

# BOLLETTINO NOTIZIARIO

ANNO LIV - N° 5 MAGGIO 2023



## IN QUESTO NUMERO

- **Chirurgia di guerra, guerra chirurgica, dignità umana**, Francesco Domenico Capizzi, p. 4
- **Legittimità delle vaccinazioni tra Scienza e diritti costituzionali - Sentenza Corte Costituzionale 14/2023 (seconda parte)**, p. 7
- **Il diabete nell'area metropolitana di Bologna: Criticità emergenti in rapporto alla popolazione immigrata**, Giulio Marchesini ed Altri, p. 18





# VILLA RANUZZI

via Casteldebole, 12  
40132 Bologna  
tel 051 613 76 11  
fax 051 613 76 19  
info@villaranuzzi.it  
www.villaranuzzi.it

# VILLA SERENA

Via Toscana, 219  
40141 Bologna  
tel 051 47 70 01  
tel 051 48 11 94  
info@villaserena-bo.it  
www.villaserena-bo.it



Villa Ranuzzi e Villa Serena accolgono anziani non più autosufficienti mettendo a disposizione posti privati di Casa Protetta/RSA. Assistenza personalizzata con un servizio di animazione qualificato, fisioterapia in palestre attrezzate, presenza medica anche di notte e nei festivi. Tariffe differenziate. No lista d'attesa.

CONSORZIATE  
E ASSOCIATE CON

CERTIFICATE



COLIBRI  
E PLURIBUS UNUM  
CONSORZIO OSPEDALIERO



Anaste  
ASSOCIAZIONE INTERNAZIONALE DIRIGENTI RSA/RA



UNI EN ISO  
9001:2015  
REG. N. 8540

Seguici su facebook



# BOLLETTINO NOTIZIARIO



**ORGANO UFFICIALE  
DELL'ORDINE  
DEI MEDICI CHIRURGI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
DI BOLOGNA**

## **DIRETTORE RESPONSABILE**

Dott. Vittorio Lodi

## **CAPO REDATTORE**

Dott. Paolo Cernuschi

## **REDAZIONE**

Abbati Dott. Pietro  
Catellani Dott. Stefano  
Cupardo Dott. Marco  
Dugato Dott. Andrea  
Fini Dott. Oscar  
Gentili Dott. Andrea  
Giordani Dott. Stefano  
Lumia Dott. Salvatore  
Manneschi Dott. Valdimaro  
Pileri Prof. Stefano  
Tonini Dott.ssa Valeria

I Colleghi sono invitati a collaborare alla realizzazione del Bollettino. Gli articoli, seguendo le norme editoriali pubblicate in ultima pagina, saranno pubblicati a giudizio del Comitato di redazione.

Pubblicazione mensile  
Poste Italiane Spa - Spedizione  
in abbonamento postale 70% - CN BO

Autorizzazione Tribunale di Bologna  
n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed  
Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:  
Renografica - Bologna

Il Bollettino di Aprile 2023  
è stato consegnato in posta  
il giorno 28/04/2023

## **Direzione, redazione e amministrazione:**

via Zaccherini Alvisi, 4 - Bologna

Tel. 051 399745

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

# SOMMARIO

ANNO LIV - MAGGIO 2023 N° 5

## **ARTICOLI**

“Covid-19 is no longer a global health emergency” WHO Friday  
May 5, 2023 • **3**

Chirurgia di guerra, guerra chirurgica, dignità umana • **4**

Legittimità delle vaccinazioni tra Scienza e diritti costituzionali -  
Sentenza Corte Costituzionale 14/2023 (seconda parte) • **7**

Il diabete nell'area metropolitana di Bologna: Criticità  
emergenti in rapporto alla popolazione immigrata • **18**

## **NOTIZIE • 28**

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **27**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **27**

## **CONVEGNI E CONGRESSI • 28**

**CONVEGNI E CONGRESSI [RELAZIONI] • 30**

## **PICCOLI ANNUNCI • 32**

## **In copertina:**

*La visita ai malati*

**Chiesa di San Martino, Firenze  
Anonimo secolo XV.**

*Si comunica agli iscritti che sono disponibili le nuove credenziali per l'accesso all'area riservata EBSCO. Per richiederle inviare una mail alla Segreteria dell'Ordine [segreteria@odmbologna.it](mailto:segreteria@odmbologna.it)*

# ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

## *Presidente*

Dott. BAGNOLI LUIGI

## *Vice Presidente*

Dott. PIZZA GIANCARLO

## *Segretario*

Dott.ssa ARCIERI MARGHERITA

## *Tesoriere*

Dott. LODI VITTORIO

## *Consiglieri Medici*

Dott. BONVICINI ANDREA

Dott. CUPARDO MARCO

Dott.ssa ESQUILINI ANNA

Prof. LIGUORI ROCCO

Dott. LUMIA SALVATORE

Dott. MASOTTI MASSIMO

Dott.ssa PIRAZZOLI ALESSANDRA

Prof. PRATI CARLO

Dott.ssa SCHLICH GIULIANA

Prof. TREVISANI FRANCO

Prof. ZAFFAGNINI STEFANO

## *Consiglieri Odontoiatri*

Dott. BONDI CORRADO

Dott. RUBINI GIOVANNI

## *Commissione Albo Medici*

Presidente:

Dott. LUMIA SALVATORE

Vice Presidente:

Dott. CUPARDO MARCO

Segretario:

Dott.ssa ARCIERI MARGHERITA

## *Commissione Albo Odontoiatri*

Presidente:

Dott. CORRADO BONDI

Vice Presidente:

Dott. RUBINI GIOVANNI

Segretario:

Dott. AVANZINI GIAMPAOLO

Componenti:

Dott. CICOGNANI SIMONCINI FRANCESCO

Dott. MEDI MASSIMILIANO

## *Collegio dei Revisori dei Conti*

Presidente:

Dott.ssa ELISA FABBRI

Componenti:

Dott. ABBATE GUIDO GIUSEPPE

Dott. GIORDANI STEFANO

Supplente:

Dott. ZATI ALESSANDRO

# “Covid-19 is no longer a global health emergency” WHO Friday May 5, 2023

Vittorio Lodi

---

Il 31 dicembre 2019 la Commissione Sanitaria Municipale di Wuhan (Cina) segnalò all'OMS un cluster di casi di polmonite ad eziologia ignota nella provincia cinese di Hubei. La maggior parte delle segnalazioni aveva un legame epidemiologico con l'Huanan Seafood, un mercato all'ingrosso di frutti di mare e animali vivi.

A gennaio 2020 i ricercatori cinesi evidenziarono la sequenza dell'RNA virale.

Il 20 gennaio venne confermato come il nuovo coronavirus si trasmettesse da uomo ad uomo, con la conferma, quindi, della nascita di una nuova malattia virale identificata con il nome di COVID-19 (Coronavirus Disease 2019).

Dopo pochi giorni, viene stabilito il primo lockdown di massa della storia. 60 milioni di persone della provincia di Hubei sono chiuse in un rigido lockdown.

L'inizio della prima ondata di casi di COVID-19 in Italia è datata 21 febbraio quando viene identificato quello che erroneamente sarà identificato come il paziente zero, un uomo di 38 anni di Codogno.

L'8 marzo 2020 il governo italiano dichiara il lockdown nazionale.

L'11 marzo 2020 l'OMS dichiara ufficialmente lo stato di pandemia.

Il 10 dicembre 2020 l'FDA e in seguito il 21 dicembre l'EMA approvano il primo vaccino contro Covid-19.

Il 27 dicembre 2020 rappresenta una data storica per l'Unione Europea in tutti gli Stati membri iniziano le prime somministrazioni del vaccino ad operatori sanitari. L'inizio di una nuova era nel contrasto alla pandemia.

L'ultimo report OMS afferma che le vaccinazioni contro Covid-19 hanno salvato oltre un milione di vite in Europa, dalla fine del 2020 ad oggi, per la gran parte persone oltre i 60 anni.

Il 5 maggio 2023 sarà ricordato come giornata storica per la pandemia Covid-19.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità dichiara, infatti, ufficialmente la fine dell'emergenza sanitaria scoppiata poco più di tre anni prima, e ufficialmente dichiarata l'11 marzo 2020.

In questi 3 anni secondo le stime dell'OMS il virus ha causato circa 20 milioni di decessi e numerose altre problematiche sanitarie e sociali.

Ad oggi il virus non ha ancora assunto un carattere stagionale, come nel caso dei virus influenzali, è questo ciò che ci si aspetta.

Alle ore 15:49 del 10 maggio 2023 l'OMS riporta 765.903.278 di casi confermati di COVID-19, compresi 6.927.378 di morti. Alla data del 9 maggio 2023 risultano somministrate 13.350.487.934 dosi di vaccino (WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard).

L'OMS evidenzia, comunque, la necessità di continuare a monitorare l'andamento della circolazione virale e di essere pronti a cambiare la strategia vaccinale nel caso il virus manifestasse dei picchi.

Nel Sud-Est Asiatico si registra un netto incremento dei casi di persone contagiate con un aumento del 454%.

# Chirurgia di guerra, guerra chirurgica, dignità umana

Francesco Domenico Capizzi\*

Francesco Durante, docente di Chirurgia generale nell'Università di Roma, nell'approssimarsi della guerra, poi divenuta la prima mondiale, avvertì l'opportunità di dettare una serie di lezioni teorico-pratiche di "Chirurgia di guerra": il clima politico internazionale già arroventato s'era impennato per i fatti di Sarajevo mentre gli Imperi centrali preparavano giù da tempo il ricorso alle armi e le "arti chirurgiche" dovevano mantenersi aggiornate sulle conseguenze lesive inferte dalle nuove tecnologie militari. Ad esemplare modello clinico si prestava l'abbondante crescente casistica di politraumi fornita dalla fiorente industrializzazione.

Configurato l'ospedale da campo, la sua essenziale organizzazione paramilitare, simpatetica a questa branca della Medicina, la prevedibile attività operatoria estesa ad ogni regione anatomica ed apparato, il docente-chirurgo impartiva insegnamenti su buona pratica clinica e destrezza nelle molteplici tecniche operatorie, anche a fronte di improvvise ondate di feriti e moribondi dopo scontri all'arma bianca, scoppi e bombardamenti. Raccomandava di privilegiare nelle cure "coloro che potevano farcela": sarebbe risultato un grave errore impegnare risorse umane e materiali in procedure estenuanti che difficilmente avrebbero garantito la sopravvivenza della persona gravemente ferita. Sostanzialmente, il discrimine dettato dall'emergenza rovesciava drammaticamente l'imperante principio clinico, e di buon senso comune, di trattare subito le persone più gravi e di cercare di rendere stabili le condizioni generali i meno gravi in attesa del proprio turno.

Nel primo conflitto mondiale perirono oltre 70 milioni di persone, in netta maggioranza civili, senza contare i menomati psico-fisici e le tante ragazze che non trovarono giovani con i quali sposarsi. In Vietnam persero la vita quasi 4 milioni fra soldati e, in netta prevalen-

za, civili. Un calcolo approssimativo fa assommare ad oltre 190 milioni i decessi, in netta maggioranza civili, per guerre e conseguenze socio-sanitarie (nove volte superiori) nel corso del XX secolo. Da aggiungere che in assenza di conflitti armati nel periodo 1970-2014 il prodotto interno lordo globale avrebbe subito il rialzo del 12% (Ufficio Albo d'oro del Ministero della difesa; Journal peace research; British medical journal).

Poi si affaccia l'idea, ben propagandata, della "guerra chirurgica", quasi umanizzata e riguardevole verso popolazioni e strutture civili, più volte proclamata e, secondo le intenzioni, praticata. L'intento evoca l'arte ippocratica, la confortante pulizia asettica della sala operatoria, la precisione e la volontà di risanare e guarire l'intero organismo socio-politico avversato dal male indovato esattamente in quel circoscritto punto nevralgico che giustifica la manovra aggressiva così resa esangue.

Ma, che cosa si può trovare di "chirurgico" nelle guerre di Afghanistan, Serbia, Iraq, Libia, Siria e in tanti focolai di guerra che continuano a bruciare? E quanto l'azione chirurgica potrà limitare i danni provocati da proiettili e schegge che appositamente si deformano, si frammentano dentro il corpo trasportandovi pezzi di indumenti, pelle ed ossa strappati e frantumati nell'impatto tremendo, ruotanti vorticosamente su sé stessi e fuoruscendone straziando e infettando tessuti e organi? E che dire degli effetti delle "mine antiuomo", sparse non tanto per uccidere ma per provocare amputazioni vistose e miserevoli che devono incutere monito e timore agli illesi, resi attoniti come per i segni indelebili che restano nelle persone sottoposte a torture? E delle "bombe giocattolo" che giacciono allegre sui prati, allettanti?

La verità, fin troppo ovvia, è che ogni forma di ostilità orientata verso azioni militari possiede l'unico intento di piegare il nemico con la forza delle armi, accantonando la forza della ragione, e

umiliarlo e sconfiggerlo fino al suo annientamento psicologico e fisico. La verità è che neppure la “guerra chirurgica”, in tante occasioni praticata e rivelatasi fallimentare, può essere ritenuta lo strumento adatto per risparmiare sofferenze e distruzioni puntando, pur nelle intenzioni, su obiettivi militari sensibili.

L'unica soluzione davvero “chirurgica”, adottabile dalla Comunità internazionale a qualsiasi livello, consiste in un gesto dal carattere *eversivo*: il taglio netto del cordone ombelicale che connette azioni di guerra a poteri oligarchici, alla centralità dominante della finanza – cui corrisponde la crescente marginalità e umiliazione della dignità umana riaffermata sempre

in Carte costituzionali e Trattati internazionali – e alla produzione continua esponenziale di armamenti sempre maggiormente orrifici. Questa operazione chirurgica, anche fuori da recinti precostituiti, è basata sulla consapevolezza che la Comunità degli esseri umani, Casa unica di tutti i popoli e delle persone nelle diversità culturali, etniche e socio-economiche, potrà soltanto reggersi e progredire sulla condivisione e la solidarietà asimmetrica e generosa di tutte le Nazioni.

\* Già docente di Chirurgia generale nell'Università di Bologna e direttore delle Chirurgie, generali negli Ospedali Bellaria e Maggiore di Bologna

### Poliambulatorio Privato

#### ISTITUTO DI RICERCA E CURA dell' A.M.A.B.

Dir. Sanitario Dott. Umberto Mazzanti, Medico-Chirurgo

Via Antonio Canova, 13 - 40138 Bologna

Tel. 366-2876956, [www.amabonline.it](http://www.amabonline.it)

[infopoliambulatorioagopuntura@gmail.com](mailto:infopoliambulatorioagopuntura@gmail.com)



L'Istituto è attivo dal **1986**. Rappresenta uno dei primi esempi in Italia di **integrazione fra medicina tradizionale cinese e medicina occidentale**. Oltre all'attività di assistenza medica, è la sede dell'attività di Ricerca e Didattica dell' A.M.A.B. Scuola Italo-Cinese di Agopuntura



Vi operano **10 medici qualificati** che lavorano in tutti i campi in cui l'**Agopuntura** ha le sue maggiori indicazioni:

- **Cefalee** croniche, **emicrania**
- Dolori dell'apparato muscolo scheletrico
- Patologie **gastriche** e **intestinali**
- Patologie **dermatologiche**
- Patologie **ginecologiche**



#### **Percorsi terapeutici specifici:**

- Trattamento dell' **infertilità** maschile e femminile e supporto alla **procreazione medicalmente assistita**
- Trattamento **anti-aging**
- Trattamento **pediatrico**

**A.M.A.B. Associazione Medici Agopuntori Bolognesi**

Certificato



UNI EN ISO  
9001:2015  
REG. N. 8540

# VILLA BELLOMBRA RIABILITAZIONE ROBOTICA

## Riabilitazione intensiva

con tecnologia  
robotica

LOKOMAT PRO<sup>®</sup>

ARMEO POWER<sup>®</sup>

ARMEO SPRING<sup>®</sup>

per il recupero  
degli arti inferiori  
e superiori

Villa Bellombra  
è consorziata e associata con:



VILLA BELLOMBRA  
PRESIDIO OSPEDALIERO  
ACCREDITATO

Via Casteldebole 10/7  
40132 Bologna  
tel 051.58.20.95

info@villabellombra.it  
www.villabellombra.it

Seguici su facebook

**Direttore Sanitario**  
**Dott. Vincenzo Pedone**  
Specialista in Geriatria, Medicina Interna,  
Cardiologia, Pneumologia e Dietologia



# Legittimità delle vaccinazioni tra Scienza e diritti costituzionali - Sentenza Corte Costituzionale 14/2023 *(seconda parte)*

*(continua dal numero precedente)*

A ciò si aggiunga che, con specifico riferimento al sistema di monitoraggio per le reazioni conseguenti ai vaccini per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2, da un lato sono stati predisposti specifici monitoraggi sull'andamento epidemiologico da parte del Ministero della salute (secondo quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 26 aprile 2020, recante «Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale», rispetto al quale si segnala in particolare il decreto del Ministro della salute 30 aprile 2020, recante «Adozione dei criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio sanitario di cui all'allegato 10 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 26 aprile 2020»); dall'altro, sono state attuate le relative attività di sorveglianza da parte dell'AIFA con cadenza trimestrale, che confluiscono in rapporti concernenti tutti i dati sulle reazioni determinate dalla somministrazione dei vaccini.

9. – Tanto premesso, dunque, sul costante adeguamento della disciplina in esame all'andamento della situazione epidemiologico-sanitaria e all'evoluzione delle conoscenze medico-scientifiche, è opportuno procedere a un'analisi, sia pur di tipo sintetico, di queste ultime.

Infatti, come detto, il sindacato richiesto a questa Corte presuppone di verificare se il legislatore – utilizzando il dato medico-scientifico posto a disposizione dalle autorità di settore – si sia mantenuto in un'area di “attendibilità scientifica” e se abbia assunto una decisione non irragionevole nonché ido-

nea e non sproporzionata rispetto alla finalità perseguita.

10. – Per far ciò occorre confrontarsi, innanzitutto, con i contributi elaborati dall'AIFA, dall'ISS, dal Segretariato generale del Ministero della salute, dalla Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute e dalla Direzione generale della prevenzione sanitaria, tutti depositati dall'Avvocatura generale dello Stato in allegato all'atto di intervento del Presidente del Consiglio dei ministri.

10.1. – Il principale dato medico-scientifico garantito dalle autorità istituzionali nazionali ed europee, preposte al settore, è costituito, fin dal momento dell'adozione della disposizione censurata e a tutt'oggi, dalla natura non sperimentale del vaccino e dalla sua efficacia, oltre che dalla sua sicurezza.

10.2. – Relativamente ai primi due profili – che lo stesso giudice rimettente sostanzialmente non contesta convergono le conclusioni dell'AIFA, dell'ISS e del Segretariato generale del Ministero della salute.

Viene innanzitutto attestato che i «vaccini anti COVID-19 non possono in alcun modo considerarsi sperimentali», poiché «[i] vaccini attualmente in uso nella campagna vaccinale in Italia [...] sono vaccini regolarmente immessi in commercio dopo aver completato l'iter per determinarne qualità, sicurezza ed efficacia» (così, testualmente, la nota dell'ISS sopra menzionata, pagina 2).

Come attestato più dettagliatamente dall'AIFA, tali vaccini sono oggetto di autorizzazioni all'immissione in commercio condizionate (CMA), sulla base di un protocollo preesistente e già utilizzato in passato in ambito europeo per una serie di medicinali destinati a soddisfare un elevato bisogno terapeutico insoddisfatto (così la nota dell'AIFA sopra menzionata, pagina 9).

Ciò posto, l'Unione europea ha quindi ritenuto che, a fronte di minacce gravi per la salute pubblica, quale è senz'altro la pandemia, la scelta tecnica di ricorrere alla CMA rappresentasse la scelta migliore al fine di garantire la tutela della salute. E ciò in quanto «questa autorizzazione certifica che la sicurezza, l'efficacia e la qualità dei medicinali autorizzati, nel caso specifico del vaccino, sono comprovate e che i benefici sono superiori ai rischi» (pagina 8 della nota dell'AIFA). Sempre secondo quanto attestato dall'AIFA, nessuna delle fasi dello sviluppo pre-clinico e clinico (test di qualità, valutazione dell'efficacia e del profilo di sicurezza) dei vaccini è stata omessa e il numero dei pazienti coinvolti negli studi clinici è lo stesso di quello relativo a vaccini sviluppati con tempistiche standard. È stato infatti possibile «affiancare temporalmente le diverse fasi di sviluppo clinico e di arruolare negli studi di fase 3 un numero molto elevato (decine di migliaia) di partecipanti» (pagina 10 della nota dell'AIFA).

Sull'efficacia della vaccinazione per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2 si sofferma l'ISS, esponendo che «[l]a vaccinazione anti-COVID-19 costituisce una misura di prevenzione fondamentale per contenere la diffusione dell'infezione da SARS-CoV-2. Numerose evidenze scientifiche internazionali hanno dimostrato l'elevata efficacia dei vaccini anti-COVID-19 disponibili ad oggi, sia nella popolazione generale sia in specifici sottogruppi di categorie a rischio, inclusi gli operatori sanitari» (pagine 2 e 3 della nota dell'ISS). Al di là della fisiologica eterogeneità delle risposte immunitarie dei singoli individui e della maggiore capacità della variante Omicron di eludere l'immunità rispetto alle varianti precedenti, viene attestato che «la protezione rimane elevata specialmente nei confronti della malattia severa o peggior esito» (pagina 3 della nota dell'ISS). L'ISS chiarisce, inoltre, che «anche se l'efficacia vaccinale non è pari al 100%, ma del resto nessun vaccino ha una tale efficacia, l'elevata circolazione del virus SARS-CoV-2 rende comunque rilevante la quota di casi prevenibile» (pagina 5 della nota dell'ISS).

10.3. – Quanto al profilo della sicurezza, l'AIFA, come sopra riportato, sostiene con chiarezza che la CMA «certifica che la sicurezza, l'efficacia e la qualità dei medicinali autorizzati, nel caso specifico del vaccino, sono comprovate e che i benefici sono superiori ai rischi».

Inoltre – affrontando specificamente le criticità segnalate dal Collegio rimettente – l'Agenzia attesta l'assoluta attendibilità del sistema di raccolta dati, basato sulla farmacovigilanza passiva (pagine da 16 a 23 della nota dell'AIFA), e, soprattutto, evidenzia la differenza tra «segnalazioni di eventi avversi dopo vaccini anti-COVID-19» e «analisi del segnale» (pagine da 23 a 25 della nota dell'AIFA). Alla base della segnalazione dell'evento avverso vi è infatti il solo criterio temporale, il quale, tuttavia, è condizione necessaria ma non sufficiente a stabilire un nesso causale fra vaccinazione ed evento (pagine da 23 a 25 della nota dell'AIFA).

Secondo le conclusioni esposte, «la maggior parte delle reazioni avverse ai vaccini sono non gravi e con esito in risoluzione completa. Le reazioni avverse gravi hanno una frequenza da rara a molto rara e non configurano un rischio tale da superare i benefici della vaccinazione. Non è stato inoltre osservato alcun eccesso di decessi a seguito di vaccinazione e il numero di casi in cui la vaccinazione può aver contribuito all'esito fatale dell'evento avverso è estremamente esiguo e comunque non tale da inficiare il beneficio di tali medicinali» (pagine 26 e 27 della nota dell'AIFA).

Sempre relativamente al profilo della sicurezza, l'ISS, a sua volta, attesta che «[a]d oggi miliardi di persone nel mondo sono state vaccinate contro COVID-19. I vaccini anti SARS-CoV-2 approvati sono stati attentamente testati e continuano ad essere monitorati costantemente. Numerose evidenze scientifiche internazionali hanno confermato la sicurezza dei vaccini anti-COVID-19» (pagina 6 della nota dell'ISS). Si segnala, infine, la mole di dati di sicurezza relativi ai soggetti che hanno ricevuto un vaccino per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2, posto che, secondo l'EMA, fino all'inizio di aprile 2022 sono state più di 868 milioni le

dosi di vaccini somministrate alle persone nell'UE e nello Spazio economico europeo (SEE), concludendo nel senso che «[d]ai dati emerge che la stragrande maggioranza degli effetti collaterali noti dei vaccini COVID-19 sono lievi e di breve durata. Problemi di sicurezza classificabili come gravi sono estremamente rari» (pagina 8 della nota dell'ISS).

11. – Alla luce dei dati sin qui ripercorsi, deve ritenersi che le autorità scientifiche attestino concordemente la sicurezza dei vaccini per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2 oggetto di CMA e la loro efficacia nella riduzione della circolazione del virus (come emerge dalla diminuzione del numero dei contagi, nonché del numero di casi ricoverati, in area medica e in terapia intensiva, e dall'entità dei decessi associati al SARS-CoV-2 relativi al periodo che parte dall'inizio della campagna di vaccinazione di massa risalente a marzo-aprile 2021).

Ed è su questi dati scientifici – forniti dalle autorità di settore e che non possono perciò essere sostituiti con dati provenienti da fonti diverse, ancorché riferibili a “esperti” del settore – che si è basata la scelta politica del legislatore; legislatore che altrimenti, anziché alle autorità istituzionali, avrebbe dovuto affidarsi a “esperti” non è dato vedere con quali criteri scelti.

Appare evidente, dunque, in coerenza con il dato medico-scientifico che attesta la piena efficacia del vaccino e l'idoneità dell'obbligo vaccinale rispetto allo scopo di ridurre la circolazione del virus, la non irragionevolezza del ricorso ad esso, «[a] fronte di “un virus respiratorio altamente contagioso, diffuso in modo ubiquo nel mondo, e che può venire contratto da chiunque” (sentenza n. 127 del 2022)» (sentenza n. 171 del 2022), caratterizzato da rapidità e imprevedibilità del contagio.

12. – Tale valutazione di non irragionevolezza e idoneità allo scopo vale con particolare riferimento agli esercenti le professioni sanitarie e operatori di interesse sanitario di cui all'art. 1, comma 2, della legge n. 43 del 2006.

E infatti, l'obbligo vaccinale per tali soggetti consente di perseguire, oltre che la tutela della salute di una delle categorie più esposte

al contagio, «il duplice scopo di proteggere quanti entrano con loro in contatto e di evitare l'interruzione di servizi essenziali per la collettività» (sentenza n. 268 del 2017).

12.1. – Quest'ultima finalità era particolarmente avvertita in un momento in cui, da un lato, il sistema sanitario nel suo complesso era sottoposto ad un gravissimo stress, dovendo affrontare – oltre a crescenti richieste di assistenza domiciliare – un enorme e incessante incremento di ricoveri per i pazienti affetti da patologia da SARS-CoV-2, con conseguente congestione delle strutture ospedaliere e dei reparti intensivi, e, dall'altro lato, si assisteva a una crescente diffusione del contagio tra il personale sanitario.

Sotto quest'ultimo profilo, basti ricordare che l'ISS, nella menzionata nota, sostiene espressamente che «gli operatori sanitari sono tra le categorie ad alto rischio di contrarre l'infezione da SARS-CoV-2 potendosi infettare più facilmente prendendosi cura dei pazienti e/o interagendo con altro personale sanitario» (pagina 5 della nota dell'ISS).

D'altro canto, il Segretariato generale del Ministero della salute attesta con nettezza il significativo impatto della campagna vaccinale sulla circolazione del SARS-CoV-2 tra gli operatori sanitari: «a seguito dell'avvio della campagna vaccinale c'è stata una netta riduzione della percentuale dei casi tra gli operatori sanitari rispetto al resto della popolazione: a fine dicembre 2020 la percentuale dei casi tra gli operatori sanitari rispetto al resto della popolazione si attestava a circa il 6%, mentre a fine febbraio 2021, in concomitanza con il completamento del ciclo vaccinale e il conseguente sviluppo dell'immunità, risultava poco al di sopra dell'1,5%» (pagina 28 della nota del Segretariato generale del Ministero della salute).

Su altro versante, la predetta situazione di congestionamento si rivelava ancor più allarmante in quanto, in un sistema sanitario prevalentemente proiettato sulla gestione della pandemia, determinava un'estrema difficoltà di disporre cure e ricoveri per i pazienti non affetti da patologia SARS-CoV-2. Sul punto basti segnalare le osservazioni della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute, la quale,

sulla base di una lettura comparativa dei volumi dei ricoveri ospedalieri degli anni 2019-2020, attesta una netta flessione dell'erogazione complessiva dei ricoveri del 2020 rispetto all'anno precedente con una perdita in termini di volumi di circa 1 milione e mezzo di ricoveri (pagina 2 della nota della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute), flessione «che ha con tutta probabilità determinato l'impossibilità di curarsi di pazienti affetti da patologie diverse dal COVID-19» (pagina 3 della medesima nota).

12.2. – Con specifico riferimento al – differente ma complementare – scopo di proteggere quanti entrano in contatto con gli esercenti le professioni sanitarie e operatori di interesse sanitario di cui all'art. 1, comma 2, della legge n. 43 del 2006, è opportuno ricordare che già in passato questa Corte – esaminando una legge regionale che prevede la facoltà della Giunta regionale di individuare i reparti dove consentire l'accesso ai soli operatori che si siano attenuti alle indicazioni del Piano nazionale di prevenzione vaccinale vigente per i soggetti a rischio per esposizione professionale – ha avuto modo di valorizzare, con riferimento alla vaccinazione degli operatori sanitari, lo «scopo di prevenire e proteggere la salute di chi frequenta i luoghi di cura: anzitutto quella dei pazienti, che spesso si trovano in condizione di fragilità e sono esposti a gravi pericoli di contagio, quella dei loro familiari, degli altri operatori e, solo di riflesso, della collettività. Tale finalità [...] è del resto oggetto di attenzione da parte delle società medico-scientifiche, che segnalano l'urgenza di mettere in atto prassi adeguate a prevenire le epidemie in ambito ospedaliero, sollecitando anzitutto un appropriato comportamento del personale sanitario, per garantire ai pazienti la sicurezza nelle cure» (sentenza n. 137 del 2019).

D'altronde, come segnalato anche dall'ISS nella sopra citata nota, «[l]e infezioni tra gli operatori sanitari hanno un impatto negativo sulla salute individuale e collettiva sia direttamente che indirettamente. Infatti non solo l'operatore sanitario può a sua volta trasmettere l'infezione più facilmente a pazienti tra cui soggetti fragili ad alto rischio di svilup-

pare forme gravi di malattia ma, indirettamente, le procedure di isolamento e quarantena che si renderebbero necessarie a seguito di un'eventuale infezione possono provocare danno al sistema sanitario nazionale in termini di garanzia e continuità nell'erogazione delle cure» (pagina 5 della nota ISS). Con ciò, peraltro, evidenziando, ancora una volta, la possibile ricaduta in termini di rischio di interruzione del servizio sanitario.

12.3. – Della convergenza, in capo agli esercenti le professioni sanitarie e operatori di interesse sanitario di cui all'art. 1, comma 2, della legge n. 43 del 2006, di queste plurime valutazioni che giustificano un trattamento differenziato per tali soggetti, vi è traccia anche nella Relazione illustrativa del d.l. n. 44 del 2021: «L'introduzione di un siffatto obbligo per le categorie professionali considerate nasce dalla constatazione che la vaccinazione degli operatori sanitari, unitamente alle altre misure di protezione collettiva e individuale per la prevenzione della trasmissione degli agenti infettivi nelle strutture sanitarie e negli studi professionali, ha valenza multipla: consente di salvaguardare l'operatore rispetto al rischio infettivo professionale, contribuisce a proteggere i pazienti dal contagio in ambiente assistenziale e serve a difendere l'operatività dei servizi sanitari, garantendo la qualità delle prestazioni erogate, e contribuisce a perseguire gli obiettivi di sanità pubblica».

12.4. – Fortemente significativa è, infine, sotto il profilo di diritto comparato, la tendenziale omogeneità della soluzione, adottata in altri Paesi, nel senso della obbligatorietà della vaccinazione legata a certe professioni, tra le quali spiccano, per tutte – pur nell'ambito di una certa variabilità delle altre categorie soggettive coinvolte e pur nella diversità degli approcci che emerge dal confronto tra i vari ordinamenti –, quelle sanitarie.

In particolare, va segnalato che l'obbligo vaccinale per gli esercenti attività in ambito sanitario è stato introdotto, tra l'altro, in Francia e in Germania, nonché nel Regno Unito e negli Stati Uniti d'America. E, come meglio esposto in seguito, le Corti, anche costituzionali, di alcuni Paesi hanno ritenuto

la legittimità dell'obbligo, facendo ricorso ai canoni di ragionevolezza e proporzionalità, utilizzati in modo non dissimile da come sviluppati nel nostro ordinamento.

13. – Verificata, dunque, in coerenza con il dato medico-scientifico che attesta la piena efficacia del vaccino nei sensi sopra esaminati, l'idoneità dell'obbligo vaccinale degli esercenti le professioni sanitarie e degli operatori di interesse sanitario di cui all'art. 1, comma 2, della legge n. 43 del 2006, rispetto alla finalità di ridurre la circolazione del virus – funzionale al duplice scopo, sopra ricordato, di proteggere quanti entrano con loro in contatto e di evitare l'interruzione di servizi essenziali per la collettività –, e quindi la non irragionevolezza del ricorso ad esso, va ora valutato il profilo concernente l'osservanza del principio di proporzionalità rispetto alle finalità perseguite.

Come già affermato da questa Corte, quando si è in presenza di una questione concernente il bilanciamento tra due diritti, «il giudizio di ragionevolezza sulle scelte legislative si avvale del cosiddetto test di proporzionalità, che “richiede di valutare se la norma oggetto di scrutinio, con la misura e le modalità di applicazione stabilite, sia necessaria e idonea al conseguimento di obiettivi legittimamente perseguiti, in quanto, tra più misure appropriate, prescriva quella meno restrittiva dei diritti a confronto e stabilisca oneri non sproporzionati rispetto al perseguimento di detti obiettivi” (sentenza n. 1 del 2014, richiamata, da ultimo, dalle sentenze n. 137 del 2018, n. 10 del 2016, n. 272 e n. 23 del 2015 e n. 162 del 2014)» (sentenza n. 20 del 2019).

13.1. – Sotto tale aspetto, la misura deve ritenersi non sproporzionata, in primo luogo, perché non risultavano, a quel tempo, misure altrettanto adeguate rispetto allo scopo prefissato dal legislatore per fronteggiare la pandemia. E ciò vale, in particolare, per la soluzione alternativa prospettabile (utilizzata in ambiti più generali, per l'accesso ai luoghi pubblici da parte di soggetti non appartenenti a categorie soggette a vaccinazione obbligatoria), rappresentata dall'effettuazione periodica di test diagnostici dell'infezione da SARS-CoV-2. Innanzitutto perché, dovendo essere effettuati con una cadenza

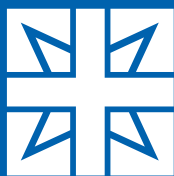
particolarmente serrata (e cioè ogni due o tre giorni), avrebbero avuto costi insostenibili e avrebbero comportato un intollerabile sforzo per il sistema sanitario, già impegnato nella gestione della pandemia, tanto a livello logistico-organizzativo, quanto per l'impiego di personale. D'altro canto, l'esito del test non è immediatamente disponibile rispetto al momento della sua effettuazione: esso, pertanto, nasce già “obsoleto”, posto che l'esito può essere già stato superato da un contagio sopravvenuto nel frattempo, con il fisiologico rischio della presenza nei luoghi di cura di soggetti inconsapevolmente contagiati.

13.2. – Sempre con riferimento al rispetto della proporzionalità, va, altresì, rilevato che la conseguenza del mancato adempimento dell'obbligo è rappresentata dalla sospensione dall'esercizio delle professioni sanitarie, con reintegro al venir meno dell'inadempimento dell'obbligo e, comunque, dello stato di crisi epidemologica.

La scelta – che non riveste natura sanzionatoria – si muove nell'ambito della responsabilità del legislatore di individuare una conseguenza calibrata, in termini di sacrificio dei diritti dell'operatore sanitario, che sia strettamente funzionale rispetto alla finalità perseguita di riduzione della circolazione del virus.

E ciò tanto in termini di durata, posto che, secondo quanto già sopra evidenziato, il legislatore ha introdotto, sin dall'inizio, una durata predeterminata dell'obbligo vaccinale, modificandola, costantemente, in base all'andamento della situazione sanitaria, giungendo ad anticiparla appena la situazione epidemologica lo ha consentito; quanto in termini di intensità, trattandosi di una sospensione del rapporto lavorativo, senza alcuna conseguenza di tipo disciplinare, e non di una sua risoluzione.

13.3. – È interessante notare come in altri ordinamenti, e segnatamente in quello francese, la giurisprudenza, rigettando un'istanza che mirava alla presentazione di una *question prioritaire de constitutionnalité* degli artt. 12 e 14 della legge 5 agosto 2021, n. 1040, abbia sostenuto che il fatto che l'art. 14 – concernente le conseguenze



Certificato



UNI EN ISO 9001:2015  
REG. N. 8540

# SANTA VIOLA PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO

Ricoveri privati tempestivi  
senza lista d'attesa

L'Ospedale Santa Viola  
è consorziato e associato con:



## Ricoveri ospedalieri

Post acuzie



Riabilitazione



Pazienti affetti  
da disturbi della  
coscienza



Ricerca  
e formazione



**SANTA VIOLA**  
Presidio Ospedaliero  
Accreditato

via della Ferriera, 10,  
Bologna 40133  
t. 051 38 38 24  
info@santaviola.it  
www.santaviola.it

Seguici su facebook



Autor. Sanitaria N. PG 196321 del 14.05.2018

**Direttore Sanitario**  
**Dott. Vincenzo Pedone**

Specialista in Geriatria, Medicina Interna,  
Cardiologia, Pneumologia e Dietologia

dell'inadempimento degli obblighi vaccinali – non preveda la risoluzione del contratto di lavoro o la cessazione dalle funzioni delle persone interessate, bensì la sospensione del rapporto, fa propendere per «una conciliazione non manifestamente squilibrata fra le esigenze costituzionali discendenti dal diritto al lavoro e al diritto alla tutela della salute» (Conseil d'État, sezioni V e VI riunite, 28 gennaio 2022, n. 457879, paragrafo 12).

Diversamente, in altri ordinamenti, quali la Germania, il Regno Unito e gli Stati Uniti d'America, è stata introdotta la possibilità di ricorrere al licenziamento (indipendentemente dalla frequenza con cui, nella prassi, vi si sia fatto ricorso).

In particolare, in Germania, la giurisprudenza costituzionale ha affermato che, sebbene la libertà di esercitare una professione tuteli anche la volontà del singolo di mantenere il posto di lavoro sì da non ammettere tutte quelle misure che sortiscono l'effetto di obbligare il singolo a rinunciare a un determinato posto di lavoro (Rn. 246), la previsione dell'obbligo vaccinale è tuttavia giustificata in quanto posta a tutela delle persone più vulnerabili (Rn. 254). In particolare, risulta: a) legittimo lo scopo perseguito (Rn. 256); b) adeguata la misura prescelta per il suo raggiungimento, non ravvisandosi misure alternative che comportino un minore sacrificio (Rn. 257, ma anche 189 e seguenti); c) adeguato il bilanciamento operato tra lo scopo perseguito e la gravità del sacrificio comportato (Rn. 258-266) (Tribunale costituzionale federale, ordinanza 27 aprile 2022, 1 BvR 2649/21).

14. – Non colgono nel segno, infine, le doglianze – che, peraltro, meritano attenta considerazione anche in sede legislativa – svolte dal giudice rimettente in ordine alla mancata adozione di «misure di mitigazione» e «misure di precauzione» ad accompagnamento dell'obbligo vaccinale, a suo parere rinvenibili in alcune carenze del triage pre-vaccinale: il mancato coinvolgimento dei medici di medicina generale e l'assenza, prima della inoculazione del vaccino, di adeguati accertamenti, analisi e test diagnostici, nonché dello stesso test sierologico.

14.1. – Quanto al primo profilo, di norma la pratica vaccinale in Italia non prevede un coinvolgimento nel triage del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta. Come esposto nella richiamata nota del Segretariato generale del Ministero della salute, le vaccinazioni previste dai calendari vaccinali regionali sono in genere eseguite, salvo talune eccezioni che qui non rilevano, presso i servizi di vaccinazione delle aziende sanitarie locali o provinciali delle varie regioni da parte degli operatori di sanità pubblica (medici igienisti, assistenti sanitari, infermieri).

Di norma, dunque, il medico di medicina generale non assolve un ruolo primario nella valutazione dell'eleggibilità di un assistito a una vaccinazione, anche in relazione alle vaccinazioni contemplate in via ordinaria nel Piano nazionale di prevenzione vaccinale. Questa valutazione compete, infatti, ai medici vaccinatori, che sono all'uopo adeguatamente formati e che assumono la decisione di procedere o meno con la vaccinazione dell'interessato.

Ciò non toglie, peraltro, che il medico di medicina generale, per espressa previsione del già ricordato comma 2 del censurato art. 4 del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, ha affiancato i medici vaccinatori nella verifica della presenza delle cause di esenzione dalla vaccinazione e, pertanto, ha nei fatti assolto un ruolo tutt'altro che secondario nel percorso di accompagnamento dei relativi assistiti nell'ambito della campagna vaccinale, proprio in considerazione della conoscenza del paziente e della sua storia clinica.

14.2. – Nemmeno può convenirsi con l'assunto del giudice *a quo* secondo il quale non sono state predisposte adeguate «misure di precauzione» ad accompagnamento dell'obbligo vaccinale, quali adeguati accertamenti in fase di triage pre-vaccinale.

Nella pratica, l'anamnesi pre-vaccinale è una pratica standardizzata attraverso la quale è possibile stabilire la presenza di eventuali controindicazioni o di precauzioni rispetto alla vaccinazione, attraverso una serie di precise e semplici domande, a cui possono e devono seguire, se del caso, eventuali ulteriori approfondimenti, ivi inclusi, raramente, accertamenti diagnostici o consulti clinici con

il medico di medicina generale o il medico specialista che assiste il soggetto. Il personale sanitario che esegue una vaccinazione deve infatti verificare la presenza di controindicazioni e/o di precauzioni in ogni persona prima di somministrare qualsiasi vaccino, secondo un consolidato protocollo.

Con riferimento al rilievo conferito dal rimettente alla mancata somministrazione di test pre-vaccinali, va considerato come normalmente per le vaccinazioni non sia prevista l'effettuazione di simili test per stabilire il profilo di sicurezza relazionale a un determinato individuo. Non sono richiesti esami di laboratorio o altri accertamenti diagnostici da eseguire di routine prima della vaccinazione, in quanto non esiste alcuna evidenza che supporti l'utilità di un loro utilizzo esteso, in maniera aprioristica, a tutti i soggetti candidati alla vaccinazione: non esistono test, inclusi quelli di carattere genetico, che vengano raccomandati come test pre-vaccinali (pagina 28 della nota del Segretariato generale del Ministero della salute).

Del resto, come il Presidente del Consiglio rammenta nel proprio atto di intervento, le principali autorità sanitarie in ambito internazionale, inclusi l'Organizzazione mondiale della sanità e i Centers for disease prevention and control statunitensi, non raccomandano l'esecuzione di alcun test pre-vaccinale per la vaccinazione per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2.

La considerazione che normalmente per le vaccinazioni non sia prevista l'effettuazione di un test in ordine alla patologia di riferimento vale anche con riguardo alla mancata effettuazione del test sierologico.

14.3. – Occorre, infine, soffermarsi anche sul profilo più generale delle cautele o condotte che lo stato delle conoscenze scientifiche e l'arte prescrivono in relazione alla attuazione ed esecuzione materiale del trattamento sanitario.

Impregiudicato il diritto a un indennizzo in caso di eventi avversi comunque riconducibili al vaccino, inerenti a quel rischio ineliminabile di cui si è già detto sopra, resta ferma la responsabilità civile di cui all'art. 2043 del codice civile per l'ipotesi in cui «il danno ulteriore sia imputabile a comportamenti col-

posi attinenti alle concrete misure di attuazione [...] o addirittura alla materiale esecuzione del trattamento stesso» (sentenza n. 307 del 1990).

Questa Corte, infatti, facendo riferimento alla «necessità che il soggetto vaccinando sia messo quanto più possibile al riparo dai rischi di complicanze da vaccino», rimarca come tali «esigenze cautelative [...] già trovino un primo livello di risposta nella doverosità dell'osservanza, in sede di attuazione ed esecuzione del trattamento obbligatorio, di quelle “cautele o [...] modalità che lo stato delle conoscenze scientifiche e l'arte prescrivono in relazione alla sua natura”, e la cui violazione fonda [...] la tutela aquiliana ex art. 2043 cit.» (sentenza n. 258 del 1994; ma anche, in termini, la sentenza n. 307 del 1990).

15. – Alla luce di tutte le considerazioni sin qui svolte deve quindi dichiararsi non fondata la questione di legittimità costituzionale sollevata, in riferimento all'art. 32 Cost., dell'art. 4, commi 1 e 2, del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, nella parte in cui prevede, da un lato, l'obbligo vaccinale per il personale sanitario e, dall'altro lato, per effetto dell'inadempimento dello stesso, la sospensione dall'esercizio delle professioni sanitarie.

16. – Ugualmente non fondate sono le questioni sollevate, in riferimento agli artt. 3 e 21 Cost., dell'art. 1 della legge n. 219 del 2017, nella parte in cui non prevede l'espressa esclusione dalla sottoscrizione del consenso informato nelle ipotesi di trattamenti sanitari obbligatori, e dell'art. 4 del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, nella parte in cui non esclude l'onere di sottoscrizione del consenso informato nel caso di vaccinazione obbligatoria.

16.1. – Il consenso informato, quale condizione per la liceità di qualsivoglia trattamento sanitario, trova fondamento nell'autodeterminazione, nelle scelte che riguardano la propria salute, intesa come libertà di disporre del proprio corpo, diritti fondamentali della persona sanciti dagli artt. 2, 13, 32 Cost. e dagli artt. 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea. Secondo quanto disposto dall'art. 1 della legge n.



219 del 2017, «nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge». Più precisamente, il consenso del paziente deve essere libero e consapevole, preceduto da informazioni complete, aggiornate e comprensibili relative a diagnosi, prognosi, benefici e rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, possibili alternative e conseguenze dell'eventuale rifiuto al trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi.

Orbene – premessa la rilevanza della raccolta del consenso anche ai fini di un'adeguata emersione dei dati essenziali per una completa e corretta anamnesi pre-vaccinale, destinata, tra l'altro, come sopra ricordato, a valutare l'eleggibilità del soggetto interessato alla vaccinazione – la natura obbligatoria del vaccino in esame non esclude la necessità di raccogliere il consenso informato, che viene meno solo nei casi espressamente previsti dalla legge, come disposto dal comma 1 dell'art. 1 della citata legge n. 219 del 2017.

L'obbligatorietà del vaccino lascia comunque al singolo la possibilità di scegliere se adempiere o sottrarsi all'obbligo, assumendosi responsabilmente, in questo secondo caso, le conseguenze previste dalla legge.

Qualora, invece, il singolo adempia all'obbligo vaccinale, il consenso, pur a fronte dell'obbligo, è rivolto, proprio nel rispetto dell'intangibilità della persona, ad autorizzare la materiale inoculazione del vaccino.

17. – In conclusione, le questioni di legittimità costituzionale sollevate vanno dichiarate in parte manifestamente inammissibili e in parte non fondate.

#### PER QUESTI MOTIVI

#### LA CORTE COSTITUZIONALE

dichiara manifestamente inammissibili le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto-legge 1° aprile 2021, n. 44 (Misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19, in materia di vaccinazioni anti SARS-CoV-2, di giustizia e di concorsi pubblici), convertito, con modificazioni, nella legge 28 maggio

2021, n. 76, nella parte in cui prevede, da un lato, l'obbligo vaccinale per il personale sanitario e, dall'altro lato, per effetto dell'inadempimento stesso, la sospensione dall'esercizio delle professioni sanitarie, sollevate, in riferimento agli artt. 3, 4, 33, 34 e 97 della Costituzione, dal Consiglio di giustizia amministrativa per la Regione Siciliana con l'ordinanza indicata in epigrafe;

dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 4, commi 1 e 2, del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, sollevata, in riferimento all'art. 32 Cost., dal Consiglio di giustizia amministrativa per la Regione Siciliana con l'ordinanza indicata in epigrafe;

dichiara non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 1 della legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento), nella parte in cui non prevede l'espressa esclusione della sottoscrizione del consenso informato nelle ipotesi di trattamenti sanitari obbligatori, e dell'art. 4 del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, nella parte in cui non esclude l'onere di sottoscrizione del consenso informato nel caso di vaccinazione obbligatoria, sollevate, in riferimento agli artt. 3 e 21 Cost., dal Consiglio di giustizia amministrativa per la Regione Siciliana con l'ordinanza indicata in epigrafe.

Così deciso in Roma, nella sede della Corte costituzionale, Palazzo della Consulta, il 1° dicembre 2022. F.to:

Silvana SCIARRA, Presidente Filippo PATRONI GRIFFI, Redattore

Roberto MILANA, Direttore della Cancelleria Depositata in Cancelleria il 9 febbraio 2023. Il Direttore della Cancelleria

F.to: Roberto MILANA

ALLEGATO:

ORDINANZA LETTA ALL'UDIENZA DEL 30 NOVEMBRE 2022

#### ORDINANZA

Visti gli atti relativi al giudizio di legittimità costituzionale dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto-legge 1° aprile 2021, n. 44 (Misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19, in materia di vaccinazioni anti

SARS-CoV-2, di giustizia e di concorsi pubblici), convertito, con modificazioni, nella legge 28 maggio 2021, n. 76, nonché degli artt. 1 della legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento) e 4 del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, promosso dal Consiglio di giustizia amministrativa per la Regione Siciliana con ordinanza del 22 marzo 2022, iscritta al n. 38 registro ordinanze 2022 e pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica n. 17, prima serie speciale, dell'anno 2022.

Rilevato che, nel giudizio sono intervenuti, con atti depositati il 16 maggio 2022, D. D.P. e altri nove, R. S. e G. V., M. A. e altri dodici, A. C. e S. M.; con atti depositati il 17 maggio 2022, V. B. e altri sedici, G. L. e altri quattro, L. B., M. D.M., S. P. e altri quattro, A. B., P. C.;

che alcuni di essi (D. D.P. e altri nove, R. S. e G. V., M. A. e altri dodici, A. C. e S. M., L. B.), in quanto esercenti le professioni sanitarie e operatori di interesse sanitario e, pertanto, destinatari dell'obbligo vaccinale ai sensi dell'art. 4 del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, sostengono di trovarsi nella medesima condizione di diritto sostanziale dell'appellante di cui all'ordinanza di rimessione indicata;

che altri (M. D.M., A. B., P. C.) sono cittadini ultracinquantenni destinatari dell'obbligo vaccinale ex art. 1 del decreto-legge 7 gennaio 2022, n. 1 (Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza COVID-19, in particolare nei luoghi di lavoro, nelle scuole e negli istituti della formazione superiore), convertito, con modificazioni, nella legge 4 marzo 2022, n. 18, oppure (V. B. e altri sedici, G. L. e altri quattro, S. P. e altri quattro) «privati cittadini italiani [...], lavoratori, medici e non, over 50 (e qualcuno prossimo), che hanno deciso di non “vaccinarsi covid” per proprie motivazioni personali», che assumono essere titolari di una posizione suscettibile di restare incisa dall'esito del giudizio di questa Corte.

Considerato che, ai sensi dell'art. 4, comma 3, delle Norme integrative per i giudizi davanti alla Corte costituzionale, nel giudizio in via incidentale possono intervenire «i titolari di

un interesse qualificato, inerente in modo diretto e immediato al rapporto sostanziale dedotto in giudizio»;

che la partecipazione al giudizio incidentale di legittimità costituzionale è, infatti, circoscritta, di norma, alle parti del giudizio a quo e che «non è sufficiente, al fine di rendere ammissibile l'intervento, la circostanza che il soggetto sia titolare di interessi analoghi a quelli dedotti nel giudizio principale, o che sia parte in un giudizio analogo, ma diverso dal giudizio *v*, sul quale la decisione di questa Corte possa influire» (ordinanza n. 191 del 2021);

che, nel caso in esame, i soggetti intervenuti nel presente giudizio, in quanto destinatari dell'obbligo vaccinale ex art. 4 del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, sono titolari di un interesse meramente indiretto all'accoglimento della questione di legittimità costituzionale, interesse che ancora meno è possibile apprezzare con riferimento ai soggetti ultracinquantenni o ai soggetti appartenenti a categorie professionali (non meglio precisate nei rispettivi atti di intervento) diverse da quelle di cui al citato art. 4;

che, pertanto, gli interventi devono essere dichiarati inammissibili.

#### PER QUESTI MOTIVI

#### LA CORTE COSTITUZIONALE

dichiara inammissibili gli interventi di D. D.P. e altri nove, R. S. e G. V., M. A. e altri dodici, A. C. e S. M., V. B. e altri sedici, G. L. e altri quattro, L. B., M. D.M., S.P. e altri quattro, A. B., P. C.

F.to: Silvana Sciarra, Presidente

*Le sentenze e le ordinanze della Corte costituzionale sono pubblicate nella prima serie speciale della Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana (a norma degli artt. 3 della legge 11 dicembre 1984, n. 839 e 21 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 1985, n. 1092) e nella Raccolta Ufficiale delle sentenze e ordinanze della Corte costituzionale (a norma dell'art. 29 delle Norme integrative per i giudizi davanti alla Corte costituzionale, approvate dalla Corte costituzionale il 16 marzo 1956).*

*Il testo pubblicato nella Gazzetta Ufficiale fa interamente fede e prevale in caso di divergenza.*



# CLINICADOMICILIO

Eseguiamo radiografie ed ecografie a domicilio  
a Bologna e provincia



Per le radiografie è obbligatoria la prescrizione del medico

**SEMPLICE  
E VELOCE  
SENZA LISTA  
D'ATTESA**

SCEGLI IL GIORNO  
E IL LUOGO PER  
IL TUO ESAME.  
AL RESTO CI  
PENSIAMO NOI

## INFO E PRENOTAZIONI

Prenota on-line sul sito  
clinicadomicilio.it o chiama  
il numero 800100670 oppure scrivi a  
info@clinicadomicilio.it  
Tutti i giorni, festivi compresi,  
dalle 8:00 alle 22:00.

Il servizio è attivabile su tutta  
la provincia di Bologna.

REFERTO GARANTITO IN SOLE 24 ORE

NUMERO VERDE - 800100670



800100670



clinicadomicilio.it



clinica domicilio

CONSORZIATA



CERTIFICATA



Aut.San. PG.N. 25139/2017

# Il diabete nell'area metropolitana di Bologna: Criticità emergenti in rapporto alla popolazione immigrata\*

Giulio Marchesini<sup>1</sup>, Dino Gibertoni<sup>1</sup>, Chiara Giansante<sup>2</sup>, Vincenza Perlangeli<sup>2</sup>, Roberto Grilli<sup>4</sup>, Luigia Scudeller<sup>1</sup>, Carlo Descovich<sup>3</sup>, Paolo Pandolfi<sup>2</sup>

## Diabete ed immigrazione

Nell'ultimo rapporto immigrazione della Caritas Italiana e Fondazione Migrantes si legge che "il numero di migranti internazionali è stimato in 281 milioni nel 2021 (3,6% della popolazione mondiale), a fronte dei 272 milioni del 2019. Di questi, quasi due terzi sono migranti per lavoro. La principale causa dell'aumento del numero complessivo di persone che si trovano a vivere in un Paese diverso dal proprio sta nell'acuirsi e nel protrarsi del numero di contesti di crisi registrati a livello mondiale, che hanno fatto superare ad inizio 2022 per la prima volta nella storia la soglia di 100 milioni di migranti forzati (con un notevole incremento rispetto agli 89,3 milioni di fine 2021)" [1]. A detenere il primato come meta dei migranti è l'Europa con 87 milioni (il 30,9% della popolazione migrante totale), seguita dall'Asia con 86 milioni (30,5%), dall'America settentrionale con 59 milioni (20,9%).

In questo contesto, la popolazione straniera regolarmente residente in Italia ha ripreso a crescere dopo un periodo di relativa stabilità successiva al forte incremento verificatosi all'inizio del secolo e poi alla crisi economica del 2008 che aveva allontanato molti migranti. Al 1° gennaio 2022 i cittadini stranieri residenti in Italia erano 5.193.669, in lieve aumento rispetto ai 4.996.158 residenti al 1° Gennaio 2019 (8,4% della popolazione italiana). La Regione con il maggior numero di residenti stranieri rimane la Lombardia, seguita nell'ordine da Lazio, Emilia-Romagna, Veneto e Toscana. All'interno della città metropolitana di Bologna (residenti totali al 2019, 1.021.501) i cittadini stranieri titolari di

permesso di soggiorno erano 123.370, pari al 12,1% dei residenti.

Questa popolazione si caratterizza per un quadro demografico ben diverso dalla popolazione di origine italiana: la popolazione straniera è ben più giovane di quella italiana, ragazze e ragazzi con meno di 18 anni rappresentano circa il 20% della popolazione e per ogni anziano (65 anni o più) ci sono più di 3 giovanissimi di età compresa fra gli 0 e i 14 anni. I ragazzi nati in Italia da genitori stranieri ("secondo generazioni" in senso stretto) sono oltre 1 milione e di questi il 22,7% ha acquisito la cittadinanza italiana. Così, fra nati all'estero e nati in Italia, questo gruppo di giovani giunge a rappresentare il 13,0% del totale della popolazione residente in Italia con meno di 18 anni. Anche il quadro sanitario è diverso, per effetto di differenti condizioni di vita, differenti abitudini culturali ed alimentari, differente quadro socio-economico e lavorativo. In questo contesto, un problema primario è rappresentato dalle malattie metaboliche (particolarmente il diabete), largamente studiato in contesti internazionali [2]. Non vogliamo in questo contesto approfondire le cause fisiopatologiche che sottendono lo sviluppo del diabete in queste popolazioni migranti. Certamente, le cause partono da lontano, da un imprinting genetico ed epigenetico che le popolazioni a rischio di malnutrizione si portano dalla nascita. La predisposizione genetica a sviluppare insulino-resistenza ed obesità centrale, l'esposizione ad un ambiente intrauterino carenziale secondo la validata teoria di Barker, spingono infatti tutte in direzione del diabete [3]. Molti immigrati in Italia sono infatti vissuti in contesti di

povertà che hanno predisposto l'organismo ad un assetto metabolico di risparmio che porta inevitabilmente all'obesità non appena vengono esposti all'ambiente obesigeno della vita occidentale. Dati raccolti inizialmente in Italia nella popolazione Filippina residente a Roma documentano infatti un diretto rapporto tra sviluppo di obesità, diabete ed ipertensione con le modificazioni delle abitudini alimentari, la riduzione dell'attività fisica quotidiana, ma anche con la durata della residenza in Italia ed il diabete [4]. A questi fattori si aggiungono spesso condizioni socio-economiche e lavorative che aumentano la fragilità, riducono l'accesso ai servizi sanitari anche quando questi siano universali, come nel sistema Italiano. Nonostante gli sforzi fatti per rendere universalistiche le protezioni sanitarie, esistono infatti barriere di tempo, di spazio, barriere linguistiche e culturali, che possono modificare il destino sanitario di questi cittadini. In vari contesti di cura è stato infatti validato il modello comportamentale di Andersen che spiega le differenze nell'uso dei servizi sanitari, ed anche l'uso della stessa terapia farmacologica, in base a tre fattori concausali: a) i bisogni percepiti (frequentemente malpercepiti o almeno sottovalutati dagli immigrati); b) le condizioni che facilitano l'accesso ai servizi (il livello socioeconomico e culturale); c) i fattori predisponenti (la facilità di espressione nella nuova lingua, una moderna concezione della vita familiare, dei ruoli maschili e femminili, dei valori all'interno della famiglia, aspetti religiosi) [5].

Questi fattori si sommano ovviamente a fattori socio-economici presenti anche nella popolazione nata in Italia e distribuita nei diversi quartieri di Bologna. Una mappa che riporta la prevalenza del diabete nei vari quartieri cittadini in rapporto al reddito medio degli abitanti prima della pandemia di COVID-19 mostra valori tra il 3,2% ed il 4,2% nelle zone collinari e nel centro cittadino, ad alto reddito, mentre la prevalenza sale fino a valori del 6,5% nei quartieri periferici (zona Pilastro), dove esiste anche un'alta concentrazione di immigrati (Figura 1).

L'analisi condotta nel 2010 sulla popolazione immigrata in Italia, basata sull'ampio database ARNO-CINECA ed i dati di oltre 8

milioni di residenti in Italia, aveva già documentato come il diabete si presentasse nella popolazione nata all'estero con caratteristiche ben diverse rispetto alla popolazione italiana di origine. Gli immigrati con diabete avevano un'età di 15 anni più giovane, ricevevano un trattamento meno intensivo, caratterizzato da un minor ricorso alla terapia insulinica, l'uso di farmaci antidiabetici a più basso costo, ma anche un minor uso di farmaci per il controllo della dislipidemia (statine) o farmaci antitrombotici (anti-aggreganti piastrinici), ed infine un minor numero di visite e ricoveri ospedalieri [6].

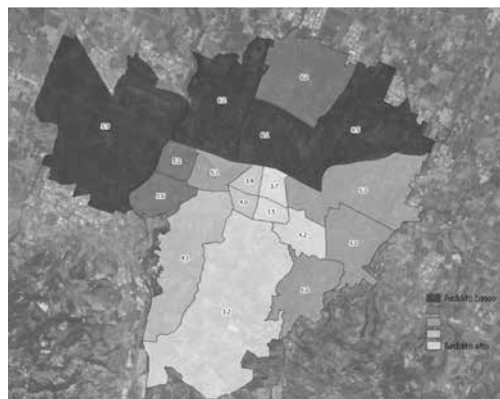
Quanto finora discusso ha costituito la base per l'analisi condotta nel territorio di competenza dell'Ausl di Bologna (che rappresenta l'87% dell'area metropolitana di Bologna) e che viene descritta nel capitolo seguente.

### Analisi del diabete nel territorio dell'AUSL di Bologna

Nell'ambito di un programma di rete finanziato dal Ministero della Salute e delle Regioni su Audit e Feedback (progetto, EASY-NET, finanziamento: NET-2016-02364191-4), per la Regione Emilia-Romagna la ricerca si è concentrata sul territorio di competenza dell'Azienda USL di Bologna con un progetto specifico su diabete e scompenso cardiaco. La ricerca ha permesso di sviluppare un da-

#### Figura 1

Mappa della prevalenza del diabete in diverse aree metropolitane dell'Asl di Bologna. Il colore delle aree identifica il reddito medio della popolazione residente.



Le fasce di reddito familiare sono classificate in quintili di reddito medio in Euro dal basso in alto come: ≤ 22.500; 22.501-24.000; 24.001-30.000; 30.001-32.500; >32.500.

tabase aziendale che ha raccolto tutti i dati amministrativi e clinici dei casi individuati con queste patologie nel 2019, consentendo di analizzare diversi aspetti critici per quanto riguarda l'assistenza. Rispetto al diabete, i casi sono stati identificati attraverso la presenza di almeno uno di questi tre indicatori: a) almeno due prescrizioni di farmaci anti-diabetici (codice ACT A10) nell'anno, b) un ricovero con un codice di dimissione ospedaliera di diabete (ICD-IX 250.xx) in qualunque posizione; c) esenzione per diabete (013) nell'anno di riferimento e/o presa in carico da un centro di diabetologia e/o inclusione tra i soggetti in gestione integrata. Il database 2019 così generato comprende 53.949 soggetti con diabete, su una popolazione media di 884.507, ovvero una prevalenza del diabete pari al 6,1%. Il numero di cittadini stranieri nello stesso anno 2019 risulta essere 110.507 (12,5% del totale). Nel territorio bolognese si confermano le differenze già evidenziate in precedenti analisi, in stretto rapporto con le condizioni socio-economiche che ci hanno invitato ad indagare anche il rapporto tra diabete ed immigrazione, reso possibile dall'identificazione del Paese di origine delle persone con diabete mediante l'analisi del codice fiscale.

L'intera popolazione con diabete è stata analizzata retrospettivamente a partire dal 2019 fino al 2010, per documentare i casi progressivamente incidenti e l'incidenza cumulativa fino al 2019. Questa coorte è stata poi seguita nei 2 anni successivi (2020 e 2021) per analizzare le prescrizioni di esami clinici e strumentali, visite e farmaci in rapporto al diabete ed al Paese di provenienza.

La prevalenza del diabete in rapporto alla condizione di immigrato (casi DM/popolazione:  $6.714/110.507 = 6,08\%$ ) non risulta sostanzialmente diversa da quella riscontrata nella popolazione nata in Italia ( $47.235/774.000 = 6,10\%$ ). Dalla tabella (Tabella 1), emergono peraltro importanti differenze, in parte note, che possono essere così riassunte:

- esiste una marcata differenza di età tra le due coorti (l'età mediana è di quasi 20 anni inferiore nella popolazione immigrata con diabete, ed il 40% di questi ha un'età < 50 aa);
- si nota un prevalere del sesso femminile

per quanto riguarda il diabete nella popolazione immigrata. La differenza è certamente esaltata dall'inclusione del diabete gestazionale in queste statistiche, considerando l'alto numero di donne immigrate che sviluppano il diabete nel corso della gravidanza [7]. Peraltro, in molti casi questo diabete potrà trasformarsi in un diabete tipo 2 nel corso degli anni, aumentando quindi la necessità di sorveglianza e cura;

- per quanto riguarda la distribuzione per classi di peso, non si notano sostanziali differenze. Va invece rimarcata l'assenza del BMI (o dei parametri di peso e altezza) in circa un quarto dell'intera popolazione;

- l'esecuzione delle visite specialistiche e dei test diagnostici previsti dai PDTA aziendali risulta insufficiente, anche considerando che questi accertamenti andrebbero limitati a controlli biennali in pazienti ben compensati. Sorprende la differenza a favore degli immigrati per quanto riguarda la visita diabetologica, mentre la visita cardiologica, l'ECG e la visita oculistica sono eseguiti più frequentemente nella popolazione nata in Italia. La visita oculistica comprende anche la valutazione del FOO e andrebbe con questa sommata; pur riferita agli ultimi 2 anni, risulta probabilmente insufficiente;

- il valore mediano del compenso metabolico appare buono, ma si riscontra un numero di casi a target inferiore ed un numero in forte scompenso maggiore nella popolazione immigrata (15% con valori di HbA1c > 75mmol/mol);

- i valori di LDL colesterolo, in parte misurato ed in parte calcolato, risultano controllati in modo insufficiente in entrambi i gruppi, ma particolarmente nella popolazione immigrata, ove il 65% dei casi si situa al di fuori di valori minimi di controllo;

- non esistono differenze sostanziali nei valori di microalbuminuria (pur dosata in urine spot e non corretta per creatinina urinaria), mentre i valori del filtrato glomerulare esprimono chiaramente una ridotta sofferenza renale (compatibile con la minore età e verosimile minore durata di malattia).

Il trattamento del diabete e delle complicanze si caratterizza anch'esso per sostanziali differenze tra la popolazione immigrata e quella

## Tabella 1

Caratteristiche cliniche della popolazione con diabete nell'area metropolitana di Bologna, in rapporto allo stato di immigrante o di nato in Italia. I valori sono riferiti al primo esame disponibile per paziente, espressi come mediane (salvo diversamente riportato) o come percentuale sulla popolazione corrispondente.

	Popolazione con DM (n = 53949)	Nati in Italia (n = 47235)	Nati all'estero (n = 6714)
Maschi (%)	28459 (52.7%)	25440 (53.9%)	3019 (45.0%)
Età (anni)	71.1	72.6	54.5
≤ 35 (%)	1475 (2.9%)	914 (2.1%)	561 (9.8%)
36 – 50 (%)	4207 (8.4%)	2463 (5.5%)	1744 (30.4%)
51 – 65 (%)	12480 (24.8%)	10133 (22.8%)	2347 (40.9%)
66 – 80 (%)	21906 (43.6%)	20958 (47.1%)	948 (16.5%)
≥ 81 (%)	10189 (20.3%)	10057 (22.6%)	132 (2.3%)
BMI (media ± SD in kg/m <sup>2</sup> )	29.5±5.9 (n=12886)	29.6±6.0 (n=10926)	28.8±5.4 (n=1960)
< 25 (%)	19.2	18.6	22.4
25.0 – 29.9 (%)	37.5	37.3	38.6
30.0 – 34.9 (%)	25.6	25.8	24.4
35.0 – 39.9 (%)	11.5	11.6	11.0
≥ 40.0 (%)	6.2	6.6	3.6
Visita diabetologica (%)	39.9	39.1	45.3
Visita cardiologica (%)	26.7	28.0	17.3
ECG (%)	25.0	26.3	16.4
Visita oculistica (%)	26.7	27.4	21.4
FOO negli ultimi 2 aa. (%)	8.2	8.1	8.8
HbA1c (mmol/mol)	48 (n=30752)	48 (n=27449)	50 (n=3303)
< 48 mmol/mol (%)	47.0	47.8	41.0
48 – 52 mmol/mol (%)	17.2	17.5	14.8
53 – 63 mmol/mol (%)	21.3	21.4	20.5
64 – 74 mmol/mol (%)	8.4	8.0	11.5
≥ 75 mmol/mol (%)	6.1	5.3	12.1
LDL-colesterolo (mg/mL)	105 (n=22767)	104 (n=20490)	115 (n=2277)
< 70 mg/dL (%)	13.8	14.1	10.4
70 – 99 mg/dL (%)	32.6	33.3	26.2
100 – 129 mg/dL (%)	30.5	30.3	31.9
≥ 130 mg/dL (%)	23.1	22.2	31.5
Albuminuria (mcg/mL)	8 (n=18538)	8 (n=16534)	7 (n=2004)
< 20 mcg/mL (%)	73.2	72.8	76.5
20 – 200 mcg/mL (%)	21.7	22.1	18.1
≥ 200 mcg/mL (%)	5.1	5.1	5.4
eGFR (mL/min x 1.73 m <sup>2</sup> )*	79 (n=30825)	77 (n=27834)	97 (n=2991)
≥ 90 mL/min x 1.73 m <sup>2</sup> (%)	27.8	24.0	63.4
60 – 89 mL/min x 1.73 m <sup>2</sup> (%)	43.5	45.5	25.5
45 – 59 mL/min x 1.73 m <sup>2</sup> (%)	14.8	15.7	5.8
30 – 44 mL/min x 1.73 m <sup>2</sup> (%)	9.3	10.0	3.1
15 – 29 mL/min x 1.73 m <sup>2</sup> (%)	3.7	3.9	1.3
≤ 14 mL/min x 1.73 m <sup>2</sup> (%)	0.9	0.9	0.9

\* eGFR, Volume filtrato glomerulare.

**Tabella 2**

Trattamento della popolazione con diabete nell'area metropolitana di Bologna, in rapporto allo stato di immigrante o di nato in Italia. Sono riportate le percentuali d'uso riferite all'anno 2019 e le modifiche avvenute nella stessa coorte nell'anno 2020-21. Evidentemente il denominatore (numero totale dei casi nelle due coorti nel 2019) si riduce nel 2020-21 per effetto di possibili trasferimenti di residenza o mortalità.

Farmaco	2019			2020 - 2021		
	Popolazione con DM (n = 53949)	Nati in Italia (n = 47235)	Nati all'estero (n = 6714)	Popolazione con DM	Nati in Italia	Nati all'estero
Nessun farmaco - Sola dieta (%)	6.7 (n=3594)	6.4 (n=3001)	8.8 (n=593)	7.7 (n=4158)	6.9 (n=3270)	13.2 (n=888)
Metformina (%) ATC A10BA	58.1 (n=31356)	57.7 (n=27239)	61.3 (n=4117)	59.7 (n=32205)	59.4 (n=28043)	62.0 (n=4162)
Sulfoniluree (%)* ATC A10BB-BC	12.3 (n=6662)	12.4 (n=5835)	12.3 (n=827)	12.9 (n=6975)	12.9 (n=6114)	12.8 (n=861)
Pioglitazone (%)* ATC A10BG	1.4 (n=746)	1.4 (n=652)	1.4 (n=94)	1.9 (n=1043)	1.9 (n=887)	2.3 (n=156)
Acarbosio (%)* ATC A10BF	1.5 (n=831)	1.6 (n=778)	0.8 (n=53)	1.5 (n=811)	1.6 (n=760)	0.8 (n=51)
DPP-4 inibitori (%)* ATC A10BH	6.7 (n=3641)	7.0 (n=3309)	4.9 (n=332)	10.2 (n=5522)	10.7 (n=5048)	7.1 (n=474)
GLP-1 agonisti (%)* ATC A10BJ	3.8 (n=2030)	3.9 (n=1837)	2.9 (n=193)	7.2 (n=3876)	7.3 (n=3427)	6.7 (n=449)
SGLT-2 inibitori (%)* ATC A10BK	2.0 (n=1082)	1.9 (n=921)	2.4 (n=161)	4.4 (n=2366)	4.2 (n=2002)	5.4 (n=364)
Insulina basale (%) ATC A10AE	17.6 (n=9471)	17.0 (n=8039)	21.3 (n=1432)	20.6 (n=11137)	20.3 (n=9601)	22.9 (n=1536)
Insulina basale+rapida (%) ATC A10AB-C-D	11.5 (n=6184)	13.1 (n=6184)	15.7 (n=1054)	14.1 (n=7607)	16.1 (n=7607)	17.5 (n=1177)
Anti-ipertensivi (%) ATC C02	6.5 (n=3491)	7.0 (n=3290)	3.0 (n=201)	7.5 (n=4029)	8.0 (n=3783)	3.7 (n=246)
Diuretici (%) ATC C03	18.2 (n=9804)	19.5 (n=9225)	8.6 (n=579)	23.7 (n=12771)	25.5 (n=12035)	11.0 (n=736)
Beta-Bloccanti (%) ATC C07	35.3 (n=19019)	37.6 (n=17754)	18.8 (n=1265)	39.2 (n=21133)	41.6 (n=19663)	21.9 (n=1470)
Calcio-antagonisti (%) ATC C08	19.9 (n=10721)	20.9 (n=9853)	12.9 (n=868)	23.3 (n=12573)	24.4 (n=11547)	15.3 (n=1026)
ACE-inibitori/Sartani (%) ATC C09	53.7 (n=28993)	56.3 (n=26582)	35.9 (n=2411)	56.4 (n=30437)	58.9 (n=27829)	38.8 (n=2608)
Statine (%) ATC C10	49.4 (n=26670)	50.9 (n=24050)	39.0 (n=2620)	54.2 (n=29222)	55.5 (n=26206)	44.9 (n=3016)
Anti-aggreganti piastrinici (%) ATC B01AC	37.7 (n=20329)	39.9 (n=18839)	22.2 (n=1490)	40.5 (n=21872)	42.9 (n=20243)	24.3 (n=1629)
Sacubitril/Valsartan (%) ATC C09DX04	0.2 (n=120)	0.2 (n=113)	0.1 (n=7)	0.5 (n=257)	0.5 (n=247)	0.1 (n=10)

\*Con/senza metformina

nata in Italia, riportate in **Tabella 2**, che possono essere così riassunte:

- il numero di soggetti trattati con la sola dieta risulta molto esiguo, ad indicare una possibile sottostima della prevalenza totale della malattia;
- la metformina è il trattamento antidiabetico più comune utilizzato, con valori sostanzialmente stabili anche negli anni successivi considerati. L'uso delle sulfoniluree/glinidi è limitato a circa un paziente su otto, ma non si riduce ulteriormente nel corso del follow-up; l'uso del pioglitazone e dell'acarbosio è marginale;
- tra i nuovi farmaci antidiabetici, l'uso dei DPP-4 inibitori e degli antagonisti dei recettori per il GLP-1 risulta più comune nella popolazione nata in Italia, mentre gli SGLT-2 inibitori sono stati prescritti più comunemente negli immigrati. Da notare per tutti questi farmaci il forte incremento d'uso tra il 2019 ed il 2020-21;
- l'uso dell'insulina (sia basale, sia nella combinazione intensificata basale+rapida) risulta più comune nella popolazione immigrata; que-

sto dato potrebbe forse essere messo in relazione con peggior grado di scompenso;

- tutta la terapia per le comorbidità appare invece molto meno prescritta nella popolazione immigrata. Se per alcuni farmaci (anti-ipertensivi, diuretici, beta-bloccanti, calcio-antagonisti e ACE-inibitori/Sartani) l'uso ridotto può essere espressione di un minor grado di complicità cardiovascolari e renali - anche per effetto della più giovane età -, il ridotto uso di statine è in contrasto con i valori misurati di LDL-colesterolo più elevati e si configura come una sottovalutazione del rischio cardiovascolare;
- L'uso di sacubitril/valsartan risulta molto limitato nella popolazione generale ed episodico nella coorte nata all'estero.

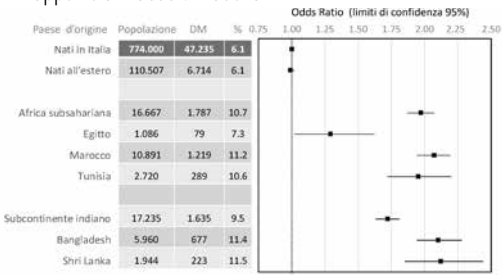
### Analisi dei casi incidenti

L'analisi retrospettiva condotta fino al 2011 ha permesso di definire l'impatto che la popolazione immigrata sta producendo sul SSN in termini di diabete (**Figura 2**). Infatti, se circa il 53% dei casi identificati con DM nel 2019 erano già diagnosticati con diabete nel 2010, solo il



**Figura 2**

Rischio di diabete nella popolazione dell'AUSL di Bologna, in rapporto al Paese di nascita.

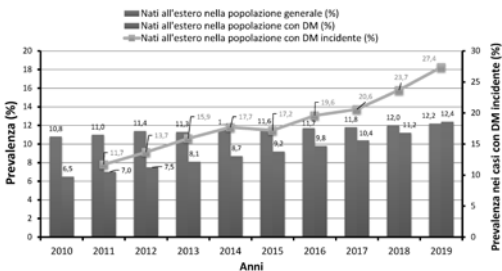


I dati non sono aggiustati per età e sesso; l'età mediana nella coorte nata in Italia è di 72,6 aa. vs 54,5 nella coorte nata all'estero.

I dati non sono aggiustati per età e sesso; l'età mediana nella coorte nata in Italia è di 72,6 aa. vs 54,5 nella coorte nata all'estero.

**Figura 3**

Prevalenza di soggetti immigrati nell'ASL di Bologna, di soggetti con diabete e prevalenza di immigrati nella popolazione con diabete incidente.



6,5% di questi ultimi risultava nato all'estero, a fronte di una popolazione nata all'estero pari a circa il 10,8% nella popolazione generale.

A partire dal 2010, tuttavia, si è assistito ad un progressivo aumento della percentuale di soggetti con diabete nati all'estero, che ha finito nel 2019 (12,5%) per superare la percentuale di nati all'estero presenti nella popolazione generale (12,2%). Questa crescita è frutto di un numero sempre in aumento di persone nate all'estero all'interno della popolazione con DM incidente. Infatti, nei circa 3-4000 nuovi casi per anno di diabete, la popolazione nata all'estero cresce progressivamente dal 11,7% nel 2010 al 17,7% nel 2014, e fino al 27,4% nel 2019. In altri termini, oltre un nuovo caso di diabete su quattro viene diagnosticato nella popolazione immigrata, con differenze significative per genere (nel 2019, 20,9% negli uomini, 32,6% nelle donne, a fronte di valori molto simili nel 2010 - 6,4% e 6,7%, rispettivamente). Questo incremento esponenziale è quindi almeno in parte spiegabile per il sovrapporsi nella popolazione migrante del diabete gestazionale,

ma appare comunque anche espressione della fragilità di questa popolazione. Nel 2019 il rischio di diabete nella popolazione immigrata, considerato nella sua globalità, risulta allineato con quello della popolazione nata in Italia (odds ratio (OR), 1.00; limiti di confidenza 95% (95% CI), 0.97-1.02)(Figura 3), pur in presenza di un'età largamente inferiore (età mediana 55 anni vs. 73 nei nati in Italia), ma il rischio è certamente molto maggiore in alcune coorti selezionate. Anche in assenza di un aggiustamento per età, che farebbe salire ancor più il rischio, le coorti che appaiono più problematiche risultano provenire dai 4 paesi del subcontinente indiano (Bangladesh, India, Pakistan, Sri Lanka), con un rischio di diabete aumentato del 72% rispetto alla popolazione nata in Italia (OR, 1,72; 95% CI, 1,49-1,65) e dai paesi dell'Africa mediterranea e subsahariana nella loro globalità (OR, 1,97; 95% CI, 1,87-2,07), e particolarmente Marocco (OR, 2,07; 1,94-2,19), Tunisia (OR, 1,95; 1,72-2,20), Sri Lanka (OR, 2,12; 95% CI, 1,85-2,44) e Bangladesh (2,10; 1,94-2,28), comunità numerose nell'area bolognese.

Per quanto riguarda le aree geografiche, il maggior numero di casi di diabete negli immigrati si presenta infatti nei Paesi dell'Africa mediterranea e subsahariana (2170 casi nati in 10 diversi Paesi), con un picco particolare negli immigrati provenienti dal Marocco (1219 casi) e dalla Tunisia (289 casi), seguiti dal gruppo nato nei Paesi dell'ex-Europa orientale (1884 casi in nati in differenti 21 paesi), con un forte numero proveniente dalla Romania (475 casi), dall'Albania (293 casi), dalla Moldavia (285 casi) e dall'Ucraina (229 casi). Seguono poi i casi provenienti dal subcontinente Indiano (1635 casi nati in soli 4 Paesi: Bangladesh, 677; India, 97; Pakistan, 638; Sri Lanka, 223), l'estremo Oriente (Filippine e Cina, con 662 casi in totale), Medio Oriente (331 casi nati in 12 Paesi), ed infine America centrale e meridionale (206 casi).

### Diabete e scompenso cardiaco

Come da progetto regionale, il database metropolitano del diabete è poi stato associato al database dello scompenso cardiaco 2019, dal momento che le due patologie croniche sono frequentemente associate. Occorre dire subito che la diagnosi di scompenso, a differenza di quella di diabete, non può essere estratta dall'u-

so dei farmaci dal momento che i farmaci dello scompenso sono condivisi con molte altre patologie cardiovascolari, ma deriva soltanto dai dati di ricovero, inclusi i referti di day-hospital e visite, e dalle esenzioni. Dei 12.355 casi di scompenso prevalenti nell'intera popolazione osservata, circa il 30% (n = 3.853) sono individui che si ritrovano anche nel database diabete (Tabella 3). L'analisi retrospettiva condotta in questo caso nei tre anni 2017-2019 fa risalire la diagnosi di scompenso fino al 2017 nel 31,6% dell'intera coorte (n = 3.907), al 2018 nel 31,8% (n = 3.933) e al 2019 stesso nel restante 36,5% (n = 4.515). Le percentuali non sono sostanzialmente differenti

nella coorte con scompenso e diabete (32,0%, 32,0%, 36,0%), a dimostrazione che la prognosi di questi pazienti è sostanzialmente legata allo scompenso più che al diabete sovrapposto.

Infine, si rileva come la percentuale di soggetti nati all'estero vari ampiamente nei casi incidenti in funzione dell'età. Se solo circa l'1% dei soggetti con scompenso risultano nati all'estero nella popolazione incidente con oltre 80 anni, la prevalenza cresce rapidamente al 4% nei casi di scompenso di età > 65 aa. e al 16% nei casi di età compresa tra 51 e 65 anni.

Per quanto riguarda il quadro dello scompenso, la coorte con scompenso si caratterizza per

### Tabella 3

Dati socio-demografici e clinici dei soggetti con scompenso cardiaco nell'area metropolitana di Bologna (2019). I valori sono espressi come mediane (salvo diversamente riportato) o come percentuale sulla popolazione corrispondente.

	Popolazione con scompenso (n = 12.355)	Senza diabete (n = 8.502; 68.8%)	Con diabete (n = 3.853; 31.2%)
Maschi (%)	48.7	46.8	52.9
Nati in Italia (%)	95.5	95.8	94.8
Nati all'estero (%)	4.5	4.2	5.2
Ricoveri multipli 2017-19 (n, %) <sup>^</sup>	2680, 21.7%	1716, 20.2%	964, 25.0%
Re-ricovero entro 30 gg (n, %) <sup>^</sup>	649, 5.3%	380, 4.5%	269, 7.0%
Morti in ricovero (2019-21)[%]	92/661, 12.1%	58/433, 13.4%	34/328, 10.4%
Età (anni)	82.0	83.0	80.2
≤ 50 (%)	3.5	4.3	1.7
51 - 65 (%)	9.6	9.2	10.7
66 - 80 (%)	32.9	29.1	41.1
≥ 81 (%)	54.0	57.4	46.5
HbA1c (mmol/mol)	43	39	49
< 48 (%)	67.4	91.8	44.9
≥ 48 (%) <sup>*</sup>	32.6	8.2	55.1
Microalbuminuria (mg/dL)	15	12	16
< 20 (%)	55.9	59.9	54.7
21 - 200 (%)	31.7	27.2	33.0
≥ 200 (%)	12.4	12.9	12.3
LDL-colesterolo (mg/dL)	104	108	96.6
< 70 (%)	14.7	11.8	20.0
70 - 99 (%)	30.7	29.3	33.3
100 - 129 (%)	29.8	31.3	27.2
≥ 130 (%)	24.8	27.6	19.5
eGFR (mL/min x 1.73 m <sup>2</sup> )	58	60	55
≥ 90 (%)	9.0	9.2	8.5
60 - 89 (%)	39.4	41.6	34.9
45 - 59 (%)	21.8	21.8	21.8
30 - 44 (%)	18.7	17.6	21.0
15 - 29 (%)	8.6	7.7	10.4
≤ 14 (%)	2.5	2.1	3.4

<sup>^</sup> Ricovero per ogni causa

<sup>\*</sup> In quasi il 10% dei casi sono presenti valori di HbA1c compatibili con diagnosi di diabete anche nella popolazione non espressamente diagnosticata per diabete. In alcuni casi si potrebbe trattare di iperglicemia da stress, poi rientrata dopo il ricovero; in altri casi di diabete non diagnosticato e non modificato al momento della dimissione/decesso.

alcuni dati significativi in rapporto alla presenza/assenza di diabete:

- un'alta percentuale ricoveri multipli nell'intera popolazione, espressione di marcata fragilità, ma un'ancor più alta percentuale nei casi associati al diabete, spesso a breve distanza da un precedente ricovero;
- un'età mediana sostanzialmente più giovane nella coorte con diabete, verosimile effetto dell'accelerazione esercitata dal diabete sulle complicanze cardiovascolari che conducono allo scompenso;
- valori di HbA<sub>1c</sub> compatibili con diagnosi di diabete anche in una piccola porzione di soggetti considerati senza diabete. Questo dato indica la difficoltà di tracciare il diabete in contesti di maggior gravità nei quali il diabete può essere omesso nella scheda di dimissione. Nella popolazione con diabete, peraltro, il quadro è compatibile con un cattivo controllo metabolico (HbA<sub>1c</sub>  $\geq$  64 mmol/mol) nel 17,3% dei casi;
- la presenza elevata di casi con microalbuminuria, espressione di danno microvascolare indipendente dalla presenza di diabete;
- un controllo della dislipidemia insufficiente, sia in assenza, sia, particolarmente, in presenza di diabete;
- un quadro di insufficienza renale di grado elevato ( $\geq$  Grado 3b) in una percentuale importante di pazienti, indipendentemente dalla presenza di diabete.

## Conclusione

Questo focus sul diabete nell'area di Bologna mette in luce diverse criticità che diverranno sempre più manifeste nei prossimi anni. Agli effetti noti dell'invecchiamento della popolazione sulla prevalenza del diabete, ovviamente riferita al diabete tipo 2, si vanno accumulando gli effetti negativi dell'obesità, come espresso dal BMI disponibile purtroppo in una parte esigua della popolazione inserita nel database. Questo dato potrebbe essere presente nella cartella informatica dei Medici di Medicina Generale che potrebbero così contribuire ad una miglior definizione del problema.

La criticità maggiore appare comunque l'affacciarsi al diabete – come probabilmente per altre malattie croniche non trasmissibili forse meno facilmente tracciabili – di popolazioni

ad alto rischio di questa patologia per il sommersi di condizioni genetiche ed epigenetiche, innescate da una lunga storia di carenze. La dimostrazione che oltre un quarto dei nuovi casi di diabete a partire dal 2019 possa aver interessato coorti di popolazioni regolarmente residenti in Italia, ma nate in altri Paesi, molte delle quali in Paesi notoriamente a rischio di diabete, richiede interventi sistematici da parte di tutte le istituzioni sanitarie per contrastare con efficacia questa condizione. Occorre passare da una strategia di contrasto meramente basata sulla presa in carico dei pazienti a strategie pro-attive di ricerca-azione finalizzate a favorire stili di vita e di alimentazione più salutari nei soggetti immigrati, di provata utilità [8], che possono contenere questa pandemia. In una logica di prevenzione, particolare attenzione andrà dedicata alla popolazione infantile (immigrati di seconda generazione), difficile da trattare ma ad alto rischio di sviluppo di diabete, per la quale esistono già proposte di eHealth [9].

Occorre produrre materiale informativo che tenga conto delle caratteristiche peculiari di questa popolazione, formando dietiste in grado di elaborare piani alimentari con cibi diversi, e soprattutto educare queste popolazioni a rivolgersi ai Servizi Sanitari, che spesso tendono a trascurare per ragioni logistiche o culturali. Ai medici di Medicina Generale è lasciato il compito non facile di intercettare questi bisogni, di concerto con tutto il personale sanitario distribuito sul territorio, gestire al meglio protocolli che frequentemente vengono disattesi dai pazienti e fornire ogni supporto educativo e farmacologico per ridurre il carico della malattia. Le Aziende Sanitarie, dal canto loro, stanno già sperimentando interventi di natura socio-sanitaria in microaree caratterizzate dalla presenza di una quota importante di stranieri (azione congiunta di assistenti sociali ed infermieri su quei territori); d'altro canto si sta istituendo una nuova figura professionale quale l'infermiere di comunità che può essere di riferimento, in questi contesti, per il medico di Medicina Generale. Non da ultimo va colta l'occasione della realizzazione, in termini organizzativi e funzionali, delle Case di Comunità, luoghi in cui va sostenuta l'attivazione di una comunità di pratica in grado di meglio

intercettare nuovi casi specie tra i soggetti più a rischio. Tutto questo ha certamente un costo, in termini di tempo e di risorse, ma il costo di un non-intervento lascerebbe un carico assistenziale ancor più oneroso [10], perché gravato dalle complicanze future in una ancor giovane popolazione a rischio.

<sup>1</sup> Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Bologna.

<sup>2</sup> Dipartimento di Prevenzione, Azienda USL Bologna, Bologna.

<sup>3</sup> UOC Governo Clinico, Ricerca, Formazione e Sistema Qualità, Azienda USL Bologna, Bologna.

<sup>4</sup> UO Ricerca Valutativa e Policy Servizi Sanitari, Azienda USL Romagna, Ravenna.

\* Ricerca finanziata da un Progetto di Rete del Ministero della Salute e dalle Regioni Italiane: NET-2016-02364191-4).

## References

1. Caritas-Migrantes. XXXI Rapporto Immigrazione 2022. Costruire il futuro con i migranti. Available at: <https://www.migrantes.it/category/pubblicazioni/rapporti/rapporto-immigrazione-caritas-migrantes/>, 2022.

2. Agyemang C, van der Linden EL, Bennet L. Type 2 diabetes burden among migrants in Europe: unravelling the causal pathways. *Diabetologia* 2021, 64, 2665-75.
3. Barker DJ. The fetal and infant origins of adult disease. *BMJ* 1990, 301, 1111.
4. Vespasiani Gentilucci U, Picardi A, Manfrini S, et al. Westernization of the Filipino population resident in Rome: obesity, diabetes and hypertension. *Diabetes Metab Res Rev* 2008, 24, 364-70.
5. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995, 36, 1-10.
6. Marchesini G, Bernardi D, Miccoli R, et al. Under-treatment of migrants with diabetes in a universalistic health care system: the ARNO Observatory. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2014, 24, 393-9.
7. Seghieri G, Di Cianni G, Seghieri M, et al. Risk and adverse outcomes of gestational diabetes in migrants: A population cohort study. *Diab Res Clin Pract* 2020, 163, 108128.
8. Piombo L, Nicoletta G, Barbarossa G, et al. Outcomes of culturally tailored dietary intervention in the North African and Bangladeshi diabetic patients in Italy. *Int J Environ Res Public Health* 2020, 17, doi: 10.3390/ijerph17238932.
9. Franceschi R, Fornari E, Ghezzi M, et al. Educational intervention of healthy life promotion for children with a migrant background or at socioeconomic disadvantage in the North of Italy: Efficacy of telematic tools in improving nutritional and physical activity knowledge. *Nutrients* 2021, 13, doi: 10.3390/nu13103634.
10. Ferrara, P. Assessing the economic burden of disease in migrants: The diabetes case in Northern Italy. *Int J Environ Res Public Health* 2020, 17, doi: 10.3390/ijerph17072250.



## Ai Colli

**PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO PSICHIATRICO**

**Aut. San. P.G. n. 58841 del 10/03/2008**

**Consorzio Ospedaliero Colibrì**

**Direttore Sanitario e Primario: Dott. Paolo Baroncini**

Medico Chirurgo specialista in Psichiatria e in Psicologia Medica - Psicoterapeuta

### Reparti di degenza

- Residenza Trattamento Intensivo
- Residenza Trattamento Intensivo Specialistico (Dipendenze Patologiche)
- Psichiatria generale
- Riabilitazione Psichiatrica

### Ambulatori

- Psichiatria generale
- Dipendenze Patologiche
- Psicogeriatría
- Psicologia Clinica

per informazioni: tel 051 581073 – fax 051 6448061

Sito internet: [www.aicolli.com](http://www.aicolli.com) E-mail: [casadicura@aicolli.com](mailto:casadicura@aicolli.com)

40136 Bologna - Via San Mamolo, 158

## MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 4 maggio 2023

AMADORI ENRICO	342/04.12.083	OTHMAN HUSSEIN	388/87.75.365
DI CASTRI VINCENZO	340/72.80.049	PELOSI RAFFAELE	320/67.36.678
DOMENICALI FILIPPO	339/13.18.004	PLEBANI KEVIN	347/36.84.041
ELEFANTE COSIMO	389/11.96.706	RUBINO SALVATORE	329/54.67.316
LORETI ALICE	333/14.59.819		

\*\*\*

## MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
DI MARZIO GIULIA	Medicina Interna	339/30.12.847
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia Chirurgia della mano Medicina Legale e delle Assicurazioni	347/88.53.126
GUARDIGNI VIOLA	Malattie infettive	333/45.02.053

# VILLA BARUZZIANA

## OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO NEUROPSICHIATRICO

Direttore Sanitario: Dott. Franco Neri  
*Medico Chirurgo*

*Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Psicologia Medica*

BOLOGNA - VIA DELL'OSSERVANZA, 19

**Centralino:**  
tel. 051 580395

**Reperti degenza:**

- Residenza trattamento intensivo donne
- Residenza trattamento intensivo uomini
- Servizio psichiatrico ospedaliero intensivo
- Psichiatria generale e riabilitazione

**Ambulatori Cup:**

- Elettromiografia
- Elettroencefalografia
- Neurologia

**Amministrazione:**  
tel. 051 338454-41

**Ufficio Prenotazione Ricoveri:**  
tel. 051 6440324 - fax 051 580315

**Monitoraggio cardiorespiratorio  
Studio apnee notturne e russamenti**  
Tel. 051.338475

neurologia@villabaruzziana.it

e-mail: [direzione@villabaruzziana.it](mailto:direzione@villabaruzziana.it)

## CARCINOMA DELLA TIROIDE - NUOVE FRONTIERE NELLA DIAGNOSI E TERAPIA

**Bologna - 26-27 maggio 2023**

**Aula A - Plesso Belmeloro,  
Università di Bologna, via Andreatta 8**

### PROGRAMMA

VENERDÌ 26 MAGGIO 2023

14:45-15:00 Introduzione: 10 anni di ITCO

*D. Meringolo, G. Tallini, C. Durante*

15:00-16:00 **Sessione 1** - Headlines/Breaking news

Moderatori: S. Filetti, D. Meringolo

15:00-15:10 Update 2023 della classificazione

WHO: cosa cambia per l'endocrinologo - *G. Tallini*

15:10-15:40 I dati dell'osservatorio italiano sul tumore della tiroide:

- Dai dati nazionali ai dati dell'Emilia-Romagna - *M.C. Zatelli*

- Variabilità clinico-patologica del carcinoma tiroideo in Italia - *A. Repaci*

- Nuovi paradigmi di rischio per la persistenza/recidiva del carcinoma tiroideo differenziato - *G. Grani*

15:40-16:00 Discussione

16:00-17:00 **Sessione 2** - Tipizzazione molecolare: tra diagnosi e terapia

Moderatori: A. Frasoldati, A. D'Errico

16:00-16:10 Tipizzazione molecolare: ruolo diagnostico - *D. de Biase*

16:10-16:20 Tipizzazione molecolare: ruolo prognostico - *A. Ciarrocchi*

16:20-16:30 Tipizzazione molecolare: ruolo terapeutico - *M. Nannini*

16:30-17:00 Tavola rotonda: il test molecolare e la "target therapy" nel "real-world" - *G. Bianco, F. Bondi, R. Bruno, A. Crescenzi, G. Papi, E. Puxeddu*

17:00-18:00 **Sessione 3** - Il trattamento del carcinoma differenziato della tiroide: interactive case discussion

Moderatori: M. Nizzoli, M.A. Pantaleo

17:00-17:30 Indicazioni alla terapia radiometabolica: dubbi e certezze - *M. Salvatori*

17:30-18:00 Indicazioni alla terapia con inibitori di chinasi:

dubbi e certezze - *L. Fugazzola*

18:00-19:00 Assemblea ITCO

SABATO 27 MAGGIO 2023

09:00-09:30 Lettura - Medicina nucleare nei carcinomi differenziati delle cellule follicolari: vecchi e nuovi attori - *M. Schlumberger*

Moderatori: C. Durante, D. Salvatore

09:30-10:30 **Sessione 4** - Il trattamento loco-regionale delle metastasi da carcinoma della tiroide: interactive case discussion

Moderatori: C. Mian, F. Monari

Presentatore caso clinico: E. Lodi Rizzini

Pannello di esperti: G. Crivellari, B. Madeo,

C. Mosconi, F. Vianello

10:30-10:50 Coffee break

10:50-11:50 **Sessione 5** - Il carcinoma midollare, evoluzioni diagnostico-terapeutiche: interactive case discussion

Moderatori: L. Amorosa, N. Cremonini

Presentatore caso clinico: *E. Solaroli*

- Come valutare il paziente e l'estensione della neoplasia prima dell'intervento chirurgico. Estensione della radicalità chirurgica - *C.P. Lombardi*

- Grading della neoplasia - *S. Piana*

- Diagnostica della malattia in progressione:

PET-FDG, PET-F-DOPA, PET-Ga Dotanoc - *A. Golemi*

- Terapia farmacologica: inibitori di chinasi - *R. Elisei*

11:50-12:50 **Sessione 6** - Il carcinoma anaplastico, evoluzioni diagnostico-terapeutiche: interactive case discussion

Moderatori: L. Presutti, M.G. Castagna

Presentatore caso clinico: *R. Rossi*

- Una massa a rapida evoluzione nel collo:

come inquadrarla - *A. Piovesan*

- Il ruolo della chirurgia - *P.G. Calò*

- Dagli inibitori di chinasi all'immunoterapia: ruolo adiuvante e neoadiuvante - *L. Locati*

12:50-13:00 Conclusioni

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

FASI s.r.l.

Via O. Tommasini 7 | 00162 Roma

Tel. 06 97605619 | Fax 06 97605650

[l.capirotti@fasiweb.com](mailto:l.capirotti@fasiweb.com) | [www.fasiweb.com](http://www.fasiweb.com)

## ECOGRAFIA CON MDC (CEUS) ECO-COLOR DOPPLER VASCOLARE DALLE LINEE GUIDA ALLA PRATICA CLINICA

**BOLOGNA - 15-16 GIUGNO 2023**

**Aula Magna Ospedale Maggiore**

### PRESENTAZIONE

Il Corso affronta temi ecografici di secondo livello, in due giornate. La prima giornata è dedicata all'aggiornamento sulle applicazioni dell'ecografia con mezzo di contrasto (CEUS) e dell'ecografia del torace, secondo le più recenti Linee Guida. In particolare, verranno affrontati i setting clinici più frequenti nei quali tali metodiche vengono utilizzate quotidianamente, con indicazioni, vantaggi e limiti. Nella seconda giornata verranno affrontate criticità e nuove prospettive in tema di diagnostica vascolare ultrasonografica. L'incontro sarà occasione di confronto con gli esperti in tema di arteriopatia periferica e tromboembolismo venoso. A partire dall'imaging, verrà effettuato un focus sulla gestione terapeutica, secondo le più recenti evidenze scientifiche e le Linee Guida di riferimento. Il Corso è destinato a Medici specialisti che abbiano interesse a approfondire la meto-

dica ecografica e eco-color Doppler vascolare, a Medici in Formazione Specialistica e a Medici di Medicina Generale.

## PROGRAMMA

15 GIUGNO

8.45 Presentazione del corso e saluto delle autorità

ECOGRAFIA SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO (CEUS): DALLE LINEE GUIDA ALLA PRATICA CLINICA

*Moderatori: V. Arienti, F. Piscaglia*

9.00: CEUS e lesioni focali epatiche - *E. Terzi*

9.30: La patologia della colecisti e vie biliari: cosa aggiunge la CEUS? - *S. Vicari*

10.00: L'ecografia nella patologia di reni e vie urinarie: indicazioni e limiti - *S. Pretolani*

10.30: L'ecografia nella patologia dell'intestino - *C. Serra*

11.00: Discussione

11.15: Pausa

L'ECOGRAFIA CLINICA DEL TORACE

*Moderatori: E. Accogli, A. Domanico*

11.30: L'ecografia del torace: quadro normale e patologico - *A. Domanico*

12.00: La dispnea: approccio clinico-ecografico integrato - *S. Sofia*

12.30: La patologia pleuro-polmonare: quale ruolo per l'ecografia? - *A. Boccatonda*

13.00: Discussione

13.15: Pausa

FOCUS ON: LA TROMBOSI PORTALE

*Moderatori: E. Accogli, A. Domanico*

14.15: Approccio clinico-ecografico - *E. Accogli*

14.45: Approccio terapeutico - *V. Camaggi*

15.15: Discussione

ECOGRAFIA SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO (CEUS): DISCUSSIONE INTERATTIVA

*Moderatori: E. Accogli, A. Domanico*

15.30: Ruolo della CEUS nel paziente settico - *E. Accogli*

16.00: La CEUS come "problem solving" nel management delle lesioni focali epatiche - *A. Domanico*

16.30: Approccio eco-CEUS nelle lesioni epatiche nelle epatopatie croniche e cirrosi - *E. Accogli*

17.00: Dolore addominale atipico in paziente con diverticolite del sigma - *G. Bandini*

17.30: Dolore addominale ricorrente, con calo ponderale e anemia cronica - *G. Bandini*

18.00: Discussione

18.15: Chiusura lavori

16 GIUGNO

ARTERIOPATIA PERIFERICA: DIAGNOSTICA ULTRASONOGRAFICA DI II LIVELLO ED UPDATE CLINICO

*Moderatori: G. Di Pasquale, M. Gargiulo*

9.00: Criticità nella quantificazione della stenosi carotidea all'ECD: limiti di metodica, variabilità inter-operatore e discrepanze tra le linee guida - *G. Arnone*

9.30: Oltre la percentuale di stenosi: metodiche

ultrasonografiche nella valutazione dell'instabilità di placca - *M. Gentile*

10.00: Le indicazioni del chirurgo vascolare nella PAD carotidea - *G. Faggioli*

10.30: La multisite artery disease: work-out diagnostico e terapia medica dal punto di vista del Cardiologo - *S. Urbinati*

11.00: Discussione

11.15: Pausa

11.30: La standardizzazione del referto ECD arterioso arti inferiori, cosa serve al clinico e al chirurgo vascolare - *L. Aluigi*

12.00: Clinica, diagnosi e terapia dell'ischemia critica degli arti inferiori - *E. Favaretto*

12.30 Management dell'ischemia acuta degli arti inferiori - *A. Bruno*

13.00: Discussione

13.15: Pausa

TROMBOEMBOLISMO VENOSO: TRA GIUSTI TIMORI, DUBBI E FALSE SICUREZZE

*Moderatori: V. Camaggi, G. Elmi*

*Commenta G. Palareti*

14.15: Management e setting di cura della TEP a rischio intermedio-alto - *L. Riva*

14.45: Management e setting di cura di TEP a basso rischio, TEP incidentale, TEP sub segmentaria - *B. Bresciani*

15.15: La durata ottimale della terapia anticoagulante nel TEV: tra Scilla e Cariddi - *G. Elmi*

15.45: I filtri cavali, indicazioni ed impatto prognostico - *R. Di Giulio*

16.15: Pitfalls nel management della TVP cetera-relata - *V. Camaggi*

16.45: Le trombosi venose distali isolate: dalle linee guida alla pratica clinica - *M. Sartori*

17.15: Appropriata prescrizione della diagnostica ECD vascolare e della visita angiologica - *A. Martignani*

17.45: Discussione

18.00: Chiusura lavori

## ECM

L'evento RES 2007-384106 Ed 1. E FAD 2007-384114, con obiettivo formativo n° 3 è stato accreditato ECM per 100 partecipanti (RES) e per 100 partecipanti (FAD) con seguenti professioni e discipline: MEDICO CHIRURGO (Tutte le discipline). Il Provider Qibli srl (ID n. 2007) ha assegnato a questo evento 16 crediti formativi RES e 24 crediti formativi (FAD) validi il triennio formativo 2023 - 2025. Per il conseguimento dei crediti ECM è necessario partecipare al 100% dell'attività formativa, rispondere correttamente ad almeno il 75% dei quesiti del questionario di apprendimento e compilare la scheda di valutazione evento. La verifica dell'apprendimento avverrà tramite test a scelta multipla, entro i tre giorni successivi alla data di conclusione dell'attività formativa.

## SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

*Progetto Meeting s.n.c.*

Via De' Mattuiani, 4 - 40124 Bologna

Tel. 051 585792 - [info@progettomeeting.it](mailto:info@progettomeeting.it)

## MANAGEMENT MULTIDISCIPLINARE NEL TRATTAMENTO CHIRURGICO DEL CARCINOMA DELLA MAMMELLA – FAD SINCRONA

**5 dicembre 2020 - [www.medicaltalks.it](http://www.medicaltalks.it)**

Responsabile Scientifico Prof. Mario Taffurelli- Donatella Santini

Relazione sull'attività di formazione residenziale

Lo studio Z0011, con un follow-up ormai di 12 anni, ha ribadito la non necessità della dissezione ascellare nelle pazienti operate di chirurgia conservativa, con linfonodi clinicamente ed ecograficamente negativi, sottoposte poi a irradiazione totale della mammella.

Lo studio italiano SINODAR ONE ha concluso l'arruolamento nell'Aprile 2020. I primi risultati con un follow-up medio di 3 anni sono molto incoraggianti.

Nell'ottica di definire il migliore trattamento personalizzato per le pazienti affette da carcinoma della mammella, questo convegno, che si è tenuto in modalità webinar, ha avuto l'obiettivo di definire un comportamento comune e condiviso fra le 12 Breast Unit dell'Emilia-Romagna.

La discussione tra professionisti dedicati alla patologia mammaria, Oncologi, Radioterapisti Oncologi e Chirurghi delle Breast Units della Regione Emilia Romagna è stata articolata sul comportamento e confronto dei risultati ottenuti nelle varie realtà.

\* \* \*

## RELAZIONE EVENTI FAD SULLA FASCIA

**3 Febbraio 2021, 3 Marzo 2021, 7 Aprile 2021**

Fascial Manipulation Institute by Stecco ha organizzato nel primo semestre del 2021 tre incontri gratuiti riguardanti la fascia e i suoi aspetti fondamentali.

Gli argomenti discussi in questi tre incontri sono:

- La fascia corporis: implicazioni cliniche;
- Cosa influisce il tessuto fasciale;
- Fasce e dolore.

Questi eventi sono stati pensati ed organizzati per permettere ai nostri interessati di rimanere informati ed approfondire eventuali concetti riguardanti la fascia e le novità proposte negli ultimi anni. Motivo per cui sono stati invitati professionisti, ricercatori e collaboratori fondamentali per la ricerca e per lo sviluppo di questa metodica. Abbiamo ottenuto un riscontro positivo riguardo l'interesse, ed altrettanto positivo riguardo l'organizzazione pratica degli eventi.

A livello pratico abbiamo utilizzato la piattaforma Clickmeeting per le dirette live nelle quali intervenivano i professionisti invitati, tramite Clickmeeting siamo stati in grado di catalogare gli accessi dei partecipanti, in modo tale da poter controllare eventuali uscite in anticipo e/o vere e proprie assenze. Abbiamo inoltre utilizzato una piattaforma Moodle 3.0 (chiamata Stecco Learning Environment 3.0) nella quale sono stati inseriti tutti i partecipanti, all'interno delle pagine create (in relazione agli eventi FAD) sono presenti i Quiz da noi creati (per testare la comprensione del singolo), la registrazione dell'evento (qualora un partecipante non sia risultato sufficiente alla verifica Quiz, è giusto fornire ad esso gli strumenti ed il materiale per integrare eventuali lacune) e i feedback (utili a noi per capire come migliorare l'organizzazione degli eventi stessi).



Entrando più nello specifico, nel prossimo paragrafo specificheremo l'attenzione, la soddisfazione osservata nei partecipanti, evento per evento:

#### 1) LA FASCIA CORPORIS: IMPLICAZIONI CLINICHE

In questo evento, tenutosi il giorno 3 Febbraio 2021 alle ore 19:00, gli ospiti invitati ad intervenire sono stati: Pepe Guglielmina, Stecco Carla, Pirri Carmelo e Pratelli Elisa. Abbiamo avuto un livello di soddisfazione generale molto alto durante il webinar il 94% ha votato le "bene" o "molto bene" alla domanda: "Com'è andato questo webinar?". Abbiamo avuto 224 partecipanti iscritti e 128 certificati emessi. Come si può notare nelle statistiche registrate, abbiamo ricevuto complimenti anche nel riguardo di: qualità educativa, materiale di aggiornamento, qualità espositiva e chiarezza organizzativa.

#### 2) COSA INFLUISCE IL TESSUTO FASCIALE

In questo evento, tenutosi il giorno 3 Marzo 2021 alle ore 19:00, gli ospiti invitati ad intervenire sono stati: Barsotti Nicola, Cultrera Pina, Fede Caterina e Stecco Antonio. Abbiamo avuto un livello di soddisfazione generale molto alto durante il webinar il 96% ha votato le "bene" o "molto bene" alla domanda: "Com'è andato questo webinar?". Abbiamo avuto 181 partecipanti iscritti e 115 certificati emessi. Come si può notare nelle statistiche registrate, abbiamo ricevuto complimenti anche nel riguardo di: qualità educativa, materiale di aggiornamento, qualità espositiva, adeguatezza del materiale tecnico utilizzato ed infine chiarezza organizzativa.

#### 3) FASCE E DOLORE

In questo evento, tenutosi il giorno 7 Aprile 2021 alle ore 19:00, gli ospiti invitati ad intervenire sono stati: Giordani Federico, Pasquetti Pietro, Stecco Carla e Stecco Antonio. Abbiamo avuto un livello di soddisfazione generale molto alto durante il webinar il 96% ha votato le "bene" o "molto bene" alla domanda: "Com'è andato questo webinar?". Abbiamo avuto 180 partecipanti iscritti e solo 60 certificati emessi. Come si può notare nelle statistiche registrate, abbiamo ricevuto complimenti anche nel riguardo di: qualità educativa, materiale di aggiornamento, qualità espositiva, adeguatezza del materiale tecnico utilizzato ed infine chiarezza organizzativa.

\* \* \*

## MEDINFORMA BOLOGNA - "SCHIENA DRITTA... E DI CORSA. COME FARE? - LA POSTUROLOGIA IN ETÀ PEDIATRICA. GLI ESPERTI A CONFRONTO."

**25 marzo 2023**

La "ripartenza", dopo il lungo tunnel della pandemia: è il tema su cui ha puntato Medinforma, provider con sedi a Bologna e Lecce, per il convegno scientifico sulla posturologia. È così ripartita la formazione ECM (Educazione continua in medicina) con un programma impegnativo e multidisciplinare, che coinvolge specialisti di diverse branche, coordinati dall'ortopedico Lucio Catamo, al quale ha portato un saluto il Presidente dell'Ordine dei Medici di Bologna, Luigi Bagnoli. I responsabili dell'evento sono stati il chirurgo vertebrale, Stefano Giacomini, e il Segretario Regionale dei Pediatri dell'Emilia Romagna, Alessandro Ballestrazzi.

Relatori, oltre a Catamo, il Fisiatra Andrea Frassinetti e il Chinesiologo Luca Sergio, impegnati ad indicare "la strada giusta per una ripartenza rapida e corretta", con il progetto di riprendere anche lo screening gratuito dell'esame del passo già avviato con successo tre anni fa nelle scuole di Bologna, ma interrotto drasticamente dalla pandemia che ha obbligato i ragazzi alla didattica a distanza.

Cedesi studio dentistico situato a San Lazzaro di Savena (BO), avviamento trentacinquennale, causa prossima cessazione attività. Composto da 2 unità operative annesso studio medico, segreteria, zona sterilizzazione, sala d'aspetto, 2 servizi igienici. Tutti i permessi in regola. Per info scrivere a [dotto-rob@gmail.com](mailto:dotto-rob@gmail.com).

Strumentazione per piccola chirurgia ambulatoriale (ferri chirurgici, scatole inox con manici e con coperchio, drums cilindrici per sterilizzatrice, arcelle, etc.) studio medico vende a prezzi irrisori per pensionamento. Foto su richiesta. Volendo disponibile fattura come cessioni di beni da privato, per denuncia dei redditi. Telefonare al n. 366/4138435.

In via Zaccherini Alvisi 8, in nuovo centro medico sono disponibili per medici e operatori sanitari servizio di accoglienza, wi-fi, pulizie generali comprese nel canone. Per un sopralluogo e ulteriori informazio-

ni contattare lo 051/348344 chiedendo di Gioia o Jessica.

Il Poliambulatorio Descovich cerca medici specialisti e infermieri. Per collaborazione libero professionale in particolare: cardiologia - ginecologia. Contatti: [info@descovich.com](mailto:info@descovich.com) - Tel. 051/6494501.

Vendo in ottimo stato: 2 serie sedute su barra con 4 sedute ognuna, barra ferro verniciato nero, sedute legno color petrolio; 1 mobiletto grigio 2 ante con serratura, cm 92xP2,5x50; 2 sanifica aria Beghelli + 1 ozonizzatore. Tel. 328/2011902.

Odontoiatra Specialista in Ortognatodonzia, con esperienza di 19 anni e diverse centinaia di casi trattati, offre consulenza di ortodonzia presso Studi Odontoiatrici di Bologna e provincia. Effettua trattamenti di tutte le età e con varie apparecchiature a seconda delle necessità cliniche. Offre e chiede serietà e professionalità. No catene low-cost. Tel. 349/7931655.

## Norme editoriali

**L'editoriale e il dossier saranno pubblicati su richiesta dell'editore.**

**Articoli:** formato word, times new roman 12, spazio singolo, giustificato, sono graditi gli articoli a carattere sanitario e a rilevanza locale. Gli articoli a carattere scientifico saranno inviati a referee nazionali scelti dalla redazione. Ogni articolo non dovrà superare di norma le 16.000 battute e contenere massimo 3 immagini in bianco e nero.

**Notizie:** testo dattiloscritto di massimo 4.000 battute

**Congressi/convegni/seminari** (da inviare almeno due mesi prima del loro svolgimento)

Sono graditi prevalentemente quelli a carattere locali.

Esempio: titolo, obiettivo (max 250 battute), sede e data del convegno, informazioni (nominativi, telefoni, e-mail)

**Annunci:** testo di massimo 500 battute

CONCESSIONARIO PER LA PUBBLICITÀ: RENOGRAFICA SRL  
13 via Seragnoli - 40138 Bologna - telefono 051 6026111 - fax 051 6026150



# DA OGNI INCONTRO GENERIAMO VALORE



Siamo nati azienda e **siamo diventati un gruppo**, sappiamo cosa vuol dire essere piccoli e stiamo imparando a essere grandi. Cresciamo con i nostri clienti e tracciamo insieme **nuove strade da percorrere**, sviluppando **packaging per l'healthcare nati dal dialogo**.



[www.renogroup.eu](http://www.renogroup.eu)

**RENOGROUP**  
La forma del cambiamento