



# Bollettino

ORDINE PROVINCIALE MEDICI CHIRURGI E ODONTOIATRI PROVINCIA DI PAVIA

**N°2 - LUGLIO 2024**

ANNO XXXIX • SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE 70% PAVIA • TAXE PERÇUE ORDINARIO



**SPECIALE  
AMBIENTE  
E SALUTE**



## **IL CONSIGLIO DELL'ORDINE**

### **PRESIDENTE**

*Dott. Claudio LISI*

### **VICE PRESIDENTE**

*Dott. Giovanni BELLONI*

### **TESORIERE**

*Dott. Tommaso MASTROPIETRO*

### **SEGRETARIO**

*Dott. Marco GIONCADA (Odontoiatra)*

### **CONSIGLIERI**

*Dott. Domenico CAMASSA (Odontoiatra)*

*Dott. Pasquale Ciro DE CATA*

*Dott. Giuseppe DI GIULIO*

*Dott. Giuseppe GIUFFRÈ*

*Dott.ssa Laura LANZA*

*Dott. Luigi MAGNANI*

*Dott. Alberto Matteo MARANGON*

*Dott.ssa Francesca MELISSANO*

*Dott.ssa Federica MELONI*

*Dott.ssa Daniela MINO*

*Dott. Alessandro PANIGAZZI*

*Dott.ssa Maria Laura ROLANDI*

*Dott. Gianluca VIARENGO*

## **COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI**

### **PRESIDENTE**

*Dott. Roberto BARBIERI*

### **COMPONENTI**

*Dott.ssa Antonella GUANZIROLI*

*Dott.ssa Barbara SPADARO*

*Dott. Cesare LIBERALI (Supplente)*

## **LA COMMISSIONE ALBO DEGLI ODONTOIATRI**

### **PRESIDENTE**

*Dott. Domenico Camassa*

### **VICEPRESIDENTE**

*Dott. Marco Colombo*

### **CONSIGLIERI**

*Dott. Marco Gioncada*

*Dott.ssa Cristina Segù*

*Dott. Carlo Alberto Rossi*

## **Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Pavia**

*Periodico ufficiale di informazione,  
di aggiornamento e di dibattito  
dei Medici pavesi*

### **Direttore Responsabile:**

Giuseppe Di Giulio

### **Responsabili di Redazione:**

Claudio Testuzza, Gabriele Conta

**Editrice:** Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri della Provincia di Pavia  
(Via F. Gaffurio, 15 - 27100 Pavia)  
Tel: 0382/473994 - Fax: 0382/466254  
Sito internet: [www.ordinemedicipavia.it](http://www.ordinemedicipavia.it)  
Email: [odm.bollettinodordinedeimedicipavia.it](mailto:odm.bollettinodordinedeimedicipavia.it)  
*Aut. Trib. Pavia n. 168 del 16/10/1970*

### **Impaginazione e Stampa:**

*Tipolitografia Vigentina Srl*

Via G.Brera 4/E - Zeccone (PV)

Tel. 0382 957135

[tipovigentina@libero.it](mailto:tipovigentina@libero.it)

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



Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri della Provincia di Pavia

*Il Bollettino è l'organo di informazione dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pavia. Saremo pertanto grati a quei Colleghi che desiderano collaborare con contributi di vario genere (culturale, informativo, sindacale) alla sua realizzazione. Per esigenze organizzative, le richieste di pubblicazione di testi o programmi di convegni devono pervenire entro il 15 del mese precedente a quello di pubblicazione.*

*Nel rispetto della libertà di opinione, la Direzione e la Redazione si riservano di adeguare il materiale inviato alle esigenze di spazio o di impaginazione e di non pubblicare articoli, espressioni denigratorie o polemiche non ritenute idonee al prestigio dell'Ordine.*

*Gli spazi della rivista, previo parere favorevole della Redazione, sono a disposizione dei Colleghi che intendano trattare temi di carattere professionale e scientifico.*

**IL DIRETTORE RESPONSABILE - Giuseppe Di Giulio**

### **LE COMMISSIONI E I GRUPPI DI LAVORO**

*Commissione per le problematiche etico-deontologiche:*

Coordinatore: Dott.ssa Francesca Melissano

*Commissione Aggiornamento ed ECM*

Coordinatore: Dott.ssa Federica Meloni

*Comitato scientifico per l'accreditamento Provider:*

Coordinatore: Dott.ssa Laura Lanza

*Commissione per l'accertamento della lingua italiana*

Componenti effettivi: Dott. Marco Giocada

Dott. Tommaso Mastropietro

*Componente supplente:* Dott. Claudio Lisi

*Commissione Integrazione ospedale - territorio*

Coordinatore: Dott. Giuseppe Giuffrè

Dott. Alessandro Panigazzi

*Commissione Medicine Complementari*

Coordinatore: Dott. Maria Laura Rolandi

*Commissione Salute/Ambiente*

Coordinatore: Dott. Daniela Mino

*Commissione per il sito internet*

Coordinatore: Dott. Pasquale Ciro De Cato

### **GRUPPI DI LAVORO**

*Gruppo di lavoro problematiche socio-sanitarie*

Coordinatore: Dott. Giovanni Belloni

*Gruppo di lavoro Giovani Medici*

Coordinatore: Dott. Alberto Matteo Marangon

*Gruppo di lavoro per lo studio del Fondo medici ed odontoiatri ingiustamente accusati di malpractice*

Coordinatore: Dott. Luigi Magnani

*Gruppo di lavoro Specialistica Ambulatoriale*

Coordinatore: Dott. Domenico Camassa.

*Gruppo di lavoro Pubblicità Sanitaria Commissione*

*Albo Odontoiatri*

Coordinatore: Dott. Carlo Alberto Rossi

### **TAVOLI TECNICI e REFERENTI**

*Ambiente e Salute:* Dott. Angelo Fortunato

*Rapporti con la FEDERSPeV:* Dott. Giovanni Belloni

*Rappresentante dell'Ordine al CUP (Comitato*

*Unitario Permanente degli Ordini e dei Collegi Professionali della Provincia di Pavia):*

Dott. Marco Giocada

*Referente ENPAM:* Dott. Marco Giocada

*Progetto prevenzione sostanze psicoattive nelle scuole:*

Dott. Giuseppe Di Giulio

*Sicurezza dei Medici:* Dott. Giovanni Belloni

*Osservatorio violenza:* Dott. Stefano Cartesegna

*Rappresentanti Esami di Laurea:*

Dott. Giovanni Belloni - Dott. Giuseppe Di Giulio

Dott. Giuseppe Giuffrè - Dott. Alessandro Panigazzi

### **Conteggio iscritti al 1/03/2024**

Medici Chirurghi: 5349

Odontoiatri: 690

Doppie iscrizioni: 345

Persone fisiche: 5694

Albo società: 5

# SOMMARIO

Pag. 3 **Claudio Lisi**

*LA SANITÀ ONE HEALTH, L'APPROCCIO MIGLIORE PER AFFRONTARE NUOVE SFIDE*



## SPECIALE AMBIENTE E SALUTE

4 **Alberto Oliveti**

*Siamo tutti coinvolti*

6 **Francesco Locati**

*Esperienze di una sanità sostenibile*

7 **Roberto Romizi**

*L'impatto dell'ambiente sulla salute*

8 **Antonio Bonaldi**

*L'impatto dei servizi sanitari sull'ambiente*

10 **Michele Bozzi**

*Il ruolo dei medici nella gestione della sanità a livello locale: i Fiduciari Comunali*

12 **Paolo Lauriola**

*Ambiente, salute e ruolo dei MMG/PLS*

14 **Alberto Mantovani**

*Inquinamento indoor, questo sconosciuto?*

16 **Giovanni Viegi**

*Effetti dell'inquinamento atmosferico sulla salute respiratoria*

18 **F. Barone-Adesi, A. Bonaldi, P. Lauriola e S. Vernerò**

*La transizione ecologica in sanità è un problema culturale, non economico*



## SPECIALE AMBIENTE E SALUTE

20 **Gabriele Conta**

*La sofferenza mentale in adolescenza: dal disagio alla patologia*

21 **«Non possiamo fare a meno del Ssn»**

22 **Giovanni Cappa**

*Missione in Ucraina per i medici specializzandi in medicina d'emergenza-urgenza*

23 **Marzio Bartoloni**

*La telemedicina accende i motori: attive 90mila postazioni*

24 **Redazione**

*La chiave del successo dello studio odontoiatrico: il lavoro di squadra e l'aggiornamento continuo*

25 **Domenico Camassa**

*L'editoriale del Presidente CAO  
Le STP: aspetti normativi*

26 **Pierino Di Silverio**

*Il lavoro in sanità riduce l'aspettativa di vita dei medici*

28 **Francesco Battistini**

*Nobel e statue portafortuna a Pavia, la Oxford d'Italia*

30 **Giuseppe Di Giulio - Renata Crotti**

*L'Associazione "Amici del San Matteo"*

## L'ANGOLO DEL CUORE

31 **Paolo Geraci**

*Un sogno nell'estremo Ponente ligure*

**L'ORDINE DI PAVIA INFORMA**

# EDITORIALE

## LA SANITÀ ONE HEALTH,

### L'APPROCCIO MIGLIORE PER AFFRONTARE NUOVE SFIDE

Il termine One Health iniziò ad essere utilizzato nel 2004 a New York durante la conferenza della Wildlife Conservation Society e si è sviluppato sino ad arrivare alla nascita grazie alla One Health Commission (OHC) nel 2009.



**CLAUDIO LISI**

*Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Pavia*

La visione olistica di One Health considera la salute umana, la salute animale e la salute dell'ambiente come legate in modo indissolubile, parte di un unico ecosistema: la modifica di una sola variabile è in grado di influenzare anche le altre, partecipando ad un equilibrio ecologico molto articolato.

Inoltre, affrontare problematiche sanitarie coinvolgendo

professionisti di discipline diverse come medici, veterinari, economisti, sociologi, ambientalisti e politici permette di valorizzare le rispettive conoscenze e competenze.

La comunità scientifica ritiene questo approccio il più adeguato ad affrontare le maggiori sfide per la salute globale. Per ottenere risultati, però, è indispensabile un lavoro comune e la collaborazione di diverse realtà per progettare e realizzare politiche e programmi adeguati.

La pandemia da SARS CoV-2, con i suoi milioni di vittime e la crisi economica che ne è seguita, ha determinato uno shock mondiale e ha maggiormente evidenziato come esista un rapporto profondo tra l'uomo e il pianeta. Per ottenere un reale cambiamento occorre sia una visione del futuro, come l'ap-

proccio One Health, in grado di influenzare le decisioni politiche e sanitarie, sia una partecipazione consapevole dell'uomo.

In quest'ottica in Italia nell'ambito dell'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) sono stati istituiti il Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai Rischi Ambientali e Climatici (SNPS) e il Sistema Nazionale a Rete per la Protezione Ambientale (SNPA). Il loro scopo è di perseguire gli obiettivi di prevenzione primaria correlati alla promozione della salute, alla prevenzione e al controllo dei rischi sanitari associati direttamente e indirettamente a determinanti ambientali e climatici.

Come Coordinatore Nazionale della commissione Ambiente - Salute della FNOMCEO, quest'anno ho avuto l'incarico di organizzare a Pavia un convegno su queste tematiche con il patrocinio e la collaborazione della nostra Federazione Nazionale.

Il convegno si è svolto presso l'aula magna del Collegio Ghislieri il 6 aprile ed era intitolato: "L'ambiente e la salute: le sfide che ci attendono. L'impegno dei medici in una prospettiva One Health. Quali soluzioni?". In questo convegno sono stati affrontati alcuni degli aspetti in cui i medici intendono impegnarsi, in collaborazione con altre discipline e istituzioni. Il filo conduttore di tutti gli interventi sono state previsioni e proposte per adottare le soluzioni più efficaci.

È infatti necessario coniugare le esperienze realizzate fino ad oggi per capire ed affrontare i rischi per la salute, in un contesto ambientale sempre più complesso ed articolato a livello locale e globale, con proposte che mettano al centro il ruolo del medico della rete di conoscenze e competenze che è chiamata dare risposte, con soluzioni efficaci e in una prospettiva One Health.

Partendo dalle difficoltà da cui il Servizio Sanitario Nazionale è attualmente afflitto, si intende proporre e discutere soluzioni che permettano di ribadire quanto è emerso con la pandemia, e cioè che non esiste un conflitto tra economia e salute.

In considerazione dell'elevato livello dei relatori presenti, la Redazione ha ritenuto opportuno riportare le relazioni presentate al convegno nella prima parte di questo numero speciale del Bollettino dell'Ordine di Pavia.



## Siamo tutti coinvolti

Il titolo del mio intervento è "Siamo tutti coinvolti"; e lo siamo, secondo me, in tre modi distinti ma collegati. Le sfide che ci attendono come cittadini,

come medici e come Fondazione Enpam nel saper coniugare

la salute umana, animale e ambientale, sono sfide che dovremo affrontare in modo proattivo.

Il primo livello di coinvolgimento è quello di cittadini: siamo infatti coinvolti principalmente nei nostri atteggiamenti quotidiani, in quanto possiamo concretamente contribuire a limitare l'impatto

sull'ambiente. Siamo tra l'altro consapevoli che il fattore ambientale è direttamente collegato a quello della salute. Alcuni studi suggeriscono anche che vi sia una relazione causale tra cambiamenti climatici e diffusione della pandemia di Covid-19. Se la distribuzione geografica di una specie muta a causa dei cambiamenti climatici, i virus che questa trasporta si avvicinano agli esseri umani direttamente o possono saltare ad altre specie negli habitat invasi. I cambiamenti climatici influiscono anche sulla diffusione dei virus, poiché le temperature più elevate aumentano il carico virale in alcune specie, con conseguenti maggiori

probabilità di trasmissione di un virus. È recente l'ultimo avvertimento dell'Oms sull'arrivo di una possibile nuova pandemia e della nostra condizione conclamata di impreparazione.

Sull'aspetto relativo alla prevenzione siamo ancora di più coinvolti, perché come medici a noi è demandato il ruolo della tutela della salute. Non facciamo solo prevenzione, ma il nostro ruolo è anche quello di salvaguardia della coesione sociale. A proposito di ciò, è chiaro che una società poco coesa sia più vulnerabile dal punto di vista sanitario.

La pandemia ha infatti dimostrato che le minacce alla salute globale possono essere innescate da agenti collegati a molti fattori, inclusi quelli socio-economici e culturali. Questi fattori influenzano le comunità su scala globale, e il miglior modo per affrontare questa complessità è di promuovere e rendere operativo un approccio multidisciplinare e multi-settoriale.

Il terzo livello di coinvolgimento è quello come Fondazione Enpam, che già da qualche anno sposa in maniera convinta l'approccio globale alla salute. Concretamente applichiamo la visione One Health facendo nostri i concetti Esg, che sottendono un approccio responsabile e 'motivato' agli investimenti con un coinvolgimento attivo sui temi



**ALBERTO OLIVETI**

(PRESIDENTE FONDAZIONE ENPAM)



sensibili. A proposito di interventi concreti, gli investimenti con un impatto positivo nel processo di transizione energetica e decarbonizzazione rientrano appieno nell'approccio One Health che vogliamo declinare in modo più largo possibile alle attività della Fondazione.

Per esemplificare meglio il nostro impegno è doveroso citare alcuni dati: l'impegno Enpam negli investimenti in infrastrutture a fine 2023 è stato di circa 920 milioni, in prevalenza dedicati alla produzione di energia da fonti rinnovabili, in particolare nel fotovoltaico.

Per quanto riguarda la parte quotata del nostro portafoglio ("public market"), è stato misurato un calo dell'impronta di carbonio del 13 per cento rispetto a dicembre 2022. Rispetto al benchmark di Asset allocation strategica, il portafoglio "public market" presenta attualmente

un'impronta di carbonio inferiore di oltre il 17 per cento rispetto a quella del mercato. Nell'ambito degli investimenti azionari, l'impronta di carbonio rispetto all'inizio del 2023 ha subito un calo superiore al 20 per cento, mentre la percentuale di aziende proattive nella transizione energetica nel corso dell'anno è stata ulteriormente incrementata, passando dal 14.7 per cento di fine 2022 al 21.4 per cento circa di fine 2023.

Nel corso dell'ultimo anno abbiamo iniziato a studiare approfonditamente l'allineamento dei nostri investimenti rispetto agli obiettivi di sviluppo sostenibile di Agenda 2030: questo perché tutto ciò che è collegato alla salute, alla biosfera e alla transizione energetica volta al contrasto dei cambiamenti climatici, è per noi la modalità più efficace per mettere in pratica l'approccio One Health.





## Esperienze di una sanità sostenibile

È ormai un principio assodato in campo sanitario che la salute del singolo è strettamente connessa a quella del gruppo degli individui in cui è inserito, che a sua volta dipende da quella globale, estesa anche a quella animale, che a sua volta deriva da quella dell'intero pianeta, secondo un sistema a cerchi concentrici. È un modello sanitario basato sul riconoscimento che la salute umana, la salute animale e la salute dell'ecosistema sono legate indissolubilmente le une con le altre e influenzate reciprocamente ("One Health").

Quello del "One Health" è riconosciuto come un approccio olistico ideale per raggiungere la salute globale perché affronta i bisogni delle popolazioni più vulnerabili sulla base dell'intima relazione tra la loro salute, la salute dei loro animali e l'ambiente in cui vivono, considerando l'ampio spettro di determinanti che da questa relazione emerge.

È altrettanto riconosciuto che il cambiamento climatico ha effetti diretti sulla salute, come in caso di ondate di caldo, inondazioni e tem-

peste, e indiretti, come la malnutrizione, i conflitti e i fenomeni migratori.

In questo scenario e con questa consapevolezza l'ASST Papa Giovanni XXIII vuole fare la sua parte e sta mettendo in atto diverse azioni per contribuire a ridurre l'impatto che i suoi presidi ospedalieri e territoriali possono avere sul consumo energetico, notoriamente importante in tutte le strutture ospedaliere e sanitarie, e sui livelli di inquinamento, concentrandosi in particolare su 4 aree di lavoro: rifiuti, efficientamento energetico, tecnologia digitale e architettura/costruzioni.

Nel primo ambito, in tutte le sedi dell'aziende, viene svolta la raccolta differenziata secondo precisi protocolli di raccolta e stoccaggio temporaneo.

Sul fronte dell'efficientamento energetico, volto a migliorare l'efficienza energetica e ridurre i consumi, sono stati nominati un Energy manager e un Mobility manager, che fungono da figure di raccordo e di riferimento interno ed esterno per le tematiche del consumo energetico e della mobilità. In entrambi i nostri presidi ospedalieri - l'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo e l'Ospedale di San Giovanni Bianco - è stato installato un impianto fotovoltaico. L'Ospedale di San Giovanni

Bianco è dotato anche di un impianto di cogenerazione che, sommato a quelli fotovoltaici, ci consente di ridurre il consumo di energia elettrica dell'11%.

Un altro importante campo di azione è costituito dalla tecnologia digitale, che consente la dematerializzazione di tanti supporti e strumenti di lavoro, come le ricette e le cartelle cliniche, ormai transitate stabilmente al digitale, e la distribuzione in monodose del farmaco, attiva all'Ospedale di Bergamo dal 2010. Grande beneficio deriva anche dalla medicina a distanza, cioè da quelle attività sanitarie che non richiedono la compresenza fisica tra colleghi o tra professionisti e pazienti, come le televisite, i teleconsulti, la teleassistenza e l'home-monitoring. E' la cosiddetta telemedicina, che da sola nel 2022 ci ha consentito di evitare l'emissione in atmosfera di quasi 5 tonnellate di anidride carbonica.

Infine, rispetto alla progettazione architettonica, le moderne tecniche di costruzione degli edifici creano opportunità importanti per una sanità sempre più sostenibile. È quello che abbiamo fatto nella realizzazione del nuovo polo universitario, inaugurato nel 2023 ed ex polo scolastico cittadino, divenuto edificio a ridotto impatto ambientale, partendo da una costruzione degli anni '60 del secolo scorso, completamente coibentato e dotato di teleriscaldamento e pannelli fotovoltaici.

Anche i lavori in corso nelle Case di comunità, come da indicazioni PNRR, rispettano il principio del Do Not Significant Harm, cioè di non arrecare danno significativo all'ambiente, e di realizzare edifici che consumano almeno il 30% in meno di energia rispetto a prima della ristrutturazione.

In conclusione sono state recentemente realizzate altre tre attività importanti sul fronte dell'impatto ambientale: si tratta della velostazione nei pressi dell'ingresso principale dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII, con 90 stalli per biciclette su due piani e 7 posti per i monopattini (sostenuta dal Comune di Bergamo) e della sottoscrizione di un protocollo d'intesa che coinvolge le principali istituzioni della bergamasca: le altre Aziende socio sanitarie territoriali, l'ATS di Bergamo, l'Ordine dei Medici, il Comune, l'Università e l'Istituto Mario Negri. Una collaborazione che vuole essere condivisione delle esperienze e delle attività, al fine di migliorare la sostenibilità ambientale lavorando sui vari ambiti, tra cui anche l'alimentazione. È di pochi giorni fa, infatti, l'adesione dell'ASST Papa Giovanni all'iniziativa del Comune di Bergamo "Menu Green Amico del clima", che prevede l'offerta nella mensa aziendale di un pasto composto da soli ingredienti vegetali, con un piatto per ciascuna portata principale. Si tratta di un ulteriore passo avanti all'interno di un percorso iniziato da tempo, volto ad offrire opzioni più salutari e rispettose dell'ambiente ai nostri professionisti, che si compone anche di iniziative di educazione alimentare, promozione dell'attività fisica e della mobilità sostenibile, riduzione del fumo e pratica della mindfulness



**FRANCESCO LOCATI**

(DIRETTORE GENERALE  
ASST PAPA GIOVANNI XXIII BERGAMO)



## L'impatto dell'ambiente sulla salute

Il 23% delle morti nel mondo e il 26% delle morti tra i bambini minori di 5 anni sono attribuibili a fattori ambientali modificabili. L'OMS stima che nella regione europea, interventi strutturali di risanamento ambientale potrebbero ridurre la mortalità generale di quasi il 20%.

### IL RUOLO DEI MEDICI

È necessario un maggiore impegno da parte dei medici, che hanno ruoli clinici, scientifici e di advocacy strettamente collegati. Essi devono intercettare i rischi ambientali prima che se ne manifestino le conseguenze e informare, educare pazienti, famiglie e comunità. I medici fungono da punto di riferimento per i pazienti e collegamento tra questi, le istituzioni e la comunità scientifica. Devono raccogliere dati, segnalare eventi critici e adottare il principio di responsabilità, impedendo l'occultamento di informazioni sui rischi per la salute e affrontando la contaminazione ambientale con il principio di precauzione.

### COLLABORAZIONE TRA FNOMCEO E ORGANIZZAZIONI MEDICHE

L'alleanza tra organizzazioni governative e non governative, come ISDE Italia, è strategica e vantaggiosa grazie alle loro specificità complementari. Queste organizzazioni devono sollecitare le autorità affinché la salute sia una priorità, supportare la creazione di leggi e dichiarazioni programmatiche, ed esprimersi pubblicamente sui temi principali.

### ADVOCACY E POLITICHE AMBIENTALI

I medici devono sostenere politiche protettive dell'ambiente e della salute. Esempi di scelte contrastanti con tali politiche includono:

- Mancato recepimento dei limiti OMS per la qualità dell'aria.
- Mancato divieto di pesticidi pericolosi.
- Sospensione di misure per rigenerare i terreni agricoli.
- Ritardi nell'abbandono dei combustibili fossili e nella transizione alle energie rinnovabili.
- Mancato stop alla cementificazione del suolo.
- Ritardo nelle limitazioni delle plastiche.

Questi temi influenzano profondamente la qualità della vita e il rischio per i cittadini.

### IMPARZIALITÀ E NON NEUTRALITÀ DEI MEDICI

I medici devono considerare uniformemente tutte le evidenze disponibili sui problemi ambientali, senza essere neutrali rispetto alla salute della popolazione. Il loro ruolo va oltre la prevenzione, diagnosi e cura,

includendo la protezione dell'ambiente attraverso un approccio One Health, Global Health e Planetary Health. La Costituzione italiana, agli articoli 9 e 41, prevede la tutela dell'ambiente, della biodiversità e della salute, elementi da salvaguardare al pari della sicurezza, libertà e dignità umana.

### PROBLEMA ECONOMICO-UTILITARISTICO

L'attuale modello di sviluppo, che persegue una crescita illimitata, promuove uno spreco intensivo di risorse energetiche, generando rifiuti e inquinamento.

L'interesse economico prevale sull'ambiente e la salute, portando alla crisi climatica ed ecosistemica con danni materiali, iniquità e ingiustizie a livello globale. È cruciale passare a un sistema sostenibile ed equo.

### CONCLUSIONI

Le soluzioni includono la coniugazione di attività scientifiche e di advocacy, la creazione di reti di medici sentinella per l'ambiente e la formazione adeguata nei curricula universitari. È necessario adottare una visione One Health, Global Health e Planetary Health, promuovere alleanze per obiettivi comuni e coinvolgere il mondo scientifico in iniziative politiche.

I medici e le loro organizzazioni devono ampliare il loro mandato, riconoscendo che le questioni legate alla salute sono interconnesse con i cambiamenti climatici e l'inquinamento ambientale, e devono considerarle parte integrante della loro attività professionale.



**ROBERTO ROMIZI**  
(PRESIDENTE DI ISDE ITALIA)





## L'impatto dei servizi sanitari sull'ambiente

### CRISI CLIMATICA E SALUTE

La crisi climatica, i cui riflessi sulla salute e sul benessere delle persone sono ormai sotto gli occhi tutti, è considerata la più grave minaccia per la salute del XXI secolo.

Il 2023 è stato l'anno più caldo degli ultimi 100.000 anni. Un primato che non sembra però destinato a durare a lungo, considerato che nei primi mesi del 2024 si è già raggiunto un nuovo record. Di



**ANTONIO BONALDI**

(PAST PRESIDENT SLOW MEDICINE)

questo passo entro la fine del secolo la temperatura terrestre salirà a circa 3°C rispetto ai livelli preindustriali. Un valore apparentemente poco significativo ma non per il nostro pianeta. L'aumento della temperatura di pochi gradi potrebbe, infatti, compromettere in modo irreversibile alcuni degli ecosistemi terrestri più sensibili,

come le barriere coralline, le foreste pluviali tropicali, il permafrost e le calotte polari, con conseguenze devastanti per l'ambiente, la fauna e la vita di molti milioni di persone.

### AGIRE IN FRETTA E SU PIÙ FRONTI

Per contenere l'aumento della temperatura, nel 2015, 194 Paesi membri delle Nazioni Unite hanno firmato il famoso Accordo di Parigi sul clima con il quale i Governi di tutto il mondo si sono impegnati a contenere il riscaldamento terrestre entro 1,5°C. A tal fine sono stati definiti e sono continuamente aggiornati molti obiettivi intermedi, tra i quali la riduzione delle emissioni di CO2 prodotte dall'uomo del 55% entro il 2030 e pari a zero nel 2050.

Per ogni specifico settore di attività (energia, agricoltura, trasporti, città, edifici, sanità, ...), vi sono molte soluzioni fattibili ed efficaci, ma ognuno deve fare la propria parte, compresi i sanitari. Anzi, trattandosi di problemi di salute, i sanitari dovrebbero porsi in prima linea ed essere

d'esempio per tutti gli altri. Ricordo che il sistema sanitario contribuisce con circa il 5%, alle emissioni complessive di gas clima-alteranti: un valore pari al doppio dell'intero trasporto aereo mondiale.

### COME RIDURRE L'IMPRONTA CARBONICA DEI SERVIZI SANITARI

Le cose da fare sono tante. Sull'argomento è disponibile un'ampia letteratura scientifica e la buona notizia è che per ridurre le emissioni di gas serra in ambito sanitario non dobbiamo chiedere alcun sacrificio ai pazienti. Anzi riducendo le emissioni miglioriamo nel contempo anche la qualità e la sicurezza delle cure. Ecco qualche indicazione (tra parentesi è riportata la % di emissioni attribuite a quello specifico ambito di attività).

1. Gestione degli edifici (10%): per riscaldare, raffreddare e illuminare le strutture sanitarie si consuma un'enorme quantità di energia. L'efficientamento energetico degli edifici rappresenta, quindi, un buon punto di partenza.
2. Trasporti, mobilità (14%): i trasporti del personale e dei pazienti, oltre ad emettere CO2 sono anche un'importante fonte di inquinamento dell'aria. Occorre quindi promuovere il trasporto pubblico e favorire la mobilità attiva (a piedi o in bicicletta) con percorsi pedonali protetti, piste ciclabili e parcheggi attrezzati per monopattini e biciclette.
3. Digitalizzazione e telemedicina (5%): i viaggi dei pazienti e dei loro accompagnatori possono essere ridotti attraverso adeguate iniziative di telemedicina, anche per i benefici che esse comportano per i pazienti e i costi.
4. Gas anestetici (5%): tra i diversi gas anestetici il desflurano è quello di gran lunga più dannoso per l'ambiente, con un indice GWP (Global Warming Potential) pari a circa 2.500 volte quello della CO2. In effetti, a parte poche eccezioni, il desflurano può essere sostituito con gas anestetici altrettanto efficaci, sicuri e meno dannosi per l'ambiente o adottando tecniche anestesologiche alternative: intravenose o neuroassiali.
5. Rifiuti sanitari (5%): l'impatto sull'ambiente dei rifiuti sanitari può essere contenuto attraverso iniziative finalizzate a diminuire la loro quantità,



limitando l'impiego di prodotti monouso e favorendo la raccolta differenziata, dato che l'85% è assimilabile ai rifiuti urbani.

6. Alimentazione (6%): le emissioni generate dal cibo possono essere ridotte adottando menù tendenzialmente vegetariani che sono anche più salutari per l'uomo, rivedendo gli appalti di ristorazione, recuperare gli scarti, ecc.

7. Misure contrattuali, procurement (60%): gran parte delle emissioni attribuibili ai servizi sanitari sono generate durante le fasi di produzione, trasporto, utilizzo e smaltimento delle apparecchiature medicali, dei dispositivi medici, dei farmaci, del cibo e dei materiali di consumo. Sebbene il settore sanitario non controlli direttamente queste emissioni, è evidente l'importanza di porre attenzione agli acquisti, avendo cura di selezionare le aziende e i prodotti che minimizzano i rischi per la salute dell'uomo e dell'ambiente.

8. Formazione, informazione, sensibilizzazione: l'elemento chiave per costruire un sistema sanitario resiliente è acquisire la consapevolezza che l'emergenza climatica rappresenta una grave minaccia per la salute dell'uomo e del pianeta e che bisogna agire in fretta. Per modificare gli abituali comportamenti occorre, però, che le persone sappiano cosa fare, siano in grado di farlo e ne abbiano l'opportunità.

9. Appropriatelyzza delle prestazioni di diagnosi e cura: Solo il 60% delle cure è basato su linee-guida di riconosciuta efficacia, il 30% è inutile o di scarso valore clinico e il 10% è addirittura dannoso. Il controllo dell'eccesso di prestazioni è considerata una tra le più importanti misure di contenimento dell'impronta climatica dei servizi sanitari, oltre che un valido strumento per ridurre gli sprechi e migliorare la qualità delle cure. La letteratura scientifica è molto prodiga di esempi relativi al sovrautilizzo di prestazioni sanitarie e su questo tema, negli ultimi anni, sono state avviate diverse importanti iniziative internazionali, tra le quali ricordiamo il progetto "Fare di più non significa fare meglio"; conosciuto anche con il nome Choosing Wisely Italy.

### PROMUOVERE LA COLLABORAZIONE, LA POLITICA DEI CO-BENEFICI

Poiché nessuno si salva da solo, la carta vincente per affrontare la crisi climatica è la collaborazione tra le istituzioni. Ciò anche perché le iniziative che a lungo termine fanno bene al pianeta hanno spesso un effetto benefico immediato anche per l'individuo.

Per esempio, realizzare piste ciclabili e percorsi pedonali riduce il consumo di combustibili fossili, e quindi le emissioni di CO<sub>2</sub> e l'inquinamento atmosferico, con immediati benefici sulle malattie respiratorie. Inoltre, la possibilità di camminare e pedalare in un ambiente sicuro contribuisce a mantenerci in buona salute e a ridurre l'incidenza di molte patologie croniche.

Analogamente ridurre il consumo di carne in favore di proteine di origine vegetale, oltre che diminuire le emissioni di gas clima-alteranti contribuisce anche a ridurre l'incidenza di obesità, diabete, malattie cardiovascolari e tumori.

A questo riguardo l'Ordine dei Medici di Bergamo ha costituito un gruppo di lavoro interistituzionale con le Aziende sanitarie provinciali, l'Università degli studi, l'Istituto M. Negri e il Comune di Bergamo, che si propone di ridurre le emissioni di CO<sub>2</sub> generate dai servizi sanitari attraverso la collaborazione tra le istituzioni cittadine, condividendo idee e avviando progetti di comune interesse.

Tra le iniziative avviate ricordo le "Pillole green". Una nuova newsletter in tema di ambiente e crisi climatica inviata mensilmente a tutti medici della provincia di Bergamo, con suggerimenti pratici per mettere in atto azioni individuali e collettive capaci di ridurre l'impatto ambientale, senza compromettere la qualità delle cure.





## Il ruolo dei medici nella gestione della sanità a livello locale: i Fiduciari Comunali

L'Ordine dei Medici e Odontoiatri (OMCeO) di Bari ha voluto volgere il proprio sguardo ai bisogni di salute della propria comunità provinciale creando la figura del Medico Fiduciario Comunale, che fungesse da intermediario ed interprete delle esigenze di salute dei cittadini nei confronti

delle amministrazioni comunali attuando sul territorio tutte le iniziative atte alla promozione e tutela della salute e dando piena attuazione anche all'art. 5 del codice deontologico sul tema salute-ambiente. In tal senso, l'OMCeO di Bari ha avviato una stretta collaborazione con gli Enti Locali e i 41 Comuni della Città Metropolitana (ex Provincia di Bari) attra-

verso la sottoscrizione di un Protocollo d'Intesa per la definizione degli ambiti e delle modalità di interazione.

Il modello organizzativo, regolato da apposito regolamento deliberato dal Consiglio Direttivo dell'Ordine prevede che i singoli Fiduciari Comunali creino una "rete" di coordinamento tra tutti i medici operanti nel territorio (MMG E PLS) del proprio comune. A loro volta tutti i Fiduciari sono in rete fra loro.

La "rete" consente, rapidamente, di scambiare e condividere informazioni ed opinioni, di unificare procedure, di velocizzare e migliorare gli interventi, di creare obiettivi comuni. Questa "rete", ha consentito, tra l'altro, di organizzare, durante la Pandemia di COVID-19, in maniera coordinata il monitoraggio delle persone in isolamento fiduciario, di identificare in tempi brevi i soggetti

sospetti di organizzare il tracciamento degli eventuali contatti. Tale organizzazione ha permesso di rilevare un 30% più in rispetto alle rilevazioni delle fonti "ufficiali" ed anticipare di 2-3 giorni le comunicazioni prefettizie. Da notare che i Fiduciari sono stati inseriti dai Sindaci nei C.O.C. (Centri Operativi Comunali) di Protezione Civile.

La maggioranza dei Medici Fiduciari è un medico di medicina generale o pediatra di libera scelta. Una circostanza questa che facilita il compito assegnato in quanto l'attività professionale è svolta nel contesto socioeconomico, organizzativo e culturale della propria comunità, mettendo il medico fiduciario nelle condizioni migliori di interpretare i bisogni di salute della propria realtà locale e di interloquire efficacemente con le amministrazioni locali.

Tale esperienza mostra come una rete di medici sul territorio, in stretta collaborazione con gli enti locali, possa essere efficace e utile anche per gli aspetti di tutela ambientale, validando in qualche maniera il progetto teso a istituire una Rete di Medici Sentinella per l'ambiente, cioè un sistema di sorveglianza in grado di monitorare il quadro epidemiologico sul territorio, interagendo in maniera attiva e continua con le istituzioni all'uopo deputate.

Il Regolamento sui Fiduciari dell'OMCeO di Bari, unico nel suo genere, prevede la presenza di un Medico Fiduciario in ognuno dei 41 Comuni dell'Area Metropolitana, affidandogli, tra gli altri, il compito di collaborare con i rispettivi Sindaci per le attività di promozione della salute, di tutela del benessere dei cittadini e di prevenzione primaria e secondaria di eventi e condizioni ambientali che possono costituire un rischio, anche potenziale, per la popolazione.

I medici interessati, per la loro preparazione, per la loro conoscenza del territorio, per il loro rapporto di fiducia con gli assistiti sono gli ar-



**MICHELE BOZZI**  
(COORDINATORE FIDUCIARI  
OMCeO BARI)



tefici di una nuova visione della professione medica che guarda alla salute non solo come bene del singolo cittadino, ma dell'intera comunità, più vicina al territorio ed alle sue necessità.

Il rapporto tra l'OMCeO, attraverso i suoi medici fiduciari, e i Comuni è regolato da un Protocollo d'Intesa sottoscritto dal Presidente dell'Ordine di Bari e da ogni singolo Sindaco che disciplina la collaborazione, lo scambio costante e reciproco di informazioni per garantire un migliore coordinamento delle attività in materia di politiche ambientali e di tutela del diritto alla salute, con particolare attenzione alla prevenzione di condizioni di contagio, di comportamenti che possono determinare disturbi e stati patologici (abusi, inquinamento, alimentazione).

Un'attività fondamentale per rendere efficace l'azione dei Fiduciari, soprattutto nei rapporti con le amministrazioni locali ed i Sindaci, è la formazione.

Per consentire ai Fiduciari di svolgere al meglio e con competenza le proprie funzioni l'Ordine di Bari ha organizzato un corso di Alta Formazione della durata di 120 con l'obiettivo di Comprendere i meccanismi amministrativi-burocratici degli Enti

Locali onde consentire una proficua collaborazione sui temi correlati al rapporto salute-ambiente, accrescere le capacità di comprensione e valutazione critica degli scenari ambiente- salute connessi, approfondire le conoscenze sulle modalità con cui le alterazioni dell'ambiente possano incidere sulla salute umana. 60 ore di lezione sono state svolte dalla Facoltà di Medicina dell'università di Bari per sviluppare la relazione ambiente - salute e deontologia. Nuove responsabilità e nuove alleanze; le altre 60 ore alla LUM (Libera Università Mediterranea) per sviluppare il tema dell'Ordine dei Medici quale organo sussidiario dello Stato: rapporti istituzionali, esigenze di Tutela (della Salute) Pubblica e Responsabilità etico-deontologiche normativo-giurisprudenziali

Altro impegno dei Fiduciari è la informazione dei cittadini, coinvolgendoli attraverso incontri, seminari ecc., svolti sempre con la partecipazione dei Sindaci e delle Amministrazioni Comunali, su argomenti di pubblico interesse e di informazione sanitaria. Dalla ripresa delle attività in presenza dopo la pandemia sono state effettuati oltre 40 incontri ed altri sono in programma. Questa attività

ha dimostrato quanto sia importante il rapporto con la popolazione sempre sommersa da un numero di informazioni spesso devianti ed ansiosa di essere rassicurata con informazioni vere, corrette e scientificamente supportate.

La presenza del Fiduciario si è dimostrata estremamente importante ed efficace durante la pandemia da COVID-19. I Medici Fiduciari si sono messi al servizio della comunità per evidenziare tempestivamente criticità e proporre soluzioni nel campo dell'assistenza sanitaria, psicologica e dell'organizzazione complessiva dei servizi per la salute.

Riteniamo che questa proposta organizzativa possa essere utilmente estesa ad altre realtà anche tenendo conto delle innovazioni contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Case della Comunità, telemedicina.

Come già anticipato, essa può rappresentare un'utile premessa per la realizzazione di una rete di medici sentinella per l'ambiente su cui ISDE e la Federazione Nazionale dei Medici e Odontoiatri (FNOMCeO) sono impegnati per la sua realizzazione ed istituzionalizzazione.

#### MODELLO ORGANIZZATIVO FIDUCIARI OMCeO BARI

PRESIDENTE  
CONSIGLIO DIRETTIVO OMCeO - BARI

↑  
COORDINATORE FIDUCIARI

↑  
**41 FIDUCIARI COMUNALI**

↑  
798 MMG\* 139 PLS\*

↑  
**1,220,000**  
abitanti





## Ambiente, salute e ruolo dei MMG/PLS

### INTRODUZIONE

Negli ultimi 20 anni, partendo da considerazioni teoriche, il concetto di "complessità" si è trasferito sul piano operativo di come i servizi sanitari devono affrontarla. In una parola il tema della "intersectorialità".



**PAOLO LAURIOLA**

(COORDINATORE RETE ITALIANA MEDICI SENTINELLA PER L'AMBIENTE ISDE/FOMCeO)

La pandemia, ha reso plasticamente evidente quanto sia impossibile trattare, ad esempio, la questione economica e quella sanitaria, dualismo che ha sempre caratterizzato le scelte globali e locali.

All'interno di tale approccio epistemologico la

COVID-19 non va identificata come una pandemia, ma come una patologia all'interno di una Sindemia, secondo quanto proposto da una antropologa americana Merril Singer nel 1990.

Le Sindemie sono caratterizzate da interazioni tra condizioni biologiche e sociali che aumentano la suscettibilità di una persona e influiscono in modo importante sugli esiti di salute.

In questo contesto negli ultimi 15-20 anni, tre concetti si sono imposti all'attenzione dei ricercatori e dei decisori:

- One Health
- Global Health
- Planetary Health

L'intento precipuo della One Health è definito dall'American Veterinary Medical Association come sforzo congiunto di più discipline professionali che operano a livello locale, nazionale e globale per il raggiungimento di una salute ottimale delle persone, degli animali e dell'ambiente.

Mentre la Public health riguarda la prote-

zione della salute e la promozione della salute all'interno dei sistemi sanitari e la Global Health guarda a come migliorare la salute delle popolazioni in tutto il mondo, la Planetary Health amplia questa prospettiva guardando alle società, alle civiltà e agli ecosistemi da cui dipendono.

### LE CURE PRIMARIE COME RISPOSTA ALLE EMERGENZE E ALLA COMPLESSITÀ

In questo contesto, i Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta si trovano in una posizione eccellente per:

- educare i pazienti sulla pertinenza e l'efficacia delle misure preventive individuali e collettive;

- rilevare e segnalare problemi di salute locali e globali come dimostrato anche da esperienze italiane. I dati epidemiologici ottenuti nelle cure primarie rappresentano le migliori misurazioni proxy della prevalenza giornaliera dei disturbi presenti nella comunità. La Medicina di famiglia può anche: collaborare allo sviluppo di protocolli per la gestione sul territorio in conformità con le linee guida nazionali, evitare la perdita di segnalazione di casi e allo stesso tempo prevenire il panico nella comunità.

Non è certo da tenere in secondo piano il fatto che questi medici sono in possesso di abilità uniche di comunicazione e supporto utili per potenziare sia le capacità di resistenza dei pazienti (anche quelle psicologiche) sia per migliorare l'alfabetizzazione sanitaria della comunità.

I medici delle cure primarie hanno in effetti le potenzialità per integrarsi sia nei percorsi assistenziali orientati "verticalmente", cioè quelli che riguardano la gestione di malattie che richiedono un collegamento stretto tra i vari livelli assistenziali, sia, e soprattutto, in quelli orientati "orizzontalmente" in cui assumono valore l'integrazione dell'assistenza a livello territoriale per rispondere ai bisogni degli individui e la progettazione di sistemi di cura incentrati sulle esigenze generali della popolazione.

### I MEDICI SENTINELLA

Il termine molto evocativo di "medico sentinella" (MS) non è affatto recente. A partire dal 1955, a seguito del Weekly Return Service a Birmingham, nel Regno Unito, si sono succedute in tutto il mondo un elevato numero di esperienze.



Su questo tema è in atto un'importante esperienza promossa da FNOMCeO e ISDE per la realizzazione di una Rete Italiana Medici Sentinella per l'Ambiente (RIMSA) che si basa su tre elementi principali:

1. il ricco patrimonio scientifico e informativo in possesso dei MMG e PLS e le grandi potenzialità epidemiologiche dei dati in loro possesso mediante le Cartelle Cliniche Elettroniche
2. l'importanza del loro ruolo informativo, educativo ed anche etico sia nei confronti dei pazienti-cittadini che delle istituzioni;
3. la possibilità di integrare l'attenzione alle problematiche ambientali e sociali con le reti cliniche.

In sintesi, i MSA, se adeguatamente sensibilizzati, formati ed organizzati, possono rappresentare un "anello di congiunzione" sulla base di consolidate evidenze scientifiche, tra problemi climatici-ambientali (anche) globali ed azioni locali.

Con questa prospettiva occorrerà creare un raccordo con il lavoro dei MSA con i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, dalle ARPA-APPA, dagli Enti locali e dalle strutture regionali di riferimento.

### ALCUNE ESPERIENZE IN CORSO

Di seguito si riportano alcune esperienze su cui RIMSA è attualmente impegnata:

1. **Proposte** per la realizzazione di un sistema di sorveglianza ambientale sanitaria integrata per la lotta contro l'Antimicrobico-Resistenza (AMR) con il coinvolgimento dei MMG/ PLS e dei Veterinari nella Regione Molise.

Con questo progetto si mira a realizzare una collaborazione tra MMG/PLS, Veterinari, Dipartimenti di prevenzione (DP), le Agenzie per la protezione dell'ambiente (ARPA) e gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS). In particolare si condivideranno automaticamente i dati sanitari dei pazienti dei MMG e PLS, tenendo conto delle loro suscettibilità e condizioni di salute concomitanti, condizioni socio-economiche, stili di vita, occupazione e inquinamento indoor, da integrare con quelli ambientali e climatici. A queste informazioni verranno collegati dati raccolti dai Medici Veterinari su allevamenti e ed animali indagati.

Questa collaborazione consentirà l'integrazione di dati, istituzioni e professionalità, indispensabile per far fronte ad una emergenza che grava in tutto il mondo, ma in particolare nelle regioni meridionali dell'Italia. Come già detto in precedenza il collegamento tra salute umana, veterinaria ed ambientale si sintetizza nell' approccio One-Health che può

permettere di raggiungere risultati concretamente efficaci.

2. **Percorso formativo** per la integrazione dei MMG/PLS con Ospedali e Dipartimento di Prevenzione, a sostegno dei migranti climatici nella provincia di Crotone.

Questo progetto mira essenzialmente a realizzare una integrazione tra Cure primarie, Assistenza ospedaliera e Prevenzione. Per questo motivo si intende promuovere una iniziativa pilota propedeutica, focalizzata sulla salute e finalizzata al benessere degli individui socialmente ed economicamente vulnerabili, come i rifugiati, i migranti e le popolazioni sfollate. L'obiettivo generale è fornire ai responsabili politici e ai professionisti informazioni basate su prove che possano informare il processo decisionale sulle strategie di prevenzione e adattamento per affrontare un tema di estrema attualità e complessità che coinvolge la Regione Calabria e più in generale i paesi con economie sviluppate.

A tale scopo sono state avviate iniziative formative per MMG/PLS nella provincia di Crotone.

3. **Confronto** tra condizioni ambientali, sociali e culturali e longevità con il coinvolgimento dei MMG

Con questo studio si intende indagare i fattori sociali, culturali, ambientali, occupazionali e dietetici alla base della diversa longevità in aree diverse del territorio italiano con caratteristiche sociali, ambientali e culturali diverse ed in particolare: Ogliastra (NU), Cremona, Pescara, Reggio Calabria.

Sulla base di queste esperienze sarà possibile indicare le soluzioni più efficienti/efficaci sulla integrazione dei flussi informativi dei Dip, di Prevenzione, Arpa e le cartelle cliniche dei MF, da estendere a livello nazionale.

4. **Iniziativa** di informazione ed educazione su Antimicrobico resistenza

Anche in provincia di Foggia dal 2019 diverse iniziative sono state intraprese per contrastare il fenomeno dell'Antibiotico-Resistenza. In un'ottica One-Health nel 2022 si è costituito un gruppo interdisciplinare di professionisti con lo scopo di avviare una campagna di sensibilizzazione sul corretto uso degli antibiotici, indirizzata ai cittadini.



## Inquinamento indoor, questo sconosciuto?

**È** veramente "sconosciuto" l'inquinamento indoor? In realtà, più che sconosciuto è trascurato e sottovalutato, nonostante alcuni punti fermi importanti. Nel 2014, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha emesso le prime linee guida e prima di queste sono stati pubblicati documenti nazionali, tra cui le linee guida italiane (G.U. 2001).



**ALBERTO MANTOVANI**

(GIÀ DIRIGENTE ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ)

Le Linee guida identificano l'ambito di intervento in tutti gli ambienti confinati di vita e di lavoro non industriali, quindi non solo abitazioni, ma anche strutture (es. scuole), pubbliche e private, e mezzi di trasporto.

Perché è importante l'ambiente indoor? In primo luogo vi trascorriamo gran parte del nostro tempo di vita, e

maggiormente alcuni gruppi suscettibili (bambini, anziani, persone con patologie croniche); va considerato anche l'aumento del lavoro agile per alcune categorie professionali, soprattutto dopo la pandemia Covid-19.

La qualità dell'aria indoor dipende in parte dai livelli esterni di inquinamento, ma soprattutto da numerose sorgenti interne, con concentrazioni di inquinanti spesso superiori all'esterno. I fattori di rischio sono, pertanto, numerosi, complessi e in evoluzione: nuove componenti dell'ambiente indoor (ad es. i nuovi elettrodomestici, la diffusione dei PC); aumentata presenza di animali da compagnia; comportamenti quali il fumo di tabacco, l'uso di prodotti da pulizia non idonei, la cattiva aspirazione dei prodotti da combustione (cottura, camini); la diminuzione del ricambio naturale dell'aria ove l'esigenza di contenere i consumi da riscaldamento non consideri adeguatamente ventilazione e climatizzazione. In questo scenario, avvertivano già le linee guida italiane, oltre a rischi riconosciuti (cancerogeni: radon, formaldeide, etc.; allergeni: acari, etc.), occorre valu-

tare i rischi legati all'esposizione alle tante sostanze presenti in materiali da costruzione e arredi.

Queste prime considerazioni fanno emergere la necessità di un approccio scientifico che consideri la complessità dell'ambiente indoor e delle sue componenti, nonché del ruolo di comportamenti e status socio-economico. Utile è la rassegna di (Vardoulakis et al. Int J Environ Res Public Health. 2020): si possono identificare fattori di rischio generali quali la posizione vicino a strade ad alto traffico, le ristrutturazioni (vernici, polveri), le dimensioni ridotte rispetto al numero di occupanti, i ridotti tassi di ricambio dell'aria, e fattori di rischio specifici. Fra questi ultimi, ad esempio, le correlazioni fra: biossido di azoto (NO<sub>2</sub>) e stufe e fornelli a gas non ventilati; composti organici volatili (VOC: benzene, toluene, xileni etc.) e uso di solventi (pulizie, vernici) e/o prodotti per la casa; formaldeide e ambienti di nuova costruzione e/o con arredi nuovi.

A ciò si aggiungono ulteriori considerazioni riguardo all'esposizione a sostanze chimiche. In primo luogo, la maggiore esposizione alle polveri domestiche dei bambini, perché più vicini al suolo, nonché per il contatto bocca-mano e la maggiore frequenza respiratoria. La presenza di additivi in vernici, tessuti, rivestimenti, legname è imponente: i composti identificati come "altamente preoccupanti" (ad es., cancerogeni, interferenti endocrini) nell'ultimo decennio dal programma EU REACH sono soggetti a restrizioni e divieti, ma essi possono rimanere nei materiali prodotti precedentemente e quindi, ad es, nella polvere indoor. I cambiamenti climatici, con l'aumento di temperatura e umidità e le modifiche agli ecosistemi indoor, possono portare ad un maggiore uso di insetticidi e fungicidi. Infine anche l'economia circolare, ove non consideri il possibile riciclo di contaminanti nel riuso di materiali, come il riuso nel cemento di materiale plastico contenente interferenti endocrini come ftalati e bisfenoli.

Gli interferenti endocrini, le sostanze che possono causare molteplici effetti avversi alterando la rete di segnali del sistema endocrino, sono un aspetto emergente per una visione sistematica dell'inquinamento indoor. Ecco alcuni esempi.

I polibromodifenil eteri (PBDE, EFSA 2024), ritardanti di fiamma ampiamente usati in passato anche nelle



apparecchiature elettroniche, sono persistenti, bio-accumulano e alterano il metabolismo di ormoni steroidi e tiroidei. Benché siamo stati vietati, ad es., dal 2006 nelle apparecchiature elettroniche in Europa, data la persistenza, l'esposizione umana continua a livelli preoccupanti, principalmente per via alimentare, ma con un contributo significativo della polvere indoor.

Gli ftalati (DBP, BBP, DEHP, DiNP, DIBP, v. EFSA 2020, ECHA) sono usati soprattutto nei materiali in PVC (pavimenti, tappeti, etc.) e nelle vernici. Il rilascio dai materiali aumenta con il tempo e l'usura, nonché per il riscaldamento invernale. Queste sostanze inibiscono l'androgenizzazione fetale e lo sviluppo riproduttivo maschile. Anche per gli ftalati sono previsti in UE divieti e restrizioni sempre più stringenti, ma potrà perdurare un'esposizione attraverso la polvere indoor.

Fra i numerosi conservanti e additivi del legno occorre considerare almeno i fungicidi azoli (propiconazolo, tebuconazolo, etc.), inibitori della sintesi degli ormoni steroidi con effetti soprattutto antiestrogenici.

L'inquinamento indoor è associato a molteplici effetti avversi per la salute, soprattutto -ma certamente non solo- nell'età evolutiva (da Bozzola, Agostiniani et al., 2024). Naturalmente predominano le patologie respiratorie e circolatorie: infiammazioni delle vie aeree con aumentata suscettibilità alle infezioni; asma; allergie; aumentato rischio di malattie non trasmissibili (ictus, cardiopatie ischemiche, broncopneumopatia cronica ostruttiva). Ma anche patologie di altro tipo: basso peso alla nascita, aumentata predisposizione alla obesità, alterato sviluppo neuro-comportamentale con deficit cognitivi e di attenzione. Inoltre (Navarrete-Meneses et al. Int J Mol Sci, 2024) segnalano il possibile ruolo di alcuni importanti inquinanti indoor (NO<sub>2</sub>,

benzene e altri VOC) come fattori di rischio per i tumori infantili.

Infine, l'ambiente indoor ha un ruolo potenzialmente determinante nell'insorgenza e/nell'aggravarsi di alcuni disturbi di carattere "reattivo-sensoriale" ancora incompletamente caratterizzati, in primo luogo la Sick Building Syndrome caratterizzata da irritazione, malessere, disagio anche gravi direttamente correlati al tempo speso nell'edificio "malato", nonché la Sensibilità Chimica Multipla.

Questa breve sintesi evidenzia che l'inquinamento indoor è un fattore di rischio significativo per la salute, da affrontare con strategie di prevenzione primaria. Che fare, dunque?

In primo luogo, la prevenzione primaria vive di evidenze scientifiche: dati aggiornati sull'inquinamento indoor e sugli effetti avversi, considerando le specificità legate all'età e al genere. In parallelo, strutturare la prevenzione sviluppando la rete dei Medici sentinella e creando una rete di Task force multidisciplinari.

La formazione su ambiente-salute nelle professioni sanitarie (non dimentichiamo i Tecnici della Prevenzione), ma anche in ambiti non sanitari, ad es., geometri, ingegneri, architetti.

La informazione e sensibilizzazione dei/delle cittadine/i e degli amministratori pubblici. Le buone pratiche sono cruciali sia nelle abitazioni sia -anzi soprattutto- in strutture come le scuole.

Infine, la prevenzione efficace richiede di trasferire le evidenze scientifiche all'azione, promuovendo la riqualificazione di immobili ed aree. Occorre integrare la valutazione del rischio sanitario in strategie della sostenibilità, come l'efficientamento energetico e l'energia circolare, secondo il principio "Salute in tutte le politiche".

Il prossimo appuntamento sull'inquinamento indoor con il Centro Studi KOS sarà il secondo Convegno nazionale

"Vivere e lavorare in ambienti salubri: aria indoor, materiali da costruzioni, arredi" il 26 settembre 2024 a Roma presso la Presidenza del Senato della Repubblica - Palazzo Giustiniani.





## Effetti dell'inquinamento atmosferico sulla salute respiratoria

Il documento dell'Agenzia Europea dell'Ambiente (EEA)<sup>1</sup> sullo stato della qualità dell'aria dell'Europa indica che, per le particelle corpuscolate fini con un diametro aerodinamico inferiore a 2,5 µm (PM<sub>2,5</sub>), <1% della popolazione è esposto a valori superiori agli standard europei, mentre il 97% della popolazione risulta

esposto a valori superiori alle linee guida 2021 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Un altro documento EEA riporta i danni alla salute dall'inquinamento atmosferico in Europa: in Italia, circa 46.800 decessi anticipati annualmente da PM<sub>2.5</sub>, 11.300 da NO<sub>2</sub>, 5.100 da

ozono. L'Italia è quinta, dopo Serbia, Lituania, Croazia e Ungheria, con circa 75 per 100.000 abitanti, per anni di vita vissuti con disabilità dovuti a broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), e terza, dopo Austria e Spagna, con circa 23 per 100.000 abitanti, per ammissioni ospedaliere per malattie respiratorie attribuibili all'ozono.

Il documento di posizione della società toracica americana (ATS) e della società respiratoria europea (ERS) su ciò che costituisce un effetto avverso dell'inquinamento sulla salute indica tutto il corpo: mortalità e morbidità respiratoria, tumore al polmone, polmonite, sintomi delle vie respiratorie superiori e inferiori, infiammazione delle vie aeree, riduzione della funzione polmonare, riduzione della crescita del polmone; mortalità e morbidità cardiovascolare, infarto del miocardio e aritmie, scompenso cardiaco

congestizio, variazioni nella variabilità della frequenza cardiaca e depressione del segmento ST; effetti di tipo cerebro-vascolare, come ictus, problemi legati allo sviluppo neurologico, problemi di salute mentale e malattie neurodegenerative; d) effetti endocrinologici quali resistenza all'insulina, diabete di tipo 1 e 2, metabolismo osseo alterato, invecchiamento della pelle; aumento della pressione arteriosa sistemica, disfunzioni endoteliali, aumento della coagulazione del sangue, infiammazione sistemica, trombosi delle vene profonde; nascite premature, basso peso alla nascita, decremento della crescita fetale, ritardo della crescita intrauterina, pre-eclampsia; riduzione della qualità dello sperma.

L'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR ha realizzato due studi longitudinali su grandi campioni di popolazione generale del Delta del Po e di Pisa, ciascuno con tre fasi trasversali, mediante questionario standardizzato, test di funzione polmonare e iperreattività bronchiale, test allergologici cutanei, IgE totali sieriche e determinazioni mutagenetiche. La popolazione urbana ha mostrato, rispetto alla zona rurale, sia frequenze di malattie respiratorie più alte (es. insieme delle malattie ostruttive: 11% a Pisa e 7% nel Delta del Po) sia rischio aumentato di avere presenza di anticorpi anti addotti DNA per il benzo(a)pirene sia aumento della iperreattività bronchiale. Tramite i sistemi di georeferenziazione degli indirizzi di abitazione dei partecipanti all'indagine di Pisa e Cascina, coloro che vivevano a meno di 100 m dalla strada principale avevano un aumento del rischio di sviluppare sibili persistenti, BPCO, dispnea, positività alla cutireazione, indice di ostruzione bronchiale (rapporto tra FEV<sub>1</sub>/FVC inferiore a 70%). Utilizzando i tre studi trasversali di Pisa, le prevalenze di malattie e sintomi respiratori sono aumentate in 25 anni; inoltre, vivere nell'area urbana rispetto all'area suburbana aveva un eccesso di rischio del 19% per



**GIOVANNI VIEGI**

(ISTITUTO DI FISILOGIA CLINICA CNR, PISA)



rinite allergica, del 30% per espettorato cronico, del 54% per BPCO. Successivamente, sono emersi valori di rischio relativo (odds ratio) significativamente aumentati per incidenza di attacchi d'asma, rinite allergica, sintomi bronchitici e BPCO in correlazione a incidenza dell'esposizione a traffico veicolare<sup>8</sup>. Inoltre, all'aumento di 10% di spazi grigi (stimati da dati satellitari) intorno all'abitazione, si aveva un aumento di 7% per positività a skin prick test, 7% per presenza di anticorpi antiaddotti al DNA per benzo(a)pirene, 10% per rinite allergica, 16% per copresenza di positività cutanea e asma/rinite allergica.

Il Progetto BEEP (Big Data in Environmental and Occupation Epidemiology) ha utilizzato tecniche di machine learning che mettono insieme informazioni provenienti da molte fonti per poter stimare la concentrazione di inquinanti<sup>12</sup>. All'aumento di 1 µg/m<sup>3</sup> di PM<sub>10</sub> (griglia di 1 km<sup>2</sup> intorno alla residenza) corrispondeva un aumento di rischio del 2.96 per BPCO. Per il PM<sub>2.5</sub> l'odds ratio era di 2.25 per rinite e 4.17 per espettorato cronico. Analizzando oltre quattro milioni di ammissioni respiratorie ospedaliere durante il periodo 2006-2015, per ciascun incremento di 10 µg/3 di PM<sub>10</sub> e PM<sub>2.5</sub> esisteva un eccesso di rischio di ammissioni per malattie respiratorie di 1,20 e 1,22% rispettivamente, con più forti effetti per asma e BPCO.

Nel novembre/dicembre 2023 è stato pubblicato il supplemento n. 3 della rivista *Epidemiologia & Prevenzione* sul nuovo studio BIGEPI "Uso di big data per la valutazione degli effetti sanitari acuti e cronici dell'inquinamento atmosferico nella popolazione italiana".

E' stato recentemente pubblicato il documento "Nuove evidenze a supporto del documento inquinamento atmosferico e cambiamenti climatici, elementi per una strategia nazionale di prevenzione - aggiornamento 2023" di GARD-Italia, componente dell'Alleanza Globale Contro le Malattie Respiratorie Croniche, con strategie di prevenzione, mitigazione e adattamento, al fine di promuovere un approccio integrato per affrontare le problematiche legate all'inquinamento atmosferico ed implementare le politiche per ridurre le emissioni in atmosfera nonché per migliorare la qualità dell'aria.

Dal 2022 è in pubblicazione una serie di revisioni narrative sugli effetti dell'inquinamento e la salute respiratoria sulla rivista *Pulmonology*: un articolo si è concentrato sull'inquinamento atmosferico esterno e malattie respiratorie, sia in generale sia focalizzando le prospettive italiane.

Nel 2024 sulla rivista *Lancet Respiratory Medicine* è stato pubblicato un importante articolo "Configurazione degli ambienti urbani per migliorare la salute respiratoria: raccomandazione per la ricerca, la programmazione e la politica": linee guida più severe sulla qualità dell'aria dell'Unione Europea possono spingere alla realizzazione di trasformazioni atte a migliorare la salute respiratoria dei cittadini. Oltre a delineare il ruolo di advocacy delle società mediche respiratorie, l'articolo sintetizza graficamente misure di pianificazione urbana sui trasporti, di problematiche ambientali, di stili di vita, con i loro effetti su outcome sanitari, morbidità e mortalità. Gli esempi di città come Londra, Barcellona, Parigi, Vaughban e Friburgo (in Germania) e Amsterdam indicano come sono migliorate le città mettendo in atto una serie di misure di riduzione del traffico autoveicolare.

Nel 2022 le società scientifiche pneumologiche e allergologiche italiane hanno realizzato il poster "Cambiare: cambiamenti climatici, inquinamento atmosferico e salute respiratoria", trattando gli effetti dell'inquinamento atmosferico e climatici sulla salute, sulle patologie respiratorie, sulle patologie cardiovascolari, sui sottogruppi suscettibili. Nel poster, che può essere stampato e affisso negli ambulatori, vengono anche forniti suggerimenti per il ruolo attivo degli operatori sanitari nei confronti dei pazienti.

In conclusione, l'inquinamento atmosferico è uno dei più importanti fattori di rischio per le malattie respiratorie. Oggi conosciamo molto in termini di esposizione della popolazione e di possibili rimedi. È importante quindi che i medici affrontino il tema sia nella gestione del rapporto con i pazienti individuali sia per il sostegno a politiche positive miranti ad abbatterlo.



## La transizione ecologica in sanità è un problema culturale, non economico

**F. Barone-Adesi, A. Bonaldi, P. Lauriola e S. Venero**

Come è noto, il sistema sanitario contribuisce in maniera rilevante alle emissioni di gas serra, più della aviazione civile. Da questo punto di vista, la dichiarazione del Presidente della Regione Lazio che «L'ospedale verde presuppone investimenti per i quali non abbiamo attualmente le risorse» desta sconcerto e sembra ignorare che molti interventi di transizione ecologica dei sistemi sanitari richiedono un cambiamento culturale più che enormi investimenti economici. L'esempio del desflurano in questo caso è emblematico. Si tratta di un gas anestetico molto utilizzato in Italia e negli altri paesi industrializzati, ma è anche un importante gas serra, 2500 volte più potente dell'anidride carbonica.

A gennaio di quest'anno, la Commissione Europea ha deciso di imporre pesanti limitazioni all'uso di questo anestetico a partire dal 2026, allineandosi con quanto già avviene in Scozia e Inghilterra.

Uno studio appena pubblicato su *British Journal of Anaesthesia* mostra come, al contrario di diverse nazioni europee, dove le emissioni di gas serra associati all'uso di desflurano si sono ridotte nel corso degli ultimi anni, in Italia il trend è in costante aumento. Inoltre, precedenti studio hanno mostrato una differenza di 25 volte nella quantità pro-capite di desflurano utilizzata nelle diverse regioni italiane. Una tale eterogeneità non ha alcuna motivazione clinico-assistenziale e sottolinea come sia possibile ridurre l'uso di questo gas con le risorse attualmente disponibili e senza impattare sulla qualità delle cure offerte.

Ad esempio, ciò può essere ottenuto tramite l'uso di tecniche di sedazione alternative ugualmente efficaci ma più sostenibili dal punto di vista ambientale, come peraltro ribadito nelle linee guida della *World Federation of Societies of Anaesthesiologists*.

Diversi ospedali italiani, come ad esempio quelli dell'Asst Bergamo Est hanno già volontariamente iniziato un processo di graduale decommissioning del desflurano.

La nuova normativa europea richiede che questa attività venga ampliata a tutto il sistema sanitario italiano.

Molti altri interventi possono essere effettuati nel sistema sanitario senza la necessità di enormi investimenti economici.

Ad esempio, gli erogatori spray comunemente utilizzati nel trattamento di asma e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) usano come propellenti idrofluorocarburi, potenti gas serra che sono responsabili del 4% di tutta l'impronta carbonica del servizio sanitario. La loro sostituzione con erogatori in polvere, tutte le volte che ciò è appropriato dal punto di vista clinico, costituisce un intervento in grado di ridurre notevolmente le emissioni.

Un altro possibile intervento è rappresentato dall'evitare l'utilizzo non appropriato dei guanti monouso in alternativa all'igiene delle mani (ad es. durante il rifacimento letti, somministrazione di cibo e bevande, somministrazione della terapia orale, trasporto del paziente ecc.), riducendo in tal modo l'utilizzo improprio di materiale plastico e il volume dei rifiuti.

Inoltre, si stima che almeno il 20-30% di esami, trattamenti e procedure non siano ne-



cessari per la salute dei pazienti e possano addirittura arrecare danni; una loro riduzione (secondo le raccomandazioni delle campagne Choosing Wisely di Italia e Canada) può quindi contribuire a contenere le emissioni di gas serra da parte dei servizi sanitari e allo stesso tempo apportare benefici ai pazienti. In realtà, quello che si può fare in questo campo è tantissimo e oggi si conoscono molte soluzioni pratiche, fattibili ed efficaci. A titolo di esempio, il sito dell'Ordine dei medici di Bergamo riporta una lunga lista di "Pillole green", in costante aggiornamento, con suggerimenti specifici per mettere in atto azioni individuali e collettive capaci di ridurre l'impatto ambientale, senza compromettere la qualità delle cure. Quello che invece ancora manca in Italia è una diffusa consapevolezza del problema, in modo da poter passare da interventi sporadici e limitati a realtà locali ad una reale rivoluzione del mondo sanitario. Potrebbe sembrare un discorso utopistico, ma non è affatto così. Basti guardare a quello che è accaduto in Inghilterra, dove nel periodo 2009-2019 le

emissioni per abitante attribuibili al sistema sanitario si sono ridotte del 18%, senza che questo impattasse sulla quantità e qualità dei servizi per la salute erogati. Ciò costituisce la dimostrazione più lampante di come si possa attuare, anche su larga scala, una transizione verde del sistema sanitario utilizzando le risorse attualmente disponibili.

#### **Francesco Barone-Adesi**

Università del Piemonte Orientale

#### **Antonio Bonaldi**

Past President Slow Medicine

#### **Paolo Lauriola**

ISDE Italia, Associazione Medici per l'Ambiente

#### **Sandra Venero**

Coordinatrice della campagna *Choosing Wisely Italy*

# La sofferenza mentale in adolescenza: dal disagio alla patologia

Dalle nuove sostanze stupefacenti ai disturbi alimentari, dall'autolesionismo alla disforia di genere, con un focus sui più giovani nel periodo post Covid. Di tutto questo si è parlato all'Ordine dei medici di Pavia durante il convegno intitolato "La sofferenza mentale in adolescenza: dal disagio alla patologia".



GABRIELE CONTA

All'incontro hanno partecipato oltre 150 tra medici di medicina generale e pediatri, che hanno riempito sia l'aula magna dell'Ordine sia un'altra sala dove il convegno era proiettato in streaming. I dati delle ricerche condotte in questo campo, infatti, confermano come una ten-

denza che era già in atto prima della pandemia sia esplosa dopo i vari lockdown.

«I giovani ci stanno dando un segnale e noi dobbiamo rispondergli: abbiamo il dovere di fare qualcosa – dice Claudio Lisi, presidente dell'Ordine di Pavia – Per questo ci tenevo a organizzare questo incontro, coinvolgendo esperti della materia e sanitari specializzati».

Il convegno è stato aperto da Renato Borgatti, neuropsichiatra infantile del Mondino, che ha spiegato che le richieste di aiuto da parte dei più giovani fossero in aumento già da

tempo ma che, dopo il Covid, sono aumentate in gravità. Sui disturbi alimentari dei più giovani si è concentrata invece la neuropsichiatra Martina Maria Mensi, che ha illustrato i vari fattori che possono portare a sviluppare un disturbo legato all'alimentazione. Di nuove droghe e adolescenti ha parlato invece Carlo Locatelli, direttore del Centro antiveneni della Maugeri. «Non abbiamo mai avuto al mondo tante sostanze come oggi – ha detto Locatelli – E molte di queste si possono acquistare su internet a poco prezzo, anche grazie alla falsa percezione di innocuità che i più giovani hanno di queste sostanze». Della violenza verso se stessi e verso gli altri ha parlato in seguito lo psicologo Luca Capone, che ha presentato anche il progetto centro di ascolto "Prima che", una linea di ascolto che gli adolescenti possono chiamare se stanno vivendo un momento di difficoltà emotiva. Il convegno si è chiuso con l'intervento "Disforia di genere: quando sentirsi ed essere non coincidono" di Piernicola Garofalo, endocrinologo specializzato in questa materia, e con una tavola rotonda con un medico di famiglia, un pediatra, un docente scolastico e uno psicologo.



## «Non possiamo fare a meno del Ssn»

*Ad aprile un gruppo di medici e scienziati, tra cui il premio Nobel Giorgio Parisi, ha voluto proporre un appello per ribadire l'insostituibilità del Servizio sanitario nazionale e rilanciarne lo sviluppo in modo che possa soddisfare le esigenze dei cittadini. Di seguito una sintesi del documento; si può leggere l'appello completo su Scienza in rete.*

Dal 1978, data della sua fondazione, al 2019 il SSN in Italia ha contribuito a produrre il più marcato incremento dell'aspettativa di vita (da 73,8 a 83,6 anni) tra i Paesi ad alto reddito. Ma oggi i dati dimostrano che il sistema è in crisi: arretramento di alcuni indicatori di salute, difficoltà crescente di accesso ai percorsi di diagnosi e cura, aumento delle diseguaglianze regionali e sociali. Questo accade perché i costi dell'evoluzione tecnologica, i radicali mutamenti epidemiologici e demografici e le difficoltà della finanza pubblica, hanno reso fortemente sottofinanziato il SSN, al quale nel 2025 sarà destinato il 6,2% del PIL (meno di vent'anni fa).

Il pubblico garantisce ancora a tutti una quota di attività (urgenza, ricoveri per acuzie), mentre per il resto (visite specialistiche, diagnostica, piccola chirurgia) il pubblico arretra, e i cittadini sono costretti a rinviare gli interventi o indotti a ricorrere al privato. Progredire su questa china, oltre che in contrasto con l'Art.32 della Costituzione, ci spinge verso il modello USA, terribilmente più oneroso (spesa complessiva più che tripla rispetto all'Italia) e meno efficace (aspettativa di vita inferiore di sei anni). La spesa sanitaria in Italia non è grado di assicurare compiutamente il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e l'autonomia differenziata rischia di ampliare il divario tra Nord e Sud d'Italia in termini di diritto alla salute. È dunque necessario un piano straordinario di finanziamento del SSN e specifiche risorse devono essere destinate a rimuovere gli squilibri territoriali. La allocazione di risorse deve essere accompagnata da efficienza nel loro utilizzo e appropriatezza nell'uso a livello diagnostico e terapeutico, in quanto fondamentali per la sostenibilità del sistema. Ancora, l'SSN deve recuperare il suo ruolo di luogo di ricerca e innovazione al servizio della salute.

Parte delle nuove risorse deve essere impiegata per intervenire in profondità sull'edilizia sanitaria, in un Paese dove due ospedali su tre hanno più di 50 anni, e uno su tre è stato costruito prima del 1940. Ma il grande patrimonio del SSN è il suo personale:

una sofisticata apparecchiatura si installa in un paio d'anni, ma molti di più ne occorrono per disporre di professionisti sanitari competenti, che continuano a formarsi e aggiornarsi lungo tutta la vita lavorativa. Nell'attuale scenario di crisi del sistema, e di fronte a cittadini/pazienti sempre più insoddisfatti, è inevitabile che gli operatori siano sottoposti a una pressione insostenibile che si traduce in una fuga dal pubblico, soprattutto dai luoghi di maggior tensione, come l'area dell'urgenza. È evidente che le retribuzioni debbano essere adeguate, ma è indispensabile affrontare temi come la valorizzazione degli operatori, la loro tutela e la garanzia di condizioni di lavoro sostenibili. Particolarmente grave è inoltre la carenza di infermieri (in numero ampiamente inferiore alla media europea).

Da decenni si parla di continuità assistenziale (ospedale-territorio-domicilio e viceversa), ma i progressi in questa direzione sono timidi. Oggi il problema non è più procrastinabile: tra 25 anni quasi due italiani su cinque avranno più di 65 anni (molti di loro affetti da almeno una patologia cronica) e il sistema, già oggi in grave difficoltà, non sarà in grado di assisterli.

La spesa per la prevenzione in Italia è da sempre al di sotto di quanto programmato, il che spiega in parte gli insufficienti tassi di adesione ai programmi di screening oncologico che si registrano in quasi tutta Italia. Ma ancora più evidente è il divario riguardante la prevenzione primaria; basta un dato: abbiamo una delle percentuali più alte in Europa di bambini sovrappeso o addirittura obesi, e questo è legato sia a un cambiamento – preoccupante – delle abitudini alimentari sia alla scarsa propensione degli italiani all'attività fisica. Molto va investito, in modo strategico, nella cultura della prevenzione (individuale e collettiva) e nella consapevolezza delle opportunità ma anche dei limiti della medicina moderna.

Molto, quindi, si può e si deve fare sul piano organizzativo, ma la vera emergenza è adeguare il finanziamento del SSN agli standard dei Paesi europei avanzati (8% del PIL), ed è urgente e indispensabile, perché un SSN che funziona non solo tutela la salute ma contribuisce anche alla coesione sociale.

# Missione in Ucraina per i medici specializzandi in medicina d'emergenza-urgenza

GIOVANNI CAPPA

**G**entile Redazione dell'Ordine dei Medici di Pavia,  
Vi scrivo per informarvi di un progetto di volontariato  
partito da un gruppo di giovani medici pavesi che sta  
cercando di fare la differenza nel suo piccolo.

Io ed i miei tre colleghi siamo appena rientrati dalla  
quarta missione in Ucraina per insegnare manovre  
avanzate di primo soccorso al personale sanitario lo-  
cale nell'ambito del nostro progetto "Global Medical  
Trainers".

Nella prima settimana di marzo abbiamo tenuto 2  
corsi: un corso intensivo sulla gestione del trauma  
avanzato durato 2 giorni, rivolto ai medici d'emergenza  
e ai paramedici che lavorano sulle ambulanze della re-  
gione di Odessa; un corso dedicato alla gestione delle  
emorragie massive rivolto ai medici specializzandi  
degli ospedali universitari di Odessa.

La settimana è stata molto calda: abbiamo passato  
metà delle notti nel bunker dell'hotel, imparando a ri-  
conoscere il ronzio dei droni russi e sentendo le esplo-  
sioni intorno a noi. Il tutto inizia con una notifica sullo  
smartphone e dopo qualche minuto il cielo si riempie  
di luci rosse: i colpi sparati dal sistema di difesa an-  
tiaerea che cercano di abbattere i droni prima che que-  
sti colpiscano letalmente i loro obiettivi.

Durante l'ultimo corso, la mattina del 6 marzo, sono  
squillati tutti i telefoni dei medici che si stavano adde-  
strandone con noi, poco dopo un'esplosione ha fatto tre-  
mare le finestre. Successivamente ci hanno riferito che  
quell'esplosione era un missile indirizzato al convoglio  
di Zelensky che in  
quella data si trovava  
ad Odessa per incon-  
trarsi col primo mini-  
stro greco, Kyriakos  
Mitsotakis. Quel-  
l'esplosione ha ucciso  
5 persone.

Perché lo facciamo: al  
fine di ogni corso in  
molti vengono ad ab-

bracciarci e a ringraziarci per aver lasciato la sicu-  
rezza delle nostre case in Italia ed essere lì a tra-  
smettere delle nozioni e confrontarci sui protocolli  
d'emergenza-urgenza. Sono questi ringraziamenti  
tanto inaspettati quanto commoventi che ci spin-  
gono a correre questi rischi.

Il progetto "Global Medical Trainers" lo svolgiamo a titolo  
interamente volontario. Siamo medici specializzandi in  
medicina d'emergenza-urgenza dell'Università di Pavia  
agli ultimi anni e siamo in grado di condurre simulazioni  
avanzate grazie ai simulatori che abbiamo realizzato con  
la stampa 3D grazie al laboratorio clinico universitario  
3D4Med, dentro al Policlinico San Matteo di Pavia.

Inoltre, la Flamor S.r.l, azienda di medicina tattica ci  
continua a fornire alcuni materiali indispensabili per le  
esercitazioni.

Questo progetto è promosso dal Distretto Rotary 2050  
e dal Rotaract Club Pavia: è grazie alla raccolta fondi (in-  
dicata sul sito del progetto, a cui chiunque può parteci-  
pare) che è possibile realizzare queste trasferte.

Con l'ultimo viaggio abbiamo superato il centinaio di per-  
sone formate attraverso i nostri vari corsi (dai militari ai  
medici, fino ai paramedici e ai volontari civili).

I medici che hanno partecipato alle missioni sono: Gio-  
vanni Cappa, Flavia Resta, Bruno Barcella, Valentina An-  
geli. A dicembre 2023 abbiamo ricevuto dal sindaco di  
Pavia anche la massima benemeranza cittadina, la be-  
nemeranza di San Siro, per questo progetto.



# La telemedicina accende i motori: attive 90mila postazioni

MARZIO BARTOLONI

I motori della telemedicina sono ufficialmente accesi: il 2024 sarà il primo anno in cui gli italiani potranno beneficiare delle cure on line targate Servizio sanitario nazionale.

Le prime saranno erogate da metà anno con l'obiettivo minimo previsto dal Pnrr di raggiungere entro la fine del 2025 almeno 300mila italiani, ma l'ambizione è raggiungerne oltre 800mila l'anno dopo e cioè nel 2026. Si tratterà in particolare di pazienti colpiti da malattie croniche e in particolare diabetici, malati di tumore o chi è colpito da patologie respiratorie, cardiologiche e neurologiche.

Nel frattempo, i prossimi mesi serviranno per attivare le circa 90mila postazioni di telemedicina - in sostanza i computer con i software appositi - a cui potranno accedere oltre 400mila tra medici specialisti, medici di famiglia, pediatri, infermieri e altri operatori sanitari con le quali verranno erogate televisite (le visite appunto a distanza), i teleconsulti (il consulto, cioè, tra più sanitari su un caso) e i telemonitoraggi (il monitoraggio a distanza dei parametri vitali del paziente).

Il piano per far girare i motori della Telemedicina ha visto arrivare in porto alcune importanti tappe nelle ultime settimane: innanzitutto l'aumento delle risorse che sono cresciute da 1 miliardo a 1,5 miliardi dopo la revisione a novembre scorso con Bruxelles del Pnrr e la rimodulazione dei fondi aumentando così il target finale dei pazienti da raggiungere (da 200mila a 300mila), poi a fine dicembre - come previsto sempre dai target Ue del Pnrr - è stato adottato da ogni Re-

gione un progetto regionale di telemedicina con la definizione dei piani operativi contenenti il fabbisogno per i servizi.

Infine, a inizio gennaio c'è stato il collaudo della piattaforma nazionale di Telemedicina - l'infrastruttura messa a punto da Engineering e Almaviva dove gireranno le prestazioni - a cui sono seguite le gare ora in corso, attraverso le Regioni capofila Lombardia e Puglia, con cui verranno aggiudicati tra marzo e giugno prossimi il software e l'hardware e cioè i servizi minimi di telemedicina e le 90mila postazioni. "Da metà dell'anno con l'attivazione delle postazioni le Regioni potranno cominciare ad erogare le prestazioni di telemedicina", conferma il presidente dell'Agenas (l'Agenzia per i servizi sanitari regionali che è anche Agenzia per la Sanità digitale) Enrico Coscioni. Che sottolinea come "infermieri, pediatri, medici di famiglia e medici specialisti oltre agli altri professionisti sanitari potranno lavorare su queste 90mila postazioni". Ma dove saranno attivate? "Le postazioni saranno disponibili nelle case di comunità, negli ospedali e negli ambulatori dei medici di famiglia e dei pediatri, e in oltre 6mila nelle farmacie rurali: serviranno a monitorare pazienti cronici come chi ha lo scompenso, i broncopatici o i diabetici, ma anche chi ha malattie degenerative", conclude Coscioni.

Sulla telemedicina non si parte comunque da zero: sono già diverse le esperienze negli ospedali pubblici, mentre nel settore privato si assiste a un vero boom di prestazioni come dimostra l'indagine di Health Italia - tra i principali attori nel mercato della sanità integrativa e di soluzioni per il welfare - con il suo primo Osservatorio sulla telemedicina. È boom in particolare di televisite: i consulti a distanza con i medici hanno visto un incremento del 172%, con le attività di valutazione e prevenzione per eventuali problemi cardiaci a fare la parte del leone: la telecardiologia segna addirittura un +300% rispetto al 2022.

Ma l'attenzione degli italiani si concentra anche sugli aspetti della nutrizione, con i teleconsulti cresciuti del 158%. Boom di prestazioni online anche nel privato: crescono le televisite per la cardiologia e gli esami in farmacia. Nel 2023 aumenta anche l'uso della telemedicina all'interno delle farmacie dove le prestazioni secondo Health Point (società di telemedicina controllata al 100%) sono cresciute del 28%: anche qui un impulso significativo proviene dalle prestazioni cardiologiche, che hanno visto una crescita del 35% per elettrocardiogramma, holter cardiaco e holter pressorio. Solo il dato degli ECG erogati in farmacia è del +40% rispetto all'anno precedente. "I dati evidenziano come questo strumento, dopo il forte boost avuto in seguito all'emergenza pandemica, si stia affermando in questa fase di nuova normalità come una solida alternativa rispetto alla pratica medica tradizionale", avverte Silvia Fiorini, Dg di Health Point.



## La chiave del successo dello studio odontoiatrico: il lavoro di squadra e l'aggiornamento continuo

REDAZIONE

Il lavoro di squadra è fondamentale per il successo di uno studio odontoiatrico. In un ambiente sanitario così delicato e complesso, è essenziale che tutti i membri dello staff collaborino in modo armonico e coordinato per garantire la migliore assistenza possibile ai pazienti. L'odontoiatra, in qualità di leader del team, svolge un ruolo cruciale nel promuovere la collaborazione e il reciproco rispetto all'interno dello studio.

Uno degli elementi chiave di questo approccio è il ruolo dell'assistente odontoiatrico. Questa figura professionale supporta direttamente il medico durante le procedure cliniche e si interfaccia costantemente con i pazienti. È proprio per questo motivo che l'aggiornamento continuo delle conoscenze e delle competenze anche dell'assistente e non soltanto del medico è fondamentale per il buon funzionamento dello studio.

Grazie a una solida formazione tecnica e relazionale, infatti, l'assistente odontoiatrico può svolgere una vasta gamma di attività che richiede un costante impegno nel mantenere aggiornate le proprie conoscenze e abilità, in modo da poter affrontare con sicurezza e professionalità ogni sfida che si presenta.

L'aggiornamento dell'assistente odontoiatrico deve riguardare non solo gli aspetti clinici e tecnici, ma anche quelli organizzativi e gestionali. Infatti, lo studio odontoiatrico moderno è sempre più una realtà complessa, che deve confrontarsi anche con tematiche nuove come la digitalizzazione dei processi. L'assistente, in qualità di collaboratore di fiducia dell'odontoiatra, deve es-

sere in grado di supportare il medico anche in questi ambiti, contribuendo a rendere lo studio più efficiente, produttivo e orientato al soddisfacimento delle esigenze dei pazienti.

Inoltre, l'aggiornamento continuo dell'assistente odontoiatrico, insieme anche all'aggiornamento del medico, ha un impatto positivo sull'intera equipe. Quando tutti i membri dello staff sono costantemente alla ricerca di nuove conoscenze e migliori pratiche, infatti, si crea un ambiente di lavoro stimolante e motivante, in cui ognuno può apportare il proprio contributo e crescere professionalmente. Questo, a sua volta, si traduce in una maggiore soddisfazione dei pazienti, che percepiscono uno studio odontoiatrico all'avanguardia, attento alle loro esigenze e in grado di offrire prestazioni di alta qualità.

In conclusione, il lavoro di squadra e l'aggiornamento continuo sono elementi imprescindibili per il successo di uno studio odontoiatrico moderno. Investire in queste aree significa puntare sulla creazione di un ambiente di lavoro produttivo, motivante e orientato al miglioramento costante, a beneficio di tutto lo staff e, soprattutto, dei pazienti.



## NOTIZIARIO ODONTOSTOMATOLOGICO

# L'editoriale del Presidente CAO

## Le STP: aspetti normativi

**N**egli ultimi anni è più diffusa tra i professionisti sanitari, spesso in ambito odontoiatrico, la costituzione di società tra professionisti (STP). Poiché la normativa di riferimento è articolata la CAO di Pavia ha tempo fa chiesto alcune precisazioni alla CAO Nazionale, la quale aveva ribadito che la società tra professionisti è iscritta in una sezione speciale degli albi tenuti presso l'Ordine di appartenenza dei soci professionisti. Tale iscrizione deve avvenire presso l'albo o il registro dell'Ordine o Collegio professionale relativo all'attività individuata come prevalente nello statuto o nell'atto costitutivo.

Le STP, a seconda dell'oggetto sociale, possono essere costituite:

- per l'esercizio di una sola attività professionale (STP Monodisciplinare). In questo caso la domanda di iscrizione deve essere rivolta al Consiglio dell'Ordine o del Collegio professionale nella cui circoscrizione è posta la sede legale della STP;
- per l'esercizio di più attività professionali (STP Multidisciplinare). In questo caso l'iscrizione della STP deve essere effettuata presso l'Albo cui fa riferimento l'attività individuata come prevalente nello statuto o nell'atto costitutivo della società. Se non risulta un'attività prevalente, la STP deve iscriversi in tutti gli Albi e registri ordinistici previsti per le attività esercitate.

L'individuazione di una delle attività professionali ordinistiche come prevalente all'interno dell'oggetto sociale non è di per sé ritenuta necessaria né obbligatoria: nel caso in cui sia indicata la prevalenza dell'attività in termine

percentuale l'iscrizione della STP sarà richiesta al solo albo dell'attività professionale dichiarata. Nel caso invece in cui non sia indicata la prevalenza dell'attività l'iscrizione della STP verrà richiesta a tutti gli albi degli Ordini professionali la cui attività è dedotta nell'oggetto sociale multidisciplinare.

L'identificazione dell'attività prevalente comunque dovrà essere coerente con la composizione della compagine societaria nella sua dimensione capitaria e finanziaria, seguendo sempre il criterio della prevalenza dei due terzi dei soci professionisti.

In conclusione, nella STP l'oggetto sociale deve coincidere con l'esercizio di una o più attività professionali per le quali sia richiesta l'iscrizione in albi regolamentati nel sistema ordinistico da parte dei soci. La decisione della Commissione Centrale Esercenti Professioni Sanitarie (CCEPS) del 17 gennaio 2024, depositata in segreteria il 10 maggio 2024, pubblicata il 20 maggio 2024, ha ulteriormente ribadito la posizione FNOMCeO di interpretazione letterale della norma per cui la maggioranza dei due terzi dei soci professionisti di una STP deve ricorrere congiuntamente sia per teste (persone) sia per quote nella compagine sociale. Le STP rappresentano quindi una nuova forma di esercizio dell'attività professionale dell'odontoiatra caratterizzata da numerosi aspetti normativi.



**DOMENICO CAMASSA**  
Presidente CAO Pavia

## Il lavoro in sanità riduce l'aspettativa di vita dei medici

**È** necessaria una inversione di rotta non solo nella difesa del sistema sanitario pubblico e nazionale ma anche dei suoi professionisti, razza non protetta a rischio estinzione. Perché è corretto ricordare che, se l'aspettativa di vita dei cittadini italiani è superiore alla media europea è merito non solo della genetica o della dieta ma anche del Sistema sanitario che se ne prende cura. E quando questo sistema, con i suoi medici e le sue mediche non ci sarà più, noi italiani finiremo di vantare la nostra longevità.

Condizioni di lavoro inadeguate e stress determinano una diminuzione dell'aspettativa di vita dei medici. È questa la conclusione dall'analisi incrociata di dati e

pubblicazioni provenienti da diversi paesi. Non sorprende che le condizioni e il tipo di lavoro giochino un ruolo sulla salute dei medici, specie in alcune discipline. Ma

che si riduca sensibilmente la sopravvivenza di mediche e medici, rispetto alla popolazione generale, è un'informazione che deve suscitare attenzione e interventi politici adeguati. Nel 2021, la rivista britannica *Lifestyle Medicine* ha pubblicato uno studio retrospettivo su dati collezionati dal *British Medical Journal* tra il 1997 e il 2019, grazie alla presenza di un registro che certifica l'anno di morte e il settore di specialità dei medici britannici. I dati dimostrano, ad una prima analisi, che i medici vivono più a lungo rispetto alla popolazione generale grazie alla presenza di tre fattori:

benessere economico e classe sociale tali da influenzare positivamente lo stile di vita (questo elemento influenza positivamente

anche altre professioni); maggiore conoscenza sul tema della prevenzione e del precoce riconoscimento di patologie; rapido accesso a diagnosi e terapie.

Lo studio inglese evidenzia, però, che questa longevità riguarda solo alcune categorie di medici e il divario nella aspettativa di vita tra i medici di medicina generale ed i colleghi di PS è di ben 20 anni a favore dei primi.

Questo gap si manifesta soprattutto per i medici che lavorano nel settore dell'emergenza urgenza - ma anche in anestesia e rianimazione - che muoiono prima della popolazione generale (a differenza delle altre discipline specialistiche) e il rischio di mortalità precoce persiste per i colleghi e le colleghe del PS anche se successivamente cambiano reparto lavorativo. In modo azzardato e provocatorio, si può affermare che lavorare nel settore dell'emergenza sia un fattore di rischio specifico e provochi danni irreparabili sulla salute degli operatori al pari del fumo di sigaretta.

### Ma cosa accade ai medici italiani?

Nel 2016, l'Ordine degli attuari ha presentato uno studio retrospettivo su dati raccolti dal 1980 al 2011, provando che le professioni con fasce di reddito più alte, tra cui i medici, vivono più a lungo della popolazione generale. Anche i dati forniti dall'Enpam, per gli anni 2020-21-22 sembrano dimostrare una aspettativa di vita maggiore delle mediche e dei medici rispetto alla popolazione generale.

Ma se andiamo ad osservare con più attenzione i dati riportati (vedi grafici) cogliamo due aspetti molto interessanti.

Il delta tra le due categorie (medici vs popolazione generale), nel corso degli ultimi anni, si è ridotto in modo importante nel sesso femminile.

Nel 2005, le donne medico vivevano 4 anni in più rispetto alla popolazione generale, mentre nel 2022 la differenza si è ridotta a 1,77 anni.

### PIERINO DI SILVERIO

(SEGRETARIO NAZIONALE ANAAO ASSOMED), ALESSANDRA SPEDICATO E MARINA TARSITANO (AREA FORMAZIONE FEMMINILE ANAAO ASSOMED)

Anche nel sesso maschile, questo delta appare in flessione, anche se in misura inferiore. Nel 2005 i medici vivevano 2,13 anni in più rispetto alla popolazione generale, mentre nel 2022 la loro aspettativa di vita appariva superiore solo di 1,92 anni.

L'idea che il peggioramento complessivo delle condizioni di lavoro nella Sanità italiana stia influenzando lo stato di salute dei suoi professionisti è rafforzata dal dato che tra il 2006 e il 2009 e nel 2020/21 tra i medici (ma non tra la popolazione generale) c'è stata una brusca inflessione nella crescita degli anni di aspettativa di vita a 68 anni.

Cosa sia successo nel 2020-21 è noto a tutti, mentre si presume che a influenzare il dato nella prima decade degli anni 2000 possa essere stato l'impatto sui conti dello stato della crisi finanziaria del 2008 e il riscontro di disavanzi sanitari elevati in alcune regioni a partire dal 2007.

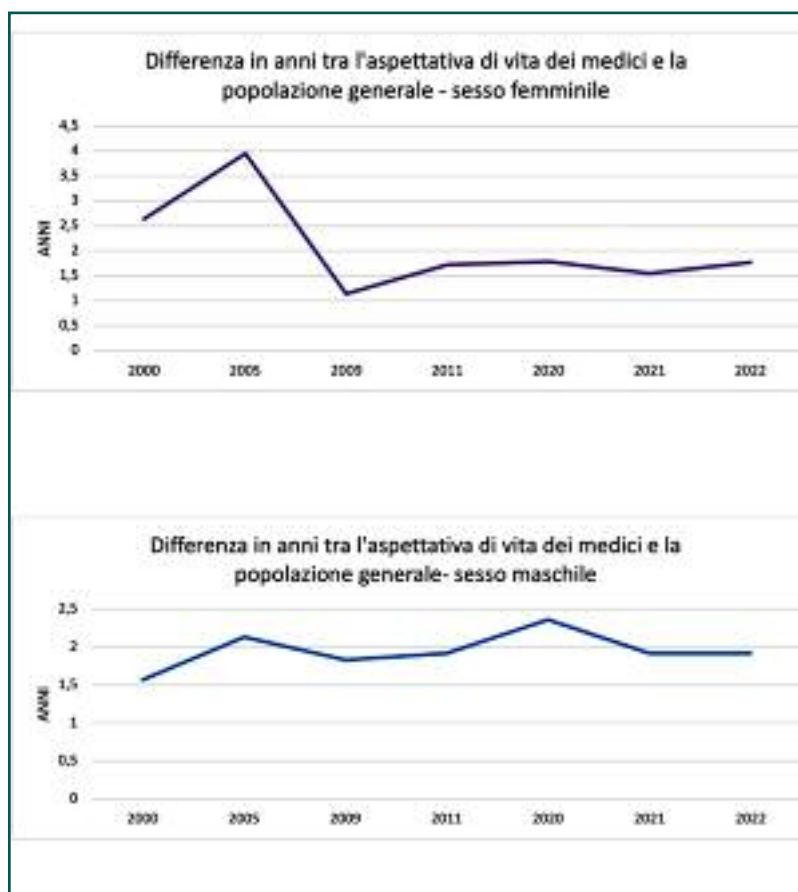
I conseguenti piani di rientro con il blocco del turnover, senza l'adozione della direttiva europea sull'orario di lavoro, che disciplina il diritto al riposo, ha avviato le condizioni di lavoro negli ospedali su una china che le ha progressivamente portate, grazie anche alla riduzione del finanzia-

mento reale e all'impatto della pandemia, al drammatico stato odierno.

Oggi la crescente presenza femminile in Sanità deve far riflettere le istituzioni su un rischio di genere legato alle attuali condizioni di lavoro. Sono ormai innumerevoli gli studi, a livello nazionale e internazionale, non ultimo quello prodotto dall'Ordine dei Medici di Napoli, riguardo gli effetti nocivi sulla salute di stress lavoro correlato e burn out, ma soprattutto la loro preoccupante incidenza nella classe medica.

Uno studio pubblicato nel Dicembre 2022 sulla rivista italiana Journal of Gender Specific Medicine sottolinea che le donne – forza lavoro ormai prevalente in sanità – risultano più a rischio, da un punto di vista psicologico, per patologie da stress lavoro correlato, mentre la rivista Current Biology ha reso noti i danni cerebrali di compiti cognitivi prolungati (attività multitasking, concentrazione, memoria e risoluzione di problemi), propri di alcune attività lavorative tra le quali quella del medico, favoriti dall'accumulo nel cervello di glutammato. Insomma, non solo i medici italiani rischiano di morire prima della popolazione generale ma soprattutto di presentare una morbilità maggiore.

Una nota di speranza emerge dall'evidenza che la pensione faciliti cambiamenti nello stile di vita e il ritorno a ritmi circadiani fisiologici, tali da ridurre il rischio di eventi avversi cardiovascolari. Stupisce allora la volontà politica di proporre, con accanimento, un pensionamento ritardato dei medici a 72 anni, ma soprattutto il mancato riconoscimento, alla luce di tutti i rischi elencati, del loro lavoro - almeno in alcune specialità - come usurante. In queste categorie, troviamo peraltro quella del professore di orchestra, ma non quello del chirurgo che usa il bisturi o dell'urgentista che passa la notte insonne. Come se tali lavori non avessero alcun effetto sulla salute dei medici, a dispetto di quello che ci dicono i dati. Sembrano, alla luce di questi dati, paradossalmente più saggi i giovani medici laureati che fuggono da queste specialità così logoranti, nella speranza di assicurarsi una lunga e serena vita lavorativa e sociale.



# Nobel e statue portafortuna a Pavia, la Oxford d'Italia

FRANCESCO BATTISTINI

**P**erché non parli? Prima dell'esame, sechioni o fuoricorso, un giretto da quelle parti lo facevamo tutti. All'angolo di piazza Botta, da una nicchia, il Muto dall'Accia al Collo vegliava le nebbie pavesi. Barbuto, togato, quel nome strano per via del braccio sostenuto dall'accia della veste. Era una statua romana del II secolo, la bocca corrosa dal tempo (il Muto, appunto...) e il piede consumato dalle mani degli studenti: chi passava di lì e dava una toccatina al marmo, aveva la scaramantica certezza di non essere bocciato.

Qualcuno andava oltre, scrutava il marmo e l'interrogava come Michelangelo: perché non parli, maledetto Muto, consigliami tu se domattina devo sedermi davanti al prof o se sia meglio rimandare... Dopo secoli, la statua non è più lì. L'hanno messa al riparo in un museo. E capirete il perché, se provate a moltiplicare le toccatine per il numero delle matricole universitarie passate per

Pavia: logorato dalla superstizione, ormai il piede del Muto non aveva più l'alluce, né un dito.

L'Università di Pavia è come quella statua. Millennaria: una delle più antiche del mondo. Silenziosa: provate a passeggiare nei suoi cortili e tra i colonnati del Piermarini. Nascosta: come i giardini di Ada Negri, dà un senso di rifugio inviolato. E come il Muto, l'hanno accarezzata un po' tutti, ma senza sfigurarla. Anzi, dandole un volto nella Hall of Fame potete trovarci il longobardo Lotario primo re d'Italia e l'imperatore Carlo Magno, gli Asburgo e i Visconti, Leonardo e Goldoni, il Foscolo e Vincenzo Monti, Cesare Beccaria e il beato Ferrini, papa Pio V e san Carlo Borromeo, i logaritmi di Lorenzo Mascheroni e la psicologia di Agostino Gemelli, il Cardano (quello dei giunti cardanici) e lo Spallanzani (che già nel '700 studiava la fecondazione in vitro) e i premi Nobel di Camillo Golgi, Giulio Natta, Carlo Rubbia... Quanti liberi pensatori. A Pavia, Alessandro Volta s'inventò la pila elettrica, Antonio Scarpa iniziò la chirurgia moderna, Forlanini curò la tubercolosi, Dionysios Solomos compose l'inno nazionale greco, Albert Einstein scoprì quant'era importante studiare bene, Carlo Maria Cipolla elaborò le fondamentali leggi della stupidità umana.

E quanta libertà di pensiero. A Pavia sono diventati dottori honoris causa personalità distanti e perfino opposte come Vittorio Emanuele II e Altiero Spinelli, Giorgio Strehler e il cardinal Casaroli, Jacques Le Goff e Samantha Cristoforetti, Moni Ovadia e Paolo Conte.

Dalla cattedra di Pavia son passati il patologo Bizzozzero, che scoprì le piastrine nel sangue, e il genetista Cavalli-Sforza che usava i gruppi sanguigni per studiare le migrazioni dei popoli. Il filosofo Ludovico Geymonat e il filologo Gianfranco Contini. Gli scritti di Maria Corti e di Dante Isella. Ebbe un dottorato pure il supercri-



minale nazista Otto Ohlendorf, l'inventore dei lager mobili, anche se questo nome oggi non è inciso in nessuna lapide.

Ci vogliono «tri pavés par rancaa ona rava», ricordava Alberto Arbasino, che però era di Voghera. Il pavese ha fama di pigrone e ne servirebbero almeno tre, per svellere una rapa dal terreno. Simbolo massimo dell'indecisionismo è la Torre medievale di piazza Duomo, crollata nel 1989. Dopo trentacinque anni, ancora non si sa se ricostruirla, e come.

Pavia non è sempre stata così, per fortuna. E comunque l'Alma Ticinensis Universitas — 30mila studenti, uno ogni tre abitanti — c'entra poco con la città. «Questa università ha una fama mondiale», diceva lo scrittore Mino Milani, «eppure molti pavesi la tollerano a malapena. Ci fanno qualche soldo con le paninoteche, affittano le case. Ma perlopiù ne diffidano...».

Grazie all'università, e senza troppo sforzo, Pavia s'è presa lo scettro di piccola Oxford italiana: oggi ha 130 corsi di laurea, e 22 sono in inglese; collabora con 400 università di tutto il mondo, 700 accordi Erasmus; ha i canottieri che vogano sul Ticino, e che un tempo gareggiavano con gli oxoniani. Soprattutto coltiva un campus british style, il più rinomato sistema italiano di collegi universitari. Le Hogwarts pavesi sono diciotto, pubbliche o private, gratuite o semigratuite, antiche o moderne. Riservate a chi è bravo ma non ha i soldi, a chi ha i soldi ma vive lontano, a chi vuole studiare e basta. Obblighi minimi: la media del 27 e stare a pari con gli esami, talvolta anche qualche regola più sfidante, in ogni caso astenersi perditempo.

Il cinquecentesco Borromeo, un gioiello di sale affrescate e d'orti preziosi e di refettori arredati dai Medici, citato dal Vasari e nei «Promessi sposi». Il rivale Ghislieri, una delle più grandi collezioni librerie d'Europa, 130mila volumi, così elitario che fino a sessant'anni fa era inibito alle studentesse. Il Cairoli, l'unico in Italia «pubblico e di merito», ovvero

aperto sia ai meritevoli che ai meno abbienti. Fu fondato in un monastero settecentesco ed è arricchito d'una preziosa collezione d'arte moderna.

E poi il Castiglioni Brugnatelli, il primo collegio laico femminile d'Italia, il Santa Caterina voluto da Paolo VI, e lo Spallanzani, il Cardano, il Fraccaro, il Nuovo...

Dice Andrea Zatti, professore di scienza delle finanze e rettore del Cairoli, che oggi i collegi pavesi sono una buona risposta alla fuga dei cervelli: «Di più: attraggono i migliori talenti stranieri, che non trovano solo un vitto e un alloggio. L'asiatico e l'americano, ma pure lo studente che viene dal Sud, arriva qui e capisce che anche l'università italiana può offrire grandi opportunità. E magari decide di restare. Qui s'insegna a convivere, a confrontarsi, a incrociare esperienze diverse». Mentre parliamo, il professor Zatti ha appena salutato Ernesto Galli della Loggia, venuto a parlare di democrazie e dittature: «E per una settimana avremo ospite Ezio Mauro, ad approfondire la caduta del fascismo o il caso Navalny. I saloni si riempiono, gli studenti e molti pavesi apprezzano...». Un secolo fa, a un'inaugurazione dell'anno accademico, i goliardi dei collegi misero un cartello ai piedi del Muto dall'Accia al Collo: «Vadite ad superos!», andate in cielo e salvatevi da questa nebbia. Zitto zitto, lui se n'è andato davvero. Loro, no.



## L'Associazione "Amici del San Matteo"

GIUSEPPE DI GIULIO E RENATA CROTTI

L'Associazione "Amici del San Matteo", presieduta dalla Professoressa Renata Crotti, è nata nel 2023 per iniziativa di alcune persone che hanno partecipato nel corso degli anni, a vario titolo, alla vita dell'Ospedale e che ne hanno conosciuto il valore per la comunità.

L'Associazione, in collaborazione con l'Università di Pavia, la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, l'Ordine dei Medici di Pavia e l'Ordine delle professioni infermieristiche, ha organizzato, ultimamente il suo primo incontro pubblico con una relazione del Prof. Maurizio Ferraris, docente di Filosofia Teoretica dell'Università di Torino, dal titolo: "I computer possono curare?" Il Prof. Maurizio Ferraris insegna Filosofia teoretica all'Università di Torino, è presidente del Labont (Center for Ontology) e di "Scienza Nuova", l'istituto di studi avanzati che unisce l'Università e il Politecnico di Torino nella progettazione di un futuro sostenibile. È autore di fortunati programmi televisivi e di libri tradotti in tutto il mondo, ed è, filosoficamente, il padre del Nuovo Realismo.

L'obiettivo dell'Associazione è principalmente quello di far avvicinare l'Ospedale alla sua città quale patrimonio diffuso e partecipativo. Collegato a questo primo assunto, l'Associazione intende porsi quale elemento catalizzatore delle numerose associazioni di volontariato già operanti all'interno del San Matteo attraverso la costituzione di una vera e propria "Rete del Volontariato", con l'obiettivo di proporre un pensiero moderno sull'accoglienza e la cura della popolazione sofferente, collegato allo sviluppo dell'attività di ricerca di cui il San Matteo è da tempo all'avanguardia.

Soprattutto in questi ultimi tempi sono avvenuti significativi cambiamenti nei modi, nelle forme e nelle tecnologie della medicina. Per cui diventa importante che la cultura dell'accoglienza, della cura e del prendersi cura, che da sempre ha caratterizzato l'operato all'interno del San Matteo, si arricchisca di nuove idee e di nuove risorse.

Tra le azioni dell'Associazione figurano anche:

- Attività di accompagnamento dei pazienti alla

prima accoglienza al Pronto Soccorso relazionandosi con i parenti, fornendo loro informazioni utili nel rigoroso rispetto della privacy. Il Progetto è già stato avviato sperimentalmente con la regia della Direzione Medica di Presidio del Sitra e della stessa struttura del pronto soccorso grazie alla disponibilità di molte Associazioni di Volontariato (come il Corpo Italiano Soccorso Ordine di Malta, l'Associazione dei Vigili del Fuoco, dei Finanziari, Biblios e altri volontari singoli).

- sostegno alla ricerca scientifica che, sviluppatasi nel tempo, è oggi all'avanguardia in molti settori e fa dell'IRCCS San Matteo, in convenzione con l'Università e gli altri IRCC della città, un riferimento nazionale e non solo della ricerca biomedica e clinica.

- Sul fronte più propriamente culturale, si vogliono organizzare incontri rivolti alla cittadinanza e agli operatori di settore con il coinvolgimento di esperti sui temi del curare e del prendersi cura.

- Iniziative dedicate alla gloriosa plurisecolare storia del San Matteo. Da questa conoscenza del passato deve nascere una miglior consapevolezza nel progettare il futuro. Questa è solo una estrema sintesi sulle finalità e sull'attività dell'Associazione

Sarà organizzata più avanti una vera e propria presentazione ufficiale che coinvolgerà, oltre allo stesso San Matteo, le istituzioni della città e del territorio, medici, infermieri, studenti universitari e non, la cittadinanza tutta (non solo di Pavia e quanti interessati a conoscere e sostenere la funzione insostituibile di salvaguardia della salute individuale e collettiva che il San Matteo ha svolto in passato, svolge oggi e continuerà a svolgere in futuro.

Il nostro augurio è che l'Associazione contribuisca, al fianco delle Istituzioni, a progettare una sanità migliore per le nuove generazioni.



## L'ANGOLO DEL CUORE

## Un sogno nell'estremo Ponente ligure

DI PAOLO GERACI

Ecco un luogo perfetto per restaurare spirito e corpo. Siamo in provincia di Imperia, in una località termale benedetta da un clima favorevole e da acque straordinarie.

Siamo a Pigna. Castel Vittorio sta di fronte, un po' più in alto. Due campanili e un pugno di case addossate le une all'altre a scosceso sulla valle. Nel fondo tra le due alture le terme, purtroppo dismesse, sul fiume Nervia, che dà nome all'intera vallata.

Su un poggio poco fuori Pigna, raggiungibile da un tornante di strada che parte dalla provinciale, è ospitato un edificio anni Sessanta, un albergo di antico decoro e di vetusta discrezione, nel verde. Tranquillo e quasi assennato. Un po' trasandato, come gli abiti di classe dei signori di un tempo. Non ci sono tracce di nuovo, di rifatto o di parvenu. Un pergolato si affaccia sulla valle cingendo la fascia di terra come un orlo a merletto di una vecchia sottana della nonna. Non grande, ombroso e ventilato. Sotto quell'ombra, in estate, si godono il fresco alcuni tavoli semplici semplicemente apparecchiati per la gioia dei buongustai di passaggio.

Raffinatezza e semplicità nei modi e nella sostanza; garbo ed eleganza. Tovaglia bianca. E basta. I clienti sembrano persone semplici, anche se scodellate da cabrio teutoniche dai mille cilindri (che in questo contesto purificatore sorprendentemente appaiono sobrie ed eleganti), persone che sanno conquistare uno spicchio di gioia con garbo e nonchalance.

Qui, nel 1968, papà Silvio Lanteri aprì il "suo" albergo ristorante, aiutato in cucina dalla moglie Gloria, autodidatta. Cliente fisso di questo Silvio (*omnia munda mundis*), negli anni d'oro, Fausto Bertinotti, villeggiante a Dolceacqua, uomo dal gusto fuori discussione. Oggi le redini sono in mano al figlio Claudio, ironico, rispettoso, curioso e riservato, attento e sollecito, presente ma non ingombrante nel fare la spola silenziosamente tra la casa e la pergola. Lo affianca la sorella (che come ogni donna domina sottotono la scena). Aiutano con destrezza alcuni giovani camerieri.

Le carni vengono da Isolabona e i conigli da Apricale e le verdure soltanto dai contadini. Qui si viene per assag-

giare gli antipasti: i mitici previ (latughe ripiene), i barbagnai (ravioli di zucca fritti), la tometta di capra e il brussu di Pigna (tipico formaggio molle e piccante ricavato dal siero del latte di pecora o capra o dalla ricotta fermentata) con crostini caldi, le verdure ripiene alla ligure (fiori di zucca, peperoni, cipolle, zucchine).



Quindi le paste fresche: i pansotti alla ricotta con salsa di noci e pinoli preparati con ricetta della nonna genovese, i raviolini con u pessigu (che vuol dire "pizzico", dunque tipo plin piemontese ma un po' più grossi) di verdura e carne, le tagliatelle verdi agli spinaci o al ragù di coniglio, il pasticcio di lasagne al forno, la zuppa di maltagliati con i fagioli bianchi di Pigna e il Gran Pistau (minestra di grano e/o farro). Se ci sono, mi sento di consigliare i tortelli ai funghi porcini saltati con funghi, memorabili.

Poi l'agnello da latte alle erbe aromatiche cotto nel forno, le costole (sempre d'agnello) alla griglia o impanate, il coniglio alla ligure con salsa al vino Rossese e olive taggiasche (davvero ben fatto), i bocconcini di cinghiale in salmi e polenta, lo stufato di capra e fagioli bianchi di Pigna. Mi fermo qui perché l'elenco noioso rischia di attenuare la gioia della scoperta. In ogni caso per gli indecisi c'è la possibilità di un cosiddetto menu degustazione.

Qui è il vero lusso. Care amiche e cari amici, andateci finché il tempo lo consente. Un mezzogiorno, direi per chi viene da lontano, ma la sera, prima che tramonti il sole, il pergolato è magico. La meta meriterebbe una due-giorni per la bellezza dei dintorni, di cui non dico. Elogio della sostanza, sebbene qui sia di casa la poesia.

**Ristorante Hotel Terme  
Castel Vittorio (IM)**

Loc. Terme di Pigna - Madonna Assunta  
Tel. 0184241046

# L'ordine di Pavia informa

**Pubblichiamo l'elenco delle nuove iscrizioni, delle cancellazioni e delle iscrizioni deliberate nelle sedute di Consiglio. Pubblichiamo altresì le iscrizioni nell'elenco psicoterapeuti.**

## **ISCRIZIONI ALBO MEDICI EX NOVO**

Balduzzi Carla, Ben Dek Matan, Brizzi Virginia, Calamelli Marina, Farina Silvia, Fiorentino Marcello, Fogliani Alessandro, Franchina Elisabetta, Giliberto Giuliana, Ieremicuc Matei Lucian, Magistrali Giulia, Mancini Lorenzo, Martinotti Davide, Morselli Ilaria, Rognoni Lisa, Rossi Leonardo Giacomo, Semercioglu Feride, Signorelli Luca, Tiglio Celeste Aldana, Triolo Sara, Evren Furkan, Ferro Giulia, Giraudo Martina, Saeediniya Mana, Trabacca Andrea.

## **ISCRIZIONI ALBO MEDICI PER TRASFERIMENTO**

Angelini Alice, Cosentino Giuseppe, Rocchetti Matteo, Strada Ilaria, Fallarino Stefania, Picci Federico, Richiusa Sara.

## **ISCRIZIONI ALBO ODONTOIATRI EX NOVO**

Franceschetti Gian Paolo, Nedelcu Eduard-Andrei.

## **CANCELLAZIONI ALBO MEDICI**

Cattaneo Carlo, Marturano Nicola, Pazzano Mario, Terza Iole, Alpeggiani Giancarlo, D'errico Giovanni, Gola Massimo, Maugeri Umberto.

## **CANCELLAZIONI ALBO MEDICI PER TRASFERIMENTO**

Rai Shubha Kala, Ardizzone Fabio, Curti Serena Maria, Nduaya Bakatupidia, Rosticci Martina, Simonetti Nicola, Troupioti Panajota, Falaschi Francesco, Pellegrino Alessandro, Bayoumi Valentina, Caselli Desiree Linda Isola, Ciappolino Valentina, Cremascoli Sonia, Eposito Cristina, Logiudice Jacopo, Mousavi Sirous, Ruiz Marta, Salmin Elisa Carlotta, Scoppetta Nicola, Strigini Giacomo, Zanotti Stefania Maria Ausilia.

## **CANCELLAZIONI ALBO ODONTOIATRI**

Guaglio Gabriella, Alpeggiani Giancarlo, Rossi Tiziana, Vezzani Giuseppe.

## **CANCELLAZIONI ALBO ODONTOIATRI PER TRASFERIMENTO**

Astolfi Federico.

## **DECESSI – Il Presidente ed il Consiglio dell'Ordine esprimono il loro cordoglio per la scomparsa dei colleghi**

Marturano Nicola, Terza Iole, Alpeggiani Giancarlo, Gola Massimo, Maugeri Umberto.

## L'ORDINE DI PAVIA INFORMA

### Elenco medici disponibili per sostituzioni

Pubblichiamo l'elenco aggiornato (consultabile anche presso gli Uffici dell'Ordine) dei medici disponibili per sostituzioni di Medici di Medicina Generale e di Pediatri di Libera Scelta, allo scopo di favorire l'incontro tra "domanda" e "offerta" di lavoro.

Coloro che fossero interessati ad essere inseriti nell'elenco possono comunicare per iscritto alla Segreteria dell'Ordine i loro dati secondo un modulo prestampato disponibile sia presso gli Uffici dell'Ordine che nel sito internet dell'Ordine stesso. Il modulo prevede, tra l'altro, **il rinnovo per iscritto ogni sei mesi dalla richiesta, pena il decadimento della stessa** e la possibilità di in-

serimento nel sito internet dell'Ordine in un'area accessibile agli iscritti a Pavia tramite username e password. L'elenco presente nel sito è aggiornato periodicamente, come quello disponibile presso gli Uffici dell'Ordine. La decisione del rinnovo ogni sei mesi è stata presa dal Consiglio dell'Ordine in seguito alle numerose segnalazioni di medici relativamente alla difficoltà di reperire un sostituto tra coloro che hanno comunicato la loro disponibilità all'Ordine. Comunque, anche una volta decaduta la domanda, anche se non rinnovata, sarà sempre possibile iscriversi all'elenco nel momento in cui vi fosse ancora la disponibilità alle sostituzioni di Medici di Medicina Generale e di Pediatri di Libera Scelta.

COGNOME E NOME	ORDINE	QUALIFICA	ZONE	TELEFONO	SCADENZA
AMISANO Paolo Secondo	PAVIA	MMG	Pavia e Pavese	330387531	10/12/2024
BALDI Gabriele	PAVIA	MMG - RSA	Pavia e Pavese Vigevano e Lomellina	3355462689	30/10/2024
CASOLO Pietro	MILANO	MMG - RSA	Pavia e Pavese Vigevano e Lomellina	331/1296171	18/06/2024
GILIBERTO Giuliana	PAVIA	MMG - RSA	Pavia e Pavese	389/4426494	08/11/2024
MORSELLI Ilaria	PAVIA	MMG - RSA	Pavia e Pavese	349/6136576	16/10/2024
TAGLIANI Leyla	PAVIA	MMG	Voghera e Oltrepò	3662783872	08/08/2024
TRAVERSI Benedetta	PAVIA	MMG - RSA	Pavia e Pavese Vigevano e Lomellina Voghera e Oltrepò	331/7660956	16/10/2024
TRIOLO Sara	PAVIA	MMG - RSA	Pavia e Pavese	331/7356742	31/11/2024
ZVIELLI Gilad Moshe	PAVIA	MMG - RSA	Pavia e Pavese Vigevano e Lomellina Voghera e Oltrepò	375/6123200	15/11/2024

# NEL RICORDO E NELLA MEMORIA DI TUTTI, SEMPRE



Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri della provincia di Pavia



FEDERAZIONE REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI  
CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA LOMBARDIA

## 20 FEBBRAIO 2024

### GIORNATA NAZIONALE DEI “CAMICI BIANCHI”

Un momento per onorare il lavoro, l'impegno,  
la professionalità e il sacrificio del personale sanitario,  
socio-sanitario, socio-assistenziale e del volontariato nel  
corso della pandemia da coronavirus dell'anno 2020.