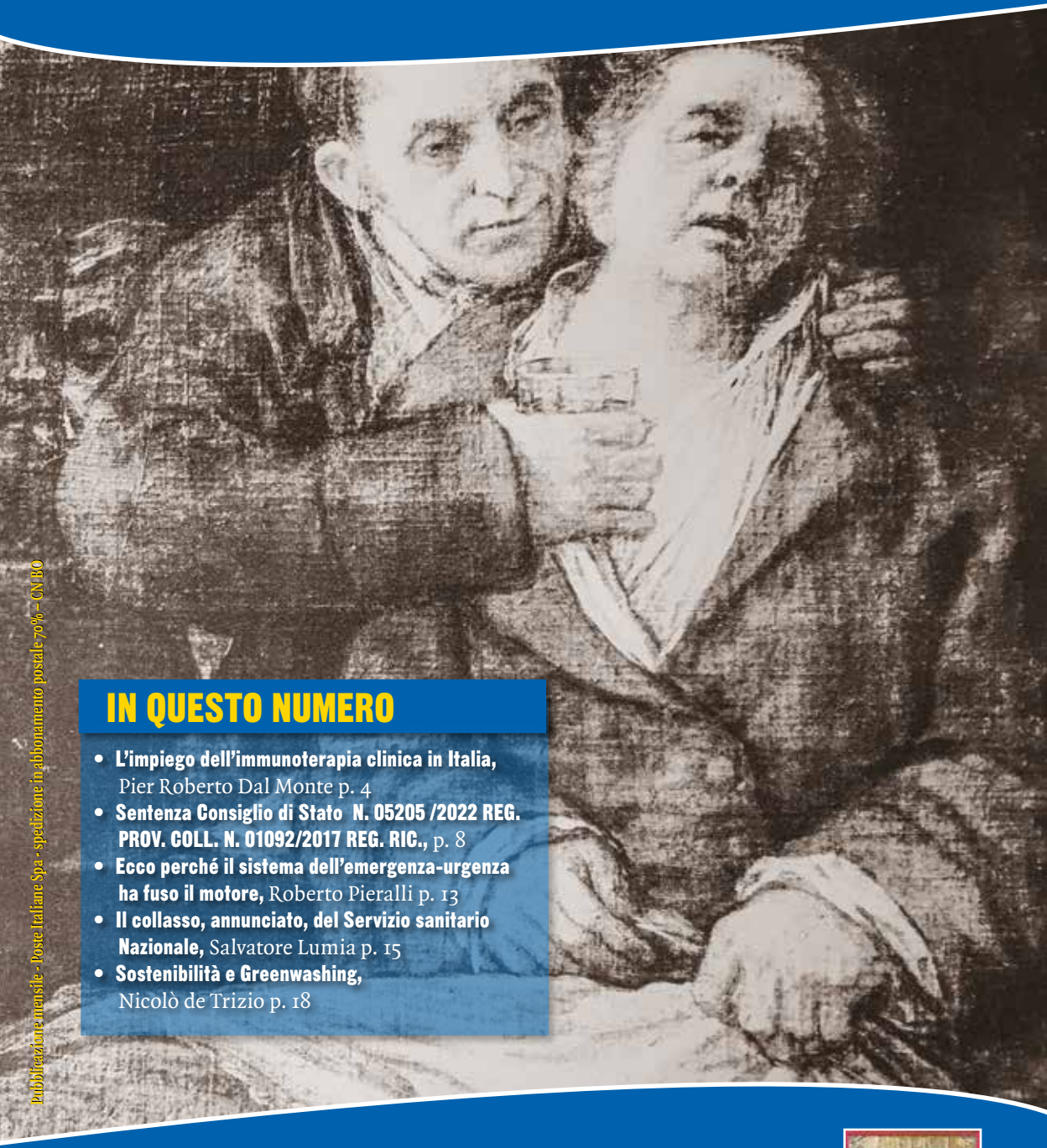
Bollettino Notiziario

anno LIII - N° 8 agosto 2022



IN QUESTO NUMERO

- **L'impiego dell'immunoterapia clinica in Italia,** Pier Roberto Dal Monte p. 4
- **Sentenza Consiglio di Stato N. 05205 /2022 REG. PROV. COLL. N. 01092/2017 REG. RIC.,** p. 8
- **Ecco perché il sistema dell'emergenza-urgenza ha fuso il motore,** Roberto Pieralli p. 13
- **Il collasso, annunciato, del Servizio sanitario Nazionale,** Salvatore Lumia p. 15
- **Sostenibilità e Greenwashing,** Nicolò de Trizio p. 18

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

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

COLIBRÌ
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

Anaste
ASSOCIAZIONE NAZIONALE STRUTTURE TERZA ETÀ

E.C.H.O.

Seguici su facebook

Bollettino Notiziario

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

DIRETTORE RESPONSABILE
Dott. Vittorio Lodi

CAPO REDATORE
Dott. Paolo Cernuschi

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

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

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

Autorizzazione Tribunale di Bologna
n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:
Renografica - Bologna

Il Bollettino di Luglio 2022
è stato consegnato in posta
il giorno 07/09/2022

Direzione, redazione e amministrazione:

via Zaccherini Alvisi, 4 - Bologna

Tel. 051 399745

www.odmbologna.it

SOMMARIO

ANNO LIII - AGOSTO 2022 N° 8

ARTICOLI

Le decisioni • **3**

Un "diritto" di primogenitura. L'impiego dell'immunoterapia clinica in Italia • **4**

Il ripristino delle regole professionali, la Sentenza N. 05205 /2022 del Cosiglio di Stato • **8**

Ecco perché il sistema dell'emergenza-urgenza ha fuso il motore • **13**

Il collasso, annunciato, del Servizio sanitario Nazionale • **15**

Sostenibilità e Greenwashing • **18**

NOTIZIE • **23**

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **23**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **23**

CONVEGNI E CONGRESSI [RELAZIONI] • **24**

PICCOLI ANNUNCI • **32**

In copertina:

Ritratto di Goya ammalato (1820)
FRANCISCO GOYA, Raccolta Seligmann, *Parigi*

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.ssa ELISA FABBRI
Componenti: Dott. ABBATE GUIDO GIUSEPPE
Dott. GIORDANI STEFANO
Supplente: Dott. ZATI ALESSANDRO

Le decisioni

Vittorio Lodi

Alla fine di questa estate troppo calda arriverà il momento di tante decisioni.
Dopo anni di Governi più o meno di emergenza il 25 settembre 2022 verrà eletto un Governo dai cittadini italiani.
Il Governo eletto dalla maggioranza dei cittadini italiani dovrà prendere delle decisioni, importanti, su tanti temi.
La Politica riprenderà la sua funzione principe che è quella di decidere, ovviamente sentiti i "tecnici"?
Sono tanti i temi sui quali sarà necessario (o dovrebbe essere necessario) prendere delle decisioni.
L'economia, la finanza, lo stato sociale, la giustizia, la guerra, l'Europa ed il resto del mondo.
E la Sanità?
Decisioni anche in questo caso su temi ancora caldi, quali la nuova campagna vaccinale anti COVID-19, le misure di Sanità pubblica e le misure tecniche-organizzative preventive.
Molto dipenderà dal possibile, ma speriamo proprio di no, arrivo di una nuova recrudescenza pandemica, Centaurus od altro.
Ma quello che vorremmo come Medici al servizio della salute del Cittadino è un intervento chiaro e strutturato, una decisione chiara, sul nostro Sistema Sanitario Nazionale.
Una riorganizzazione, una riforma? La decisone sarà politica.
Ma un intervento responsabile e deciso che fermi la deriva verso cui sta, ormai da anni, andando il nostro Sistema Sanitario Nazionale. SSN che è ancora mantenuto a livelli che altre nazioni del mondo occidentale ci invidiano, grazie alla abnegazione della maggior parte dei Medici e delle altre figure professionali sanitarie, più che al supporto della politica e dei "gestori locali della sanità pubblica".
Bisogna decidere tra Sanità Pubblica e Sanità Privata o meglio chiarirne i diversi ruoli e le varie possibilità di collaborazione, ma con ruoli precisi e ben distinti.
Vogliamo un SSN efficiente e sostenibile, non crediamo che siano due aggettivazioni contrastanti se non si cade nella demagogia.
Crediamo nella libera circolazione dei professionisti ma abbiamo molti dubbi sulla reale necessità di chiamare qualche centinaio di medici di una Sanità del centro America cui non abbiamo nulla da invidiare, quando tanti giovani Medici laureati nelle nostre Università faticano a trovare un lavoro decoroso. O non crediamo più nella capacità formative della nostra Università?
I giovani Colleghi delle Scuole di Specializzazione sono una risorsa per la Sanità ma devono avere un ruolo chiaro con oneri, onori, autonomia e responsabilità ben definite.
Così come vorremmo che la Politica fornisse le indicazioni chiare sul ruolo e le competenze delle diverse figure sanitarie che quotidianamente collaborano per fornire prevenzione, diagnosi e cura ai cittadini, senza dover attendere sentenze dai Tribunali.
Insomma, attendiamo tante decisioni. Le parole dette al vento prima o poi sbattono contro i muri.
Parafrasando le parole di un comico in un famoso spettacolo televisivo di qualche anno fa, attendiamo "fatti non ... parole".

Un "diritto" di primogenitura. L'impiego dell'immunoterapia clinica in Italia

L'uso dell'interleuchina ed altre modalità immunoterapeutiche nella lotta contro il cancro del primo 'Modulo di Immunoterapia' nell'Unità operativa urologica di Bologna

Pier Roberto Dal Monte

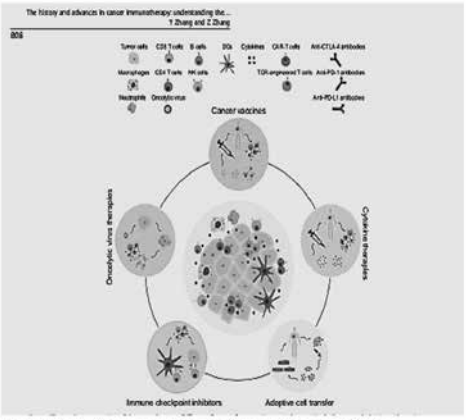
L'immunoterapia è attualmente la fondamentale terapia per molte neoplasie, essendosi dimostrata per molti versi superiore alle terapie citotossiche e radianti, essa, pur essendo nota ed applicata progressivamente da molti anni, ebbe il suo completo ed ufficiale riconoscimento mondiale nell'anno 2018, quando furono premiati con il Premio Nobel due scienziati, l'americano Allison e il giapponese Honjo, per le loro ricerche sui meccanismi d'azione dei linfociti nell'aggredire le cellule neoplastiche, in particolare per la scoperta del fenomeno di blocco da parte delle cellule neoplastiche dei punti di contatto tra i T linfociti e i recettori superficiali delle cellule neoplastiche stesse, *gli immuno checkpoint inibitory, in particolare la* CTLA4 e i PD 1-2 (programmed death-1 e 2). La scoperta di tali blocchi ha portato a scoprire anche alcune molecole farmacologiche della categoria 'biologici' il cui effetto è quello di rimuoverli o bloccarli: farmaci che vanno complessivamente sotto il nome *immuno-check point inibitor drug*.

Queste scoperte hanno una lunga storia durante la quale gradualmente si è messo in evidenza come soprattutto le difese cellulari linfocitarie ed i loro fattori stimolanti abbiano una attività antinfiammatoria ed anticancro, così come gli ostacoli alla loro azione ne limitino l'effetto. In questa prospettiva e scoperte si sono cimentati moltitudini di ricercatori sia clinici che biologici, ad alcuni dei quali si deve la primogenitura di applicare nella pratica terapeutica i veri meccanismi per combattere il cancro e con esso anche molte malattie infiammatorie. Portando alla nascita della nuova disciplina e modalità di cura, chiamata per il suo intimo meccanismo complessivamente **immunoterapia o immuno-oncoterapia**.

Tali studi iniziarono già alla fine del 1800, quando i medici tedeschi W. Busch e F. Fehleisen ebbero ad osservare, entrambi separatamente, che alcuni tumori iniziavano a regredire quando i pazienti acquisivano un'infezione cutanea di tipo cellulitico, la ben nota erisipela, causata da *Streptococcus pyogenes*. Questo fu confermato dieci anni dopo nel 1890 dal chirurgo americano William Coley che, a seguito di queste osservazioni, pensando questo fosse l'effetto di qualche stimolo di difesa dell'organismo, innescato dall'infezione batterica, fu il primo a usare i batteri come forma di terapia del cancro. L'uso dapprima di germi vivi, che avendo provocato gravi infezioni in alcuni pazienti, fu sostituita da batteri uccisi dal calore, facendo anche una miscela di due specie batteriche inattivate dal calore, lo *Streptococcus pyogenes e la Serratia marcescens*.

Quest'estratto in seguito definito "tossine di Coley' disponibile commercialmente dal 1899 veniva iniettato nei tumori o in vena nei pazienti. Nonostante questi successi, la mancanza di un noto meccanismo d'azione di tali "tossine", così come i rischi di provocare effetti dannosi in pazienti già affetti da cancro con altri batteri altamente patogeni, ha indotto gli oncologi ad abbandonare all'inizio del XX secolo il metodo, preferendogli la chirurgia e la radioterapia. Mentre proseguivano le ricerche sul sistema immunitario dell'or-

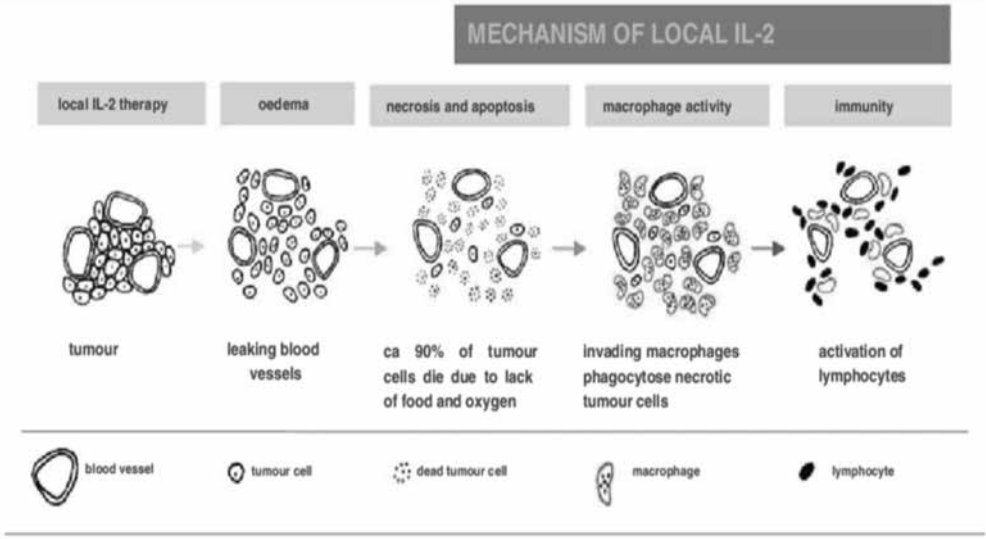
ganismo sia cellulare che anticorpale, sulle modalità esistenti negli organismi viventi per salvaguardare la propria esistenza biologica e l'insorgenza dei processi infiammatori e neoplastici.
Il tipo di immunoterapia ipotizzata da alcuni ricercatori su base empirica, quali quella di Coley ed altri ricercatori, fu applicato nella pratica clinica anche a seguito della dimostrazione di come l'associazione della tubercolosi al cancro diminuisca l'aggressività di quest'ultimo, confermata da risultati favorevoli attenuta dal francese Georges Mathè, attorno agli anni Sessanta, il quale trattando alcuni tumori con agenti immunostimolanti, ad esempio il BCG (bacillo di Calmette e Guérin versione attenuata del batterio che provoca la tubercolosi bovina), osservò che tali neoplasie potevano essere controllate più a lungo. In particolare, aveva constatato che, instillando direttamente il BCG nei noduli solidi di melanoma, alcune delle lesioni regredivano e poteva esserci un beneficio sull'evoluzione generale della malattia. Questo si associava alle ricerche anteriori di Ruth e John Grahams sull'effetto anticancro del vaiolo bovino, passate in gran parte inosservate, nonostante il 22% dei pazienti avessero un stabilizzazione o remissione di numerose neoplasie. Anche il trattamento con istillazioni endovescicali di BCG, esteso ai tumori della vescica dimostrò che in alcuni casi questi regredivano. In pratica l'associazione dell'ablazione o l'asportazione endoscopica delle neoplasie vescicali con trattamento a base di sostanze ormai considerate immunomodulanti, poteva portare alla guarigione o indurre lunghe remissioni di malattia in pazienti portatori di tumori vescicali. Il trattamento del cancro vescicale fu definitivamente sistematizzato nei primi anni '70, da Alvaro Morales che nel 1972 ha ideato il Protocollo di trattamento con il BCG che rimane tutt'oggi in uso. Gli effetti clinici basati sulle ricerche empiriche che si sono succedute negli anni passati, e che abbiamo descritto, e che già allora dimostravano inequivocabilmente l'esistenza di un qualche processo immunitario/difensivo che innescava naturalmente i processi di difesa contro il cancro, oltre che avere effetti antinfiammatori (e proinfiammatori), riportò l'interesse sull'attività del sistema immunitario nel suo complesso a partire dagli anni Cinquanta, con molti progressi nella ricerca sull'immunità sia cellulare che anticorpale e quindi anche sul cancro: tra questi vi furono anche la scoperta di fattori solubili stimolanti l'attività difensiva linfocitaria, dapprima l'interferone e a cui ha fatto seguito la scoperta del fattore crescita linfocitaria da parte di F. Ruscetti, R. Gallo, il T-cell growth factor (TCGF), chiamate poi nel complesso citochine e linfochine, ed infine più specificatamente le interleuchine (nome forse tratto dalla città di Interlaken sede di un congresso di immunologi secondo il Molinari).



Principali forme di Immunoterapia: Vaccini Anticancro, Terapia con Citochine, Trasferimento di cellule attivate, Inibitori del Checkpoint PP2, Uso di virus oncolitici. Nei diversi tipi di cellule e molecole coinvolti

L'esistenza delle cellule linfocitarie e il loro il ruolo cruciale nell'immunità ha comportato anche il riconoscimento che le stesse cellule si caratterizzano per diversa morfologia ed effetti e che, oltre i linfociti B e T, esistono anche le sottospecie come i T-helper, i T-killer, i Natural killer ed altre cellule implicate nel processo immunitario: i meccanismi attraverso cui le diverse cellule linfocitarie agiscono nei processi di difesa chiamati in seguito immunitari, hanno portato a scoprire nel complesso oltreché dei fattori attivi intrinseci alle stesse cellule, l'esistenza dei fattori di stimolo e antiinfiammatori estrinseci implicati nelle modalità di difesa e reazione. Tra queste vi sono le già citate le CITOCHINE, che dal punto di vista morfologico sono piccole proteine prodotte e secrete naturalmente

Azione locale dell'Interleuchina 2 Da Willem Den Otter et All. *Cancer Immunol Immunother*. 2008;57(7):931-950



da diverse cellule del sistema immunitario e cruciali nella segnalazione tra le cellule immunitarie, così come tra le cellule immunitarie e le diverse cellule dell'organismo. La prima citochina scoperta, come si è detto, è stato l'interferone-alfa, descritto nel 1957 da Isaacs e Lindenmann, mentre il fattore di crescita delle cellule T, la interleuchina IL-2 per i suoi effetti biologici è stato immediatamente sfruttato in studi clinici che hanno portato ad approvare l'uso della molecola da parte della FDA statunitense (essendo stato anche clonato nel 1983) come trattamento immunoterapeutico nel 1991 per il trattamento del carcinoma renale metastatico e nel 1998 per melanoma metastatico.

La primogenitura dell'uso dell'interleukina nel cancro e l'inizio della immunoterapia famacologica

La interleuchina fu la prima sostanza biologica che è stata considerata quale principale stimolo nella dinamica del processo immunitario e tale effetto fu confermato dalle esperienze di vari ricercatori (Schendel *et al.*,1980, Lotze and Rosenberg, 1981; Vanky e Klein1981; Vose e Bonnard Ting e Yang nel 1982) *che hanno dimostrato in vitro l'acquisizione o l'accentuazione della citotossicità specifica dei linfociti del sangue contro le cellule tumorali, quando stimolati da tale molecola*, sino alla loro *distruzione.*

Alla luce di questi risultati si passò dalla fase sperimentale all'applicazioni clinica.

Tra i precursori della terapia immunitaria per eliminare il cancro, dobbiamo ricordare soprattutto **il Gruppo Bolognese guidato da Giancarlo Pizza**, il quale, nei primi anni Ottanta, anni rifacendosi a tali ricerche fu incoraggiato a studiare gli effetti dell'iniezione intralesionale della interleuchina 2 (intraeperitumorale) nei pazienti, scegliendo il cancro della vescica come modello di tumore, in quanto attraverso la visione diretta con cistoscopia si facilita l'iniezione ed il controllo degli effetti terapeutici. Con una nuova metodica basata sull'uso nell'uomo di una citochina, quale stimolo antineoplastico attraverso il meccanismo che, a giusta ragione, potremo chiamare complessivamente per la prima volta immunoterapico o meglio di immunooncoterapia in clinica.

Attraverso un processo pioneristico sequenziale e sviluppato del tutto all'interno del

gruppo: dall'estrazione della interleuchina purificata, sino al suo impiego nel trattamento del cancro della vescica. Iniziando dalla interleuchina utilizzata che è stata ottenuta dal supernatante estratto da una linea cellulare spontaneamente prodotta fornita da un laboratorio americano (diretto da Dr. Harvey Rabin) di origine animale ed in particolare dalle scimmie della specie gibbone.

I risultati ottenuti nella maggior parte dei casi trattati dimostrarono come anche in vivo la interleuchina aveva un effetto antineoplastico attraverso la stimolazione dei linfociti killer, anticipando con questi studi con la loro applicazione clinica, quelli del noto chirurgo e biologo americano Steven Rosenberg a cui è stata assegnata ormai quasi universalmente, anche se non del tutto storicamente consistente, la primogenitura dell'applicazione della immunoterapia contro il cancro, dimenticando che precursori di questo trattamento vi furono anche Pizza con i suoi Collaboratori, con risultati terapeutici anche superiori in termini di effetti collaterali e sopravvivenza sia dei tumori vescicali che dei soggetti affetti da melanoma metastatizzati. A cui si deve, in ulteriori ricerche, l'applicazione del transfer factor e l'inizio di quella che ora viene considerata uno dei trattamenti promettenti, quale la terapia contemporanea di cellule linfocitarie attivate o *Adoptive cell transfer* cioè l'uso di T linfociti autologhi alla neoplasia, stimolati ancora una volta dall'interleuchina. Ed originale va considerato il fatto che, non solo è stata un dimostrata indiscutibilmente l'efficacia del "cocktail" immuno-oncoterapico con diversa tempistica (l'interferone, il transfer factor e l'Interleuchina 2,) usato, ma anche che la via di somministrazione, *quella endolinfatica* - la quale comporta l'immediato e diretto contatto tra i farmaci immunostimolanti, linfociti attivati e cellule neoplastiche metastatizzate nei linfonodi – era quella vincente.

Le conclusioni di queste note, ancorché incomplete, sulle pioneristiche ricerche del Pizza, pur rientrando esemplarmente nel noto aforisma '*nemo propheta in patria*', dimostrano quale livello di attività aveva raggiunto la ricerca contro il cancro in Italia ed in ispecie la Immunoterapia, che poi praticamente abbandonata in tale contesto per i soliti problemi organizzativi ed economici, fu appannaggio di altri gruppi di ricerca: comunque essa fu la base non solo di uno o più meccanismi di cui si giova la immunoterapia e delle successive ricerche, non ultima quella del riscontro non solo dei *check- point immunocellulari*, ma anche la sintesi di farmaci eccezionalmente attivi.

E bene si contestualizza l'osservazione di Ralph Moss noto scrittore e giornalista medico "La disponibilità di cure mediche gratuite o a basso costo significa che tutti gli italiani possono farsi curare il cancro e altre gravi malattie, che di per sé è un risultato non da poco. Tuttavia, il predominio della pratica medica convenzionata attraverso il sistema ospedaliero statale, limita le scelte disponibili. Per questo riteniamo siano i favorevoli risultati dei clinici qui riportato che ha introdotto una certa flessibilità in questo sistema rigido per offrire ai propri pazienti opzioni di trattamento innovative. Questa è stata una lotta tutta in salita, disseminata di molti blocchi economico-burocratici. Il fatto che ci siano riusciti è una testimonianza dello spirito di Leonardo da Vinci, che, 5 secoli dopo, sopravvive nella sua terra natale." Ralph W. Moss, PhD. In Cancer and Complementary and Alternative Medicine in Italy: personal observations and historical Considerations. Anno 2004.

Note Bibliografiche

Pizza G., Severini G., Menniti D., De Vinci C., Corrado F. - *Tumour regression after intralesional injection of interleukin-2 (IL-2) in bladder cancer. Preliminary report.* Int J Cancer 34:359–1984.

Pizza G., Viza D., De Vinci C., Pascucci J.M., Busutti L., Bergami T. - *Intra-lymphatic administration of interleukin-2 (IL-2) in cancer patients: a pilot study.* Lymphokine Research, 1988, 7(1):45-48.

Rene Lafreniere1 and Steven A. Rosenberg Surgery Branch, Division of Cancer Treatment, National Cancer Institute. *Successful Immunotherapy of Murine Experimental Hepatic Metastases with Lymphokine-activated Killer Cells and Recombinant Interleukin 2.* Cancer Res (1985) 45 (8): 3735–3741.

Rosenberg S.A., Lotze M.T., Muul L.M., *et al. Observations on the html/milkman.shtml. systemic administration of autologous lymphokine-activated killer cells and recombinant interleukin-2 to patients with metastatic cancer.* N Engl J Med. 1985; 313:1485-1492.

DeVita, Hellman, and Rosenberg S. *Cancer: Principles & Practice of Oncology: Tenth Edition Wolters Kluwer Health.* Adis 2015.

Maureen Howard, Louis Matis, Thomas R. Malek, Ethan Shevach, Wayne Kell, David Cohen, Kenji Nakanishi, And William E. Paul *Interleukin 2 Induces antigen-reactive t cell lines to secrete BCGF.* Journal of Experimental Medicine, Vol. 158, December 1983; 2024-2039.

Il ripristino delle regole professionali, la Sentenza N. 05205 /2022 del Consiglio di Stato

Salvatore Lumia

È di qualche giorno fa una notizia che finalmente torna a farci sperare nel ripristino delle regole professionali.
La sentenza del Consiglio di Stato che boccia senza mezzi termini la delibera della ASL di Perugia di istituire Reparti a Direzione Infermieristica, sentenza ottenuta grazie all'azione dei sindacati medici, CIMO in particolare.
Da tempo come Sindacato CIMO FESMED e come OMCeO di Bologna denunciamo che lo stravolgimento delle regole nelle professioni sanitarie, ed in particolare l'affidamento di compiti e funzioni propri della, Professione Medica ad altre figure professionali, è del tutto illegittima.
Sono note le battaglie che l'OMCeO di Bologna da anni conduce contro questa pericolosa deriva del task-shifting, pericolosa in primo luogo per la sicurezza delle cure ai pazienti.
Ma questa deriva pericolosa è stata fatta sia per motivi di risparmio economico, di cui oggi stiamo pagando le conseguenze, sia per ingraziarsi il consenso di una categoria professionale il cui sostegno dovrebbe avvenire in ben altro modo, favorendone l'evoluzione nell'ambito dei propri compiti e mansioni che derivano da percorsi di studio diversi.
Tutto ciò sempre per il rispetto della correttezza delle cure ai cittadini e a garanzia di queste nell'ambito di un Servizio Sanitario Nazionale efficiente ed universalistico.
Non mi dilungo ulteriormente ma invito i Colleghi a leggere la sentenza, specie nella sua parte conclusiva.

Dott. Salvatore Lumia

Pubblicato il 24/06/2022
N. 05205 /2022
REG. PROV. COLL. N. 01092/2017 REG. RIC.
REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
Il Consiglio di Stato
in sede giurisdizionale (Sezione Terza)
ha pronunciato la presente
SENTENZA
sul ricorso n. 1092/2017, proposto dalla Regione Umbria, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentata e difesa dall'avv. Anna Rita Gobbo, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia e domicilio eletto presso il suo studio in Perugia, corso Vannucci 30;

contro

CIMO Umbria, AAROI-EMAC Umbria, in persona dei rispettivi legali rappresentanti pro tempore, rappresentati e difesi dall'avvocato Romina Pitoni, con domicilio eletto presso lo studio Valentina Paiella in Roma, viale America, 111; Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Perugia, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentato e difeso dagli avvocati Luisa Gobbi, Claudio Marcello Leonelli, con domicilio eletto presso lo studio Luisa Gobbi in Roma, via Ennio Quirino Visconti n. 103;
ANAAO-ASSOMED, non costituito in giudizio;

nei confronti

Azienda Ospedaliera di Perugia, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentato e difeso dall'avvocato Dante Duranti, con domicilio eletto presso lo studio Goffredo Gobbi in Roma, via Maria Cristina 8;
Collegio Provinciale degli Infermieri Professionali Assistenti sanitari e Vigilatrici di Infanzia - Ip.As.Vi. di Perugia, Urbani Viviana, non costituiti in giudizio;

e con l'intervento di

ad adiuvandum:
Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentato e difeso dall'avvocato Antonio Maria Leozappa, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia e domicilio eletto presso il suo studio in Roma, via Giovanni Antonelli n. 15;

per la riforma

della sentenza del Tribunale Amministrativo Regionale per l'Umbria (Sezione Prima) n. 00704/2016.
Visti il ricorso in appello e i relativi allegati;

Visti gli atti di costituzione in giudizio di CIMO Umbria e di AAROI-EMAC Umbria e di Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Perugia e di Azienda Ospedaliera di Perugia;
Visti tutti gli atti della causa;
Relatore nell'udienza straordinaria del giorno 21 giugno 2022 il Pres. Marco Lipari; Viste le conclusioni delle parti come da verbale;
Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO e DIRITTO

1. La sentenza impugnata ha accolto, in parte, il ricorso e i due successivi ricorsi per motivi aggiunti proposti da CIMO Umbria, AAROI-EMAC Umbria, associazioni sindacali rappresentative dei medici chirurghi, veterinari, odontoiatri (CIMO), specialisti in anestesia e rianimazione e delle discipline che operano nel contesto della medicina critica e dell'emergenza (AAROI-Emac), in servizio ed in quiescenza, per l'annullamento dei seguenti atti:
– deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di Perugia n. 770 del 4 maggio 2015, con cui si è deliberato di fare integralmente propria la proposta di deliberazione n. 53 del 4 maggio 2015 della Direzione Sanitaria Dipartimento Professioni Sanitarie dell'Azienda Ospedaliera di Perugia e di disporre come in essa indicato;
– proposta di deliberazione del 4 maggio 2015 n. 53 della Direzione Sanitaria Dipartimento Professioni Sanitarie dell'Azienda Ospedaliera di Perugia avente ad oggetto "Unità di Degenza Infermieristica", con cui si propone l'attivazione, a decorrere dal 4 maggio 2015, in via sperimentale, di una Unità di Degenza Infermieristica dotata di 12 posti letto, al Blocco M piano +2 lato distale, secondo il modello organizzativo allegato alla stessa, per la gestione dei pazienti in fase post- acuta, generalmente provenienti da unità operative a carattere internistico e con predefinito il piano terapeutico, necessitanti di assistenza infermieristica prima del ritorno al proprio domicilio;
– regolamento di attività dell'UDI dell'Azienda Ospedaliera di Perugia approvato in data 21 luglio 2015;
– nota prot. n. 2015/0011362 della Direzione generale dell'Azienda Ospedaliera di affidamento dell'incarico di riferimento per le specifiche attività mediche presso l'UDI;
– nota dell'Azienda Ospedaliera datata 16 ottobre 2015 e susseguente provvedimento del Direttore Sanitario, che propone di continuare il modello organizzativo dell'UDI; provvedimento del D.G. di condivisione della proposta; nonché deliberazione di Giunta Regionale n. 1084 del 22 settembre 2015, nella parte in cui facendo positivo riferimento all'attivazione sperimentale dell'UDI, ne ritiene legittima l'istituzione.
2. Secondo la prospettazione dei ricorrenti, nei provvedimenti impugnati non sono chiari il ruolo e le responsabilità dei medici nell'assistenza clinica dei predetti pazienti, come dimostrano significativamente le circostanze per cui la struttura afferisce al dipartimento delle Professioni Sanitarie, ed il relativo dirigente ha la responsabilità connessa alla gestione del corretto utilizzo dei posti letto, ivi compreso il rinvio a domicilio o presso strutture dei servizi territoriali, compito che invece spetterebbe ad un medico, dopo visita del paziente. Ne consegue che il trasferimento presso l'UDI sembrerebbe presupporre la presa in carico del paziente da parte del medico del reparto di provenienza, senza che nulla sia disposto al proposito, ed anzi essendo previsto che è il responsabile di posizione organizzativa ad avere la responsabilità connessa alla gestione del paziente. Una prima anomalia è ravvisabile nel fatto che se spetta al medico del reparto di degenza ordinaria inviare i pazienti dimessi all'UDI, non è poi comprensibile come possa essere il coordinatore infermieristico a valutare i criteri di ammissibilità dello stesso paziente presso la struttura.
3. Sotto altro profilo, a parere delle associazioni ricorrenti in primo grado, non è comprensibile come i pazienti possano essere seguiti, nel percorso terapeutico e clinico, soltanto dall'equipe assistenziale composta da un coordinatore infermieristico, infermieri ed operatori socio-sanitari e solamente in caso di specifiche attività possa o debba intervenire il medico di riferimento dell'UDI; neppure è comprensibile il ruolo

e la responsabilità del medico di riferimento dell'UDI, che, stante la complessità e diversità delle patologie dei pazienti ricoverati, dovrebbe essere plurispecializzato, fermo restando che è compito dell'infermiere valutare se e quando chiamare il medico in caso di eventuale peggioramento del paziente. Si crea, in altri termini, uno stravolgimento dell'ordinario criterio secondo cui la componente assistenziale si pone a valle di un percorso di diagnosi ed indicazione terapeutica, che è esclusivamente di pertinenza medica.

4. I ricorrenti di primo grado osservano ancora che il responsabile di posizione organizzativa UDI è il soggetto titolare della responsabilità connessa alla gestione del paziente (Daniele Torrioni), mentre il medico di riferimento è la prof.ssa Isabella Tritto, professore associato strutturato presso la Struttura Complessa di Cardiologia dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Quest'ultima risponde al responsabile UDI e non può interferire con la linea assistenziale diretta e gestita dal primo. I medici del reparto di provenienza del paziente non hanno la possibilità di gestire e monitorare il paziente che rimane affidato alla responsabilità assistenziale esclusiva del responsabile infermieristico dell'UDI. Ciò determina, ad avviso dei ricorrenti, un'indubbia commistione di ruoli e funzioni.

5. A dire dei ricorrenti, va inoltre considerato che, seppure il provvedimento impugnato è mosso dall'intento di ridurre i costi di permanenza nel reparto per acuti, in realtà l'Azienda Ospedaliera si è assunta i maggiori costi derivanti dall'assunzione di ben dodici figure professionali (sei operatori professionali e sei infermieri professionali).

6. Con riguardo al provvedimento di G.R., viene dedotto dai ricorrenti che l'UDI non può ritenersi strumento attuativo della legge n. 125 del 2015; nel piano sanitario regionale, come pure nella richiamata deliberazione di G.R. n. 970 del 2012, vi è un riferimento alla RSA, in cui è il medico di medicina generale il diretto responsabile del progetto di cura.

7. La decisione del TAR ha dichiarato inammissibili, per difetto di giurisdizione, le censure proposte contro gli atti dell'Azienda Sanitaria, mentre ha espressamente respinto le eccezioni di difetto di giurisdizione riguardanti l'impugnazione degli atti adottati dalla Regione.

Questi capi della decisione non hanno formato oggetto di impugnazione e, pertanto, sono passati in giudicato.

8. La Regione Umbria contesta, sotto diversi profili, la decisione di primo grado.

9. Si sono costituiti in questo grado di giudizio CIMO Umbria, AAROI-EMAC Umbria, nonché l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Perugia, per resistere all'appello.

10. L'Azienda Ospedaliera di Perugia e la Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche, costituiti in giudizio, hanno aderito alle tesi difensive proposte con l'appello.

Le altre parti non si sono costituite in questo grado di giudizio.

11. Con un primo mezzo di gravame, la Regione ribadisce l'eccezione di difetto di legittimazione e di interesse delle associazioni ricorrenti in primo grado, già proposta dall'Azienda Ospedaliera.

Secondo l'appellante il TAR non avrebbe adeguatamente considerato l'esatta portata delle deduzioni difensive svolte dall'amministrazione sanitaria.

Il motivo è privo di pregio. La decisione impugnata ha indicato, in modo analitico e pienamente persuasivo, le ragioni che giustificano l'azione proposta dalle associazioni sindacali, palesemente correlate alla tutela delle corrette modalità dell'espletamento dei servizi, incidenti sull'organizzazione del lavoro dei medici e degli infermieri.

La pronuncia ha correttamente richiamato il costante indirizzo giurisprudenziale secondo cui sussiste la legittimazione a ricorrere delle associazioni professionali e sindacali a tutela di un interesse collettivo (non frazionabile e dunque non tutelabile singolarmente) di cui sia istituzionalmente portatrice in via esclusiva per fare valere gli interessi dell'intero gruppo rappresentato; la legittimazione difetta invece allorché l'associazione agisca a tutela di interessi riferibili a singoli soggetti asseritamente incisi nella propria sfera giuridica soggettiva individuale, o vi sia contrasto (conflitto di interessi) all'interno della categoria rap-

presentata, situazioni, queste, non riscontrabili nella fattispecie in esame (in termini, tra le tante, T.A.R. Lazio, sez. II, 12 ottobre 2010, n. 32757).
Nessuna delle obiezioni indicate nell'atto di appello riesce a superare le corrette conclusioni cui è pervenuto il TAR.
12. Con un'ulteriore censura la Regione contesta l'ammissibilità degli interventi ad adiuvandum dell'Ordine Privinciale dei Medici e dell'ANAAO ASSOMED.
Il motivo è infondato.
I due interventi spiegati in primo grado risultano conformi ai criteri generali elaborati dalla giurisprudenza.
13. Inoltre, contrariamente a quanto dedotto dall'appellante, l'identificazione della parte ANAAO è conforme alle prescrizioni dell'art. 50 del CPA, poiché non vi sono dubbi in relazione alla riferibilità dell'atto all'associazione.
14. La Regione sostiene, poi, che l'impugnata delibera regionale non ha carattere provvedimentale e, pertanto, non potrebbe formare oggetto di impugnativa.
La tesi dell'appellante è priva di pregio.
Anche condividendo, per ipotesi, la conclusione dell'appellante, secondo cui la delibera assume la natura di atto meramente programmatorio, resterebbe ferma la sua natura provvedimentale, la sua attitudine ad incidere sull'assetto organizzativo del servizio sanitario e, in definitiva, la sua piena impugnabilità.
15. La Regione sostiene, ancora, l'inammissibilità del ricorso contro l'atto regionale, deducendo che, una volta qualificato dal TAR come "atto di controllo positivo", l'impugnabilità autonoma del provvedimento sarebbe preclusa, in mancanza di contestuale ricorso avverso l'atto controllato, costituito dalle determinazioni dell'Azienda Sanitaria, non conoscibili dal giudice amministrativo.
La tesi non è condivisibile.
In punto di fatto, è sufficiente osservare che i ricorrenti hanno tempestivamente impugnato gli atti dell'Azienda Sanitaria (vale a dire gli atti oggetto dell'ipotizzato *controllo*), coltivando il giudizio riassunto davanti al giudice ordinario, non ancora definito con pronuncia passata in giudicato.
In ogni caso, indipendentemente dall'esattezza della qualifica dell'atto regionale quale provvedimento di controllo in senso proprio, risulta palese l'interesse a contestarne la legittimità, attesa la sua incidenza sull'assetto organizzativo aziendale.
16. La Regione lamenta che la sentenza impugnata, trascurando di valutare le analitiche difese dell'amministrazione spiegate in primo grado, sarebbe inammissibilmente sconfinata nel merito amministrativo.
La censura è infondata.
Come spiegato dettagliatamente *infra*, la sentenza del TAR ha rilevato dei difetti di istruttoria e di motivazione che non invadono il merito amministrativo.
Le complessive argomentazioni esposte dalla pronuncia risultano pienamente idonee a confutare le argomentazioni difensive delle amministrazioni, le quali possono in ogni caso essere sviluppate e approfondite nella presente fase di appello.
17. Nel merito, la Regione ritiene che l'istituzione dell'UDI non sia in contrasto con il Piano Regionale Sanitario, poiché rappprese-nterebbe uno dei modelli assistenziali innovativi previsti dall'atto programmatorio.
La Regione, nel richiamare, testualmente, le deduzioni difensive articolate dall'Azienda Sanitaria in primo grado, ribadisce le proprie tesi riguardanti la legittimità e ragionevolezza delle determinazioni organizzative impugnate.
La tesi della Regione non è condivisibile.
18. Il Tar ha esattamente evidenziato che il richiamo della delibera di G.R. n. 970 del 2012 appare improprio e contraddittorio, atteso che questa non prevede affatto le unità di degenza infermieristica, contemplando invece la RSA (residenza sanitaria assistenziale) a degenza breve, caratterizzata dalla presenza del medico di medicina generale. Quest'ultimo, secondo il piano sanitario regionale, è il diretto responsabile del progetto di cura e della gestione dei trattamenti diagnostici e terapeutici dell'assistito.
Il piano sanitario regionale, d'altro canto, non prevede l'UDI, e dunque la sua istituzione con delibera del D.G. dell'Azienda Ospedaliera risulta illegittima, ponendosi in contrasto con l'art. 12 della l.r. n. 11 del 2015,

che, appunto, attribuisce al piano il compito di definire i livelli uniformi ed essenziali di assistenza da assicurare su tutto il territorio regionale, indicando altresì le modalità per il conseguimento di siffatti obiettivi.

19. Inoltre, come sottolineato dal TAR, l'istituzione dell'UDI viola la disposizione dell'art. 5 della l.r. n. 11 del 2015, alla cui stregua «la Giunta regionale, con propri atti, definisce modalità e criteri per regolare la produzione e l'erogazione dei servizi sanitari da parte degli operatori pubblici e privati nel territorio regionale» (comma 2) adottando altresì direttive vincolanti per le aziende sanitarie regionali (comma 3).

È dunque esatta la conclusione cui è pervenuto il TAR. "*I suindicati profili di illegittimità dell'atto di istituzione dell'UDI non sono stati rilevati dalla deliberazione di G.R. impugnata, che si è limitata a riconoscere tale servizio (o modalità organizzativa) nell'assunto, peraltro indimostrato, che consenta il miglioramento degli indicatori di performance ospedaliera, liberando risorse di posti-letto.*"

20. Il Collegio ritiene pienamente condivisibili le ulteriori argomentazioni esposte dalla sentenza appellata, secondo cui delibera di Giunta regionale impugnata ha omesso di considerare ulteriori profili di criticità dell'UDI, riguardanti la illogica e ingiustificata "confusione" di ruoli tra personale medico ed infermieristico conseguente alla tendenziale separazione tra attività clinica ed attività assistenziale che viene realizzata con l'UDI.

È incontestabile, infatti, che al personale medico compete la gestione del percorso terapeutico e clinico del paziente, mentre alla struttura infermieristica spetta il compito di attuare il percorso proriamente assistenziale. Invece, nell'UDI si ha che la struttura organizzativa afferisce al Dipartimento delle Professioni Sanitarie e il paziente post-acuto è gestito dal responsabile della posizione organizzativa, pur essendovi la presenza sussidiaria del medico di riferimento per le attività di competenza specifica e la possibilità, da parte del responsabile della posizione organizzativa, di contattare il medico di guardia della struttura inviante.

Effettivamente, tale modello non appare coerente con il quadro normativo di riferimento, preordinato alla tutela del diritto alla salute dell'individuo/paziente, che richiede l'intervento coordinato del medico e dell'infermiere. Il personale medico non può operare "a distanza", in quanto altrimenti ciò dovrebbe determinare una traslazione delle responsabilità, non consentita dall'ordinamento.

Non a caso il dato normativo attribuisce al medico la funzione di direzione ed organizzazione della struttura (lo esplicita all'art. 15, comma 6, con riferimento ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa, ma si tratta di un principio di portata generale) al precipuo scopo di garantire l'appropriatezza degli interventi.

21. L'Azienda Ospedaliera, senza svolgere ulteriori difese, ha depositato la sentenza del Tribunale civile di Perugia, n. 461/2022, pronunciata all'esito del giudizio riassunto in seguito alla parziale declinatoria di giurisdizione dell'appellata decisione del TAR.

Al riguardo, il Collegio, nel prendere atto delle conclusioni cui è pervenuto il giudice civile, dissentendo dall'interpretazione seguita dal TAR, osserva che tale pronuncia, peraltro non passata in giudicato, non condiziona il presente giudizio di appello.

22. In conclusione, l'appello deve essere respinto.

Le spese possono essere compensate, tenendo conto della novità delle questioni trattate.

P.Q.M.

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Terza), definitivamente pronunciando sull'appello, come in epigrafe proposto, lo respinge.

Spese compensate.

Ordina che la presente sentenza sia eseguita dall'autorità amministrativa.

Così deciso in Roma nella camera di consiglio del giorno 21 giugno 2022 con l'intervento dei magistrati:

Marco Lipari, Presidente, Estensore
Massimiliano Noccelli, Consigliere
Raffaello Sestini, Consigliere
Giovanni Sabbato, Consigliere
Ugo De Carlo, Consigliere

IL PRESIDENTE, ESTENSORE
Marco Lipari
IL SEGRETARIO

Ecco perché il sistema dell'emergenza-urgenza ha fuso il motore

Roberto Pieralli

11 LUG - Gentile Direttore, negli ultimi 15 anni il sistema dell'emergenza urgenza - è stato un po' "truccato" e soggetto ad operazioni di puro e superficiale "maquillage" per nasconderne non tanto gli inestetismi ma le vere e proprie "crepe" strutturali portate e concausate non solo dalla pioggia di tagli, ma anche dalle "rivoluzionarie visioni progettuali di task shifting".

Modelli organizzativi con qualche "trucco temporaneo" venivano attuati in modo da consentire a questo sistema in agonia di rimanere aperto nonostante la irrimediata precarietà, divenuta nel tempo sistemica.

La situazione di carenza risulta riscontrabile e documentata in Emilia-Romagna già nelle delibere della giunta dal 2001, dove a fronte della difficoltà a reperire il personale, anche quando si sono presentate alcune possibili chances (vedi per esempio la finestra del DPCM "Lorenzin") le amministrazioni regionali hanno scelto di non sfruttarle.

Le lamentele che come SNAMI esponevamo già dal 2010 si sono puntualmente verificate, tutti erano posti in grado di rendersene conto e nessuno avrebbe dovuto e potuto nascondersi dietro un dito nell'impeto di tracotanza del "so tutto io".

A fronte dei crescenti volumi di attività del sistema di emergenza dovuti al noto invecchiamento della popolazione, le amministrazioni regionali hanno scelto da un lato la logica del *j'accuse* verso la medicina generale, rea di supposta inefficienza, a cui però non si poneva rimedio date le insufficienti risorse per il personale di supporto, e dall'altro si attuava una operazione di de-strutturazione organizzativa e professionale dei servizi di emergenza attraverso la sostituzione funzionale dei medici con altri operatori – meno costosi per le tasche aziendali – tramite tentativi di "Task Shifting": noti i vari casi di "see and treat" e procedure salvatutti considerate "il sol dell'avvenire" secondo certi soloni dalle facili ricette.

Dove si chiedevano più medici in PS, più guardie attive nei reparti, la risposta delle aziende sanitarie era: infermieri flussisti, infermieri triagisti avanzati, infermieri bed managers, infermieri see and treat e shift di compiti "clinici" a professioni sanitarie non mediche con malcelata ottica del risparmio camuffato sotto l'egida della "valorizzazione delle professioni sanitarie", valorizzate, ovviamente, a parole ma con paga invariata.

L'arrivo della pandemia ha lasciato il re nudo, ed il castello di carte è crollato, svelando un contesto di posti letto insufficienti e la necessità di chiudere e convertire reparti, bloccare attività ordinarie a favore del COVID con un obbligo di separazione di funzioni dei percorsi "sporchi" e "puliti".

Nell'emergenza 118 la problematica del "doppio mandato" è stata esplosiva, chi faceva due lavori ora non poteva essere sia "sporco" sia "pulito".

Tradotto in parole povere i medici del 118 erano spesso costretti a lavorare contemporaneamente sia nel soccorso in territorio sia in pronto soccorso: in questo modo risultava che nel turno in ospedale ci fossero due medici ma in realtà uno di questi era presente ogni tanto e sempre sotto costante stress perché costretto ad abbandonare i pazienti che stava visitando per correre sulle emergenze in territorio senza nemmeno avere il tempo di passare correttamente le consegne.

Già precedentemente questi modelli avevano comportato un elevatissimo turn-over con continui licenziamenti che venivano compensati dai nuovi incarichi, spesso atipici, a medi-

ci vittime dell'imbuto formativo, neolaureati inconsapevoli del meccanismo malato che con la loro adesione alimentavano ignari di un sistema assuefatto e normalizzato allo sfruttamento con il bel sorriso in volto.
Non solo i medici 118, ma anche nell'ambito ospedaliero di PS è avvenuta la stessa cosa: in molti ospedali l'unico medico di pronto soccorso viene costretto ad essere anche il medico di guardia nei reparti in quanto evidentemente titolare del dono dell'ubiquità efficentativa.
La politica gestionale delle aziende sanitarie che hanno attuato questi modelli era quindi centrata sul medico "usa e getta", cioè quel medico che, con o senza titoli e inquadramento, arrivava nel sistema e per reggere questi carichi di lavoro per qualche mese o qualche anno e che se anche andava via dopo poco tempo lasciava indifferente il sistema che poteva ancora contare su nuova "carne da cannone" vittima dell'imbuto formativo a rimpiazzare le perdite dei medici già "macinati negli ingranaggi".
Un sistema divenuto un "motore" che con un enorme buco nella coppa dell'olio continuamente compensata dall'immissione di quel nuovo "lubrificante umano", inserito grazie all'imbuto formativo, oggi esaurito: ed ecco perché che quel motore ha fuso.
Oggi la Politica è davanti alla scelta di dover decidere se ristrutturare e ricostruire un sistema o se perpetrare delle scelte organizzative sbagliate ed insostenibili.
Se la scelta sarà cambiare tutto per non cambiare nulla, ovviamente, sempre più medici che già lo stanno facendo, procederanno ad organizzarsi in forme private meglio note come "Cooperative", strumento attraverso cui "vendere" prestazioni professionali al pubblico standone però all'esterno, e "dettando" le regole ed i prezzi.
Uno scenario desolante e pericoloso.
Serve una svolta nella gestione delle risorse umane e quella svolta serve adesso, partendo dal ridefinire le piante organiche e riallocare i contratti rispetto alle proprie funzioni, abbandonando i trucchi dei due o tre lavori al prezzo di uno e iniziando a rispettare la professione medica.

COLIBRÌ®

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
- Psicogeriatria
- 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

Il collasso, annunciato, del Servizio sanitario Nazionale

Salvatore Lumia*

La situazione sanitaria della Regione Emilia-Romagna, come pure quella di altre regioni, sta assumendo connotati di grave criticità, divenendo al limite della sostenibilità in molti settori, sia della sua componente ospedaliera che in quella territoriale.
Nel settore ospedaliero, in particolare in alcuni servizi come Emergenza-Urgenza (EU) e Pronto Soccorso (PS), la situazione è al limite del collasso, al momento ancora non avviene soprattutto grazie allo spirito di sacrificio con cui il personale continua a lavorare a fronte di carenze di organici.
Le autorità sanitarie stanno sicuramente cercando di porre qualche rimedio a questo, ma gli strumenti messi in campo sono per lo più insufficienti e inadatti a risolvere i problemi; in particolare non si vedono soluzioni per la carenza di personale medico sempre meno attratto dal SSN, dai suoi carichi di lavoro insostenibili e dalle scarse opportunità di crescita e di carriera.
È vero, manca il personale e soprattutto mancano i medici.
Ma questa è una scoperta recente? È stata determinata veramente dalla pandemia? I medici non vogliono più lavorare e si sono disaffezionati alla loro professione? Forse è quello che si vorrebbe far credere per giustificare situazioni le cui cause invece vengono da lontano.
Di recente si è parlato di un verbale d'intesa con i sindacati ospedalieri e l'Assessorato regionale, sulla questione dei reparti EU e PS che sarebbe stato condiviso con tutte le organizzazioni sindacali; dispiace dirlo ma non è così perché noi quel verbale di intesa non lo abbiamo firmato, reputandolo insufficiente non solo a risolvere, ma neanche a tamponare provvisoriamente la situazione.
Quel verbale si concentra sostanzialmente sul reclutamento di medici da destinare ai reparti di EU e PS dove i medici sono carenti a soddisfare la grande mole di prestazioni che vengono richieste da un'utenza che sempre più si rivolge ad essi per ottenere risposte a problemi di salute che non sempre sono urgenti.
Perché non abbiamo firmato? Perché non sono state accolte le dovute correzioni che forse avrebbero permesso di mettere in atto azioni più efficaci e si percorrono invece soluzioni come l'interaziendalità aggiungendo ai problemi già esistenti l'incertezza della sede di lavoro dei medici che saranno ancora meno attratti dalle aree di urgenza-emergenza: manca poco e i concorsi andranno vacanti come purtroppo avviene già in altre realtà.
È forse mancata una completa analisi dei fenomeni che hanno determinato le criticità e ci sentiamo in dovere di spiegare ai colleghi iscritti ed ai cittadini il motivo del nostro dissenso:

La carenza di personale: l'assessore ha citato numeri apparentemente significativi di assunzioni che sarebbero state fatte dal 2019 ad oggi, ma già nel 2019 c'erano carenze di personale nei reparti ospedalieri; da anni la nostra organizzazione sindacale poneva il problema e sollecitava la regione a prendere provvedimenti, mentre le Aziende sanitarie riducevano i posti letto e conseguentemente gli organici, facendo anche il possibile (con delibere aziendali costruite ad hoc) per pensionare i medici anche contro la loro volontà, per una errata strategia economicistica che ha forse permesso allora di chiudere in pareggio i bilanci, ma di cui ora paghiamo le conseguenze.
Da anni i rappresentanti sindacali (CIMO in particolare) nelle riunioni all'assessorato regionale ponevano il problema della necessità di una programmazione corretta dei

fabbisogni futuri di medici specialisti, che avrebbero dovuto essere comunicati al MIUR, sulla base delle piante organiche dei diversi reparti. Ma non si sono mai volute fare delle piante organiche corrette, non si è mai voluto riconoscere le carenze, semmai si è cercato di proporre modelli organizzativi e professionali basati sul *task-shifting* dalla professione medica a quella infermieristica.
Sul *task-shifting* (cioè la delega di atti medici alle professioni non mediche) ci sarebbe un lungo discorso da fare, ma per brevità cito solo la costituzione di reparti a direzione infermieristica (di recente bocciati dal Consiglio di Stato in Umbria), la proposta della istituzione della figura del Direttore Assistenziali (non previste dalla legge 502/92), i protocolli infermieristici per le ambulanze del 118 con la delega di diagnosi e terapia agli infermieri delle ambulanze per risparmiare sul numero delle auto mediche in regione in barba agli standard imposti dalla legge ("noi questi soldi non li vogliamo spendere" aveva detto un alto funzionario regionale), i protocolli regionali che permettono agli infermieri di impiantare cateteri venosi centrali (i PICC e i Midline) con gravi rischi per i pazienti, ma non mi voglio dilungare ulteriormente.

I tagli ai posti letto (e dunque ancora del personale), in particolare quelli dei reparti che poi servono per i ricoveri da Pronto Soccorso, come la Medicina Interna, la Cardiologia, la Chirurgia Generale, ecc., che crea quindi un affollamento del percorso a monte, con malati costretti spesso a stazionare in Pronto Soccorso in attesa di posto letto introvabile.

L'attribuzione dei codici di gravità (il c.d. triage, termine che in realtà è sbagliato) lasciata alla sola responsabilità del personale infermieristico, che può quindi sottovalutare i casi, con grave rischio per il paziente, oppure sopravvalutare una situazione clinica, aumentando in questo caso l'affollamento, mentre la presenza di un medico esperto (quantomeno in supervisione), potrebbe far sì che i casi non veramente urgenti (da PS) vengano immediatamente rimandati all'attenzione del proprio medico di famiglia.

La situazione delle Case della Salute, oggi Case di Comunità, dove certo non tutti i MMG vogliono andare a fare servizio, ma dove, idealmente, il MMG dovrebbe essere in grado, con una presenza nelle 12 ore diurne, di poter risolvere i problemi non gravi avendo l'accesso prioritario per i pazienti lì visitati, alla diagnostica di base immediata, con esami di laboratorio, esami radiologici di base, consulenze specialistiche tempestive, cosa che invece di solito non avviene perché le prestazioni devono essere prenotate tramite CUP. Sempre nelle Case di Comunità sarebbe prevista l'istituzione dei c.d. "OSCO" Ospedali di Comunità dove il MMG dovrebbe poter ricoverare direttamente un paziente con problemi cronici noti, ma riacutizzati, e che potrebbe trattare direttamente con la sua supervisione, avvalendosi eventualmente di consulenze specialistiche. Attualmente negli OSCO si entra solo dopo essere passati da un reparto ospedaliero, e quindi dal Pronto Soccorso.

La rete Hub & Spoke come criticità determinata da una visione politica e non tecnica delle esigenze assistenziali: dal DM70 è stata prevista la trasformazione dei Pronto Soccorso degli Ospedali piccoli in Punti di Primo Intervento (PPI) che ancora conservano nella cartellonistica la dicitura di "Pronto Soccorso" ma che in realtà tali non possono essere, non essendovi presenti tutti quei servizi che dovrebbero supportare un vero Pronto soccorso; la legge distingue dei DEA (Dipartimenti di Emergenza e Accettazione) in un I e II livello e poi ci sono i PPI.
Questi ultimi in realtà poco possono fare, se non nei casi gravi stabilizzare il paziente per trasferirlo poi in un DEA, però necessitano di personale, che è già carente.
Ci sono situazioni in cui, la logistica del territorio rende facili gli spostamenti e non si capisce perché non possano invece essere chiusi, recuperando così personale per i DEA.

La perdita di attrattività: i medici fuggono dai reparti di EU e PS e non se ne trovano facendo i concorsi. Oltre che per le ragioni già citate di mancata programmazione, ci sono i carichi di lavoro attuali, con turnazioni spesso fatte all'ultimo momento di settimana in settimana (mentre il turno di servizio dovrebbe essere comunicato entro il mese precedente) che non permettono al medico di poter gestire una vita personale e familiare adeguata; mancano le prospettive di progressione di carriera e la impossibilità a passare a mansioni che possano essere progressivamente più gratificanti. Addirittura negli ultimi tempi si comandano a fare le guardie in PS medici di altri reparti, che hanno magari altre competenze specialistiche, e tutto questo senza riconoscimenti economici o con riconoscimenti economici irrisori.

Il calo delle retribuzioni: gli stipendi dei Medici Ospedalieri, non solo bloccati in un contratto già scaduto pre-pandemia ma anzi sono in questi anni calati, perché ai medici, la quota che viene riconosciuta come indennità di risultato, modesta e basata su progetti obiettivo, proveniente da un fondo ad hoc (il fondo di risultato) si è ridotta a causa dell'impoverimento del fondo che è stato utilizzato per pagare i costi extra della pandemia anche per la mancata applicazione regionale del DL Calabria.

Queste e tante altre sono le criticità la cui proposta di risoluzione si sarebbe dovuto prevedere e scrivere nel verbale d'intesa che CIMO non ha sottoscritto.
Senza risposte a tutte queste irrisolte i medici allora continueranno a fuggire dagli ospedali verso il privato ed i giovani medici cercheranno lavoro all'estero, dove le remunerazioni son più adeguate alle responsabilità.
Per cercare di risolvere tutti questi problemi sarebbe necessario un confronto costruttivo, partecipato da tutti i sindacati medici, a tutti i livelli e cercando di mettere in campo le risorse economiche esiziali alla sopravvivenza del SSN/SSR: il ritornello costante è che non ci sono fondi, che le regioni hanno chiesto ma lo stato non dà (e non sono previsti nel PNRR).
Certo noi comprendiamo questa difficoltà in cui le regioni si trovano, ma chi deve essere battere i pugni sul tavolo della Conferenza Stato-Regioni e battere cassa al Ministero della salute, se non le regioni stesse?
Noi, come sindacati, siamo disponibili ad appoggiare le regioni che faranno questo, e mi pare che De Luca in Campania lo stia facendo, così come in Parlamento qualche giorno fa c'è stata una interrogazione sull'argomento da parte dell'On. Errani (che però in passato era stato corresponsabile di alcune scelte negative citate all'inizio, ma se si è ravveduto ne siamo certamente contenti); anche in Consiglio Comunale a Bologna è stato approvato, qualche giorno fa un O.d.G. sul tema.
Piuttosto che chiedere l'autonomia differenziata, accodandosi a Regioni come il Veneto e la Lombardia, in cui la privatizzazione del Servizio Sanitario sta avvenendo a grandi passi, occorre chiedere provvedimenti legislativi urgenti per salvare i reparti di EU e di PS e con essi il SSN.
Visto che la decretazione d'urgenza è stata di recente utilizzata ampiamente in questi anni da tutti i Governi che si sono succeduti, non vedo perché non possa essere ora utilizzata per mettere a disposizione delle Regioni maggiori stanziamenti economici, da destinare anche e soprattutto al personale, e che arrivino però efficacemente e presto nelle tasche dei Medici e del personale sanitario prima che sia davvero troppo tardi, in attesa che si formi un numero adeguato di Medici Specialisti con gli avvenuti aumenti delle borse di studio nelle Scuole di Specializzazione.

La Federazione CIMO-FESMED c'è ed è pronta a dare il suo contributo di idee e azioni.

*** Dott. Salvatore Lumia**
Presidente Regionale Emilia-Romagna
della Federazione CIMO-FESMED.
Presidente Commissione Albo Medici OMCeO
di Bologna

Sostenibilità e Greenwashing

Nicolò de Trizio

Qualche anno fa sono entrate nel nostro vocabolario quotidiano le parole sostenibile e sostenibilità. Applicate un po' ovunque e talvolta anche a casaccio, rileviamo come esse circolino nell'agenda politica come nelle chat con gli amici: tutti difendono un agire sostenibile e dichiarano di praticare la sostenibilità. Che sia frutto di una sensibilizzazione di massa?

Anche il cibo sostenibile fa tendenza. Possiamo dire che è un trend del momento: ricerchiamo cibi sostenibili e siamo disposti a pagarli in sovrapprezzo. Anche se davvero sapessimo come si compone il prezzo di un prodotto biologico scopriremmo che non è vero che "costa di più". Semplicemente contiene tutte le voci buone pulite e giuste che occorre pagare affinché siano frutto di un'economia equa, di prossimità, che generi benessere per tutti.

Nel nome della sostenibilità abbiamo imparato a fare la raccolta differenziata, a usare meno plastica soprattutto se monouso; a prendere la bicicletta un giorno in più e a regolare i consumi elettrici. Insomma: ci stiamo provando! Sfruttando questa accresciuta consapevolezza ambientale, subiamo anche martellanti messaggi pubblicitari che ci decantano la sostenibilità. Per rendere appetibile gli ultimi prodotti sul mercato, dalle acque minerali alle bibite in bottiglia, dai biscotti alle polpette surgelate, dai telefonini alle automobili, ai climatizzatori.

Vi è una domanda di prodotti che ci fanno sentire bene con l'ambiente e attenuano il nostro consumismo. Il mercato risponde inondandoci di prodotti ecologici, biologici, ecosostenibili, integrali, naturali, certificati, ecocompatibili, green, eco-friendly, plastic-free e così via.

Cosa significa sostenibile?

Quando discorriamo di prodotti e sostenibilità sappiamo veramente di cosa stiamo parlando? Sappiamo distinguere un'azione veramente a basso impatto ambientale da un messaggio ingannevole? Eh già, perché improvvisamente le aziende, non solo quelle produttrici di cibo, ma anche quelle della cosmetica, dell'abbigliamento, dell'edilizia, dell'arredamento si sono accorte dell'aumentata sensibilità al pianeta e sono diventate più attente ad andare incontro a questo nuovo sentire collettivo.

Dal 1987 a oggi, il concetto di sostenibilità è cambiato ed è stato negoziato con significati e usi diversi. La maggioranza delle persone lo associa al concetto di ecologia e difesa dell'ambiente. È vero, ma deve essere considerato più ampio e globale, perché riconducibile anche ai significati economico e sociale. I tre aspetti sono da considerarsi inscindibili fra loro in un rapporto sinergico e sistemico: combinati tra loro in diversa misura, vengono impiegati per giungere a una definizione di progresso e di benessere che superi le tradizionali categorie del mercato e della crescita economica basate sul Prodotto Interno Lordo (Pil).

Rammentiamo le parole del Rapporto Bruntland 1987, primo documento in cui si è definito il concetto: *«lo sviluppo sostenibile è uno sviluppo che soddisfi i bisogni del presente senza compromettere la possibilità delle generazioni future di soddisfare i propri».* Per il futuro di noi tutti, che è considerato il primo capitolo di una nuova era, la sostenibilità persegue gli obiettivi del benessere ambientale, sociale ed economico nella prospettiva di lasciare alle generazioni future una qualità della vita almeno non inferiore a quella attuale. Da allora, conferenza dopo conferenza, i capi di Stato hanno adottato la sostenibilità come uno degli obiettivi più importanti dell'agenda politica internazionale.

Nel settembre 2015 i Governi di 193 Paesi membri dell'ONU hanno sottoscritto l'Agenda 2030 individuando 17 Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile – Sustainable Development Goals (SDGs) e 169 sotto-obiettivi: un ambizioso programma d'azione per le persone, il

pianeta e la prosperità, nel quale tutti si sono impegnati a raggiungere il traguardo entro il prossimo decennio. Il documento condivide obiettivi comuni su questioni cruciali come la lotta alla fame ed alla povertà, ma anche acqua ed energia pulite, eliminazione delle disuguaglianze, consumo e produzioni responsabili, il contrasto al cambiamento climatico, protezione dell'ecosistema terrestre, pace e giustizia per tutti. L'Agenda 2030 è un piano d'azione per le persone, il pianeta e la prosperità. L'idea alla base è quella di costruire la pace universale e una maggiore libertà per tutti i popoli. Come? Attraverso la sconfitta della povertà in tutte le sue forme e dimensioni, compresa quella estrema. La decisione comune è quella di liberare l'umanità dalla tirannia della povertà e a mettere in sicurezza il nostro pianeta. Siamo determinati a compiere quei passi coraggiosi e trasformativi verso la resilienza, senza lasciare indietro nessuno. In questo contesto, anche l'Unione europea è impegnata nel recepimento e definizione dei principi dell'Agenda 2030 di sviluppo sostenibile. La Commissione Europea, durante il discorso di apertura della seduta plenaria del Parlamento europeo presieduta da Ursula Von Der Leyen (luglio 2019), ha presentato un ricco programma d'azione da realizzare nei successivi cinque anni, in cui emerge chiaramente la volontà dell'Unione di raggiungere gli obiettivi di sviluppo sostenibile, anche in relazione all'accordo di Parigi sui cambiamenti climatici, e prepara il terreno per una strategia globale dell'UE per gli anni 2019-2024.

Cosa significa greenwashing?

Il vento ambientalista soffia forte, sui consumatori sempre più attenti. Come è stato cavalcato dal mondo imprenditoriale, della produzione? Come rispondono le aziende alla domanda di sostenibilità, salute e genuinità, autenticità? Alcune bene, altre molto male. Come possiamo difenderci da queste ultime? Alcune imprese sfruttano il tema della sostenibilità per incrementare le vendite ma senza crederci davvero. Sviluppano strategie commerciali e promozionali intorno al concetto del "basso impatto ambientale oppure dello spreco zero oppure delle emissioni zero". Queste strategie convincenti e ostentatamente verdi (*green marketing*) si basano sul tentativo di attirare i consumatori facendo leva sulla loro sensibilità ecologica, pubblicizzando qualità che rendono un prodotto *eco-friendly*. Nella maggior parte dei casi non certo per le materie prime oppure per l'intero processo produttivo. Queste aziende si limitano a investire risorse e capitali nella comunicazione di pratiche sostenibili più che nella reale adozione e messa in campo delle stesse: siamo di fronte al fenomeno del *greenwashing*. Nella nostra lingua può definirsi *pubblicità ingannevole* ed è come tale sanzionabile dall'ordinamento giuridico italiano così come di altri Stati nel mondo. Purtroppo molte continuano a farla franca, perché i loro uffici legali sanno come ingaggiare battaglie estenuanti per difendere i propri interessi.

Qualche esempio di greenwashing.

Vi è mai capitato di vedere quegli spot televisivi nei quali potenti SUV sfrecciano silenziosi nelle foreste? Oppure allegre casalinghe sorridono ai loro detersivi biodegradabili al 100%? Vi viene mai il dubbio che non siano amici dell'ambiente?

Una delle aziende di e-commerce più conosciute al mondo si è recentemente scoperta ambientalista ed ha creato un fondo miliardario per attività filantropiche allo scopo di arginare il cambiamento climatico. Questo però non ha fermato o modificato il cuore del suo business, fondato sulla proliferazione di imballaggi (che diventano rifiuti), che viaggiano su un esercito di mezzi di trasporto alimentati da carburanti fossili. Senza nemmeno citare le condizioni dei propri lavoratori. Però, su carta, è un'azienda che sta "transitando" verso un'economia ecologica.

Il mondo del digitale si è espresso a favore della causa ambientalista e – a ben guardare – le sedi delle principali multinazionali dell'algoritmo non hanno ciminiere fumanti; tuttavia esse continuano ad inquinare, soprattutto perché sono grandi energivori: occorrono infatti tantissimi *kwatt* per nutrire le fabbriche di server. E da dove proviene tutta questa energia se non da fonti fossili?

Dicono che l'auto elettrica rappresenti il futuro dei trasporti sostenibili. Lo è davvero?

A grattare sotto la superficie si tratta di uno spostamento della fonte d'inquinamento: non più pompe di benzina ma batterie che funzionano con una presa di corrente, peccato che l'energia continui ad essere prodotta dalle centrali a petrolio, carbone, gas naturale o nucleare, mentre il litio e gli altri minerali rari necessari per l'elettronica stiano creando devastazioni socio-ambientali nelle aree di estrazione. Peccato infine il proliferare di discariche di apparecchiature, come le batterie, che sono difficilmente riciclabili.

Cosa possiamo fare noi consumatori?

Possiamo evitare di cadere nei trabocchetti quotidiani dell'ecologismo di facciata, soprattutto nel momento in cui decidiamo l'acquisto di un prodotto piuttosto che un altro, oppure decidiamo di non acquistare affatto.

Molte aziende produttrici di *fast fashion* lanciano campagne sull'uso di cotone biologico per le quali è fortemente dubbia la sostenibilità "sociale", oppure inseriscono nell'assortimento piccole quantità di capi meno impattanti. Abbiamo davvero bisogno di una maglietta in più o di un ennesimo vestito?

Qualche anno fa sono saliti agli onori della cronaca alcune aziende produttrici d'acqua in bottiglia che reclamizzavano il packaging ad impatto zero, ma questo rappresentava solo una piccola quota dell'intera produzione. È tanto difficile utilizzare una borraccia anche termica, riutilizzabile all'infinito, invece dell'usa e getta?

I supermercati ci raccontano che le buste sono in plastica riciclata, così noi, consumatori attenti e responsabili, ci mettiamo la coscienza in pace e continuiamo tranquillamente a fare le spesa da loro, senza modificare mai il nostro comportamento. E tra gli scaffali troviamo sempre più prodotti cosiddetti biologici, pieni di messaggi *green* che sbandierano l'impegno dei grandi colossi alimentari nella ricerca per la riduzione dell'impatto ambientale, nella promozione di uno stile di vita sano e nell'adozione dei principi dello sviluppo sostenibile. Nel passato recente alcune industrie alimentari, anche italiane, hanno subìto denunce per l'uso massiccio di involucri plastici nonché dell'olio di palma: sono state accusate di distruggere le foreste pluviali, di sottrarre il prezioso habitat agli animali, soprattutto mammiferi, che si avviano così all'estinzione.

È possibile acquistare altri prodotti magari meno noti ma altrettanto buoni? E se invece del supermercato andassimo nei mercati contadini o di comunità a conoscere direttamente i produttori dei nostri alimenti?

Le strategie di *greenwashing* hanno un unico denominatore comune: dichiarare la sostenibilità di un prodotto basandosi solo su attributi generici senza fornire informazioni precise, tecniche, accessibili, documentate. In questo modo spostano l'attenzione del consumatore sui dettagli (la confezione bio) distraendolo dall'intera catena di approvvigionamento, produzione, distribuzione e vendita (che ha impatti ambientali disastrosi). È molto più facile pagare qualche migliaio di euro in pubblicità, che riconvertire l'intero processo produttivo con tecnologie e innovazioni che puntino alla reale decarbonizzazione. Per questo occorre prendere consapevolezza del nostro ruolo di consumatori: dalle singole scelte e comportamenti di acquisto (domanda) dipende l'ampiezza o meno di taluni mercati (offerta) fino al ripensamento totale delle forze produzione-consumo in chiave ecologica.

La GDO italiana

Una recente ricerca dal titolo "*Gli approcci alla sostenibilità della Grande Distribuzione Organizzata (GDO) italiana*" ha studiato le pratiche di sostenibilità e il grado di maturità della Grande Distribuzione Organizzata italiana. L'indagine è stata condotta da Accenture insieme a Jeme, Junior Enterprise dell'Università Bocconi: ha preso in esame tutte le aree e le funzioni organizzative. Le aziende sono state coinvolte attraverso questionari e interviste di approfondimento, condotte tra marzo e aprile 2020. Dai dati raccolti emergono segnali positivi, ma manca ancora un approccio di sistema. La comunicazione risulta essere l'area più sviluppata, mentre l'aspetto più critico riguarda i sistemi di misurazione, ancora acerbi. Inoltre, viene rilevata la necessità di trovare forme di incentivi per favorire i comportamenti sostenibili dei consumatori.

Oggi sono disponibili e fruibili numerosi sistemi di misurazione della sostenibilità, sia

dei servizi sia dei prodotti. Nel nostro settore, quello agroalimentare, il cibo impatta sull'ambiente attraverso molteplici vie. Per misurare tale contraccolpo, si deve tener conto di tutte le fasi della filiera produttiva, ovvero dell'intero ciclo di vita che porta un alimento dal campo fino alla tavola.

Come si misura la sostenibilità.

Per rendere più chiaro il concetto si potrebbe dire che ciascun alimento lascia un'impronta idrica ed un'impronta carbonica: la prima indica quanta acqua dolce viene utilizzata o inquinata per produrre l'alimento tenendo conto anche del luogo in cui viene prelevata l'acqua; la seconda si riferisce invece alle emissioni di gas serra lungo la filiera alimentare di un dato cibo e si misura in grammi di anidride carbonica equivalenti.

Utilizzando questi parametri si potrebbero classificare i cibi in base al loro impatto sull'ambiente. Ad esempio, se si guarda l'impronta idrica, si nota che in cima alla classifica degli alimenti che richiedono il maggior impiego di acqua ci sono quelli di origine animale (carne, pollame), mentre i vegetali occupano le posizioni più basse.

Se fosse possibile informare il consumatore sulla quantità di CO_2 necessaria a produrre carne rossa, ciò potrebbe dissuadere anche la persona più ghiotta all'uso sconsiderato della stessa, comunque indurre maggior consapevolezza che quell'abitudine personale determina un impatto significativo.

Infine è bene tenere presente che le imprese hanno a disposizione numerosi sistemi di misurazione e indicatori per quantificare il grado di sostenibilità di un servizio o di un prodotto: ad esempio gli standard UNI ed ISO. Di conseguenza hanno la possibilità di controllare le produzioni, i loro impatti e impronte, di applicare strategie di sostenibilità efficaci.

Oggi si comincia a ragionare sull'etichetta climatica.

Noi, consumatori finali, possiamo diventare protagonisti di questo tempo: se opportunamente informati potremmo disporre de i mezzi per plasmare, con le nostre scelte, l'offerta del mercato. Uno dei settori su cui possiamo incidere di più è senza dubbio quello alimentare, che rappresenta uno dei campi economici meno sostenibili, responsabile di circa un quarto delle emissioni di gas serra del mondo.

Certo che il percorso verso l'etichettatura climatica (o carbonica-idrica), agendo sull'informazione e la coscienza individuale, sarebbe uno strumento reale ed efficiente per far virare gli acquisti su articoli con punteggi "ambientali" migliori, e quindi più sostenibili.

Anche il consumatore più svogliato, se messo davanti a prodotti analoghi con etichetta climatica, sceglie sempre quello con minore impronta carbonica.

In alcuni paesi scandinavi vi sono i primi tentativi di fornire ai clienti notizie più precise. A Stoccolma è nato il primo negozio climatico in cui la valuta è l'equivalente di anidride carbonica e i clienti hanno un budget settimanale di CO_2. Certo, si tratta dei primi esperimenti, ma la direzione è segnata.

Indagini di mercato hanno evidenziato che oltre due terzi dei consumatori in Europa vedrebbero con favore l'introduzione dell'etichettatura carbonica, che potrebbe migliorare la loro esperienza di acquisto. La maggiore consapevolezza e le scelte più informate rappresentano la svolta per lasciarsi alle spalle le insidie del greenwashing e imporre ai grandi produttori modelli di business meno ingannevoli, quindi maggiormente seri ed aggiornati.

Per saperne di più

- Rapporto Bruntland redatto nel 1987 dalla Commissione mondiale sull'ambiente e lo sviluppo.
- RISOLUZIONE ONU: Agenda 2030 e i 17 Obiettivi di Sviluppo sostenibile. Documento emesso dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite, il 25 settembre 2015.
- Sviluppo sostenibile. Origini, teoria e pratica, di Francesco La Camera (2005)
- Che cos'è lo sviluppo sostenibile? Le basi scientifiche della sostenibilità e il guasto del pensiero unico, di Tiezzi e Marchettini (1999)
- Pensare per sistemi. Interpretare il presente, orientare il futuro verso uno sviluppo sostenibile, di Donella H. Meadows, Stefano Armenia, e al. (2019)
- Gli approcci alla sostenibilità della GDO italiana. Ricerca condotta da Accenture insieme a JEME, Junior Enterprise dell'Università Bocconi, 2020.

Certificato

UNI EN ISO
9001:2015
REG. N. 8540

VILLA BELLOMBRA
RIABILITAZIONE ROBOTICA

Riabilitazione intensiva
con tecnologia robotica
LOKOMAT PRO®
e ARMEO POWER®
per il recupero degli arti inferiori e superiori

L'Ospedale Villa Bellombra è consorziato e associato con:

COLIBRÌ®
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

European Union of Private Hospitals

VILLA BELLOMBRA
PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO

via Bellombra 24
40136 Bologna
tel 051.58.20.95
info@villabellombra.it
www.villabellombra.it

Seguici su facebook

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

sandrostefanelli.com

Aut.San. N. PG 121388 del 13.05.10 © foto: Hocoma, Switzerland

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 15 luglio 2022

COCO GIORGIO	320/04.09.853

***

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
FABIO FRANCESCO BUTERA	Odontoiatra – Ortognatodonzia	349/79.31.655
CUTRUPI RITA DOMENICA	Patologia Clinica e Biochimica Clinica	327/01.61.726
UMBERTO DONATI	Ortopedia e Traumatologia Chirurgia della Mano Medicina Legale e delle Assicurazioni	347/88.53.126

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

Reparti 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

SPINE 360° È IL TITOLO DELLA XII EDIZIONE DEL NURSING ROUND

6 maggio 2022

Spine 360° è il titolo della **XII edizione del NURSING ROUND**, il corso teorico-pratico per operatori di sala operatoria, svoltosi venerdì 6 Maggio in modalità ibrida: residenziale e a distanza.
Entrambe le tipologie sono state accreditate secondo i rispettivi percorsi.
"In particolare quest'anno si chiama **Spine 360°** perché cerchiamo di affrontarla secondo tutti i punti di vista di questa chirurgia" così il direttore della Chirurgia Vertebrale Alessandro Gasbarrini introduce il corso. Il programma scientifico dell'evento vede coinvolti gli esperti dei tumori, dei traumi, delle deformità delle infezioni della colonna vertebrale.
Lo scopo principale dell'aggiornarsi è la presa in carico del paziente e l'ottimizzazione della preparazione del paziente all'intervento chirurgico, riferisce il direttore generale dr. Campagna nel saluto introduttivo.
La seconda sessione è dedicata alle **nuove competenze del team multidisciplinare: priorità e lavoro di squadra.**
L'attenzione a questi ultimi due fattori del lavoro del team ha incrementato le competenze, l'interesse comune, e il coinvolgimento dei partecipanti del corso (136 iscritti) che in modi diversi hanno espresso la loro gratitudine per la qualità delle relazioni.
In particolare ricordo qui alcune delle parole di ringraziamento ricevute dalla dr.ssa Milena Fini, moderatrice della prima sessione assieme al direttore della radiologia Marco Miceli. Esse descrivono l'evento *"opportunità di crescita e collaborazione date affinché possiamo svolgere la nostra attività di ricerca pensando ai pazienti.... Sappiamo (e abbiamo visto) quanto è complesso dedicare tanto costante impegno alla chirurgia ed alla assistenza dei malati mantenendo attenzione e lavoro anche per le nostre collaborazioni. Grazie, quindi, anche da parte di tutti i miei collaboratori. Alcuni erano presenti in aula e sono tornati al laboratorio ancora più stimolati e contenti di essere da voi così coinvolti".*
A dire del Prof. Livio Presutti, che assieme al dr. Gasbarrini ha eseguito l'intervento chirurgico in diretta dalla sala operatoria alla aula delle lezioni, *"uno dei vantaggi della multidisciplinarietà è la didattica oltre il beneficio che ne riceve il paziente, alla fine quasi si diventa interscambiabili. La multidisciplinarietà è un arricchimento reciproco."*
Così ugualmente il dr. Stefano Bandiera, parlando dei tumori della colonna vertebrale, afferma che il paziente metastatico deve essere al centro di una valutazione multidisciplinare.
La terza sessione, moderata dal responsabile scientifico Dr. Riccardo Ghermandi, dedicata alle comunicazioni libere ottenuta attraverso la raccolta di abstract, ha messo a tema la interazione fra le diverse figure professionali, medici ortopedici, infermieri, tecnici di neurofisiopatologia.
Il confronto tra le diverse competenze, discipline e ruoli, rende orgogliosi e gelosi del proprio lavoro.
Un artista francese Jean-Francois Millet, che aveva fatto del lavoro il tema prediletto della sua pittura ha queste parole per esso: «*Ciò che tutto il mondo dovrebbe fare è cercare il progresso nella sua professione, sforzarsi ogni giorno di migliorare, diventare forte e abile nel proprio mestiere e superare il prossimo per abilità e coscienziosità nel lavoro. Questa per me è l'unica strada. Tutto il resto o è sogno o è calcolo.*»
Certamente questo corso ci ha fatto avvicinare ancora di più al nostro lavoro.
Per la segreteria scientifica del corso Anna Maria Nicolini

***

RELAZIONE SUL CONVEGNO AIDM BOLOGNA "SESSUALITÀ E PROCREAZIONE FEMMINILE: CRITICITÀ E SOLUZIONI"

Sala degli Anziani - Palazzo d'Accursio, 21 maggio 2022
Associazione Italiana Donne Medico Bologna

La relazione introduttiva della dr.ssa Margherita Arcieri, geriatra e gerontologa, ha ribadito i concetti cardine della Medicina Genere-specifica, cioè, che la medicina attuale, sempre più personalizzata, non può non tenere conto delle differenze di genere (socio-culturali e non biologico-sessuali) esistenti nei diversi ambiti della medicina e dello stile di vita (prevenzione, cura e assistenza).

A seguire, la relazione congiunta della dr.ssa Debora Marchiori e della dr.ssa Franca Marchesini dal titolo "Dolori sessuali: aspetti urologici e ginecologici".
Molti, e molto spesso non riferiti dalle pazienti, sono i disturbi dell'attività sessuale femminile che possono essere legati a calo del desiderio, difficoltà a raggiungere l'eccitazione o il piacere, difficoltà a raggiungere l'orgasmo oppure dolori durante il rapporto. In questa ultima situazione includiamo la dispareunia, il vaginismo e la vulvodinia che influenzano, spesso drammaticamente, e compromettono severamente la normale attività sessuale.
Le cause che possono scatenare queste situazioni sono tante e varie, e includono, soprattutto, problematiche legate a deficit ormonali. A queste si aggiungono anche problemi neurologici muscolari o patologie tiroidee. Molto spesso i disturbi della sfera sessuale si associano anche a disturbi urinari e del retto per coinvolgimento dell'uretra, della vescica e dell'intestino; quindi, le pazienti manifestano un corteo sintomatologico che coinvolge più distretti generando, nei casi più gravi, una vera e propria sindrome.
L'approccio terapeutico prevede quindi da una parte l'esplorazione dei vari aspetti e delle cause che possono generare i dolori sessuali, iniziando da quelli psicologici, alla valutazione del benessere delle mucose uro-genitali fino a comprendere anche la terapia del dolore, dall'altra l'intervento multispecialistico finalizzato ad una gestione di tutte le componenti responsabili del dolore durante i rapporti.
Tutti i temi suddetti sono stati ripresi nel corso della tavola successiva presieduta dalla Prof.ssa Silvana Grandi che ha introdotto il fondamentale concetto che, così come ormai da tempo la fertilità si definisce un problema di coppia, altrettanto di coppia è il problema del dolore sessuale che colpisce una donna.
Il dr. Bertaccini, con la sua esperienza professionale, ha portato esempi di uomini che sono in una rela-

CORSO DI FORMAZIONE DI ACCOMPAGNAMENTO AL FINE VITA: CONOSCERE LA MORTE, BISOGNO DELL'UOMO

in collaborazione con la Associazione "Dare Protezione" ONLUS di Livorno.
Patrocini: Unione Buddhista Italiana, Rete Italiana delle Cure Palliative,
Regione Emilia-Romagna, Città di Bologna, ODM Bologna
Ore del corso: 40 Partecipanti: 21
Borse di studio erogate a membri della Comunità Buddhista Italiana: 10

Sintesi
Il morire nella cultura odierna, tabù e bisogni inesplorati.
I bisogni ed i vissuti del morente, della famiglia, degli operatori, delle persone a vario titolo vicine al morente. Il dolore totale.
Il rapportarsi alla propria morte: riconoscere le proprie emozioni.
La dimensione spirituale e la dimensione religiosa del morire, la pratica meditativa di consapevolezza.
Quale relazione col morente: aspetti comunicativi, ascolto profondo, sostegno nel processo di separazione.
Il lutto ed il sostegno a chi resta.
Raggiungimento di una visione integrata del vivere e del morire.
Comprensione degli aspetti del morire come processo di separazione da: un ruolo, un corpo, una identità.
Comprensione del concetto di dolore totale.
Riconoscimento dei molteplici aspetti spirituali, trasversali alle religioni ed alla laicità, nel processo del morire (dolore spirituale, bilanci di vita, pacificazione dei sospesi...)
Comprensione del ruolo di familiari, amici, operatori, volontari nella possibilità di facilitare/ostacolare il processo di separazione reciproco.
Comprensione dei meccanismi del lutto.
Acquisizione di alcuni strumenti specifici da utilizzare durante il processo del morire proprio e/o altrui: comunicazione col morente e con la famiglia, le pratiche meditative e/o di preghiera nelle varie tradizioni spirituali, l'ascolto profondo di sé e dell'altro.

Cordiali saluti
Dott. PAOLO ROBERTI di SARSINA
Presidente e Amministratore Delegato

zione intima sessualmente ed in un legame significativo con una donna "addolorata" nella sfera genito-urinaria. La tavola rotonda è stata arricchita da testimonianze professionali, ma anche personali, sia dei relatori che dei partecipanti al congresso.
Alla ripresa dei lavori, l'ostetrica Francesca Bandiera ha accennato alla storia del parto in acqua, a partire dalle prove pionieristiche dell'ostetrico francese Dr. Frederik Leboyer, che nel 1960 sviluppò la pratica di immergere i neonati nell'acqua calda per ridurre il trauma del parto. Si è poi dilungata sulle modalità dello stesso, sui vantaggi e suoi rischi. È possibile accedere a tale modalità alternativa di partorire solo se vi sono le condizioni cliniche giuste in quanto, seppur apparentemente molto naturale, è pur sempre una situazione rischiosa sia per la madre che per il bambino. Deve essere quindi effettuato in ambiente protetto ed in sicurezza per eventuali complicanze, così come avviene nella nostra Ausl Bologna. L'immersione in vasca della donna gravida durante la prima fase del travaglio a basso rischio, riduce il dolore ed il ricorso ad analgesia epidurale senza rischi rilevanti per il bambino. Tale modalità in ambiente protetto permette anche il coinvolgimento maggiore del partner della donna e padre del bambino, rispetto ad un parto più medicalizzato.
La dr.ssa Lesi ha evidenziato come per la medicina tradizionale cinese l'essere umano è un'identità complessa che non può essere analizzata nelle sue singole parti, ma inscindibile nella sua globalità e che inoltre fa parte di un sistema più ampio e complesso in cui è inserito, il mondo naturale di cui condivide le leggi. La salute è data dall'equilibrio fra l'uomo e l'ambiente che lo circonda e la malattia è la rottura di questo equilibrio. Secondo la medicina cinese, la prevenzione infatti è parte fondamentale per una vita sana. L'Agopuntura, è una delle metodiche usate in MTC per sostenere l'organismo, favorendo l'autoguarigione. Gli aghi, sterili e monouso, vengono infissati in zone specifiche della cute provocando eccitazione e il conseguente squilibrio funzionale organico e psichico del corpo. Agisce attivando meccanismi nervosi e bioumorali (endorfine, serotonina, ormoni) per riequilibrare le funzioni alterate dell'organismo a causa della malattia. In Ostetricia e ginecologia, l'agopuntura e le metodiche affini come l'agopressione sono considerate utili per: dismenorrea, vomito gravidico, mal posizione fetale, induzione ed analgesia del parto, sindrome menopausale. In particolare in letteratura si trovano studi e revisioni sistematiche (1295 articoli al 09 05 22 su PUB Med) che sottolineano l'utilità clinica dell'agopuntura e l'agopressione nella Nausea Gravidica, nella lombalgia, nel dolore da parto, nella mal posizione fetale, l'ansia e insonnia, nell' ipogalattia. In Toscana l'agopuntura e il moxibustione sono offerte nel percorso nascita e dalla 36 settimana di gravidanza per il rivolgimento podalico e per la preparazione al parto. In Regione Emilia Romagna è stato redatto un documento in cui sono descritte tutte le indicazioni in cui la RER si è impegnata a proporre progetti di studio ed in particolare l'agopressione per il dolore da parto, il moxibustione per il rivolgimento podalico e agopuntura per gli effetti collaterali da terapie antineoplastiche (da poco concluso con ottimi risultati). In conclusione l'agopuntura e le metodiche affini sono opzioni importanti per il miglioramento della salute delle donne e della donna in gravidanza.
Nel successivo contributo della dr.ssa Samantha Giudice, psicoterapeuta esperta in pratiche corporee, si ricorda che vi sono tecniche di consapevolezza" sul qui ed ora" (mindfulness o meditazione consapevole, tecniche respiratorie) che, praticate fin dal periodo gestazionale, meglio se esercitate insieme al partner, possono ridurre il dolore del parto e aumentare il senso di controllo sullo stesso. Il concetto centrale è quello di una prospettiva "circolare": nell'unità mente-corpo, i neuropeptidi ed i recettori rappresentano le basi biochimiche delle emozioni e che le emozioni possono influenzare sia la salute che la malattia (Pert 1985). La paura associata al parto, se pervasiva e con il timore di non farcela, e al rifiuto dell'esperienza, porta ad un aumento della rigidità muscolare e dei tessuti, al blocco del respiro, l'intolleranza della paura e la non accettazione dell'andamento della curva del dolore (onda) genera un circolo vizioso di dolore continuo (abbassamento della soglia di tolleranza del dolore). La respirazione diaframmatica è la migliore per la gravidanza ed il parto che può essere praticata anche camminando durante la gravidanza, oltre che da seduta, così come dopo la nascita insieme al bambino e al padre dello stesso. Infatti, così come accade per il programma di Mindfulness-based childbirth and Parenting Program (Nancy Bardrake), praticare le tecniche di rilassamento in due consente la prevenzione della depressione perinatale nella coppia genitoriale.
Nella sua relazione la dr.ssa Concetta Stornante distingue la sintomatologia della c.d. Maternity Blues dalla depressione post partum vera e propria. Non disponiamo di dati epidemiologici italiani aggiornati, ma si stima che nel nostro paese siano oltre 90.000 le donne che soffrono di disturbi de-

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:

COLIBRÌ® E PLURIBUS UNUM CONSORZIO OSPEDALIERO

ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITÀ PRIVATA

Uehp European Union of Private Hospitals

Ricoveri ospedalieri

Post acuzie

Riabilitazione

Pazienti affetti da disordini 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

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 COLIBRÌ

CERTIFICATA

Aut.San. PG.N. 25139/2017

pressivi e di ansia nel periodo perinatale (dalla gravidanza sino ai dodici mesi successivi al parto). Il controllo della fecondità, la gravidanza e il periodo che ne segue, sono ambiti comprendenti fattori Genere-specifici molto significativi come: l'accesso ai metodi contraccettivi ed il loro consapevole uso, la libertà nel rapporto sessuale, la medicalizzazione dell'esperienza gravidica, l'ospedalizzazione nel parto, famiglie mononucleari o donne singole, la perdita di rete sociale che caratterizza gli ultimi decenni, la mancanza di trasmissione del sapere materno ed ostetrico in modo informale prima e dopo il parto, la mancanza di sostegno parentale e coniugale dopo il parto, le difficoltà economiche eventuali e la solitudine in senso lato. Se la Maternity Blues può essere considerata fisiologica, durare circa 15 giorni e risolversi, la depressione post partum può insorgere dopo uno-tre mesi, essere sottovalutata, perdurare per anni con sintomi sottotraccia o conclamati ma ritenuti connessi alla fatica dell'accudimento della prole. Sarebbero molto utili linee guida diagnostiche che permettano specialmente la lettura dei segnali premonitori di psicosi post partum e dell'evoluzione più drammatica della stessa: suicidio e/ infanticidio.

***

LA SINDROME DI NOONAN: ASPETTI GENETICI E CLINICO-TERAPEUTICI

Incontro Regionale Emilia – Romagna Bologna, 27 maggio 2022

Il giorno 27/05/2022 si è svolto a Bologna, c/o l'hotel Savoia, dalle ore 14.00 alle ore 18.00, l'Incontro Regionale Emilia Romagna: "La Sindrome di Noonan: aspetti genetici e clinico-terapeutici".
Responsabile scientifico: dottoressa Emanuela Scarano, Responsabile SS-UO Malattie Rare Congenito-Malformative, Centro Hub Regionale delle MR Pediatriche, U.O. Pediatria, IRCCS Policlinico di Sant' Orsola di Bologna.
L'incontro ha avuto il Patrocinio dell'Ordine dei Medici di Bologna, dell'Alma Mater Studiorum Università di Bologna, del Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna, del Policlinico di Sant'Orsola, della SIEDP e della SIMGEPED.
La sindrome di Noonan è una condizione genetica con prevalenza di circa 1:1-2000 nati vivi e fa parte di un gruppo di disordini del neurosviluppo chiamati Rasopatie. I segni clinici più caratteristici sono la bassa statura, i dismorfismi facciali tipici, le cardiopatie congenite e i difetti coagulativi. Meno frequenti ma comunque descritti sono le malformazioni renali e gastrointestinali, le alterazioni orodentali, il criptorchidismo nei maschi, le alterazioni puberali e neurologiche e i disordini mieloproliferativi. Un vero ritardo dello sviluppo psico-motorio è presente solo in una quota di pazienti (circa 25% dei casi) ma sono comuni i disturbi comportamentali.
In considerazione della variabilità clinica della condizione e del coinvolgimento multiorgano, è fondamentale diffondere la conoscenza per garantire ai pazienti e alle famiglie una diagnosi precoce ed una presa in carico adeguata.
Inoltre, da oggi, è possibile secondo nota AIFA 39, valutare la possibilità di avviare la terapia con ormone della crescita biosintetico, indipendentemente dalla presenza di un deficit secretivo.
L'apertura dei lavori è stata fatta dal Prof. Andrea Pession, Direttore della UOC di Pediatria dell'IRCCS Policlinico di Sant'Orsola con la partecipazione della dott.ssa Chiara Gibertoni, Direttore Generale IRCCS Policlinico di Sant'Orsola e della dott.ssa Elisa Rozzi, referente per le Malattie Rare della Regione Emilia-Romagna
All'incontro hanno preso parte, in qualità di relatori e moderatori, alcuni dei massimi esperti di Sindrome di Noonan a livello nazionale ed internazionale.
Il Prof. Marco Tartaglia, Responsabile dell' Unità di Ricerca di Genetica Molecolare e Genomica Funzionale dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma, moderato dal Prof. Andrea Pession, ha aperto il congresso con la lettura magistrale dal titolo "La sindrome di Noonan: dalla genetica alla clinica".
Il Prof. Tartaglia, esperto di fama mondiale nel campo delle Rasopatie, ha descritto l'evoluzione della genetica e il percorso di scoperta nel tempo dei numerosi geni coinvolti nello sviluppo delle Rasopatie. Ha quindi portato in evidenza l'importanza della genetica e le sue novità che confermano che siamo di fronte ad un mondo su cui si sa tanto ma molto è ancora da definire.

La prima sessione del congresso, con focus sugli aspetti endocrinologici ed assistenziali dedicati al paziente con Sindrome di Noonan, è stata moderata dalla Prof.ssa Laura Mazzanti, pediatra endocrinologa e professore dell'Alma Mater Studiorum di Bologna e dal Prof. Marco Seri, Direttore della UOC di Genetica dell'IRCCS Policlinico di Sant'Orsola. La prima relazione è stata della Prof. ssa Maria Elisabeth Street, Responsabile della Clinica Pediatrica dell'Università di Parma, che ha portato in evidenza le comorbidità endocrinologiche associate alla Sindrome di Noonan tra cui il criptorchidismo e il ritardo puberale. La seconda relazione è stata presentata dalla Dott.ssa Federica Tamburrino, Pediatra presso la SS-UO di Malattie Rare Congenito-Malformative, UOC di Pediatria, IRCCS Policlinico di Sant' Orsola che ha parlato della terapia con ormone della crescita nella condizione con particolare attenzione alle recenti modifiche della Nota AIFA 39 che pone indicazione alla prescrivibilità del GH anche in assenza di deficit.
La terza relazione della sessione è stata presentata dalla Dott.ssa Emanuela Scarano, Responsabile della SS-UO di Malattie Rare Congenito-Malformative, UO di Pediatria, IRCCS Policlinico di Sant' Orsola. È stata portata alla luce l'importanza del PDTA (protocollo diagnostico terapeutico assistenziale) come strumento di uniformità di gestione dei pazienti affetti da Sindrome di Noonan. In Emilia-Romagna un PDTA su tale condizione è stato già strutturato da diversi anni sotto la coordinazione del Centro Hub e con la partecipazione dei rappresentanti dei centri Spoke ed è stato aggiornato agli inizi del 2022.
La II sessione dell'evento, moderata dalla Dott.ssa Scarano e Dott.ssa Tamburrino, ha approfondito alcune tematiche fondamentali e non trascurabili nella Sindrome di Noonan, quali gli aspetti cardiologici, oncoematologici e psicologici e le relative implicazioni nella vita quotidiana.
La prima relazione relativa alle Problematiche Cardiologiche nella Sindrome di Noonan, è stata

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

presentata dalla Dott.ssa Daniela Prandstraller, Referente della Cardiologa Pediatrica dell'AUSL Romagna. La relazione ha rafforzato il concetto della necessità di una stretta collaborazione con i Cardiologi, in particolar modo per la valutazione della cardiomiopatia ipertrofica che comunque non deve essere considerata una controindicazione assoluta alla terapia con l'ormone della crescita biosintetico.
La relazione successiva, presentata dalla Dott.ssa Ilaria Mariotti, Dirigente Medico in Oncoematologia Pediatrica presso il Policlinico di Modena, ha trattato il rischio oncologico associato a mutazioni genetiche specifiche della via RAS-MAPK per le quali potrebbe essere controindicata la terapia con l'ormone della crescita. Si è inoltre discusso circa le indagini necessarie a cui sottoporre i pazienti in corso di terapia. Dai dati presenti in letteratura la sicurezza dell'ormone della crescita al momento sembra buona ma andrà valutata nel tempo.
Infine, la Dott.ssa Maura Foresti, psicologa e psicoterapeuta che da anni collabora con la SS-UO Malattie Rare Congenito-Malformative, U.O. Pediatria, IRCCS Policlinico di Sant' Orsola di Bologna, ha portato in evidenza gli aspetti psicologici della condizione, mettendo in luce il coinvolgimento non solo del bambino affetto ma anche dell'intero ecosistema in cui esso vive (famiglia, scuola, amicizie, ecc.). Si è data evidenza all'importanza di un supporto psicologico necessario sia alla diagnosi che nella gestione del follow-up.
Conclusione: la gestione dei pazienti con Sindrome di Noonan deve essere coordinata da un Pediatra esperto in Malattie Rare e prevedere, come requisito fondamentale, una multidisciplinarietà per le diverse problematiche presenti. Nel percorso è fondamentale il coinvolgimento consapevole dei Pediatri di libera scelta che possono fornire un grande aiuto nel follow-up. Altro elemento rilevante è rappresentato dall'intervento psicologico da parte di personale esperto nella condizione che deve essere garantito nel follow-up. Un ulteriore punto cruciale sul quale sarà necessario lavorare è poi rappresentato dal percorso di transizione all'età adulta.

Dott.ssa Emanuela Scarano Responsabile Scientifica

***

ECOGRAFIA CONMDC (CEUS) EECO-COLORDOPPLER VASCOLARE: DALLE LINEE GUIDA ALLA PRATICA CLINICA

16 -17 giugno 2022

Il 16 e 17 giugno scorsi si è tenuto l'evento formativo con accreditamento ECM promosso e diretto dai dottori Andrea Domanico ed Esterita Accogli, rispettivamente Responsabile del Programma Dipartimentale Ecografia Internistica dell'Ospedale Maggiore di Bologna e Responsabile della Scuola di Ecografia afferente allo stesso Programma Dipartimentale. Il corso, svoltosi in modalità telematica, ha suscitato grande interesse con 90 adesioni da tutta Italia e con ambiti di specializzazione vari con particolare prevalenza della Medicina Interna.
Il webinar ha affrontato temi ecografici di secondo livello, in due pomeriggi, il primo dedicato all'aggiornamento sulle applicazioni dell'ecografia con mezzo di contrasto (CEUS), secondo le più recenti Linee Guida, nella caratterizzazione delle lesioni focali epatiche e nei setting clinici extraepatici più frequenti, nei quali la CEUS viene utilizzata nella pratica clinica quotidiana, con indicazioni, vantaggi e limiti della metodica.
Il secondo pomeriggio è stato dedicato all'eco color Doppler vascolare dei distretti arteriosi e venosi periferici, con descrizione dei quadri morfologici e flussimetrici nella diagnosi dell'arteriopatia periferica e del tromboembolismo venoso.
L'incontro è stato occasione di confronto con gli esperti sui vari argomenti trattati con una parte interattiva con discussione di casi clinici; in particolare nel secondoincontro, si è tenuta una discussione interattiva sull'eco-color Doppler vascolare in cui, a partire dall'imaging, è stato effettuato un focus sulla gestione terapeutica, secondo le più recenti evidenze scientifiche e le linee guida diriferimento.

In palazzo storico di Piazza dei Martiri (Bologna) munito di ascensore e servizio di portierato sono disponibili 2 stanze libere da arredo in studio medico condiviso con collega odontoiatra. Canone richiesto euro 500,00 incluse spese condominiali. Cell. 349/4914773. No odontoiatra.

Si selezionano medici di Pronto Soccorso, medici per Guardie in Medicina Interna e per Guardie Interdivisionali, Psichiatri, Ginecologi, in regime di libera professione, per incarichi nelle regioni: Piemonte, Liguria, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Marche. A tutti i nostri collaboratori garantiamo le migliori opportunità di crescita professionale ed economica, continuità di servizio e soluzioni logistiche ed organizzative efficienti e personalizzate. Chi fosse interessato può inviare il proprio CV a turnistica@novamedica o contattare il numero 345/2672881.

Si ricerca Medico per collaborazione con Guardia Medica Privata per Bologna e zone limitrofe. Se interessati contattare il numero 051-224466 o inviare curriculum a info@newhelp.it. L'orario di segreteria è il seguente: dal lunedì al giovedì dalle 8:30 alle 16:00 e il venerdì dalle 8,30 alle 12,30.

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

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