per il chirurgo orale o maxillo-facciale che pianifica un sinus lift.

Corrado Bozzo è specialista in ORL e Patologia Cervico-facciale. Dirige l'U.O.C. di ORL dell'Ospedale Civile "Paolo Dettori" di Tempio Pausania

Guariti dal cancro: pensieri, emozioni e qualità di vita ad anni di distanza dalla diagnosi e dalle terapie

Di recente si è svolto il Convegno che annualmente l'Associazione di Oncoematologia Mariangela Pinna onlus organizza con il duplice obiettivo di informare la popolazione cittadina sugli aspetti medico-scientifici delle patologie oncologiche e di sensibilizzare sulle problematiche sociali a esse collegate, che perdurano talvolta anche a distanza di anni dal momento della diagnosi e delle cure. Per questo motivo i relatori ospiti hanno illustrato, tramite i loro interventi, i diversi aspetti che caratterizzano i lungosopravvissuti al cancro: aspetti non solo prettamente medici, ma anche psicologici, familiari, lavorativi, sociali e spirituali. Illustrando le numerose attività svolte sul territorio dalle figure professionali presenti nell'Associazione è emerso chiaramente come esse siano coerenti con le più recenti teorie di presa in carico globale del paziente oncologico.



Da sinistra verso destra: Antonio Contu, Sara Marredda, Daniela Orrù, Giovanna Molotzu

"Guariti dal cancro" è il titolo del Convegno organizzato dall'Associazione di Oncoematologia Mariangela Pinna o.n.l.u.s., rivolto alla popolazione cittadina. Si è svolto venerdì 17 ottobre u. s. al Teatro Verdi di Sassari, con il patrocinio della Regione Autonoma della Sardegna, della Provincia di Sassari, del Comune di Sassari, della Asl di Sassari e dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Sassari.

La scelta del titolo, quasi un ossimoro arido per indicare il numero sempre maggiore di persone lungosopravvissuti, evidenzia l'obiettivo di spezzare il binomio cancro-morte, spesso presente nell'immaginario collettivo e perciò fonte di ulteriore sofferenza per coloro che ricevono una diagnosi di tumore.

"Dal cancro si può guarire e si guarisce": l'Associazione di Oncoematologia Mariangela Pinna o.n.l.u.s. è riuscita a veicolare questo prezioso messaggio coniugando, come per i Convegni organizzati negli anni precedenti, l'aspetto scientifico-specialistico con la giocosità e il divertimento tipici degli spettacoli teatrali. Sul palco, infatti, alle esposizioni

dei diversi relatori, si sono alternate le esibizioni del Coro del Laboratorio Musicale dell'Oncologia, accompagnate dalla band Fortyfive, e le gags delle tre presentatrici, la segretaria dell'Associazione Rosella Lombardi, e le oncologhe Maria Grazia Alicicco e Tiziana Scotto.

Il Convegno si è aperto con l'introduzione del Dott. Antonio Contu, Oncologo e Presidente dell'Associazione organizzatrice, che ha illustrato i motivi sottostanti alla scelta del titolo "Guariti dal cancro" e, nell'evidenziare il contrasto coi titoli dei convegni precedenti, ha ripercorso la storia dell'Associazione, ricordando con affetto la sua giovane collega Mariangela Pinna.

A completare l'introduzione è intervenuto il Dott. Fabrizio Demaria, Psicologo e Direttore della Psicologia Ospedaliera e delle Emergenze della Asl n° 1 di Sassari, che ha descritto il ruolo dello Psicologo all'interno dell'ospedale e, più nello specifico, all'interno di un Pronto Soccorso. Ha sottolineato l'importanza

di una figura che aiuti il paziente, e i suoi familiari, a contenere le emozioni spiacevoli e i pensieri disturbanti che possono derivare dal vedersi privati, in modo repentino, e talvolta traumatico, del proprio ruolo sociale, come avviene all'atto del ricovero in ospedale.

In seguito il Dott. Sandro Barni, Oncologo e Di-

all'interno del Laboratorio, evidenziandone gli obiettivi, le finalità e i risultati raggiunti dalle pazienti durante il percorso.

La Dott.ssa Sara Marredda, Psicologa e Psicoterapeuta, che da anni si occupa del servizio di Psico-Oncologia presente da anni nell'Oncologia dell'Ospedale Civile, grazie al contributo dell'Associazione, ha

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------|------------|------------|----------|------------|--------------|------------|----------------|------------|-------|------------|
| Genere | Donne | 70% | Uomini | 30% | | | | | | |
| Fasce d'età | 30-40 aa | 12% | 41-50 aa | 15% | 51-60 aa | 34% | 61-75 aa | 39% | | |
| Tipo di diagnosi | K mammella | 48% | Linfomi | 21% | Kurogenitali | 14% | Kgastrointest. | 7% | Altri | 10% |
| Distanza diagnosi | 5-10 aa | 38% | 11-16 aa | 38% | 16-20 aa | 17% | > 20 aa | 7% | | |

Tabella 1

rettore del Dipartimento Oncologico di Treviglio, ha esposto la relazione dal titolo "I guariti: la nuova malattia?", evidenziando come un numero sempre maggiore di lungo sopravvissuti porti con sé la necessità di affrontare e risolvere nuove problematiche, slegate dall'urgenza della cura. Esse sono in parte connesse alle condizioni di salute fisica e psicologica (ripresa di una vita sessuale soddisfacente, problemi di fertilità, svolgimento delle precedenti mansioni lavorative), in parte alla legislazione socio-sanitaria italiana, ancora ingiustamente impreparata a tutelare

poi illustrato il suo intervento dal titolo "Esperienza dello Psico-Oncologo: vissuto psicologico, dati e testimonianze".

Al fine di accompagnare nella comprensione del vissuto psicologico dei lungosopravvissuti, ad anni di distanza dall'incontro con il tumore, ha ritenuto opportuno percorrere brevemente gli stati d'animo esperiti dai pazienti al momento della diagnosi e nelle fasi successive per poi soffermarsi sulle peculiari caratteristiche psicologiche dei pazienti ad anni di distanza dalla diagnosi e dalle cure: a una guarigione



Fig: 1 Auto percezione della propria salute fisica

i cittadini che hanno vinto la propria battaglia con il cancro.

Dopo l'esibizione dei pazienti che partecipano al gruppo terapeutico del laboratorio musicale, il Dott. Antonio Pazzola, Oncologo e Primario dell'U.O.C di Oncologia medica ha descritto la sua esperienza

fisica non corrisponde, spesso, una guarigione psicologica, in termini di stati ansiosi e depressivi. Solo in alcune occasioni l'esperienza tumore può rappresentare un fattore di crescita nella vita della persona, grazie anche al ruolo rivestito da un nucleo familiare coeso e che consente la condivisione di pensieri ed emozioni legate alla malattia.

Ha poi illustrato una ricerca condotta su un campione di 80 lungosopravvissuti curati, negli anni passati, dall'Oncologia Medica di Sassari, a cui è stato proposto un questionario costruito ad hoc, formato da 15 domande. L'obiettivo della

ricerca è stato quello di conoscere la percezione della propria salute fisica e psicologica nei lungosopravvissuti e la ripercussione di tali percezioni sulle diverse aree della propria vita: familiare, di coppia, sociale, lavorativa, spirituale e cura di sé. Lo studio ha inoltre indagato quali fattori avessero avuto un

Rispetto al periodo in cui ha affrontato la diagnosi e le cure, ritiene che la sua salute psicologica ora sia:

| | |
|---|-----|
| Decisamente migliore rispetto ad allora | 59% |
| Un po' migliore rispetto ad allora | 13% |
| Più o meno uguale rispetto ad allora | 19% |
| Un po' peggiore rispetto ad allora | 6% |
| Decisamente peggiore rispetto ad allora | 3% |

Fig. 2 Auto percezione della propria salute psicologica

ruolo nel miglioramento della qualità della vita della persona e la presenza o meno dei cambiamenti di priorità, attribuiti alle diverse aree sopracitate a seguito della malattia oncologica. Tramite la ricerca si è poi voluto conoscere quanto i lungosopravvissuti ritenessero importante un servizio di supporto psicologico e in quali fasi del proprio percorso di cura.

Tab.1 Descrizione del campione

Dall'indagine emerge che attualmente il 78% e il 72% (Fig. 1 e Fig. 2) delle persone reputano rispettivamente la propria salute fisica e psicologica migliore rispetto al periodo in cui si sono affrontate la diagnosi e le cure. La salute fisica, secondo gli intervistati, ha avuto una ri-

presa leggermente più soddisfacente rispetto alla propria salute psicologica. Solo una piccola percentuale (rispettivamente 6% e 9%) ritiene che le proprie condizioni fisiche e psicologiche siano peggiorate: si tratta prevalentemente di donne, con una diagnosi relativamente recente, con una storia di più tumori e/o interventi chirurgici e che soffrono nel presente di una patologia cronica non neoplastica, in parte conseguente alle terapie antitumorali. Coloro che dichiarano di sperimentare ancora dei limiti rispetto alla loro salute fisica de-

Attualmente con quale frequenza pensa al tumore che le è stato diagnosticato anni fa?

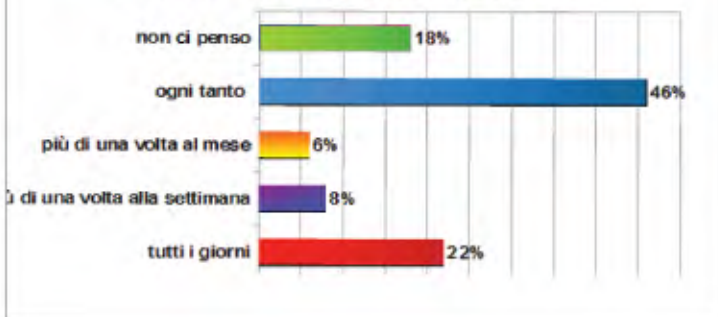


Fig. 3: frequenza con cui gli intervistati pensano al tumore

nunciano una maggiore interferenza soprattutto in ambito lavorativo, seguito dalla vita di coppia e familiare.

Altro obiettivo della ricerca è stato verificare quanto l'evento tumore, a distanza di anni, fosse ancora presente nella vita dei lungosopravvissuti, in termini di pensieri ed emozioni inquietanti.

L'82% del campione pensa ancora al tumore, con cadenze diverse (Fig. 3). Il 22% degli intervistati asserisce di pensarci tutti i giorni.

Per alcuni ciò può essere indice di un malessere psicologico impattante ancora la qualità di vita; altri

Al pensiero di aver avuto un tumore anni fa, attualmente:

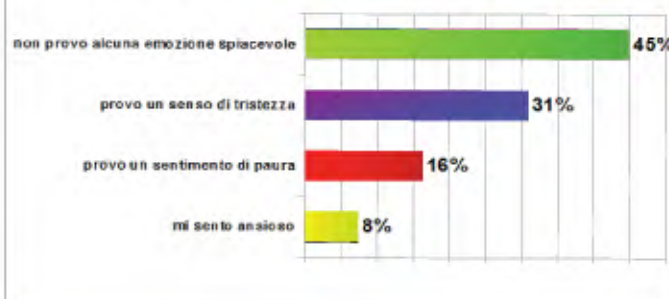


Fig. 4: emozioni sperimentate pensando al tumore

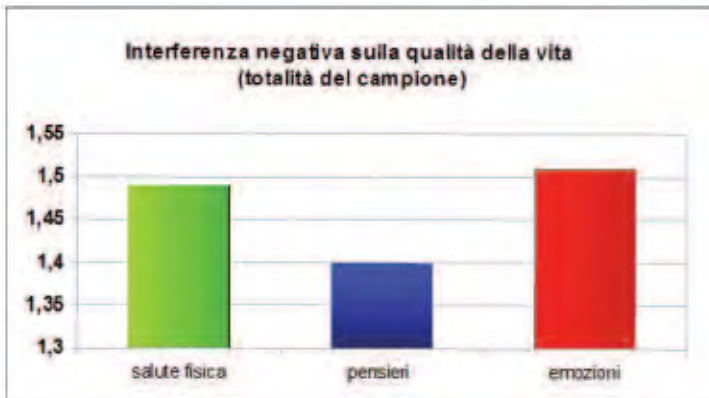


Fig. 5: interferenze degli aspetti presi in esame sulle diverse aree

invece hanno dichiarato di pensare al tumore durante le preghiere come ringraziamento per essere

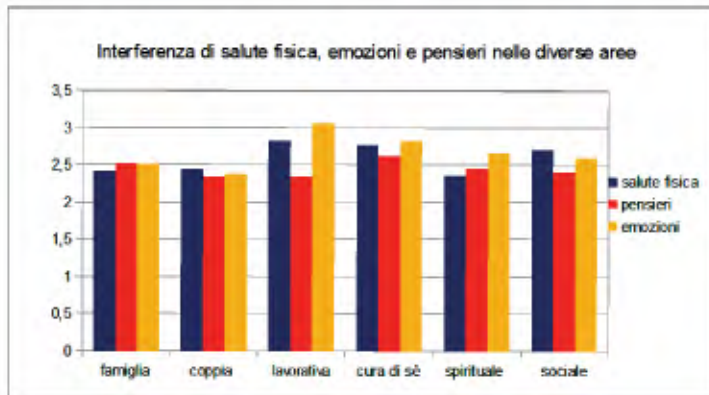


Fig. 6: impatto sulla qualità della vita

guariti; altri in seguito a input provenienti da racconti di conoscenti o da notizie date dai mass-media; altri ancora a seguito del confronto quotidiano con un corpo segnato e ferito dalle cure e dai trattamenti. Tra coloro (il 18%) che affermano di non pensare più al tumore aumenta, rispetto alla totalità del campione, la percentuale di persone di sesso maschile e, di conseguenza, di tipi di diagnosi legate al genere maschile (es: tumore al testicolo).

Il 45% degli intervistati riferisce che, pensando al tumore, non sperimenta alcuna emozione spiacevole (Fig.4). Si tratta di una percentuale ben più alta di coloro che non pensano più al tumore: significa che, pur pensando alla malattia, le emozioni legate al ricordo non sono solamente sgradevoli. In ogni caso il 31% dei lungosopravvivenenti sperimenta

tristezza, il 16% paura e l'8% si sente ansioso "come se stesse per accadere qualcosa di terribile".

Le condizioni di salute fisica hanno un impatto soprattutto nell'area lavorativa, nella vita di coppia e nell'area della famiglia. I pensieri disturbanti hanno un'interferenza maggiore nella cura di sé e nella vita familiare e spirituale, mentre le emozioni spiacevoli esercitano la loro azione disturbante soprattutto nell'area lavorativa e nella vita

di coppia e familiare. Dall'esame complessivo dei dati, e tenendo conto delle diverse aree, emerge chiaramente che sono le emozioni, rispetto ai pensieri e alle condizioni di salute fisica, ad avere un impatto maggiore sulla qualità della vita dei lungosopravvivenenti intervistati, come illustra chiaramente il grafico sottostante. Quindi gli intervistati, pur affermando di non sperimentare (il 45%) alcuna emozione spiacevole, sembrano ricredersi quando valutano l'impatto negativo di sentimenti di tristezza, di ansia e di paura nella propria vita. (Fig.6) Solo un ristretto numero

di persone intervistate ha usufruito di un supporto psicologico per affrontare la malattia. Attraverso la ricerca si è voluto indagare se e quando tale supporto sarebbe stato ritenuto importante dal campione dei lungosopravvivenenti: quasi l'80% di coloro che non ne hanno usufruito lo avrebbe ritenuto importante.

Di questi: 35 (92%) al momento della diagnosi, 19 (50%) durante i trattamenti, 15 (39%) dopo i trattamenti e intervistati 10 (26%) lo reputano tuttora importante, a distanza di anni dalla diagnosi e dalle cure (Fig 7).

Questo dato conferma ciò che è emerso tramite le altre domande del questionario: l'importanza di un contenimento delle emozioni spiacevoli che, seppure solo in parte riconosciute dai lungosopravvivenenti esercitano un ruolo disturbante nelle diverse

Quando avrebbe reputato utile un supporto psicologico?

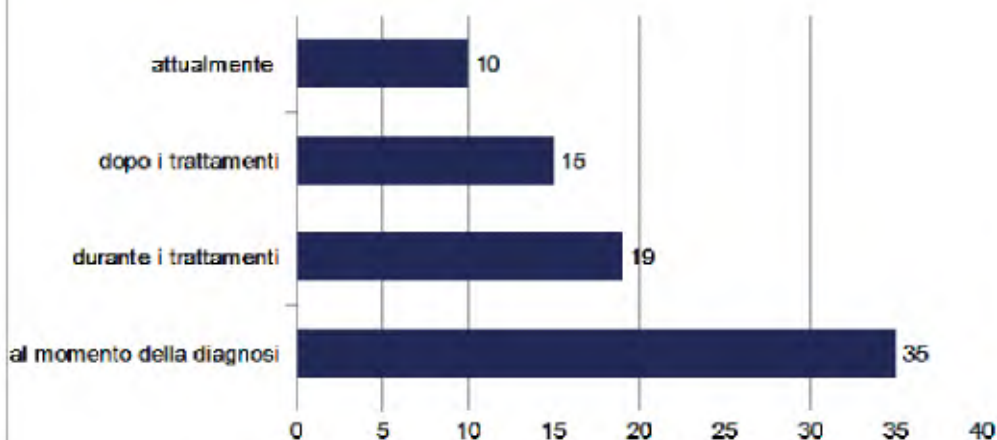


Fig. 7: fasi di malattia in cui si reputa importante il supporto psicologico

aree della propria vita. L'intervento della Dott.ssa Marredda si è concluso con la proiezione di un video riguardante le testimonianze, raccolte tramite un'intervista semistrutturata, di alcuni pazienti lungosopravvissuti e un loro familiare.

Tali testimonianze vertevano sugli stessi argomenti affrontati dalle domande del questionario e hanno permesso al pubblico presente in sala di dare un volto e una voce a coloro che hanno affrontato il tumore e di immaginare il percorso dalla diagnosi alla guarigione, grazie anche alla scelta e montaggio delle immagini e delle musiche.

L'infermiera professionale Angela Atzori, che lavora presso l'Ambulatorio del Day Hospital di Oncologia del Santissima Annunziata di Sassari, in seguito ha descritto la propria esperienza di lavoro coi lungosopravvissuti.

Ha illustrato come, dopo tanti anni di frequentazione del reparto in occasione di visite periodiche, si instauri con la maggior parte dei pazienti un clima quasi familiare.

La Dott.ssa Margherita Piras, Oncologa presso il medesimo Ambulatorio di Day Hospital, ha illustrato il diverso modo di rapportarsi del medico ai pazienti lungosopravvissuti, rispetto a coloro che si recano in reparto al momento della diagnosi e dei tratta-

menti, svincolato dall'urgenza di trovare una terapia, più rilassato.

Proprio per questi motivi ha sottolineato la necessità di servizi e spazi appositi per le necessità di presa in carico dei pazienti guariti dal cancro.

Don Gaetano Galia, Direttore della Caritas Diocesana di Sassari, nel corso della sua relazione dal titolo "Cambia il rapporto con Dio?" ha illustrato come, in occasione della diagnosi di tumore, gli individui possano mettere in dubbio l'esistenza e la volontà di Dio. Ha sottolineato che ciò, talvolta, può dipendere da una visione strumentale della fede, tramite la quale le persone pensano erroneamente di aver diritto a una vita serena e vivono la malattia come un tradimento.

Il Convegno si è concluso con l'esibizione finale del Coro del Laboratorio Musicale dell'Oncologia.

Antonio Contu *Medico Oncologo, Presidente Dell'Associazione Mariangela Pinna onlus*

Sara Marredda *Psico-Oncologa, Psicoterapeuta Analista Transazionale*

Giovanna Molotzu *Psicologa Clinica, Specializzanda in Psicoterapia Umanistica Bioenergetica*

Daniela Orrù *Psicologa di area oncologica, Psicoterapeuta Analista Transazionale*

La chirurgia dei tumori colo-rettali

l'UCP di Patologia Chirurgica a Sassari

Il tumore colo-rettale è una delle neoplasie più incidenti a livello mondiale, con più di 1.300.000 nuovi casi e circa 700.000 decessi globali calcolati nel 2012. Rappresenta il secondo e il terzo tumore più frequente rispettivamente nel sesso femminile e in quello maschile. Più della metà dei casi che si osservano nel mondo insorgono nei paesi industrializzati, mentre più della metà dei decessi si verificano nei paesi meno evoluti. In Italia, secondo i dati presentati nel rapporto annuale AIOM – AIRTUM (I numeri del cancro in Italia), il carcinoma del colon-retto è in assoluto il tumore a maggiore insorgenza nella popolazione italiana, con quasi 52.000 diagnosi stimate per il 2014. I confronti geografici nazionali mostrano un gradiente decrescente dal Nord-Centro verso il Sud sia nei maschi (Sud -23% rispetto al Nord) che nelle femmine (Sud -20%). Tali differenze possono essere ascrivibili tanto a un impatto differente dei fattori di rischio per il carcinoma colo-rettale (es. dieta), quanto a strategie di screening più o meno organizzate nei territori delle regioni del Nord e del Sud del paese.

La situazione epidemiologica del cancro colo-rettale nel Nord Sardegna è stata oggetto di uno studio, frutto della collaborazione di esperti del Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Microchirurgiche e Mediche dell'Università di Sassari, del Servizio di Epidemiologia della ASL N° 1 e del CNR pubblicato nel 2013. Gli Autori hanno svolto un'analisi su 4.284 casi di cancro colo-rettale raccolti nel Registro Tumori della provincia di Sassari dal 1992 al 2010. L'incidenza standardizzata della neoplasia è risultata essere 43.9/100.000 per i maschi e 31.1/100.000 per le femmine, valori simili con quelli verificati in altre regioni meridionali. È stato, inoltre, osservato un trend verso un lieve aumento dell'incidenza e della mortalità nell'area, dato che secondo gli Autori dell'articolo rendeva ancora più evidente la necessità dell'attivazione di una campagna di screening organizzato nel Nord Sardegna; tale campagna è stata effettivamente attivata nel 2014.

L'introduzione dello screening organizzato e l'intensificazione delle campagne informative nel territorio produrranno i loro effetti benefici sulla mortalità per cancro colo-rettale nei prossimi anni. Questi benefici saranno potenziati da numerosi altri sviluppi che si sono registrati negli ultimi tempi in tutti i campi della ricerca e della pratica clinica nel campo delle neoplasie colo-rettali. Tra gli aspetti più rilevanti introdotti nel management moderno dei pazienti oncologici (e quindi anche quelli con cancro colo-rettale), sono i concetti della multidisciplinarietà e della superspecializzazione. Il primo descrive la necessità di un approccio multimodale al paziente con cancro del colon-retto; approccio basato sulla collaborazione di più specialisti, ognuno con conoscenze e competenze diverse messe a disposizione del singolo paziente. Le figure professionali abitualmente coinvolte sono l'oncologo, il chirurgo, l'endoscopista, l'anatomopatologo, il radiologo, il radioterapista, lo psicologo etc, a seconda delle necessità del singolo caso. Tutti loro collaborano attivamente e sinergicamente per il raggiungimento di un unico obiettivo: il miglior risultato prognostico per il malato, e, ove possibile, la guarigione. Il concetto della superspecializzazione è nato in ambito chirurgico negli anni 70 del secolo scorso, grazie ai risultati ottenuti da alcuni chirurghi che hanno settorializzato la loro pratica chirurgica in ambiti ben definiti sub- o superspecialistici che dir si voglia. Questa tendenza alla superspecializzazione, nonostante non condivisa da tutti i professionisti del settore, è andata avanti negli ultimi decenni anche nell'ambito della chirurgia generale, grazie a risultati confortanti ottenuti da chirurghi specializzati in pressoché tutte le branche chirurgiche sub-specialistiche. È così che abbiamo oggi nel territorio delle unità chirurgiche che si occupano di problematiche cliniche ben definite, come le unità di endocrino-chirurgia per le patologie endocrine di interesse chirurgico, le breast-unit per le problematiche senologiche, le unità di chirurgia dei difetti della parete addominale, le unità di chirurgia



Figura 1: preparazione per resezione colica in videolaparoscopia.

epatica e/o pancreatica e/o di chirurgia delle vie biliari per le patologie correlate, etc. Tutto questo è frutto della consapevolezza scientificamente dimostrata che i chirurghi che si occupano di un certo tipo di patologie ottengono risultati migliori rispetto ai chirurghi generalisti, in particolare se sono parte di un team di esperti multidisciplinare.

Questa cognizione ha portato anche alla necessità della creazione di società scientifiche di chirurghi superspecialisti, per le loro esigenze specifiche, non sempre comprese e coperte dalle società generaliste presenti da decenni nel panorama nazionale, come la Società Italiana di Chirurgia (SIC) e l'Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani (ACOI). È così che è nata qualche anno fa la Società Italiana di Chirurgia Colo-rettale (SICCR), creata da specialisti che si dedicano alle problematiche colo-proctologiche. La società ha compiti molteplici: promuovere la formazione dei soci, incentivare la ricerca scientifica, organizzare manifestazioni e fornire opportunità di informazione e aggiornamento, avere collegamenti con altre società scientifiche e con le istituzioni pubbliche e private sanitarie, e altro ancora. Uno dei compiti della società è anche quello dell'accreditamento dei centri di eccellenza in ambito territoriale.

In altre parole, è la SICCR che stabilisce i parametri che una struttura sanitaria deve rispettare per poter essere considerata un centro di eccellenza per il trattamento delle patologie colo-rettali. Le strutture accreditate, denominate Unità Colo-proctologiche (UCP) devono possedere vari requisiti, come un direttore di età non inferiore a 35 anni e con comprovata esperienza chirurgica e scientifica nel settore, un numero annuo di interventi superiore a 50 per la chirurgia oncologica colo-rettale e altrettanti per la colo-proctologia, ambulatori, letti di degenza, sale operatorie attrezzate per la laparoscopia e servizi associati alla struttura di un certo livello. Nel Nord Sardegna l'unica UCP accreditata dalla SICCR è quella dell'Unità Operativa di Patologia Chirurgica dell'AOU di Sassari, diretta dal professor Mario Trignano. L'UCP dispone di un proprio servizio di endoscopia dove vengono eseguite regolarmente e secondo gli standard più recenti tutte le indagini endoscopiche che riguardano il sistema gastrointestinale. Nel corso del 2014 sono state eseguite in questo servizio circa 1600 esami endoscopici complessivi, di cui 780 colonscopie e circa 260 asportazioni di lesioni polipoidi. Il servizio è coinvolto nello screening della popolazione per il tumore del colon-retto e nella diagnosi



Figura 2. MET: posizione del paziente e set up chirurgico. Figura 3. TME transanale: posizione del paziente e set up chirurgico.

e trattamento delle patologie pediatriche gastrointestinali. Inoltre, l'UCP dispone di un ambulatorio per il management dei disturbi funzionali coloproctologici, primitivi e post-chirurgici. L'importanza dell'attività degli specialisti di quest'ultimo settore è enorme, considerata la frequenza di questi disturbi e la rarità di servizi analoghi disponibili nel territorio.

L'attività chirurgica dell'UCP ha una lunga storia e si è evoluta negli ultimi decenni in parallelo con i progressi tecnologici e scientifici che la chirurgia colo-rettale ha conosciuto in generale. Già dagli anni 70 del secolo scorso venivano eseguite delle resezioni anteriori con la double stapling technique di Knight e Griffen, intervento che permetteva di risparmiare l'apparato sfinteriale ai malati e, grazie all'avvento delle suturatrici meccaniche, di evitare in molti di loro una colostomia permanente. Negli anni 80 i chirurghi hanno iniziato a eseguire tali resezioni rispettando i principi della Total Mesorectal Excision (TME), atto fondamentale per la radicalità oncologica degli interventi, e successivamente rispettando i dettami della Nerve Sparing Technique, necessaria per la riduzione delle sequele funzionali post-operatorie. Nell'ultimo decennio del 900 è nata negli USA la chirurgia videolaroscopica del colon-retto (Figura 1), metodica che si è diffusa rapidamente e che oggi rappresenta il gold standard per gran parte dei tumori colo-rettali, grazie alla sua ridotta invasività e i migliori risultati in termini di ripresa post-operatoria dei pazienti. Dei 60 interventi effettuati presso l'UCP di Patologia Chirurgica nel 2014 per tumori colo-rettali, il 53% è stato eseguito con questa metodica. Inoltre, da più di 20 anni viene

effettuata presso la stessa istituzione la tecnica della Microchirurgia Endoscopica Transanale (MET – Figura 2), ideata da Buess negli anni 80; la tecnica permette l'asportazione di lesioni neoplastiche precoci del retto per via transanale, risparmiando ai pazienti un intervento maggiore di tipo resettivo. L'ultima acquisizione nel campo della chirurgia dei tumori colo-rettali è stata l'introduzione nella pratica chirurgica della TME transanale (Figura 3); l'intervento è stato eseguito qualche mese fa per la prima volta in Sardegna presso l'UCP di Patologia Chirurgica. Oltre alle attività assistenziali appena descritte l'UCP è fattivamente impegnata nel campo della ricerca scientifica; tale impegno ha portato negli ultimi 5 anni alla pubblicazione di 10 articoli scientifici relativi al carcinoma del colon retto in riviste indicizzate del settore e numerosi altri in riviste non-indicizzate. Inoltre l'UCP è attivamente presente ai lavori congressuali nazionali e internazionali e organizza convegni per la divulgazione della conoscenza scientifica a livello locale. Essendo, infine, anche un'istituzione a carattere universitario partecipa dinamicamente alla formazione degli studenti e dei giovani chirurghi e appronta dei corsi di alta specializzazione per i chirurghi del territorio che sono interessati a introdurre o perfezionare i concetti della chirurgia colo-rettale mini-invasiva nella propria attività clinica.

Autori: prof. Mario Trignano; dott. Matteo Ruggiu; dott. Panos Paliogiannis; dott. Antonio Marrosu; prof. Fabrizio Scognamillo - Unità Operativa Complessa Chirurgia I (Patologia Chirurgica), Azienda Ospedaliera – Universitaria di Sassari

Proprietà terapeutiche di piante comuni e officinali

Erisimo o erba dei cantanti

Nome sardo Alaussa
Famiglia Brassicaceae
Specie *Sysimbrium officinale* o *Erysimum officinale*

Cenni storici

il nome *Erysimum* deriva da due parole greche, "eruo" che significa "io salvo" e "oimos" che significa "il canto", riferendosi proprio alle virtù terapeutiche della pianta. Mentre *Sysimbrium* sembra derivi da *Sisimbria*, attrice greca alla quale sarebbe dedicata questa pianta. Conosciuta quindi sin dai tempi remoti in cui se ne apprezzavano le peculiarità. Utilizzata anche da Leclerc, medico del passato.

Utilizzo

foglie e sommità fiorite.

Componenti principali

glucosinati, eterosidi solforati, olio essenziale.

Aspetto botanico e habitat

pianta esile annua, di 20-60 cm., con fusto ramoso, dalle foglie basali picciolate, con lobi seghettati e foglie superiori intere. I fiori sono piccoli, raggruppati in cima e di colore giallo chiaro. Fiorisce da marzo ad agosto, si trova vicino alle macerie, nei luoghi incolti, presso i muretti.

Impiego

in virtù del proprio contenuto in mucillagini e composti solforati possiede un'azione antinfiammatoria e antisettica sulle vie respiratorie, fluidificante ed espettorante delle secrezioni bronchiali; ottimo rimedio per la tosse di varia natura, per lenire la sec-

di Giovanna Rau



chezza delle fauci e l'irritazione della gola di fumatori, attori e tutti coloro che per professione utilizzano la voce. Utilissimo nei casi di afonia e disfonia: si narra che il famoso tenore Tito Schipa, due ore prima di un concerto, si ritrovasse completamente afono, e, solo grazie a un decotto di erisimo, fu in grado di esibirsi. È impiegato sotto forma di infuso e collutorio per via locale nelle affezioni della cavità orale.

Uso locale

l'erisimo in Sardegna non è molto utilizzato come pianta officinale, solo nel centro-sud dell'isola vengono impiegate le foglie come decotto nelle infiammazioni della laringe e l'infuso della pianta come anticatarrale.



Sisymbrium officinale

Biancospino

Nome sardo Kalariggju, kalarighe, kalabike, ispina santa.

Famiglia Rosaceae

Specie Crataegus monogyne

Cenni storici

Pianta utilizzata sin dall'antichità, apprezzata soprattutto come diuretico e astringente. Già nell'epoca preistorica i suoi frutti erano usati a scopo alimentare, come dimostrano i noccioli ritrovati in alcuni insediamenti. Nel Medioevo era diffusa la credenza che la corona di spine posta sul capo di Gesù fosse stata preparata con rami di biancospino, da qui i nomi dialettale di "Ispina Santa" e di "Pruna Cristi", utilizzati nel villacidrese. Per merito di Leclerc ne sono state riconosciute le proprietà rilassanti, antiaritmiche e antispasmodiche.

Utilizzo

Fiori, corteccia, frutti.

Componenti principali

Flavonoidi, polifenoli, tannini, acidi triterpanici.

Aspetti botanici e habitat

Arbusto alto fino a 8-10 m., con rami spinosi, dalle foglie alterne, dotate di un corto picciolo e stipole persistenti. I fiori sono bianchi, raccolti in corimbi con cinque sepali; il calice è verdastro a cinque petali, la corolla presenta al centro numerosi stami portanti all'estremità delle antere rosse. La pianta fiorisce tra aprile e maggio. Il frutto è rosso quando arriva a maturazione e di forma ovale. Questa pianta è riscontrabile in buona parte dell'Europa, diffuso in Sardegna a diverse altitudini, dal mare alla montagna, lungo le siepi e al limite dei boschi.

Impiego

I fiori del biancospino vengono utilizzati, sotto forma di in-

fuso, nelle lievi insufficienze cardiache, nelle aritmie, nella modesta ipertensione arteriosa, nelle cardiopatie senili.

Dopo assunzione è stata dimostrata una riduzione dello spasmo delle coronarie, un aumento del flusso, della forza di contrattilità del miocardio e riduzione delle resistenze vascolari periferiche. Le proprietà cardiotoniche sono dovute alla presenza di proantocianidoli, che agiscono sia sul potenziamento della forza contrattile del cuore, sia sulle alterazioni della funzionalità cardiaca.

Per la presenza del principio attivo Vitexina, il biancospino agisce come spasmolitico, sedativo e ansiolitico naturale; azione utile per quei pazienti particolarmente emotivi, affetti da insonnia, agitazione e angoscia. Le marmellate ottenute dai frutti possiedono una rilevante azione astringente.

Uso locale

In Sardegna l'infuso dei fiori e il decotto ottenuto dalla corteccia della pianta vengono utilizzati per alleviare le infiammazioni del cavo orale nonché per regolare la pressione sanguigna.

Per i suoi effetti rilassanti viene adoperato per favorire sonni tranquilli. In Gallura si usava far bollire nel latte i fiori e le foglie, per ottenere un prodotto cosmetico per la pulizia del viso.

Giovanna Rau è *biologa e specialista in scienze erboristiche*



Notizie dalla Federazione Nazionale

Il Presidente della FNOMCeO rinuncia alla ricandidatura: lettera aperta

"Care Colleghe, cari Colleghi, allo scopo di facilitare il confronto che porterà alle proposte di programmi e di candidature per il rinnovo del Comitato Centrale della Fnomceo e dei suoi assetti istituzionali interni, ritengo doveroso rendere pubblica la decisione che ho maturato da tempo, di ritenere concluso in quei ruoli il mio servizio alla Professione e alle sue Istituzioni rappresentative, non ricandidandomi quindi alle prossime elezioni.

Ringrazio tutti coloro che ho incontrato nell'esercizio del mio mandato per la fiducia, l'affetto, le critiche e soprattutto la pazienza con cui hanno sopportato i miei limiti.

Nel corso di questa straordinaria esperienza, che mi ha donato più di quanto sia riuscito a dare, ho usato la forza del consenso per aumentare la capacità di ascolto delle ragioni del dissenso, ho cercato nelle tante difficoltà incontrate tutte le opportunità per far crescere idee e proposte efficaci nel rafforzare l'autonomia, la responsabilità, i ruoli e l'immagine dei nostri Ordini e della Federazione.

Riservando al prossimo incontro del Consiglio Nazionale ulteriori valutazioni, vorrei ancora assicurarvi che questa scelta è stata del tutto libera e consapevole, avendo messo al centro la salvaguardia del miglior interesse di tutti e le grandi opportunità che offrono le innovazioni delle idee e di chi le interpreta. Nel concludere il mandato che mi avete affidato, resto disponibile a un lavoro che sia coinvolgente nei metodi e chiaro nei suoi obiettivi di politica professionale e che, in occasione della prossima scadenza elettorale, costruisca un progetto e individui un diverso gruppo dirigente, espressione della sintesi più efficace tra innovazione ed esperienza, rappresentanza categoriale e territoriale e che finalmente avvii un processo di rappresentanza di genere. Se tutto questo dovesse concretizzarsi,

come sinceramente auspico, lo considererei, con un pizzico di presunzione, il risultato più significativo del mio servizio alla Professione nel ruolo di Presidente dell'Omceo di Torino e di Presidente della Federazione Nazionale.

Un caro e sincero abbraccio a tutte e tutti"

Incompatibilità di incarichi ASL

Comunicazione n°1 del 08/01/2015: l'ANAC (Autorità Nazionale Anticorruzione), ha chiarito che per quanto riguarda i dirigenti medici le ipotesi di incompatibilità e incompatibilità di incarichi presso le ASL (in riferimento a tutte le strutture del servizio sanitario che erogano attività assistenziali volte a garantire la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo), devono intendersi applicabili solo alle mansioni di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario.

Normativa sulla vigilanza sanitaria

Comunicazione n°2 del 08/01/2015: la Commissione Interpellati del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha risposto a due istanze presentate da questa Federazione inerenti alla attività e alle funzioni dei medici competenti. Per quanto riguarda l'eventuale conflitto di interessi derivante dalla stipula di convenzioni tra alcuni enti pubblici e alcune aziende sanitarie per lo svolgimento delle attività di sorveglianza sanitaria, la Commissione ha chiarito che resta esclusa la possibilità di potersi avvalere, per effettuare l'attività di medico competente, di dipendenti di strutture pubbliche assegnati a uffici che svolgono un'attività di vigilanza, per i quali vige il divieto assoluto di poter svolgere tale funzione ad alcun titolo e in alcuna parte del territorio nazionale.

La Commissione ha inoltre affermato che il medico competente, con riferimento allo svolgimento delle proprie funzioni, non può essere subordinato gerarchicamente al Responsabile del servizio di prevenzione e protezione (RSPP), anche nel caso in cui l'ufficio del medico competente sia inserito in tale servizio.

Autorizzazioni per medici di bordo

Comunicazione n°3 del 08/01/2015: nella Gazzetta Ufficiale n°3 del 5 gennaio 2015 è stato pubblicato un decreto recante "Revisione generale delle autorizzazioni all'imbarco quale medico di bordo e degli attestati di iscrizione nell'elenco dei medici di bordo supplenti". Negli articoli del decreto vengono illustrate le modalità e i soggetti coinvolti dalla revisione, ovvero sia i medici di bordo titolari e supplenti iscritti anche prima del 31/12/2004 che non hanno rinnovato le revisioni successive. La domanda per la revisione generale delle autorizzazioni all'imbarco e degli attestati di iscrizione, debitamente sottoscritta, può essere presentata direttamente, inviata mediante posta elettronica certificata all'indirizzo dgprev@sanita.postacert.it, oppure spedita a mezzo raccomandata, con avviso di ricevimento, al Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio 03 - Via Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma. Necessario inoltre presentare in allegato un certificato medico rilasciato su carta da bollo da un medico di porto di ruolo o, in caso di mancanza o impedimento, da un medico militare di grado non inferiore a capitano o dai competenti servizi A.S.L.; tale certificato deve essere redatto in data non anteriore a un mese dalla data di presentazione della domanda stessa al Ministero della salute.

Esami di idoneità per il conseguimento dell'autorizzazione all'imbarco in qualità di medico di bordo (sessione anno 2014)

Il medico di bordo è un professionista della medicina con il compito di assicurare la salute ai passeggeri imbarcati sulle navi da crociera e sulle navi traghetto. Nel tempo questa figura ha avuto una crescente rilevanza e si è resa indispensabile grazie al grande sviluppo crocieristico.

Il Ministero della Salute, con un'accurata proce-

dura selettiva, individua gli idonei all'imbarco in qualità di medico di bordo, da inserire negli specifici elenchi, da cui le compagnie di navigazione e gli armatori attingono per le loro necessità.

Pertanto è utile segnalare a quanti fossero interessati ad approfondire le proprie esperienze professionali in questo settore, che nella Gazzetta Ufficiale - IV serie speciale-n. 33 del 28 aprile 2015, sarà pubblicata la sessione d'esami di idoneità per il conseguimento dell'autorizzazione all'imbarco in qualità di medico di bordo. Il bando integrale e ogni altra notizia sono disponibili anche nel sito del Ministero www.salute.gov.it

Orario di lavoro e riposi per personale SSN

Comunicazione n°4 del 09/01/2015: sulla Gazzetta Ufficiale n. 261 del 10 novembre 2014 è stata pubblicata la legge n. 161 del 30 ottobre 2014; in essa si dispone l'abrogazione, decorsi 12 mesi dalla data di entrata in vigore della legge in esame, delle norme che escludono l'applicazione, per il personale delle aree dirigenziali degli enti e aziende del Servizio sanitario nazionale, della disciplina generale relativa al riposo giornaliero e, per il solo personale del ruolo sanitario del SSN, di quella in materia di durata media massima dell'orario di lavoro settimanale (rispettivamente, articoli 7 e 4 del decreto legislativo 66/2003). Le norme abrogate rinviano per la definizione della normativa sull'orario di lavoro e i riposi giornalieri anche alla disciplina contrattuale, pertanto l'applicazione di tale disciplina dovrà cessare a decorrere dal dodicesimo mese successivo all'entrata in vigore della legge. Le norme in materia di riposo giornaliero del personale del Servizio sanitario nazionale saranno regolate dalla contrattazione collettiva nazionale del comparto sanità, che dovrà assicurare periodi equivalenti di riposo riequilibratore, immediatamente successivi al periodo di lavoro da compensare, oppure, in casi eccezionali, adeguate misure di protezione del personale.

Tenuta Albi

Comunicazione n°5 del 09/01/2015; Al fine di procedere, come di consueto, alla registrazione dei dati relativi alla anagrafica degli Albi per l'anno 2015,

gli Ordini Provinciali dovranno corrispondere alla Federazione Centrale la cifra di euro 23,00 per ogni iscritto.

Esposti verso colleghi: requisiti per procedimenti

Comunicazione n°6 del 13/01/2015: in seguito alla domanda per delucidazioni da parte dell'Ordine dei Medici di Padova, in merito alla richiesta di una paziente di conoscere gli esiti di un esposto da lei stessa presentato nei confronti di una collega regolarmente iscritta all'Albo di Padova, si rende necessario un utile chiarimento. In seguito alle sentenze n°298 del TAR di Trento del 2012; n°166 del TAR del Piemonte del 2013; n°763 del TAR della Lombardia del 2013, n°316 del Consiglio di Stato del 2013, è indispensabile prima di esaudire l'istanza, accertare se ricorrano due requisiti: l'essere autore dell'esposto, e la ricorrenza di "altri elementi" che possono essere ravvisati nella sussistenza di circostanze legate alla stessa petizione, come in caso di denuncia che richieda un giudizio penale o civile, o quando, dall'accertamento della responsabilità disciplinare, possa scaturire la decisione di intraprendere azioni civili o penali a tutela della propria posizione giuridica lesa.

Esoneri IRAP: pronunciamento della Cassazione

Comunicazione n°7 del 13/01/2015: facendo seguito alla Comunicazione n. 19 del 26 marzo 2013 e n. 86 del 10 ottobre 2013, si ritiene opportuno segnalare che la Corte di Cassazione, in dissonanza a precedenti orientamenti, ha rigettato due ricorsi dell'Agenzia dell'Entrate contro due decisioni di Commissioni Tributarie Regionali che avevano riconosciuto l'esonero dall'IRAP per due medici convenzionati con il SSN che si avvalevano delle prestazioni di un dipendente con mansioni di segreteria. In particolare, la Corte di Cassazione ha stabilito che l'apporto di un collaboratore che si occupi di ricevere i pazienti in sala d'attesa e rispondere alle telefonate, il tutto mentre il medico espleta le visite, rientra a pieno titolo nel minimo indispensabile per l'esercizio della professione.

La stessa Corte ha sancito che l'automatica in-

dividuaione del requisito dell'autonoma organizzazione dall'esistenza di un dipendente, per il professionista non è conforme a una lettura costituzionale della disciplina fiscale, nè trova specifico conforto nella giurisprudenza della Corte di Cassazione, potendosi semmai giustificare la sua rilevanza solo quando l'attività del dipendente abbia dato luogo a un qualche potenziamento della attività produttiva del professionista stesso. Tali sentenze vanno contro la direttiva dell'Agenzia delle Entrate dell'11 giugno 2014, che stabiliva che i professionisti devono sempre pagare l'Irap se hanno dipendenti (anche part time) o se si servono di strutture organizzate tramite contratto.

Medicine non convenzionali: il ruolo degli Ordini

Comunicazione n°9 del 21/01/2015: Le medicine non convenzionali saranno d'ora in poi regolate dagli Ordini, che provvederà a stilare gli elenchi dei colleghi aventi i requisiti per poter esercitare Agopuntura, Fitoterapia e Omeopatia (quest'ultima suddivisa in omeopatia, omotossicologia e antroposofia). In seno agli Ordini verranno costituite Commissioni specifiche formate da esperti in materia di medicine non convenzionali, che dovranno valutare i titoli e la preparazione dei colleghi. In fase transitoria (fino al 06/02/2016) per poter accedere a tali elenchi sarà necessario aver seguito un corso teorico pratico triennale di almeno 300 ore con prova finale; o un seminario di almeno 200 ore avendo almeno 15 anni di esperienza clinica documentata; o avere un iter formativo che possa essere paragonabile alle precedenti opzioni, che dovrà essere valutato in sede ordinistica; oppure avere almeno 8 anni di insegnamento della materia alle spalle.

Ordini e discriminazione sessuale

FNOMCeO e CAO Nazionale, tramite i rispettivi presidenti Amedeo Bianco e Giuseppe Renzo, condannano senza mezzi termini l'affissione sulla porta di uno studio odontoiatrico toscano di un cartello che metteva in guardia i pazienti dalla presenza di un dentista omosessuale, a firma di un sedicente

"Organismo di tutela dei pazienti contro le malattie contratte in ambito odontoiatrico". Il gesto discriminatorio oltre a essere in netto contrasto con l'articolo 3 del Codice Deontologico, è segno di arretratezza culturale e civile; i presidenti degli Ordini e delle CAO Provinciali sono inoltre invitati a segnalare e biasimare casi analoghi.

Rilevazione fabbisogno professionisti in odontoiatria

In seguito all'interrogazione del Ministero della Salute sul reale fabbisogno di odontoiatri in Italia (l'OMS stabilisce un rapporto ideale di un dentista ogni 2000 persone), il Presidente della CAO Nazionale ha evidenziato nella sua risposta le criticità di una professione esercitata da 59.000 persone: il fatto che non esistano concorsi per l'accesso al SSN dedicati agli specialisti in odontoiatria, e che l'assistenza odontoiatrica sia principalmente a carico dei dentisti privati, rende impossibile dare una risposta certa, che, per altro, tenendo conto della pleora odontoiatrica formatasi, potrà solo esprimere una mancanza di fabbisogno. Per meglio inquadrare le problematiche odontoiatriche comuni a tutta l'Europa in ogni caso l'Italia è a capo di una Join Action europea chiamata "Health Workforce planning and forecasting", che avrà il compito di studiare strategie comuni che permettano di definire in modo preciso il numero globale delle persone occorrenti in campo sanitario.

Focus sulla professione odontoiatrica

In data 12 Gennaio 2015, sulla rivista Italia Oggi, è stata pubblicata una interessante inchiesta dove sono state ampiamente riportate le criticità più significative relative alla nostra professione: la crisi economica dilagante, l'odioso e sempiterno fenomeno dell'abusivismo, le problematiche concernenti le criticità del percorso formativo in odontoiatria. La piaga dell'abusivismo, in particolare, è ben lungi dall'essere sconfitta, anzi è un fenomeno in decisa crescita, un pericolo per la salute pubblica, connotato da ingenti costi sociali ed economici, anche per l'Era-rio. Risulta essere ancora più incomprensibile, qualora fossero vere le notizie diffuse in questi giorni, che il

Ministero della Salute possa fornire parere favorevole all'istituzione di una nuova figura chiamata "odontoprotesista".

Appare necessario che tutti gli odontoiatri richiedano a una voce ai vari soggetti e ai propri referenti, l'assunzione di precise responsabilità: si tratti di politici, di amministrativi o di componenti dello Stato.

L'azione lobbistica, i rapporti e gli interessi personali di pochi, infatti, stanno tentando di condizionare le scelte che produrranno ricadute negative su centinaia di migliaia di operatori.

Contributi Enpam per convegni ordinistici

La Fondazione Enpam comunica che, a decorrere dal 2015, la quota straordinaria del contributo erogato agli Ordini dall'Ente, per l'organizzazione di convegni aperti a tutti gli iscritti, sul tema previdenziale e/o assistenziale, viene riconosciuta anche nel caso tali seminari di aggiornamento siano promossi dalla Commissione per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri e destinati agli esercenti l'odontoiatria.

L'importo da destinare per tali eventi è stato previsto in una quota percentuale pari al 10% della quota ordinaria spettante a ciascun Ordine, da considerare aggiuntiva rispetto alla quota straordinaria suaccennata.

Fnomceo ed Enpam assieme per le polizze assicurative professionali

La Federazione nazionale degli Ordini e l'Ente previdenziale di categoria hanno costituito un gruppo di lavoro comune con l'obiettivo di giungere a una copertura assicurativa che tuteli tutte le categorie di medici e odontoiatri.

I due Enti si pongono così anche come interlocutori naturali per meglio definire il perimetro della responsabilità medica. Al Gruppo di lavoro parteciperanno, per la Fnomceo, il Segretario generale Luigi Conte, il Tesoriere Raffaele Iandolo, i componenti del Comitato centrale Sergio Bovenga e Sandro Sanvenero, il Direttore Marco Cavallo e, per l'Enpam, il consigliere Giacomo Milillo, il vice presidente Roberto Lala e il vice presidente vicario Giampiero Malagnino.



Sassari. Giuseppina Sarobba è il nuovo primario dell'oncologia dell'ospedale San Francesco di Nuoro

Giuseppina Sarobba, 57 anni, a lungo dirigente oncologa alle cliniche Universitarie di Sassari, dal mese scorso è il direttore dell'Unità Operativa Complessa di Oncologia dell'ospedale San Francesco di Nuoro. Specialista in Oncologia, Medicina interna, Psicoterapeuta, è membro di diversi gruppi di Ricerca Clinica oncologica a livello nazionale e internazionale, riguardanti principalmente la mammella e il polmone.

Sassari. Mario Palermo nominato commissario straordinario della asl 3 di Nuoro

Mario Palermo, 60 anni, responsabile dell'Unità Operativa Interdipartimentale di Endocrinologia dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari, è stato nominato dalla Regione Commissario straordinario della Asl 3 di Nuoro. Specialista anche in Cardiologia e Medicina Iperbarica, Palermo è stato, fra l'altro, membro della Commissione Regionale per il protocollo d'Intesa Università - Regione per la nascita delle Aziende Ospedaliero Universitarie di Cagliari e Sassari.

Gallura. Paolo Teclème nominato commissario della asl 2 Olbia

Paolo Teclème, 55 anni, pediatra, direttore della struttura complessa Area programmazione, controllo, committenza della Asl di Olbia, è il Commissario Straordinario della Asl2 di Olbia.

Sassari. Nominati i nuovi direttori sanitario e amministrativo della ASL 1

Il Commissario Straordinario della ASL di Sassari, Agostino Sussarellu, ha nominato alla Direzione sanitaria Serenella Zedda, specializzata in Igiene Medicina preventiva con orientamento in Sanità Pubblica. Dopo aver operato nel Servizio di Igiene Pubblica dell'Azienda Sanitaria, dal 2001 è stata alla guida del Distretto di Alghero, prima come responsabile poi come direttrice. Il nuovo direttore amministrativo è Andrea Marras, alla ASL di Sassari dal 1990; laureato in Giurisprudenza, ha ricoperto sino ad oggi l'incarico di direttore del Servizio Amministrativo dei Presidi Ospedalieri.

Olbia. Nominato il nuovo direttore sanitario

Il Commissario Straordinario della Asl di Olbia, Paolo Teclème, ha nominato Salvatore Ortu direttore sanitario aziendale: 61 anni, oncologo, è dipendente dell'Azienda gallurese, dove dirige il Servizio di Oncologia Aziendale, articolato nei tre presidi ospedalieri di La Maddalena, Olbia e Tempio Pausania.

Sassari. A palazzo rosa un nuovo servizio per i malati anziani

Il 9 gennaio, nel Poliambulatorio del "Palazzo Rosa", è stato attivato un nuovo servizio a indirizzo geriatrico. Si tratta del primo ambulatorio dedicato alla valutazione e alla visita periodica dei pazienti anziani dimessi, promosso dalla ASL di Sassari grazie al prezioso supporto di un team di specialisti dell'Unità Operativa di Lungodegenza del Santissima Annunziata. Il nuovo ambulatorio di via Monte Grappa sarà operativo il mercoledì (stanza 1) e il venerdì (stanza 11) dalle ore 12.30 alle 14. Per la prenotazione ci si può rivolgere direttamente al numero unico CUP 1533 munito di prescrizione del medico curante.

Sassari. La Asl 1 ha attivato la Syncope unit, punto di riferimento per tutto il nord Sardegna

La ASL di Sassari ha recentemente attivato un ambulatorio dedicato ai pazienti affetti da perdite di

coscienza improvvisata e transitorie. L'ambulatorio Sincopa fa parte della UO di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza - OBI del Presidio Ospedaliero del Santissima Annunziata ed è funzionalmente integrato con il reparto di Cardiologia, il servizio di Neurofisiopatologia, le Unità di Medicina Interna e di Geriatria, per consentire un approccio multidisciplinare al problema attraverso un'organizzazione articolata secondo gli standard della Syncope Unit. Coordinatore della Unit è Paolo Pinna Parpaglia, responsabile Osservazione Intensiva PO Sassari.

Olbia. La Asl ha rinnovato il progetto sperimentale per il parto analgesico avviato nel 2014

La Asl 2 di Olbia ha rinnovato il progetto, avviato nel 2014, e portato avanti dal direttore del reparto di Ostetricia e ginecologia dell'ospedale di Olbia, Antonio Rubattu, per garantire alle donne galluresi un parto indolore. Grazie alla sua attivazione, nel 2014 i parti sono cresciuti: 58 i nuovi nati in più registrati al Giovanni Paolo II di Olbia, 920 nuovi nati contro gli 862 rilevati nello stesso periodo del 2013, con un incremento del 6%. Le donne che nel corso dell'anno hanno seguito le conferenze informative a Olbia sono state circa 210, in 180 hanno effettuato la visita anestesiológica, e di queste in 83 (il 9% di tutte le partorienti) hanno potuto usufruire della parto-analgesia.

Farmacovigilanza. Da EMA nuova piattaforma per i rapporti di sicurezza

L'Agenzia europea dei medicinali (Ema) ha annunciato di aver predisposto un repository elettronico per i Rapporti periodici di sicurezza (Psur). Periodicamente, le aziende farmaceutiche sono tenute a valutare i benefici e i rischi dei medicinali autorizzati e di riassumere i risultati in uno Psur da presentare all'Ema. L'Agenzia utilizza queste informazioni per determinare se sono stati identificati nuovi rischi per un dato farmaco oppure se è cambiato il rapporto tra rischi e benefici e, di conseguenza, prendere i provvedimenti opportuni.

La piattaforma centrale è stata realizzata in conformità con la legislazione di farmacovigilanza dell'Unione Europea e conterrà tutte le informazioni

relative agli Psur nell'Ue, facilitando in tal modo la valutazione dei rapporti di sicurezza da parte delle autorità regolatorie.

Scompenso cardiaco: in arrivo capostipite di nuova classe di farmaci

Dovrebbe essere disponibile in Europa entro la fine dell'anno il capostipite di una nuova classe di farmaci per lo scompenso che ha dimostrato di ridurre del 20% la mortalità cardiovascolare di questi pazienti. LCZ696, questo il nome provvisorio del nuovo farmaco, agisce con un duplice meccanismo d'azione: al blocco del sistema renina-angiotensina-aldosterone associa infatti la capacità di inibire la neprilisin, l'enzima che inattiva svariati peptidi vasoattivi inclusi i peptidi natriuretici, la bradichinina e l'adrenomedullina. Il conseguente incremento dei peptidi vasoattivi indotto dal farmaco contrasta l'iperattivazione neuroormonale che contribuisce alla vasocostrizione, alla ritenzione di sodio e al rimodellamento cardiaco.

Si ritiene che, grazie al suo duplice meccanismo d'azione, LCZ696 possa essere in grado di ridurre la sollecitazione cui è sottoposto il cuore scompensato, aiutandolo ad aumentare la propria capacità di recupero.

Un potenziale terapeutico che ha trovato conferma nei risultati di Paradigm-Hf, uno studio randomizzato in doppio cieco di fase III i cui risultati sono stati presentati in occasione dell'ultimo congresso della Società Europea di Cardiologia.

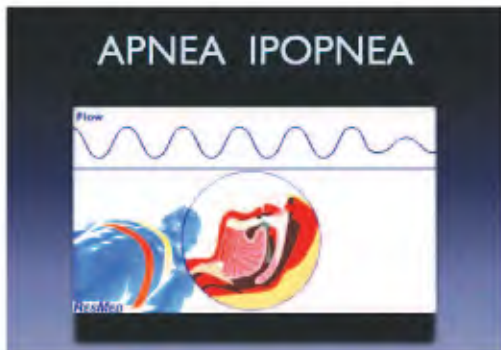
Influenza. Si avvicina il picco e aumentano i casi gravi

Il picco influenzale è ormai imminente: l'ultimo rapporto Influnet segnala un aumento degli italiani che ne sono stati colpiti; secondo i dati del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità, il numero di casi stimati nella quarta settimana di gennaio è di circa 641 mila, corrispondente un'incidenza totale di 10,55 ogni mille assistiti.

Dall'inizio della sorveglianza, si sono dunque registrati circa 2.607.000 casi e la curva epidemica continua a salire, alimentata soprattutto dalle classi di età pediatrica.

Convegno sulle OSAS

La Sindrome OSHA (Sindrome delle Ipo-Apnee Ostruttive del Sonno) interessa circa il 6% della popolazione, è un disturbo respiratorio che si manifesta durante il sonno, caratterizzato da russamento abituale associato a sonnolenza diurna. L'interazione professionale tra diversi specialisti è parte integrante del programma diagnostico, al fine di gestire al meglio le varie opzioni terapeutiche. Nella mattinata di sabato 28 marzo, esperti regionali si confronteranno, a Sassari, per mettere in chiaro gli aspetti ancora in ombra di una patologia finora misconosciuta. Il corso, organizzato dall'Ordine dei Medici chirurghi e Odontoiatri si terrà all'Hotel Grazia Deledda e conferirà ai partecipanti 6,5 crediti ECM. I relatori del convegno saranno: prof. Piero Pirina; dr. Raimondo Tedde; dr. Anna Sini; dr. Sandra Solinas; dr. Sebastiano Carboni; dr. Corrado Casu; prof. Antonio Tullio; dr. Maria Teresa Raho. Segreteria scientifica: dott. Sebastiano Carboni, dott. Corrado Casu; segreteria organizzativa dott. Antonio Pinna 329 2509180 e-mail Studiopinnaaho@hotmail.it Iscrizioni presso gli Uffici dell'Ordine dal 27-02-2015.



Convegno ECM: Salute e Ambiente

Sassari, giovedì 12 marzo 2015, dalle 14.30 alle ore 19.30, si terrà presso la Sala Conferenze "Egidio Deperu" dell'Ordine dei Medici di Sassari, in Via Cavour 71/B, un convegno intitolato "Salute e Ambiente: aria, acqua e alimentazione". Questa iniziativa di aggiornamento, valida per 15 crediti ECM, è aperta a medici e odontoiatri e prende in esame le teorie attualmente più accreditate che spiegano i meccanismi patogenetici che sono alla base di malattie in crescita esponenziale. Gli interessati possono iscriversi a partire dal 16 Febbraio, telefonando alla segreteria dell'ordine dei Medici di Sassari.



Progetto SIDP

La Società Italiana di Parodontologia e Implantologia promuove un Progetto di comunicazione e informazione rivolto a tutti i Dentisti italiani sul tema "Qualità e Sicurezza in Chirurgia Parodontale e Implantare". L'appuntamento a Sassari è per il 21 Marzo, nell'Aula Magna della facoltà di Medicina e chirurgia, dalle ore 09:00 alle ore 13:00. L'evento è gratuito ed accreditato ECM. Per maggiori informazioni consultare il sito www.progettochirurgia.sidp.it



Premio Massimo Petrella

L'Aimas (Associazione Italiana di Medicina Aeronautica e Spaziale), in collaborazione con l'Anacna (Associazione Nazionale Assistenti e Controllori Navigazione Aerea), bandisce un concorso aperto ai laureati in qualsiasi disciplina, che non abbiano superato i 35 anni di età, che presentino un lavoro sull'uomo e il controllo del traffico aereo. La scadenza per la presentazione delle domande è fissata per il 30 aprile 2015.

Per ulteriori informazioni consultare la pagina web http://www.aimas.it/docs/guidoniani2015_cta.pdf.

Il racconto

Il gigante addormentato di Carlo Lubrano

C’era una volta, ad Alghero, un cordaio di nome Telmo. Tutte le mattine andava in giro per la campagna a cercare foglie di palma, che poi utilizzava per fabbricare le sue corde. Quando trovava una palma, vi si arrampicava per coglierne i rami più secchi, li radunava in fasci e ogni sera ritornava a casa stanco morto col suo fardello di foglie sulle spalle.



Il promontorio di Capo Caccia

Una gelida sera d’inverno, mentre fuori pioveva a dirotto e soffiava un forte vento di maestrale, Telmo si trovava nella sua casetta intento a intrecciare foglie di palma, quando all’improvviso sentì bussare alla porta. “Chi sarà mai, con questo tempaccio?” si domandò, mentre andava verso l’uscio. Aperta la porta, vide lì una vecchina, tutta bagnata e infreddolita, che con una vocina flebile gli disse: “La mia casetta è tanto fredda e umida, e io sono talmente povera che non ho niente per potermi riscaldare. Ho bussato a tante porte, ma tutti mi hanno scacciato, dicendo che non avevano niente da darmi. Ti prego, almeno tu, dammi un pochino di legna, affinché in questa notte gelida io possa accendere un fuocherello per potermi riscaldare”.

Dopo aver fatto entrare la vecchina, Telmo si guardò attorno, ma neanche lui aveva legna da ardere, aveva solo le foglie di palma che utilizzava per il suo lavoro. Non ci pensò due volte, e rivolto alla vecchina disse: “Mi dispiace, ma ho solo queste foglie secche, prendile pure, con esse potrai riscaldarti almeno un po”.

A queste parole, la vecchina rivelò la sua vera natura e disse: “Caro Telmo, io sono la maga Agnese, vivo su un colle vicino ad Alghero e sono voluta scendere in città per mettere alla prova la generosità degli algheresi. Solo tu hai avuto buon cuore nei miei confronti, e per questo sarai ricompensato”. Poi, infilò la mano destra in una tasca, tolse un anello e porgendolo al cordaio aggiunse: “Questo è un anello magico, pren-

dilo e infilalo a un dito, ti aiuterà nei momenti di difficoltà, esaudendo ogni tuo desiderio. Bada bene, però, di non togliertelo mai, perché cadresti in un sonno profondo dal quale non ti risvegliaresti mai più”. Detto ciò, la maga sparì. L’indomani, Telmo raccontò ai suoi vicini quanto gli era accaduto la sera prima, ed essi si

morsero le mani dall’invidia pensando che se non avessero scacciato la vecchina l’anello sarebbe potuto essere stato loro.

Poi, visto che nel cielo era rispuntato il sole, il cordaio decise di recarsi come sempre in cerca di palme. Ne trovò alcune con moltissime foglie secche, ma, purtroppo, talmente alte che non sarebbe mai riuscito a raggiungerne la cima, al che sospirò: “Come sarebbe bello se io fossi alto come un gigante e le palme fossero basse come nani, tutto sarebbe più facile e meno faticoso”. Immediatamente, in virtù dell’anello magico che portava al dito, Telmo diventò alto alto e le palme piccole piccole.

Colse foglie di palma, con gran facilità, per tutto il giorno, e alla fine decise di concedersi un riposino in riva al mare, si sdraiò e s’addormentò. Le onde lambivano dolcemente la riva, accarezzandogli la mano e sfilandogli pian piano l’anello dal dito, cosicché, come aveva predetto la maga Agnese, Telmo continuò a dormire profondamente e non si risvegliò mai più.

Ancor oggi, ad Alghero, guardando verso ponente, potrete vedere il gigante addormentato in riva al mare, con accanto il suo anello. Potrete anche vedere che in quel luogo le palme sono nane. E nelle fredde serate d’inverno, le stradine della città vecchia brillano di tanti piccoli fuochi: sono i bracieri che le donne accendono nella speranza che la vecchina scenda dal suo colle per riscaldarsi e rompere così l’incantesimo che colpì il buon Telmo.

Carlo Lubrano è specialista in medicina legale e in medicina delle assicurazioni, libero professionista

La poesia

Lontananza e amore nei versi di Giovanna Pintus



Abbiamo il piacere di pubblicare tre brevi componimenti tratti dalla silloge "Rose d'inverno" che la collega di Osilo ha pubblicato anni orsono. Un unico filo conduttore sembra che leghi le rime sciolte: il valore che acquistano persone e cose quando vengono meno o non sono più palpabili. Così nel "31 gennaio 98" la figura del genitore, ormai assente da anni, viene esaltata dall'anelito dei ricordi emergenti; l'Atrice, ritornando nella campagna dell'infanzia, rimasta miracolosamente immutata, rivive e ci fa rivivere il tempo a essa legato, così che le immagini rievocate prendono movimento e forma: "l'uomo di casa", che in vita era distratto per i troppi impegni, con la forza dell'amor filiale mai sopito, si trasforma in padre attento e scrupoloso nel guidare i passi della sua bambina, per respirare insieme i profumi della terra intrisa di brina sotto le note cristalline delle acque correnti nel ruscello. Ne "È un privilegio la solitudine", la scrittrice, come sempre, manifesta la capacità di dare parole ai sentimenti che il lettore decodifica provando le stesse emozioni; l'assenza fisica temporanea dell'amato ne enfatizza il desiderio, il piacere del ricordo e una strana nostalgia che si delinea senza la sua componente dolorosa e non lascia spazio a rimpianti. In "Rose d'inverno, infine, ecco ergersi su un contesto arido di spine la rappresentazione trionfale della bellezza e dell'amore allo stato puro, non astratto e senza inutili orpelli di contorno. Così il tempo vissuto, l'esperienza dettata dalla solitudine, da una lontananza che non si vuole sopprimere, vengono cantati in tutta la loro profondità. (A.P.)

31 gennaio 1998

Sono tornata
nei luoghi a te cari
padre mio,
ora che è inverno
e la clematide avvolge
con un tenace mantello
di campane bianche,
il lentischio.
Sono tornata
a respirare con te
i profumi della campagna;
a riascoltare il borbottio
del fiume
e lo scampanio dei greggi,
a ritrovare l'anima smarrita
della mia infanzia.
E tu eri lì e mi tenevi per mano,
non più frettoloso e stanco
ma attento
al mio passo incerto.
Ora so che mi guidi
ora so che mi aspetti
per respirare insieme
la primavera della luna.

È un privilegio la solitudine Rose d'inverno

Caro amore mio
quando ascolterai
le mie parole
sarà già ieri...
Il temporale è passato,
la furiosa grandinata
che ha sfogato
la rabbia del cielo
e il silenzio intorno
si frantuma
in mille goccioline
indolenti.
Sono tornata a casa
come ad un rifugio
e le grandi stanze
quiete
mi hanno accolto
in un abbraccio
rassicurante,
manca solo la tua voce
ma il cuore non ha paura...
È un privilegio
a volte la solitudine.

Rose d'inverno
profumate
a dispetto del gelo,
altezzose come regine
sulla pianta spoglia
ricoperta di spine.
Rose vellutate
come emozioni
appena nate
che si aprono
timide
al bacio del sole.

Romanzo di Pier Luigi Cherchi

"Sardinia coast to coast 1971" avventura on the road alla ricerca di un sogno

Il 1971 è un anno poco noto, quasi oscuro, ma che ha influenzato più di tanti altri il destino del nostro Paese, a cavallo tra gli eccessi nefasti del "sessantotto" e gli incipienti "anni di piombo", che avrebbero portato alla distruzione una società già segnata dalle lotte di classe e dagli oscuri disegni di palazzo che avevano seminato morte e devastazione nelle piazze.

Nel caldissimo agosto di questo anno così emblematico per il futuro dell'Italia, quattro ragazzi di estrazione sociale, culturale, geografica e politica completamente differente, innamorati della musica, del mondo, della vita, caricano tende, bagagli, chitarra e una vecchia macchina fotografica Comet Bencini su una Fiat 500, la mitica auto di estati perdute, con il tettuccio aperto e il vento tra i capelli, e partono alla ricerca di una ragazza misteriosa, residente nel tratto finale della costa orientale della Sardegna.

Il viaggio è anche una efficace metafora che evoca sapientemente l'ultima espressione di una cultura "on the road", progressivamente relegata fra le mode cadute in disgrazia dalle nuove tendenze politiche giovanili: il "nowhere going" appariva una pura espressione di qualunquismo ideologico, da cancellare e distruggere a tutti i costi, anche con la forza.

Il paesaggio scorre veloce tra paradisi marini ancora incontaminati, ovili sperduti testimonianza di una millenaria cultura sardo-pastorale, mondi dorati appena nascenti nella prima Costa Smeralda della fine degli anni '60, passi di montagna dimenticati e devastati dal fuoco, servitù militari, vere enclaves chiuse dal filo spinato, in una Sardegna perduta, bella e selvaggia, poetica e precaria, come il sogno beat ormai alla fine. Emblematica appare l'im-



agine della ragazza misteriosa, Claudia, ritrovata e perduta alla fine del racconto, che esce di scena come un sogno svanito, quello della cultura beat, dell'adolescenza ormai passata, del ritorno ad una vita reale, quella dell'Università o, come nel caso dei ragazzi romani, del lavoro."

Tratto dalla retrocopertina del romanzo.

Pier Luigi Cherchi è Professore Ordinario di Ginecologia e Ostetricia presso l'Università di Sassari; è autore di un cospicuo numero di romanzi storici, come "Hanno arrestato a Dario Fo", (Edes Ed, 2012); "C'era un ragazzo che come me amava..." (Edes Ed., 2008); "Prendi la chitarra e vai" (Edes Ed., 2010).

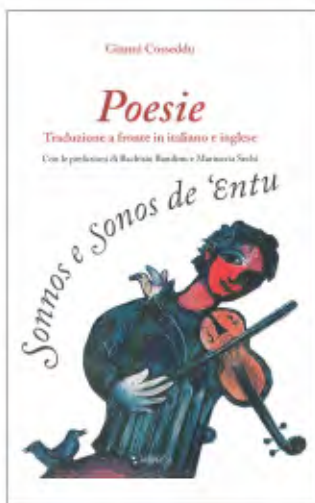
"Sonnos e Sonos de 'Entu" di Gianni Cosseddu

Un florilegio di poesie a tutto campo

"Penso che la caratteristica generale della poesia di Gianni Cosseddu sia l'essenzialità concreta, senza fronzoli e quasi del tutto priva di metafore, di una poesia diretta e immediata, quella che "giunge al segno (...) per via breve e spedita" di cui parla B. Croce.

Il poeta è aperto a quanto la materia della vita gli offre da cantare: affetti, rimpianti e soprattutto storie di piccoli e grandi uomini, di ieri come di oggi. Si tratta di una poesia talvolta "da circostanza", dedicata un po' a tutti, "a tie e a bois", in cui, a un'attenta lettura, tra versi sicuramente convenzionali, è possibile cogliere una partecipazione caratterizzata da affetto autentico verso i protagonisti dell'incontro festoso o verso la persona cui è dedicata. Per quanto i suoi temi siano quelli comuni a tanti poeti sardi e, comunque, universalmente validi, il suo tono diventa tenero e accorato davanti al dolore umano presente in ogni angolo dello spazio e del tempo. E "...se c'è l'amore per l'uomo, c'è anche l'amore per la scienza" afferma Ippocrate. Gianni Cosseddu, da medico, combatte ogni giorno la sofferenza umana della malattia, malattia che ha fatto parte anche della sua vicenda personale e, da poeta-medico, privilegia, tra le varie tematiche presenti nella sua raccolta, la disperazione e l'angoscia della condizione umana, quasi per svelarla a un mondo spesso indifferente, cercando solidarietà e giustizia. Il suo canto di protesta sociale scaturisce da un profondo senso di fratellanza verso i derelitti, verso la gente che non ha patria, non ha cibo, è derubata perfino della propria dignità. Sono poesie di toccante semplicità, prive di retorica, ove è possibile cogliere un profondo legame affettivo con i piccoli eroi non-eroi, sos poveros cristos.

"...il ricordo è poesia, e la poesia non è se non ricordo" afferma G. Pascoli: l'eco del passato mitico dell'infanzia e della fanciullezza, gioie e dolori di una vita semplice e patriarcale, "iscaluzas de vida", riaffiorano nelle immagini sempre vive di volti, strade e feste di paese, piccolo universo poetico di ricordi



espressi in un linguaggio sobrio e meditativo, lontano da ogni complicazione intellettualistica. Tutt'altro tono troviamo invece nei versi satirici di un poeta osservatore della realtà che non può non vedere le contraddizioni, l'ipocrisia, i pregiudizi del contesto sociale, cul-

turale e politico. La sua denuncia-condanna si veste ora di comico, con la ricerca del ridicolo in fatti e persone, ora di quel sorridente umorismo ironico caratteristico di cultura "atavicamente sarda", per dirla con E. Lussu, quando mette in discussione l'autorità costituita.

È voce di vita vissuta, ricordata, sognata, sofferta, quella che ritroviamo nei versi del poeta ed è una vita dove, nonostante tutto, "su sole", il sole vagheggiato della solidarietà umana, della pace e della giustizia, continua a sorgere ogni giorno.

Il poeta sceglie di scrivere in sardo, la sua lingua madre, quella che dall'adolescenza gli è stata quasi vietata, censurata e sostituita da una lingua altra. È il linguaggio vivo del goceano che si esprime, ora in un ritmo di strofe fluide e immediate, ora con versi struggenti che sanno fermare nel tempo ciò che ha nell'anima."

*Dall'introduzione
di Mariuccia Sechi*

Gianni Cosseddu è Medico Chirurgo, neurologo, psichiatra e neuro-psichiatra infantile; attualmente è direttore sanitario della RSA di Padru

Jesus Christ Superstar: il capolavoro di Andrew Lloyd Webber e Tim Rice

Anno 1970: in Italia viene introdotto il divorzio; i Beatles completano le registrazioni di Let It Be e si sciolgono tre mesi dopo; Gheddafi viene proclamato premier della Libia; iniziano i loro voli il Concorde e il Boeing 747; la missione Apollo 13 fallisce; le lotte studentesche negli Stati Uniti vengono sanguinosamente repressi dalla polizia; Allende vince le elezioni in Argentina; il popolo del rock si ritrova all'isola di Wight per la storica terza edizione del festival omonimo, ma dopo la festa, il lutto, poiché Jimi Hendrix e Janis Joplin moriranno nei mesi successivi. Indubbiamente un anno ricco di avvenimenti, di lotte, di pensieri politici e culturali contrastanti. In tutto questo turbinio, non è strano cercare rifugio nella spiritualità; non sorprende quindi il progetto

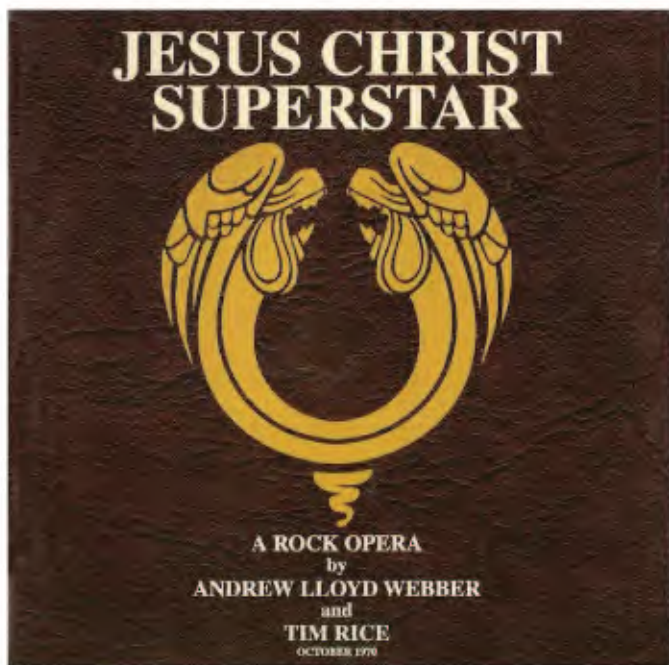
di Francesco Bustio
Dettori



di un musical basato sulla vicenda storica di un uomo, figlio di un falegname, nato e vissuto in Galilea durante il periodo della dominazione romana, e morto tragicamente dopo aver condotto una rivoluzione spirituale che ancora oggi, a distanza di 2000 anni, contraddistingue le vite di un grandissimo numero di persone: stiamo parlando di Gesù di Nazareth.

Andrew Lloyd Webber è un compositore inglese che sta cercando il successo definitivo, e trova la spalla ideale nel paroliere Tim Rice, assieme al quale partorisce una versione innovativa e "adeguata ai tempi" della cronistoria dell'ultima settimana di vita di Gesù: Jesus Christ Superstar. L'idea primigenia di creare un musical da portare sulle scene viene abbandonata per carenza di fondi e si ripiega sulla

formula del doppio album, per il quale viene convocato nientepopodimeno che Ian Gillan dei Deep Purple per interpretare Gesù. Il cast comprendeva tra i numerosi personaggi anche Murray Head (Giuda), Barry Dennen (Pilato) e Yvonne Elliman (Maria Maddalena), la quale si accontentò di 100 dollari come compenso per la sua prestazione vocale, scartando la possibilità di avere parte delle royalties dei guadagni dell'album: a detta della protagonista tale poca lungimiranza potrebbe essere stata salvifica, in quanto troppi soldi in mano a una ragazza appena diciannovenne avrebbero portato probabilmente all'autodistruzione. Solo qualche anno più tardi, nel 1973, in seguito al gigantesco e inaspettato successo venne girato il film, diretto da Nor-



man Jewison, e che, rispetto all'incisione originale, vede Ted Neeley e Carl Anderson interpretare rispettivamente i ruoli di Gesù e Giuda, meno melodici dei loro predecessori forse, ma particolarmente interpretativi e adatti a una trasposizione cinematografica. Approssimarsi a commentare un'opera del genere è complesso, giacché molto è stato già scritto e molte sono le canzoni che compongono l'opera; inoltre parlare di argomenti che toccano le sfere più intime dell'animo umano come quella religiosa, significa camminare sul filo di un rasoio. Ma Jesus Christ Superstar è riuscito nell'intento di unire pensieri differenti, suggellando il tutto con composizioni magistrali, connotate da un suono di una potenza quasi miracolosa, frutto del connubio creatosi fra musicisti affiatati e orchestra, che sostengono mirabilmente gli sforzi vocali dei protagonisti. La chitarra tesa e meditabonda che delinea le prime note dell'*Overture* si fa strada in un crescendo costante, che trova la sua naturale prosecuzione nella devastante *Heaven on their minds*, che pone rumorosamente Giuda al centro della scena: è infatti la figura che risalta di più in tutta l'opera; un traditore, ma anche uno strumento divino di fondamentale importanza perché si compissero le scritture. La fungeggiante *What's the Buzz* e *Strange Thing Mystifying* esprimono, con un basso in bella evidenza (come

d'altronde in tutto il disco), le incertezze degli apostoli e l'attesa carica di tensione di un Gesù che è prossimo a compiere gli ultimi atti della sua missione terrena. *Then We Are Decided* compare solo nel film, ha come protagonisti i sacerdoti Hanna e Caifa, che stabiliscono sia opportuna una soluzione definitiva per eliminare Gesù, il quale, nel frattempo, viene assistito da Maria Maddalena, con una delle canzoni più preziose del disco: *Everything's Alright*; qui viene miscelata la delicatezza della donna assieme all'irruenza di Giuda e alla calma serafica di Gesù, in un crescendo corale entusiasmante. Ma Hanna e Caifa hanno scelto: morte! Così *This Jesus Must Die* mette in luce il ruolo dei sommi sacerdoti in maniera magistrale. Da lì in poi gli eventi precipitano rapidamente: l'entrata di Gesù a Gerusalemme è salutata dalle folle e dall'inno *Hosanna*, che trova il suo punto di forza nella geniale gestione delle dinamiche. Il successo della predicazione di Gesù infiamma gli animi e Simone lo Zelota intravede finalmente l'agognato affrancamento dal giogo romano in *Simon Zealotes/Poor Jerusalem*, la quale prima trascina e invita all'entusiasmo, per poi virare verso derive più riflessive non appena il Messia fa capire che il suo intento non è stato capito fino in fondo. Ma le scene cambiano in continuazione, e i riflettori ora sono puntati su Ponzio Pilato, che nella meravigliosa ballata acustica *Pilate's Dream*, fra gli intrecci evocativi delle chitarre acustiche, ha una premonizione inquietante sui giorni che verranno. *The Temple* dipinge il noto episodio dove Gesù ribalta le bancarelle dei mercanti posizionate davanti al tempio di Gerusalemme, e lo fa con un vortice di cori supportati da un ritmo frenetico scandito da gruppo e orchestra, che guidano la confusione generale. *I don't know how to love him* affida i dubbi di Maria Maddalena alla più struggente fra le ballate, con le chitarre acustiche che supportano le esaltazioni dell'orchestra, ma è in *Damned for all time/Blood Money* che il fato si compie: la musica si fa ancora una volta frenetica, guidata da una sezione ritmica da applausi, mentre Giuda, assalito dai dubbi, compie il tradimento immerso in un'atmosfera carica di emozione. I momenti più elevati dell'opera si consumano durante l'Ultima Cena prima, e nell'Orto degli Uulivi poi: *The Last Supper* alterna momenti di grande pace a momenti di rara tensione, magistralmente descritti dalle musiche, sempre puntuali a sottolineare i diversi stati d'animo dei protagonisti, che inevitabilmente si ri-



Ian Gillan dei Deep Purple, primo interprete di Gesù



Ted Neeley e Carl Anderson durante la scena del tradimento

verberano sugli spettatori particolarmente empatici. In *Ghettsemane/! Only want to say* il pathos tocca il culmine: l'umanità di Gesù viene messa a nudo mentre le chitarre si fondono fra di loro mirabilmente, il tutto completato da interventi orchestrali di rara meraviglia. La voce di Gillan risulta più suadente rispetto a quella di Neeley, ma entrambi comunicano alla perfezione paura e tragicità. *The Arreste Peter's Denial* sono la naturale prosecuzione degli eventi, con la ripresa di temi musicali già sviluppati in precedenza, e ci traghettano fino a *Pilate and Christ*, dove Pilato interroga con voce stentorea il Nazareno, in un marziale incedere di armonie, per poi inviarlo da Erode, che con l'allegro ragtime di *King Herod's Song* irride il protagonista, bollandolo come truffatore. Inserita solo nel film, la meravigliosa *Could We Start Again, Please?* vede Pietro e Maria Maddalena lanciarsi in ricordi nostalgici, ultimo momento di dolcezza prima dei momenti più tragici: *Juda's Death* fotografa il pentimento e la disperazione di Giuda, che in un crescendo di rimorso musicale, si impicca. Gesù viene riportato da Pilato, il quale, messo alle strette dalla folla, lo fa fustigare per poi condannarlo a morte nella apocalittica *The Trial Before Pilate/39 Lashes*: il ripetersi ossessivo del riff chitarristico sottolinea in maniera drammaticamente efficace le lacerazioni della flagellazione. Ma è *Superstara* bucare le orecchie degli ascoltatori, con il suo ritmo nero e trascinate, e soprattutto con un Giuda ormai fan-

tasma che si erge a dominatore della scena. *The Crucifixion* è sicuramente la parte più sperimentale dell'opera: sintetizzatori, eccessi free jazz, ritmi spasmodici accompagnano Gesù fino al tragico epilogo, mentre il disco sfuma con la commovente *John Nineteen: Forty-One*, un meraviglioso e commovente brano strumentale che si chiude con uno speranzoso accordo maggiore pieno diserenza. La forza di questa opera rock è ancora attuale, e le splendide rappresentazioni che sono state eseguite proprio a Sassari a gennaio, con il gagliardo settantunenne Ted Neeley ancora sulla breccia,

stanno li a testimoniare: chiunque abbia assistito alla rappresentazione, sottoscritto compreso, è tornato a casa con la consapevolezza di essere stato partecipe di un evento speciale e irripetibile. Ovviamente all'uscita del film, audace e coraggioso nella sua riproposizione in chiave *hippie* della passione, sono fioccate le polemiche, mosse perlopiù da varie associazioni religiose, messe a tacere anni dopo, quando si scoprì che Papa Paolo VI prese visione del film, promuovendolo *cum laude*. La pellicola vanta alcune curiosità, come ad esempio i jet e i carri armati presi in prestito dall'esercito israeliano; oppure la prova della scena del suicidio di Giuda, con la corda che si rompe e Neeley che afferra al volo Anderson evitando che questi cada in un dirupo; ma la casualità più affascinante è senza dubbio la scena finale: il sole tramonta all'orizzonte, la croce si staglia davanti a esso, ma la ripresa è disturbata da un pastore che per caso passava di lì con il suo gregge; il regista e la troupe, alcuni di loro visibilmente commossi per questa serie di circostanze fortunate, decisero di non rifare la scena considerandola molto significativa. Comunque la si pensi, è impossibile restare indifferenti ai suoni e alle vicende umane di Jesus Christ Superstar, un disco che ha saputo emozionare un numero di persone impressionante, e che ancora continua a parlare alla gente, raccontando una storia che, a distanza di 2000 anni, ha ancora un significato che va al di là della stessa musica.

**ELENCO DEI MEDICI DISPONIBILI AD EFFETTUARE SOSTITUZIONI
DI ASSISTENZA PRIMARIA E DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
ANNO 2015**

| n. | 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 | Brichetto Giovanna | 1996 | Via degli Orti 11 | 07041 Alghero | 079/979098 | 340/7905249 |
| 3 | SI | SI | Lisbo Marcella | 2009 | NON COMUNICATO | 07033 Osilo | | 380/4349661 |
| 4 | SI | NO | Murdeu Luisa | 2011 | Corso Angioy 25/1 | 07100 Sassari | | 348/5912124 |
| 5 | SI | NO | Pischedda Caterina | 2004 | Via Pasubio 7 | 07100 Sassari | | 349/0841382 |
| 6 | SI | SI | Sassu Salvatore | 1969 | Via Limbara 22 | 07029 Tempio Pausania | | 333/9184989 |
| 7 | SI | SI | Taras Giovanna Maria | 2013 | Via Austria 2 | 07026 Olbia | | 392/7195751 |
| 8 | SI | NO | Unali Marco | 2014 | Via Forlanini | 07100 Sassari | | 328/6869456 |
| 9 | SI | SI | Zachos Maistros- Pavlos | 2012 | Via Torres 44 | 07100 Sassari | | 328/6209708 |

Aggiornato al 05.02.2015



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di SASSARI

Sassari
04/02/2014



digita e premi invio

CERCA

HOME

DOVE SIAMO

CONTATTI

SERVIZI

MODULISTICA

RICERCA ANAGRAFICA

FORMAZIONE

AREA COMUNICAZIONE

SASSARI MEDICA

E.C.M. Educazione Continua in Medicina

Programma Nazionale per la formazione
continua degli specialisti ambulatoriali



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