

BOLLETTINO NOTIZIARIO

ANNO LIV - N° 11 NOVEMBRE 2023

Publicazione mensile - Poste Italiane Spa - spedizione in abbonamento postale 70% - CN BO

IN QUESTO NUMERO

- **Intervista al Prof. Livio Presutti, Giancarlo Pizza, p. 4**
- **Museo "Cesare Lombroso" a Torino: quattro passi nell'oblio, Alessandro Mazzocchi, p. 7**
- **At Random: Verso un mutamento della nosologia della steatosi epatica, Pier Roberto Dal Monte, p. 12**
- **Indagine conoscitiva sulla situazione della Medicina dell'Emergenza-Urgenza e dei pronto soccorso in Italia FNOMCeO, p. 22**

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA
DIREZIONE E AMMINISTRAZIONE: VIA ZACCHERINI ALVISI, 4 - BOLOGNA - TEL. 051.399745
ISSN 2281-4744 (edizione a stampa) - ISSN 2281-4825 (edizione digitale)





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



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
Cupardo Dott. Marco
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 ottobre 2023
è stato consegnato in posta
il giorno 10/11/2023

Direzione, redazione e amministrazione:

via Zaccherini Alvisi, 4 - Bologna

Tel. 051 399745

www.odmbologna.it

SOMMARIO

ANNO LIV - NOVEMBRE 2023 N° 11

ARTICOLI

Un dramma che deve farci pensare, non scontrare • 3

Prof. Livio Presutti: il problema delle paralisi
del nervo facciale • 4

Museo "Cesare Lombroso" a Torino: quattro passi
nell'oblio • 7

At Random • 12

Legittimità delle vaccinazioni tra Scienza e diritti costituzionali -
Sentenza Corte Costituzionale 15/2023 (parte 4) • 16

COMUNICAZIONI DALLA FNOMCEO • 22

NOTIZIE • 29

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • 29

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • 29

CONVEGNI E CONGRESSI [RELAZIONI] • 30

PICCOLI ANNUNCI • 32

In copertina:

Il fanciullo ammalato,
Gabriel Metsu (1629-1667),
Rijksmuseum Amsterdam.

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

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. ENRICO CORSINI

Componenti:

Dott. ABBATE GUIDO GIUSEPPE

Dott. GIORDANI STEFANO

Supplente:

Dott. ZATI ALESSANDRO

Un dramma che deve farci pensare, non scontrare

Vittorio Lodi

Nelle scorse settimane siamo stati tutti coinvolti nella triste storia della bambina inglese di 8 mesi affetta da una gravissima patologia mitocondriale incurabile. La storia ci è stata presentata dai media con la solita violenza che comporta la necessità di fare notizia, di attrarre l'attenzione di un pubblico oggi sempre più sfuggivo. La violenza di non accettare una discussione sul tema, certamente difficile, della morte e della vita e di che cosa è la vita e fino a che punto può o deve arrivare l'intervento medico, ma di preferirne la comunicazione o la sottolineatura di informazioni che possono fare comodo ad una tesi o all'altra ma che poco hanno a che fare con il senso della vita e la tristezza di situazioni simili.

Il nostro Codice deontologico ci ricorda che «Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza discriminazioni di età, di sesso, di razza, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace come in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera. La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona» (Art. 3 Doveri del medico), ma anche che «Il medico deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti, da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita» (Art. 14 Accanimento diagnostico- terapeutico) e infine «In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il medico deve limitare la sua opera all'assistenza morale e alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze, fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità di vita. In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile (Art. 37 Assistenza al malato inguaribile).

E qui si pone la Questione del "finché ragionevolmente utile". Dove forse il termine "utile" non sembra il più adatto e può essere fonte di interpretazioni diverse.

«La sindrome da deplezione del DNA mitocondriale (mtDNA) (MDS) comprende un gruppo di malattie mitocondriali eterogenee dal punto di vista clinico, caratterizzate da una riduzione del numero di copie del DNA mitocondriale nei tessuti interessati, in assenza di mutazioni o riarrangiamenti del mtDNA. Il quadro clinico della MDS è eterogeneo e la malattia può interessare un solo organo oppure più organi contemporaneamente. I segni clinici principali sono quelli epatocerebrali (disfunzione epatica, ritardo psicomotorio), miopatici (ipotonia, debolezza muscolare, debolezza bulbare) encefalo-miopatici (ipotonia, debolezza muscolare, ritardo psicomotorio) o neurogastrointestinali (alterata motilità gastrointestinale, neuropatia periferica). Altri segni clinici sono l'acidosi lattica neonatale letale associata ad aciduria metilmalonica, l'atassia spastica (sindrome atassia spastica-neuropatia ad esordio precoce) e la sindrome di Alpers» (Orphanet Il portale delle malattie rare e dei farmaci orfani).

È giusta la rabbia dei genitori che non dovrebbero mai vedere un figlio morire.

Non è giusta la divisione politica su questo tema. Ma forse, anche, cosa c'entra un Tribunale con il significato di Vita? Ma perché non è stato riportato dai media quanto il Giudice ha accertato relativamente alla bimba – "I had in mind the urgency, the fact that there have been a number of delays in these proceedings, my findings about the high level of pain and suffering experienced by IG, and the intimate knowledge of this case on the part of the clinicians" (Royal Courts of Justice Strand, London, WC2A 2LL Date: 8 November 2023 Case No: FD23P00452) – e quanto la certezza della sofferenza e del dolore ha pesato sulla decisione del Giudice?

È giusto prendere di nuovo coscienza della non onnipotenza dell'Uomo e della Medicina. È giusto approfondire in modo serio il tema della Vita e della tutela della stessa, che non può basarsi su un criterio economicista, ma che ha comunque dei limiti, che anche l'intervento medico non può non avere.

«La madre, dato a questa un bacio in fronte, la mise lì come su un letto, ce l'accomodò, le stese sopra un panno bianco, e disse l'ultime parole: «addio, Cecilia! riposa in pace! Stasera verremo anche noi, per restar sempre insieme. Prega intanto per noi; ch'io pregherò per te e per gli altri». Poi, voltatasi di nuovo al monatto, «voi», disse, «passando di qui verso sera, salirete a prendere anche me, e non me sola». Così detto, rientrò in casa, e, un momento dopo, s'affacciò alla finestra, tenendo in collo un'altra bambina più piccola, viva, ma coi segni della morte in volto. Stette a contemplare quelle così indegne esequie della prima, finché il carro non si mosse, finché lo poté vedere; poi disparve. E che altro poté fare, se non posar sul letto l'unica che le rimaneva, e mettersela accanto per morire insieme? Come il fiore già rigoglioso sullo stelo cade insieme col fiorellino ancora in boccio, al passar della falce che pareggia tutte l'erbe del prato» (Alessandro Manzoni, I promessi sposi - capitolo XXXIV).

Le Interviste del Dott. Pizza

Prof. Livio Presutti: Il problema delle paralisi del nervo facciale

Nell'ambito delle interviste a nostri Colleghi pubblichiamo l'intervista realizzato dal Dott. Pizza al Prof. Livio Presutti, Professore Ordinario Università degli Studi di Bologna e Direttore UOC OTORINOLARINGOIATRIA IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

GC: alcune volte il MMG si trova in difficoltà nel poter indirizzare alcune patologie allo Specialista più idoneo e competente. Quali sono le patologie “di confine” ma che comunque possono essere riferite all’otorinolaringoiatra?

LP: domanda molto interessante perché mi da modo di spiegare la complessità della mia disciplina che, a fianco delle diffusissime patologie a tutti note (cerume, tonsilliti, otiti, sordità, ipertrofia dei turbinati ecc.) si occupa di affezioni molto complesse e che spesso richiedono diagnosi e terapia multidisciplinari. Un esempio è rappresentato dalle paralisi del nervo facciale.

GC: ci può spiegare perché può verificarsi e come si cura?

LP: il nervo facciale (VII paio di nervi cranici) è molto complesso sia strutturalmente sia come decorso: si tratta di un nervo che raccoglie stimoli **sensoriali** dai due terzi anteriori della lingua tramite un suo collaterale che si chiama corda del timpano proprio perché attraversa la cassa del timpano e noi lo incontriamo in tutta la chirurgia dell’orecchio medio; stimoli **sensitivi** della regione centrale del padiglione auricolare; veicola una componente **parasimpatica** eccitosecetrica per le ghiandole lacrimali e, infine, ha una grossa componente **motrice** per tutti muscoli della faccia, dai corrugatori della fronte al platisma compresi con in mezzo tutti i muscoli mimici.

Il decorso come detto è molto complesso perché dalla sua emergenza dal solco bulbo-pontino si porta all’interno del condotto uditivo interno percorrendolo a fianco del nervo cocleare e dei nervi vestibolare superiore e inferiore. Entra poi nel canale del Falloppio e attraversa con decorso particolarmente tortuoso l’osso temporale fino ad emergere dal foro stilo mastoideo e portarsi all’in-

terno della ghiandola parotide dove si divide nei suoi rami terminali. È del tutto evidente come il chirurgo otorinolaringoiatra debba avere ben chiara questa anatomia perché le “occasioni di incontro” con il nervo facciale sono molteplici: angolo ponto-cerebellare per i tumori della fossa cranica posteriore con particolare riferimento ai neurinomi del nervo acustico, orecchio medio per tutte le patologie flogistiche e neoplastiche, in primis il colesteatoma, la ghiandola parotide che come è noto può generare tumori benigni e maligni.

GC: capisco la complessità di queste chirurgie, e immagino che ognuno di questi approcci può portare come sequela a un deficit del facciale, ma esistono paresi del facciale non correlate a un atto chirurgico?

LP: certo; intanto dobbiamo ricordare le paralisi di tipo centrale che esulano dal tema odierno perché sono di esclusivo interesse neurologico. Esistono poi molte patologie malformative, infiammatorie e neoplastiche primitive del facciale e che appunto, si manifestano con paralisi di tipo periferico. Ne cito solo alcune: la cosiddetta paralisi “a frigore” o paralisi di Bell, l’herpes zooster oticus, i tumori primitivi del nervo facciale, la malattia di Lyme ecc. Poi ci sono le paralisi post traumatiche, spesso associate a fratture della rocca petrosa e che il più delle volte sono associate a lesioni endocraniche o di altri organi e apparati.

GC: quali sono le indagini diagnostiche necessarie in presenza di paralisi del nervo facciale?

LP: direi che il primo punto è l’anamnesi e, in base a questa, si propongono prioritariamente esami come la TAC dell’osso temporale che ci mostra molto bene le condizioni del canale di Falloppio, la RMN encefalo e massiccio facciale che ci dà informazioni sia sul versante intracranico che sul versante extracranico, poi gli esami elettrofisiologici come l’elettromiografia e l’elettro-neuronografia. Da non trascurare un attento esame endoscopico dell’orecchio.

GC: ci sono novità in termini di trattamento delle paralisi del facciale?

LP: certamente, direi anche fondamentali e su più versanti. Cominciamo da un concetto base che ognuno di noi chirurghi deve sempre ricordarsi: il miglior modo di trattare il facciale è quello di non danneggiarlo; quindi in caso di una delle chirurgie sopra elencate dobbiamo avere un atteggiamento estremamente delicato, non traumatizzante, evitare gli stiramenti, evitare l'uso di elettrobisturi in prossimità del decorso del nervo e servirsi delle tecnologie più avanzate fra cui in primis il sistema di **monitoraggio** intraoperatorio. Abbiamo a disposizione e usiamo quotidianamente un sistema di elettromiografia continua intraoperatoria che ci dà costantemente, per tutta la durata dell'intervento, un *feed back* acustico, oltre che visivo, della attività muscolare dei muscoli mimici e, in caso di iniziale sofferenza del nervo, parte un segnale acustico di allarme molto efficace che è come se ci dicesse stai attento perché sono molto vicino e potresti danneggiarmi.

Inoltre, con lo stesso *device*, abbiamo la possibilità sia di mappare il campo chirurgico cercando una risposta alla stimolazione con uno strumento detto appunto stimolatore, sia di verificare le condizioni del nervo stesso a fine intervento. Questo utilissimo apparecchio si chiama NIM (*nerve integrity monitor*).

Passando poi al trattamento vero, le novità sostanziali sono due:

- un approccio chirurgico mini invasivo, in endoscopia, attraverso il condotto uditivo esterno, per trattare le lesioni traumatiche e quelle neoplastiche del nervo;
- un nuovo approccio riabilitativo.

GC: cosa intende per riabilitazione?

LP: tutte le paralisi del facciale che siano “a frigore”, post traumatiche, post chirurgiche ecc, hanno bisogno di trattamento riabilitativo che spesso viene affidato a terapisti della riabilitazione. Il punto è che questo trattamento richiede una competenza specifica, personale **dedicato** e casistiche adeguate.

Qualche anno fa, leggendo la letteratura scientifica e frequentando congressi internazionali, ho notato che in molti paesi esteri esisteva una organizzazione differente e la riabilitazione del facciale era effettuata da logopedisti. Mi sono quindi attivato per “importare” in Italia questa metodica che si chiama **neuro-muscolar retraining** e abbiamo istituito prima a Modena poi a Bologna, il

centro per la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione delle paralisi del nervo facciale.

Devo dire che abbiamo risultati paragonabili se non superiori a quelli dei migliori centri internazionali e con numeri di pazienti sempre crescenti. **GC:** esistono anche trattamenti riabilitativi di tipo chirurgico?

LP: certamente. La chirurgia in caso di paralisi del facciale è totalmente differente se siamo di fronte a una paralisi recente (entro sei mesi dall'evento) oppure se si tratta di una paralisi inveterata. Nel primo caso (paralisi recente), possiamo distinguere due situazioni:

1 – paralisi da frattura della rocca petrosa con compressione del nervo da parte di spicula ossea; in questo caso si può intervenire chirurgicamente con la decompressione del nervo, cioè con la rimozione dell'osso che comprime il nervo; si tratta nella maggior parte dei casi, di una lesione del II tratto del facciale per cui aggredibile anche con tecnica endoscopica trans canale.

2 – paralisi da sezione del nervo, generalmente a seguito di interventi chirurgici sulla base cranica; in questo caso bisogna ricorrere il più in fretta possibile o a una sutura diretta del nervo nel caso in cui questo sia possibile o a una anastomosi microchirurgica utilizzando un altro nervo (nervo ipoglosso oppure nervo masseterino) oppure interponendo un nervo (generalmente un nervo sensitivo) fra i due monconi.

GC: quali sono i risultati di questa vasta gamma di trattamenti medici, chirurgici e riabilitativi?

LP: domanda importante che richiede risposta un po' articolata; dobbiamo distinguere anzitutto fra le varie cause di paralisi e, secondariamente, l'entità del danno.

Possiamo schematicamente dire che se si tratta di una lesione ad esempio traumatica con compressione del nervo ma senza sezione di fibre, si può ottenere un recupero completo. Se si tratta di una sezione completa del nervo (da trauma o post chirurgica), nonostante i nostri sforzi e i nostri progressi, il recupero non sarà mai completo.

Mi preme sottolineare come, in caso di paralisi del nervo facciale, l'aspetto più delicato è quello della gestione dell'occhio: un occhio che non si chiude va incontro a infezioni che possono essere anche molto gravi per cui la protezione dell'occhio stesso è prioritaria e cruciale e qui dobbiamo stare molto attenti; l'occhio si protegge in due modi:

chiudendo le palpebre con un piccolo cerotto che, fissato sulla palpebra superiore la porti giù fino a chiudere completamente l'occhio, oppure posizionando un grosso cerotto che contiene al suo interno un oblò. Sono da evitare i bendaggi dell'occhio in quanto la benda, senza avere prima chiuso le palpebre, può toccare la congiuntiva e provocare essa stessa reazioni infiammatorie.

GC: grazie per le esaurive risposte ma siamo partiti dalla domanda sulle patologie di confine e ci siamo soffermati solo sulle paralisi del facciale; ci potrebbe indicare altre patologie complesse di cui vi occupate?

LP: ha perfettamente ragione, ne abbiamo trascurate tante altre che provo ad elencare:

- le patologie delle vie lacrimali, in particolare le stenosi del dotto naso - lacrimale che oggi trattiamo per via endoscopica endonasale;
- le patologie benigne e maligne della base cranica anteriore, ivi comprese le fistole rinoliquorali;
- la patologie benigne e maligne della base cra-

nica laterale con in primis i neurinomi del nervo acustico;

- le patologie del rachide cervicale con impatto sulle vie aero digestive superiori e le complicità di tali trattamenti;
- le patologie della trachea e dell'esofago;
- tutte le patologie oncologiche maggiori del distretto testa collo.

Naturalmente per un corretto trattamento di queste patologie bisogna stabilire solide collaborazioni con Specialisti di branche affini con i quali condividere le diagnosi, le scelte terapeutiche, i trattamenti chirurgici e i follow up. Sto parlando di Oftalmologi, Neurochirurghi, Chirurghi vertebrali, Chirurghi toracici, Chirurghi Generali, Chirurghi Maxillo Facciali, Chirurghi Plastici-Ricostruttivi, Neurologi, Fisiatri.

Mi spiace non poter approfondire ognuno di questi argomenti perché richiederebbe molto tempo.

GC: potrebbe essere occasione per ulteriori interviste.

LP: certo se può essere di interesse, con piacere.

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

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

Museo “Cesare Lombroso” a Torino: quattro passi nell’oblio

Alessandro Mazzocchi*

Ebbene sì, pur avendo sviluppato negli anni una forte avversione per le pseudo-scienze, le para-scienze, le superstizioni e gli spiritismi, ci sono stato anche io! In una nuvolosa mattina d’autunno ho preso il primo treno diretto a Torino e sono andato a visitare, tra le altre esposizioni del raffinato capoluogo piemontese, il controverso Museo di Antropologia Criminale. Nel 1870, un giovane e rampante psichiatra, Marco Ezechia Lombroso (1835-1909) detto Cesare, convertì la sua ricca collezione privata di manufatti antropometrici, fino a quel momento itinerante (dalla sua abitazione in via Legnano ai palazzi del Valentino, per finire alla Medicina Legale), in un museo stabile, che fu riconosciuto come tale dall’Università di Torino alcuni anni dopo. Nel 2009 il museo, completamente rinnovato, venne poi riaperto al pubblico, scatenando polemiche e diatribe mai sopite. Nel corso di due lustri, un centinaio di Comuni del Sud si sono riuniti sotto l’egida del Comitato Tecnico-scientifico “NoLombroso” per la “rimozione ufficiale delle teorie criminologiche e la soppressione d’ogni commemorazione onomastica e museale a nome di Cesare Lombroso” (cit. nolombroso.org/it/).

Dopo la visita ho deciso di mettere su carta alcune impressioni ricavate a caldo sull’esposizione e sul senso di questa antica *querelle*. Il lettore avrà l’occasione di farsi un’idea del museo e di Lombroso, spero. Ma anche a bocce ferme, rimango convinto che molti dei suoi denigratori più agguerriti non l’abbiano mai visitato, oppure l’abbiano fatto con disattenzione e forse con un atteggiamento diffidente, maldisposto. Oggigiorno, però, scrivere qualcosa di originale e di equilibrato su Lombroso e sul suo museo rimane un’impresa ardua, capace di sconcertare chiunque. Negli anni, sul padre dell’antropologia criminale sono stati scritti centinaia di articoli e saggi, sia dai suoi più accaniti detrattori, che dai numerosi e appassionati sostenitori. Si potrebbero compilare intere bi-



blioteche! Condanne morali e giuridiche di colpevolezza ed assoluzione sono state emesse su libri, giornali, televisione e Web, spesso con poca lucidità. Esaminerò allora la questione a partire da molto lontano, dal problema epistemico dell’oblio dei modelli scientifici, traendo ispirazione dalle osservazioni colte e misurate di un illustre filosofo, perché solitamente le analisi dei liberi pensatori rimangono le migliori e le meno settarie, in quanto forgiate dal pensiero critico. La filosofia, infatti, dovrebbe osservare il mondo da una posizione “terza” di saggio contrappeso. Paolo Rossi Monti (1923-2012) è stato un pensatore e docente universitario in Storia della Scienza e della Filosofia, dapprima presso la nostra Università e successivamente a Firenze. All’inizio degli anni Novanta scrisse un saggio importante e di agevole lettura sul progresso e il destino della scienza, confluito poi in una successiva raccolta di successo (Premio Viareggio 1992) incentrata sui temi del passato, della memoria e dell’oblio. In quell’opera, egli sosteneva, tra le altre cose, che la scienza neopositivista e post-popperiana, nel suo incessante divenire, finisce per svalutare e ridimensionare la storia, lasciandosi inevitabilmente alle spalle le vestigia delle teorie decadute nel tempo e sostituite da altre più moderne. L’oblio, per Rossi, che cita in proposito Max Weber (1864-1920), diventa insieme destino e fine della Scienza. Quest’ultima, per l’Autore, necessariamente demolisce il proprio passato sin dai tempi di Bacone (la cosiddetta *antiquatio theorarum* baconiana, alla base dell’avanzamento delle scienze), lasciando dietro di sé teorie un tempo difese con forza, ma oggi di solo interesse storico o filosofico (tra le altre, egli indica: flogisto, etere, magnetismo animale, l’eredità dei caratteri acquisiti, il linfatismo dei bambini, ecc.). A quelle sopra menzionate possiamo senz’altro aggiungere l’atavismo e la fisionomia antropometrica di Cesare Lombroso. La sua teoria dell’atavismo sosteneva che molti criminali e

“mattoidi” erano il risultato di una regressione o, meglio, d’una battuta d’arresto durante le prime fasi dell’evoluzione. Adottando in qualche modo la visione del suo contemporaneo tedesco Ernst Haeckel (1834-1919), secondo cui “l’ontogenesi ricapitola la filogenesi”, Lombroso vedeva nell’infanzia un periodo di sviluppo assimilabile al cammino evolutivo del pitecantropo, che raddrizza la schiena per diventare homo: per lo studioso, rimanere bloccati a uno stadio primordiale avrebbe potuto determinare l’insorgenza improvvisa di un comportamento deviante o criminoso. Lombroso, convinto di ciò, fece realizzare una minuziosa ricostruzione del volto dell’uomo di Neanderthal, i cui resti erano venuti alla luce proprio in quegli anni in Francia, a La Chapelle-aux-Saints (1856). Tale ricostruzione è visitabile in una saletta apposta del museo. Il primitivo della valle di Neander, secondo le teorie di Lombroso, avrebbe potuto riemergere nell’uomo moderno, scatenando in tal modo la sua violenza ancestrale. L’atavismo (dal latino *atavus* = antenato), come si legge anche nell’articolo apparso su «Nature» e dedicato proprio al Museo di Torino, fu certamente il frutto delle intuizioni di Lombroso, ma anche delle turbolenze di quegli anni violenti e fratricidi, in cui l’Italia si batteva per l’indipendenza. I circoli scientifici cercavano una spiegazione della crescente violenza umana, soprattutto quella del dopo unificazione. Infatti, all’Unità raggiunta nel 1870, seguirono anni ancora più complicati caratterizzati da carestie, saccheggi, brigantaggi, con il popolo in rivolta contro le classi dominanti del tempo. L’estrema povertà dei contadini del Meridione e la questione operaia al Nord spaccarono l’Italia in due, con rivolte e scioperi nelle campagne e nelle grandi città. Secondo Alison Abbott (2010), l’idea innovativa, all’epoca, che il comportamento criminale potesse avere una radice biologica, diventò quasi rassicurante per le persone. In quei giorni, la gente percepiva l’alto tasso di violenza sociale come una sciagura epocale, fonte di grande instabilità per tutti. La scoperta di Lombroso, per l’editorialista di «Nature», lasciava intravedere la possibilità di una cura biologica o, nel peggiore dei casi, quella dell’isolamento del delinquente se veramente irrecuperabile. Basti pensare all’antica prigione di Filadelfia (1829), il cui modello è in mostra nella penultima sala del museo poco prima dello studio, fedelmente riprodotto, di Lombroso. Questa fortezza era alme-

no in parte ispirata dal magistero della Scuola Italiana Positiva di Diritto Penale. Prevedeva infatti il completo isolamento dei detenuti (quasi 600), in diversi bracci di una struttura chiusa e disposta a raggiera. La mancanza di contatti tra i prigionieri avrebbe impedito, secondo i suoi ideatori, la trasformazione del carcere in una scuola di criminalità, contrastando la propagazione e la perpetrazione della violenza. Gli effetti sugli internati furono devastanti, la maggior parte di loro prese a farneticare e impazzì. Anche la prigione di Filadelfia, per fortuna, fa parte del tempo perduto. Per tornare al senso del passato e dell’oblio secondo Paolo Rossi, si viene allora a stabilire, a causa di questa generale inclinazione “abbandonica” della Scienza, un luogo molto particolare della memoria, “un cantiere in risonanza con opere e voci”. In una visione cimiteriale della stessa – scrive l’Autore – si istituisce una sorta di sepolcreto della cultura e del sapere, dove trovano disordinatamente posto le lapidi di programmi scientifici messi da parte. Programmi inchiodati dalla prova dei fatti, tumulati dalle evidenze sperimentali, e in ogni caso sacrificati da un’epistemologia divenuta sempre più rigorosa durante il XX secolo. Ci riferiamo a Karl Popper (1902-1994) e ai suoi eredi Imre Lakatos (1922-1974) e Larry Laudan (1941-2022), o, come alternativa a lui e loro, Thomas Kuhn (1922-1996). Tutti questi autori hanno tentato di separare la scienza dalla pseudoscienza e dalla para-scienza. Popper, con il suo concetto di falsificabilità (= trovare un caso contrario), ha influenzato tutta la filosofia della scienza dell’ultimo secolo. Lakatos è noto soprattutto per l’idea di programmi di ricerca che salvaguardano il nocciolo duro delle ipotesi più antiche, fornendo una struttura esterna flessibile per eventuali integrazioni. Kuhn è conosciuto per i concetti di paradigma e di rivoluzione scientifica in un’alternanza ciclica e dirompente sul cammino del progresso. Laudan per aver tentato di inserire le idee precedenti nella sua personale concezione di “tradizioni di ricerca”. Non è possibile in questa sede approfondire i singoli modelli esplicativi, ma, al di là delle loro differenze, alla fine il risultato è lo stesso: l’abbandono delle vecchie teorie in favore di quelle nuove. Solo Paul Feyerabend (1924-1994), discepolo relativista di Popper, favorevole all’anarchismo metodologico, lottò per la coesistenza di metodi scientifici e paradigmi di epoche differenti. Come scrive Ros-

si, le scienze sono dominate dalla logica dell'oblio, che non ritroveremo mai nell'Arte, nelle Lettere, nella Filosofia e, naturalmente, nella Storia. Per l'Autore, gli scienziati sono felici di dimenticare i vecchi modelli e guardare al futuro, per avanzare sempre e linearmente in avanti. Come dice l'Autore, la scienza, al contrario della storia, non è interessata al suo passato, perché sa che ogni opera scientifica è destinata ad essere superata: nulla è eterno. Per Rossi questo non vuol dire che nel campo scientifico il passato non abbia importanza. È semplicemente e selettivamente integrato, consentendo in tal modo l'avanzamento di ciascuna disciplina scientifica nella sua essenza. La pseudoscienza, invece, indulge inevitabilmente nella tradizione e nel passato, non può dimenticare le sue origini, né può evolvere sulla base di nuovi dati sperimentali. Kuhn ha fatto dell'astrologia un esempio paradigmatico di questa forzata immobilità. Un astronomo, come fa notare Andrea Ferrero del CICAP, può superare il problema delle previsioni errate adottando altre misure o, al più, decidere di modificare la sua teoria. Invece, in astrologia, nessuno può improvvisarsi innovatore e utilizzare le previsioni sbagliate per ritoccare la tradizione divinatoria, granitica e immutabile. Per Kuhn, quindi, la delimitazione tra scienza e pseudoscienza non risiede tanto nel celebre criterio popperiano della falsificazione, ma nell'incapacità della seconda di adeguarsi ai nuovi dati e di evolvere, correggendosi. Alla fine, però, una scienza che dimentica il passato si riduce ad una scienza infelice, come il grave depresso che perde la memoria al pari di chi soffre di demenza. *Scienza infelice* è anche il titolo di un bellissimo saggio degli anni Settanta, ristampato e aggiornato nel 2000, scritto da Giorgio Colombo con la prefazione di Ferruccio Giacanelli. Il testo racconta il Museo Lombrosiano dell'epoca, con splendide immagini rigorosamente in bianco e nero. A quel tempo non era aperto al pubblico e, come si può leggere tra le righe, si trovava "inghiottito da ingombri imprevisi e accumuli ingialliti sparsi ovunque". E viene ancora in mente il cantiere delle cose obliate, di cui parla Rossi. Al termine di queste considerazioni, veniamo più precisamente al museo, alle sue caratteristiche. Entrando nei padiglioni della struttura torinese, inaugurati nel 2009 nella zona universitaria immediatamente adiacente al Museo di Anatomia Umana, si viene

subito attraversati da due sensazioni discordanti. La prima, interamente liberatoria, è quella di avere finalmente superato la logica dell'oblio: il museo è lì, aperto al pubblico, con tutti i suoi oggetti. La seconda sensazione è di tormento e dubbio dinanzi all'annosa questione, appena richiamata in questo articolo, della possibile/impossibile demarcazione tra scienza e pseudoscienza. Quest'ultima rappresenta realmente un limite al progresso e alla diffusione della mentalità scientifica tra le genti? Forse non c'è una soluzione definitiva a questo dilemma, variando la risposta a seconda dei casi. Talvolta una scienza nasce dalle fondamenta di una disciplina pseudoscientifica che l'ha preceduta, ed è il caso della Criminologia. Indubbiamente, Lombroso nell'elaborare le sue teorie si è basato molto sulla sua intuizione, sul suo genio. Troppo convinto della bontà delle sue teorie, tendeva a selezionare dati che corrispondessero a loro (*bias* di conferma, di assimilazione e ipotesi *ad hoc*, quali esempi di fallacie metodologiche). Teorie che, che proprio per questi vizi ed errori, sono state tutte respinte e oggi giudicate inaffidabili. Karl Popper, che ha segnato la filosofia del secolo scorso, nasce nel 1902. Si pensi che già nel 1913, quando l'epistemologo austro-britannico era ancora un bambino, il medico penitenziario Charles Goring (1870-1919) riuscì a falsificare le teorie lombrosiane, riscontrando in un gruppo di liceali-modello inglesi gli stessi difetti, gli stessi dismorfismi antropometrici attribuiti da Lombroso al delinquente nato. Altro che un solo caso contrario, egli trovò un intero liceo a disconferma dell'atavismo! Eppure, nonostante ciò, per tutto il primo decennio del XX secolo e oltre, Lombroso e i Lombrosiani raggiunsero un clamoroso successo non solo in Europa, ma anche oltreoceano. Per esempio, negli Stati Uniti, pochi anni dopo la morte di Lombroso, Earnest Albert Hooton (1887-1954), antropologo fisico dell'Università di Harvard, attraverso un ampio studio sui criminali americani, andò alla ricerca di prove a sostegno dell'Atavismo. Egli ipotizzò, al termine dei suoi studi, che i criminali avessero caratteristiche fisiche diverse rispetto a coloro che non commettevano crimini. Oggi anche la teoria di Hooton è completamente destituita d'ogni fondamento. Una brutta fine hanno fatto pure le ricerche, per altro di molto successive a Lombroso, sulle basi genetiche della criminalità

(cromosoma Y sovranumerario e aplotipo MAO-A, per fare solo due esempi). I critici sostengono anche che le mostre officianti gli studi e le ricerche di Lombroso, come quella di Torino, potrebbero contribuire alla perpetuazione di vecchi stereotipi riduzionisti, deterministici o perfino razzisti. Oggi, al contrario, recenti studi antropologici hanno ridimensionato le accuse di discriminazione e di antimeridionalismo formulate nel tempo a Lombroso (vedi in particolare il saggio di Milicia riportato in bibliografia). Il Museo di Antropologia Criminale, ottimamente diretto dallo storico Silvano Montaldo, ha comunque compiuto grandi sforzi per far fronte a tutte queste preoccupazioni, presentando le collezioni all'interno di un più ampio quadro esplicativo, con un linguaggio museografico chiaro, senza ambiguità. Punto focale del museo è chiaramente la sala che vede esposto il cranio di Villella (morto in carcere nel 1860), pastore indigente e reo di alcuni piccoli furti, quindi non brigante e tantomeno eroe patrio delle Due Sicilie, almeno stando alle ricostruzioni dell'antropologa Milicia. Comunque, è divenuto senz'altro un simbolo della scienza positiva del tempo. Ecco allora che un video divulgativo molto ben fatto, illustra subito e nel dettaglio la falsificazione della teoria atavica, spiegando che la famosa fossetta cerebellare mediana scoperta da Lombroso nel Villella (dicembre 1870) resta un grossolano errore scientifico, una fallacia metodologica, in quanto corrisponde all'impronta ossea del verme cerebellare sulla base cranica, quasi sempre non visibile, tranne casi eccezionali. I curatori, dunque, sottolineando il valore meramente storico e antropologico dei reperti, mirano sempre e comunque a promuovere dibattiti sui fattori sociali, psicologici e ambientali che contribuiscono al comportamento criminale, rimarcando che la criminalità non è determinata, se non in modo trascurabile, da attributi biologici. Del resto, come ci ricorda Martucci, lo stesso Lombroso, in occasione del famoso crack della Banca Romana (1892-1894), che coinvolse, in uno scandalo senza precedenti, figure di spicco del panorama politico italiano, si rese conto dell'importanza cruciale dei fattori socio-ambientali nella criminogenesi. Oggi questi reati vengono raccolti nel capitolo dei crimini contro la Pubblica Amministrazione, da quelli più gravi come la corruzione e la truffa a quelli minori come il peculato.

Questi ultimi sono definiti da Edwin Sutherland (1883-1950) come "crimini dei colletti bianchi", commessi dai rispettabili membri dell'alta borghesia e delle classi dominanti. Nel 1893 si ebbe nel nostro paese un'ondata di fallimenti bancari, di scandali, di fallimenti, a seguito dei quali si scoprì che molti ministri e deputati, ma anche giornalisti, avevano ricevuto tangenti dalle banche. Il governo (presieduto allora da Giovanni Giolitti) dovette rassegnare le dimissioni. Così accanto alla criminalità di tipo atavico appare, per la prima volta, la cosiddetta criminalità evolutiva, frutto del capitalismo e del modernismo, e di cui la frode economica è l'espressione più ovvia. Oggi molto più di ieri. D'ogni modo, visitare il museo offre un'opportunità unica per approfondire l'intricato e spesso inquietante mondo degli studi criminali. Presenta, infatti, un'estesa collezione di manufatti e oggetti criminologici che possiamo riassumere in modo molto conciso in tre gruppi:

a. **Reperti antropologici e antropometrici:** una vasta collezione di teschi (circa 680), encefali, un centinaio di ceroplasm (maschere mortuarie realizzate nel 1885 da Lorenzo Tenchini, anatomico dell'Università di Parma) e parti del corpo ben conservate, che Lombroso utilizzava per sostenere le sue teorie. I visitatori possono vedere questi esemplari ed esaminare le fattezze fisiche che l'antropologo credeva, sbagliando, fossero legate alla criminalità innata. C'è anche lo scheletro di Lombroso, donato alla scienza per il suo preciso volere, mentre il suo semblante è conservato in formaldeide (non esposto).

b. **Strumenti del crimine e corpi del reato:** il museo presenta una vasta esposizione di armi, strumenti e oggetti appartenuti a criminali famigerati. Questa sezione offre quindi una panoramica dei metodi e degli strumenti utilizzati dai criminali nel corso della storia.

c. **Casellari giudiziari e relativa documentazione:** un vasto archivio di casellari giudiziari, fotografie giudiziarie e biografie risalenti alla fine dell'Ottocento consente l'esplorazione delle casistiche dei criminali, aiutando a comprendere il loro background socioculturale. Da osservare con attenzione la collezione di tatuaggi raccolta da Lombroso durante le visite ai detenuti delle carceri di Torino in qualità di medico penitenziario e di perito. Egli assegnò massimo rilievo, quale indizio di attitudine criminosa, ai tatuaggi sulle parti

puddende, che riteneva essere assenti nei tatuati non delinquenti.

Questa suggestiva esposizione, tuttavia, ha sollevato alcuni inevitabili interrogativi etici. Negli anni si è così costituito un agguerrito comitato “No-Lombroso”, che ha cercato con veemenza di sollecitare le Istituzioni a chiudere il Museo di antropologia di Torino. Come già accennato, i membri del Comitato sostengono che tali mostre potrebbero sensazionalizzare la criminalità e perpetuare i suoi stereotipi, come quelli legati alla questione meridionale. Inoltre, rivendicano il diritto di inumare e conservare i resti dei briganti meridionali, custoditi all’interno delle teche museali, nelle rispettive terre di origine. La Corte di cassazione in un recente provvedimento (n. 21407 del 14/08/2019) ha posto fine al ricorso promosso nel 2012 dal predetto Comitato contro il Museo di Torino, riguardante in particolare il caso di Giuseppe Vilella. Gli amministratori di Motta Santa Lucia (paese natio del Vilella in provincia di Catanzaro), attraverso l’azione congiunta e coordinata del Comitato “NoLombroso”, e con il supporto di altri comuni vicini, hanno reclamato il ritorno del teschio del loro concittadino. La Corte Suprema, tuttavia, ha concluso che la natura del cranio è quella di una risorsa culturale. La Corte ha stabilito che le richieste di restituire il reperto e darne la sepoltura sono inaccettabili. In questo caso, dunque, deve prevalere l’interesse scientifico, oltre che storico, che le teorie di Lombroso, anche se sorpassate, continuano ad avere oggi. È stata respinta anche la richiesta di valutare e quantificare il possibile danno d’immagine che sarebbe stato sofferto dal Comune di Motta per avere visto collegata la sua fama alle teorie sui briganti. Il comitato “No Lombroso”, a fronte di ciò, non si è dato per vinto e ha cercato recentemente di adire il Tribunale internazionale di Strasburgo, appellandosi all’articolo 8 della CEDU (Convenzione Europea dei Diritti Umani), relativo ai diritti della persona, della famiglia e delle sue origini. Per un cavillo procedurale il tentativo non è andato a buon fine. Vedremo se vi saranno ulteriori sviluppi del caso. Nel frattempo, però, almeno secondo chi scrive, un’escursione a Torino non può prescindere da una visita, priva di pregiudizi, a questo straordinario Museo antropologico, rammentando la massima di Alfred North Whitehead (1861-1947), già citata da Rossi nel suo saggio: “una scienza che non esita a dimenticare i

suoi fondatori è perduta”. E, senz’ombra di dubbio, Lombroso deve essere considerato il principale fondatore della Scuola positiva di Diritto penale, della Polizia Scientifica (grazie all’instancabile impegno dell’assistente Salvatore Ottolenghi), così come dell’Antropologia criminale. Quest’ultima oggi è decaduta e dimenticata, ma servi a gettare le basi della moderna Criminologia clinica e forense. L’oblio non potrà mai fagocitarla del tutto.

*Psichiatra

Associato UGIS

(Unione Giornalisti Italiani Scientifici)

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Abbott A. 2010. Turin’s criminology museum. *Nature*, 463: 300.
- Bianucci P, Cilli C, Giacobini G, Malerba G, Montaldo S. (a cura di). Il Museo di Antropologia criminale “Cesare Lombroso” dell’Università di Torino. HAPAX Editore, Torino, 2015.
- Brunner HG et al., «Abnormal Behaviour Associated with a Point Mutation in the Structural Gene for Monoamine Oxidase A», in *Science* 262, 1993.
- Colombo G. (1975). La scienza infelice. Il Museo di Cesare Lombroso. Bollati Boringhieri, Torino, cit. di pag. 35.
- Comitato No Lombroso www.nolombroso.org/it
- Gayraud JF, Ruta C, Colletti criminali: l’intreccio perverso tra mafie e finanze, Castelvecchi, 2014, p. XV.
- Giacobini G. et Al (2019). Un patrimonio in beni culturali. *Museologia Scientifica*, nuova serie • 13: 139-150.
- Gilles, D., & Giorello, G. (2005). *La Filosofia della Scienza nel XX secolo*. Roma, Bari: Laterza.
- Goring CB, *The English Convict: A Statistical Study*, HMSO, London, 1913.
- Hooton, Earnest A. (1939°). *The American Criminal*. Cambridge: Harvard University Press.
- https://torino.repubblica.it/cronaca/2019/08/20/news/cassazione_resta_al_museo_lombroso_il_cranio_conteso_del_brigante_vilella-233953332/
- <https://www.cicap.org/n/articolo.php?id=275175>
- https://www.museolombroso.unito.it/wp-content/uploads/2020/02/MUSCI3_2019.pdf
- Lombroso C. (1871). *Antropologia ed etnologia*. Esistenza di una fossa occipitale mediana nel cranio di un criminale, in *Rivista di Discipline Carcerarie I*, pagg 40–43.
- Martucci P, “Un’eredità senza eredi”, in Montaldo S, Tappero P, Cesare Lombroso cento anni dopo, Torino, UTET, 2009, pp. 291-300.
- Martucci P. *Le piaghe d’Italia. I lombrosiani e i grandi crimini economici nell’ Europa di fine Ottocento*, Franco Angeli, Milano, 2002
- Milicia MT. (2015). *Lombroso e il brigante*. Storia di un cranio conteso, Roma, Salerno Editrice.
- Montaldo S. & Tappero P (a cura di). Il Museo di Antropologia criminale “Cesare Lombroso”. UTET, Torino, 2009.
- Montaldo S. (a cura di). Il Museo di Antropologia criminale “Cesare Lombroso” dell’Università di Torino. Silvana Editoriale, Milano, 2015.
- Rossi. P. 2001. *Il passato, la memoria, l’oblio*. Otto saggi di storia delle idee, IlMulino, Bologna

At Random

Verso un mutamento della nosologia della steatosi epatica: NAFLD v. MASLD e cambiamento dell'impatto epidemiologico delle epatopatie croniche non virali, le loro conseguenze e cause. "Obesità ed alcol"

Pier Roberto Dal Monte

Stanno diminuendo le epatopatie croniche e quindi la cirrosi dovute agenti patogeni virali, quali l'epatite da virus B e da virus C particolarmente nel mondo occidentale: l'una per la vaccinazione resa obbligatoria in molti nazioni e a seguito all'uso di potenti antivirali, come l'entecavir ed altri che bloccano la replicazione virale, e l'altra, quella da virus C, non tanto ovviamente per la vaccinazione che non esiste, quanto ai vari farmaci anch'essi antireplicanti il virus* e non è detto che si possa raggiungere il traguardo auspicato dal WHO della riduzione del 90% delle infezioni da epatite con calo della mortalità al 65% nel 2030, traguardo difficile data la diffusione in paesi non occidentali con scarsi mezzi ed limitata organizzazione sanitaria.

Stanno invece insorgendo (o risorgendo) in maniera epidemiologicamente importante le cirrosi d'alcol e soprattutto quelle correlabili alla **sindrome metabolica**, dovuto le prime all'apporto degli alcolici soprattutto tra i giovani, le seconde alla dieta ricca di grassi e di glicini, in una parola alla **obesità**. Facciamo riferimento, per ciò che riguarda direttamente l'interessamento epatico alla steatosi epatica o NAFLD (Non Alcoholic Fatty Liver Disease)* che nei casi gravi di steato-epatite che possono evolvere in cirrosi epatica di cui vi è un aumento sensibile.

Anche se il pericolo viene alquanto enfatizzato dagli epatologi i quali probabilmente 'temono' la riduzione progressiva dal punto di vista epidemiologico della consistenza della branca, per la possibile scomparsa dei precedenti agenti infettivi e la loro complicità maggiore: la fatale e finale cirrosi. Questo cambiamento che già si ravvisa nella pratica clinica corrente ed è confermato da parecchi

studi che effettivamente attestano un aumento delle epatopatie alcoliche e dismetaboliche, come è confermato anche da un recente studio eseguito dal *British Liver Trust* (*The Guardian*. Sun. 9 Jul 2023)** con il quale si chiede un'azione urgente per ridurre gli "effetti cancerogeni" dell'alcol a buon mercato e del cibo malsano ricco di carboidrati e grassi, dopo il riscontro di un aumento, dovuto a tale causa, del 40% dei decessi per cancro al fegato verificatosi nell'ultimo decennio. Diventando la steatosi di fatto un epifenomeno di una malattia generalizzata che è la **SINDROME METABOLICA**, con l'obesità che infine la racchiude, e l'alcolismo. In questo nuovo quadro epidemiologico ne risulta che il cancro al fegato è ora la causa in più rapida crescita di morte per cancro nel Regno Unito, come avverte il *British Liver Trust* che ha presentato l'inchiesta con i dati statistici sull'aumento dei tassi di cancro epatico alla "Commissione parlamentare per l'assistenza sanitaria e sociale" sul futuro della lotta contro cancro, esaminando le innovazioni che confermano l'aumento delle diagnosi, ed i pericoli della situazione attuale. Infatti dall'inizio degli anni Settanta, i tassi di mortalità per cancro al fegato sono più che triplicati. L'alcol va ormai considerato un cancerogeno di 1° grado, poiché è dimostrato che provoca almeno sette tipi di cancro e non solo al fegato. I dati raccolti da *Cancer Research* mostrano che i tassi di mortalità per cancro al fegato per 100.000 abitanti nel Regno Unito sono aumentati da 6,4 nel 2007-09 a 9,3 nel 2017-19.

Concludendo il suo Report dicendoci che: "I fattori chiave per l'aumento dei casi e dei decessi non è tuttavia solo l'abuso di alcol, ma quasi pariteticamente l'obesità: non solo ne-

gli adulti, ma anche i giovani che bevono troppo alcol e molti sono in sovrappeso, in misura tale che i governi dovrebbero affrontare con urgenza l'accessibilità all'alcol e all'abbondanza contemporanea di cibo malsano che spesso è significativamente più economico".

Naturalmente oltre alla necessità di una diagnosi precoce e dell'accesso alle cure più efficaci, deve esservi quindi una maggiore attenzione alla prevenzione, affrontando anche le disuguaglianze economico-sociali e sanitarie. Per questo viene chiesto in pratica ai Governi l'attuazione delle norme che vietino gli acquisti multipli nei supermercati di alimenti ricchi di grassi, zucchero o sale e un aumento del prezzo unitario minimo sull'alcol, come è stato già introdotto in Scozia nel 2018 con un prezzo minimo di 50 pence per unità (6 euro - bicchiere !) di alcol. Il governo deve affrontare un piano razionale con azioni più efficaci per prevenire l'obesità costringendo la stessa industria alimentare a divenire conscia del fenomeno, come ad esempio ha fatto la Danone, una delle più grandi aziende alimentari internazionale, che ha indirizzato una dichiarazione ai ministri competenti i quali dovrebbero considerare di tassare maggiormente i prodotti (anche suoi) ricchi di grassi, zucchero o sale per combattere la crisi dell'obesità.

Un portavoce del Dipartimento della salute e assistenza sociale (DHSC) ha dichiarato: "Stiamo agendo per incoraggiare scelte alimentari e bevande più sane, oltre a combattere l'obesità, riconoscendo che costa al SSN circa 6,5 miliardi di sterline all'anno ed è la seconda causa di cancro, enfatizzando l'importanza delle scelte individuali. Ciò include l'introduzione dell'etichettatura delle calorie sugli alimenti venduti anche nei ristoranti, caffè e nei take away (asporto e consegna a domicilio) per consentire alle persone di fare scelte personali informate sul proprio stile di vita".

Negli ultimi due anni il S.S.N. ha registrato e trattato un numero record di malati di cancro e tra questi anche il cancro epatico viene diagnosticato più spesso in una fase precoce e per questo è necessario una maggiore attenzione da parte del governo e della classe me-

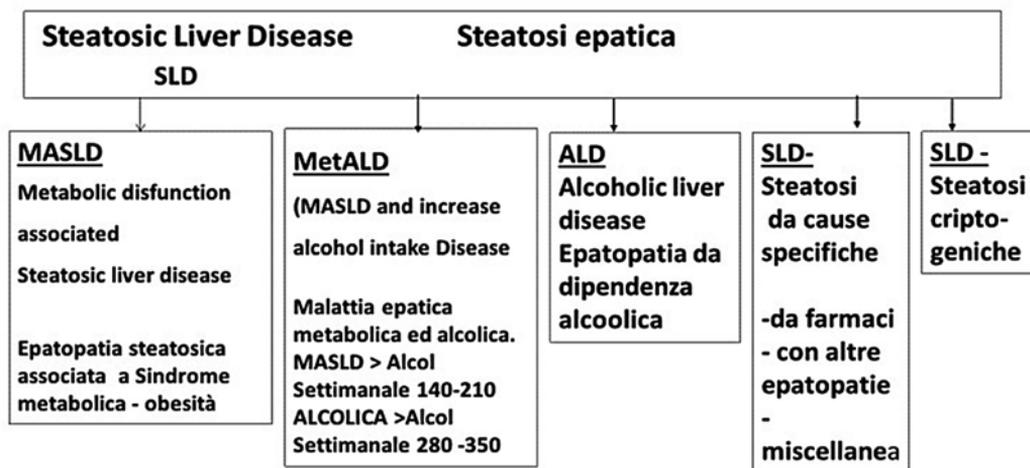
dica aumentando anche il numero di specializzandi in problematiche alimentari e in generale una maggiore attenzione soprattutto medica. Tali provvedimenti che dovrebbe servire ad arrestare il trend di aumento di epatopatie tossico-dismetaboliche dovrebbe servire non solo nel Regno Unito, ma essere d'esempio anche per altre nazioni, tra cui anche l'Italia che ne è sanitarmente coinvolta, a seguito dell'aumento progressivo dell'obesità, e specie tra i giovani, del consumo di vino e superalcolici, **malattie dovute a tossicodipendenze voluttuarie** con evidenti aumento dei costi per il SSN italiano.

A questo si agganciano le modifiche nosologiche nell'ambito della Steatosi Epatica utili per un più corretto inquadramento internazionale in cui: la NAFLD diviene MASLD ed altre ause che comportano sofferenza epatica.

Infatti le maggiori Associazioni per lo studio delle malattie di fegato consigliano giustamente una migliore definizione della NAFLD in MASLD e nella nosologia della Steatosi epatica. Consiglio che è stato accolto dalla Consensus conference sulla steatosi producendo "A multi-society Delphi consensus statement on new fatty liver disease nomenclature" e fatto proprio dalle Società epatologiche maggiori, sia l'americana AASLD che l'europea EASL.

Di fronte al continuo e crescente problema della steatosi epatica e soprattutto del suo acronimo NAFLD, che sinora l'ha definita con una certa confusione le varie forme e le sue cause, nel giugno 2023, l'AASLD (ha radunato un folto gruppo di Specialisti delle maggiori Società mediche che studiano le malattie epatiche ed in particolare quelle tossico-dismetaboliche per cambiare il nome e quindi la nosologia della malattia precedentemente nota appunto come Steatosi epatica non alcolica (NAFLD, la *Nonalcoholic fatty liver disease*). Il risultato ed il generale consenso è stato ottenuto nel comprendere tutte le epatopatie steatosiche nella nuova terminologia omnicomprensiva di **Malattia epatica steatosica (SLD Steatotic Liver Disease)**) trasformando la NAFLD in steatosi associata a disfunzione metabolica o **MASLD (Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic Disease)** a cui si associano o sono compresi tutti i vari

La nuova classificazione della epatopatia steatosica



Tab. 1 - A multi-society Delphi consensus statement on a new fatty liver disease nomenclature. *Ann Hepatol.* 2003 Jun 20. DOI 10.1016/j.aohep.2023.101133

quadri clinici-anatomopatologici di steatosi dovuti alle diverse cause, come è riportato nella tabella 1.

L'aggiornamento della nomenclatura NAFLD a MASLD rappresenta pertanto un importante cambiamento nel modo con cui alla comunità medica viene chiesto di vedere e affrontare la malattia del "fegato grasso".

Per la steatosi epatica non alcolica (NAFLD), in cui è inclusa la epatite da accumulo di grasso (o steatoepatite (NASH- on Alcoholic Steato-Hepatitis) in cui è evidente l'epatonecrosi per cui può evolvere verso la fibrosi e

cirrosi epatica), rappresentando il termine un importante concetto fisiopatologico, è stato consigliata comunque la sua sopravvivenza non solo terminologica, pur essendo da ora considerata una Malattia Epatica Steatosica associata alla disfunzione metabolica (MASLD).

Nella MASLD vanno in fine compresi i pazienti affetti da steatosi epatica in cui si riscontrano almeno uno dei cinque fattori di rischio cardio-metabolico propri della Sindrome Metabolica.

Poiché la precedente nomenclatura ammetteva che la steatosi epatica patogena può esistere in assenza di alcol si è aggiunta un'altra nuova categoria, al di fuori del MASLD puro, che è stata chiamata MetALD (Metabolic Alcoholic Liver Disease) che dovrebbe essere utilizzata per definire quei casi con MASLD nei quali è evidente un consumo di quantità maggiori di alcol, consentite e non dannose, chiaramente patologiche durante la settimana (140 g/settimana e 210 g/350 alla settimana, rispettivamente per le femmine e per i maschi).

I soggetti senza alterazione dei parametri metabolici (vedi tabella 2) e senza nessuna causa nota vengono considerati affetti da Malattia Steatosica Criptogenetica.

La nuova nomenclatura non solo definisce

Tab. 2 - MASLD, malattia epatica steatosica associata a Sindrome metabolica.

1 - BMI ≥ 25 o circonferenza vita >94 cm (maschi), >80 cm (femmine).
2 - Obesità (BMI >30)
3 - Glicemia elevati livelli di glicemia (a digiuno superiore a 100 mg/dl) HbA1c ≥ 39 mmol / mol, o presenza di diabete di tipo 2 o trattamento del diabete.
4 - Pressione arteriosa sistolica ≥ 130 mmHg o diastolica ≥ 85 mmHg, o uso di farmaci antipertensivi.
5 - Trigliceridi superiore 250 mg/dl o assunzione di terapia lipidica.
6 - Colesterolo HDL meno di 40 mg/dl nell'uomo e meno di 50 mg/dl nella donna).

meglio l'ampio spettro delle malattie epatiche steatosiche (alcol, metaboliche, farmacologiche/genetiche, criptogeniche), ma fa porre una maggiore attenzione alle diverse forme partendo dalla base fondamentale della MASLD, come compresenza critica dello spettro delle affezioni connesse alla sindrome metabolica e al diabete.

Attualizzando lo screening attivo per identificare i pazienti a rischio di MASLD avanzata, in particolare in quelli con obesità complicata dal punto di vista medico o caratteristiche metaboliche ad alto rischio come il diabete. E questo è un cambiamento rispetto alle versioni precedenti delle linee guida di screening che erano caute nel raccomandarne l'ampiamiento in parte a causa della mancanza di "terapie disponibili" non insistendo

troppo sull'obesità e conseguente sindrome metabolica.

NOTE BIBLIOGRAFICHE

*Charity calls on Government to do more to restrict unhealthy lifestyle choices.

British Liver Trust 2023. UK's soaring liver cancer death rate blamed on alcohol and obesity | Cancer | The Guardian Health.

Hepatitis C prevalence falls by 45% in England. UKHSA data reveals 70,649 people living with hepatitis C in England in 2022, marking a 45% decrease since 2015. Hepatitis C prevalence falls by 45% in England - GOV.UK (www.gov.uk)

Hepatitis C prevalence falls by 45% in England - British Liver Trust

A multi-society Delphi consensus statement on new fatty liver disease nomenclature. Ann Hepatol. 2023 Jun 20;101133. DOI: 10.1016/j.aohep.2023.101133.

A multi-society Delphi consensus statement on new fatty liver... : Hepatology (Iww.com)

MASLD: Promising Treatments for a Newly Renamed Disease (medscape.com).



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
- Psicogeriatrica
- Psicologia Clinica

per informazioni: tel 051 581073 – fax 051 6448061

Sito internet: www.aicolli.com E-mail: casadicura@aicolli.com

40136 Bologna - Via San Mamolo, 158

Legittimità delle vaccinazioni tra Scienza e diritti costituzionali - Sentenza Corte Costituzionale 15/2023 (parte 4)

(prosegue dal numero precedente)

10. – Con ordinanza del 16 agosto 2022, iscritta al n. 108 del registro ordinanze 2022, il Tribunale ordinario di Brescia, in funzione di giudice del lavoro, ha sollevato questioni di legittimità costituzionale, in riferimento agli artt. 3 e 4 Cost., dell'art. 4, comma 7, del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, richiamato dall'art. 4-ter, comma 2, del citato decreto, nella parte in cui limita ai soggetti per i quali la vaccinazione può essere omessa o differita, l'adibizione a mansioni anche diverse, senza decurtazione della retribuzione, in modo da evitare il rischio di diffusione del contagio da SARS-CoV-2.

Con la stessa ordinanza, il Tribunale ha sollevato questioni di legittimità costituzionale, in riferimento agli artt. 2 e 3 Cost., dell'art. 4-ter, comma 3, del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, nella parte in cui, nel prevedere che «[p]er il periodo di sospensione, non sono dovuti la retribuzione né altro compenso o emolumento, comunque denominati», esclude, nel periodo di prescritta sospensione dal diritto di svolgere l'attività lavorativa per inadempimento dell'obbligo vaccinale per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2, in relazione al personale di cui al comma 1, lettera c), della citata disposizione, l'erogazione dell'assegno alimentare previsto dall'art. 82 del d.P.R. n. 3 del 1957.

10.1. – Il Tribunale di Brescia espone che la ricorrente nel giudizio *a quo* è una dipendente comunale che svolge attività di operatore socioassistenziale in strutture di cui all'art. 8-ter del d.lgs. n. 502 del 1992, destinataria di provvedimento di sospensione dal lavoro per mancato adempimento dell'obbligo vaccinale, la quale ha chiesto la riammissione in servizio anche con diverse mansioni e di poter ottenere

l'assegno alimentare per tutto il periodo della sospensione, come previsto dall'art. 82 del d.P.R. n. 3 del 1957.

Il Tribunale di Brescia ha ripercorso le stesse argomentazioni contenute nell'ordinanza iscritta al n. 71 reg. ord. 2022.

10.2. – La lavoratrice ricorrente nel giudizio *a quo* ha depositato memoria di costituzione, chiedendo di dichiarare fondate le questioni di legittimità costituzionale sollevate dal Tribunale di Brescia.

10.3. – Ha depositato atto di intervento il Presidente del Consiglio dei ministri, rappresentato e difeso dall'Avvocatura generale dello Stato, chiedendo che le questioni siano dichiarate inammissibili o, in subordine, non fondate, per le medesime argomentazioni espone nelle difese relative ai giudizi di cui sopra.

10.4. – Ha depositato opinione scritta ex art. 4-ter delle Norme integrative, vigente *ratione temporis*, la Associazione Enrico Toti, chiedendo di accogliere le questioni di legittimità costituzionale sollevate dal Tribunale di Brescia.

10.5. – La parte ha depositato memoria illustrativa in data 8 novembre 2022.

Il Presidente del Consiglio dei ministri ha depositato memoria illustrativa in data 9 novembre 2022, ribadendo le considerazioni svolte nell'atto di intervento in punto di inammissibilità o di non fondatezza delle questioni.

11. – Nella pubblica udienza del 30 novembre 2022 sono stati dichiarati inammissibili gli interventi spiegati nel giudizio iscritto al n. 76 reg. ord. 2022.

Considerato in diritto

1. – Il Tribunale ordinario di Brescia, in funzione di giudice del lavoro (nei giudizi iscritti ai numeri 47, 71, 77, 101, 102, 107 e 108 reg. ord. 2022), il Tribunale ordinario di Catania, in funzione di giudice del lavoro (nel giudizio iscritto al n. 70 reg. ord. 2022), il Tribunale or-

dinario di Padova, in funzione di giudice del lavoro (nel giudizio iscritto al n. 76 reg. ord. 2022), ed il Tribunale amministrativo regionale per la Lombardia (nel giudizio iscritto al n. 86 reg. ord. 2022) hanno sollevato, con riferimento ai parametri di volta in volta evocati e comunque complessivamente riconducibili agli artt. 2, 3, 4, 32, secondo comma, e 35 Cost., identiche o analoghe questioni di legittimità costituzionale:

a) dell'art. 4, comma 7, nonché dell'art. 4-ter, comma 2, del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, nella parte in cui, per gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario e per il personale che svolge la propria attività lavorativa nelle strutture sanitarie e sociosanitarie, limitano ai soggetti per i quali la vaccinazione può essere omessa o differita l'adibizione a mansioni anche diverse, senza decurtazione della retribuzione, in modo da evitare il rischio di diffusione del contagio da SARS-CoV-2, e non prevedono che la medesima ipotesi si applichi anche nei confronti del personale rimasto privo di vaccinazione per una libera scelta individuale;

b) dell'art. 4, comma 5, nonché dell'art. 4-ter, comma 3, del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, nella parte in cui, nel prevedere che «[p]er il periodo di sospensione non sono dovuti la retribuzione né altro compenso o emolumento, comunque denominati», escludono, in relazione agli esercenti le professioni sanitarie e agli operatori di interesse sanitario, nonché al personale di cui alla lettera a) (personale scolastico) ed alla lettera c) (personale occupato nelle strutture di cui all'art. 8-ter del d.lgs. n. 502 del 1992) del comma 1 dell'art. 4-ter, l'erogazione dell'assegno alimentare previsto dalla legge ovvero dalla contrattazione collettiva di categoria in caso di sospensione cautelare o disciplinare nel periodo di sospensione dal diritto di svolgere l'attività lavorativa per inadempimento dell'obbligo vaccinale per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2.

L'ordinanza di rimessione proveniente dal Tribunale di Padova (iscritta al n. 76 reg. ord. 2022) riguarda poi anche gli artt. 4-bis, comma 1, e 4, commi 1, 4 e 5 del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, modificati dapprima dal d.l. n. 172 del 2021, come convertito, e poi dal d.l. n. 24 del 2022, come convertito, nella parte in

cui prevedono per i lavoratori impiegati in strutture residenziali, socio-assistenziali e socio-sanitarie l'obbligo vaccinale, anziché l'obbligo di sottoporsi indifferentemente al test molecolare, al test antigenico da eseguire in laboratorio, oppure al test antigenico rapido di ultima generazione, per la rilevazione di SARS-CoV-2.

2. – Per l'ampia coincidenza delle questioni sollevate e dei parametri evocati, i dieci giudizi possono essere riuniti e decisi con unica sentenza.

3. – In via preliminare, deve essere confermata l'ordinanza dibattimentale, allegata a questa sentenza, con la quale sono stati dichiarati inammissibili gli interventi spiegati da D. T. ed altri cinque, A. R., D. D.P. ed altri otto, L. B., M. A. ed altri ventotto, V. B. ed altri quarantanove, I. D. e C. M., P. C. ed altri cinque, e dalla Azienda ULSS n. 8 Berica nel giudizio di legittimità costituzionale iscritto al n. 76 reg. ord. 2022.

Non può, peraltro, accogliersi la richiesta, formulata in via subordinata da alcuni intervenienti, di valutare i loro atti di intervento come opinioni scritte ai sensi dell'art. 4-ter delle Norme integrative, *vigente ratione temporis*: da un lato, infatti, possono rivestire, in forza di tale disposizione, la qualità di *amici curiae* unicamente le formazioni sociali senza scopo di lucro e i soggetti istituzionali, portatori di interessi collettivi o diffusi attinenti alla questione di costituzionalità; dall'altro, due istituti, (l'intervento e l'opinione dell'*amicus curiae*) significativamente diversi quanto a presupposti e modalità processuali, non possono concorrere nello stesso atto, né in via alternativa né subordinata.

Del resto, questa Corte ha già più volte sottolineato che la ratio dell'intervento nel giudizio costituzionale è radicalmente diversa, anche sotto il profilo della legittimazione, da quella sottesa alle opinioni degli *amici curiae*, come diversi sono i termini per l'ingresso in giudizio e le relative facoltà processuali (sentenze n. 259, n. 221 e n. 121 del 2022).

4. – Non sono fondate le eccezioni di inammissibilità svolte negli atti di intervento del Presidente del Consiglio dei ministri.

Le ordinanze di rimessione recano una adeguata motivazione, in punto di non manifesta

infondatezza, delle questioni di legittimità costituzionale sollevate, indicando le ragioni per le quali sono evocati i parametri di volta in volta menzionati.

I rimettenti hanno, inoltre, ritenuto preclusa l'interpretazione costituzionalmente orientata delle disposizioni censurate, in ragione della loro univoca formulazione letterale, e ciò consente di superare il vaglio di ammissibilità delle questioni incidentali sollevate, attenendo invece al merito, e cioè alla successiva verifica di fondatezza delle questioni stesse, la correttezza o meno dell'esegesi presupposta (*ex multis*, sentenze n. 219 e n. 174 del 2022, n. 204 e n. 172 del 2021, n. 150 del 2020 e n. 189 del 2019).

Infine, non possono essere accolte le eccezioni di inammissibilità formulate per l'assenza di una soluzione costituzionalmente obbligata con riguardo alla previsione di un obbligo vaccinale per alcune categorie di lavoratori ed alle conseguenze che le norme censurate riconnettono all'inadempimento di tale obbligo, quanto, in particolare, alla mancata erogazione di un assegno alimentare in favore del lavoratore sospeso ed alla mancata adibizione dello stesso a mansioni anche diverse, senza decurtazione della retribuzione: invero, i rimettenti hanno chiesto di colmare le lacune consequenziali all'eventuale accoglimento delle questioni, riconoscendo tali diritti ai lavoratori sospesi per mancato assolvimento dell'obbligo di vaccinazione, mentre l'aspetto inerente alla correttezza di siffatte integrazioni afferisce al merito delle questioni (*ex multis*, sentenza n. 233 del 2018).

5. -Le questioni di legittimità costituzionale sollevate dal TAR Lombardia con l'ordinanza iscritta al n. 86 del registro ordinanze 2022 sono inammissibili.

Il Tribunale rimettente, invero, disattendendo la contraria eccezione proposta dai resistenti, ha ritenuto sussistente la giurisdizione del giudice amministrativo, in quanto, pur ritenendo il rapporto di lavoro dedotto nel giudizio *a quo* nell'ambito dell'impiego pubblico privatizzato, il *petitum* sostanziale della controversia contesta l'effetto legale automatico conseguente all'esercizio del potere vincolato di accertamento dell'inadempimento dell'obbligo vaccinale, ovvero l'immediata sospen-

sione dal servizio senza la previsione di una retribuzione, ancorché ridotta, e senza l'attribuzione di adeguate misure di sostegno. Pertanto, ad avviso del TAR, pur a fronte di un'attività amministrativa priva di margini di valutazione discrezionale, quale quella delineata dalla disciplina in oggetto a tutela dell'interesse pubblico, si configurerebbe una situazione soggettiva di interesse legittimo del privato, tale da radicare la giurisdizione del giudice amministrativo.

5.1. - Secondo la costante giurisprudenza di questa Corte, il difetto di giurisdizione del giudice *a quo* determina l'inammissibilità delle questioni, per difetto di rilevanza, quando sia palese e rilevabile *ictu oculi* (*ex plurimis*, sentenze n. 79 del 2022, n. 65 e n. 57 del 2021, n. 267 e n. 99 del 2020, n. 189 del 2018, n. 106 del 2013 e n. 179 del 1999).

Qualora sussista l'evidenza del vizio, o nel giudizio *a quo* siano state sollevate specifiche eccezioni a riguardo, come nel caso di specie, è richiesta al giudice rimettente una motivazione esplicita (sentenze n. 65 del 2021 e n. 267 del 2020), rispetto alla quale spetta a questa Corte una verifica esterna e strumentale al riscontro della rilevanza delle questioni (sentenze n. 24 del 2020, n. 52 del 2018 e n. 269 del 2016).

Orbene, la motivazione, alla stregua della quale il rimettente ha ritenuto di disattendere l'eccezione di difetto di giurisdizione del giudice amministrativo, non supera il vaglio della non implausibilità al quale si attiene questa Corte in relazione alla verifica della rilevanza delle questioni di legittimità costituzionale sollevate in via incidentale.

Invero, nel giudizio principale è stato chiesto l'annullamento degli atti di accertamento del mancato adempimento dell'obbligo vaccinale e di sospensione dal lavoro adottati, nei confronti di una operatrice sociosanitaria, da un'azienda sanitaria pubblica. Come riconosciuto dallo stesso TAR rimettente, i provvedimenti in questione sono stati emessi nell'ambito di un rapporto di impiego pubblico contrattualizzato, in relazione al quale la giurisdizione spetta, in via generale, al giudice ordinario. In particolare, la giurisdizione appartiene al giudice ordinario qualora la domanda del dipendente pubblico, indivi-

duata sulla base del *petitum* sostanziale in funzione della *causa petendi*, miri alla tutela di posizioni giuridiche soggettive afferenti al rapporto di lavoro, asseritamente violate da atti illegittimi, tra cui un atto di sospensione dal servizio.

Del resto, le sezioni unite civili della Corte di cassazione, con ordinanza 29 settembre 2022, n. 28429, hanno affermato, in un caso analogo a quello in questa sede in esame, che appartiene alla giurisdizione del giudice ordinario la controversia avente ad oggetto l'annullamento dell'atto di sospensione dall'esercizio della professione sanitaria per mancata ottemperanza all'obbligo vaccinale introdotto dall'art. 4 del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, venendo primariamente in rilievo il diritto soggettivo a continuare ad esercitare la professione sanitaria.

In conformità a tale orientamento, l'evidente carenza di giurisdizione del giudice rimettente comporta l'inammissibilità delle questioni sollevate dal TAR Lombardia.

6. – In via di preliminare definizione del *thema decidendum*, occorre richiamare il costante orientamento di questa Corte, secondo cui l'oggetto del giudizio di legittimità costituzionale in via incidentale è limitato alle norme e ai parametri indicati nelle ordinanze di rimessione, con esclusione della possibilità di ampliare lo stesso al fine di ricomprendervi questioni formulate dalle parti (*ex plurimis*, sentenze n. 198 del 2022, n. 230, n. 203, n. 147 e n. 49 del 2021, n. 186 del 2020 e n. 7 del 2019).

Non può quindi essere esaminata la distinta questione prospettata dalla parte costituita nel giudizio iscritto al n. 76 reg. ord. 2022, volta a denunciare il contrasto dell'art. 4-bis del d.l. n. 44 del 2021, come modificato dal d.l. n. 172 del 2021, come convertito, con l'art. 52 (recte: 53) CDFUE. Né, tanto meno, possono essere prese in considerazione le richieste avanzate dall'ANIEF, *amicus curiae* nel giudizio iscritto al n. 47 reg. ord. 2022, di verificare la legittimità costituzionale dell'art. 4-ter.2 del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, introdotto dal d.l. n. 24 del 2022, in riferimento agli artt. 2, 3, 11 e 117, primo comma, Cost., quest'ultimo in relazione agli artt. 20 e 21 CDFUE.

7. – Prima di procedere all'esame delle questioni nel merito, appare opportuno effettuare una sia pur sintetica ricostruzione del quadro normativo, caratterizzato da una rapida evoluzione, connessa all'andamento della crisi pandemica da COVID-19 e alle progressive acquisizioni scientifiche validate dagli organismi tecnici preposti.

7.1. – Le disposizioni sottoposte al giudizio di legittimità costituzionale sono contenute nell'ambito delle misure in materia di tutela della salute adottate per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, valutata come «pandemia» dalla dichiarazione dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) dell'11 marzo 2020, in considerazione dei livelli di diffusività e gravità raggiunti a livello globale. Il d.l. n. 44 del 2021, come convertito, in particolare, era volto, tra l'altro, a disciplinare in maniera omogenea sul territorio nazionale le attività dirette al contenimento dell'epidemia e alla riduzione dei rischi per la salute pubblica, con riferimento soprattutto alle categorie più fragili, anche alla luce dei dati e delle conoscenze medico-scientifiche acquisite.

7.2. – La relazione al d.l. n. 44 del 2021 affermava, così, che «[i]n considerazione dei dati sulla diffusione del SARS-CoV-2 sul territorio nazionale, in termini di numero di casi e dell'indice di trasmissibilità dell'infezione, nonché in relazione al tasso di occupazione delle strutture ospedaliere e dei reparti di terapia intensiva, è ormai evidente come la vaccinazione costituisca un'arma imprescindibile nella lotta alla pandemia, configurandosi come un'irrinunciabile opportunità di protezione individuale e collettiva». In prosieguo la relazione aggiungeva: «[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, ga-

rantendo la qualità delle prestazioni erogate, e contribuisce a perseguire gli obiettivi di sanità pubblica».

Con l'art. 4 del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, «in considerazione della situazione di emergenza epidemiologica da SARS-CoV-2» è stato introdotto l'obbligo vaccinale per gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario «al fine di tutelare la salute pubblica e mantenere adeguate condizioni di sicurezza nell'erogazione delle prestazioni di cura e assistenza».

Il comma 1 stabilisce che «[l]a vaccinazione costituisce requisito essenziale per l'esercizio della professione e per lo svolgimento delle prestazioni lavorative dei soggetti obbligati». Il comma 2 prevede che la vaccinazione può essere omessa e differita in caso di accertato pericolo per la salute, in relazione a specifiche condizioni cliniche documentate attestate dal medico di medicina generale.

Nell'iniziale formulazione dell'art. 4 era previsto, al comma 6, che «[l]'adozione dell'atto di accertamento da parte dell'azienda sanitaria locale [dell'inadempimento all'obbligo vaccinale] determina la sospensione dal diritto di svolgere prestazioni o mansioni che implicano contatti interpersonali o comportano, in qualsiasi altra forma, il rischio di diffusione del contagio da SARS-CoV-2». Il successivo comma 8 stabiliva che il datore di lavoro provvedesse ad adibire «il lavoratore, ove possibile, a mansioni, anche inferiori, diverse da quelle indicate al comma 6, con il trattamento corrispondente alle mansioni esercitate», sicché solo quando non fosse possibile l'assegnazione a mansioni diverse, non comportanti rischi di diffusione del contagio, non era dovuta la retribuzione, né «altro compenso o emolumento, comunque denominato».

L'originario comma 10 dell'art. 4, con riguardo ai soggetti per i quali la vaccinazione dovesse essere omessa o differita, onerava invece il datore di lavoro di assegnare comunque i lavoratori a mansioni anche diverse, in modo da evitare il rischio di diffusione del contagio da SARS-CoV-2, «senza decurtazione della retribuzione».

Il d.l. n. 172 del 2021, come convertito, ha prorogato la durata dell'obbligo vaccinale, estendendola di sei mesi a decorrere dal 15 di-

cembre 2021; ha ampliato la platea dei destinatari dell'obbligo di vaccinazione; ha mutato competenze e procedimento in ordine all'accertamento del mancato adempimento dell'obbligo vaccinale; ha disposto che l'atto di accertamento dell'inadempimento, adottato da parte dell'Ordine professionale territorialmente competente, «ha natura dichiarativa e non disciplinare»; ha ricondotto ad esso l'effetto della «immediata sospensione dall'esercizio delle professioni sanitarie»; ha stabilito che «[p]er il periodo di sospensione non sono dovuti la retribuzione né altro compenso o emolumento, comunque denominati» (art. 4, comma 5); ha limitato l'obbligo datoriale di adibire a mansioni anche diverse con riguardo ai soli lavoratori ai quali, a causa di accertato pericolo per la salute, la vaccinazione debba essere omessa o differita (art. 5, comma 7).

L'obbligo vaccinale è stato poi esteso:

- ai lavoratori comunque impiegati in strutture residenziali, socio-assistenziali e socio-sanitarie (art. 4-bis del d.l. n. 44 del 2021, introdotto dal d.l. n. 122 del 2021, poi sostituito dalla legge n. 133 del 2021, di conversione del d.l. n. 111 del 2021, poi modificato dal d.l. n. 172 del 2021 e dal d.l. n. 24 del 2022 e rispettive leggi di conversione); per questo personale il comma 4 dell'art. 4-bis, mediante rinvio al comma 3 dell'art. 4-ter, ha comportato sempre che l'atto di accertamento dell'inadempimento dell'obbligo vaccinale determina l'immediata sospensione dal diritto di svolgere l'attività lavorativa, senza conseguenze disciplinari e con diritto alla conservazione del rapporto di lavoro; e che, per il periodo di sospensione, non sono dovuti la retribuzione né altro compenso o emolumento, comunque denominati; non è contemplato l'onere datoriale di adibire ad altre mansioni il lavoratore che non abbia voluto vaccinarsi;

- al personale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie di cui all'art. 8-ter del d.lgs. n. 502 del 1992 (art. 4-ter del d.l. n. 44 del 2021, introdotto dal d.l. n. 172 del 2021, come convertito); per questo personale il comma 3 dell'art. 4-ter prevede sempre che l'atto di accertamento dell'inadempimento determina l'immediata sospensione dal diritto di svolgere l'attività lavorativa, senza conseguenze di-

sciplinari e con diritto alla conservazione del rapporto di lavoro; e che per il periodo di sospensione, non sono dovuti la retribuzione né altro compenso o emolumento, comunque denominati; non è contemplato l'onere datoriale di adibire ad altre mansioni il lavoratore che non abbia voluto vaccinarsi;

– al personale scolastico del sistema nazionale di istruzione, delle scuole non paritarie, dei servizi educativi per l'infanzia di cui all'art. 2 del decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 65 (Istituzione del sistema integrato di educazione e di istruzione dalla nascita sino a sei anni, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera e), della legge 13 luglio 2015, n. 107), dei centri provinciali per l'istruzione degli adulti, dei sistemi regionali di istruzione e formazione professionali e dei sistemi regionali che realizzano i percorsi di istruzione e formazione tecnica superiore (art. 4-ter, comma 1, lettera a, del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, introdotto dall'art. 1 del d.l. n. 172 del 2021, come convertito); per tale personale, il comma 3 del medesimo art. 4-ter prevedeva che l'atto di accertamento dell'inadempimento determinasse l'immediata sospensione dal diritto di svolgere l'attività lavorativa, senza conseguenze disciplinari e con diritto alla conservazione del rapporto di lavoro e che, per il periodo di sospensione, non fossero dovuti la retribuzione né altro compenso o emolumento, comunque denominati. Il comma 4 del medesimo art. 4-ter prevedeva, poi, che i dirigenti scolastici e i responsabili delle dette istituzioni provvedessero alla sostituzione del personale docente, educativo ed amministrativo, tecnico e ausiliario sospeso, mediante l'attribuzione di contratti a tempo determinato, destinati a risolversi di diritto nel momento in cui i soggetti sostituiti potessero riprendere l'attività lavorativa, avendo nel frattempo adempiuto all'obbligo vaccinale. L'art. 8, comma 4, del d.l. n. 24 del 2022, come convertito, ha introdotto, in una fase di regressione della pandemia (vedi relazione al disegno di legge di conversione di tale decreto-legge), l'art. 4-ter.1, che non ha più previsto il divieto di svolgimento dell'attività lavorativa, e l'art. 4-ter.2, che ha invece dettato una specifica disciplina per il personale docente ed educativo della scuola, imponendo al

dirigente scolastico, in caso di inosservanza dell'obbligo vaccinale, di utilizzare il docente in attività di supporto all'istituzione scolastica; attività, questa, giova aggiungere, delineata dalla contrattazione collettiva di settore; al personale del comparto difesa, sicurezza e soccorso pubblico, della polizia locale, degli organismi di cui alla legge 3 agosto 2007, n. 124, recante «Sistema di informazione per la sicurezza della Repubblica e nuova disciplina del segreto», (art. 4-ter, comma 1, lettera b, del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, introdotto dall'art. 2 del d.l. n. 172 del 2021, come convertito). Per questo personale, il comma 3 dell'art. 4-ter prevedeva sempre che l'atto di accertamento dell'inadempimento determinasse l'immediata sospensione dal diritto di svolgere l'attività lavorativa, senza conseguenze disciplinari e con diritto alla conservazione del rapporto di lavoro; e che per il periodo di sospensione, non fossero dovuti la retribuzione né altro compenso o emolumento, comunque denominati; non era contemplato l'onere datoriale di adibire ad altre mansioni il lavoratore che non avesse voluto vaccinarsi. Anche tale personale è stato poi assoggettato alla disciplina dell'art. 4-ter.1;

– al personale che svolge a qualsiasi titolo la propria attività lavorativa alle dipendenze del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e all'interno degli istituti penitenziari per adulti e minori (art. 4-ter, comma 1, lettera c, del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, introdotto dall'art. 2 del d.l. n. 172 del 2021, come convertito, e poi art. 4-ter.1);

– al personale delle università, delle istituzioni di alta formazione artistica, musicale e coreutica degli istituti tecnici superiori, nonché dei Corpi forestali delle regioni a statuto speciale (art. 2, comma 1, lettera a, del d.l. n. 1 del 2022, come convertito); in considerazione della tecnica normativa utilizzata (inserimento nell'art. 4-ter del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, del comma 1-bis), anche a questo personale si applicavano le già ricordate disposizioni di cui al comma 3 del medesimo art. 4-ter, per essere poi assoggettato alla disciplina dell'art. 4-ter.1;

(fine parte 4)

AUDIZIONE FNOMCeO

INDAGINE CONOSCITIVA SULLA SITUAZIONE DELLA MEDICINA DELL'EMERGENZA-URGENZA E DEI PRONTO SOCCORSO IN ITALIA

Camera dei Deputati – Commissione Affari sociali 7 novembre 2023

Illustre Presidente, Illustri Componenti della Commissione,

questa Federazione, Ente pubblico esponenziale della professione medica e odontoiatrica, che agisce quale organo sussidiario dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici, garantiti dall'ordinamento, connessi all'esercizio professionale, rileva la delicatezza e l'importanza della materia oggetto di indagine conoscitiva concernente in particolare la situazione della medicina dell'emergenza-urgenza e dei Pronto Soccorso (PS) in Italia.

Occorre premettere che il Pronto Soccorso è un servizio dedicato a fornire risposte immediate alle richieste di assistenza ritenute urgenti dalla popolazione. La mission del Pronto Soccorso appare complessa in quanto consiste nel “garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali, ai pazienti giunti in ospedale in modo non programmato, affrontando le situazioni di emergenza e urgenza clinica e assistenziali attuando tutti i provvedimenti immediati salva vita”.

Il Pronto Soccorso è un ambito che dovrebbe assorbire prevalentemente, se non quasi esclusivamente, la domanda di emergenza e urgenza.

La crisi del PS ha radici lontane e concasse profonde: sul PS, in quanto interfaccia tra ospedale e territorio, convergono contraddizioni e effetti sistemici di cui fanno le spese gli utenti e gli operatori, in termini di disagi, stress, sovraccarico di lavoro e concreto rischio di aggressioni e contenziosi medico-legali. In pratica medici ed infermieri devono fronteggiare quotidianamente una cronica emergenza nell'ambito dell'emergenza sanitaria, dovuta alla posizione di confine del PS: da un lato è organicamente inserito nell'organizzazione ospedaliera e dall'altro deve tener testa ad un ambiente turbolento e ingovernabile, connettendosi con la rete sociosanitaria territoriale.

I problemi del PS sono l'esito dell'interazione di 4 processi:

- la chiusura dei piccoli ospedali, di postazioni di PS e la riduzione dei posti letto, che per l'effetto “vasi comunicanti” produce un sovraccarico per le strutture in attività, peraltro afflitte da carenze di organico per il blocco del turn-over;
- l'aumento dei tempi d'attesa per prestazioni diagnostiche e specialistiche sul territorio, aggravato dalla pandemia, con conseguente domanda inevasa dall'offerta, anche per la carenza di medici sul territorio, a causa di un ricambio generazionale mal gestito e crisi vocazionale;
- le difficoltà del sistema nel suo complesso, e in particolare dell'assistenza primaria, di influenzare le decisioni autonome dagli assistiti che si auto presentano in PS come “ultima spiaggia” (i “codici minori” bianco/verdi, che superano il 50% degli accessi totali e sono nel 20% inappropriati).
- continua e costante demedicalizzazione del sistema di emergenza territoriale.

La scelta di accedere al PS in modo improprio è riconducibile a dinamiche psicosociali e a un clima emotivo di diffuso allarme riguardo alla salute, che cerca e trova conforto nella “potenza” dell'offerta ospedaliera, dove la tecnologia diagnostica e specialistica è prontamente disponibile, affidabile e “attraente”.

Il principale sintomo del malessere del PS è il boarding: la causa principale del sovraccarico dei PS è il blocco dell'uscita, cioè l'impossibilità di ricoverare i pazienti nei reparti degli ospedali per indisponibilità di posti letto, dopo il completamento della fase di cura in PS. A causa del boarding i pazienti vengono gestiti in maniera impropria dal personale dei Pronto Soccorso che tecnicamente non dovrebbe più averli in carico dopo averne identificato il percorso di soluzione. Si tratta di condizioni cliniche e assistenziali che non trovano risposte né a livello territoriale né a livello ospedaliero; tant'è che gli operatori sanitari sono chiamati a combattere su due fronti, da un lato la valutazione dei codici minori in ingresso e dall'altro la presa in carico, l'osservazione breve e la cura dei pazienti in attesa di ricovero, che assorbe fino al 40% delle risorse umane distogliendole dalle attività prioritarie d'istituto.

Così il PS da un lato subisce gli effetti della carenza di posti letto che bloccano il flusso in uscita (boarding) mentre dall'altro è alle prese con il sovrafflusso di codici minori che non trovano risposte adeguate nell'offerta territoriale di prestazioni tecnico-specialistiche. Agli operatori non resta che l'alternativa comportamentale del fight or fly, la protesta o la defezione.

La causa principale dell'affollamento dei Pronto Soccorso deriva dall'impossibilità di inviare nei reparti i pazienti che necessitano di ricovero.

È necessaria una risposta globale da parte delle aziende e del sistema sanitario.

Il monitoraggio dell'adeguatezza dei servizi non può limitarsi a valutare quanto si deve attendere per una prestazione non urgente ambulatoriale (come un'ecografia) oppure ospedaliera (come un intervento chirurgico elettivo); è indispensabile valutare il sistema anche per come risponde nelle emergenze e urgenze (quanto si attende in Pronto Soccorso prima di essere valutati da un medico e soprattutto quanto si resta in barella in Pronto Soccorso dopo che è stato deciso il ricovero).

In ordine alle liste d'attesa, riteniamo necessaria una rimodulazione dell'offerta sanitaria con il potenzia-

mento della medicina territoriale e con l'implementazione del sistema designato con decreto ministeriale del 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale), accompagnato da sistemi di telemedicina e di supporto specialistico diagnostico integrato, per soddisfare al meglio i bisogni degli assistiti, contrastando soprattutto gli accessi inappropriati al Pronto Soccorso. Accanto a questo, è altrettanto necessaria una revisione del modello di assistenza ospedaliera.

Riteniamo fondamentale che nella valutazione dei problemi e delle possibili soluzioni debbano essere coinvolti i medici impegnati nell'emergenza e urgenza e questo per tre motivi: per una maggiore efficacia degli interventi; perché le risorse siano impiegate in base alla criticità della domanda sanitaria; per la sostenibilità del sistema, riguardo alle condizioni di lavoro degli operatori.

Uno dei principali fattori di criticità è costituito inoltre dalla carenza di personale sanitario: si stima, infatti, che nel settore dell'emergenza-urgenza manchino al momento oltre 4500 medici e circa 10000 infermieri a livello nazionale. Conseguentemente, molti Pronto Soccorso, per fare fronte ai propri compiti quotidiani, ricorrono a soluzioni quali cooperative o gettonisti, elementi che devono essere oggetto di valutazione in un'ottica di migliore assistenza e clima lavorativo.

In proposito si rileva che dall'elaborazione dell'associazione ALS e Anaaio Giovani dei dati delle effettive immatricolazioni del 18 ottobre 2023 al concorso di specializzazione d'area medica 2023, la situazione si è ulteriormente aggravata rispetto alle assegnazioni dello scorso 6 ottobre e soprattutto rispetto al concorso del 2022.

Il numero di contratti rimasti liberi è complessivamente 6.125 (di cui contratti statali) su 16.165 contratti banditi (ben il 38%) e 1.648 contratti che erano precedentemente assegnati non sono stati seguiti da immatricolazione, confermando che la scelta di aumentare indiscriminatamente tutte le tipologie di contratti utilizzando un algoritmo inefficiente, senza una idonea programmazione e soprattutto senza una riforma della formazione medica non poteva che portare a queste conseguenze.

Inoltre, il numero di contratti di medicina di emergenza-urgenza non assegnati rappresentano il 76% dei posti sul bando, un netto peggioramento rispetto al 2022 quando i contratti non assegnati rappresentavano il 61%. Rispetto all'anno scorso ci saranno 128 specializzandi d'emergenza urgenza in meno. Sono stati banditi 855 contratti statali di medicina di emergenza-urgenza con un finanziamento economico di euro 109.440.000 per avere un quarto dei posti assegnati, e i dati storici degli scorsi concorsi ci dicono che il 20% di costoro abbandonerà durante gli anni di specializzazione. Pertanto, tra cinque anni avremo meno di due nuovi specialisti di medicina di emergenza per ogni provincia italiana (1 specialista MEU ogni 125.000 abitanti). Un altro elemento critico riguarda il numero delle scuole che non hanno nemmeno uno specializzando assegnato; parliamo di ben 103 scuole, oltre a 127 ulteriori con meno del 25 per cento di specializzandi assegnati.

Dati questi che corrispondono a quelli di un'analisi condotta dal Cogeaps, il Consorzio della Gestione anagrafica delle professioni sanitarie, che ha elaborato una stima quantitativa dell'attività svolta dai professionisti iscritti agli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri sulla base della formazione prevalente. Anche qui si nota, infatti, un netto calo dei giovani medici che scelgono alcune specialità considerate più a rischio di denunce o comunque con un peggior rapporto tra gratificazioni e frustrazioni.

Si evidenzia inoltre che secondo il rapporto Sanità del Crea dell'Università di Roma Tor Vergata del gennaio 2023, nel nostro Paese mancano all'appello 30.000 medici e 250.000 infermieri.

Dal suddetto rapporto Crea si evince che i medici italiani guadagnano in media il 6 per cento in meno dei colleghi europei.

Pertanto, davanti a questi dati incontrovertibili l'unica soluzione è riformare la formazione medica post-laurea. Occorre istituire un osservatorio ministeriale con il coinvolgimento di tutti gli attori quali tra gli altri quelli del mondo ordinistico, sindacale e accademico per predisporre tutte le opportune azioni legislative volte ad attuare una riforma della formazione medica post-laurea. Si rileva che è importante che i cittadini possano accedere a punti di intervento, alternativi al Pronto Soccorso, per le urgenze minori anche con l'ausilio di punti di primo soccorso del 112/118.

In attesa che le Case della Comunità e le Centrali Operative Territoriali (COT) diventino operative, occorre:

- Procedere al potenziamento e all'incentivazione delle risorse mediche e infermieristiche (ognuno per le proprie competenze e peculiarità in un'ottica di integrazione e non di sostituzione) dell'Emergenza urgenza per fronteggiare la carenza di organico e contrastare le esternalizzazioni e le forme di ingaggio atipiche (turnisti a gettone);
- Perseguire un sistema integrato di emergenza urgenza evoluta anche in continuità assistenziale e medicina territoriale;
- Favorire attraverso gli accordi integrativi aziendali la medicina di gruppo esercitata in una sede ben identificabile, integrata con la presenza di personale infermieristico e di supporto amministrativo e introdurre soluzioni innovative (Teleconsulto e Teleconsulenza medico-sanitaria; Teleassistenza, Telemonitoraggio);
- Valorizzare i professionisti del settore sanitario, garantendo in particolare una giusta valutazione del loro impegno quotidiano con un aumento delle relative retribuzioni;
- Rendere più attrattivo il sistema sanitario pubblico investendo sui professionisti, sugli organici, sulla sicurezza, sulle condi-

zioni di lavoro e, contemporaneamente, far sentire protetti i medici, tutelandoli da controversie temerarie, fermo restando il diritto del cittadino al giusto risarcimento;

– Sollevare i professionisti sanitari dalla responsabilità penale in tutti quei casi di morte o lesioni, eventualmente provocate ai pazienti, diversi dalla colpa grave, nonché prevedere un risarcimento per quei professionisti ingiustamente accusati. I ritmi insostenibili, l'altissimo livello di stress psicofisico, l'elevato rischio di aggressioni, il proliferare di denunce e citazioni in giudizio, spesso temerarie, demotivano i medici che lavorano nei Pronto Soccorso, spingendoli a trasferirsi in altri reparti o a migrare verso il privato;

– Accelerare l'attuazione del sistema telefonico dedicato a smistare la domanda di interventi per problematiche che non presentino particolari complessità;

– Riconoscimento della qualità di "lavoro usurante" per l'attività svolta dai professionisti che lavorano nei Pronto Soccorso con la previsione di una specifica indennità.

L'attuale situazione dei Pronto Soccorso richiede di verificare l'adeguatezza dei locali di cui dispongono, per allineare i percorsi alle buone prassi organizzative, cliniche e assistenziali, assicurare condizioni confortevoli e rispettose della dignità dei cittadini, consentire la vicinanza e il supporto di familiari, mettere i professionisti nelle condizioni di svolgere la loro attività in ambienti adeguati. Ma richiede di porre attenzione anche ad altri aspetti rilevanti e non del tutto apprezzati: la composizione delle équipe di personale medico, infermieristico e assistenziale, l'aggiornamento delle competenze, gli sviluppi di carriera. Si rende necessario garantire la tempestiva esecuzione e refertazione delle prestazioni diagnostiche, non solo per i pazienti afferenti al Pronto Soccorso, ma anche per i pazienti degenti, al fine di consentire il più rapido turn over del posto letto.

Infatti, le Medicine interne accolgono i pazienti inviati dal Pronto Soccorso se hanno la disponibilità di posti letto. Tale disponibilità è assicurata solo se le Medicine possono contare su una collaborazione organizzata con le unità di degenza per malati post acuti, con le RSA, con le unità di Cure Palliative, con gli Hospice, con i Servizi Infermieristici Domiciliari, con i Servizi Sociali, con le Residenze Protette. L'impegno dell'organizzazione e la sfida per i professionisti si sostanzia nell'obiettivo di consentire che i malati, che non hanno più l'esigenza di rimanere in ospedale, ma che non possono rientrare a domicilio, proseguano tempestivamente la stabilizzazione clinica in strutture che dispongono di competenze per recuperare le residue capacità di queste persone, riconsegnandole alla propria possibile autonomia.

La condizione di costante sovraffollamento dei reparti di Medicina interna, che obbliga ad allestire posti letto oltre quelli ufficialmente previsti o ad occupare spazi in altri reparti, non può essere considerata normale.

Occorre impegnarsi per evitare una ospedalizzazione del territorio, che trova nelle Medicine la soluzione alle difficoltà di gestione delle persone anziane con multiple patologie che, pur non richiedendo una intensità di cura elevata, sono egualmente ricoverate – in assenza di alternative praticabili – nel momento in cui la condizione di cronicità diventa instabile.

Risulta, pertanto, prioritario:

Pattivazione degli Ospedali di Comunità, con adeguato numero di posti letto, dove accogliere almeno una parte di questi pazienti;

Padeguamento delle capacità ricettive delle unità di Post-acuzie, dotate di letti utilizzabili per i pazienti che hanno superato la fase acuta della malattia, collocati all'interno dell'area ospedaliera, governate dalle stesse unità operative di Medicina Interna.

Appare anche necessario:

– incrementare i posti letto di cure intermedie;

– disporre di meccanismi flessibili di attivazione di posti aggiuntivi per acuti nei momenti di maggiore richiesta;

– ristabilire il ruolo dei percorsi diagnostici e terapeutici in regime di Day Hospital;

– concordare con le strutture per le cure intermedie percorsi di ingresso agili, tendenti a garantire il flusso costante delle persone;

– **garantire la presenza in turno di professionisti senior, a supporto di specializzandi;**

– garantire che le Unità di Medicina di Urgenza, con numero adeguato di letti semintensivi, siano integrate in quelle di PS;

– attuare ogni azione per rendere attrattivo il settore della Medicina di Urgenza, anche garantendo ai professionisti la possibilità di alternare il lavoro fra le varie funzioni (attività di PS, OBI, Medicina d'Urgenza) e favorendo la transizione professionale verso altri servizi;

– mantenere la gestione delle funzioni di "emergenza e urgenza" al governo del Sistema Pubblico, evitando il ricorso alle Cooperative.

Inoltre, questa Federazione in questa sede ritiene di ribadire alcuni principi cardine già espressi a più riprese che potrebbero risultare di interesse al fine della ridefinizione del modello organizzativo del Sistema di emergenza sanitaria territoriale 118.

– Rafforzamento del SET-118 attraverso l'interazione e la cooperazione sinergica di equipaggi di Soccorso, i cui protagonisti sono, in tutto il Paese, su base normativa, rispettivamente, i medici, gli infermieri dell'emergenza territoriale e gli autisti soccorritori dell'emergenza territoriale.

– Garantire una formazione ECM sempre più efficace del personale medico e infermieristico che opera nel sistema di Soccorso (basic life support and defibrillation (BLS-D); pediatric basic life support (PBLs); emergenze traumatologiche; immobilizzazio-

ne e trasporto del politraumatizzato (ITP); emergenza ostetrica/ginecologica; aspetti di comunicazione; utilizzo delle apparecchiature di telemedicina).

– Sviluppare a livello provinciale l'organizzazione dipartimentale del 118, sulla base anche delle esperienze acquisite durante la pandemia.

– Organizzare la rete del 118 per contiguità e per competenza e il sistema di Soccorso per livello di complessità dell'intervento. Appropriata clinica e assistenziale.

– Integrazione con il sistema ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria per garantire la condivisione delle competenze specialistiche e dei protocolli di cura.

– Innovazione tecnologica del sistema di emergenza e urgenza sia per la gestione del Soccorso che per il trattamento dei pazienti.

– Garantire un livello ottimale di dotazione in base al fabbisogno standard comprensivo del sistema sanitario di emergenza e urgenza e di continuità assistenziale integrata tra ospedale e territorio.

– Equità di accesso tempestivo alle procedure e alle strutture più appropriate per il trattamento di patologie tempo-dipendenti (come nel caso di emergenze cardiologiche, traumi, ictus).

– Tutte le centrali operative del SET-118 del Paese debbono essere dotate di un efficace sistema di geolocalizzazione del chiamante, in grado di assicurare una connessione in tempo reale della centrale operativa con i mezzi, gli equipaggi e gli scenari di Soccorso e di consentire i percorsi più avanzati di telemedicina, teleconsulto, teleassistenza da remoto, anche in contesto di uniformità e continuità del percorso di Soccorso e assistenziale in emergenza, in raccordo immediato con la specialistica ospedaliera afferente secondo specifica necessità clinica.

– Ammodernamento delle ambulanze e di tutto il parco mezzi del SET-118.

– Monitoraggio dell'attività dei servizi, del volume delle prestazioni e del grado complessivo di efficacia ed efficienza dei percorsi clinici, assistenziali e di rete predisposti nel contesto delle dinamiche operative del sistema dell'emergenza.

– Il volontariato va riconosciuto quale valore aggiunto del sistema ed inteso come integrazione e supporto, mai sostitutivo delle strutture aziendali.

– Integrazione funzionale del SET-118 con il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA), nel cui ambito devono attuarsi collegamenti del sistema informatizzato 118 con i sistemi informatizzati ospedalieri per la gestione dei dati sanitari e dei flussi di attività a bordo dei mezzi di Soccorso.

– Assicurare la presenza dei medici del 118 nelle case di comunità per garantire l'assistenza h24 delle urgenze non differibili.

Per la FNOMCeO si ritiene inoltre indispensabile affermare che il mezzo di Soccorso avanzato è l'ospedale portato nel territorio con il medico e l'infermiere che lavorano insieme con le loro specifiche competenze.

Pertanto, si rileva che la nomenclatura è importante per assicurare assistenza di livello avanzato ai cittadini. Il mezzo che il sistema emergenza e urgenza territoriale deve avere a disposizione deve essere composto, a parere di questa Federazione, come di seguito riportato:

1 - Mezzo di Soccorso avanzato con medico e infermiere con un rapporto 1/60.000 abitanti, salvo il caso di aree disagiate e difficili da raggiungere (es. aree montane, isole minori e i centri abitati più piccoli e più periferici).

2 - Mezzo di Soccorso medicalizzato con equipaggio composto da personale medico e da volontari.

3 - Mezzo di Soccorso infermieristico con equipaggio composto da personale infermieristico e da volontari.

4 - Ambulanza BLSL con volontari di livello avanzato formati e idonei.

In conclusione bisogna adoperarsi affinché il Pronto Soccorso – che, in questa filiera, è snodo fondamentale e rappresenta l'interfaccia operativa tra territorio e ospedale, luogo simbolo del SSN – sia un posto di lavoro accogliente in cui i professionisti possano formarsi e lavorare in sicurezza.

Le difficoltà non risiedono tanto nell'analisi del fenomeno, quanto nell'attuazione di quelle misure operative, prioritarie e non più rinviabili, idonee a garantire che l'intera filiera dell'assistenza ai cittadini che hanno problemi urgenti e che necessitano di un ricovero non programmato, sia posta nelle condizioni di rispondere a questi bisogni in modo efficace.

Evidenziamo la necessità di ripensare al ruolo dei reparti di Medicina interna, sia per gli aspetti strutturali e di distribuzione degli spazi che devono essere adattati ad una utenza sempre più anziana e complessa, ma anche per il ruolo che gli internisti ospedalieri potrebbero assumere come registi dei percorsi intraospedalieri e come riferimento per le cure intermedie.

La direzione auspicata dalla FNOMCeO è quella di investire risorse nella valorizzazione dei nostri professionisti, riconoscendone il ruolo di muro portante del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

È importante valorizzare l'operato e la professionalità di tutti i colleghi che lavorano in prima linea, non solo migliorandone le condizioni di lavoro, ma anche con incentivi, prima che economici, volti a migliorarne la qualità della vita.

Particolare attenzione va riservata al personale del 118, che gestisce l'emergenza-urgenza sul territorio. È assolutamente necessario che sui mezzi di Soccorso avanzato, chiamati a intervenire nei casi, ad esempio, di infarti, ictus, incidenti stradali, siano presenti tutte le professionalità, il medico di Emergenza sanitaria territoriale e l'infermiere opportunamente formati, oltre all'autista-soccorritore, in modo da poter prestare subito e in sinergia la migliore assistenza possibile, senza perdere istanti preziosi.

Riguardo agli ospedali riteniamo prioritario eliminare il tetto di spesa per il personale. Per questa Federazione occorre, quindi, un piano straordinario di assunzioni da parte del ministero della Salute, che incentivi innanzitutto le assunzioni dei giovani: sono necessarie almeno diecimila assunzioni già dal 2024. Le retribuzioni ad hoc per l'extra-orario dei medici per smaltire le liste di attesa, previste in manovra si possono regolamentare, ma non risolvono il problema delle carenze di personale. Bisogna fare i concorsi, spingendo i giovani a restare nel Ssn, ad esempio maggiorando l'importo dell'indennità di esclusività di lavoro.

Importante è, altresì, lo sviluppo continuo delle competenze di tutti i professionisti operanti nel sistema di Soccorso e nel sistema salute in generale, riconoscendone la centralità in un Servizio Sanitario Nazionale di sempre più alta qualità. L'auspicio è che si proceda alla riforma del Sistema 118 e alla stabilizzazione di tanti operatori nel primario intento di tutelare la salute del cittadino.

Comprendere quanto sia prezioso il lavoro di questi medici, di questi professionisti è il primo passo per valorizzarlo con contesti organizzativi adeguati, per appropriatezza, efficacia, efficienza. E, in primis, per quanto riguarda la sicurezza degli operatori, troppo spesso esposti ad infezioni, come è accaduto durante la pandemia, ad aggressioni e al burnout. Gli operatori del 118 sono sempre in prima linea, vicini ai cittadini nei momenti più drammatici e delicati della loro vita, quelli che fanno la differenza tra la vita e la morte. E ancor più lo sono stati durante la pandemia di Covid, quando, accanto alla loro missione di Soccorso, hanno, senza esitare, adempiuto a compiti che non erano i loro, facendosi custodi dei pazienti e rimanendo loro accanto quando i parenti e gli amici non potevano assisterli. Ed è in questa vicinanza umana e consolatoria che si sono manifestati, ancora una volta, i principi del Codice deontologico e del Giuramento.

Celerità, efficienza, efficacia: sono queste le caratteristiche che deve avere un buon sistema di Sistema di Emergenza Territoriale. Quando il paziente è in imminente pericolo di vita, abbiamo il dovere di garantire che, nei tempi previsti dall'attuale normativa, arrivi un mezzo di Soccorso con un equipaggio sanitario in grado di effettuare, in modo pertinente e integrato, diagnosi e terapia potenzialmente salvavita, e quindi con medico e infermiere a bordo. La presenza di un medico a bordo, secondo le evidenze, fa la differenza riguardo a tutte le condizioni cliniche di emergenza, medica e chirurgica, in cui il ragionamento clinico diagnostico-differenziale precoce, conseguente alla valutazione obiettiva del paziente, e non riferita tramite telefono, unitamente alla terapia medica di emergenza precoce assumono comprovato ruolo salvavita, come, ad esempio, nell'arresto cardiaco improvviso.

Attualmente, non sempre e non dappertutto i mezzi di Soccorso avanzato portano a bordo la miglior squadra possibile per un'assistenza efficace e tempestiva: medico (che può fare la diagnosi e prescrivere la terapia), infermiere (cui compete l'assistenza del malato) e autista soccorritore. Tre professionalità che, lavorando in sinergia, garantiscono la miglior ripresa del paziente, riuscendo, in alcuni casi, ad evitare accessi inappropriati in ospedale, perché la terapia inizia e in certi casi si esaurisce direttamente sul posto per poi continuare a domicilio. Oggi nelle diverse Regioni abbiamo le più variegate procedure e organizzazioni. L'assistenza deve invece essere uguale da Bolzano alla Sicilia e dal centro alla periferia delle città: in qualunque posto si trovi, il paziente deve essere trattato nella miglior maniera e nel minor tempo per assicurargli una sopravvivenza di qualità. Ciò significa concretizzare quella tutela dei diritti, alla salute, all'uguaglianza, che, come Ordine, siamo chiamati a garantire. Auspichiamo che si possa procedere ad una riforma del sistema di emergenza-urgenza sanitaria "118" che renda il sistema dei soccorsi sempre più efficace, efficiente ed uguale sul territorio nazionale e che valorizzi ruoli e professionalità.

Grazie per l'attenzione

FNOMCeO

* * *

COMUNICAZIONE N. 128

AI PRESIDENTI DEGLI OMCEO AI PRESIDENTI DELLE CAM

AI PRESIDENTI DELLE CAO

Oggetto: Decreto 7 settembre 2023 - Fascicolo sanitario elettronico 2.0.

Cari Presidenti,

Si segnala per opportuna conoscenza che sulla Gazzetta Ufficiale n. 249 del 24-10-2023 è stato pubblicato il decreto indicato in oggetto con il quale il Ministro della salute e il Sottosegretario di stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri con delega all'innovazione tecnologica di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze individuano i contenuti del Fascicolo sanitario elettronico (FSE), nonché i limiti di responsabilità e i compiti dei soggetti che concorrono alla sua implementazione, le garanzie e le misure di sicurezza da adottare nel trattamento dei dati personali nel rispetto dei diritti dell'assistito, le modalità e i livelli diversificati di accesso al FSE.

In particolare, il FSE contiene i dati identificativi e amministrativi dell'assistito (esenzioni per reddito e patologia, contatti, delegati), i referti, i verbali di pronto soccorso, le lettere di dimissione, il profilo sanitario sintetico, le prescrizioni specialistiche e farmaceutiche, le cartelle cliniche, l'erogazione di farmaci a carico del SSN e non a carico del SSN, le vaccinazioni, l'erogazione di prestazioni di assistenza specialistica, il taccuino personale dell'assistito, i dati delle tessere per i portatori di impianto e la lettera di invito per screening.

Certificato



UNI EN ISO
9001:2015
REG. N. 8540

VILLA BELLOMBRA RIABILITAZIONE ROBOTICA

Riabilitazione intensiva

con tecnologia
robotica

LOKOMAT PRO®

ARMEO POWER®

ARMEO SPRING®

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. Giovanni Maria Puddu
Specialista in Cardiologia



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

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 18 novembre 2023

ABDELGABAR OUSSAMA	328/41.50.687	FANTAPPIE' DUCCIO MARIA	333/53.31.040
APA LUIGI	342/12.66.997	GIACALONE AMEDEO	346/69.63.491
BASILE CECILIA	320/35.72.084	IZZO ANTONIO NICOLO'	347/30.92.938
BIANCO VINCENZO	393/17.24.215	LEOTTA EMILIT JULIETH	375/77.34.830
CHIRULLI ALESSANDRO	320/38.62.939	LONGOBARDI TOMMASO	331/10.77.945
CONFORTI BENEDETTA	328/02.26.906	MANCINI GAETANO	366/40.55.537
COTICHELLI FRANCESCA	392.76.42.206	NEGRO GIULIA	333/22.00.799
DALMONTE MARIA CRISTINA	334/80.07.117	OTHMAN HUSSEIN	388/87.75.365
DEL DEO JACOPO	389/05.73.856	SPAGNOLO ALBERTO	338/57.94.512
DI FABIO CARLOTTA	339/39.47.048	ZAVALLONI GIULIO	338/11.60.167
FABIN NATALIA	347/5625495		

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia della mano, Medicina Legale e Assicurazioni	347/8853126
FEDELE MARIA GIOVANNA	Pediatria	339/7080157

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

LA PROTESI DI GINOCCHIO - PRIMA... DURANTE... DOPO

23 settembre 2023 - Legione dei Carabinieri di Bologna, in modalità residenziale - Patrocinio dell'Ordine dei Medici della città di Bologna.

L'evento è stato proposto come prezioso strumento formativo e di aggiornamento nel trattamento della patologia degenerativa artrosica del ginocchio. Il razionale alla base del Congresso è confronto tra esperti nel trattamento della patologia degenerativa artrosica del ginocchio prima della protesi, dall'acido ialuronico al trattamento di medicina rigenerativa. Il rinnovato interesse sulle osteotomie che richiede una puntualizzazione della metodica. Il trattamento Protesico è stato focus dell'evento ove vari specialisti di chiara fama si sono confrontati tra loro con le loro esperienze. Gli esperti hanno presentato il dopo l'intervento con casi complessi e la protesi dolorosa, i momenti difficili del postintervento. Si è dibattuto sul trattamento fisioterapico come cardine del risultato finale; nonché si è messo in luce quanto nella preparazione all'intervento, vari attori in équipe coordinati dall'anestesista si trovano a concorrere al buon risultato dell'intervento.

L'ultima parte del Congresso è stata dedicata a Il "dopo intervento...". Ampia e articolata discussione è conseguita dagli interventi degli esperti sulle complicità medico-legali che coinvolgono sempre di più l'operatore chirurgico vengono affrontate nel comportamento pratico del medico a fronte della richiesta risarcitoria ed infine i decreti attuativi della legge Gelli che influiscono sia sulle strutture come pure sulle polizze assicurative.

Al termine della discussione si è proceduto con la compilazione del questionario di apprendimento ECM.

All'evento formativo hanno partecipato oltre 130 operatori sanitari per le seguenti professioni/discipline: Infermieri; Fisioterapisti; Medici chirurghi per le seguenti discipline: Allergologia e Immunologia clinica, Medicina interna, Medicina fisica e riabilitazione, Medicina generale, Ortopedia e traumatologia, Chirurgia generale.

Dott. Maurizio DRAGHETTI

* * *

IL CUORE SOTTO I PORTICI CONGRESSO REGIONALE ANCE EMILIA ROMAGNA

Bologna 14 Ottobre 2023

Le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte nei paesi occidentali; la cardiopatia ischemica ne è la causa principale e l'aterosclerosi è il processo alla base di tale patologia. Ipertensione arteriosa, dislipidemia, diabete mellito, obesità sono i fattori di rischio principali per cui è importante per il medico essere a conoscenza dei progressi scientifici che riguardano la diagnosi e la terapia di tali condizioni. Il convegno ha consentito di fare un aggiornamento secondo i dettami delle linee guida più aggiornate e l'opinione di esperti dei principali quadri patologici. Nella prima sessione sono stati affrontati: il percorso diagnostico della sincope (Sassone), il rapporto tra fibrillazione atriale e scompenso cardiaco (Capucci), i criteri diagnostici delle aritmie ipercinetiche ventricolari (Martignani); nella seconda sessione sono state presentate le nuove linee guida delle cardiomiopatie (Biagini), l'amiloidosi cardiaca (Longhi) e il ruolo della risonanza magnetica cardiaca (Pasquale); nella terza sessione sono stati analizzate le novità delle linee guida della cardiopatia ischemica acuta (Casella), l'interessamento cardiaco nel diabete (Barbanti) e la gestione clinica dello scompenso cardiaco (Urbini); nella quarta sessione le nuove terapie dell'ipercolesterolemia (D'Addato), le nuove opzioni terapeutiche dell'obesità (Ponzo) e il rapporto cuore e ormoni e donna (Alfieri). Inoltre è stato affrontato il tema delle indicazioni alla rivascolarizzazione miocardica nei pazienti con scompenso cardiaco e/o disfunzione ventricolare sinistra (Di Pasquale) e del ruolo attuale della telecardiologia per una medicina di precisione e personalizzata (Gaddi) e infine è stato fatto il punto sulle nuove possibilità terapeutiche per l'ipertensione arteriosa (Borghi) e per l'ipercolesterolemia con i nutraceutici (Cicero).

Dott. MAURIZIO BARONI (Segretario regionale ANCE Emilia Romagna)



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

Affittasi a San Lazzaro di Savena locale in studio dentistico completamente attrezzato, possibile anche locale uso ambulatorio medico, adatto quindi a odontoiatri, colleghi varie specialità, fisioterapisti, osteopati, ecc. Possibilità di affittare a giornate o mezze giornate, possibile subentro graduale in attività odontoiatrica. Per info scrivere a dottorob@gmail.com.

A Imola, pieno centro, vendesi appartamento adibito a studio dentistico Completamente attrezza-

to, impianti a norma, piano terra, possibilità di affiancamento. Per info Tel. 335/5827400.

Vendesi a Castel San Pietro Terme vicino al centro appartamento 170 mq, impianti a norma sotto pavimento, 2 bagni, porta blindata. Ingresso con rampa di accesso per disabili. Riscaldamento autonomo, aria condizionata. Già utilizzato come studio dentistico e poliambulatorio. Per info Tel. 335/5827400.

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

RENOGROUP
La forma del cambiamento