Bollettino Notiziario

anno LIII - N° 12 dicembre 2022

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

IN QUESTO NUMERO

- **Intervento integrale del Ministro Prof. Orazio Schillaci alle Commissioni di Camera e Senato: Igiene e Sanità 6 dicembre 2022**, p. 4
- **Dalla scimmia al cyborg,** Alessandro Mazzocchi, p. 13
- **Il SSN è ancora un valore della Repubblica?,** Luigi Bagnoli, p. 18
- **La Sindrome del Vomito Ciclico (CVS),** Giancarlo Caletti, p. 20

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 REDATTORE
Dott. Paolo Cernuschi

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

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

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

Autorizzazione Tribunale di Bologna n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa: Renografica - Bologna

Il Bollettino di Novembre 2022 è stato consegnato in posta il giorno 27/12/2022

Direzione, redazione e amministrazione:
via Zaccherini Alvisi, 4 - Bologna
Tel. 051 399745
www.odmbologna.it

SOMMARIO

ANNO LIII - DICEMBRE 2022 N° 12

ARTICOLI

Auguri di fine anno • **3**

6 dicembre 2022 - Intervento integrale del Ministro Prof. Orazio Schillaci alle Commissioni congiunte di Camera e Senato: Igiene e Sanità • **4**

Dalla scimmia al cyborg • **13**

Il SSN è ancora un valore della Repubblica? • **18**

La Sindrome del Vomito Ciclico (CVS) molto frequente ma poco conosciuta • **20**

NOTIZIE • 24

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **24**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **24**

LETTERE • 26

CONVEGNI E CONGRESSI [RELAZIONI] • 29

PICCOLI ANNUNCI • 32

In copertina:

Ritratto del dottor Paracelso
Quentin Metsys (1466? - 1530)
Museo del Louvre, 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

Auguri di fine anno

Vittorio Lodi

***Fine del '68* di Eugenio Montale («Satura», ed. Mondadori 1971)**

Ho contemplato dalla luna, o quasi,
il modesto pianeta che contiene
filosofia, teologia, politica,
pornografia, letteratura, scienze
palesi o arcane. Dentro c'è anche l'uomo,
ed io tra questi. E tutto è molto strano.
Tra poche ore sarà notte e l'anno
finirà tra esplosioni di spumanti
e di petardi. Forse di bombe o peggio,
ma non qui dove sto. Se uno muore
non importa a nessuno purché sia
sconosciuto e lontano.

Siamo arrivati ad un'atra conclusione di un anno che, come sempre, si chiude tra stanchezza, timori e speranze.
Tra il 2019 e il 2021 8 mila medici hanno lasciato il SSN, si tratta di circa sette colleghi al giorno che non si sono più ritrovati nell'attuale organizzazione e gestione del SSN e dei sistemi sanitari regionali scegliendo così, prevalentemente, il settore privato. Nei prossimi anni si prevede che 35 mila medici abbandoneranno il SSN, non solo per la pensione. Ciò consegue al disagio ormai da tempo lamentato e che ha trovato grande eco anche nella recente manifestazione sindacale svoltasi a Roma. Tale disagio diviene preoccupazione e sofferenza del cittadino, che ad esempio incomincia ad avere difficoltà nella ricerca del proprio medico di famiglia (vecchia definizione ma ancora cara a tanti cittadini).
Nel corso della recente manifestazione romana il presidente della FNOMCeO, Dott. Filippo Anelli, ha ricordato come ad oggi la finanziaria allochi 4 miliardi in più sul Fondo sanitario che si affiancano ai circa 15 miliardi del PNRR però, incredibile ma vero, non c'è una risorsa per il personale sanitario. Senza professionisti difficilmente si realizzerà un SSN efficiente ed efficace e veramente al servizio della Salute dei cittadini.
Uno studio americano, basato su modelli informatizzati della trasmissione della COVID-19, evidenzia cosa sarebbe successo senza le circa 650 milioni di dosi di vaccino somministrate negli USA:
119.851.779 infezioni da SARS-CoV-2 in più; 18.585.131 di ulteriori ospedalizzazioni; 3.255.656 morti in più.
La campagna vaccinale contro il COVID-19 in Italia ha permesso di evitare circa 8 milioni di casi, oltre 500.000 ospedalizzazioni, oltre 55.000 ricoveri in terapia intensiva e circa 150.000 decessi. La stima, che si riferisce al periodo tra il 27 dicembre 2020, data di inizio della campagna vaccinale, e il 31 gennaio 2022, è riportata nel rapporto 'Infezioni da SARS-CoV-2, ricoveri e decessi associati a COVID-19 direttamente evitati dalla vaccinazione' appena pubblicato dall'Istituto Superiore di Sanità.
Pur tra inevitabili errori e ritardi il nostro SSN è stato in grado di dare una forte risposta alla pandemia portando a quei risultati che permettono, oggi, di vivere in una situazione del tutto differente rispetto al Natale del 2020 e del 2021.
Affrontiamo, quindi, in nuovo anno con fiducia ma consci che alla Politica toccano oggi, più che mai, scelte precise e chiare per la salute dei cittadini.

6 dicembre 2022 - Intervento integrale del Ministro Prof. Orazio Schillaci alle Commissioni congiunte di Camera e Senato: Igiene e Sanità

Ben volentieri ospitiamo sulle pagine del nostro Bollettino l'intervento del Ministro della Salute Prof. Orazio Schillaci presso la XI Commissione Igiene e Sanità del Senato.

"Il Ministro Schillaci ha presentato la Sua agenda il 6 dicembre u.s. presso la XI Commissione Igiene e Sanità del Senato.È stata compiuta una analisi corretta ed impietosa dell'attuale stato del Servizio Sanitario Nazionale. Ha constatato lo stato di forte difficoltà in cui versa il SSN a causa delle dissennate azioni di definanziamento di tutti i Governi degli ultimi anni che hanno portato a forte ridimensionamento del personale medico e sanitario. Ha rilevato come lo stato di disaffezione del personale medico sia dovuto anche alla carenza, ormai cronica, di personale che costringe a turni di lavoro particolarmente usuranti ed ha spinto molti medici ad abbandonare il SSN per altri lidi, quelli privati che offrono remunerazioni molto più consistenti ed orari di lavoro più accettabili. Ha preso atto della necessità di dare maggiore soddisfazione economica alla nostra categoria che si è vista ridimensionare negli anni il proprio potere di acquisto. In una visione a 360 gradi propone interventi che potranno essere certamente di ausilio a sollevare le sorti del SSN e portare al rispetto degli articoli 32 e 2 della Costituzione cui il Ministro si è riferito.

In particolare, vorrei sottolineare alcune delle parole utilizzate dal Ministro che se avranno un seguito potranno veramente invertire l'attuale declino del nostro SSN.

Così, sicuramente encomiabile è il richiamo all'"attenzione al capitale umano del SSN", è infatti l'operatore sanitario che rappresenta la faccia del sistema sanitario difronte al cittadino e solo una attenta e corretta gestione di questo capitale umano può costruire un buon sistema sanitario. La "qualità del sistema" richiamata dal Ministro se non vuole essere solo di facciata parte da questo capitale.

Grande attenzione merita il passaggio ove è riportato il mancato "passaggio di quella conoscenza esperienziale tra generazioni che dovrebbe caratterizzare il rapporto lavorativo tra professionisti anziani, con una lunga storia di impegno quotidiano in corsia, ed i giovani professionisti", questo costituisce un punto fondamentale, oggi particolarmente critico, per il mantenimento di un servizio sanitario efficace.

Fondamentale è anche il riferimento alle condizioni di lavoro del personale "anche al fine di ridurre le condizioni di rischio che favoriscono, in particolare nei servizi maggiormente critici, persino l'emergere di episodi di violenza in danno degli operatori sanitari". Certamente l'attenzione va posta sulla necessità di prevenire e ridurre gli episodi di violenza nei confronti degli operatori sanitari ma altrettanta attenzione va riservata alle condizioni di lavoro che devono permettere l'attuale prolungamento della vita lavorativa dell'operatore sanitario, senza determinare un maggior rischio di infortunio e di danno alla salute, ma, anzi, innescando un meccanismo che possa portare a quel trasferimento di esperienza cui si è prima accennato.

Ancora la fidelizzazione dei professionisti alle strutture pubbliche rappresenta la carta da giocare, in primo luogo, per la salute del cittadino. Ma per la fidelizzazione servono interventi non solo sul piano economico ma su tutta quanto prima accennato e per quanto riguarda ad esempio le reti territoriali può conseguire solo alla "valorizzare il ruolo del medico di medicina generale e degli altri professionisti del territorio", come indicato dal Ministro.

Certamente cruciali sono i citati temi della ricerca sanitaria e della digitalizzazione, ma anche alla base di questi temi vi è la risorsa umana.

Buon lavoro Signor Ministro!

Gentile Presidente, desidero innanzitutto ringraziare Lei e i membri di questa Commissione per l'invito ricevuto che mi consente di fornire indicazioni generali in ordine agli indirizzi relativi alle politiche del Dicastero di cui ho la responsabilità.

Infatti, è mia convinzione – così come lo è di tutto il Governo di cui ho l'onore di far parte – che la nostra attività debba basarsi su un confronto costante tra Esecutivo e Parlamento, con la volontà di realizzare un dialogo pieno ed ef-

fettivo nel corso del lavoro parlamentare. Sono, peraltro, convinto che, come avvenuto finora, il lavoro seguito da questa autorevole Commissione sarà basato su un esame obiettivo dei temi all'attenzione, volto a privilegiare il consenso e l'interlocuzione oggettiva, rispetto a mere logiche di schieramento politico.
Chiarita questa, che ritengo una pre condizione di metodo, nel merito non posso che ricordare il presupposto del mio operato che è, con ogni evidenza, l'articolo 32 della Costituzione, che garantisce il diritto alla salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, e assicura cure gratuite agli indigenti: il diritto alla salute costituisce un diritto inviolabile dell'uomo, ai sensi dell'articolo 2 della Costituzione.
Nonostante la tutela costituzionale di tale diritto, occorre constatare come alla fine dell'emergenza pandemica, il servizio sanitario nazionale (SSN) si trovi di fronte ad una serie di criticità assai rilevanti, per le quali necessita destinare iniziative concrete e, ove occorra, specifici e ulteriori finanziamenti.
Con queste indispensabili premesse, passo adesso ad illustrare le questioni di fondo su cui intendo sviluppare le linee di azione della mia mission istituzionale:

a) In ordine al grande tema della riorganizzazione e del potenziamento della medicina territoriale, al fine di garantire sull'intero territorio nazionale l'assistenza sanitaria e le cure, è mia intenzione dare attuazione alla riforma del decreto n. 77 del 23 maggio 2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".
Prima di entrare nel merito dei contenuti della riforma, mi preme sottolineare che in via prioritaria è necessario intervenire per garantire alle regioni le risorse necessarie ad assicurare la piena attuazione e funzionalità della riforma, soprattutto con riferimento agli anni successivi al periodo di programmazione del PNRR. Infatti, la non congruità delle risorse è stato il motivo che ha reso le regioni diffidenti nei confronti del nuovo Regolamento sugli standard dell'assistenza territoriale.
Ciò in quanto, da un lato il PNRR non risolve la questione delle carenze di personale, non rappresentando, come rilevato anche in documenti ufficiali, lo strumento idoneo al finanziamento di spese correnti continuative; dall'altro, si pone uno specifico problema di sostenibilità economica della realizzazione delle Case della Comunità. Segnalo che al Mezzogiorno è assegnata una riserva di risorse aumentata del 45 per cento, in ragione del maggiore fabbisogno nelle regioni del sud e delle isole, che dispongono di un minore numero di strutture sul territorio. Orbene, se è vero che alcune regioni, come Emilia Romagna e Toscana, dispongono già di più strutture di quanto indicato come obiettivo dal PNRR, altre non ne hanno affatto e non sono collocate esclusivamente nel Mezzogiorno.
Pertanto, il finanziamento dei costi di funzionamento dei nuovi servizi da realizzare (ospedali potenziati, assistenza domiciliare estesa, case e ospedali della comunità) e, in particolare, delle spese per il personale, gli eventuali risparmi legati alla riorganizzazione e al miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza, il costo dell'assistenza domiciliare, rappresentano preoccupazione per le regioni riguardo le risorse da reperire, di cui intendo farmi carico. Pertanto, ribadisco il mio impegno ad ottenere garanzia sulle coperture finanziarie, le quali, in ordine alla questione del personale, oltre a riguardare i vincoli finanziari e le regole sui tetti di spesa, consistono anche nel reperire le adeguate professionalità, nonché il ruolo dei medici dell'assistenza primaria con riferimento alle Case della comunità.
Nel merito, il regolamento si colloca appieno nell'ambito del PNRR, che rappresenta il motore per la programmazione delle riforme e degli investimenti che il Ministero della salute prevede di attuare entro il 2026 per promuovere la salute, la sostenibilità e l'innovazione digitale.
Particolare enfasi è da porre sulla Component 1 (M6C1), alla quale sono stati destinati 7 miliardi di euro. Tale componente si articola in una riforma e in tre linee di investimento da attuare entro la metà del 2026, per potenziare i servizi assistenziali territoriali quali punti di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per la popolazione.
Delle tre linee di investimento:
– *L'investimento* 1.1 (2 miliardi di euro): "Case della Comunità e presa in carico della persona" prevede l'attivazione di 1.350 Case della Comu-

nità, per promuovere e realizzare progetti di salute con particolare attenzione alle condizioni legate alla cronicità e alla fragilità del paziente.
– *L'investimento 1.2* (4 miliardi di euro): "Casa come primo luogo di cura e telemedicina" mira alla presa in carico domiciliare del 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti, nell'assistenza domiciliare la telemedicina avrà progressivamente un ruolo strategico. In tale investimento rientrano l'istituzione delle 600 Centrali Operative Territoriali (COT) che coordinano a livello di distretto la presa in carico della persona e raccorda tra di loro i servizi e i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali, con l'obiettivo di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria sette giorni su sette. L'investimento ricomprende il Portale della trasparenza, al quale sono destinati 25 milioni per l'aggiornamento con l'obiettivo di rilevare i bisogni di salute su base territoriale e orientare la gestione dei servizi per le esigenze reali degli utenti.
– *L'investimento 1.3* (1 miliardo di euro): "Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)" che mira all'attivazione di 400 Ospedali di Comunità, per pazienti che necessitano di interventi sanitari a media-bassa intensità clinica e degenze di breve durata, l'ospedale di comunità ha una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri impropri e di favorire le dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere dei fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica e di recupero funzionale dell'autonomia.
Alle misure della *Component 1* si affiancano gli investimenti della *Component 2* (M6C2) orientati a sviluppare una sanità pubblica che valorizzi gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologici. All'interno della Component 2, alla quale sono stati destinati 8,63 miliardi di euro, sono individuate 1 riforma e 2 misure da attuare entro la metà del 2026. Gli obiettivi sono tesi a garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria nella qualità e nella tempestività delle cure; nonché a valorizzare il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale.

Misure 1 - Aggiornamento tecnologico digitale
– *Investimento 1.1* (4.052.410,00 euro): "ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero" che prevede con l'acquisto di 3.133 nuove grandi attrezzature per diagnosi e cura ad alto contenuto tecnologico, la digitalizzazione di 280 sedi DEA I e II livello (sedi)
– *Investimento 1.2* (1.368.851.083,58 euro): "verso un ospedale sicuro e sostenibile" miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri, adeguandoli alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica
– *Investimento 1.3* (1.672.539.999,93 euro): "Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione l'analisi dei dati e la simulazione. L'investimento mira a garantire una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria guidata dalla analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni e a favorire il trasferimento tecnologico per il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico; per una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Misura 2 – Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico
– Investimento 2.1 (524.140.000,00 euro) Valorizzazione e potenziamento ricerca biomedica del SSN per rafforzare la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario,
– Investimento 2.2 (737.600.00,00 euro) Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario con specifici programmi di formazione per il personale medico e amministrativo che prevede: 2.700 borse di studio aggiuntive per corsi di medicina generale; un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere per 290.000 partecipanti; un Progetto formativo per acquisizione di competenze di management per 6500 professionisti del SSN; 4.200 contratti di formazione specialistica aggiuntivi per un ciclo completo di studi (5 anni) a partire dal 2020.
Sempre sul tema della riforma dell'assistenza territoriale, attesa la delicatezza e la complessità della questione, anche con riguardo all'entità delle risorse finanziarie impiegate, ho partico-

larmente a cuore il tema degli standard di qualità delle strutture dedicate tant'è che, appena insediatomi, ho disposto delle verifiche sul territorio che i NAS hanno condotto proprio con specifico riferimento alle case di comunità e alle RSA.
Quanto invece all'organizzazione dell'assistenza ospedaliera di cui al decreto ministeriale n. 70 del 2015, ritengo necessario – anche in ragione del tempo intercorso dall'entrata in vigore dello stesso – avviare un approfondimento con specifico riferimento agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, anche in considerazione del quadro drammatico offerto dalla progressiva riduzione dei pronto soccorso e dei punti nascita e, più in generale, dalla situazione dei singoli reparti degli ospedali pubblici.

b) Altro grande tema è quello della riorganizzazione dei processi di gestione delle liste d'attesa dei ricoveri programmati. Ritengo necessaria l'introduzione di modelli e standard per il monitoraggio sistemico e strutturato a livello nazionale del percorso del paziente, dal momento della presa in carico della domanda, all'inserimento in lista d'attesa, all'accesso al ricovero, fino alla sua dimissione. Il potenziamento degli strumenti di monitoraggio è funzionale al miglioramento della governance aziendale e regionale delle liste d'attesa, e consente di orientare i flussi di ricoveri in funzione della tipologia, della complessità, dell'intensità e delle soglie di volume gestite dai singoli centri ospedalieri, avvalendosi della programmazione regionale basata su standard tecnologici, organizzativi e strutturali della rete ospedaliera.

c) Particolare impegno intendo profondere nell'adozione del decreto c.d. "tariffe" necessario per superare "lo stallo" nell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza LEA di cui al dPCM 12 gennaio 2017.
I LEA oggi più che mai, hanno un ruolo di garanzia dell'unitarietà del sistema e di tutela del diritto costituzionale alla salute, abbracciando il complesso delle attività, dei servizi e delle prestazioni di tipo preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo e di presa in carico assistenziale effettivamente erogati attraverso le strutture pubbliche o gli erogatori esterni accreditati. Mediante i LEA, lo Stato mette in atto una strategia che ha il duplice obiettivo di governare la spesa pubblica e di realizzare il principio fondamentale di universalismo egalitario del SSN in un contesto di decentramento di governo. Il concetto di essenzialità, infatti, sottintende quello di efficacia, in quanto non avrebbe senso qualificare come essenziale una prestazione di non certificata efficacia.
È, quindi, necessario, concludere l'iter di definizione del decreto inerente alle tariffe massime delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di protesica (attualmente all'esame della Conferenza Stato-regioni e di cui si auspica la più celere approvazione), al fine di assicurare l'entrata in vigore complessiva del dPCM LEA e procedere a una continua attività di ricognizione delle nuove prestazioni di robusta efficacia che la ricerca, le innovazioni tecnologiche sanitarie e la comunità scientifica rendono via via disponibili.
In tal modo, si favorirà l'esigibilità, su tutto il territorio nazionale, delle prestazioni di nuova introduzione e si supereranno le disomogeneità assistenziali tra i cittadini, i quali potranno finalmente usufruire di prestazioni al passo con le acquisizioni medico-scientifiche, ormai consolidate con effetti positivi in termini di contenimento della mobilità sanitaria. Inoltre, l'entrata in vigore del decreto tariffe, e quindi l'effettiva adozione del nuovo nomenclatore nazionale, renderà uniforme in tutte le regioni la definizione e la codifica delle prestazioni ambulatoriali. Tale uniformità favorirà il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali LEA attraverso il confronto diretto tra regioni in termini di soddisfazione di bisogni sanitari, di accessibilità ai servizi, di tempi di attesa e di appropriatezza delle prescrizioni.
Al contempo, la piena efficacia del dPCM LEA consentirà di affrontare quella che continua ad essere la principale sfida dei sistemi sanitari: la cronicità, ovvero le condizioni più o meno permanenti nel lungo periodo di fragilità, non autosufficienza, disabilità. La sostenibilità economica appare essere l'aspetto più arduo; ma forse il problema centrale è la difficoltà, spesso irrisolta, di realizzare un percorso che risponda alle peculiari esigenze di questi utenti, attraverso l'apporto coordinato e continuativo dei diversi operatori, servizi, presidi che, a seconda del caso, si rendono necessari. Ri-

manendo sul tema dei LEA, ritengo necessario avviare anche l'aggiornamento del piano nazionale della cronicità.

d) Altra misura che ritengo necessaria è quella per garantire la presa in carico e l'assistenza per i cittadini affetti da malattie rare.
In ordine alle malattie rare, con la recente istituzione del Comitato Nazionale Malattie Rare, previsto dalla legge n. 175, del 10 novembre 2021 "Disposizioni per la cura delle malattie rare e della produzione dei farmaci orfani", ritengo sia da valorizzare l'attività per l'iter di approvazione del nuovo Piano Nazionale Malattie Rare (con il relativo accordo da stipulare in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano), che rappresenta una cornice comune degli obiettivi istituzionali da implementare nel prossimo triennio, delineando le principali linee di azione delle aree rilevanti nel campo delle malattie rare.
Anche per quanto attiene alle cure palliative e alla terapia del dolore reputo prioritaria l'attività diretta all'elaborazione dei programmi triennali per l'attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, al fine di assicurare, entro il 31 dicembre 2025, l'uniforme erogazione dei livelli di assistenza in tutto il territorio nazionale, che si attuerà mediante specifici obiettivi per ciascuna regione e provincia autonoma.

e) Investire sul Piano nazionale di contrasto all'antibiotico resistenza: come noto nel ddl bilancio all'art. 94 è stata autorizzata la spesa di 40 milioni al fine di attuare le misure del menzionato Piano, allo stato all'esame della Conferenza Stato-regioni per il parere) da me fortemente sostenuto.
La resistenza agli antimicrobici (AMR), di cui l'antibiotico-resistenza (ABR) rappresenta certamente il fattore di maggiore rilevanza, è un fenomeno che nel tempo ha assunto i caratteri di una delle principali emergenze sanitarie globali.
Come sapete, in assenza di azioni efficaci, la resistenza agli antibiotici di seconda linea – le opzioni di riserva per le infezioni difficili da trattare – quasi raddoppierà tra i paesi del G7 entro il 2030 rispetto al 2005. Francia e Italia sarebbero i paesi maggiormente colpiti da questo fenomeno. È stato stimato che in Italia la resistenza agli antibiotici causerà quasi 10.800 decessi ogni anno nel periodo tra il 2015 e il 2050, una quota che rappresenta circa un terzo dei decessi d'Europa. In particolare, in Italia circa una infezione su cinque potrebbe essere causata da batteri resistenti al trattamento antibiotico entro il 2030.
Il nuovo documento "Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025" (in fase di approvazione) nasce con l'obiettivo di fornire al Paese le linee strategiche e le indicazioni operative per affrontare l'emergenza dell'ABR nei prossimi anni, seguendo un approccio multidisciplinare e una visione One Health, promuovendo un costante confronto in ambito internazionale e facendo al contempo tesoro dei successi e delle criticità del precedente piano nazionale.

f) Rimanendo nell'ambito della prevenzione, non posso non fare riferimento alle iniziative per il Piano nazionale di prevenzione vaccinale nonché al Piano per le emergenze sanitarie, nel caso, anche mediante un adeguato finanziamento per il Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023.
Quanto alle iniziative in ambito vaccinale a livello nazionale, è in corso di finalizzazione la revisione della bozza del nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV), a seguito delle osservazioni delle regioni e del gruppo consultivo nazionale sulle vaccinazioni (NITAG - National immunization technical advisory group). Auspico che in tempi brevi si possa avviare l'iter per la condivisione del Piano in Conferenza Stato-regioni. Il nuovo PNPV prevede il calendario vaccinale separato dal documento principale, in modo da poterne rendere più agevole l'aggiornamento in caso di modifiche delle schedule vaccinali e/o di inserimento di nuovi vaccini.
Con riguardo al Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023, proseguirà lo sviluppo, già avviato, di sistemi informativi per poter disporre di:
– sistemi di allerta rapida che possano identificare eventi inusuali/inattesi rispetto all'andamento atteso stagionale dell'influenza (sia dovuti a virus influenzali noti che a nuovi virus influenzali emergenti);

– sistemi informativi dedicati per il monitoraggio della domanda di servizi sanitari.

g) Piano nazionale oncologico: come noto, è il documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro per il quinquennio 2022-2027, ed è la cornice strategica e complessiva che consente il graduale sviluppo di azioni coordinate e sinergiche per migliorare il grado di implementazione dei programmi di screening, aumentandone i livelli di copertura e adesione e riducendo la disomogeneità territoriale. Il Piano mira anche a contribuire a tutti gli obiettivi del Piano Europeo contro il cancro 2021 (Europe's Beating Cancer Plan) con particolare riguardo agli aspetti innovativi correlati alle scienze omiche, allo sviluppo di tecniche di intelligenza artificiale, all'introduzione di nuove tecnologie per un corretto approccio preventivo, diagnostico e terapeutico.
Quanto al necessario finanziamento, avevo già tentato di proporre una specifica disposizione in legge di bilancio, pertanto ribadisco, in questa sede, che è mia intenzione sostenere un emendamento per finanziare di 10 milioni di euro per il 2023 e di 10 milioni di euro per il 2024 il Piano, per agevolare l'adozione dello stesso e la compiuta attuazione sul territorio.
Inoltre, sempre con riferimento alle iniziative nazionali in campo oncologico, è mia assoluta priorità potenziare le azioni per la prevenzione, la diagnosi, la cura e l'assistenza al malato oncologico in termini di efficacia, efficienza, appropriatezza, empowerment e gradimento dei pazienti, tenendo conto anche delle potenzialità offerte dalla ricerca e dall'innovazione, tutto ciò a conferma della valenza strategica della prevenzione e della non più procrastinabile adozione del "Piano Oncologico Nazionale - PON".

h) Personale sanitario. È sempre attuale la tematica della carenza dei medici che va ormai inquadrata come "emergenza del personale sanitario". La pandemia ha reso maggiormente evidenti le criticità, sia per quanto attiene al personale medico sia per il personale delle altre professioni sanitarie. Al riguardo il mio impegno sarà finalizzato alla rivalutazione del trattamento economico di chi opera nel SSN.
In tale direzione va la norma che ho fatto inserire in legge di bilancio (art. 93) finalizzata a riconoscere, per le particolari condizioni di lavoro svolto dal personale della dirigenza medica e del personale del comparto, operante presso i servizi di pronto soccorso, un incremento dell'indennità, con un impegno di spesa di 200 milioni di euro annui, di cui 60 milioni per la dirigenza sanitaria e 140 milioni per il personale del comparto sanità. Il mio prossimo impegno sarà volto ad anticiparne la decorrenza al 2023 e lavorare con le Regioni al fine di poter destinare, non appena sarà possibile, un maggior finanziamento per retribuire meglio gli operatori sanitari. Ciò anche al fine di rendere maggiormente attrattivo il sevizio prestato nel SSN.
Rimanendo sul tema del personale, occorre considerare che il sistema sanitario costituisce un sistema estremamente complesso, che risente di una molteplicità di variabili in continuo mutamento, tra le quali lo sviluppo tumultuoso di conoscenze e tecnologie, una domanda sanitaria sempre più attratta verso la cronicità, il manifestarsi nel tempo di emergenze ed urgenze individuali e collettive. Per sostenere le sempre nuove sfide che il SSN si trova ad affrontare, un ruolo fondamentale è attribuito ai professionisti, principali attori e leve del sistema. Nella consapevolezza della centralità delle risorse umane per lo sviluppo ed il funzionamento dei servizi ospedalieri e territoriali è necessaria, pertanto, una costante attenzione al capitale umano del SSN.
I professionisti del SSN si trovano oggi ad operare in un contesto sempre più difficile. Infatti, il reiterarsi negli ultimi anni delle manovre finanziarie di contenimento della spesa, ed in particolare dei vincoli assunzionali, evidenti soprattutto nelle regioni in piano di rientro, ha finito per determinare nel tempo una grave carenza di personale che, unita ad un crescente innalzamento della relativa età media, ha portato inevitabilmente ad un forte deterioramento delle condizioni di lavoro, rendendo sempre più difficile assicurare la qualità dell'assistenza e la sicurezza delle cure.
Le limitazioni al turn over, dettate da esigenze di contenimento della spesa, hanno finito, nel tempo, per avere importanti ricadute in termini di qualità del sistema, anche perché hanno ostacolato il passaggio di quella conoscenza esperienziale tra generazioni che dovrebbe caratterizzare il rapporto lavorativo tra professio-

nisti anziani, con una lunga storia di impegno quotidiano in corsia, ed i giovani professionisti. Tali limitazioni hanno comportato, inoltre, un incremento di varie forme di precariato, con conseguente demotivazione dei professionisti ed il concreto rischio che le prestazioni assistenziali vengano affidate a soggetti non sempre in possesso delle necessarie competenze. La contrazione di risorse disponibili ha finito per generare, nel medio periodo, una grave carenza di professionisti sanitari nelle strutture che, con riferimento soprattutto ad alcuni settori maggiormente critici, ha comportato difficoltà nell'organizzazione e nella gestione dei servizi.
Ecco perché punto alla rivalutazione del trattamento economico di tutto il personale del SSN.
Negli ultimi anni, nonostante l'incremento progressivo delle risorse per i contratti di formazione medico specialistica, si è registrata una vera e propria "fuga" da alcune specialità, rese sempre meno attrattive. A ciò si aggiunga che la pandemia ha probabilmente contribuito a determinare l'accentuazione del fenomeno delle dimissioni per cause diverse dai pensionamenti.
Anche il mondo della sanità è coinvolto in questi processi e sempre più professionisti preferiscono non legarsi ad un'organizzazione con il classico contratto di lavoro a tempo indeterminato, prediligendo forme di ingaggio atipiche, anche in ragione delle remunerazioni proporzionalmente più elevate. È quindi fondamentale assicurare le necessarie risorse al sistema, per restituire la giusta serenità a tutti i professionisti che ogni giorno lavorano con dedizione ed impegno, talvolta in sedi disagiate e rischiose, migliorandone progressivamente le condizioni di lavoro, anche al fine di ridurre le condizioni di rischio che favoriscono, in particolare nei servizi maggiormente critici, persino l'emergere di episodi di violenza in danno degli operatori sanitari.
Occorre affrontare anche, in maniera sinergica – con il coinvolgimento di tutte le istituzioni competenti – il fenomeno crescente del ricorso ad appalti esterni da parte delle aziende e degli enti del SSN per garantire i servizi assistenziali. L'uso distorto delle esternalizzazioni, infatti, non soltanto genera un sempre più gravoso onere in capo alle strutture, ma comporta anche gravi criticità in termini di sicurezza delle cure, sia perché non sempre offre adeguate garanzie sulle competenze dei professionisti coinvolti, sia per la ridotta fidelizzazione di questi ultimi alle strutture pubbliche, derivante da ingaggi professionali spesso distribuiti contemporaneamente su più sedi, con conseguente mancanza di conoscenza da parte dei "turnisti" dell'organizzazione delle unità operative in cui svolgono le loro prestazioni per poche ore nell'arco del mese.
Anche su questa complessa distorsione del sistema, i NAS, previa di intesa con il sottoscritto, hanno effettuato specifici controlli sulle cooperative di fornitura dei servizi sanitari, da cui sono emerse anche fattispecie di frode ed inadempimento nelle pubbliche forniture, per aver inviato personale in attività di assistenza ausiliaria presso ospedali pubblici, in numero inferiore rispetto a quello previsto dalle condizioni contrattuali con l'Azienda sanitaria, o impiegato semplice personale ausiliario, privo del prescritto titolo abilitativo, anziché figure professionali socio-sanitarie (o.s.s.), e, infine, personale medico non specializzato per l'incarico da ricoprire.
Inoltre è stata accertata la fornitura di medici da parte di cooperative con età anagrafica superiore a quella stabilita contrattualmente – anche sopra i 70 anni – e l'impiego esternalizzato di risorse umane non adatto a esigenze di specifici reparti ospedalieri, come la fornitura presso reparti di "ostetricia e ginecologia" di personale sanitario, tra cui medici generici, non formato a gestire parti cesarei o, ancora, personale medico da impiegare presso il pronto soccorso non specializzato in "medicina di urgenza".
Parallelamente si dovrà continuare ad agire sui vincoli di spesa che riguarda il personale per assicurare alle regioni i necessari strumenti di flessibilità, in coerenza con le dinamiche di potenziamento degli organici già avviate per rafforzare strutturalmente i servizi sanitari regionali, anche con l'obiettivo di recuperare le liste d'attesa sensibilmente aumentate a causa dell'emergenza pandemica.

i) Valorizzare il rapporto di lavoro dei medici delle cure primarie (MMG e PLS)

Nell'assicurare il rafforzamento strutturale delle reti territoriali occorrerà valorizzare il ruolo del medico di medicina generale e degli altri professionisti del territorio, potenziando le ri-

sorse umane dedicate, con l'obiettivo di garantire l'appropriata presa in carico dei bisogni di salute connessi all'invecchiamento della popolazione e all'aumento della cronicità. Sarà pertanto necessario lavorare, con il coinvolgimento di tutti gli stakeholder, per realizzare appieno le opportunità offerte dalle risorse del PNRR, garantendo un'assistenza capillare, attraverso le reti di prossimità, e realizzando la piena integrazione dei professionisti nell'ambito di team multidisciplinari, per alleggerire la pressione sul pronto soccorso e sugli ospedali ed offrire ai cittadini in maniera accessibile e immediata i servizi di cui hanno bisogno.

j) Quanto al finanziamento del Fondo sanitario nazionale, segnalo che nonostante la situazione economica complicata a causa del post-pandemia, della guerra in Ucraina e della crisi energetica, la manovra destina alla sanità 2.150 miliardi in più per il 2023, 2.300 in più per il 2024 e ben 2.600 miliardi in più per il 2025, rispetto a quanto previsto. Assistiamo così, anche in tempi di necessaria revisione della spesa una chiara inversione di tendenza, considerato che dal 2013 al 2019 il fondo sanitario è sempre stato definanziato da tutti i governi che si sono succeduti in quegli anni. Anche nel 2020, 2021 e 2022 il livello dell'incremento è sempre stato sensibilmente inferiore a quello registrato nell'ultima manovra di finanza pubblica.

k) Finanziamento a favore della ricerca sanitaria.
Con riferimento al tema cruciale della ricerca sanitaria, si ricorda che nel Piano nazionale di ripresa e resilienza, in attuazione della Missione 6 "Salute" sono stati previsti i bandi 2022 (Euro 262mln) e 2023 (Euro 262mln) sulle tre tematiche "Malattie rare e Tumori rari", "Malattie croniche non trasmissibili, ad alto impatto sui sistemi sanitari e socio-assistenziali" e "Proof of Concept". I progetti finanziati nell'ambito del bando 2022 sono 226, ripartiti in base alle tre tematiche previste come di seguito: 50 per malattie e tumori rari; 139 per malattie altamente invalidanti; 37 per Proof of Concept. Per i progetti da finanziare verranno stipulate le convenzioni, effettuate le verifiche previste dalla normativa e avviate le procedure di monitoraggio. Confermo che è mia intenzione proseguire le iniziative già avviate.

Inoltre, nel Piano nazionale per gli investimenti complementari (Euro 105mln nel 2022, 115mln nel 2023 e 84mln nel 2025) è stata prevista la costituzione di una rete coordinata di centri per il trasferimento tecnologico, di tre hub di life science (in materia di Terapie avanzate, Diagnostica avanzata e Digital health per la medicina di prossimità), nonché del bio hub antipandemico necessario a promuovere e coordinare la ricerca di alto profilo, anche in funzione dello sviluppo di contromisure mediche e della produzione preindustriale di nuovi vaccini e anticorpi monoclonali contro infezioni emergenti e pandemie, con l'operatività della neocostituita Fondazione "Biotecnopolo di Siena". Tali strutture svolgeranno un ruolo fondamentale laddove dovessero ripresentarsi emergenze pandemiche, talché il nostro Paese non si trovi impreparato in evenienze simili.

l) Puntare sulle farmacie dei servizi.
Le farmacie, con la loro capillare diffusione su tutto il territorio nazionale (anche nelle aree rurali e disagiate), rappresentano un punto di riferimento per la collettività e per il servizio sanitario nazionale, costituendo il presidio sanitario più prossimo per i cittadini.
Nel corso della gestione della fase pandemica, le farmacie hanno garantito un indispensabile servizio a tutela del diritto alla salute dei cittadini. È mia intenzione sostenere e promuovere ogni iniziativa che, in modo sistematico e a regime, possa consentire alla farmacia di erogare i servizi da mettere a disposizione del pubblico, in modo che tutta la popolazione possa trovare una prima risposta alle proprie domande di salute. In tale direzione va vista la disposizione di cui all'articolo 95 del ddl bilancio per il 2023, ma ritengo che ormai i tempi siano maturi per rivedere a regime il sistema di remunerazione delle farmacie e dell'intera filiera, che da anni deve essere aggiornato.

m) Implementare l'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta sistematica, l'elaborazione, l'analisi dei dati sanitari da parte del Ministero della salute nell'ottica del potenziamento della digitalizzazione in ambito sanitario.
La digitalizzazione dei sistemi sanitari è una parte fondamentale della strategia della Com-

missione europea per responsabilizzare i cittadini e costruire una società più in salute. In questo contesto, la Commissione europea (CE) ha stabilito le priorità per trasformare digitalmente il sistema sanitario in un mercato unico digitale e mettere i cittadini dell'UE al centro di esso. I dati sono ormai riconosciuti come un fattore chiave per la trasformazione digitale nel settore sanitario e i cittadini devono essere in grado di accedere e condividere i propri dati ovunque nell'UE. Inoltre i dati sanitari sono di rilevante importanza per la promozione della ricerca, della prevenzione delle malattie, dell'assistenza sanitaria personalizzata e dell'accessibilità degli strumenti digitali per un'assistenza centrata sulla persona.
Al fine di garantire che l'UE consegua i suoi obiettivi di una trasformazione digitale conforme ai suoi valori, gli Stati membri hanno concordato l'11 maggio 2022 un mandato negoziale relativo al programma strategico per il 2030 dal titolo Percorso per il decennio digitale e, tra gli indicatori di digitalizzazione da raggiungere, è previsto il 100 % di disponibilità online dei FSE per tutti i cittadini dell'Unione. In questo contesto si inserisce l'investimento PNRR per il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) che, come noto, è stato istituto dall'articolo 12 del decreto-legge n.179 del 2012 convertito con modificazioni dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, profondamente modificato negli ultimi anni, ed è definito come l'insieme di dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici, riguardanti l'assistito, riferiti a prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale (SSN) e, a partire dal 19 maggio 2020, anche da strutture sanitarie private.
L'investimento proposto nel PNRR, in linea e in sinergia con le azioni in corso dal 2012, intende realizzare l'evoluzione, il completamento e la diffusione del FSE, perché possa realmente diventare:
– omogeneo a livello nazionale;
– punto di accesso per gli assistiti per la fruizione di servizi essenziali forniti dal SSN;
– base dati per i professionisti sanitari contenente informazioni cliniche omogenee che includeranno l'intera storia clinica del paziente;
– strumento per le regioni/asl che potranno utilizzare le informazioni cliniche del FSE per effettuare analisi di dati clinici e migliorare la prestazione dei servizi sanitari.
L'investimento PNRR prevede:
– la piena integrazione di tutti i documenti sanitari e tipologie di dati, la creazione e implementazione di un archivio centrale, l'interoperabilità e piattaforma di servizi, la progettazione di un'interfaccia utente standardizzata e la definizione dei servizi che il FSE dovrà fornire;
– l'integrazione dei documenti da parte delle regioni all'interno del FSE, il supporto finanziario per i fornitori di servizi sanitari per l'aggiornamento della loro infrastruttura tecnologica e compatibilità dei dati, il supporto finanziario alle regioni che adotteranno la piattaforma FSE, il supporto in termini di capitale umano e di competenze per realizzare i cambiamenti necessari per l'adozione del FSE.

n) Iniziative in tema di revisione e riordino degli enti vigilati.
Il tema degli enti vigilati è sempre attuale e richiede periodici interventi di adeguamento delle relative strutture alle esigenze e all'evoluzione delle funzioni che gli stessi enti sono chiamati ad assolvere.
Partendo da questo contesto, si può valutare ed apprezzare la mia prima iniziativa di revisione dell'ordinamento dell'AIFA, la cui organizzazione risale a circa 20 anni fa, per cui era ormai maturo il tempo per intervenire e sanare l'anomalia di sistema che vedeva il Presidente dell'Agenzia privo dei poteri di rappresentanza legale dell'ente. Seguiranno altri interventi finalizzati ad attuare in maniera più organica una revisione del panorama degli altri enti vigilati.

o) Ulteriore tematica di rilievo che va promossa e sostenuta è tutta la materia della sperimentazione dei medicinali e dei comitati etici, intendo avviare un approfondimento sul vigente regime, ed è mia intenzione velocizzare l'adozione dei decreti in materia di sperimentazione previsti dall'art. 2 della legge n. 3 del 2018.
Concludo segnalando che è mia intenzione portare a compimento entro l'anno il processo di riforma degli IRCCS, il cui decreto legislativo è alle ultime battute, ricordando che il progetto è inserito nell'ambito delle misure previste per l'attuazione del PNRR.

Dalla scimmia al cyborg

Alla fine del secolo l'uso delle parole e l'opinione corrente saranno talmente mutate che chiunque potrà parlare di macchine pensanti senza aspettarsi di essere contraddetto.

Turing, A., Intelligenza meccanica, (1950), Conferenza BBC 1951

Alessandro Mazzocchi

Quest'anno il Nobel per la Medicina è stato assegnato in via esclusiva, e con un certo clamore, al biologo e genetista svedese Svante Pääbo (Stoccolma, 20 aprile 1955) per le sue straordinarie scoperte sul genoma degli ominidi e sull'evoluzione umana in generale. Il suo gruppo, primo al mondo, è riuscito a ricostruire tutto il genoma dei Neanderthal nel 2009 e ha scoperto, un anno dopo, dentro le grotte di Denisova, sui monti Altaj siberiani, una nuova specie di Homo, i denisoviani, vissuti fra 70000 e 40000 anni fa. Svante Pääbo, vero e proprio archeologo del DNA, è riuscito a documentare il trasferimento di geni da queste specie ormai estinte a Homo sapiens, geni implicati, per esempio, nella resistenza a condizioni climatiche estreme (alleli EPAS1, presenti oggi nelle popolazioni Inuit dell'Alaska), e nel funzionamento del sistema immunitario (il sistema HLA). In una trentina d'anni, Svante Pääbo, fondatore della paleo-genomica, col suo gruppo di ricerca, ha analizzato il genoma di svariati ominini estinti, e le sue tecniche contribuiranno senz'altro, negli anni a venire, a districare le sempre più ingarbugliate ipotesi di ominazione. Il prestigioso premio d'autunno è stato assegnato non soltanto all'uomo, al luminare, ma anche a una delle branche più affascinanti della Scienza moderna: la paleoantropologia. In questo articolo, si relazionerà brevemente sulle problematiche filetiche precedenti la comparsa del genere Homo, riservando magari un secondo prossimo lavoro alle ultime fasi dell'ominazione, che ha condotto a noi, all'uomo di oggi.

È ormai assodato che noi siamo scimmie, derivando tutti quanti da un oscuro troglodita comune (o, come si sostiene oggi, da una tribù di trogloditi, i proto-ominini). Per avvalorare in modo empirico questa teoria, credetemi, basta volgere lo sguardo tutt'intorno e osservare quello che ci circonda. Siamo, ovviamente, un branco di "altre" scimmie, non derivando direttamente da quelle antropoidi, come già previsto da Darwin nell'*Origine dell'Uomo (The Descent of Man*, 1871). Del resto, Homo sapiens e Pan troglodytes (il simpatico e ingegnoso scimpanzé) differiscono solo per il 2% delle basi di DNA. Nessuno s'offenda. È Scienza! E la scienza paleo-antropologica, grazie a studiosi del calibro di Svante Pääbo, in oltre mezzo secolo, ha fatto davvero passi da gigante, superando vetusti paradigmi, e ridisegnando la preistoria in modo sempre più accurato. In queste poche pagine, dopo un *excursus* sulle prime fasi dell'evoluzione umana, si cercherà di dare una risposta a una domanda forse un po' superflua: perché l'evoluzione umana, dopo un percorso progressivo e vorticoso, s'è arrestata, e addirittura il cervello umano ha subito una contrazione di qualche etto negli ultimi decimillenni? Siamo diventati tutti più cretini, o c'entra in qualche modo la cultura – la civiltà – che l'uomo ha edificato all'apice della sua evoluzione? La prima tesi è senz'altro molto divertente, ma la seconda è, fuori di dubbio, la più assennata.

Prima di articolare una risposta ragionevole, ecco, come anticipato pocanzi, una veloce carrellata sull'evoluzione umana, faccenda maledettamente complicata e dibattuta nei suoi più intricati e remoti passaggi. Come preambolo, vale la pena ricordare innanzitutto che, nel contesto dell'ampia e complessa tassonomia linneana (1735), Homo sapiens veniva classificato nel modo seguente: animale, *phylum cordata*; ordine primati (coi lemuri e i tarsidi, oltreché le scimmie

antropomorfe); famiglia hominidae (i progenitori antichi estinti nel miocene quali australopitechini e ardipitechi); genere homo; specie sapiens. Negli ultimi cinquant'anni, la famiglia hominidae si è poi ampliata, includendo anche i pongidi, ma non è questo l'aspetto che rileva maggiormente. Infatti, nella classificazione, è stata aggiunta la sottofamiglia homininae, includente appunto i pongidi e, subito sotto di questa, una novella tribù: gli hominini (umani e progenitori estinti, o meglio proto-ominini, quelli cioè della vecchia classificazione hominidae). Il termine hominini, dunque, fa riferimento al nome di un nuovo importantissimo gruppo, che comprende i progenitori estinti in età remote: non solo australopitechini e ardipitechi, ma anche *Orrorin tugenensis* (circa 6 milioni di anni), *Graechopithecus* (7,24-7,17 milioni di anni) e *Sahelanthropus* (6-7 milioni di anni fa). Quest'ultimo quasi sicuramente bipede, almeno stando agli studi condotti sulla base del cranio (*foramen magnum*) e sui femori. I proto-ominini, scoperti in anni recenti (2001-2002), e vissuti nell'ultimo Miocene o Saheliano (da 7,246 Ma a 5,332 Ma), rappresentano uno snodo cruciale nel processo di ominazione, collocandosi poco prima oppure, più verosimilmente, poco dopo la separazione uomo-scimpanzè, con possibili reciproche ibridazioni. Questa indeterminatezza fra il prima e il dopo è assai critica, perché, nel secondo caso, retrodaterebbe il ceppo comune della dicotomia, senza far tornare in auge, beninteso, l'idea dell'anello mancante, oggi concettualmente superata. Ovviamente, questi passaggi a tutt'oggi restano indefiniti per la comprensibile scarsità di fossili, per la frammentazione dei ritrovamenti, e anche a causa degli scontri ideologici fra le diverse scuole, quindi fra i diversi modelli, nell'ambito della medesima comunità scientifica. Comunque sia, in sintesi, il nostro lungo e accidentato cammino sarebbe iniziato nel Saheliano quando imparammo la postura bipede, ancora più rilevante, a quanto pare, del progressivo aumento volumetrico del cervello. In quel tempo, con ampi margini di indefinitezza, il ramo umano ha preso a divergere da quello delle scimmie antropoidi, ma il ceppo comune da cui si dipartono le successive ramificazioni è plausibilmente proprio quello dei proto-ominini. Tale biforcazione, si sarebbe verificata, secondo Yves Coppens, circa 6 milioni di anni fa (o ancora prima), nella cosiddetta culla dell'umanità, la celebre Rift Valley, una grande fossa tettonica che, in tempi remotissimi, separò l'Africa dell'Est dal resto del continente, creando i presupposti per la suddivisione degli antichi suoi abitanti in due blocchi: le scimmie a ovest, nelle foreste più umide, e gli australopitechi (fra cui la famosa Lucy, uno scheletro completo scoperto nel 1974 da Donald Joahnson e Yves Coppens) a est, nella savana, arida e con poche risorse. Poche risorse che i primi ominidi dovettero procacciarsi, adoperando mani, libere nella postura eretta o semi-eretta, e cervello. Chiaramente, in un'ottica popperiana, questa teoria verrebbe falsificata, per esempio, dalla scoperta di un pro-gorilla (o un pro-scimpanzé) a oriente. Al di là del dettaglio non trascurabile della collocazione temporale degli hominini, prima o subito dopo la controversa separazione dei pitechi dalle scimmie, i rappresentanti di quella tribù diventano comunque il punto nevralgico della ramificazione evolutiva, che ha portato a noi attraverso un'evoluzione tutt'altro che lineare. Quest'ultima è quella che abbiamo imparato a scuola: il passaggio lento ma progressivo dallo stato di troglodita scimmiesco a quello di uomo moderno, passando attraverso forme intermedie, quali, per esempio, il Pitecantropo (H. erectus) prima e l'uomo di Neanderthal poi. Lo stesso Darwin, del resto, dubitava sulla discendenza umana lineare dalle scimmie antropomorfe, profetando la futura dimostrazione d'un antenato comune e percorsi evolutivi accidentati. Difatti, oggigiorno si parla di evoluzione a cespuglio, o ad albero, superando di fatto il concetto oramai obsoleto della progressione lineare in avanti, che avrebbe reso indispensabile la scoperta fossile dell'anello mancante, per altro mai avvenuta (collocabile ipoteticamente 10-15 milioni di anni fa al tempo di Sivapithecus/Ramapithecus, Pierolapithecus e Dryopithecus), ma un tempo ritenuta fondamentale per verificare il modello evolutivo, e impedirne la confutazione. Il problema, comunque, è rappresentato da quei milioni di anni che separano i proto-ominini da Dryopithecus e Sivapithecus. Mancano infatti i fossili intermedi. Il dato certo, invece, è la ramificazione evolutiva avvenuta successivamente, ossia 5-7 milioni di anni fa, al tempo proprio dei proto-ominini (gli Ardipitechi, ad esempio). A questi ultimi fecero seguito gli Australopitechi gracili e robusti. Sappiamo anche che dagli Australopitechi gracili (onnivori, con denti e ma-

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

scelle simili alle scimmie, bipedi e capaci di usare strumenti di pietra) prese il via l'ominazione più recente (H. Habilis, Ergaster, Erectus e infine Sapiens). Gli Australopitechi robusti (riferito sempre ai muscoli masticatori), invece, si estinsero 1 milione di anni fa col Bosei e il Robustus (genere Paranthropus, secondo alcuni). L'impossibilità di trovare il vagheggiato anello perduto, assieme ai ritrovamenti fossili più recenti, sparsi ma coevi, e all'impatto indiscusso della biologia molecolare (in particolare, l'introduzione della tecnica di reazione a catena della polimerasi – PCR, Polymerase chain reaction –, alla fine degli anni Ottanta), hanno insieme determinato, in seno alla paleoantropologia, una brusca rivoluzione scientifica, in senso kuhniano, e un rovesciamento di paradigma: l'evoluzione prima spiegata con un modello lineare ora viene espressa con la metafora del cespuglio o dell'inflorescenza. La cosiddetta cladogenesi (da klàdos = ramo) dunque ha soppiantato il suo esatto contrario, un tempo in voga, l'anagenesi. Nella cladogenesi, da un gruppo iniziale originano specie diverse, che convivono, ma che evolvono indipendentemente, senza concatenarsi e senza neppure sostituirsi in maniera netta come vorrebbero i teorici dell'evoluzione lineare. In questo senso, come accennato in apertura, oggi si dice che siamo scimmie, e non che deriviamo dalle scimmie: siamo tutti dentro lo stesso intricato groviglio nella foresta dell'evoluzione. Oggi si ammette, a titolo di esempio, anche la coesistenza di Homo sapiens e di altre specie umane, quali Homo di Neanderthal e di Denisova, un tempo negata. Dunque, l'uomo di Neanderthal, scoperto nella valle di Neander (1856) in Germania presso Düsseldorf, e vissuto fra i 100000 mila e i 35000 anni fa, apparterrebbe a una specie diversa, con la quale quasi certamente vi furono incroci e ibridazioni di vario tipo, ripetuti scambi di geni e di "memi". Fra questi ultimi, la cultura e l'industria litica. In passato si riteneva invece che il primo, il Sapiens, avesse soppiantato il secondo, dal quale sarebbe dovuto derivare linearmente. Stesso discorso per i denisoviani scoperti da Pääbo nel 2010. Grazie alle ricerche di Svante Pääbo, oggi sappiamo che almeno il 2% del DNA umano moderno un tempo apparteneva ai neandertaliani. Spero che il disordine espositivo di queste poche pagine, dettato dalla necessità di sintetizzare una materia così ingarbugliata, ritrovi un po' della chiarezza perduta nello schema di fine articolo. Si noti l'importanza cruciale, al suo interno, dei proto-ominini, al crocicchio dell'ipotizzata divergenza con le scimmie. Il concetto importante è che la tribù primordiale dei proto-ominini, per completare il modello evolutivo, si dovrebbe collocare ai tempi della dicotomia (o radiazione evolutiva) fra scimmie e australopitechi, nostri incerti antenati. Le divergenze fra gli studiosi sono davvero tante, anche perché alcuni rappresentanti di quella tribù, come Sahelanthropus, ma anche Ardipithecus, vivevano, a quanto pare, in un ambiente forestato, anziché di savana, come vorrebbe invece il modello classico della Rift Valley.

Veniamo ora, nelle conclusioni, alla questione, inizialmente accennata, dello stallo evolutivo "recente", che oggigiorno tanto appassiona sociologi e antropologi.

Sappiamo, allora, che fra 100000 e 30000 anni fa, il nostro continente era abitato, fra gli altri, dall'uomo di Neanderthal. Circa 40000 anni fa, poi, in Europa subentrò l'uomo moderno, dal quale noi discendiamo direttamente. Da circa 30000 anni, però, l'evoluzione biologica dell'uomo pare essersi arrestata. Oppure, è così lenta da passare inosservata.

Il cervello umano, a partire dal Pleistocene (tra 2,58 milioni di anni fa e 11700 anni), non solo non è più aumentato di dimensione, ma addirittura è diminuito rispetto ai nostri antenati di quell'epoca. Si tratta di un mistero insoluto e non da poco. Il cervello umano è aumentato di dimensioni fra 2,1 milioni di anni e 1,5 milioni di anni fa, appunto durante il Pleistocene, ma si è ridotto di dimensioni circa a metà dell'Olocene (l'epoca nostra a partire da 11700 anni fa). Si è parlato, a tal proposito, anche di evoluzione culturale e sociale (cosiddetta intelligenza collettiva secondo lo studioso francese Pierre Lévy) in luogo di quella biologica, per spiegare, nonostante la riduzione volumetrica dell'encefalo, gli enormi progressi compiuti dall'umanità nel corso degli ultimi millenni. Ad ipotizzare che il rimpicciolimento del cervello sia parallelo all'espansione dell'intelligenza collettiva nelle società umane è stato un gruppo di ricercatori americani, guidati dal Dartmouth College di Hannover (*https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fevo.2021.742639/full*). Un esempio di intelligenza collettiva, in etologia, è, senza dubbio, quella che disciplina l'organizzazione di un formicaio.

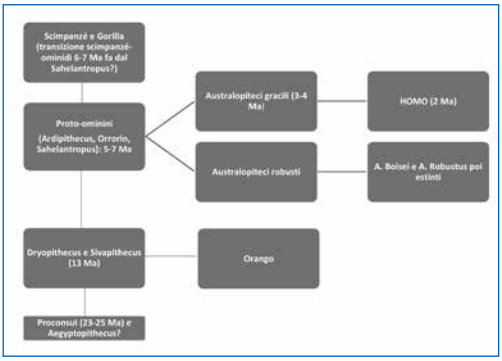


Fig. 1 (1 Ma=10^6 anni). La parte destra dello schema ricalca noti modelli di ominazione, quali quelli di P. Tobias (1982) e di D.C. Johanson (1989) che prevedevano la discendenza più o meno diretta di Homo dagli Australopitechi (dall'Africanus per Tobias, da Afarensis per Johanson e, almeno parzialmente e pur nell'ambito di un modello più cladogenetico, a candelabro, anche per Y. Coppens, 1983). Secondo Facchini (1988), Homo habilis deriverebbe da antenati comuni ad Australopothecus afarensis e Homo senza un rapporto esclusivo e diretto con la linea evolutiva dell'Australopothecus. L'Afarensis si riconnetterebbe dunque alle altre forme di australopitechine. Per approfondire questi modelli, tutti da prendere comunque con le dovute cautele, si vedano in particolare: Fiorenzo Facchini, Il cammino dell'evoluzione umana, Milano, Jaca Book, 1985 (II ed. 1994) e Yves Coppens, Ominoidi, Ominidi e Uomini, Milano, Jaca Book, 1988.

Fig. 2 Dalla scimmia al cyborg, attraverso un troglodita intermedio e l'uomo moderno.

Le formiche prese da sole non brillano certo per intelligenza, ma, come si dice spesso, l'unione fa la forza. Comunque sia, il cervello dell'australopiteco di oltre 3 milioni di anni fa superava appena i 400 grammi, simile cioè al cerebro del Pan troglodytes, mentre 1 milione d'anni dopo quello dell'Homo habilis (artefice della cosiddetta cultura "olduvaiana") giungeva a pesarne 600. La massa cerebrale dell'Homo sapiens, la specie a cui apparteniamo, è attualmente di 1.350 grammi, e questa pare davvero una soglia limite, trascurando del tutto il recente rimpicciolimento. Di contro, l'Intelligenza Artificiale (IA), soprattutto nella sua versione forte, apre oggi nuovi e inquietanti scenari. Come si vede in figura 2, l'evoluzione culturale potrebbe combinarsi con quella tecnologica e l'uomo moderno addirittura ibridizzarsi coi congegni meccanici, realizzando il cosiddetto Cyborg, l'uomo cibernetico tanto caro agli appassionati di SF: una chimera, un organismo bionico a metà strada fra l'uomo e la macchina. Dagli studi di Machine e Deep Learning (sottoinsiemi di IA), ossia dagli algoritmi matematici e computazionali di autoapprendimento, con cui le macchine imparano dall'esperienza (come nel pionieristico progetto del genio di Alan M. Turing con la sua macchina a nastro continuo), sappiamo che una macchina è in grado di risolvere problemi matematici e computazionali inaccessibili alla mente umana, ma nel contempo non riesce a venire a capo di quelle scelte che presuppongono un *background*, culturale personale, emotivo e mnesico, impossibile, al momento, da ricreare artificialmente. Non dimentichiamo che la profezia di Turing ricordata nell'occhiello sottotitolo, sembra essersi in parte avverata: negli anni Novanta il computer della IBM Deep Blue sconfisse il campione mondiale di scacchi, e nel 2011 un altro computer IBM denominato Watson batté in America i campioni umani d'un popolare quiz televisivo. Insomma, vi sono operazioni complicatissime che una moderna macchina a stati discreti, come un PC, riesce a svolgere, anche priva di supervisione umana, spesso meglio e più in fretta degli umani. Vi sono, di contro, altre operazioni che solo l'uomo è in grado di affrontare e risolvere senza correre il rischio di impallarsi. Talvolta si tratta di dilemmi molto routinari e apparentemente semplici, come scegliere il colore di una cravatta o di un paio di calzini, talaltra di decisioni più complesse, come preferire uno sguardo, un sorriso fra tanti, sulla base di reminiscenze antiche. In definitiva, l'evoluzione biologica potrebbe essersi fermata solo superficialmente. Forse procederà ancora proprio grazie al supporto ibrido offerto da congegni futuribili. Dubito che questo possa considerarsi un motivo di reale conforto. Nel tempo che verrà, se mai verrà, ci faremo mezzi uomini e mezze macchine, o resteremo mezzi uomini e mezze scimmie, quali già siamo? O forse ci involveremo ancora: per un terzo uomini e per due terzi trogloditi? Il tristo e cupo mondo che ci circonda e ci affligge, dominato sempre più dai mercanti di morte e dai signori della guerra e delle armi, farebbe quasi propendere per l'ultima sventurata ipotesi.

Il SSN è ancora un valore della Repubblica?

Luigi Bagnoli

Credo sia giusto porsi questa domanda in considerazione di ciò che sta avvenendo sulla pelle di tutti medici e di tutti gli altri operatori sanitari. Da anni, in prima pagina, solo le notizie negative: mala sanità, assalti ai PS, costi della Sanità. Lo scandalo fa vendere qualche copia in più e aumenta l'audience. In realtà la qualità delle cure è ancora alta. Eppure, le condizioni di lavoro peggiorano costantemente da molto. I segni di ciò sono sotto gli occhi di tutti: colleghi che anticipano la pensione, cattedratici universitari che rinunciano al loro ruolo anzitempo, specialità un tempo ambite ora neglette perché esposte a un lavoro troppo stressante con annessi rischi professionali. Fughe dal rapporto di dipendenza per approdare al mondo delle cooperative per ottenere più libertà contrattuale e magari reddito maggiore. Adempimenti burocratici permeano il lavoro a volte per una mania di controllo amministrativo a volte come surrettizio meccanismo di razionamento delle cure. Una recente ricerca dell'Istituto di ricerca Piepoli, pubblicata sull'ultimo Bollettino, riporta che il 30% dei medici avendone la possibilità andrebbe in pensione subito. Il disagio della professione è innegabile.

Oltre le condizioni obiettivamente faticose dello svolgimento dell'attività professionale anche la remunerazione dei medici è inadeguata. Il confronto pubblicato dall'OCSE con gli altri paesi europei è impietoso: 110 dollari per il medico italiano 190 l'olandese e 187 il tedesco 155 il britannico 140 il belga. Siamo vicini agli spagnoli. Remunerazione ben inferiore a quella degli americani, ma anche a quella dei coreani e dei cileni. E gli infermieri sono ancora più penalizzati.

In realtà questi dati riflettono la scarsa importanza attribuita al SSN nel welfare di una nazione. A cominciare dalla politica. Di tutta la politica, destra centro e sinistra, come dimostra il confronto dell'andamento della spesa pubblica pro-capite in Italia e nei paesi del G7 negli anni 2008-2020 in cui si sono alternati governi di diverso orientamento (fig. 1).

Il SSN nel 2021 si pone come spesa pro capite tra i paesi poveri dell'OCSE con un importo di 3052 euro rispetto ad una media OCSE di 3488. Tra i 15 paesi Europei che destinano maggiori risorse la Germania spende 3299 e la Cechia 285 Euro più di noi. Sono dati che illustrano la insostenibilità del SSN come lo abbiamo conosciuto (fig. 2).

Il SSN negli ultimi anni è stato progressivamente sotto finanziato impoverendo l'offerta di servizi alla popolazione Italiana. La scarsa retribuzione del personale riflette una crisi generale del sistema che si sta progressivamente avviando ad una implosione nella indifferenza politica e nella ignoranza della popolazione.

La crisi di un sistema sottoposto ad continuo depauperamento delle risorse, in difficoltà già nella gestione della normalità è stata evidenziata dal succedersi di due cigni neri in rapida successione: il COVID e la crisi energetica. Questo ha portato un incremento del finanziamento e sono state spese, durante le fasi più acute della pandemia, tante parole sulla sacralità del SSN. Parole sempre più sfumate fino alla scomparsa del tema durante

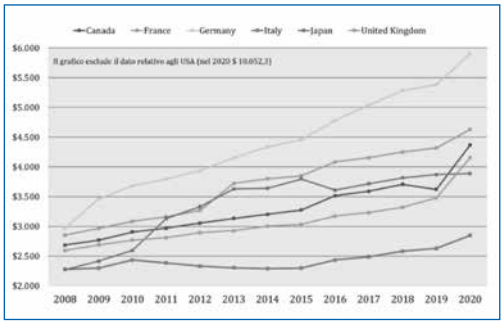


Figura 1.

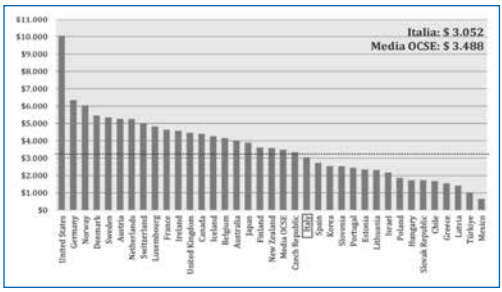


Figura 2.

Paese	Aumento in $	Incremento %
Stati Uniti	1.060,5	11,8%
Canada	748,0	20,7%
Regno Unito	677,5	19,5%
Germania	520,8	9,7%
Francia	314,3	7,3%
Italia	221,5	8,4%
Giappone	17,4	0,4%

A sinistra: Tab. 1 - Aumento spesa sanitaria pubblica pro-capite nei paesi del G7 (2020 vs 2019).
Sotto: Tab. 2 - Le previsioni della NaDEF 2022 sulla spesa sanitaria.

	2022	2023	2024	2025
Spesa sanitaria (milioni di €)	133.998	131.724	128.708	129.428
Spesa sanitaria (% PIL)	7,1%	6,7%	6,2%	6,1%
Tasso di variazione in %	4,8%	-1,7%	-2,3%	0,6%

la recente campagna elettorale. Anche in questo caso la concretezza del confronto delle cifre delle spese disposte dai vari paesi per affrontare il COVID contraddice le affermazioni sulla centralità del SSN (tab. 1).
Eppure non pare esserci consapevolezza di quanto si sia vicini al limite di rottura, come ben sappiamo noi che lavoriamo quotidianamente nel SSN. La situazione è destinata a peggiorare, come è certificato NaDEF, con una ulteriore riduzione delle risorse destinate alla Sanità (tab. 2).

La prospettiva che si affaccia è la fine del sistema universalistico sanitario. E l'affermazione della privatizzazione della salute con buona pace dell'articolo 32 della Costituzione e dello spirito della legge 833. Per alcuni, pochi, si si profilano interessanti prospettive di investimento. Le società che si occupano di salute in USA, assicurazioni e fornitori di servizi sanitari, sono tra le più ricche e redditizie.
Noi medici non abbiamo altra forza che denunciare l'attuale situazione. I dati qui presentati provengono dalla 5° Rapporto GIMBE, sono stati esposti dal Presidente Cartabellota in Senato in autunno e sono perciò conosciuti. Noi vogliamo continuare a porre la questione della salvezza del SSN sul solco della manifestazione di ROMA del 15 dicembre '22. Abbiamo organizzato un incontro tra esperti di organizzazione sanitaria e medici con politici e amministratori pubblici e cittadini il 4 febbraio nella sede dell'Ordine. Anche questa sarà un'occasione per esprimere la sofferenza del SSN prima che collassi definitivamente. Tutti i medici devono conoscere la prima causa del disagio che pervade la nostra professione.

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

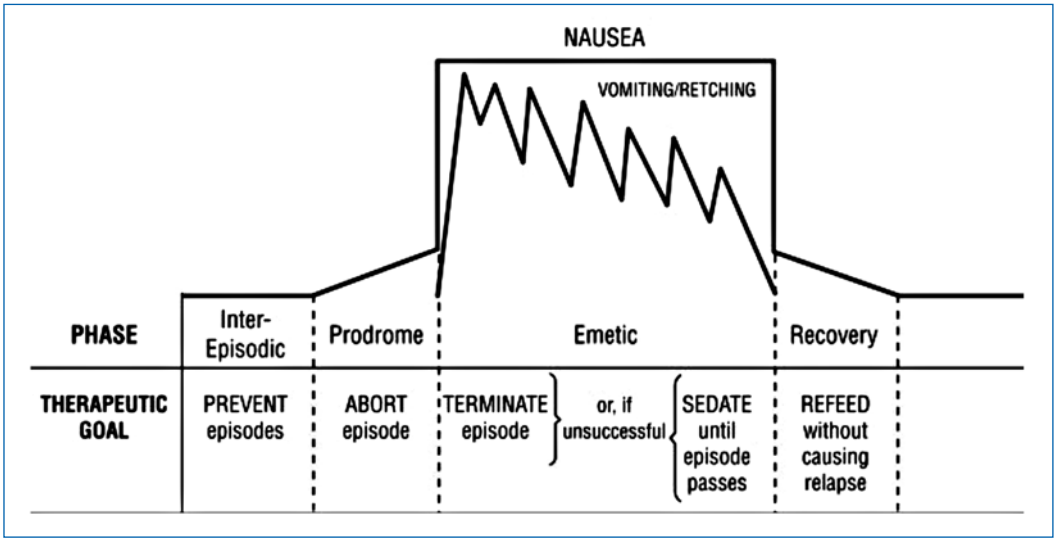
per informazioni: tel 051 581073 – fax 051 6448061
Sito internet: ***www.aicolli.com*** E-mail: ***casadicura@aicolli.com***
40136 Bologna - Via San Mamolo, 158

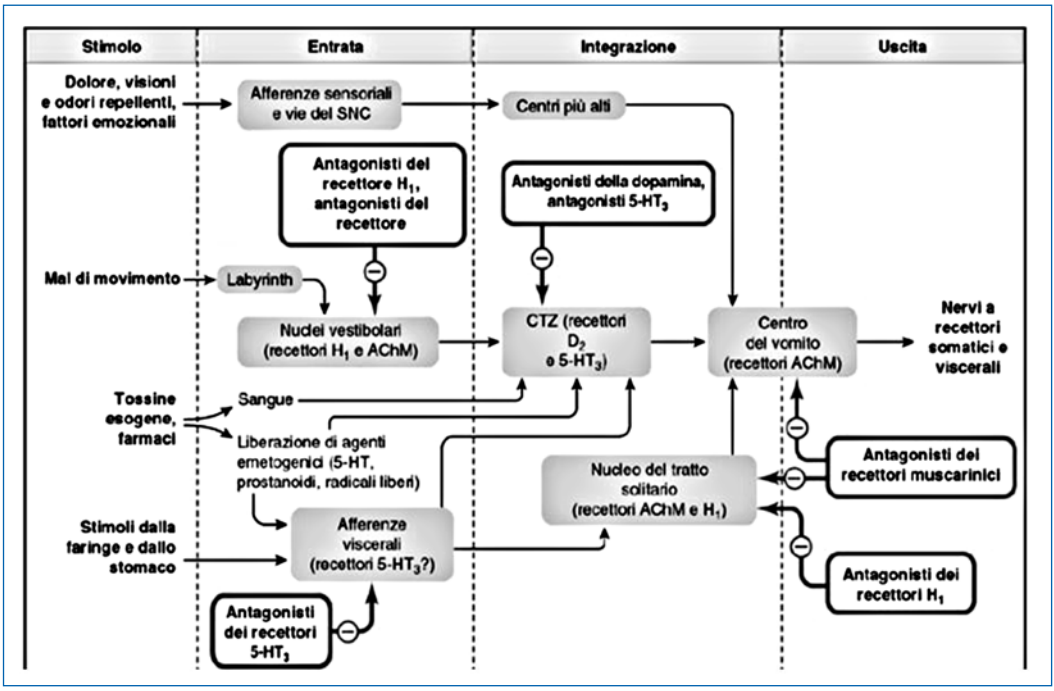
La Sindrome del Vomito Ciclico (CVS) molto frequente ma poco conosciuta

Giancarlo Caletti*

La **Sindrome del Vomito Ciclico (CVS)** è un disturbo funzionale gastrointestinale cronico, caratterizzato da episodi ricorrenti di **forte nausea e vomito**, intervallati da periodi anche lunghi di benessere.
Questa sindrome fu riconosciuta e descritta nel 1882 da un pediatra inglese, il Dr. Samuel Gee, e da allora numerosi studi furono effettuati nei bambini al fine di capirne le cause e trovare una cura efficace.
Mentre la **CVS** è stata molto studiata nella popolazione in età pediatrica, la sua presenza negli adulti è stata sottovalutata per molti anni.
Fino al 1988 si è ritenuto che gli adulti non fossero colpiti da questa sindrome, ma anno dopo anno si cominciò a riconoscere questo quadro clinico anche in questa fascia di età.
All'inizio essa fu classificata come "gastroparesi" o come "gastrite", ma da poco tempo si è accertato che questa sindrome molto debilitante può manifestarsi in varie fasi della vita, inclusa quella adulta (dai 18 ai 62 anni).
La prevalenza nella popolazione è stata calcolata attorno al 2%.
Attualmente la grande maggioranza di pazienti adulti che vengono ricoverati in ospedale con nausea e vomito è affetta proprio da questa sindrome.
Entrambi i sessi ne sono colpiti con una leggera prevalenza per il sesso femminile.

Di cosa si tratta?
Gli episodi di CVS tendono ad avere nel tempo le stesse caratteristiche particolari in tutti i pazienti.
Gli episodi sintomatici sono caratterizzati da 4 fasi:
1. Fase inter-episodica o intervallo di benessere.
In questo periodo, che può durare anche molte settimane o mesi, non si verificano episodi di vomito ed il paziente sta bene.
2. Fase pre-vomito. Il paziente inizia a percepire l'arrivo dell'episodio critico.
La nausea è di intensità variabile, e il soggetto è ancora in grado di assumere farmaci per os.
Questa fase può durare da qualche minuto a qualche ora.
3. Fase del vomito. Essa è caratterizzata da nausea intensa e persistente, vomito ripetuto e





altri sintomi, quali il dolore addominale, uno stato di prostrazione, e torpore.
Questa fase può durare da alcune ore ad alcuni giorni.
In questa fase è quasi impossibile ingerire e trattenere i farmaci per bocca.
4. Fase di ricupero e ripresa. La nausea diminuisce e termina quando ricompare l'appetito. Si è in grado di mangiare qualcosa e le forze ritornano progressivamente normali.
Sfortunatamente moltissimi pazienti con questi sintomi possono soffrirne per molti anni senza che venga posta una diagnosi corretta di **CVS**.
Tuttavia, il tratto caratteristico di questi pazienti è quello di presentarsi ripetutamente al Pronto Soccorso alla ricerca di una cura che attenui il vomito, il dolore addominale (spesso presente) e la disidratazione dovuta alla perdita di abbondanti liquidi emessi con il vomito.
La mancata conoscenza dell'esistenza di questa particolare sindrome negli adulti spesso ritarda la diagnosi di CVS e quindi la sua corretta cura.
Questo ritardo nella diagnosi varia fra gli 8 ed i 21 anni!!
Poiché la **CVS** può presentarsi anche in forma frusta o attenuata, in passato essa era stata etichettata come "nausea psicogena" o "nausea e vomito funzionali", soprattutto quando la crisi si manifesta al mattino e tende a risolversi nel corso della giornata, sempre in assenza di altre cause note.
Quando la **CVS** tarda ad essere riconosciuta avviene che i periodi di benessere diventino sempre più brevi e invece quelli di nausea e vomito si succedano più frequentemente fino a non esserci più intervalli fra una crisi e l'altra.
In questi casi una accurata storia clinica può evidenziare la presenza di eventi simili in famiglia e di precedenti episodi di emicrania/cefalea.

Le Cause
Le cause della **CVS** non sono ben conosciute.
Recentemente si sono fatti molti progressi nella comprensione di questa sindrome e quindi si sono trovate nuove modalità di cura.
I **fattori scatenanti** sono gli stessi nei bambini che negli adulti: **lo stress psicologico, l'eccitazione (anche per eventi positivi), le cinetosi (mal d'auto, di mare e di aereo); la carenza di riposo notturno, le infezioni, i digiuni prolungati e le grandi fatiche fisiche.**
Sono da incriminare anche alcuni **cibi**, quali la cioccolata, i formaggi, il glutammato di sodio, la caffeina, la liquerizia ed il vino rosso.

In alcune donne la crisi si può manifestare in concomitanza del **ciclo mestruale**.
Il meccanismo fisiopatologico di questa sindrome sembra dovuto al fatto che gli agenti stressanti su citati attivino un ormone del sistema nervoso centrale chiamato CRF (Corticotropin Releasing Factor).
Questo gioca un ruolo importantissimo nel mediare alterazioni del sistema nervoso autonomo (attivazione del sistema simpatico ed inibizione del vago) che influenzano la motilità del tubo digerente. In particolare, esso inibisce potentemente lo svuotamento gastrico.
Vari stress immunologici, psicologici o fisici possono scatenare gli episodi di vomito.
Infine, poiché **il livello del CRF è più alto nelle prime ore del giorno, questo spiega la predominanza dei sintomi al risveglio mattutino**.
Nei pazienti adulti vi possono esserci situazioni associate alla **CVS**, quali l'emicrania, disturbi psichiatrici (ansia e depressione), reflusso gastro-esofageo, colon irritabile e diabete.
Si ritiene che la *chemoreceptor trigger zone* sia la sede centrale attraverso cui viene stimolato il centro del vomito e che i mediatori siano la dopamina e la serotonina.
In particolare, l'emicrania e la **CVS** hanno molti fattori patogenetici in comune.
Gli stessi farmaci utilizzati per l'emicrania (**triptani**) e gli antidepressivi triciclici (**TCA**) possono essere utili nella **CVS**. I questi casi la **CVS** può anche essere chiamata **"emicrania addominale" e/o "epilessia addominale"**.
In caso di **diabete**, il buon controllo della glicemia è fondamentale per ridurre al minimo le ricadute di **CVS** nel tempo.
In sintesi, la **CVS** sembra dovuta ad uno **sbilanciamento del sistema nervoso autonomo simpatico** che rende i pazienti più suscettibili a rispondere in modo esagerato agli stimoli al vomito provenienti dal cervello. Un'altra ipotesi fisiopatologica si basa sulla presenza di una **disfunzione dei mitocondri** all'interno della cellula che porta ad un deficit dell'energia cellulare e così contribuisce ulteriormente alla disfunzione del sistema nervoso autonomo.

Test diagnostici

Non esiste nessun esame di laboratorio che consente una diagnosi di CVS.
L'anamnesi è l'aiuto diagnostico principale.
Normalmente sono sufficienti poche analisi quali l'emocromo completo, la glicemia, gli elettroliti, gli enzimi pancreatici, il test di gravidanza, l'esame delle urine e una radiografia diretta dell'addome, una ecografia addominale completa, per escludere patologie organiche importanti alla base della nausea e del vomito.

La Cura

La cura della **CVS** si basa soprattutto nell'identificazione ed eliminazione dei fattori stressanti scatenanti, nel prescrivere farmaci che prevengano il ripetersi degli episodi di vomito ed infine il trattamento degli episodi acuti.
È indispensabile **modificare gli stili di vita** per evitare gli stimoli scatenanti la crisi legati molto al **calo di energia**:

- Prevenire e combattere al primo sintomo le infezioni delle vie aeree superiori come il mal di gola, la sinusite ecc.
- Evitare e/o controllare gli stress negativi (ansia e panico), ma anche quelli positivi (eccitazione, festini, vacanze).
- Evitare di dormire poco. Preservare le corrette ore di sonno e nei giusti orari. Se necessario assumere 1 cpr di Melatonina mezz'ora prima di coricarsi.
- Evitare i digiuni prolungati e ingerire qualche spuntino nella giornata. Soprattutto ingerire spuntini ad alto contenuto di carboidrati prima di un esercizio fisico e talvolta anche prima di andare a letto. In alternativa, assumere barrette energetiche anche più volte al giorno.
- Bere sempre molta acqua (1+1/2 litri al dì) con aggiunta di elettroliti.
- Evitare cioccolata, formaggi, liquirizia, glutammato monosodico (dadi da brodo). Caffè ed alcol sono consentiti con moderazione.
- Alimentazione limitata di proteine, ma abbondante in carboidrati.
- Prevenire il mal d'auto o di mare.
- Nelle donne, se presente, curare la dismenorrea.
- Evitare l'eccesso di esercizio fisico. Questo è consentito ma senza eccessiva fatica.

Per la profilassi, cioè per prevenire gli attacchi, i farmaci di prima linea più indicati sono gli antidepressivi triciclici (TCA).

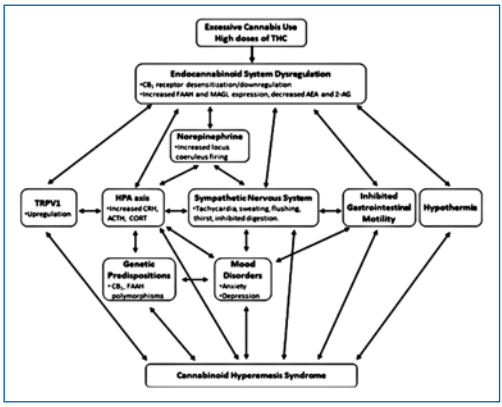
Nei casi a cui si associ anche l'emicrania l'antagonista degli adrenorecettori-beta (propanolo), oppure l'antagonista dei recettori H1 della serotonina possono essere di utilità.
L-carnitina e coenzima-Q sono stati anche cosomministrati con buoni risultati.
Nei casi più resistenti il topiramato può essere aggiunto al TCA.
Infine, una dose leggera di benzodiazepina (lorazepam), può completare la cura profilattica.

Il trattamento di profilassi è a lungo termine, con la precauzione di mantenerlo per almeno 12-18 mesi, avendo l'accortezza al termine di scalare il TCA molto lentamente.

Come bloccare l'attacco ai primi sintomi: Diminuire al massimo gli stimoli scatenanti, giacendo in una stanza buia, silenziosa e senza disturbi vari.
Triptani in spray in nasale o in fiala sottocute.
In aggiunta supposte di proclorperazina.

La cura degli episodi acuti consiste nel prevenire la disidratazione legata alla perdita di liquidi con il vomito profuso, bloccare il vomito ed eliminare il dolore addominale.
Fleboclisi di destrosio al 5-10% con potassio ed antiemetici come la prometazina, la clorpromazina sono di grande aiuto. Un'aggiunta di lorazepam è certamente efficace a risolvere la crisi.

Conclusioni
Lo scopo di questa sintesi è quello di divulgare che la **Sindrome del Vomito Ciclico (CVS)** è più frequente di quanto non si pensi, sia nel bambino che nell'adulto, e deve essere portata a conoscenza sia del medico di medicina generale che del medico di pronto soccorso.
Spesso la diagnosi iniziale è quella di una malattia da reflusso gastro-esofageo o di una gastrite acuta, il che ritarda anche di anni un trattamento idoneo.
Più rapidamente la **CVS** viene riconosciuta, più sollecitamente può essere curata sia nella fase acuta sia con intento profilattico.
I farmaci efficaci esistono e se opportunamente utilizzati possono portare a guarigione o almeno a lunghissimi periodi di benessere.



Cannabinoid Hyperhemesis Syndrome (CHS)
Un discorso separato merita la descrizione di questa sindrome.
I giovani d'oggi non solo possono essere soggetti alla Sindrome del Vomito Ciclico, ma se fanno spesso uso di cannabis e similari, possono incorrere nella suddetta sindrome che ha le stesse caratteristiche della CVS.
Non è ancora conosciuto il motivo per cui questa sindrome non colpisca tutti gli utilizzatori di Cannabis. Caratteristica di questi pazienti è il bisogno compulsivo di fare docce o bagni molto caldi, pratica che aiuta a calmare la crisi. L'esame obiettivo di soggetti con vomito che evidenzia lesioni cutanee, prevalentemente addominali da ustione di 1° grado conferma la diagnosi della sindrome.
Pertanto, se si vuol uscire dal tunnel, è assolutamente necessario astenersi per sempre da queste sostanze**.**
La cura sarà poi la medesima prescritta per guarire dalla Sindrome del Vomito Ciclico.

Riferimenti bibliografici essenziali.

Hasler WL & al. CVS-Pathophysiology and morbidities. Neurogastroenterol 2019-31 (suppl2) nmo.13607.
Vankatesan Th & al. Guidelines on management of CVS in adults. Neurogastroenterol 2019-31 (suppl2). nmo.13604.
Venkatesan Th & al. Role of chronic cannabis use: CVS vs Cannabinoid Hyperemesis Syndrome Neurogastroenterol 2019-31 (suppl2) nmo.13606.

* **Giancarlo Caletti**
Professore dell'Alma Mater - Membro della Cyclic Vomiting Syndrome Association - Milwaukee, USA - Casa di Cura Toniolo, Bologna - giancarlo.caletti@unibo.it

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 7 dicembre 2022

CASSARINO VALENTINA	340/96.46.599	PLEBANI KEVIN	347/36.84.041
COLAJANNI ELENA	347/90.35.570	PUGLIESE MARIA TERESA	327/35.81.533
DALMONTE MARIA CRISTINA	334/80.07.117	RAVASIO RICCARDO	366/53.42.541
DOMENICALI FILIPPO	339/13.18.004	SPAGNUOLO ANTONIO	347/24.22.463
FAVUZZA ANNA MARIA IOLANDA	338/71.46.232	ZAVALLONI GIULIO	338/11.60.167
LAMANNA LORENZO	338/42.64.516	ZUCCARINO LEONARDO	327/20.56.074

***

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
BUTERA FABIO FRANCESCO	Odontoiatra – Ortognatodonzia	349/79.31.655
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia	
	Chirurgia della mano	
	Medicina Legale e delle Assicurazioni	347/88.53.126
SANTI MICHELA	Cardiologia	349/61.39.480
SILVESTRI LUCA	Otorinolaringoiatria	340/79.22.768

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

Certificato

UNI EN ISO
9001:2015
REG. N. 8540

VILLA BELLOMBRA
RIABILITAZIONE ROBOTICA

Riabilitazione intensiva
con tecnologia robotica

LOKOMAT PRO®

ARMEO POWER®

ARMEO SPRING®

per il recupero degli arti inferiori e superiori

Villa Bellombra
è consorziata e associata con:

COLIBRÌ®
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITÀ PRIVATA

Uehp
European Union of Private Hospitals

VILLA BELLOMBRA
PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO

Via Casteldebole 10/7
40132 Bologna
tel 051.58.20.95
info@villabellombra.it
www.villabellombra.it

Seguici su facebook

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

Aut. San. N.PG. 474341/2022 del 03/08/2022

© foto: Hocoma, Switzerland

sandrostefanelli.com

Formazione (crediti ECM) in materia di radioprotezione del paziente

Si richiama l'attenzione su quanto previsto dal Decreto Legislativo 31 luglio 2020, n. 101 in materia di formazione del medico.
Il D.Lgs 101/2020 ottemperanza - Attuazione della direttiva 2013/59/Euratom, che stabilisce norme fondamentali di sicurezza relative alla protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti, e che abroga le direttive 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom e 2003/122/Euratom e riordino della normativa di settore in attuazione dell'articolo 20, comma 1, lettera a), della legge 4 ottobre 2019, n. 117. (20G00121) (GU n.201 del 12-8-2020 - Suppl. Ordinario n. 29 - all'art. 162 (Formazione) comma 2 prevede che "I professionisti sanitari che operano in ambiti direttamente connessi con l'esposizione medica e, limitatamente alle tematiche connesse ai criteri di giustificazione e appropriatezza, i medici di medicina generale e i pediatri di famiglia, devono seguire corsi di formazione in materia di radioprotezione del paziente nell'ambito della formazione continua di cui all'articolo 16-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche".
In conseguenza di quanto precedentemente riportato, la Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha adottato una delibera in materia di radioprotezione del paziente, recentemente pubblicata sul portale AgeNaS, nella quale si chiarisce che per il triennio 2020-2022, l'obbligo di aggiornamento di tutti i professionisti sanitari che operano in ambiti direttamente connessi all'esposizione medica e, limitatamente alle tematiche connesse ai criteri di giustificazione e appropriatezza, dei medici di base e dei pediatri di famiglia prevede che «i crediti specifici in materia di radioprotezione devono rappresentare almeno il 10 per cento dei crediti complessivi previsti nel triennio per i medici specialisti, i medici di medicina generale, i pediatri di famiglia, i tecnici sanitari di radiologia medica, gli infermieri e gli infermieri pediatrici, e almeno il 15 per cento dei crediti complessivi previsti nel triennio per gli specialisti in fisica medica e per i medici specialisti e gli odontoiatri che svolgono attività complementare.
Ad ulteriore chiarimento di quanto prima ricordato si pubblicano a seguire la COMUNICAZIONE N° 17 della FNOMCEO del 19/01/2022 avente per oggetto "delibera in materia di radioprotezione del paziente" e la nota del Ministero della Salute n. 3551 del 22/07/2022 avente per oggetto "Richiesta chiarimenti art. 162 del d.lgs del 31 luglio 2020, n. 101».

* * *

Delibera in materia di radioprotezione del paziente

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri - Comunicazione n° 17 - Ai presidenti degli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri - Ai Presidenti delle Commissioni per gli Iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi - Ai Presidenti delle Commissioni per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri

Cari Presidenti,
in ottemperanza all'art. 162 (Formazione) del decreto legislativo 31 luglio 2020, n° 101, la Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha adottato una delibera in materia di radioprotezione del paziente, recentemente pubblicata sul portale AgeNaS, che Vi invio in allegato.
Vi ricordo, per il triennio 2020-2022, l'obbligo di aggiornamento di tutti i professionisti sanitari che operano in ambiti direttamente connessi all'esposizione medica e, limitatamente alle tematiche connesse ai criteri di giustificazione e appropriatezza, dei medici di base e dei pediatri di famiglia:

- *"i crediti specifici in materia di radioprotezione devono rappresentare* **almeno il 10 per cento** *dei crediti complessivi previsti nel triennio per i medici specialisti, i medici di medicina generale, i pediatri di famiglia, i tecnici sanitari di radiologia medica, gli infermieri e gli infermieri pediatrici, e* **almeno il 15 per cento** *dei crediti complessivi previsti nel triennio per gli specialisti in fisica medica e per i medici specialisti e gli odontoiatri che svolgono attività complementare".*

Per poter conteggiare nelle percentuali suindicate i crediti ECM conseguiti dai professionisti coinvolti da tale obbligo, gli eventi dovranno essere accreditati dai provider nell'obiettivo specifico riferito alla "radioprotezione del paziente", ricompreso nel n° 27 "Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione"; *i provider dovranno poi selezionare, nell'ambito dell'obiettivo n° 27, la voce* "evento in materia di radioprotezione del paziente ex art. 162 del d.lgs. 101 del 2020".
Considerato che tale funzione è operativa da poco sul sistema AgeNaS, la Commissione dà ai professionisti sanitari la possibilità di "recuperare" i crediti precedentemente acquisiti da eventi che il provider, al momento dell'accreditamento, non aveva potuto selezionare con la specifica voce indicando, in modo autonomo, all'interno del portale CoGeAPS o della relativa app per dispositivi mobili quelli riconducibili alla materia della radioprotezione del paziente.

Si precisa che le percentuali indicate dal comma 4 dell'art. 162 del D.Lgs. 101 del 2020, utili a calcolare i crediti formativi obbligatori in materia di radioprotezione, sono riferite all'obbligo formativo individuale. Ad es., se un medico di medicina generale ha l'obbligo formativo del triennio attuale (150) ridotto di 30 crediti perché nel triennio precedente ha conseguito un numero di crediti ricompreso tra 120 e 150, la percentuale obbligatoria del 10% per crediti da acquisire in materia di radioprotezione del paziente si applica a 120, cioè 12 crediti.
La Commissione Nazionale ECM dispone anche che, nel limite massimo del 50%, arrotondato ad unità intera inferiore, i crediti previsti per l'obbligo in materia di radioprotezione possono essere **conseguiti mediante autoformazione**, *fermo restando che il numero crediti raccolti con autoformazione non può superare il 20% dei crediti totali del triennio. Ad es., se un odontoiatra deve acquisire i 150 crediti ECM nel triennio 2020-2022,* **22,5 di questi dovranno riguardare eventi che riguardano la radioprotezione,** *di cui 11 potranno essere raccolti attraverso l'autoformazione. Il professionista sanitario è tenuto a precisare all'interno dell'Allegato VIII, da inviare al CoGeAPS, se l'attività di autoformazione è riferibile, anche per il triennio 2020-2022, alla "radioprotezione del paziente ex art 162 D.Lgs. 101 del 2020".*
Per tali rilevanti novità raccomando sempre di darne massima evidenza presso i Vostri iscritti.
Con i più cordiali saluti

Il Presidente, Filippo Anelli

* * *

Richiesta chiarimenti art.162 del d.lgs. 31 luglio 2020, n. 101

Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria
Con riferimento ai vari chiarimenti richiesti da codesti ordini professionali alla DG PROF del Ministero della salute, in merito all'applicazione dell'art. 162 del d.lgs. 101/2020, avendo la scrivente DGPREV seguito la messa a punto del decreto in parola, di intesa con la DG PROF si fa presente quanto segue.
In primis, *e con riferimento specifico a quanto richiesto dall'OMCeO di Lucca, la definizione di esposizione medica è riportata nell'articolo 7, comma 47, del d.lgs. 101/2020 ed è autoesplicativa:*
47) «esposizione medica»: l'esposizione di pazienti o individui asintomatici quale parte integrante di procedure mediche diagnostiche o terapeutiche a loro stessi rivolte, e intesa a produrre un beneficio alla loro salute, oltre che l'esposizione di assistenti e accompagnatori, nonché di volontari nel contesto di attività di ricerca medica o biomedica.
Il medesimo art.7 reca altresì al comma 8 una chiara definizione di attività complementari:
8) «attività radiodiagnostiche complementari»: attività di ausilio diretto al medico specialista o all'odontoiatra per lo svolgimento di specifici interventi di carattere strumentale propri della disciplina, purché contestuali, integrate e indilazionabili, rispetto all'espletamento della procedura specialistica.
Si ritiene infine parimenti autoesplicativo il contenuto dell'art.157 – Applicazione del principio di giustificazione alle esposizioni mediche – *del d.lgs.101/2020, qui non riportato integralmente per brevità.*
Ciò premesso, appare opportuno rappresentare, in conformità con quanto esplicitato al comma 2 dell'articolo 162 del dlgs. 31 luglio 2021, n. 101, che "i professionisti sanitari che operano in ambiti direttamente connessi con l'esposizione medica e, limitatamente alle tematiche connesse ai criteri di giustificazione e appropriatezza, i medici di medicina generale e i pediatri di famiglia, devono seguire corsi di formazione in materia di radioprotezione del paziente nell'ambito della formazione continua di cui all'articolo 16-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche".
Il comma 4 dell'articolo 162 del d.lgs. 101/2020 esplicita ulteriormente che "i crediti specifici in materia di radioprotezione devono rappresentare almeno il 10% dei crediti complessivi previsti nel triennio per i medici specialisti, i medici di medicina generale, i pediatri di famiglia, i tecnici sanitari di radiologia medica, gli infermieri e gli infermieri pediatrici, e almeno il 15 per cento dei crediti complessivi previsti nel triennio per gli specialisti in fisica medica e per i medici specialisti e gli odontoiatri che svolgono attività complementare".
Nel caso specifico dei medici specialisti, dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia (libera scelta) la ratio dei commi 2 e 4 dell'art. 162, è che i medici di qualsiasi specializzazione e modalità di esercizio della professione siano tenuti alla formazione e aggiornamento ECM di radioprotezione in quanto tutti potenziali prescriventi, inclusi gli odontoiatri.
In merito ai quesiti dell'OMCeO di Milano, quindi, tutti i professionisti summenzionati (MMG, pediatri, medici specialisti e odontoiatri), inclusi coloro che esercitano quali libero professionisti e i medici legali, che sono peraltro nella condizione di poter richiedere e motivare esami radiologici nell'ambito di procedure medico-legali o assicurative ai sensi dell'art.169, comma 1, lettera b), del d.lgs. 101/2020, sono da considerarsi interessati a quanto previsto dalla norma, fermo restando che il comma 4 dell'art. 162 prevede requisiti di formazione e aggiornamento più stringenti nei confronti dei medici specialisti e odontoiatri che svolgono attività complementare.

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

FORMAZIONE E PARTECIPAZIONE IN SANITÀ

6 maggio 2022 - Cappella Farnese, Palazzo Comunale, Piazza Maggiore- Bologna

Organizzato dall'associazione Diritti senza Barriere in collaborazione con Medicina Democratica.
Relatori: Dott. Salvatore Lumia, Dott.ssa Ester Pasett, Dott. Paolo Fierro, Dott.ssa Francesca Firrao, Avv. Chiara Colombini, Avv. Francesco Trebeschi

Prima parte: relazioni dei medici

I medici intervenuti hanno evidenziato quanto sia importante la formazione del medico nel rapporto di cura del paziente, che non può essere affidata ad un algoritmo. È stato messo in risalto quanto incide l'aspetto organizzativo nell'attività sanitaria. Come determina la possibilità di poter creare un' umanità nella cura. Alla formazione non deve essere esente la supervisione, come possono essere migliorate le prassi specifiche e concrete. La soddisfazione degli operatori sanitari ha un peso notevole nella relazione di cura, sicuramente un dovuto riconoscimento economico è indispensabile, ma non basta. Essere considerati, resi partecipi degli aspetti organizzativi del proprio servizio nel contesto di lavoro, sono elementi imprescindibili affinché un rapporto professionale possa essere svolto al meglio.

La femminilizzazione nelle professioni sanitarie ha avuto un progressivo incremento nelle figure dirigenziali, si è chiesto se ciò ha avuto ricadute migliorative. Oppure non è sufficiente "occhi differenti" affinché ciò possa incidere nell'organizzazione dei servizi.

La partecipazione democratica nella sanità è un valore che dovrebbe essere diffuso, funzionale alla quantità e qualità dei servizi forniti e non da meno ad una verifica del buon impiego del denaro pubblico.

Seconda parte: la figura del tutore e dell'amministratore di sostegno

Oltre, agli interventi del Giudice tutelare e degli avvocati relatori, sono intervenuti sia in presenza che da remoto, da diverse parti d'Italia, Avvocati rappresentanti di associazioni e testimonianze dirette di familiari che hanno denunciato gli abusi, troppo frequenti, da parte di tutori e Amministratori di Sostegno (AdS) che anziché tutelare e sostenere la persona fragile soggetta a tutela approfittano della loro fragilità per appropriarsi in modo fraudolento dei loro beni.

A volte, purtroppo, i Giudici Tutelari non sono molto solerti e scrupolosi nell'esercitare il controllo dell'operato dei tutori e AdS, troppo spesso si verifica che la persona sottoposta a tutela, in pratica è tutt'altro che tutelata, anzi è, disgraziatamente, dissanguata dei propri beni e non considerata nelle sue necessità di cura ed assistenza. Anziché essere tutelata viene annullata.

Si è levato un grido di allarme e di dolore lancinante da parte delle persone che vivono quotidianamente gli abusi, verso i quali si sentono sopraffatti, impotenti ed abbandonati dalla Giustizia che dovrebbe tutelarli.

Conclusione: la sanità non gode buona salute, non basta intervenire sulla formazione delle figure sanitarie, anche se è importante, è necessario un movimento partecipativo che riveda l'organizzazione generale dei servizi sanitari. Non sono più tollerabili servizi accreditati e/o convenzionanti che non rispettano quanto è previsto dal servizio pubblico, le finalità sono contrastanti, il privato accreditato ha l'obiettivo speculativo che mal si concilia ai bisogni di salute e di ripresa dei malati.

Dovranno essere URGENTEMENTE rivisti sia la funzione del Giudice Tutelare che la legge 6/2004, istitutiva dell'AdS. Entrambe le figure G.T., Tutore e AdS si sono rivelate che non sono di sostegno e/o aiuto, come dovrebbero essere, alle persone sottoposte a tutela o AdS. Trattasi di persone, prevalentemente, fragili, non può esistere che gli abusi, soprusi, angherie non vengano immediatamente sanzionati, aggravando ancor di più la situazione di fragilità.

Tutto ciò conferma che il diritto privato diventa fragile per le persone fragili.

Per l'associazione "Diritti senza Barriere" la Presidente **Bruna Bellotti**

* * *

ORTOPEDIA PEDIATRICA OGGI: CORSO TEORICO-PRATICO

24 Settembre Bologna

Si è svolto il 24 Settembre a Bologna il Corso "Ortopedia pediatrica oggi: Corso teorico-pratico", con responsabile scientifico Manuele Lampasi e il gruppo Ortopediatria, Formazione, Ricerca e Cura in Ortopedia Pediatrica.

Il corso ha fornito ai partecipanti gli elementi di base per la valutazione delle patologie di più comune riscontro in ortopedia pediatrica: piede piatto, ginocchia valghe e vare, alterazioni della marcia (a punte in dentro e in fuori), deambulazione sulle punte, eterometrie, scoliosi, piede torto, paralisi cerebrale infantile, ecc.

In particolare, si è cercato di fornire ai professionisti gli strumenti necessari a comprendere quali siano le indicazioni corrette per l'invio ad una valutazione specialistica: è fondamentale infatti ridurre i rischi che da un lato vengano indirizzati agli specialisti quadri fisiologici (con conseguente spreco di risorse) e che dall'altro venga ritardato l'invio di quadri che meritano una presa in carico rapida.

Inoltre sono stati forniti aggiornamenti sulle modalità più moderne di trattamento: infatti il trattamento di alcune di queste condizioni negli ultimi anni si è modificato, introducendo nuove tecniche ed abbandonando alcune pratiche che venivano utilizzate in passato.

Una parte del corso è stata dedicata poi alla displasia congenita dell'anca, una condizione che è ampiamente nota in ambito pediatrico ma che purtroppo viene ancora gestita quotidianamente in modo scorretto (ecografie eseguite in modo non congruo, trattamenti inutili o forzati, ampio utilizzo di pratiche senza un razionale scientifico, ecc.). È stata implementata nei professionisti pediatrici la consapevolezza su alcuni aspetti pratici di questa condizione: quando eseguire l'ecografia, come riconoscere una ecografia fatta male o un trattamento eseguito male, ecc.

La partecipazione è stata elevata da parte di professionisti di profilo vario (ortopedici, pediatri, fisiatri, fisioterapisti, tecnici ortopedici, ecc.) e l'interesse significativo, a riprova dell'elevata richiesta formativa e divulgativa in questo ambito.

Il Responsabile Scientifico del Corso Dott. Manuele Lampasi

CENTRO ITALIANO DI SESSUOLOGIA - XXXI CONVEGNO NAZIONALE - COPPIE OGGI. INTIMITÀ, DISTANZA, COMPLESSITÀ

14-15 OTTOBRE 2022 – Bologna – Relais Bellaria

Il XXXI congresso del CIS Centro Italiano di Sessuologia ha avuto come tema principale l'analisi della condizione della Coppia oggi dal punto di vista sociologico, psicologico, sessuologico e medico.
La coppia si fondava sulla complementarietà dei ruoli e su vincoli sociali mentre nella nostra epoca storica e socio-culturale ha subito un profondo cambiamento: la relazione di coppia sembra aver perso quei fattori di stabilità di origine socio culturale del passato mentre intimità, progettualità, rispecchiamento narcisistico nell'altro, autorealizzazione, passionalità/erotismo emergono come fattori attuali che mantengono la stabilità della coppia, pertanto il concetto di coppia oggi è quasi in antitesi con quello di famiglia.
Quando ci si prende cura delle Coppie, della loro relazione, intimità, sessualità, comunicazione bisogna sempre prevedere un approccio pluridimensionale e pluridisciplinare, non si può quindi prescindere da una arricchente contaminazione culturale e metodologica fra professionisti, questo è stato l'obiettivo del Congresso.
Il Congresso si è svolto in due giornate, venerdì e sabato. Durante la prima giornata ci siamo occupati delle problematiche psicologiche e sessuologiche delle coppie quando insorgono aspetti patologici di ordine organico o iatrogeno, quali l'endometriosi, tumori alla prostata, cosa fare per contrastare il conseguente momentaneo o non deficit erettile, sino all'inserimento di protesi peniene, l'infertilità, quando la coppia deve affrontare percorsi di Procreazione Medicalmente Assistita. Nel primo pomeriggio il Prof. Barbagli ha portato un excursus sociologico sulla Coppia, seguito da colleghi Psicoterapeuti che hanno indicato ed evidenziato possibili strade terapeutiche rivolte alla coppia: la dott.ssa Florini ha presentato gli ultimi sviluppi della Psicoterapia Sessuale Integrata e della sua applicabilità rispetto al disturbo sessuale emergente ossia il calo del desiderio; il dott. Tarantini ha evidenziato l'utilità dell'approccio Sistemico-relazionale considerando la coppia come un sistema che affronta periodi di disfunzionalità mentre la dott.ssa Altera portando il suo approccio sulla Emotion Focused Therapy ha mostrato l'importanza dell'esperienza emotiva del terapeuta e della coppia nella stanza di terapia.
È seguita una tavola rotonda sulla Coppia post pandemia che si è arricchita dell'apporto di due giornalisti Giulia Gotelli e Vittorio Russo, che hanno riportato delle interviste a coppie Italiane che vanno a confermare come la pandemia e le relative restrizioni abbiano inciso notevolmente sulle dinamiche di coppia; all'inizio della pandemia era stato infatti ipotizzato un possibile baby boom invece è emerso un calo del desiderio sessuale e dei rapporti sessuali, ciò è stato testimoniato dalle interviste effettuate, inoltre la relazione della Dott.ssa Rifelli ha evidenziato come la pandemia abbia creato nelle coppie uno stato di immobilismo da cui è ancora difficile uscire. IL Prof. Corona della Società Italiana di Andrologia Medica ha arricchito la tavola rotonda sottolineando gli aspetti medici che sono emersi con focus specifico nei confronti degli uomini durante il Covid 19 e che non sono stati presi abbastanza in considerazione, perché anche in questo caso l'immobilismo e la paura ha segnato il periodo così difficile.
Nella seconda giornata il congresso si è articolato in varie sessioni tematiche occupandosi della coppia nelle varie fasi evolutive: adolescente, adulta, terza età.
Ogni sessione è stata caratterizzata dalla presenza di uno psicoterapeuta, un medico, specialista in urologia o endocrinologia o ostetricia-ginecologia, e un psico-sessuologo proprio a confermare l'importanza della multidisciplinarietà e integrazione necessaria alla presa in carico terapeutica della coppia con disagio sessuale.
Ha fatto seguito la comunicazione dei sondaggi rivolti ai giovani su tre tematiche importanti: la pornografia, l'identità, la contraccezione, eseguite dal gruppo CIS Millennials, coordinati da dott.ssa Artioli.
Il congresso si è chiuso con la sessione comunicazioni coordinata dalla Prof.ssa Panzeri e il Prof. Sanzovo.
Gli atti del Congresso saranno pubblicati nel 2 numero del 2022 della Rivista di Sessuologia del Centro Italiano di Sessuologia edita da Scione Editore.

* * *

VENT'ANNI DI ANT NELL'APPENNINO BOLOGNESE. UN PERCORSO DI INTEGRAZIONE TRA SANITÀ' PUBBLICA E TERZO SETTORE PER LA CURA DOMICILIARE DEL PAZIENTE IN FASE AVANZATA

21 ottobre 2022

Del lavoro di ANT in Appennino si è parlato il 21 ottobre alla Rocchetta Mattei a Grizzana Morandi, in occasione del convegno "Vent'anni di ANT nell'Appennino Bolognese. Un percorso di integrazione tra sanità pubblica e Terzo Settore per la cura domiciliare del paziente in fase avanzata".
L'incontro ha approfondito il tema dell'organizzazione e del consolidamento della rete di cure palliative, alla luce dei vent'anni di assistenza domiciliare ANT nel distretto di montagna.
Le cure palliative attraverso il modello assistenziale che offrono mettono al centro della cura sia la persona malata che la sua famiglia. La complessità e la variabilità dei bisogni viene ben soddisfatta da una rete assistenziale che oltre ad essere composta da setting diversificati è costituita da un équipe interprofessionale di operatori che, in maniera flessibile, personalizzata e competente si prendono cura di tutti i bisogni del paziente e della sua famiglia cercando di mantenere o migliorare la loro dignità e qualità di vita.
La stretta collaborazione che si è creata nel tempo tra Terzo Settore, Medici di Medicina Generale, Infermieri domiciliari, strutture ospedaliere, RSA e Servizi Sociali sono andate consolidandosi nel tempo, permettendo la strutturazione di una Rete di Cure Palliative che dal 2002 ad oggi, ha preso in carico circa 2.250 assistiti e famiglie, compresi i più di 400 villeggianti che risiedono nell'Appennino durante il periodo estivo.

Dopo i saluti del presidente ANT Raffaella Pannuti e delle autorità, si sono susseguiti i seguenti interventi:
Guido Biasco, Università degli Studi di Bologna e Fabrizio Moggia, AUSL Bologna, hanno moderato la prima parte dedicata al tema *"Dai bisogni del paziente oncologico alle risorse del territorio"* dove sono intervenuti Anna Fortuzzi di Fondazione ANT che ha parlato dell'esperienza nel Distretto di Porretta, e a seguire il tema "Territorio - Ospedale - Domicilio nel prendersi cura del paziente oncologico" con Massimo Fedele, Oncologo Day Hospital oncologico Vergato e Loiano, Ausl Bologna; Maurizio Ongari, Direttore Unità Operativa Complessa Medicina, Ospedale di Porretta; Barbara Niccoli, Responsabile del Servizio Sociale Territoriale dell'Unione dei Comuni Appennino Bolognese; Marco D'Alessandro, Fondazione Hospice Seragnoli (BO).
La seconda parte dal tema *"Un approccio di cura globale dai sintomi del paziente alla presa in carico della famiglia"* con i moderatori Gloria Mattioli, Caposala infermieristica distretto Porretta e Sandra Mondini, Direttore Distretto Appennino Bolognese ha visto Danila Valenti, AUSL Bologna, con una lettura su "La Rete di Cure Palliative come garanzia della continuità assistenziale" e a seguire interventi su "Il dolore nel paziente fragile assistito al domicilio" di Boaz G. Samolsky-Dekel, Università degli Studi di Bologna; "Il medico di medicina generale e la rete di cura" di Cesare Tosetti, Medico di Medicina Generale AUSL Bologna; "Gestione infermieristica del paziente oncologico a domicilio" di Rossella Nanni, Infermiera cure palliative ASL Bologna; "La rete ai tempi del Covid-19: criticità ed opportunità" di Nicolino Molinaro, Direttore U.O.C. Medicina Interna, Ospedale di Vergato, Bologna.
Infine un intervento di Silvia Varani di Fondazione ANT su "Il caregiver - una risorsa essenziale".
In chiusura *closing remarks* di Anna Fortuzzi e Catia Frenquelli.
I partecipanti sono stati n. 40 per un totale di n. 23 (6 medici, 12 infermieri, 5 psicologi) che hanno fatto richiesta dei crediti ECM e 17 uditori di diverse professionalità OSS, Fisioterapisti, Biologi e Assistenti Sociale.
Le valutazioni di gradimento si sono rilevate molto elevate, sia per quel che riguarda gli aspetti legati ai contenuti sia per quanto concerne la valutazione dei docenti coinvolti rispetto al tema trattato, alla chiarezza espositiva, alla gestione dell'aula, al rispetto dei tempi e alla qualità e completezza del materiale didattico utilizzato ed ai gradi di integrazione degli stessi.
È stato un momento di confronto interprofessionale per un approccio alle cure palliative integrato e promuovere la cultura della continuità nei percorsi assistenziali, al fine di favorire la presa in carico dei pazienti da parte della Rete di Cure Palliative e migliorare la qualità di vita del paziente e della famiglia.
I bisogni sanitari e sociali sempre crescenti di una popolazione che invecchia, il numero limitato di personale sanitario e la crisi economica pongono una riflessione sulla situazione attuale e sulla sua evoluzione rispetto ai decenni passati, in modo da comprendere e accogliere in modo efficace le sfide di salute odierne ad anche future.

Alessandra Bonazzi
Dipartimento Sanitario U.O. Formazione e Ricerca Fondazione ANT Italia ONLUS

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

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 comprese tutte le spese. Cell. 349/4914773. No odontoiatra.

Studio Medico zona Saffi vicino Ospedale Maggiore, 2 camere, sala d'aspetto, 2 bagni. Sono presenti in studio uno specialista e un medico di famiglia. Per info 339/5375562.

Il Poliambulatorio Medico e Fisioterapico Centro Integra S.r.l. (via Emilia Levante 59, Bologna) cerca MEDICO ECOGRAFISTA per attività ambulatoriale (ecografie muscolo-tendinee, articolari). La nostra equipe di professionisti, attraverso metodiche di cura integrate, si propone di perseguire un progetto di cura condiviso. Si offre contratto di lavoro libero professionale. Se interessati è possibile contattarci allo 051/6241801 (lunedì-venerdì 8-19:30) oppure alla mail centrointegra@centrointegra.it.

Odontoiatra Specialista in Ortognatodonzia, con esperienza di 18 anni e diverse centinaia di casi trattati, offre consulenza di ortodonzia presso Studi Odontoiatrici di Bologna e provincia. Effettua trattamenti di tutte le età e con varie apparecchiature a seconda delle necessità cliniche. Offre e chiede serietà e professionalità. No catene low-cost. Tel. 349-7931655

Per prossima cessazione attività cedesi o affittasi per alcune mezze giornate studio odontoiatrico sito a San Lazzaro di Savena (BO) in attività dal 1989. 2 unità operative, sala aspetto, segreteria, 2 bagni, tutti i permessi in regola, costi molto contenuti. Per contatti scrivere a: nerident59@gmail.com.

Affitto, perché prossimo alla pensione, studio dentistico in centro a Bologna (zona via Marconi). Due riuniti più attrezzatura completa. Aria condizionata nelle sale operative ed in sala d'aspetto, Aperto nel 1987, in regola con le autorizzazioni AUSL. A 5 minuti a piedi da un parcheggio pubblico multipiano. Telefono 333/2695560.

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