

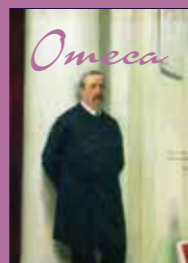
[www.omeca.it](http://www.omeca.it)

# omeca

PERIODICO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI CAGLIARI



Покрашете  
Н.А. Ринскомо Котлуку  
1881



# “Chi sa solo di medicina non sa niente di medicina”

Emilio Montaldo

**R**oberto Napolitano, direttore del quotidiano il Sole 24 Ore, nel luglio 2015, ha aperto il suo pezzo con una frase che ci è piaciuto utilizzare come titolo di questo editoriale. La ragione? La medicina è una scienza e, in quanto tale, strettamente legata a ciò che caratterizza gli esseri umani: l'intelligenza capace di rigore creativo. Tuttavia, la medicina rimane ed è una scienza non esatta. E il rigore deve essere anche creativo. Perché il pensiero critico e creativo, oltre a potenziare il ragionamento clinico, promuove in medicina la più importante delle competenze per curare un altro essere umano: la capacità d'immaginare, intesa come capacità di guardare oltre un punto di vista soltanto. Disposizione cruciale tanto per le diagnosi quanto per le relazioni. Diversi anni or sono circolava una voce (era solo uno scherzo, una battuta velenosa ai danni dei medici) che diceva che il chirurgo non sa niente ma sa fare tutto, il medico internista sa tutto ma non sa fare niente, l'anatomopatologo sa tutto e sa fare tutto ma ormai è troppo tardi e lo psichiatra non sa niente e non sa fare niente. In realtà i medici chirurghi e gli odontoiatri fanno e fanno fare, e fanno molto di più che il solo sapere di medicina impone. **Immanuel Kant** dice che attraverso una risata, ben percepita da ciascuno di noi, possiamo raggiungere il corpo attraverso l'anima e servirci di quest'ultima come medico del primo. Quindi soltanto attraverso una relazione umana saremo capaci di curare i nostri pazienti, non solo di “guarirli”. In copertina di questo mese c'è il ritratto del medico, grande chimico e grande musicista **Aleksandr Borodin**. L'immagine scelta introduce il tema prescelto per le copertine di Omeca del 2024, dedicate a coloro



Antonio Gramsci,

che sono diventati famosi come artisti e umanisti, prima ancora che come medici. Questo è il tema di una riflessione sull'evoluzione del ruolo del medico negli ultimi anni, sia dal punto di vista tutto interno alla nostra categoria, sia rispetto all'immagine che di noi hanno i pazienti e la società. Come ho detto in altre occasioni, da che esiste la civiltà, la gente ha sempre attribuito un grande rispetto e un forte riconoscimento sociale a quelle figure che si sono via via occupate di alleviare la sofferenza dei propri simili, fino a poco tempo fa. Da circa 50 anni, a causa del ruolo assunto dalla tecnologia e dell'informatica in termini di diagnosi e cura del paziente, il medico ha subito una progressiva ridefinizione del proprio status sociale con una drastica riduzione della sua autonomia professionale. Oggi potremmo apparire agli occhi della gente, dei media e dei social come tecnici iper-specializzati, abili nel gestire le tecnologie più recenti. Tuttavia siamo pesantemente condizionati dalla complessità sociale in cui esercitiamo, siamo schiacciati dalla burocrazia imperante e siamo impotenti rispetto all'esiguità delle risorse materiali e umane; siamo criticati e disprezzati dai pazienti molto più che in passato. Abdicare al ruolo di meri meccanici del corpo umano significa essere miseramente destinati a essere sostituiti dalle diverse intelligenze artificiali che domineranno a breve il nostro mondo, comandando strumentazioni sempre più complesse e relegando la dimensione umana alla sola figura del malato da riparare. Ma l'avvenire della nostra professione non può dipendere dal solo sviluppo scientifico. È necessario pensare nei termini di una cultura integrata, in cui la scienza ritrovi la sua funzione rispetto al significato dell'uomo senza pretendere di esaurirlo. **Antonio Gramsci**, già all'inizio del secolo scorso, ci suggeriva come non si potesse separare l'homo faber dall'homo sapiens, proponendo l'idea di un intellettuale non separato



## EDITORIALE

3 “Chi sa solo di medicina, non sa niente di medicina” Emilio Montaldo

## PRIMO PIANO

- 4 Sos medici e sistema sanitario nazionale (m.fr)
- 6 Medici di famiglia, entro il 2028 lasciano in 719 e subentrano in settanta
- 7 Firmati i contratti per Medicina generale e specialistica ambulatoriale
- 8 Calcolosi renale recidivante e terapia medica Piergiorgio Bolasco

## ATTUALITÀ

- 12 Alcol e tumori, sale il grido d'allarme Daniele Farci
- 13 Al Businco l'acceleratore lineare

## LA PROFESSIONE

- 14 Giornate Simfer, focus sul paziente anziano (m.fr)
- 15 Pensioni, tra distorsioni e domande sulla rivalutazione

## A RUOTA LIBERA

- 18 Gigi Riva, *hombre vertical* e *opinion leader* Tore Erbi

## ATTUALITÀ

- 19 Senologia, il Centro all'ospedale Binaghi (m.fr)

## COMMEMORAZIONE

- 20 “A Daniele, sportivamente” Daniele Farci
- 21 In ricordo di Mario Silvetti Mondino Ibba
- 22 “Bebo, grazie a te siamo uomini e medici migliori” Di Martino, Demontis, Dessena, Grosso

## LA PROFESSIONE

- 23 Odontoiatria, la gestione del profilo d'emergenza

## BREVI

## ARTE E CULTURA

- 26 “L'alba tra le brume”

## LE PILLOLE DI OMECA

- 27 Il libero arbitrio Daniele Farci

Ritratto del compositore Aleksandr Porfir'evic Borodin.  
Ilya Repin, State Russian Museum di San Pietroburgo.

Figlio illegittimo di un principe georgiano, Borodin mostrò fin da bambino una molteplicità di talenti. A sedici anni era già iscritto all'Accademia medico-chirurgica di San Pietroburgo, dove compì studi che approfondivano la conoscenza della chimica, perseguendo in parallelo quelli musicali. Da autodidatta imparò a suonare il violoncello, il flauto e il pianoforte. Per tutta la vita si destreggiò tra la chimica e la musica, cui dedicava i ritagli di tempo, tanto da definirsi un “compositore della domenica”. Insieme a Balakirev, Kjuj, Mussorgsky, e Rimsky-Korsakov, egli fu parte del gruppo detto “I grandi cinque”, compositori che, si impegnarono per far rinascere la musica russa tradizionale, raggiungendo un'alta caratura. Ai posteri restano brani quali le “Danze polovesiane” di Borodin, alla cui scrittura l'autore dedicò ben 17 anni della sua vita.

Giovanna Uccheddu

## Medicina e altro

Borodin è il primo di una serie di ritratti che occuperanno le prossime copertine di Omeca 2024: quelli di medici che si distinsero in modo spiccato in un campo non medico, tanto da essere diventati famosi soprattutto per questo motivo. Scrittori, poeti, cantanti, perfino calciatori: la storia più e meno recente è ricca di queste figure che hanno interpretato la concezione umanistica dell'Uomo a tutto tondo, dedito alla conoscenza nel senso più ampio del termine e alla ricerca del bello.



# Sos medici e sistema sanitario nazionale

**GLI SPECIALISTI DIMINUISCONO, SPECIE QUELLI DI MEDICINA GENERALE CHE HANNO VISTO AUMENTARE IL PROPRIO CARICO DI LAVORO, E SONO I PIÙ ANZIANI IN EUROPA. L'IMPIETOSA FOTOGRAFIA DELL'ISTAT E UN FUTURO CON UN'ENORME CRESCITA DELLE RICHIESTE DI CURE E ASSISTENZA**

**“M**edici cercasi. In Italia sono i più anziani d'Europa e cresce chi fugge dal Ssn. Quelli di famiglia ormai introvabili. I numeri dell'Istat”. Il titolo di quotidianosanita.it non lascia scampo. La realtà nazionale è questa. Ed è difficile fuggirne via. Lo rivela la recente e impietosa fotografia dell'Istituto di statistica sul personale del Sistema sanitario tricolore. I nostri medici sono i più anziani d'Europa: nel 2021, il 55,2 per cento dei camici bianchi italiani ha 55 anni e più, a fronte del 44,5 in Francia, del 44,1 in Germania e del 32,7 in Spagna. Inoltre, aumentano le dimissioni volontarie dal pubblico. E ancora, sei medici di medicina generale su dieci superano il limite di 1.500 pazienti. Di fatto, dati brutali per il sistema Paese e non solo del comparto sanitario. Il flash è stato evidenziato dall'Istat in audizione in Commissione cultura al Senato sui ddl per la riforma dell'accesso a Medicina. “In generale - scrivono dall'Istituto di statistica - nel 2021, l'Italia si colloca al quattordicesimo posto tra i paesi dell'Unione europea per numero di medici ogni 100mila abitanti (410,4); la dotazione di personale medico

è più elevata di quella rilevata in Francia (318,3) e Belgio (324,8) e inferiore a quella osservata in Austria (540,9), Germania (453,0) e Spagna (448,7). In particolare, la dotazione di medici specialisti, pari a 328,3 medici ogni 100mila abitanti, è superiore a quella di Austria (300,7), Spagna (277,6) e Francia (180,0) e inferiore a quella della Germania (349,5). I medici di medicina generale (Mmg) fanno invece registrare, nel confronto europeo, valori decisamente più contenuti rispetto a questi paesi (68,1 in Italia rispetto a 72,8 in Germania, 74,8 in Austria, 94,4 in Spagna e 96,6 in Francia)”. In Italia il numero dei medici di medicina generale, pari a 40.250 nel 2021, si è ridotto negli ultimi dieci anni di 5.187 unità. L'offerta è passata da 76 specialisti per 100mila abitanti nel 2012 ai 68 nel 2021. Negli stessi anni sono quindi aumentati il carico di assistenza, passato da 1.156 assistiti per Mmg a 1.260, e la quota di Mmg con più di 1.500 assistiti (limite superiore fissato dalla normativa nazionale), che dal 27,3 per cento del 2012 è salita al 42,1 del 2021. La progressiva carenza di Mmg accomuna tutte le aree del paese ma è il Nord la ripartizione geografica più svantaggiata, con una costante diminuzione della dotazione di specialisti. Dotazione che - rileva l'Istat - è passata da 71 ogni 100mila abitanti del 2012 al 62 del 2021. Nello stesso anno Centro e Mezzogiorno mostrano valori simili, pari rispettivamente a 74 e 73,1. Per quanto riguarda i medici specialisti in attività nel sistema sanitario pubblico e privato, “l'età media nel 2022 è pari a 53,7 anni, con una quota pari al 49,2 per cento di medici specialisti con 55 anni e più. Tra le specializzazioni più diffuse, la percentuale di specialisti over 54 supera il 50 cento tra i cardiologi, i ginecologi, gli internisti, gli psichiatri e soprattutto i chirurghi (58,6). Diverse altre specializzazioni fanno registrare comunque un ritmo di “invecchiamento” molto sostenuto: tra il 2012 e il 2022 la quota di over 54 anni tra i medici d'urgenza è passata dal 26 al 41,8 per cento. Tra gli oncologi dal 23,7 al 32,8, tra i geriatri dal 32,8 al 45,2 per cento. Come riporta puntuale il servizio su quotidiano sanità,

il Servizio sanitario nazionale dovrà fronteggiare nei prossimi anni una crescente domanda di assistenza dovuta al progressivo invecchiamento della popolazione e all'aumento delle malattie croniche e della multi morbidità. Inoltre, non cresce il numero dei medici dipendenti del Ssn. Negli anni



precedenti la pandemia, “la dotazione di medici specialisti dipendenti del Ssn è leggermente diminuita in valore assoluto, passando da circa 105mila unità nel 2012 a circa 102 mila nel 2019. L'ultimo dato disponibile, relativo al 2021, è simile a quello osservato nel 2019 con 102.376 medici dipendenti. Nonostante i recenti interventi normativi straordi-

nari volti a rafforzare il personale medico sanitario, il tasso rispetto alla popolazione, pari a 173,3 per 100mila abitanti nel 2021, è ancora inferiore a quello registrato dieci anni prima (175,7 nel 2012) e di poco superiore a quello del 2019 (169,7). Rispetto al totale dei medici specialisti in attività nel sistema sanitario pubblico e privato, quelli dipendenti del Ssn rappresentano una quota decrescente nel tempo: erano il 62,6 per cento nel 2012, il 56,2 nel 2019 e il 54,8 nel 2021”. Il tema emerge in tutta la sua gravità: uno su tre abbandona volontariamente. Le cessazioni dal servizio dei medici del Ssn “risultano in aumento nel tempo: erano 6.731 nel 2012, 9.232 nel 2019, 10.596 nel 2021. Tra i motivi della cessazione, nel 2021, il 20,9 per cento è dovuto a collocamento a riposo per limiti di età e il 31,5 a dimissioni con diritto alla pensione, il 17,1 al passaggio ad altre amministrazioni pubbliche, vincita di concorsi o risoluzione del rapporto di lavoro, mentre il restante 30,5 per cento ad altre cause, tra cui le dimissioni volontarie (che possono evidenziare la scelta di esercitare la propria professione nel settore privato o all'estero)”. ★

(m.fr. da Quotidiano sanità.it)

Segue da pagina 3 “Chi sa solo di medicina non sa niente di medicina” di Emilio Montaldo

» dal mestiere che svolge, ma che, semmai, tramite la propria professione, sia ancora più capace d'interpretare la realtà in cui vive e sia protagonista della società in cui opera. Per rispondere all'esigenza, sempre più stringente, di recuperare prestigio sociale e autonomia lavorativa, è necessario riportare il medico alla sua dimensione intellettuale, affinché giunga alla consapevolezza e alla piena appartenenza al contesto storico e socio-culturale in cui è inserito, professionalmente e filosoficamente. Nelle pagine di questa rivista, abbiamo sempre insistito sulla necessità che i decisori ci coinvolgano prima di fare scelte legate al governo della sanità locale e nazionale. Sempre da queste posizioni, abbiamo ribadito con convinzione che la competenza dei medici costituisca un punto di riferimento imprescindibile per la gestione di altre tematiche strettamente connesse alla salute, come l'ambiente, la scuola, le politiche sociali. Il medico di oggi deve tornare ad avere l'ambizione di considerarsi un intellettuale completo, perché sintesi di scienza e umanismo, che collabora attivamente

ai processi di riforma sociale, che coopera stabilmente coi responsabili in tutti i livelli di governo della cosa pubblica, non ripiegato su sterili recriminazioni, ma che cavalca il progresso scientifico, domandolo con l'etica e traghettando in questo percorso virtuoso tutta la società civile. Noi medici dovremmo riscoprire l'orgoglio e l'entusiasmo di esercitare questa professione che è intellettuale e non solo scientifica, continuando certamente a curare le malattie, ma insieme ri-iniziando a interessarci delle angosce che attraversano l'uomo ogni volta che una criticità, non solo sanitaria, mette in discussione la sua esistenza. È necessario che le persone trovino naturale ascoltare il nostro punto di vista anche su questioni che caratterizzano la realtà civile in cui siamo immersi, dal diritto all'economia, dall'ecologia alla scuola, dalla politica all'etica, così da recuperare quell'autorevolezza perduta nei meandri della burocratizzazione della professione e nella miopia dei tagli alla spesa sanitaria. Non è mai troppo tardi per riprendere in mano il nostro destino. ★



# Medici di famiglia, entro il 2028 lasciano in 719 e subentrano in settanta

È QUESTA L'IMMAGINE DEL SETTORE IN SARDEGNA DALL'OSSERVATORIO CONTI PUBBLICI. ATTUALMENTE L'ISOLA PATISCE UN DEFICIT DI 450 SPECIALISTI

Da Olbia a Carloforte, passando per Tortolì e Pula fino al capoluogo: la carenza di medici di medicina generale in Sardegna è drammatica. A rischio d'estinzione ha rimarcato di recente l'Unione Sarda con un'inchiesta firmata da **Piera Serusi** e **Cristina Cossu**. L'Osservatorio conti pubblici italiani ha analizzato gli indicatori di chi raggiunge i limiti d'età e quelli delle assunzioni. La risposta? Entro il 2028 nell'isola si stima l'addio di 719 medici, mentre quelli in arrivo sarebbero una settantina. Ovvero, 649 unità in meno di quel serve per garantire assistenza e cure da paese civile. Pensionamenti, tagli alla sanità, le condizioni di lavoro forsennate, pregressa e scarsa preveggenza degli amministratori nel dimensionare gli iscritti a Medicina, conducono a un passivo molto pesante. E scoraggiano studenti e studentesse che si iscrivono ma virano su specialità meno feroci di quella che conduce a un ambulatorio di medicina generale. In Sardegna i medici di base sono un migliaio e devono operare con circa un milione e quattrocentomila sardi, da cui sono esclusi i residenti in età pediatrica. Insomma, il testa coda è impattante e doloroso. Al concorso dello scorso anno i posti per incarichi vacanti hanno riguardato 493 sedi. Hanno accettato in 53. Nel dettaglio, 22 a Cagliari (su

150), 5 a Oristano (59), 3 in Ogliastra (16), 2 a Nuoro (58), 18 a Sassari (98) e 3 in Gallura su 44. Dai diretti interessati si scopre che si deve far fronte a un copioso lavoro burocratico (il 40 per cento del tempo) e all'aumento dei massimali (da 1500 a 1800 assistiti). ★

## Il grido d'allarme dei pediatri LE FORTI SOFFERENZE DEL SISTEMA TERRITORIO-OSPEDALI

Le parole di **Osama Al Jamal** non cercano scorcioie: "La situazione è drammatica. Il mio ambulatorio è ormai un pronto soccorso, senza orario". Il dottor Al Jamal, segretario regionale della Federazione italiana medici pediatri, parla dal suo ambulatorio di Assemmini e non dal cuore di un paese africano martoriato da guerre, pestilenze, carestie. Ma proprio nell'area di Assemmini, Elmas e Decimomannu ci sono oltre duemila bambini senza pediatra. Facile intuire quanti siano nell'intera regione. Un'emergenza vera e propria, denunciata da tempo e ribadita al quotidiano del capoluogo. Con un duplice e grave risvolto: si mette a rischio la salute dei minori e si grava sempre più sul pronto soccorso degli ospedali. Ovvero, si sta assistendo al tracollo o quasi dell'inefficienza dell'assistenza territoriale. Osama Al Jamal è il solo pediatra tra Assemmini ed Elmas, fetta più popolosa della Sardegna. È stato sufficiente che una collega andasse in pensione per acuire la situazione. "Assisto 1.250 bambini, duecento oltre il massimale". E se nel capoluogo e nel sud Sardegna va male, altrove, se possibile, va anche peggio. Come nel Mandrolisai con interi paesi scoperti e nell'oristanese. Anche dagli ospedali si ripetono gli sos. **Maurizio Zanda**, primario della pediatria del Brotzu, conferma la mancata assistenza sul territorio finisce per larga parte sul pronto soccorso: "Un problema serio". Intanto, ci sono trenta iscritti alla scuola di specializzazione. Ma serviranno anni prima che entrino in servizio.



# Firmati i contratti per Medicina generale e specialistica ambulatoriale

FNOMCEO: "PASSAGGI, MOLTO IMPORTANTI PER IL TERRITORIO, CHE SEGnano UN CAMBIO DI PASSO". ADESSO, SI LAVORA PER IL TRIENNIO 2022/24

La firma dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale e la continuità assistenziale e la sigla di quello per la specialistica ambulatoriale sono stati "una due giorni

interventi non solo a livello economico ma anche normativi e di tutele. Segnano dunque un cambio di passo, verso una valorizzazione del ruolo fondamentale che questi professionisti ricoprono nel Servizio sanitario nazionale. Ringraziamo quindi la Sisac e le organizzazioni sindacali per l'ottimo lavoro svolto. Serve adesso un nuovo atto d'indirizzo che promuova ancor più il lavoro in equipe con gli specialisti e con le altre professioni sanitarie e



importante per la medicina del territorio, che speriamo prelude a quella riforma che tutti auspichiamo". **Filippo Anelli**, presidente della Federazione nazionale Ordini medici chirurghi e odontoiatri, ha reso merito agli accordi per le due discipline. Le organizzazioni sindacali con la Sisac riguardano il triennio 2019-2021. L'accordo per la medicina generale era scaduto da quasi sei anni e arriva dopo un biennio di trattative. "Entrambi gli accordi riconoscono il valore del lavoro integrato dei medici di medicina generale e degli specialisti, e prevedono

affianchi loro assistenti di studio e personale amministrativo, riducendo quella pressione burocratica che toglie così tanto tempo all'attività clinica". Quel che manca all'appello è la contrattazione inerente il triennio 2022/24. "L'auspicio - rimarca Anelli - è che si arrivi finalmente alla contrattazione relativa al triennio 2022/24. Contrattazione che dovrà tener conto del Pnrr e delle mutate esigenze di cura e di assistenza, per una medicina del territorio e delle cure primarie sempre più vicina al cittadino e al passo con i tempi". ★

# Calcolosi renale recidivante e terapia medica

**LA SPERANZA DEI PAZIENTI STREMATI DA COLICHE E DISTURBI RENALI. LA PATOLOGIA RIGUARDA OLTRE DUECENTOMILA SARDI E OLTRE LA METÀ SONO DEFINITI FREQUENT STONE FORMERS**

Dopo aver letto e molto apprezzato l'articolo del dottor **Mario Maroccu**, sull'Urologia a Sirai dove a fine degli anni '70 ebbi il privilegio di conoscere, mi sono sentito in dovere di lanciare speranze per i tanti pazienti spesso stremati dalle continue coliche e/o disturbi renali. La calcolosi urinaria è una patologia molto frequente che colpisce variabilmente a seconda della latitudine delle regioni italiane.

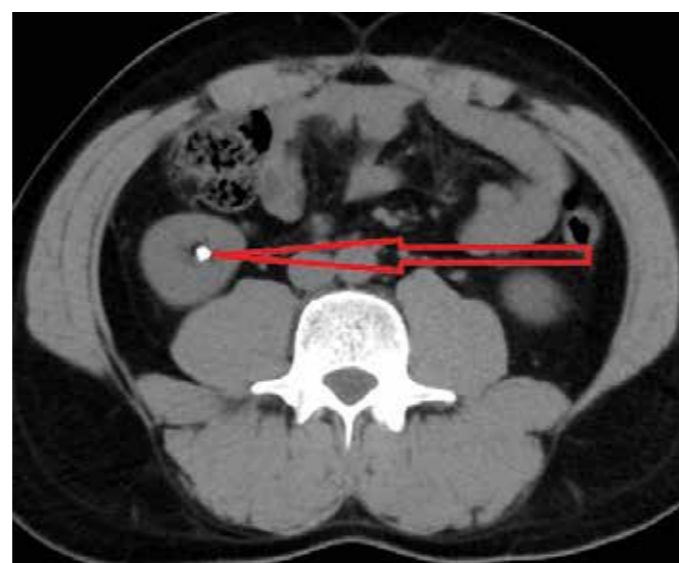
Purtroppo non esistono dati certi sull'incidenza o sulla prevalenza, sia per carenza di studi specifici nefrologici ma anche la mancanza di sicure evidenze che sottostimano i valori reali nella nostra popolazione poiché il paziente che si reca al Pronto soccorso per una colica renale non viene quasi mai ricoverato salvo nei casi di ostruzione delle vie urinarie con dilatazione calico-pielico o ureterale.

In Sardegna, specie nel Sud dell'Isola, a causa del clima con caratteristiche sub-tropicali, si può stimare che oltre 200mila sardi soffrano o abbiano sofferto di litiasi renale. Di questi pazienti probabilmente oltre il 50 per cento sono definiti *frequent stone formers*. Infatti, a causa d'influenze riportabili alla familiarità con un chiaro imprinting genetico, abitudini alimentari improprie, scarsa introduzione di liquidi durante l'attività fisica con disidratazione, specie alle alte temperature ambientali, si producono quelle condizioni chimico-fisiche anche a causa di disfunzione renale tubulare. Molti pazienti si presentano al nefrologo con una lunga storia di litotriessie percutanee extracorporee (Eswl), endoscopiche (Pcni), frantumazione e/o estrazione endoscopica (Urs) e raramente mano-



Piergiorgio Bolasco

vire chirurgiche con esposizione del rene. I soggetti *produttori di calcoli* sono definibili come coloro che hanno avuto almeno due coliche renali in un lasso di tempo di due anni ma la maggior parte dei pazienti produce calcoli ogni mese per anni con possibile e irreversibile compromissione del rene o dei reni colpiti. È stato di monito l'osservazione del dottor Maroccu su quei pazienti che, dopo aver risolto la colica renale e per mesi in pieno benessere, in occasione di un controllo ecografico scoprono che il rene colpito è irreversibilmente diventato una piccola massa sclerotica non funzionante. Questo perché talora il calcolo ostruente, sia a livello del giunto-pielo-ureterale o in qualsiasi tratto dell'uretere non è sintomatico ma impedisce totalmente il fisiologico flusso urinario verso la vescica. Pertanto, è di prassi, all'atto dell'uscita dal Pronto Soccorso o dall'Urologia prescrivere un controllo ecografico renale almeno dopo due mesi. I reni normalmente secernono nelle urine sostanze chimiche (promotori) come l'ossalato, il calcio, il fosforo, l'acido urico ecc. che, in condizioni fisico-chimiche sfavorevoli, producono in un "batter di ciglio" la formazione e l'aggregazione di cristalli, spesso su una parte cellulare organica proveniente dal fisiologico sfaldamento dell'urotelio. I cristalli procedono dopo la nucleazione ad accrescersi dando luogo a calcoli renali che nel tem-



Piergiorgio Bolasco\*



po possono diventare di non modeste dimensioni. Fortunatamente il rene produce sostanze (inibitori) che contrastano e inibiscono l'aggregazione di nuovi cristalli e/o la crescita dei calcoli pre-esistenti. Il principale protagonista è il citrato, concorrono il magnesio, il potassio con produzione di calcoli solubili. È il gioco tra inibitori e promotori che impedisce, in condizioni normali in soggetti sani, la formazione di calcoli renali, anche in condizioni critiche. Ma la formazione di calcoli è molto condizionata dalla concentrazione urinaria e dal pH urinario: la prima (meglio nota come sovrassaturazione) può essere evitata con assunzione di liquidi e frutta e coloro che sono "i pazienti produttori seriali" devono urinare nelle 24 ore oltre 2,5 litri (quindi bere oltre 3 litri al giorno), il secondo dipende da molti fattori e in questo caso l'alimentazione può produrre acidificazione urinaria. Talora invece se è presente una situazione infiammatoria subacuta o cronica delle vie urinarie. Pertanto, esistono calcoli che si formano a pH acido (<5,5) altri, e purtroppo meno curabili, calcoli che precipitano con un pH >7. Nella maggior parte dei casi il protagonista nella formazione dei calcoli è il calcio urinario provocato non solo da fattori ereditari, familiari genetici o fattori idiopatici e tale situazione è spesso dovuta a un'alimentazione ricca di calcio, povera di liquidi e dall'utilizzo di acque da bere francamente ipercalciche, senza che sia presente una patologia scatenante. Recentemente i colleghi spagnoli chiedono i protocolli per lo studio della calcolosi poiché anche da loro vi è alta incidenza. Gli studi hanno dimostrato che in un paziente che ha avuto un primo calcolo, la probabilità di formare un secondo calcolo è di circa 15 per cento in un anno, 35/40 in cinque anni, 60 in dieci anni e

80 per cento nell'arco della vita. Inoltre la calcolosi renale colpisce più gli uomini delle donne.

**Chi deve curare i calcoli.** Non vi è dubbio che il principale specialista di riferimento per la cura della calcolosi renale è lo specialista urologo, fondamentale per la cura della calcolosi e pur avendo tutte le capacità scientifiche, l'intenso impegno giornaliero nell'ambito chirurgico lascia poco spazio a un'intensiva, accurata, continuativa e approfondita attività mirata alla prevenzione, anche perché il paziente calcolotico ha necessità di comunicare con lo specialista talora frequentemente. L'urologo è protagonista nel risolvere situazioni cliniche e il suo tempo deve essere giustamente dedicato all'attività chirurgica. L'intervento urologico è spesso risolutivo ma migliaia di pazienti (che continuano a produrre nuovi calcoli) si sottopongono numerose volte a esasperanti procedimenti di litotriessia e/o interventi endoscopici e chirurgici, stressanti e talora non sempre innocenti anche con eventuali seri danni prodotti anche da litotriessie percuta-



nee continuative. Qui entra di scena il nefrologo che, conscio dell'iterativa sofferenza del paziente, presa visione delle numerose e particolari analisi metaboliche, applica una corretta terapia medica, nutrizionale e idropinica obbligatoriamente personalizzata sulla tipologia e individuazione dei fattori causali e quindi, di fatto, "sottraendo" i pazienti all'osservazione urologica poiché il programma nefrologico di cura e prevenzione conduce allo stop nella formazione di calcoli, all'accrescimento di quelli già presenti e talora, in certi tipi di calcoli, alla totale dissoluzione di essi come nel caso dei calcoli di acido urico o al loro indebolimento che può intaccare la struttura del calcolo con una lenta ma progressiva disgregazione e quindi eliminazione graduale di frammenti più facilmente eliminabili naturalmente come nella calcolosi più frequente,

anche in Sardegna, di ossalato di calcio.

**Collaborazione tra specialisti.** La lotta della calcolosi seriale non si può più condurre senza la stretta collaborazione dell'urologo con il nefrologo. Infatti, sembra ragionevole ed etico che l'urologo alla seconda-terza litotrixxia di nuovi calcoli instradi il paziente verso il nefrologo specializzato nel campo specifico. Purtroppo esiste anche il rovescio della medaglia in tutte le regioni d'Italia. I nefrologi che si occupano in maniera esperta di cura e prevenzione della calcolosi renale sono rari e la formazione necessita di corsi e incontri con i pochi colleghi del resto d'Italia. In Italia sono ancora più rari i laboratori dedicati e specializzati



nelle analisi metaboliche dei calcoli renali e anche la metodologia pre-analitica per la raccolta delle urine e per l'analisi del calcolo è molto rigorosa e il paziente deve essere ben istruito. Oltretutto i calcoli possono essere costituiti da più componenti chimiche che possono essere definite solo con l'analisi spettrofotometrica a raggi infrarossi. In Sardegna attualmente non abbiamo laboratori iper-specialistici.

**Regole d'oro.** Il produttore di calcoli deve necessariamente adeguarsi a: 1) identificare i fattori di

rischio metabolici con l'analisi delle urine e/o del calcolo; 2) la sua *condanna* è abituarsi a bere notevoli quantità di liquidi, il tanto per poter urinare almeno 2,5 litri di acqua al giorno; in certi casi, poiché vi sono molti pazienti con grave carenza di citrato nelle urine è molto gradita l'assunzione di spremute di arance e altri agrumi ricchi di acido citrico che poi arriva al rene per rafforzare la presenza di citrato; 3) nelle calcolosi, più frequenti a pH acido, è gradita l'assunzione dello stesso citrato e di bicarbonato onde alcalinizzare le urine creando un ambiente chimico urinario sfavorevole a questo tipo di calcolosi (ossalato di calcio, acido urico, iperossalurie secondarie e primitive); 4) cercare di mantenere il peso corporeo nei limiti della norma: l'obesità è un fattore favorente; 5) abituarsi a una dieta rigorosamente iposodica (sale da cucina <5 g/die) specie nei pazienti affetti anche da ipertensione arteriosa onde evitare che l'eccesso di sale trascini p.es. l'ossalato sino al rene favorendo il legame già nell'intestino ossalato-calcio che viene eliminato con le feci; 6) seguire un'alimentazione bilanciata e ritagliata in maniera estremamente mirata e personalizzata a seconda del tipo di calcolosi (esempio: pesce azzurro=acido urico; spinaci e bietole=ossalato); 7) l'attività fisica e sportiva deve essere incoraggiata ma durante l'esercizio fisico l'eccessiva sudorazione o la semplice traspirazione cutanea in ambienti caldi produce sovrassaturazione urinaria (ad esempio, nel tennis: idratarsi bene durante i *break*, non a fine partita perché allora i giochi sono già fatti); 8) consumare frutta e verdura ma attenzione, alcuni di questi alimenti vegetariani specialmente le insalate e alcuni legumi contengono sostanze pro-litogene per chi produce calcoli; 9) mai ridurre drasticamente il consumo di calcio con la dieta (la sua quantità deve essere stabilita con le analisi) e non possiamo arrecare danni scheletrici alle numerose donne con osteoporosi; 10) è noto che l'alimentazione ricca di proteine animali provenienti dalla carne è un criterio alimentare ben definito da evitare; la quantità di proteine deve essere calibrata sulle analisi metaboliche e personalizzata in tutte le calcolosi perché produce un aumento dell'acidità urinaria; 11) vanno limitate le bevande zuccherate con vari tipi di zuccheri raffinati, in quanto favoriscono la formazione di calcoli. Inoltre, diabete e sovrappeso sono fattori predisponenti; 12) no alla alimentazione *fast-food*: negli Stati Uniti stanno aumentando



le calcolosi degli adolescenti; 13) seguire le tabelle che il nefrologo o un nutrizionista esperto nel ramo deve consegnarvi.

**Cosa si deve bere.** Le caratteristiche delle acque minerali variano notevolmente. Il loro contenuto è composto da numerose sostanze minerali: sodio, cloro, potassio, fluoro, calcio, ferro, magnesio, silice, bicarbonati ma possono essere presenti tracce di altri elementi come litio, stronzio, arsenico, bario, manganese, solfati, iodio, nitrati, fosforo, alluminio, bromo. Tutti questi elementi provengono dallo scorrimento e dal contatto delle acque con le superfici sotterranee e superficiali. Le sorgenti devono essere collocate in zone non inquinate e quindi devono essere batteriologicamente pure. I parametri che devono essere presi in considerazione sono vari e il giudizio dell'acqua più adatta non deve basarsi solo su uno o due di questi (mai giudicare l'acqua dal residuo fisso). La terapia idropinica deve scaturire da una valutazione complessiva sulla base del tipo di calcoli renali da cui è affetto il paziente. È utile per classificare le acque in minimamente mineralizzate, leggermente mineralizzate o oligominerali, acque mineralizzate o medio minerali e acque ricche di sali minerali. Questo solo parametro è preso purtroppo in considerazione da molti acquirenti. Una certa quantità di calcio è indispensabile nelle acque che beviamo poiché il calcio è necessario per il metabolismo

cellulare. Sarà il nefrologo o il nutrizionista a indicarvi la quantità necessaria.

**Il pH e bicarbonati.** Il suo valore è legato alla presenza di sostanze alcaline come il bicarbonato alla fonte. Oltretutto sono le più gradevoli per il sapore conferito dal bicarbonato di sodio specie nelle acque effervescenti naturali o addizionate di anidride carbonica. Anche in questo caso occorre attenzione perché il bicarbonato in alte quantità si lega e veicola eccessive quantità di calcio o sodio. L'acqua del rubinetto? Perché no? ad alcune città pervengono acque potabili da differenti acquedotti di buona qualità, anche in Sardegna. Nella nostra Regione esistono praticamente solo acque di falda. Nel resto d'Italia provengono da acque di sorgente, non sono sempre di qualità, e spesso il costo/qualità non rispecchia la bontà dell'acqua. È dovere del nefrologo indicarvi le acque più idonee per il vostro caso evitando inutili carichi dai supermercati ed eccessive spese superflue senza contare che alcune acque sono imbottigliate utilizzando alcuni tipi di plastiche che sono indiscutibilmente dannose. Non abboccate alle frequenti pubblicità sulle acque da parte di alcune aziende, l'acqua è indispensabile ma non ha poteri curativi ma è solo la indispensabile profilassi di base. Per approfondimenti: [www.stopcalcolirenali.it](http://www.stopcalcolirenali.it). ★

\*specialista in Nefrologia

# Alcol e tumori sale il grido d'allarme

**LA SARDEGNA È TERRA DI BUONI BEVITORI SU SCALA NAZIONALE: IL 24.8 PER CENTO DEI RESIDENTI ASSUME QUANTITÀ DI ALCOL AD ALTO RISCHIO PER LO SVILUPPO DI UN TUMORE. MAGGIORMENTE INTERESSATI I RAGAZZI UNDER 17 E GLI ADULTI DAI 65 AI 74 ANNI**

L'alcol è una "sostanza sicuramente cancerogena" per l'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (Iarc). Il consumo di sostanze alcoliche, come vino, birra, cocktail e superalcolici, è associato anche alla cirrosi epatica e può indurre assuefazione, dipendenza e alterazioni comportamentali, che possono sfociare in episodi di violenza o in incidenti. Il consumo dannoso e rischioso di alcol è un importante problema di salute pubblica, responsabile in tutto il mondo di tre milioni di morti all'anno e di 740mila nuovi casi di tumore, di cui diecimila in Italia. La Sardegna è una delle regioni italiane in cui è maggiore il consumo di alcol: il 24,8 per cento dei sardi assume quantità di alcol ad alto rischio per lo sviluppo di un tumore, soprattutto in due fasce d'età: i ragazzi con meno di 17 anni e gli adulti dai 65 ai 74 anni. Un grido d'allarme sul diretto legame tra consumo di alcol e rischio di cancro arriva dalla Iarc e dall'Oms (Organizzazione mondiale della sanità), che rilanciano le raccomandazioni del Codice europeo contro il cancro: "Se bevi alcolici di qualsiasi tipo, limita l'assunzione. Non bere alcolici è meglio per la prevenzione del cancro." Sono stati individuati livelli e modalità di consumo delle sostanze alcoliche, al fine di ridurre i rischi per la salute. Per il consumo abituale, si fa riferimento al numero di unità alcoliche (Ua) consumate in media al giorno, che non devono eccedere due Ua per gli uomini e una Ua per le donne. Una Ua corrisponde a 12 grammi di etanolo, quantità contenuta in una lattina di birra, un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore. In realtà nell'assunzione di alcol non esiste un rischio pari a zero e qualsiasi modalità di consumo comporta un rischio, tanto più elevato quanto maggiore è la quantità di alcol consumata, in particolare

quando avviene fuori pasto. L'assunzione eccessiva di alcol in una singola occasione (*binge drinking*), tipica dei giovani, comporta un sostanziale incremento del rischio per la salute, anche quando non si accompagna a un consumo abituale elevato. I tumori indotti dall'alcol sono quelli del fegato, dell'esofago, dello stomaco, del cavo orale e del colon, ed è importante evidenziare che il 10 per cento dei tumori mammari è dovuto a un abuso di alcol. L'8,7 per cento delle donne consuma alcol in quantità a rischio per la salute e negli ultimi dieci anni si è registrato un aumento del 40 per cento delle donne che consumano alcolici lontano dai pasti. Una cattiva abitudine diffusa anche tra le giovani, aggravata dalla ridotta metabolizzazione dell'alcol nelle donne rispetto agli uomini e accentuata dal consumo eccessivo, anche solo occasionale e nel giro di poche ore. Gli alcolici aumentano il rischio di tumore al seno perché inducono l'incremento ponderale, ma soprattutto perché, favorendo le mutazioni del gene tumorale Braf, potenziano l'attività degli estrogeni. D'altra parte l'alcol è pericoloso per chi ha già avuto il tumore mammario, perché rende meno efficace l'ormonoterapia e aumenta l'incidenza di metastasi. È nozione comune che un consumo moderato di vino aiuti, con i suoi poteri antiossidanti, a prevenire disturbi cardiaci e metabolici. In realtà la metà dei casi di cancro attribuibili all'alcol in Europa è causata da consumi "leggeri" e "moderati", dimostrando che anche piccole quantità sono dannose. La relazione dose-risposta è chiara: maggiore è il consumo di alcol, maggiore è il rischio di cancro. Non esiste una quantità sicura di consumo, e il cosiddetto "bere responsabile" è un concetto privo di evidenze scientifiche. È quindi indispensabile investire sulla prevenzione, partendo dall'età scolare, diffondendo il concetto che l'abuso di alcol è dannoso, perché espone al rischio di cirrosi epatica e di tumori e che il rischio tumo-



Daniele Farci

quando avviene fuori pasto. L'assunzione eccessiva di alcol in una singola occasione (*binge drinking*), tipica dei giovani, comporta un sostanziale incremento del rischio per la salute, anche quando non si accompagna a un consumo abituale elevato. I tumori indotti dall'alcol sono quelli del fegato, dell'esofago, dello stomaco, del cavo orale e del colon, ed è importante evidenziare che il 10 per cento dei tumori mammari è dovuto a un abuso di alcol. L'8,7 per cento delle donne consuma alcol in quantità a rischio per la salute e negli ultimi dieci anni si è registrato un aumento del 40 per cento delle donne che consumano alcolici lontano dai pasti. Una cattiva abitudine diffusa anche tra le giovani, aggravata dalla ridotta metabolizzazione dell'alcol nelle donne rispetto agli uomini e accentuata dal consumo eccessivo, anche solo occasionale e nel giro di poche ore. Gli alcolici aumentano il rischio di tumore al seno perché inducono l'incremento ponderale, ma soprattutto perché, favorendo le mutazioni del gene tumorale Braf, potenziano l'attività degli estrogeni. D'altra parte l'alcol è pericoloso per chi ha già avuto il tumore mammario, perché rende meno efficace l'ormonoterapia e aumenta l'incidenza di metastasi. È nozione comune che un consumo moderato di vino aiuti, con i suoi poteri antiossidanti, a prevenire disturbi cardiaci e metabolici. In realtà la metà dei casi di cancro attribuibili all'alcol in Europa è causata da consumi "leggeri" e "moderati", dimostrando che anche piccole quantità sono dannose. La relazione dose-risposta è chiara: maggiore è il consumo di alcol, maggiore è il rischio di cancro. Non esiste una quantità sicura di consumo, e il cosiddetto "bere responsabile" è un concetto privo di evidenze scientifiche. È quindi indispensabile investire sulla prevenzione, partendo dall'età scolare, diffondendo il concetto che l'abuso di alcol è dannoso, perché espone al rischio di cirrosi epatica e di tumori e che il rischio tumo-

Daniele Farci\*

# Al Businco l'acceleratore lineare

**LA TOMOTERAPIA ELICOIDALE, FINANZIATA CON POCO MENO DI SEI MILIONI DI EURO DAI FONDI DEL PNRR, È L'ULTIMA FRONTIERA NEL CAMPO RADIOTERAPICO**

L'Armando Businco alla pari con i più quotati centri oncologici del Paese e d'Europa. La struttura complessa di Radioterapia oncologica, diretta da Raffaele Barbara, dallo scorso 12 febbraio ha a disposizione la Tomoterapia elicoidale. "Si tratta dell'ultima frontiera nel campo della radioterapia. Consentirà - spiega una nota - di trattare tutte le tipologie di neoplasie attraverso i più moderni trattamenti radioterapici, in linea con i centri oncologici più evoluti in Italia". L'Acceleratore lineare (Linac) di ultima generazione, è l'unico sul territorio regionale. "Un passo importante che conferma come il Businco rappresenti il polo di riferimento Onco-ematologico pediatrico e dell'adulto per tutta l'isola. Attraverso l'utilizzo dei nuovi macchinari, più veloci, potenti e mirati sul bersaglio sarà possibile ottenere risultati anche per il trattamento di tumori che colpiscono i pazienti più fragili, riducendo gli effetti collaterali. Il macchinario, infatti, consente di valutare in tempo reale la riduzione della lesione neoplastica durante il trattamento radiante, eseguendo una Radioterapia adattativa (*adaptive radiotherapy*), cioè in grado di adattarsi alle modifiche di volume tumorale". Strategie e strumentazioni all'avanguardia a livello nazionale, in grado di migliorare il tasso di efficacia

e di successo delle terapie oncologiche e la qualità di vita dei pazienti più delicati, come i bambini e gli adolescenti. "Il sistema si avvale della tecnologia Synchrony, che permette il monitoraggio e il controllo continuo del movimento d'organo e dell'escursione della lesione durante l'irradiazione e il conseguente cambiamento di direzione del fascio in tempo reale in modo da seguire il movimento della lesione neoplastica da trattare e adeguare perfettamente la distribuzione di dose sul tumore risparmiando gli organi adiacenti". Alla cerimonia inaugurale hanno preso parte i vertici dell'Arnas



L'acceleratore lineare Linus

Brotzu, Agnese Foddis, Ennio Filigheddu e Raimondo Pinna, l'assessore regionale della Sanità, Carlo Doria e l'arcivescovo di Cagliari, Giuseppe Baturi. Per l'acquisto della tomoterapia sono stati impegnati cinque milioni 897mila euro, finanziati con le risorse del Pnrr. ★



rale dell'alcol è moltiplicato nei fumatori. Inoltre, è importante appellarsi ai decisori politici, perché approvino idonee misure: aumentando la tassazione delle bevande alcoliche, regolamentando il loro marketing, riportando sull'etichetta esplicite avvertenze sanitarie e adottando concrete azioni per ridurre la disponibilità di alcol, soprattutto per gli adolescenti. ★

\*oncologo. Responsabile Medicina e Oncologia Nuova Casa di Cura, Decimomannu

# Giornate Simfer, focus sul paziente anziano

IL 16 MARZO GLI SPECIALISTI DIBATTONO DEGLI ATTUALI ORIENTAMENTI. TRA FRAGILITÀ, DISABILITÀ, APPROCCI CHIRURGICI E TERAPEUTICI

**H**a per cornice *Attuali orientamenti nel trattamento del paziente anziano fragile* l'appuntamento curato dalla Simfer. I lavori, curati dalla Società di fisiatria guidata dal segretario regionale **Mauro Piria**, si tengono sabato 16 marzo al Caesar's Hotel di Cagliari. Gli specialisti si ritrovano alle 8.30. I direttori della Giornata di studi sono **Antonio Capone**, **Silvia Porcu** e il dottor Mauro Piria. Che spiega: "In un mondo in costante evoluzione la gestione delle disabilità deve offrire opportunità aggiuntive d'innovazione e inclusione per poter essere all'altezza delle criticità che si stanno manifestando. La decrescita della popolazione e la modifica del concetto di famiglia sta sovvertendo la demografia del vecchio continente. In Italia nel 2050 ci saranno solo 45 milioni di abitanti e le famiglie unipersonali supereranno il 42 per cento. Chi si occuperà di chi sta male o di chi sviluppa una condizione di non autosufficienza?". La Giornata avrà per protagonisti, **Annalisa Maxia** e **Antonella Mandas** (moderatrici). Si parte con *Inquadramento dell'approccio geriatrico* e *Le cadute dell'anziano* di **Andrea Ungar** (Firenze). A seguire *Disfagia e presbifagia* con **Annarita Diana**, *Disabilità cardio-respiratoria* di Silvia Porcu (Iglesias). *Approcci terapeutici chirurgici*, moderato da Antonio Capone, **Cristina Sanna** e **Maura Serri**, vede sviluppati i temi *Chirurgia protesica articolare* con **Giuseppe Marongiu**, *Chirurgia vertebrale* di **Alberto Maleci**, *Chirurgia dell'obesità* con **Giovanni Fantola**, *Cardiologia interventistica* di **Salvatore Ierna** (Carbonia) e *Chirurgia delle paratiroidi* con **Pietro Giorgio Calò**. Su *Approcci terapeutici non chirurgici*, moderatori **Luciano Pittau** e Mauro Piria, relazioni su *Choosing Wisely* di **Mariika Werren** (Udine), *Nuovi approcci alle persone con disabilità tra cronicità e fragilità* di **Alessandro**

**Giustini** (Arezzo), *Cronicità e movimento: il ruolo chiave dell'attività fisica adattata* di **Nicola Frau** e *Attuali orientamenti nel trattamento dell'osteoporosi e della sarcopenia* di **Francesco Salis** e **Maristella Belfiori**. Le Giornate Simfer 2024 si sono aperte il 17 febbraio sul tema *Deformità del piede in età evolutiva: diagnosi differenziale e trattamento*. I successivi appuntamenti sono previsti su *Gestione del dolore in riabilitazione*, sabato 6 aprile, Caesar's Hotel, il 4 maggio alle Antiche terme di Sardara si dibatte di *Riabilitazione delle funzioni cognitive dopo cerebrolesione nell'adulto*. Quindi, sulle *Nuove tecnologie in riabilitazione* appuntamento per il 25 maggio, nuovamente al Caesar's Hotel. ★ (m.fr.)



# Pensioni, tra distorsioni e domande sulla rivalutazione

SUL TEMA RIPRENDIAMO UN ARTICOLO A FIRMA DI MICHELE POERIO E CARLO SITZIA, PRESIDENTE NAZIONALE ED ESPERTO PRESIDENZIALE DI FEDERSPEV

**N**el periodo antecedente la riforma previdenziale Dini (L. 335/1995) la perequazione automatica delle pensioni avveniva su base prima semestrale e poi annuale (grazie, Amato) in relazione alla variazione media delle retribuzioni contrattuali dei lavoratori dipendenti, pubblici e privati. Successivamente, a parte alcuni tagli alla rivalutazione delle pensioni oltre cinque volte il minimo Inps, alla fine degli anni '90, nei primi anni 2000 il meccanismo rivalutativo rispetto ai processi inflattivi è andato stabilizzandosi con la legge 388/2000 secondo il seguente schema: 1) rivalutazione del 100 per cento per importi delle pensioni fino a tre volte il minimo Inps; 2) rivalutazione del 90 per cento per importi tra tre e cinque volte il minimo Inps; 3) rivalutazione del 75 per cento per gli importi oltre cinque volte il minimo Inps. Il meccanismo a scaglioni anzidetto, già caratterizzato da un freno alla rivalutazione delle pensioni di maggiore importo, consentiva, comunque, una rivalutazione media complessiva attorno all'80 per cento rispetto all'inflazione accertata, previsionale o definitiva che fosse. Dal 2008 sulla rivalutazione delle pensioni medio-alte si è abbattuta una vera tempesta legislativa, veicolata sempre attraverso le leggi finanziarie o di bilancio, senza alcun confronto con i sindacati delle categorie interessate, certo non rappresentate dal sindacalismo confederale politicizzato, in particolare: a) legge 247/2007; b) totale mancata perequazione per le pensioni oltre otto volte il minimo Inps; c) legge 214/2011 (Fornero): mancata perequazione per gli importi oltre tre volte il minimo Inps, successivamente diventata mancata perequazione per gli importi oltre sei volte il minimo, dopo la censura della sentenza della Corte costituzionale n. 70/2015 e il *contentino* concesso per gli importi tra tre e sei volte il mini-

mo Inps dal d.l. 65/2015 del Governo Renzi che ha derubato i pensionati con importi medio-alti di circa 20 miliardi; b) legge Letta 147/2013: cessa il meccanismo a scaglioni, le fasce economiche prese ai riferimento per la rivalutazione passano da tre a cinque e l'incremento, in percentuale progressivamente decrescente, opera sull'intero importo della pensione goduta, anziché in misura distinta sui diversi importi della singola pensione, così che nessun segmento di essa è rivalutato al 100 per cento e la rivalutazione delle pensioni medio-alte scende dall'80 per cento medio circa al di sotto del 50 per cento.

**Perequazione e scaglioni.** Con la legge 234/2021 (a valere per il 2022), unica pausa contro l'accanimento anti rivalutativo, si ritorna (Governo Draghi) al sistema a scaglioni sui diversi importi della singola pensione: più 100 per cento fino a quattro volte il minimo; più 90 per cento tra quattro e cinque volte il minimo; più 75 per cento oltre cinque volte il minimo Inps, sulla falsariga della legge 388/2000, con inflazione previsionale 2022 all'1,7 per cento e definitiva all'1,9. La Legge 197/2022 (prima legge di bilancio Meloni), a valere per il biennio 2023-2024, senza neppure sapere quale sarebbe stata la svalutazione previsionale 2024, rinnova l'accanimento dello schema Letta, articolato in sei fasce sulla base dell'importo complessivo della pensione, inasprendolo, e cioè: rivalutazione al 100 per cento per le pensioni fino a quattro volte il minimo Inps; all'85 per cento tra quattro e cinque volte il minimo; al 53 per cento per le pensioni tra cinque e sei volte il minimo; al 47 tra sei e otto volte il minimo; al 37 per cento tra otto e dieci volte; al 32 per cento per gli importi complessivi oltre dieci volte il minimo Inps. Legge di bilancio 213/2023 (seconda legge di bilancio Meloni): la rivalutazione 2024 delle pensioni rimane invariata, rispetto alla legge 197/2022 anzidetta, tranne che per un ulteriore abbattimento di dieci punti percentuali (dal 32 al 22) per la rivalutazione delle pensioni d'importo oltre dieci volte il minimo Inps.



Riflessioni e domande: 1) quando la svalutazione è più bassa (2022: previsionale al +1,7 per cento e definitiva al +1,9 per cento) le pensioni medio-alte vengono meglio rivalutate (attorno all'80 per cento medio dell'inflazione accertata); quando la svalutazione è più severa (anno 2023: previsionale al +7,3 per cento e definitiva al +8,1 per cento, con conseguente conguaglio a fine anno del +0,8 per cento) la rivalutazione delle pensioni medio-alte, in particolare di quelle oltre dieci volte il minimo, scende al 32 per cento rispetto all'inflazione accertata (quindi in concreto +2,336 per cento di aumento e +0,256 per cento di conguaglio, rispetto al +8,1 per cento dell'inflazione definitiva 2022). 2) Quella anzidetta è la prova provata che lo schema di perequazione delle leggi 197/2022 e 213/2023 (Meloni), come della legge 147/2013 (Letta), non mira a difendere le pensioni medio-alte dagli insulti inflattivi, ma a imporre su di esse un prelievo improprio, di natura sostanzialmente tributaria, al di là del *nomen juris*, trattandosi di *ablazione patrimoniale* autoritaria, ingravescente e non recuperabile, rispetto a un diritto perfetto del cittadino pensionato offeso; 3) ma non bastava ancora lo sfregio della legge 197/2022 in materia di perequazione delle pensioni medio-alte, si è ancora voluto infierire per il 2024 (art. 1, c. 135, legge 213/2023) sulle pensioni oltre dieci volte il minimo (già le più penalizzate), portando la loro rivalutazione al 22 per cento rispetto all'inflazione (in concreto, tenendo conto dell'inflazione previsionale per l'anno 2023 di +5,4 per cento, l'incremento è del +1,188 per cento). Non si è neppure applicata (nel 2024 sul 2023) la banale proporzione  $+7,3: 32 = +5,4: x$ , che avrebbe almeno portato, con un piccolo arrotondamento, al +24 per cento nel 2024. Visto che l'inflazione diminuiva, bisognava incrementare il tributo improprio. Altro che *legittimo affidamento*, da parte del cittadino, pensionato ed elettore, nello Stato e nei suoi organismi e istituzioni; 4) anche senza tener conto della rivalutazione media limitata all'80 per cento circa, introdotta dalla legge 388/2000 (considerata ormai consolidata e quasi *fisiologica*), in soli due anni le pensioni oltre dieci volte il minimo hanno perso 48 punti percentuali di perequazione nel 2023, e 58 punti percentuali nel 2024 rispetto ai criteri della legge Draghi (L. 234/2021), in concreto poco meno del 7 per cento effettivo; 5) Inoltre, solo negli ultimi diciotto anni, la rivalutazione delle pensioni anzidette (medio-al-

te del ceto medio e delle classi dirigenti, sanitarie in particolare) è stata azzerata, o fortemente limitata, in tredici anni consecutivi (72,22 per cento del periodo), facendo perdere agli assegni di diritto il 20-25 per cento medio del loro potere d'acquisto effettivo.

**Esproprio proletario.** E di più hanno perso i colleghi che hanno dovuto patire anche il ricorrente *esproprio proletario di sovietica memoria del contributo di solidarietà*, e di più avremmo perso tutti noi se, per fortuna, l'inflazione degli anni 2016, 2017, 2021 non fosse stata vicino allo 0 per cento. Inoltre, i titolari di pensioni medio-alte, in pensione da 15-20 anni circa, che hanno avuto riconosciuta di diritto una pensione di tipo retributivo (tasso di sostituzione medio dell'80-85 per cento), si trovano oggi a godere di fatto di una pensione simil-contributiva o mista (tasso di



sostituzione medio del 60-65 per cento). Il tutto attraverso leggi di bilancio, senza alcuna riforma previdenziale organica e con grave scorrettezza sul piano istituzionale della legittimità delle fonti. La *patrimoniale* sulle pensioni medio-alte (da deficit di rivalutazione) non solo stride perché priva dei requisiti di universalità e progressività richiesti dall'art. 53 della Costituzione, ma non si giustifica neppure sul piano concreto e morale. Basta guardare il nostro sistema fiscale Irpef: tredici milioni di potenziali contribuenti non pagano l'Irpef (o perché privi di reddito, o perché evasori totali, o perché il cumulo di deduzioni/detractions ha azzerato il reddito), 40,5 milioni di contribuenti Irpef ha assolto nel 2022 l'obbligo e il reddito totale dichiarato, riferito al 2021, è risultato composto per circa l'83 per cento da redditi da lavoro dipendente o



da pensione. La categoria fiscale di appartenenza dei pensionati con reddito oltre 60mila euro lordi/anno (pensionati da otto volte il minimo Inps in su), che rappresenta il 5 per cento dei contribuenti effettivi, paga già più del 40 per cento del carico totale Irpef (rapporto 1:8).

**Discrezionalità e abusi.** Visti i dati ufficiali e concordanti Mef-Agenzia delle Entrate, quindi cosa si vuole di più da noi? E la ventilata prossima riforma del sistema fiscale ha già messo le mani avanti: dato che si prospetta un vantaggio fiscale di 260 euro/anno per i redditi oltre 50-55mila euro lordi/anno, è già prevista per tale classe di contribuenti (anche se pensionati) una riduzione di pari importo delle detrazioni d'imposta. Tutto ciò premesso e considerato, occorre chiedersi: che fine ha fatto il principio di uguaglianza (art. 3 Costituzione) se ex lavoratori dello stesso settore ricevono, alcuni, una rivalutazione piena della loro pensione (pensioni fino a tre volte il minimo e, dal 2020, fino a quattro), mentre per altri la rivalutazione è azzerata, o gravemente limitata? Che ragione c'è perché, a parità di reddito, alcuni pensionati siano tassati, di fatto, due volte, con chiara discriminazione anche rispetto ai lavoratori attivi? Che fine ha fatto il rapporto doveroso tra quantità, qualità, responsabilità, merito, e relativa retribuzione, nonché di necessaria proporzione tra retribuzione e pensione (art. 36 Costituzione) e la ripetuta affermazione della Consulta stessa che qualifica la pensione, in decine di sentenze, come *retribuzione differita*? In questo modo l'appiattimento trionfa e il merito scompare. Che ne è del principio dell'adeguamento delle pensioni alle esigenze di vita dei cittadini

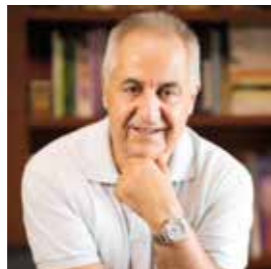
ex lavoratori quando questo valore viene costantemente subordinato alle esigenze della finanza pubblica, in chiara deroga rispetto a lettera e spirito dell'art. 38 della Costituzione? Chi è, allora, che ha ispirato un meccanismo così indecente d'indicizzazione delle pensioni medio-alte nel biennio 2023-24, in periodo di severa svalutazione, forse il sottile pensiero del sottosegretario Durigon, che provenendo dal sindacalismo confederale deve aver assimilato, più che i principi costituzionali, quelli dell'appiattimento e della mortificazione, a prescindere, delle alte professionalità? Ci dispiacerebbe fosse *farina del sacco* del ministro Giorgetti, che riteniamo persona avveduta e poco propensa agli auto-goal; quando, nell'ambito Inps, si distinguerà chiaramente, a partire dai bilanci e dalle coperture, quanto è competenza dell'assistenza e quanto della previdenza? Nell'attuale caos fioriscono discrezionalità e abusi e l'Istituto rischia di trasformarsi in un lazzaretto socio-assistenziale; che ne è delle buone pratiche, in materia di perequazione, adottate dai Paesi civili Ocse, cioè: perequazione automatica (non soggetta ai capricci annuali delle leggi di bilancio); uniforme, cioè indipendente dalla misura della pensione; positiva in termini reali, cioè non soggetta a tagli addirittura rispetto alla svalutazione previsionale e teorica per evitare le *pensioni d'annata*? Di fronte a tanto sfascio non ha rappresentato un argine, almeno negli ultimi vent'anni, neppure la Corte costituzionale: troppe ambiguità, troppi ossequi al Palazzo, troppi contorcimenti pur di mettere un cerotto alla mala-legislazione, troppi giudici così attenti a non leggere la Costituzione vigente, ma a interpretarla a loro piacimento, da trasformarsi essi stessi in legislatori abusivi. Tuttavia non c'è da disperare, nonostante tutto, Confedir, Federspev e Aps-Leonida continueranno imperterrite a difendere i loro associati, le loro pensioni dirette e di reversibilità, a impugnare presso le magistrature competenti, in Italia e in Europa, le leggi sulla previdenza che puzzano d'incostituzionalità lontano un miglio, nella certezza che *ci sarà pure un giudice a Berlino* (parafasando Brecht) che ama la giustizia e i diritti, se correttamente maturati e riconosciuti, non solo pretesi e supposti. Sembrerebbe invece paradossale dover attendere che la svalutazione si sgonfi o si annulli per vedere finalmente riconosciuto un dignitoso meccanismo di perequazione delle nostre pensioni. ★



# Gigi Riva, *hombre vertical* e *opinion leader*

TRA CALCIO, COMPORTAMENTI, DEONTOLOGIA E MEDICINA

Il numero 11 del Cagliari e della Nazionale non era un calciatore come tanti. Era una stella piuvuta dal cielo, capace per questo di brillare di luce propria. Di una luce che squarcia le tenebre, infonde calore, luce che riscalda la pelle, ma soprattutto i cuori. Per sessant'anni ha calcato l'aspro suolo di Sardegna e trovato refrigerio alle estati assolate immergendosi nelle sue acque cristalline. Un migrante all'incontrario per quei favolosi anni Sessanta (che di favoloso poco avevano) quando per uno come lui che arrivava ne partivano dieci con destinazione per le fabbriche del Nord Italia, della Svizzera e della Germania. Custodiva in sé il rifiuto ad attraversare il mare che apparteneva ai Sardi, agli isolani trattenuti da un indefinibile e insopprimibile male. Leggiuno, bagnata dalle quiete acque del Lago Maggiore, era la sua isola dove custodire le sofferenze giovanili nel tiepido focolaio familiare su cui, diventato orfano in tenera età di entrambi i genitori, finì per soffiare solo la sorella **Fausta**. Deve a lei, procuratrice *ante litteram*, il suo sbarco in terra di Sardegna che, scendendo dall'aereo toccò per la prima volta con il suo magico piede sinistro lasciando un'orma profonda. Qui ha trovato una famiglia, numerosa, grande quasi come un'isola. Lui, al cambio, l'ha ripagata con la moneta preziosa, l'orgoglio dell'appartenenza e la volontà di riscossa, che la Zecca della storia conia ciclicamente per risollevare un popolo dall'oppressione e rimetterlo sui binari della civiltà e del progresso. Ne è nata una simbiosi perfetta tra i sardi, per definizione rispettosi e di poche parole, e un lombardo atipico altrettanto rispettoso e ancor più di poche parole, suggellata da un abbraccio collettivo mai soffocante, da goal meravigliosi e da un tricolore impossibile per es-



Tore Erbi

sere vero. **Gigi Riva** ambasciatore di Sardegna nel mondo. Ha fatto più lui per la nostra terra, senza spendere un centesimo di soldi pubblici, dei vari enti regionali preposti al confezionamento e al lancio di un'immagine controcorrente di una terra e di un popolo. Ha inciso più lui nella coscienza e nell'immaginario collettivo di quasi ottanta anni di Statuto speciale. Per capire che ha fatto per la nostra terra più dei Savoia basta scorrere il saggio di **Francesco Casula Carlo Felice e i tiranni Sabaudi** (un cult con 181 presentazioni in ogni angolo dell'isola), in cui sono documentate le malefatte e le infamie dei sovrani sabaudi in 226 anni di dominazione, da **Vittorio Amedeo II** che salì al trono nel 1720 a **Vittorio Emanuele III** che scese nel 1946. Sarà per questo che qualcuno lo vorrebbe al posto di **Carlo Felice** in piazza Yenne o intitolargli la 131. La composta e commossa partecipazione alle esequie della gente, stipata sul sagrato di Nostra Signora di Bonaria, è stata di quelle riservate alle persone speciali. L'autorizzazione data alla sepoltura nel cimitero monumentale di Bonaria, dopo decenni di chiusura, sancisce la dimensione culturale e sociale del personaggio, e fa sì che la cronaca diventi subito storia e il mito leggenda. Quale eredità lascia Riva anche a noi medici che indossiamo un camice, allo stesso modo con cui lui indossava la divisa della società, una divisa che ci espone pubblicamente e ci responsabilizza più di quanto siamo spesso in grado di avvertire? Non solo le fratture di tibia e perone nelle partite contro il Portogallo e l'Austria del 1967 e del 1970, materia di discussione per ortopedici e fisiatri; non solo il suo consumo di tabacco, materia per tossicologi e farmacologi; non solo la sua consapevole decisione di rimandare l'intervento sulle coronarie rivelatosi poi fatale, materia per i cultori della bioetica. Le diciotto pagine dedicate dalla Gazzetta dello sport alla notizia della sua morte non erano rivolte solo a celebrare le sue gesta sportive culminate con la gloria dello scudetto, ma le capacità morali, l'equilibrio e la rettitudine manifestati a ogni piè sospinto, che gli hanno assegnato universalmen-

Tore Erbi\*

# Senologia, il Centro all'ospedale Binaghi

DIAGNOSTICA, INTERVENTISTICA E SCREENING MAMMOGRAFICO: SI RIPARTE DALL'OSPEDALE DI VIA IS GUADAZZONIS

Èra stato trasferito durante l'emergenza Covid-19 al *San Giovanni di Dio*, adesso è al piano terra del *Binaghi*. Il Centro di senologia, diagnostica, interventistica e screening mammografico, diretto da **Maria Antonietta Barracciu**, riparte dall'ospedale di via Is Guadazzonis. "Il progetto di riallocazione dei servizi della Asl di Cagliari continua con un lavoro che sta producendo i suoi frutti. Vogliamo riquilibrare la funzione del *Binaghi* e come primo passaggio abbiamo trasferito il Centro di senologia riportandolo nella



Cagliari. Uno scorcio del Centro di senologia

sua precedente sede. Abbiamo riportato il Servizio in un ospedale centrale, dotato di parcheggi gratuiti, facilmente raggiungibile e siamo certi - spiega il manager **Marcello Tidore** - che sia un punto di riferimento per la comunità, sia per la diagnosi, sia per la prevenzione del tumore al seno". Il direttore sanitario, **Roberto Massazza**, aggiunge: "Vogliamo incrementare gli screening oncologici, potenziando anche la tecnologia a disposizione del reparto. Il Centro è dotato di una sala attesa e accettazione, di cinque diagnostiche mammografiche, tre diagnostiche ecografiche e due sale refertazioni screening. Il team è composto da sei medici radiologi, otto tecnici di radiologia, tre infermieri professionali e un Oss. Il servizio effettua screening mammografici per la prevenzione e la diagnosi precoce del tumore al seno, visite senologiche, mammografie, ecografie mammarie e interventistica senologica. Nel reparto è presente un ambulatorio ecografico per l'esecuzione di ecografie internistiche e una sala referti della radiologia tradizionale". ★ (m.fr.)

» te l'immagine di *hombre vertical*. Siamo i medici, come lo era lui, *opinion leader* e dobbiamo avere consapevolezza degli onori, ma anche degli oneri, che il ruolo comporta. Se dentro di noi, nello svolgimento del difficile impegno quotidiano, ci sarà un po' di Gigi Riva, alla resa dei conti con la vita, senza pretendere di essere sepolti in un cimitero monumentale, potremo dire di aver preso lezioni dalla storia. Rivedendolo riparato sotto al sombrero nelle torride giornate messicane del Mondiale del 1970, ripenso a **Pancho Villa**, eroe della rivoluzione popolare di quel paese, e in suo nome, in quanto eroe della rivoluzione culturale sarda, grido forte e alto: Viva Riva! ★

\*medico e scrittore



# “A Daniele, sportivamente”

Daniele Farci\*

**GIGI RIVA, IL POETTO, L'ESTATE DEL 1970, IL VOLUME SULLA NAZIONALE E LA DEDICA AL GIOVANE AMMIRATORE. “ALLA SUA SCOMPARSA, HO PIANTO”**

Come ogni estate, finita la scuola, iniziava la stagione balneare. Andavamo allo stabilimento Le Saline, Poetto di Cagliari. Ci andavamo con la 500 bianca di mamma Lalla, tettuccio quasi sempre aperto: io avevo 9 anni, le mie sorelle 11 e 6, mio fratellino 3. Le Saline era lo stabilimento alla moda in quegli anni, ma non era sovraffollato. Le distanze tra un ombrellone e l'altro erano notevoli, alle docce non c'era quasi mai fila, i bagnini non disturbavano le nostre interminabili partite di calcio. In realtà ogni tanto, quando il pallone finiva in prossimità della sdraio della signora **Tului**, il silenzio pomeridiano era lacerato dalle sue minacce, mentre brandiva le forbici: “*Ve lo buco, quel pallone maledetto*”. 1° Luglio 1970: la mia mattinata era iniziata, come al solito, verso le 10. Il sole era già caldo. Verso le 12 arrivarono di corsa i biondissimi fratelli Capra per annunciare che all'ingresso stava succedendo una cosa importante. Andai di corsa e li vidi: **Domenghini, Mancin, Tomasini, Albertosi, Zignoli**. Erano alcuni degli eroi del Cagliari che il 12 aprile di quell'anno ci regalarono lo Scudetto. Non mi sembrava vero, non stavo nella pelle. Poi, notai una Fiat Dino blu. Il cuore cominciò a battermi forte. Quando lo vidi scendere dalla macchina rimasi impietrito dall'emozione. Alto, atletico, capelli neri, sorriso dolce. Un Dio, il mio Dio. Lo mangiai con gli occhi mentre entrava nello stabilimento, salutava i compagni e parlava con il bigliettaio. Si avviò verso le cabine. Arrivato alla numero 18 (che strano pensavo gli avessero dato la 11) entrò per cambiarsi. Lo aspettai lì davanti, sotto il sole rovente. Quando uscì e mi vide, mi fece un bel sorriso, mi accarezzò i capelli e mi chiese: “*Mi accompagni all'ombrellone?*”. Non riuscii neppure a rispondere dall'emozione. Gli presi la sdraio e di corsa andai all'ombrellone, che cercai di aprire. “*Non ci arrivi, faccio io*”. Nel frattempo gli aprii la sdraio. Gigi mi diede un cinque e si sedette all'ombra. Nel frattempo, estasiato dall'e-

sperienza in corso, non sentii mia mamma che mi chiamava dalla passerella, dopo avermi cercato in tutto lo stabilimento. Mi bastò dirgli “*c'è lui*” che lei capì al volo. Quando Gigi si alzò per andare a fare un bagno, mi alzai di scatto e andai a fare la guardia



Gigi Riva

al suo ombrellone. Nel frattempo venne circondato da bambini e genitori adoranti. Al suo ritorno, mi sorrise. Tornai subito nella mia postazione di fronte alla sua cabina, per non disturbare il riposo del mio mito. Andò via alle 15.30 e mi salutò facendomi l'occholino. Gigi tornò alle Saline per altri cinque giorni di seguito. Al suo arrivo mi sorrideva e mi dava le chiavi della cabina. Correvo ad aprirla, a portare la sdraio all'ombrellone e aspettare che lui arrivasse. Furono giorni da sogno: avevo la possibilità di stare con il mio mito e di vivere momenti indimenticabili. Nel pomeriggio del 5 luglio 1970, quando accompagnai Gigi in cabina prima che se ne andasse, si sedette sul gradino e mi chiese: “*Come ti chiami? Non te l'ho ancora chiesto*”. “*Daniele*”. “*Bel nome. Sei stato molto gentile in questi giorni e mi piace il fatto che non sia stato invadente*”. Sorridevo ma stavo per piangere dalla gioia. Piansi quando Gigi, dopo essere entrato in cabina, uscì con un libro in mano e me lo diede. “*È per te*”. Non riuscii a trattenere l'emozione quando Gigi scrisse una dedica sulla prima pagina del libro sulla storia della Nazionale. “*A Daniele, sportivamente*”. Mi accarezzò i capelli, mi disse che l'indomani sarebbe partito per un viaggio e mi salutò con un abbraccio. Lo vidi sorridere nel vedere che venni portato in trionfo dai miei amici, che avevano assistito alla scena in lontananza. Sorrise e mi fece l'occholino. Gigi Riva, mito della mia infanzia. Grande calciatore, *homine balente*. Ho pianto alla sua morte. ★

\*consigliere Ordine dei medici, Cagliari

# In ricordo di Mario Silvetti

Mondino Ibba\*

**TRATTI UMANI E PROFESSIONALI CHE INCUTEVANO FIDUCIA NEGLI ALLIEVI. L'ABILITÀ NEL LEGGERE IL CASO CLINICO PARTICOLARE IN UN CONTESTO PIÙ AMPIO**

Nel ricordare la figura umana e professionale di Mario Silvetti, scomparso dodici mesi fa, possiamo portare alla famiglia, e al nostro collega Francesco, illustre psichiatra, i sensi del nostro cordoglio di ordinisti e quello dei tanti che con me e come me avevano avuto l'opportunità e il piacere prima di conoscere e poi diventare amici del professore. Sì, amici, perché con Mario Silvetti accadeva una di quelle cose che raramente capitano, cioè che il rapporto maestro/discente diventasse un rapporto d'amicizia. Nella nostra formazione pre-laurea, chi di noi poteva prevedere che nella professione esercitata avrebbe avuto a che fare con bambini, non poteva non passare per il professor Silvetti, prima nel reparto del Santissima Trinità, poi al Brotzu. Fu al Santissima che personalmente ebbi la possibilità d'incontrare per la prima volta quest'uomo semplice, che nulla aveva dei *prof* che fino ad allora avevamo incontrato, che parlava con tono mite e pacato e che si rivolgeva a noi in un modo che infondeva fiducia. Ho appreso da lui una lezione fondamentale, di cui non ho mai perso memoria, e di cui ancora oggi lo ringrazio perché mi ha accompagnato non solo nella vita professionale, ma anche in quella civile e politica. Dal caso clinico particolare ci insegnava a risalire alla categoria generale del problema, mostrandoci come un caso di febbre tifoide e il caso di un ragazzotto che col suo motorino si era schiantato sul bordo strada, fosse concausa di quelle condizioni di degrado igienico sanitario



Mario Silvetti

e viario che portavano i bambini all'ospedale. A questi argomenti, e su tanti altri, né il **Teodori** né il **Gallone** (i testi su cui costruivamo la nostra cultura di terapeuti secondo scienza e coscienza.) avevano mai fatto riferimento né in termini di eziologia né di patogenesi. Mario Silvetti non ha mai fatto un rimando di responsabilità agli organi amministrativi responsabili del degrado urbano, sociale e stradale, ma nessuno sforzo facemmo noi per ricollegare cause amministrative alle forme morbose. Ciò è stato però sufficiente, per quelli come me, a proclamare Silvetti come nostro punto di riferimento, l'unico che ci scegliemmo e non imposto dal senato accademico. E quando, conquistata la laurea ci re-incontrammo, lui sempre il professor Silvetti e io, giovane presidente dell'Ordine, fu nell'ordine naturale delle cose che ne venisse fuori un sodalizio orientato a un impegno costante nell'aggiornamento permanente, senza mai perdere di vista né dimenticare che tutto il mondo che ruota intorno a un caso clinico e che allo stesso caso clinico dà origine, non è estraneo a esso, tanto che senza il mutare del quadro di contesto anche l'atto medico rischia di diventare insufficiente o momentaneo. Una visione della salute delle persone, del mondo, della medicina e del ruolo del medico, che sarebbe diventata ordinaria molti anni dopo, anche grazie al suo assistente prima, e aiuto poi, **Emanuele Sanna**, quando questi assurse alla carica di assessore regionale alla Sanità. Quella fase fu molto proficua per la sanità sarda, perché vennero accolte le grandi battaglie che Silvetti aveva sempre propugnato a vantaggio dei bambini e non solo: lo screening per la conoscenza della condizione della tara fabrica, sin dal momento della nascita, ma anche l'intuizione di quello che doveva diventare il Centro regionale della fibrosi cistica, la diagnostica per biopsia della malattia celiaca, l'assistenza dedicata



Raimondo Ibba

# “Bebo, grazie a te siamo uomini e medici migliori”

\*Luciano Di Martino, Bachisio Demontis, Massimo Dessena, Luigi Grosso

**I COLLEGHI RICORDANO GIUSEPPE MURENU**  
*La gentilezza è il modo in cui l'anima si manifesta all'esterno. (Anonimo)*

“**A**mare Dio e il prossimo, praticare la carità, mantenere la speranza, avere la fede”. Sono questi i principali valori cristiani. E Bebo li incarnava tutti. Soprattutto, li praticava: nella vita e nella professione. Siamo cresciuti con lui. Per noi è stato un mentore non solo chirurgi-

2005 ne è diventato il padre. Sono centinaia le pazienti che ha curato e guarito nel corso della sua carriera, sempre secondo le tecniche più moderne e innovative che ha contribuito a implementare attraverso il suo impegno nella ricerca. Una carriera interrotta nel 1998 quando, di ritorno da un viaggio di lavoro in aereo, è stato colpito da un ictus. Ma non si è lasciato andare. Con determinazione e sacrifici ha ripreso il suo lavoro. Portiamo ancora nel cuore le sue lacrime il giorno che è rientrato in



Da sinistra, Massimo Dessena, Giuseppe Murenu, Luciano Di Martino, Bachisio Demontis e Luigi Grosso

camente, ma anche nel rapporto con le pazienti. Ci ha trasmesso la sua empatia, ascoltava le donne che dovevano subire un intervento cercando di capirle, per poi immedesimarsi nelle loro sofferenze. Abbiamo la presunzione di pensare che il suo esempio ci abbia reso persone e chirurghi migliori. Ha iniziato la sua vita professionale all'ospedale Marino sotto la guida del professor **Francesco Sforza** e nei primi anni '90 approda al Businco, dedicandosi unicamente alla diagnosi e alla chirurgia del tumore della mammella nel gruppo creato e diretto dal professor **Luciano Di Martino**. Con lui abbiamo costituito una famiglia lavorativa. E nel

sala operatoria. La sua è stata una vita dedicata al prossimo. Una famiglia allargata con sette figli e la comunità cristiana di cui faceva parte. Aveva tanti interessi, dalla filosofia allo sport con il nuoto e la maratona. Il 31 ottobre, neanche due mesi prima di lasciarci, nuotava con la muta nelle acque del Poetto. Grazie alla sua fede e all'amore della sua famiglia è morto sereno, pronto al passaggio verso l'altra vita. Il giorno di Natale, qualche ora prima di morire, ha detto che quello era il giorno più felice della sua vita. *Sittibi terra levis*. Non ti dimenticheremo mai. ★

\*chirurghi oncologi

# Odontoiatria, la gestione del profilo d'emergenza

**“IL SUCCESSO ESTETICO NEL CARICO IMMEDIATO DELL'ELEMENTO SINGOLO” È LA CORNICE DEL CORSO AIO CONDOTTO DA MARCO REDEMAGNI**

Il successo estetico di una protesi su impianti viene giudicato quasi esclusivamente dalla sua impercettibile integrazione con gli elementi adiacenti e dal suo aspetto il più naturale possibile. Sarà questo uno dei temi della relazione di Marco Redemagni per il corso *Il successo estetico nel carico immediato dell'elemento singolo - La gestione del profilo d'emergenza*. L'appuntamento - sabato



13 aprile, 9-18.30, T-hotel Cagliari - curato dall'Associazione italiana odontoiatri Sardegna (info e iscrizioni aiosardegna@aio.it) prevede 8 crediti per gli specialisti. “Per raggiungere questi obiettivi - spiega il dottor Redemagni, medico chirurgo con specializzazione in odontostomatologia, docente di Chirurgia speciale all'Università di Milano - si deve eseguire una corretta pianificazione del piano di cura, prendendo in considerazione tutti i parametri decisivi per ottenere un risultato

Marco Redemagni

ideale. Durante il corso saranno evidenziati i fattori chiave determinanti per una soluzione estetica ottimale dei casi di carico immediato, dalla progettazione alla fase chirurgica, con particolare attenzione alla gestione del profilo d'emergenza protesico attraverso il condizionamento dei tessuti molli, fino alla realizzazione del manufatto stesso secondo quelli che sono i più attuali orientamenti della letteratura scientifica”. ★

Segue da pagina 21 “In ricordo di Mario Silveti” di Mondino Ibba

» ai bambini leucemici acuti, il primo embrione della neuropsichiatria infantile (che sarebbe diventato poi il Centro per l'autismo), la dialisi pediatrica, la diabetologia pediatrica e la cardiologia pediatrica, diventata col tempo un'eccellenza dell'ospedale Brotzu. Insomma, facendo tanto e senza tante declamazioni, il professore aveva trasformato un reparto di pediatria in un dipartimento di Pediatria, che ha trovato poi la sua consacrazione quando, nel 1982, con l'apertura dell'ospedale Brotzu, la divisione venne trasferita al primo piano, quello più luminoso e subito istoriato di graffiti floreali infantili, dell'ospedale San Michele. Non credo che si sia

mai compiaciuto per queste intuizioni e per i risultati positivi che con sempre maggior efficacia ne evidenziavano la bontà, ma certo è che una parte non piccola della crescita qualitativa della buona sanità nella nostra provincia sia da rimettere al lavoro silenzioso ed efficace che dobbiamo a professor Silveti. Tutto ciò che si doveva fare doveva essere naturale farsi, senza troppi salamelecchi, soprattutto quando e se difficile, perché eticamente era doveroso per ognuno di noi lasciare il meglio di noi stessi al mondo che sarebbe venuto. Prof, quanto ci manca uno come lei! ★

\*medico

## Fattura elettronica, medici esonerati per il 2024

L'Enpam, dopo lo slittamento di un anno, spiega in quali casi va comunque fatta

Medici e dentisti per tutto il 2024 non possono e non devono fare la fattura elettronica per prestazioni sanitarie ai propri pazienti. Rimane però una serie di casi in cui il medico è tenuto a presentare le fatture in formato digitale. Cioè, in tutti gli altri casi. I professionisti in camice, infatti, possono prestare attività di libera professione ed emettere fattura per una pluralità molto ampia di soggetti, nell'ambito di visite mediche, consulenze, docenze, collaborazioni editoriali e molto altro. Facciamo un breve riepilogo. La novità delle scorse settimane è stato lo slittamento al 2025 dell'entrata in vigore dell'obbligo di fatturazione elettronica per le prestazioni sanitarie rivolte ai pazienti privati, alle persone fisiche con solo codice fiscale per dirla in burocratese. La proroga disposta dal Consiglio dei ministri mantiene infatti in vita per tutto il 2024 la fattura cartacea solo per tali prestazioni. In questo frangente, la prassi da seguire rimane quella dell'emissione ai pazienti della fattura cartacea e l'invio dei dati al sistema Tessera sanitaria. Per tutti gli altri casi, medici e dentisti devono utilizzare fattura elettronica, che transita per il Sistema d'interscambio dell'Agenzia delle entrate. Tra consulenze, perizie, docenze, partecipazione a

commissioni e convegni, contributi editoriali, nella miriade di opportunità professionali del medico con partita Iva, possiamo elencare alcuni dei casi in cui è obbligatoria la fatturazione elettronica. Ad esempio, la fattura elettronica va emessa nei confronti di: 1) cliniche e studi privati; 2) Tribunale per consulenze e perizie; 3) Compagnie assicurative; 4) Ditte e aziende; 5) Enti pubblici e privati, come ad esempio le Università; 6) Società, come ad esempio le squadre sportive o le società editoriali; 7) Altri professionisti.

(da enpam.it)

## Enpam, Quota A in quattro o otto rate

Per pagarle è necessario attivare il servizio di domiciliazione bancaria dei contributi entro il 31 marzo

La quota A si potrà pagare in quattro o otto rate. Ma è necessario attivare il servizio di domiciliazione bancaria dei contributi entro il 31 marzo. L'addebito diretto scatterà in automatico anche per i contributi di Quota B 2024, eventualmente dovuti sul reddito libero professionale prodotto nel 2023. Sul modulo di attivazione si potrà scegliere come pagare la Quota A: in 8 rate senza interessi (30 aprile, 31 maggio, 30 giugno, 31 luglio, 31 agosto, 30 settembre, 31 ottobre, 30 novembre); in 4 rate senza interessi (30 aprile, 30 giugno, 30 settembre, 30 novembre); in unica soluzione (30 aprile). Il servizio deve essere richiesto direttamente dall'area riservata del sito Enpam.it.

## Cardiologia pediatrica, raccolto un milione di euro in dieci anni

I fondi nascono dalla campagna "Con tutto il cuore 2023" frutto dell'intesa solidale Arnas Brotzu e Conad Nord Ovest



Arnas Brotzu. Da sinistra, Roberto Tumbarello, Raimondo Pinna, Agnese Foddis e Michele Orlandi

Un decennio di solidarietà dedicati ai pazienti della Cardiologia pediatrica e cardiopatie congenite. L'Arnas G. Brotzu e Conad, per il decimo anno consecutivo, consolidano la loro collaborazione e festeggiano

la donazione di oltre 152 mila euro, frutto della campagna *Con tutto il cuore 2023*. La consegna simbolica della donazione si è svolta il 14 febbraio scorso nell'aula Ciccù dell'ospedale San Michele. L'appuntamento non era casuale, ma in coincidenza con la Giornata mondiale delle cardiopatie congenite. Alla cerimonia hanno partecipato i vertici dell'Arnas Brotzu, **Agnese Foddis**, **Raimondo Pinna** ed **Ennio Filigheddu**. Con direttore generale, sanitario e amministrativo anche **Roberto Tumbarello**, direttore della Cardiologia pediatrica e delle cardiopatie congenite, e **Michele Orlandi**, direttore Rete Sardegna di Conad nord ovest. La somma, ottenuta grazie alla generosità di chi ha preso parte alla campagna natalizia, sarà, anche quest'anno, devoluta all'acquisto di strumenti tecnologici per il reparto guidato dal dottor Tumbarello. "Siamo molto soddisfatti e ringraziamo i tanti che hanno mostrato attenzione e sensibilità. I clienti Conad hanno donato il loro contributo sostenendo l'iniziativa. Un decennio di cooperazione - ha detto la dottoressa Foddis - che ha portato alla nostra struttura oltre un milione di euro. Una cifra importante, che ci ha consentito di potenziare il sistema tecnologico di cui abbiamo bisogno il reparto che accoglie e cura i piccoli pazienti". Anche quest'anno - spiega una nota dell'Arnas Brotzu - il contributo sarà utilizzato per l'acquisto di nuove strumentazioni sanitarie. La tempestività, nella diagnosi e nella terapia, è cruciale per la cura dei pazienti, e le innovative apparecchiature consentono di eseguire interventi precoci e cure mirate, migliorando significativamente le prospettive di guarigione".

## Bacheca

AFFITTASI studio medico a Iglesias, via Modena 22/B, dotato di parcheggio proprio, ampia sala d'attesa, due ambulatori e bagno, completamente arredati. Cell: 327.153.7861.

VENDO, per cessata attività studio medico e odontoiatrico di 100 mq, ampia sala d'attesa, 3 stanze, 1 bagno (no spese condominio), ad Assemini, in via Parini 36, posizione centrale, ottimo prezzo. Cell: 338.223.0308. Tel: 070.941.555. E-mail: cesare.ragatzu@tiscali.it.

VENDO strumentazione base, usata, per studio oculistico. Cell: 328.965.5717.

CERCASI nuovo/a collega neo-laureato/a o con specialità odontoiatriche per collaborazione di lunga durata presso studi dentistici privati a Cagliari e Iglesias. Si offre lavoro a tempo pieno e si richiede disponibilità esclusiva per 4/5 giorni a settimana. Primo contatto via e-mail per fissare un colloquio. E-mail: info@sorrisiesogni.it.

AFFITTASI a Cagliari, adiacenze piazza Yenne, quinto piano con ascensore, panoramico

trivano doppiservizi e cucina, ristrutturato, arredato, termocondizionato, Ape certificata, libero a dicembre 2023. No agenzie, solo referenziati, cedolare secca. Cell: 340.556.4828.

OFFRESI presso Centro medico polispecialistico a Cagliari disponibilità di studio privato arredato a specialisti in diverse branche. Sono inclusi: segreteria, connessione wi-fi, parcheggio. Preferiti specialisti in Allergologia e Immunologia, Cardiologia, Fisiatria, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia. Primo contatto con messaggio WhatsApp al 339.354.0700.

VENDO, causa imminente cessazione dell'attività Otorinolaringoiatrica, l'intera attrezzatura specialistica comprendente audiometri, impedenzometri, strumentario a fibre ottiche, otoscopi, ferri vari, aspiratori. Cell: 328.322.3794.

VENDO (comprese le mura) o affitto anche a giornate, studio odontoiatrico a Cagliari zona San Benedetto, piano strada con due ingressi indipendenti e cinque vetrine. Composto da sala d'attesa e reception, tre stanze operative (due con riunito), ufficio, sala sterilizzazione, due servizi e piccolo cortile. Cell: 338.726.7091.

AFFITTASI a Cagliari in piazza del Carmine 1° piano con ascensore, ampia stanza in elegante studio medico termocondizionato, adatto per qualsiasi professione medica. Cell: 368.316.5377.

CERCASI un collega specialista dermatologo referenziato per la collaborazione presso i miei studi di Cagliari e Samassi, esistenti da circa 45 anni. Cell: 392.951.9495.

CEDESI causa trasferimento studio odontoiatrico con tutta la strumentazione nuova e a norma. Tre sale attrezzate, ingresso, segreteria, sala d'attesa, tre bagni. Ristrutturato un anno fa. Affitto contenuto. Comune di 5mila abitanti a 90km da Cagliari. Cell: 328.473.1388.

CEDESI servizi A Pirri, via Italia, ambulatori medici. A partire da € 100/mese + iva per mezza giornata settimanale. Cell: 392.762.1564.

AFFITTASI a Cagliari via Peretti, adiacente ospedale Brotzu, in esclusivo ed elegante studio medico, camere dotate di tutti i confort in posizione panoramica e indipendente. Possibilità di fornitura di arredi e di quanto necessario alla conduzione della locazione (pulizia, utenze, condominio). Cell: 360.352.815.

AFFITTASI/VENDESI centro medico-estetico con zona benessere (sauna, bagno turco, bagno vapore), in attività e con autorizzazione regionale per medicina estetica e dermatologica. Moderno, 7 studi + grande sala benessere, 3 bagni e docce, di circa 200 mq all'ingresso di Cagliari. Ampio parcheggio pubblico e privato. Possibilità di collegamento con palestra 50mq, spogliatoi e servizi. Cell: 328.843.8779, e-mail: ilserviziosanitario@gmail.com.

AFFITTASI ad Assemini ambulatori medici arredati, con sala d'attesa, ascensore, parcheggio privato e parcheggio pazienti in stabile dove sono presenti altri ambulatori medici, situato in zona centrale servita da mezzi pubblici, sopra una farmacia. Disponibile per affitto esclusivo oppure anche per giornate prestabilite. Per informazioni contattare Francesca Cell. 340.551.8394.



## “L'alba tra le brume”

IL VOLUME DI ANTONIO C. GERINI,  
PERSONAGGI E SITUAZIONI NARRATI  
CON DOLCEZZA E IRONIA DA UN MEDICO  
IN PENSIONE

“**U**na carrellata di personaggi e situazioni surreali; un medico in pensione racconta episodi vissuti in prima persona, guardando al passato con dolcezza e ironia, ripescando nella memoria incontri e dialoghi che al pari di uno scalpello hanno scolpito e levigato il suo carattere, la sua persona. Da giovane medico nel reparto di Ostetricia e ginecologia a responsabile di un centro di salute mentale, il dottor Gerini ha condotto una lunga carriera ma a ben vedere ha sempre avuto a che fare con la vita nuova: aiutare una donna a dare alla luce un figlio non è tanto diverso dall'aiutare una madre, una sorella o una moglie a credere che un figlio, un fratello o un marito possano rinascere... che l'alba tra le brume possa sorgere e che la luce possa vincere le tenebre che avvolgono la mente di un uomo. Una lettura che infonde speranza, suscita profonda commozione e simpatia e induce a riflettere sulla



malattia mentale, sulla possibilità di riabilitare i pazienti e sulla necessità di sostenere le loro famiglie” (...). Antonio C. Gerini, medico in pensione, è stato psichiatra al servizio di Diagnosi e cura dell'ospedale di Carbonia, co-fondatore del centro di accoglienza *Don Vito Sguoti* a Carbonia, responsabile della comunità protetta pubblico-privata *Usl-Aias* di Cortoghiana, del Centro di salute mentale e del Dipartimento di salute mentale di Carbonia-Iglesias. Attualmente è il presidente dell'organizzazione *Albèschida* per l'aiuto e il supporto alle attività risocializzanti dei pazienti psichiatrici. Sue pubblicazioni sono apparse nella rivista trimestrale *Apunti sparsi* e nella quadrimestrale *Oltre*. *L'alba tra le brume* è edito dal Gruppo *Albatros Il filo*, collana *Nuove voci*. ★



## Il libero arbitrio

di Daniele Farci

Il libero arbitrio è, secondo il Dizionario Treccani, la capacità di ogni essere umano di scegliere liberamente, nell'operare e nel giudicare. In ambito medico questo si traduce nella libertà da parte del paziente di aderire o meno alle proposte terapeutiche fategli, secondo scienza e coscienza, dal sanitario che lo ha in cura. Il quale, una volta accertata la volontà del paziente e la sua capacità d'intendere e di volere, deve prendere atto, rispettosamente, di tali scelte, che possono avere tante motivazioni. Trincerarsi dietro il *ri-fiuoto del paziente* tutela il medico in un'ottica medico-legale, ma ritengo sia più elegante e più corretto fare riferimento alla *libera scelta del paziente*: sostanzialmente è un sinonimo, ma umanamente ha ben altro spessore.

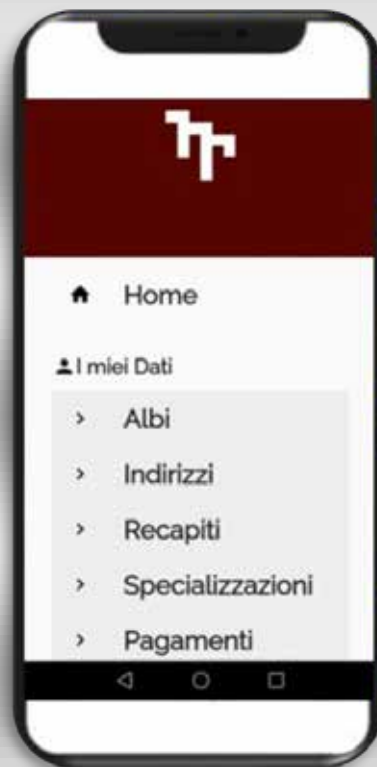
Con l'intervento di Daniele Farci apriamo una nuova rubrica. La battezziamo “La pillola di Omeca”. Uno spazio libero, aperto a tutti, su ambiti professionali, medico-sanitari, scientifici e assistenziali. Ma anche ad altri settori o argomenti utili e fruttuosi di confronto e dibattito, dall'attualità, alla politica, alla socioeconomia, allo sport, al costume, alle innovazioni tecnologiche. Vi aspettiamo. (m.fr.)



“Ercole al bivio”, Annibale Carracci, 1596



# È online la nuova App dell'Ordine Scaricala subito!



Realizzata per smartphone e tablet, è disponibile gratuitamente per tutti gli iscritti presso gli Apple e i Play Store digitando “Ordine Medici Cagliari” nel campo di ricerca.

Nuova, moderna e veloce, consente agli iscritti di accedere, tramite i propri dispositivi mobili, a tutte le funzionalità già presenti nell'Area Riservata del sito [www.omeca.it](http://www.omeca.it) (anagrafica, iscrizioni corsi ECM, avvisi di pagamento, contatti con la segreteria).

Quando vuoi, dovunque tu sia, accedi ai nostri servizi, modifica i tuoi dati, comunica coi nostri uffici.

**Da oggi è più semplice!**

