

BOLLETTINO NOTIZIARIO

ANNO LIV - N° 9 SETTEMBRE 2023



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

IN QUESTO NUMERO

- **Il medico che viveva per la musica**, Pier Roberto Dal Monte, p. 6
- **Gato maior, l'hommes machines e il ministero alla solitudine**, Francesco Domenico Capizzi, p. 10
- **Il ruolo delle infezioni malariche nello sviluppo antropologico (parte 2)**, Sergio Sabbatani, p. 12
- **Odontoiatria: Autorizzazione Sanitaria e Subentro. Facciamo il punto**, Mauro Venturi, p. 20
- **I medici, tra la Cittadella di Lupo e l'Arabia di Mancini**, Gabriele Bronzetti, p. 22

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





VILLA RANUZZI

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

VILLA SERENA

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



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

CONSORZIATE
E ASSOCIATE CON

CERTIFICATE



UNI EN ISO
9001:2015
REG. N. 8540



BOLLETTINO NOTIZIARIO



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

DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Vittorio Lodi

CAPO REDATTORE

Dott. Paolo Cernuschi

REDAZIONE

Abbati Dott. Pietro
Cupardo Dott. Marco
Giordani Dott. Stefano
Lumia Dott. Salvatore
Manneschi Dott. Valdimaro
Pileri Prof. Stefano
Tonini Dott.ssa Valeria

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

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

Autorizzazione Tribunale di Bologna
n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed
Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:
Renografica - Bologna

Il Bollettino di agosto 2023
è stato consegnato in posta
il giorno 13/09/2023

Direzione, redazione e amministrazione:

via Zaccherini Alvisi, 4 - Bologna

Tel. 051 399745

www.odmbologna.it

SOMMARIO

ANNO LIV - SETTEMBRE 2023 N° 9

ARTICOLI

Ma? • 3

Giornata del medico e dell'odontoiatra • 4

Il medico che viveva per la musica • 6

Cato maior, l'hommes machines" e il ministero alla solitudine • 10

Il ruolo delle infezioni malariche nello sviluppo antropologico
(parte 2) • 12

Odontoiatria: Autorizzazione Sanitaria e Subentro. Facciamo il
punto • 20

I medici, tra la Cittadella di Lupo e l'Arabia di Mancini • 22

Legittimità delle vaccinazioni tra Scienza e diritti costituzionali -
Sentenza Corte Costituzionale 15/2023 (parte 3) • 24

NOTIZIE • 29

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • 29

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • 29

CONVEGNI E CONGRESSI • 30

PICCOLI ANNUNCI • 32

In copertina:

La malade(1923)
Roger de La Fresnaye
Centre Pompidou, Paris

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

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente

Dott. BAGNOLI LUIGI

Vice Presidente

Dott. PIZZA GIANCARLO

Segretario

Dott.ssa ARCIERI MARGHERITA

Tesoriere

Dott. LODI VITTORIO

Consiglieri Medici

Dott. BONVICINI ANDREA

Dott. CUPARDO MARCO

Dott.ssa ESQUILINI ANNA

Prof. LIGUORI ROCCO

Dott. LUMIA SALVATORE

Dott. MASOTTI MASSIMO

Dott.ssa PIRAZZOLI ALESSANDRA

Prof. PRATI CARLO

Dott.ssa SCHLICH GIULIANA

Prof. TREVISANI FRANCO

Prof. ZAFFAGNINI STEFANO

Consiglieri Odontoiatri

Dott. BONDI CORRADO

Dott. RUBINI GIOVANNI

Commissione Albo Medici

Presidente:

Dott. LUMIA SALVATORE

Vice Presidente:

Dott. CUPARDO MARCO

Segretario:

Dott.ssa ARCIERI MARGHERITA

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente:

Dott. CORRADO BONDI

Vice Presidente:

Dott. RUBINI GIOVANNI

Segretario:

Dott. AVANZINI GIAMPAOLO

Componenti:

Dott. CICOGNANI SIMONCINI FRANCESCO

Dott. MEDI MASSIMILIANO

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente:

Dott.ssa ELISA FABBRI

Componenti:

Dott. ABBATE GUIDO GIUSEPPE

Dott. GIORDANI STEFANO

Supplente:

Dott. ZATI ALESSANDRO

Ma?

Vittorio Lodi

Come ormai da cinque anni, il 17 settembre si è celebrato il World Patient Safety Day – Giornata mondiale della sicurezza del paziente – promosso dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Scopo della giornata è quello di esortare tutti i Paesi a sostenere l’attenzione e l’informazione sul tema della sicurezza delle cure e della persona assistita.

Il tema proposto dall’OMS per la Quinta Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita è “Engaging patients for patient safety” che sottolinea l’importanza del coinvolgimento attivo dei pazienti, dei familiari e della comunità nella sicurezza dell’assistenza. Negli stessi giorni su un quotidiano nazionale usciva un articolo con il seguente titolo “Salute pubblica, chiamiamola privatocrazia sanitaria: oggi almeno il 60% dei fondi pubblici finisce in mano ai privati”.

L’articolo (allarmante o disarmante?) riporta come di questo 60% di fondi pubblici che finisce in mano ai privati, la maggior parte sia relativa all’acquisto di servizi medici e farmacologici, inoltre oltre il 50% delle istituzioni sanitarie che si occupano di malattie croniche risultano di privati, così come l’80% e più delle strutture di assistenza sanitaria residenziale.

L’Osservatorio GIMBE ha riportato come vi siano oltre 12 miliardi di sprechi e inefficienze conseguenti ad uno scorretto utilizzo dei servizi sanitari e con crescenti diseguaglianze di accesso ai servizi sanitari tra regioni e tra aree, urbane e rurali, di una stessa regione. A questo proposito l’articolo prima citato evidenzia come la regionalizzazione dei servizi sanitari sia risultata uno dei fattori principali nella difficoltosa risposta italiana alla pandemia da SARS-CoV-2 e ricorda come il primo rapporto OMS sull’impatto del nuovo coronavirus in Italia, del 13 maggio 2020, sottolineasse proprio la fragilità strutturale conseguente alla regionalizzazione della sanità. L’articolo ci ricorda anche come questo primo rapporto sia stato eliminato dal sito OMS nel giro di 24 ore.

Nell’articolo sopra ricordato si cita il libro “Privatocrazia. Perché privatizzare è un rischio per lo Stato democratico” (Chiara Cordelli, ed. Mondadori 2022). Chiara Cordelli è professoressa associata presso il Dipartimento di Scienze politiche dell’Università di Chicago. La professoressa evidenzia con grande chiarezza come la tendenza a privatizzare metta a rischio la legittimità dello Stato democratico stesso, compromettendo la ragione fondamentale per la quale esso esiste. Il libro mostra come la privatizzazione sia ormai un fenomeno di scala globale sempre più incalzante. I governi di tutto il mondo e di tutti i colori hanno promesso una maggiore efficienza con l’affidamento a società private della fornitura di beni pubblici, quali la sanità, l’istruzione e i trasporti. Ma la professoressa ci dimostra come la pandemia COVID-19 abbia mostrato i limiti e spesso la falsità di questa promessa, evidenziando l’inefficienza e l’ingiustizia di molti sistemi privatizzati. In Italia i limiti della privatizzazione della sanità sono emersi in modo eclatante.

Governi di ogni colore, nazionali e regionali, spingono verso la privatizzazione suggerendo che questa sia la strada per risolvere la cronica mancanza di finanziamento alla sanità pubblica, dimenticando o non sapendo affrontare, la mancanza di programmazione, di “vision e mission” e non riuscendo a coinvolgere la società civile in un dialogo costruttivo. Ciò ha portato profitto ma solo alla sanità privata.

Nessuna lotta alla sanità privata ma sì alla collaborazione e non alla cessione della sanità pubblica.

L’Idolo disse: - Io penso
che in tutte quele nuvole d’incenso
c’è una prova d’amore e de fiducia;
ma in quanti casi, l’Omo che l’abbrucia,
m’affumica l’artare
pe’ nun famme vedé le cose chiare!

L’Idolo - Trilussa, «Aqua e vino Ommini e bestie Libro muto», Mondadori

Giornata del Medico e dell'Odontoiatra

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna in onore dei colleghi che hanno compiuto, nel 2023, il cinquantesimo e il sessantesimo di laurea, ha organizzato una cerimonia **domenica 26 novembre 2023 alle ore 10.00** presso il SAVOIA HOTEL REGENCY, Via del Pilastro, 2 – Bologna.

I Medici che hanno compiuto nel 2023 il 50° anno di Laurea verranno insigniti della Medaglia di Benemerenzza e consegnata una Pergamena per i Medici che compiono il 60° di Laurea. Seguirà la pronuncia del Giuramento Professionale da parte dei Colleghi neo iscritti all'Ordine anno 2023.

ELENCO PREMIATI 50° DI LAUREA

1. ASTORRI DOTT.SSA MARIA BIANCA
2. BACCI DOTT.SSA MARIELLA
3. BALDINI DOTT. GIOVANNI
4. BARATTA PROF. LUIGI
5. BARGOSSÌ DOTT. ALBERTO
6. BARTALENA DOTT. DARIO
7. BASSI DOTT. FRANCESCO
8. BELISARIO DOTT.SSA ADELE
9. BENERICETTI DOTT. EUGENIO
10. BIOCCA DOTT. MARCO
11. BLOTTA DOTT.SSA ANNABELLA
12. BONECCHI DOTT. MASSIMO
13. BONETTI DOTT. MASSIMO
14. BONVICINI DOTT.SSA FIORENZA
15. BREGA DOTT. GIUSEPPE
16. BRICCOLI DOTT. ANTONIO
17. BRUNELLI DOTT.SSA ANNA
18. BURCI DOTT. PAOLO
19. BUSSOLARI DOTT. ANDREA
20. CADEDDU DOTT.SSA ROSA MARIA
21. CAIVANO DOTT. ANTONIO
22. CALICETI DOTT. MARIO
23. CAMPIONE PROF. FRANCESCO
24. CANDI DOTT. PAOLO
25. CANTELLI DOTT. IVANO
26. CAPUCCI PROF. ALESSANDRO
27. CARBONI DOTT. GIAMPAOLO
28. CARMENTANO DOTT. PASQUALE
29. CASARINI DOTT. PIERO
30. CATALANO DOTT. PIER FRANCO
31. CHECCHI PROF. LUIGI
32. CHIARINI DOTT. VALERIO
33. COSTA DOTT. AUGUSTO
34. CURTI DOTT. ANTONIO
35. DALLA VALLE DOTT. ITALO
36. DALLARI DOTT.SSA GIOVANNA VITTORIA
37. DE BENEDITTISS DOTT.SSA MARIA
38. DE GIORGI DOTT. MARCO
39. DE MARTINO DOTT. EUGENIO
40. DI BATTISTA DOTT. NICOLA
41. DOZZA DOTT. FRANCO
42. EMILIANI DOTT.SSA ELEONORA
43. FAENZA PROF. STEFANO
44. FARNETI DOTT. PIERO
45. FERRARESI DOTT.SSA ROSALIA
46. FERRARI DOTT.SSA MARIA PIA
47. FERRERIO DOTT. GIUSEPPE
48. FERRONI DOTT. FABRIZIO
49. FESTI PROF. DAVIDE
50. FIACCHINI DOTT. MAURO
51. FILIPPI DOTT. MICHELE
52. FIORI DOTT. LAMBERTO
53. FRABETTI DOTT. LORENZO
54. FRANZONI PROF. EMILIO
55. FRONDINI DOTT. CARLO

56. FUSETTI DOTT.SSA VITTORINA
57. GAGGIOLI DOTT. GIORGIO
58. GANDOLFI COLLEONI DOTT. GIULIO
59. GARDINI DOTT. GIORGIO
60. GIARDINA PAPA DOTT. GIUSEPPE TINDARO
61. GINEVRA DOTT. ANTONIO
62. GRAMMATICO DOTT. ANTONINO
63. GRANDI DOTT. PAOLO
64. GRECO DOTT. NATALE
65. KATSINAS DOTT. COSTANTINO
66. KRAJNOVIC DOTT.SSA ANKA
67. LAPILLI PROF. ASPERO
68. LAZZARONI DOTT. FRANCO
69. LEONE DOTT.SSA ANGELINA
70. LITTERA DOTT. ERNESTO
71. LOMUSCIO DOTT. FRANCESCO
72. MACCOLINI DOTT. ENRICO
73. MALAGOLA DOTT. CLAUDIO
74. MALISZEWSKA DOTT.SSA HALINA
75. MANCUSO DOTT. ANTONINO
76. MANOPULO DOTT. ROBERTO
77. MARCHESINI DOTT. ANDREA
78. MARCHESINI REGGIANI PROF. GIULIO
79. MARCHETTI DOTT.SSA DANIELA
80. MARTUCCI DOTT. ERMANNO
81. MASSARENTI DOTT. MARIO
82. MAZZETTI DOTT.SSA MARIA ROSA
83. MELLONI DOTT. CLAUDIO
84. MIGNANI DOTT. MARCO
85. MINELLI DOTT. PAOLO
86. MORRONE PROF. GIANFRANCO
87. NARDI DOTT. ROBERTO
88. NIEDDU DOTT. AUGUSTO
89. ODORICI DOTT. ORESTE
90. PARLAPIANO DOTT. MARIO NICOLA
91. PECORARO DOTT. FRANCESCO
92. PEDRINI DOTT. ORESTE
93. PEROZZI DOTT. IPPOLITO
94. PICCHIONI DOTT. PAOLO
95. PICCINNI LEOPARDI DOTT. GIUSEPPE
96. PIERFEDERICI DOTT. ANDREA
97. PIRAZZOLI DOTT. GIOVANNI
98. PORTINCASA DOTT. GIUSEPPE
99. RAVAIOLI DOTT.SSA RITA
100. REBOA DOTT.SSA GABRIELLA
101. REGGIANI DOTT. MAURIZIO
102. ROSSI DOTT. ANGELO
103. ROSSI PROF. NICOLINO
104. RUBBINI DOTT. LELIO
105. SACCO DOTT. GAETANO
106. SAMA PROF.SSA CLAUDIA
107. SANTI DOTT. MARZIO
108. SARTI DOTT.SSA LUCIA
109. SARTI DOTT. MICHELE ARCANGELO
110. SCAGLIARINI DOTT. GUIDO
111. SCANABISSI DOTT.SSA GRAZIA

112. SCIUTTI DOTT.SSA RITA
113. SERGI DOTT. PINO
114. SISMO DOTT. PIETRO
115. SOLI DOTT. MARCELLO
116. SPARTA' DOTT. SALVATORE
117. SPECCHIA DOTT. SALVATORE
118. SPONGANO DOTT. PAOLO
119. TADDIA DOTT. EUGENIO
120. TARQUINII DOTT. MARIO
121. TASSI DOTT.SSA TIZIANA
122. TASSONE DOTT. PASQUALE
123. TEBALDI DOTT. NINO
124. TINTI DOTT.SSA MARIA MADDALENA
125. TOMASINI DOTT. CARLO
126. TORRESANI DOTT.SSA CLAUDIA
127. TORRI DOTT. RENZO
128. USSIA DOTT. GIOVANNI
129. VECCHI DOTT. ROBERTO
130. VENTRE DOTT. MICHELE
131. VENTRUCCI DOTT. MAURIZIO
132. VERONESI DOTT. ANTONIO
133. VIGNOLI DOTT. GIORGIO
134. VIVOLI DOTT. MAURO
135. ZINGONI DOTT. STEFANO
136. ZOMPATORI PROF. MAURIZIO

ELENCO PREMIATI 60° DI LAUREA

1. ALESSI DOTT. ALESSIO
2. BARBANTI BRODANO DOTT. GIUSEPPE
3. BIANCHI DOTT. EZIO
4. BRANDOLIN DOTT. PAOLO
5. CESARI DOTT.SSA LIA
6. CORONA DOTT. BORTOLO GIOVANNI
7. FERRARI DOTT. GIUSEPPE
8. FINI DOTT.SSA ANNA MARIA
9. FRIZZIERO PROF. LUIGI GOVONI DOTT. MAURIZIO
10. KINDT DOTT. GIUSEPPE
11. LELLI DOTT.SSA ANNA
12. LENA DOTT. CESARE
13. MAGISTRETTI DOTT. MARCO
14. MARTINELLI PROF. GERARDO
15. MARZOT PROF. GABRIELE
16. MORSELLI DOTT. VITTORIO
17. NAVALESI DOTT. GIAMMAURO
18. NOVELLO PAGLIANTI DOTT. FRANCESCO
19. PALERMO DOTT. LUIGI
20. PELUSI PROF. GIUSEPPE
21. PENSABENI DOTT. LUCIANO
22. POPPI DOTT. MASSIMO
23. POPPI DOTT. VITTORIO
24. RAFFI PROF. GIOVANNI BATTISTA
25. RUGGERI PROF. ALESSANDRO
26. SASSI DOTT. GIUSEPPE
27. TAMPIERI DOTT.SSA MARTA
28. ZANONI DOTT. ANTONIO



Certificato



UNI EN ISO 9001:2015
REG. N. 8540

SANTA VIOLA PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO

Ricoveri privati tempestivi
senza lista d'attesa

L'Ospedale Santa Viola
è consorziato e associato con:



Ricoveri ospedalieri

Post acuzie



Riabilitazione



Pazienti affetti
da disturbi della
coscienza



Ricerca
e formazione



SANTA VIOLA
Presidio Ospedaliero
Accreditato

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

Seguici su facebook



Autor. Sanitaria N. PG 196321 del 14.05.2018

Direttore Sanitario
Dott. Vincenzo Pedone

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

Aleksandr Porfir'evich Borodin e le danze polivesiane: una vita parallela

Il medico che viveva per la musica

Pier Roberto Dal Monte

Pubblichiamo molto volentieri questo ritratto di Aleksandr Porfir'evich Borodin, scritto con la solita accuratezza e piacevolezza dal Collega Pier Roberto Dal Monte.

Aleksandr Porfir'evich Borodin (1833 - 1887) noto come eccellente musicista ma altrettanto eccellente nell'arte medica, con particolare interesse per la chimica organica. Potrebbe, forse, sembrare il momento meno adatto per pubblicare un articolo che celebra un figlio della Russia, Paese oggi aggressore e causa di una guerra che ha già provocato tantissime vittime. Ma qui noi celebriamo l'uomo, l'artista, Medico e Musicista che come tale è cittadino del mondo e che per scelta di professione e di artista ha lavorato a favore degli altri.

Sommario

La musica è l'arte che maggiormente può stimolare il proprio senso estetico e con esso la gioia che ne promana, quando senti che un qualsiasi brano classico o leggero ti eleva lo spirito e vaghi con le note per terreni immateriali di pura gioia, se non di felicità anche fugace.

Per questa sua influenza a creare benessere psichico, spesso è invocata o ascoltata per sollevare psicologicamente lo spirito, quando questi è abbattuto ed è pervaso dalle ombre tetre della malinconia o sia imprigionato in altre sofferenze spirituali o addirittura cerebrali, tale che, passando nella nostra professione, la musica è divenuto anche un mezzo terapeutico dolce che si connota praticamente nella specialità o insegnamento di Musicoterapia. E non solo, ma, come è noto, è anche praticata con soddisfazione da affermati e sensibili Colleghi medici i quali, spesso, nel contempo sono non solo amatori, ma anche compositori. Tra questi abbiamo voluto ricordare Aleksandr Porfir'evich Borodin che, eminente e innovatore Medico in quanto Professore di Chimica/biochimica alla Facoltà di Medicina a Mosca, si è dedicato genialmente alla musica classica, divenendo uno dei fondatori della musica russa dell'Ottocento; noto tra l'altro per la grande opera il **Principe Igor**, nella quale opera si trovano le antiche Danze poliviseniane, che,

assai piacevoli, se non entusiasmanti, sono state rielaborate con successo anche da alcuni compositori moderni, non da ultimo nell'aria della famosa canzone "Strange in Paradise" ed alcuni Musicals.

*la fera voglia che per mio mal crebbe,
perché cantando il duol si disacerba,
canterò com'io vissi in libertade,
mentre Amor nel mio albergo a sdegno s'ebbe.*

F. Petrarca, Canzoniere, Canto 23

Casella mio (...)

*Se nuova legge non ti toglie
memoria o uso a l'amoroso canto
che mi solea quetar tutte mie doglie,
di ciò ti piaccia consolare alquanto
l'anima mia.*

"Amor che ne la mente (...)"

Dante, Purgatorio, Canto II 106-111

*"Canta che ti passa", buon consiglio che un fante aveva
graffiato nella parete della dolina/
trincea durante la la. G.M.*

Piero Jahier, "Canti del soldato", 1919.

Premessa: sulla musicoterapia. Parlando di Alexander Borodin medico/biologo dobbiamo riflettere sul fatto che stiamo ricordando forse uno dei più importanti rappresentante del rapporto che può esistere tra *Professione medica e musica* e non per parlare solo di una passione (o un hobby), poiché, come si sa, molti medici amano e coltivano la musica, ma di un vero compositore che si è diviso tra medicina-biochimica e musica. Questo ci induce anche ad alcune brevi riflessioni sull'importante rapporto che è sempre esistito in fondo tra le due arti, quella medica (se ancora così va considerata) e quella musicale nel lungo percorso dell'umanità e, probabilmente, sino dalla memoria dei tempi attraverso le varie epoche storiche per giungere ai nostri tempi. La musica, avendo quasi sempre allietato lo spirito

umano o quanto meno sia stata usata spesso per scaricare le tensioni, anche dolorose, può essere considerata per questa sua caratteristica per i suoi molti effetti, se non una medicina almeno un peculiare panacea. Indipendentemente dalle varie forme che nei secoli ha assunto o è stata espressa e raggiunto. La musica, connaturata con le sue regole melodiche sempre più nel linguaggio della natura umana, ha contribuito grandemente ad elevare il senso estetico dell'umanità, a crearne la socialità, sollevarne il proprio benessere e ad identificarsi, quando utilizzata per scopi bassamente popolari-politici, persino con un mezzo per conseguire una vera felicità.

Per questo non pare singolare che la musica per il suo effetto psicologico, con le sue diverse caratteristiche espressive, abbia trovato anche nella pratica medica un suo ruolo specifico di tipo curativo e quindi terapeutico ormai bene consolidato, clinicamente dimostrato, il quale oggi si esprime nel termine significativamente specialistico di "musicoterapia", un termine che per quanto piuttosto lato comprende una vasta gamma di esperienze ed applicazioni della musica, sia colta che d'intrattenimento, in vari settori: quali specificatamente il clinico-psichiatrico, il psicoanalitico, il pedagogico e sociale, trovando il loro impiego anche in ambito istituzionale ambulatoriale ed ospedaliero e non solo in varie forme di neurosi e psicosi, ma anche in diverse forme di 'handicap' e non sempre di tipo motorio. Anche per questa ormai acclarata evidenza della sua azione ha fatto sì che in fondo consciamente o inconsciamente, come ogni essere vivente, molti medici amino la musica, ma anche che alcuni di essi, seguendo spesso le tradizioni familiari, diventino creatori o meglio compositori, e non è detto che si associ alla propria passione artistica anche l'inconscio scopo di un migliore approccio alla professione, suscitando nei loro pazienti, oltre che il piacere artistico e incamerando una migliore predisposizione a curare le varie problematiche psicologiche, specie quando ci si trovi in situazioni di depressione ed ansia o problematiche riguardo ad esempio il sonno.

Per questo riteniamo che il rapporto tra musica e medicina vada ricercato ed esemplarmente utilizzato, rievocando chi ha – pur esercitando attivamente la professione – coltivato ai massimi livelli la sua espressività musicale, come è occorso

esemplarmente al grande medico/biochimico ricercatore e musicista il professor Aleksandr Borodin che qui ci accingiamo a ricordare.



“Per i miei amici la musica è la loro principale occupazione, il loro lavoro e lo scopo della loro vita. Per me è un riposo, un passatempo che mi distrae dalla mia attività principale, l'insegnamento. Io amo la mia professione e la mia scienza. Amo l'Accademia e i miei allievi. Se da una lato io vorrei dedicarmi alla musica, dall'altro temo di farlo troppo assiduamente e di trascurare gli impegni scientifici”. A.P. Borodin.

Borodin nacque a San Pietroburgo il 12 novembre 1833, figlio illegittimo del principe Georgiano Gedianov e della giovane Konstantinovna Antonova, che non sposò, ma che andò poi sposa ad un anziano medico militare. Ricevette il cognome Borodin e il patronimico Porfir'evich da un valletto del padre, di nome Borodin. La moglie, Tatiana Borodina, venne così indicata nel registro anagrafico come madre di Aleksandr, che non venne mai riconosciuto dai genitori naturali e che si riferì a sua madre come alla sua “zietta”, per tutta la vita.

Poco più che decenne, insieme ad una notevole predisposizione per la musica, inizia ad interessarsi alla chimica, realizzando nell'appartamento della “zietta” un piccolo laboratorio. A partire dal 1850, Borodin si iscrisse all'Accademia Medico-Chirurgica di Pietroburgo dove, sotto la guida di Nikolai Zinin, preparando la tesi realizzò le sue prime ricerche in campo chimico e biochimico. Zinin, professore di Chimica di vasta fama per gli studi realizzati sulla sintesi dell'anilina, considerava Borodin il suo studente favorito e quasi un figlio “elettivo”, a cui affidare la continuità della propria missione scientifica.

Il 15 Maggio 1858, Borodin discusse la tesi “Sull'analogia del comportamento chimico e

tossicologico dell'acido arsenico e dell'acido fosforico sull'organismo umano". Tesi che, oltre per la rilevanza scientifica, merita la segnalazione per essere la prima tesi nella storia dell'Accademia, scritta e discussa in lingua russa anziché in latino. Con tale atto Borodin divenne ufficialmente medico, professione che in realtà praticamente esercitò praticamente solo per qualche tempo, quando dopo la laurea divenne interno presso l'Ospedale Militare di Fanteria, in qualità di Medico-assistente; durante questo periodo incontrò per la prima volta il compositore Modest Musorgskij che aveva l'incarico di ufficiale di guardia e con l'occasione, discutendo di musica, diventarono amici.

Durante gli anni di servizio presso l'ospedale, Borodin condusse le sue prime ricerche in campo chimico, i cui risultati furono enunciati durante la seduta del Reparto Fisico-matematico presso l'accademia Russa delle Scienze. Nel 1857 Borodin compì il suo primo viaggio all'estero: si trattò di una trasferta in qualità di medico, come accompagnatore dell'oculista di corte Ivan Kabat, al Congresso internazionale di Oftalmologia tenutosi a Bruxelles.

Nell'ottobre del 1859 Borodin fu inviato dall'Accademia Medico-Chirurgica per perfezionamento per un periodo di 4 anni in varie nazioni europee ove frequentò prestigiosi Istituti di chimica normale e biologica. Tali soggiorni erano propedeutici alla nomina di Associato alla cattedra di Chimica. Soggiornò in Germania ed in Italia in particolare a Pisa, ove, oltre a collaborare con il famoso Professor Stanislao Cannizzaro, ebbe l'opportunità di lavorare a Pisa nel laboratorio di Sebastiano De Luca e Paolo Tassinari, fondatori della scuola di **Chimica organica** in Italia; quivi sviluppò un metodo per misurare l'azoto ureico urinario, pubblicando insieme ad altri scienziati italiani alcuni articoli comparsi nella rivista il «Nuovo Cimento». Ritornato a San Pietroburgo nel 1862, fu nominato professore a contratto e nel 1864 professore ordinario all'Accademia di Medicina.

Oltre che collaboratore del grande chimico russo Nikolaj Zinin collaborò con l'inventore della tavola periodica degli elementi Dmitrij Mendeleev, ma lo stesso Zinin era terribilmente irritato dal fatto che Borodin fosse tanto appassionato di musica. Ripetendo all'allievo: "Sasha, lasci perdere quelle sue romanze e si dedichi alle cose serie". Eppure, riuscì a mantenersi grande tra la

scienza e la musica, lavorando per il resto della sua vita su diversi progetti di chimica e, fra questi, si sostiene che inventasse anche la *formula del pane nero di segala* chiamato anche 'pane Borodin'. Amava insegnare agli studenti di medicina, a volte passare tutto il giorno con loro e, sempre pronto a rispondere alle domande, era molto apprezzato dagli studenti tra cui anche alcune di sesso femminile, poiché, sostenitore di cause liberali, contribuì in maniera determinante alla nascita della Scuola di medicina per donne di San Pietroburgo, dove svolse l'attività di insegnamento per 15 anni, malgrado vari ostacoli politici.

Per ciò che riguarda la sua occupazione 'secondaria' di **compositore** è noto per essere stato uno dei creatori della scuola musicale Russa, soprattutto facendo parte dell'élite musicale moscovita e incluso del famoso gruppo dei 'Cinque' grandi compositori: Rimskij-Korsakov, Kjuj, Musorgskij, Balakirev e Lui.

Avendo iniziato a comporre all'età di nove anni, ha scritto un concerto a tredici, e più tardi sinfonie e musica da camera. Una volta affermò di poter comporre solo quando non stava abbastanza bene per tenere le sue lezioni, così che i suoi amici gli auguravano ironicamente 'cattiva salute'. Il suo amico Modest Musorgsky lo presentò a Milji Balakirev, che divenne il suo tutore musicale per tutta la vita e sotto la cui guida compose la sua



Figura 1. Monumento Funebre di Borodin con citazioni musicali, formule chimiche e testi scientifici.



Figura 2. Danza polivesiana.

prima sinfonia nel 1869 e la sua seconda nel 1877. Nel 1869 iniziò a lavorare sull'opera *Il Principe Igor*. Nel 1882 compose il famoso poema sinfonico *Nelle steppe dell'Asia centrale*. Nel 1882 iniziò una terza sinfonia, ma la lasciò incompiuta alla sua morte a soli due movimenti. Notevole è anche il Quartetto per archi n. 2 in re maggiore che portò a fondare con il suo nome il Moderno Quartetto Borodin. Alexander Borodin tuttavia è soprattutto ricordato per la sua opera maggiore, il *Principe Igor*, che racconta la storia del principe di Kiev, Igor Svyatoslavich, che combatte contro i Cumani - Kipchak o **Polovtsians**. Lavorò all'opera per diciassette anni e la lasciò incompiuta perché, nel 1887, mentre assisteva a un ballo in costume, fu colpito da infarto morendo improvvisamente. L'opera fu completata da Rimskij-Korsakoff e dal suo allievo Glazunov. Ha ricevuto la sua prima esecuzione tre anni dopo la morte del compositore.

Contiene le Danze Polovesiane, ora spesso eseguite da sole e probabilmente la sua composizione più conosciuta, avendo fornito in epoca moderna la melodia per la popolare canzone, *Stranger in Paradise* e per il Musical *Kismet* di Autori americani, ispirato a *Le mille e una notte* e che ebbe un grande successo con le musiche adattate appunto di Borodin. Fu sepolto nel monastero di Alexandr Nevsky a San Pietroburgo, al fianco di Modest Petrovich Musorgskij, morto prematuramente alcuni anni prima (1881). Sopra il suo se-

polcro, nel 1889, venne eretto un monumento su iniziativa dei suoi amici ed ammiratori, in cui sono riprodotte delle formule chimiche e dei temi melodici, a simboleggiare le due grandi espressioni creative nella vita di Borodin.

La figura di Borodin resta comunque esemplare dal punto di vista dell'impegno e del rigore scientifico, tanto più quando si valuti parallelamente l'impegno profuso nel ruolo di insegnante, divulgatore della nuova scienza biochimica, ma soprattutto anche di artista creativo con melodie che certo allietarono e allietarono ancora gli amatori della musica, e come essa, connaturandosi all'attività professionale e artistica, sia di stimolo allo spirito di alcuni potenziali imitatori dalla duplice carriera o arte: la 'medica' e la musicale.

Note bibliografiche.

Naturalmente oltre le innumerevoli segnalazioni bibliografiche che si riscontrano in Rete su YouTube sono 'ascoltabili' tutte le su opere musicali e due ottime edizioni recenti del Principe Igor, oltre che naturalmente in vendita come CD.

Abbiati F. Storia della Musica. Vol. III l'Ottocento. Garzanti Editore 1967.

Storia dell'Opera. Volume II. L'opera in Europa e nelle Americhe. L'epopea di Borodin. Pag 214-222. Utet Ed. 1977

Dianin Sergej Aleksandrovic- Aleksandr Porfir' evic Borodin - Biografia. Tutti gli scritti musicali, le lettere e i saggi scientifici del compositore. Edizioni Scientifiche Italiane. "Quaderni de «La Musica e la Danza»" 1994

Davies Peter J. Alexander Porfir'yevich Borodin (1833 -1887): Composer, Chemist, Physician and Social Reformer *Journal of Medical Biography* Krap/ry1995; 3: 207-217

<https://www.semanticscholar.org/paper/>

An-Apparent-Conflict-between-Art-and-Science%3A-The-Kauffman-Bumpass/cdec86c1fbad8605a4520250c7c-77c5e8a5da26

Marco Ciardi* San Pietroburgo, Karlsruhe, Pisa: Aleksandr Porfirievic' Borodin e la chimica italiana nell'età del Risorgimento** St. Petersburg, Karlsruhe, Pisa: A. P. Borodin and Italian chemistry in the Risorgimento * Relazione presentata al X Convegno Nazionale di «Storia e Fondamenti della Chimica» (Pavia, 22-25 ottobre 2003)

Ian D. Rae (1980) *The Research in Organic Chemistry of Aleksandr Borodin (1833-1887)*, *Ambix*, 36:3, 121-137, DOI: 10.1179/amb.1980.36.3.121

Ultima pubblicazione di Borodin è stata relativa al metodo azotometrico per la misurazione dell'urea. Uprosenjnyj azometričeskij spozob opredelenija azota v primenenii k kliničeskomu opredeleniju matamorfozy azotistyh vesestv v organizme s sovremennoj točki zrenija (Metodo azotometrico semplificato di determinazione clinica della metamorfosi delle sostanze azotate nell'organismo da un punto di vista moderno). *Military Medical Journal*, San Pietroburgo, 155, (1886), 5-38. Metodo che sottoposto a successivi miglioramenti, trovò effettiva applicazione in clinica.

Due Pubblicazioni di ricerche fatte in Italia. Borodin. "Fatti per servire alla storia de' fluoruri" *Il Nuovo Cimento*, 15, (1862), 305-307 / Borodin. "Sull'azione dello zincoetilene sul cloriodoformio." *Il Nuovo Cimento*, 15, (1862), 431-3.

Cato maior, l'hommes machines e il ministero alla solitudine

Francesco Domenico Capizzi *

“Ogni periodo di vita possiede un suo proprio carattere: la delicatezza dei fanciulli, la baldanza dei giovani, la serietà dell'età adulta e la sapienza della anzianità e della vecchiezza che portano un loro frutto naturale che, nel loro tempo, va raccolto” (N. Flocchini, *Cato maior: de senectute*, Mursia 2015). La testimonianza di Cicerone su Marco Porcio Catone ottantacinquenne rivela la scansione della sua vita di vegliardo assimilabile a quella dei tanti di ogni epoca: da giovane “censore”, da adulto “sapiente”, da anziano “antico e vecchio” ben consapevole che “opporsi alla natura è come combattere gli dei nelle vesti dei titani... la smemoratezza, tipica dell'età avanzata, è maggiore in chi non si dedica a una qualche operosa attività”. Nessuna traccia di compatimento, anzi la constatazione benevola delle varie fasi della sua lunga vita fino a prospettare un ruolo attivo nell'età attempata. Al contrario, l'odierno ageismo, moda minoritaria ma in ascesa, intenderebbe discriminare sulla base dell'età: colpisce quasi un europeo su tre al di sopra dei 60 anni, ben constatabile nel corso della pandemia, tanto che la **Società Francese di Geriatria e Gerontologia** (SEGG) e le Società omologhe europee, americane ed asiatiche hanno lanciato un allarme promuovendo “#OldLivesMatter” per sensibilizzare cittadini ed Istituzioni trascorsi due decenni dalla promulgazione dell'art. 25 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea che riconosce “il diritto degli anziani a condurre una vita dignitosa e indipendente e a partecipare alla vita sociale e culturale”. Catone e Cicerone continuano ad ispirare una “qualche operosa attività” e l'abbattimento di ogni pregiudizio? Nel 2050 gli ultrasessantenni assommeranno ad oltre due miliardi nel Mondo, in Italia raggiungeranno i 20 milioni con oltre 1/3 di

ultrasessantacinquenni e 1/5 di ultraottantacinquenni a fronte di una riduzione numerica della popolazione di almeno 2 milioni e mezzo.

I problemi che le previsioni pongono devono articolarsi in un quadro prospettico di sostenibilità strutturale per l'intero Paese (dati ISTAT 2019):

- già oggi tre lavoratori supportano lo Stato sociale di un pensionato, nel prossimo futuro saranno in due a sostenerlo;
- una popolazione attempata risulta anche essere più malata a causa di un graduale declino fisico e a una accresciuta vulnerabilità per gli effetti negativi sulla idoneità a nutrirsi, deglutire, mantenere un corretto apporto dietetico, sulle capacità di parlare, sorridere e restare in relazione con altre persone;
- circa la metà degli anziani soffre già di patologie gengivali e della sindrome delle fauci secche, non possiede la dentizione ritenuta appena sufficiente che è di almeno venti denti, subisce l'incremento e l'accumulo di patologie cronico-degenerative quali ipertensione arteriosa, malattie cardio-vascolari e respiratorie, diabete, obesità, neoplasie, deficit cognitivi, senza contare gli effetti della solitudine e non autosufficienza, ecc. con relativi incrementi esponenziali di necessità assistenziali di diagnosi e cura;
- bisognerà rispondere, iniziando fin da subito, a ricercare soluzioni adeguate economico-organizzativo-strutturali. Oltretutto gran parte degli anni di vita acquisiti dopo gli ottantacinque, persistendo l'attuale situazione, rischiano di essere impegnati a combattere contro più comorbilità;
- è chiaro che, per il numero e la qualità dei potenziali cittadini-utenti-pazienti-malati-clienti non è neppure pensabile gravare troppo sugli attuali Presidi ospedalieri, po-

liambulatori, medicina territoriale e case protette pubbliche e private: le città si vedrebbero trasformate gradualmente in nosocomi e ospizi a cielo aperto;

– neppure è possibile, data la dubbia sostenibilità, poggiare un peso eccessivo sulla Sanità territoriale considerando che in Italia nel 2030 gli anziani che vivono in solitudine potrebbero raggiungere i 4 milioni e mezzo a fronte del 10% assegnato dal budget sanitario nazionale attualmente riservato all'assistenza e solo dell'1,3% alle cure domiciliari, con consistenti disomogeneità regionali, mentre nei Paesi del nord Europa supera il 25%;

– potranno subire incrementi e miglioramenti le attuali Strutture sanitarie avvalendosi della erogazione prossima dei fondi europei, ma la soluzione principe sta nel guidare, per quanto possibile secondo Leggi e Costituzione, il processo generale di invecchiamento della popolazione nel solco della difesa della salute cercando di invecchiare tutti in buona salute;

– la vera novità, dunque, si chiama **prevenzione primaria**, iniziando a rifiutare che l'anzianità sia già per sé stessa, come tradizione vuole, una malattia. Basti questo dato: oltre un terzo delle demenze senili può subire una significativa riduzione mediante la correzione precoce di obesità, ipertensione, depressione, sordità, disturbi della masticazione, dell'udito e della mobilità, abolizione di tabagismo e consumo smodato di alcool, incremento dell'attività fisica e mentale, **miglioramento del rapporto sociale e familiare, superamento della solitudine e del senso dell'abbandono** mediante il rilancio di uno spirito di comunità... e intanto in Gran Bretagna si istituisce il Mi-

nistero alla solitudine preso atto che oltre un milione e 200.000 persone soffrono di solitudine permanente. In Italia il 13% della popolazione non può contare su nessuno per ogni necessità intervenuta e il 12% non ha parenti prossimi ed amici con i quali confidarsi (Eurostat 2019). Da aggiungere un dato significativo: Telefono amico riceve ogni anno oltre 50.000 telefonate con una tendenza all'incremento delle richieste di aiuto.

È indispensabile, pertanto, superare la strategia sanitaria a posteriori che, posta come unica via da seguire, condurrebbe ad incompatibilità economiche straordinarie oltre che a distorsioni culturali, fra cui la medicalizzazione di disagi e malattie evitabili *ab initio*, e ad errori progettuali di tipo sanitario senza neppure poter contrapporsi con risoluta efficacia al lievitare delle malattie cronico-degenerative e all'impegnarsi della spesa sanitaria ed assistenziale. Diviene, dunque, mandatorio e subordinato al concetto di prevenzione primaria, valorizzata e rilanciata anche la prevenzione secondaria, non concepire la corporeità come aggregazione di cellule, organi ed apparati con il rischio di confluire nel binario morto del darwinismo (fisico e sociale) e nel materialismo meccanicista di de La Mettrie (1747) che considerano le persone-individui *hommes machines* dai complessi meccanismi fisiologici e atavismi fisiognomici. Su questa via si giunge a rilanciare, spesso inconsapevolmente, concezioni antropologiche di tipo lombrosiano.

* Già docente di Chirurgia generale nell'Università di Bologna e Direttore della Chirurgia generale degli Ospedali Bellaria e Maggiore di Bologna

Il ruolo delle infezioni malariche nello sviluppo antropologico (parte 2)

Sergio Sabbatani*

Evidenze biomolecolari dirette di Malaria nel Mondo Antico

Nel 2008 fu pubblicato uno studio ove vennero presentati i dati relativi all'identificazione non ambigua del DNA antico (aDNA) espressione di un'infezione da *Pl. falciparum* in mummie egiziane datate a 4 000 anni fa (34).

Gli AA. avevano analizzato 91 campioni di tessuti di origine ossea provenienti da altrettante mummie e scheletri rintracciati in tre siti egiziani. Il sito più antico è quello pre e protodinastico di Abido (3500-2800 a.C.), il secondo è una tomba del Medio Regno di Tebe Ovest (2050-1650 a.C.), il terzo corrisponde a vari complessi tombali, sempre di Tebe Ovest, costruiti e utilizzati fra Medio e Nuovo Regno e fino al periodo tardo (2050-500 a.C.).

Tutti i campioni sono stati testati per il DNA del *Pl. Spp.* mediante la tecnica PCR che prevede l'utilizzo del primer per il DNA ribosomiale 18S, con l'obiettivo di identificare inequivocabilmente casi di malaria. In due resti umani, provenienti da due differenti siti che datano al Nuovo Regno, fu rilevata positività per la malaria e ciascun campione è stato ottenuto da adulti che presentavano evidenze osteopatologiche di anemia cronica; negativi risultarono i tests eseguiti sui campioni dei due periodi precedenti (34).

Sulla scorta dei risultati ottenuti gli AA. fanno notare, criticamente, che gli studi effettuati negli ultimi anni, ove è stato utilizzato l'antigene-2 (proteina ricca di istidina) (22), nei quali è stata dimostrata una positività in più del 40% dei campioni testati e nel 92% dei campioni prelevati da resti umani, ove si potevano apprezzare stimate indicative di *iperostosi porotica*, hanno probabilmente sovrastimato la reale portata dell'infezione malarica nel mondo egizio. Tuttavia pur non sottovalutando questa critica, sulla scorta delle analisi effettuate con metodica PCR, gli stessi autori conclusero che l'infezione da *Pl. falciparum* ebbe un ruolo signifi-

cativo nel condizionare la bassa aspettativa di vita che le antiche popolazioni egizie accusavano (34).

Se le fonti parlano del lento estendersi della malaria nel nostro paese progredendo dal Sud verso il Nord-Est, le evidenze scientifiche maturate negli ultimi anni confermano che quanto fu riportato corrisponde al vero.

Fra il 1988 ed il 1992 è stato scavato un sito archeologico a Lugnano in Teverina, paese nella valle del Tevere a 70 miglia da Roma. Il sito archeologico è situato a 185 metri sopra il livello del mare in una zona collinare, distante 3,5 km dal fiume (35). Le valli dei fiumi furono tra le prime zone malariche in Italia, alla fine dell'Impero Romano d'Occidente, in quanto gli alvei non venivano più accuditi e quando si verificavano straripamenti si creavano siti paludosi favorevoli all'impianto di zanzare, specialmente nel momento del ritiro delle acque alluvionali quando queste si lasciavano dietro piccole e grandi pozze d'acqua. Nel caso specifico di Lugnano, il piccolo paese si trova ad alcuni km dall'immissione del fiume Orte nel Tevere e per tale motivo questa zona doveva essere a particolare rischio.

Si tratta di un cimitero di bambini tra i più grandi ritrovati in riferimento all'Italia romana, datato a circa il 450 d.C. (35, 36). Nei siti di sepoltura sono stati ritrovati reperti indicativi di incantesimi, come la presenza di scheletri di cuccioli di cane, che forse avevano il significato di respingere i demoni ritenuti essere (forse) la causa della malattia. Il termine "abracadabra", usato in magia, in origine veniva utilizzato come incantesimo contro la febbre terzana, questa notizia ce la fornisce Quinto Sereno (37). Ricordiamo che in epoca romana raramente i bambini ricevevano una sepoltura. Ciò rende questo ritrovamento di particolarissimo interesse, perché consente di porre quesiti in ambito paleopatologico, antropologico e archeologico.

Indicatori di tipo archeologico hanno portato gli autori degli scavi a concludere che le morti furono secondarie ad una malattia epidemica che concretizzò i suoi effetti nefasti in un arco di tempo limitato, inoltre l'analisi paleobiologica dei resti di piante e semi, rintracciati nelle sepolture, indicano che questa epidemia si verificò durante l'estate, quindi nella stagione a maggior rischio malarico. Esiste inoltre un preciso riscontro letterario sulla conclamata insalubrità di questi luoghi. Nell'estate del 467 d.C. Sidonio Apollinare, percorse l'Italia da Ravenna a Roma per incontrare l'Imperatore Artemio. Nel suo viaggio raggiunse proprio i luoghi insalubri dell'Umbria e dell'Etruria lasciandoci una vivida testimonianza degli effetti nefasti dei "miasmi venefici", delle febbri e degli accessi di sete insaziabile, tutte testimonianze della presenza malarica.

Tornando al reperto paleo-patologico su 47 resti umani rinvenuti in 22 casi si trattava di bambini prematuri, mentre la maggior parte degli altri erano neonati. Sul punto ricordiamo che la malaria non solo produce alti tassi di mortalità, ma anche una forte predisposizione all'aborto nelle donne gravide, causando un ritardo di crescita intrauterina; ancora oggi, nei paesi tropicali oloendemic per malaria, gli aborti sono frequenti sia nelle donne immuni che nelle semimmuni (38).

Come già detto sia le modalità ambientali, sia le caratteristiche del ritrovamento hanno indotto gli studiosi a ritenere che la causa di morte di questi neonati fu una grave forma di malaria. Questa ipotesi è stata vagliata dal malariologo Mario Coluzzi che sulla base di considerazioni di carattere ambientale, biologico ed entomologico ha confermato questa tesi (11). Si è pertanto proceduto all'analisi biomolecolare, tentando l'estrazione del DNA del *Pl. falciparum* da campioni di osso. In un caso (la sepoltura 36) si è ottenuta l'estrazione di DNA ribosomiale di plasmodio, ottenendo l'amplificazione da due estrazioni separate; si tratta di resti appartenuti ad una bambina che al momento della morte aveva 2-3 anni (39). La constatazione che è stato possibile amplificare DNA di *falciparum* da uno scheletro vecchio 1.500 anni, suggerisce che si trattò di un'infezione massiva e non di un quadro asintomatico pertanto con basso livello parassitemico. Secondo gli AA. il basso tasso di

riscontri positivi può essere attribuito alla scarsa preservazione del DNA antico di plasmodio nelle ossa antiche (11).

Questo risultato di indubbio valore scientifico ha portato a concludere che la morte di questa bambina fu causata dalla malaria, provando così che la valle del Tevere nel 450 d.C. fu sede di un'epidemia malarica (11, 39).

Gli AA. osservano che nel Centro Italia la presenza del *Pl. falciparum*, associato probabilmente al suo principale vettore, l'*Anopheles labranchiae* (ancora presente nella valle del Tevere durante la seconda guerra mondiale), alzò significativamente il rischio malarico (27), tale rischio, essendo all'epoca la zona sufficientemente antropizzata, ebbe tutte le possibilità di manifestarsi innescando un evento epidemico.

Evidenze genetiche indirette di diffusione della Malaria nel Mondo Antico.

Studi di genetica delle popolazioni effettuati negli ultimi 40 anni, hanno consentito di chiarire in quale epoca i popoli mediterranei hanno cominciato a subire la pressione selettiva operata dalla malaria. Si sono ottenuti dati certi che confermano quanto già si sospettava, ovvero che questa pressione si è cominciata a manifestare in tempi relativamente recenti. Questo rilievo è plausibile in quanto in precedenza, per lo meno in Europa, il clima durante i periodi glaciali era troppo rigido per consentirne la propagazione.

Premesso che l'evidenza osteologica più antica di talassemia, con la classica iperostosi porotica, è stata rintracciata in un sito prossimo al villaggio di Atlit Yam¹, al largo della costa di Israele e data a circa 10.000 anni fa (40), la genetica di popolazione ha permesso di individuare nelle popolazioni moderne del Mediterraneo una mancanza di diversità dell'aplotipo che normalmente viene associato con la maggior parte delle mutazioni indicative di resistenza alla malaria, ciò suggerisce che probabilmente queste si sono evolute da un tempo non superiore ai 4.200 anni (41).

¹ Il sito archeologico di Atlit Yam è situato sulla costa dello stato di Israele, a circa 200/400 m. dalla linea della spiaggia, ad una profondità variabile tra gli 8 e i 12 m sotto il livello del mare. La sua datazione, rilevata con il carbonio 14, si colloca tra il IX ed il VII millennio prima di Cristo. Lo studio dei reperti lo riconduce al periodo Neolitico dell'Era preistorica.

Tutti i tipi maggiori di resistenza genetica ereditaria erano già sicuramente presenti nel nostro contesto mediterraneo al tempo dell'Impero Romano. Più in particolare studi effettuati in Italia sia sullo scheletro di un bambino, verosimilmente risalente ad un periodo tra il V e il VII secolo d.C., e sui resti di una donna di 17 anni, datati al III secolo d.C., portati alla luce, rispettivamente, a Pisa e in una villa romana di Settefinestre (Costa Toscana), hanno dimostrato alterazioni ossee suggestive di talassemia (42, 43). Lo stesso reperto è stato riscontrato su 11 scheletri riesumati nella necropoli di Pantanello, nei pressi della colonia greca di Metaponto: tutti presentavano segni di *iperostosi porotica*, probabilmente erano omozigoti e risalivano al IV e V secolo a.C. (44).

Ricordiamo che i bambini talassemici omozigoti, ovvero che hanno ereditato la tara dai due genitori, soffrono della forma clinica chiamata talassemia maggiore o anemia di Cooley. Presentano un cranio voluminoso con bozze nelle regioni frontale e parietale, la fronte larga, gli zigomi prominenti, gli occhi distanziati e spesso a mandorla, il naso largo e afflosciato, le mascelle sporgenti. È ciò che si vede su alcune teste di terracotta di cui, in figura 1, viene presentato un esemplare interessante ritrovato a Smirne sulle coste anatoliche dell'Egeo.

Questa differenza temporale nel reperimento delle medesime stimate in resti umani sottintende che i coloni greci svilupparono, per primi in Italia, una significativa frequenza di mutazioni correlate alla talassemia e, per collegamento logico, il coinvolgimento midollare con l'anemia da *Pl. falciparum*.

Che i Greci fossero portatori dei tipici tratti somatici della talassemia ci viene confermato da osservazioni eseguite su materiale archeologico sottoposte ad un'analisi accurata in un'ottica di ricerca storico-medica. Mirko Grmek e Danielle Gourevitch hanno esaminato 7 statuette di terracotta ritrovate a Smirne (Costa Egea della Turchia), datate al periodo ellenistico, tutte presentavano "volti gonfi con archi zigomatici ipertrofici e protuberanze simmetriche su parti del teschio fronto-parietali, con la base del naso schiacciata" (figura 1). Sulla base di questi riscontri somatici i due studiosi hanno concluso che si trattava di statuine che presentavano i tipici tratti della talassemia omozigota (45).

A conferma della precoce presenza dei tipici segni indiretti di endemia malarica in regioni Nord-africane e del Medio Oriente, viene in aiuto il ritrovamento dello scheletro di un uomo di circa 20 anni con *iperostosi porotica*, portato alla luce nell'isola di Failaka nel Golfo Persico. Le ossa, che l'indagine al radiocarbonio ha datato a 2130 (± 80) anni fa, hanno permesso di individuare, mediante il microscopio elettronico a scansione, eritrociti fossilizzati con il tipico aspetto a falce (46).

Ricordiamo che ai nostri giorni l'emoglobina S è presente con una frequenza del 2% in alcune popolazioni del Mediterraneo e che l'analisi dell'aplotipo ha dimostrato che i traits delle cellule a falce in Sicilia, Nord Grecia e Arabia occidentale, sono in linkage di disequilibrio con l'aplotipo Benin (Africa centro-occidentale) (47). Contatti costanti in queste aree arabiche con il mondo greco sono stati documentati dal punto di vista archeologico. L'isola di Failaka è il maggiore sito archeologico del Kuwait. La storia di Failaka risale alla Civiltà Dilmun dell'Età del Bronzo, che aveva il suo centro di irradiazione nell'attuale Bahrain. È accertato che nel IV secolo a.C. arrivarono i Macedoni, inviati da Nearco, ammiraglio di Alessandro Magno, e ne fecero una vera e propria guarnigione. In precedenza sull'isola esisteva un piccolo insediamento, divenuto poi una vera e



1 - Testa di bambino con le stimate tipiche dell'anemia di Cooley. Questo reperto (terracotta) è stato ritrovato a Smirne, costa egea della Turchia (Parigi, Museo del Louvre).

propria città greca, con il nome di Ikaros. Risulta che i greci abitarono sull'isola di Failaka per circa due secoli.

Gli autori di studi di genetica di popolazione hanno ipotizzato che il ritrovamento nell'isola di Failaka potrebbe dimostrare che i resti potevano appartenere ad un discendente di un soldato macedone, proveniente dal Nord della Grecia, portatore del caratteristico *aplotipo* Benin (38). In alternativa a questa ipotesi è possibile che il soggetto ritrovato a Failaka sia stato un indigeno portatore di una talassemia che, per le caratteristiche molecolari del *trait* della cellula a falce (con una differente associazione di *aplotipo*), era portatore di una mutazione originata in India o in Arabia (48). Ricordiamo che la variante indiana della talassemia presenta un fenotipo, associato con alti livelli di emoglobina fetale, che inibisce la formazione di cellule a falce. Sulla base di questa seconda ipotesi si potrebbe spiegare il motivo per cui l'individuo, i cui resti sono stati ritrovati nel Golfo Persico, ha potuto raggiungere l'età matura.

La deficienza di glucosio-6-fosfato deidrogenasi (G6PD) è il III tipo, in ordine d'importanza, tra le mutazioni genetiche umane che si riscontrano comunemente nelle popolazioni del Mediterraneo e che conferiscono resistenza all'infezione da *Pl. falciparum*. I resti dei bambini di Lignano sono stati "scrinati" per la presenza delle due mutazioni più comuni della G6PD riscontrate nelle popolazioni del Mediterraneo. I risultati di queste complesse indagini di genetica delle popolazioni, portarono a concludere che il deficit di G6PD, unitamente al *trait* della talassemia e del *trait* inducente la comparsa delle cellule falciformi, si stava cominciando a diffondere nell'Europa meridionale già al crepuscolo dell'Impero Romano; ciò avveniva probabilmente come risposta evolutivistica delle popolazioni alla pressione dell'endemia malarica (11).

Anche attraverso l'individuazione di mutazioni, particolarmente frequenti e tipiche della beta talassemia nelle odierne popolazioni mediterranee come la B+IVSnt110 (G-A) che si trova anche nelle aree di colonizzazione greca in Italia, è possibile studiare il percorso dell'endemia malarica. Questa mutazione presenta la maggiore e più alta frequenza nei paesi che si affacciano nel Mediterraneo orientale

come la Grecia, mentre in Turchia si dimostra anche un elevato livello di diversità dell'*aplotipo* (41). Sulla base di questa "deriva" si è ipotizzato che questa particolare mutazione si sia originata in Grecia o in Anatolia e che poi si sia diffusa verso occidente, ovvero verso la penisola italiana, seguendo le rotte migratorie provenienti dalla penisola ellenica, a partire dall'VIII secolo a.C (49).

La mutazione CD39, che rappresenta la II più frequente mutazione riscontrata nella beta-tallemia nelle popolazioni mediterranee, è invece concentrata nelle zone colonizzate dai Fenici nel Mediterraneo occidentale e accusa, in particolare nel Nord Africa, il suo più alto livello di diversità, mediante ricombinazione genetica associata all'*aplotipo* (49). Sulla scorta di tali prevalenze si ritiene che questa mutazione si sia originata in Nord Africa e che si sia poi diffusa, attraverso la colonizzazione fenicia, durante il millennio che precedette la nascita di Cristo, verso le maggiori isole italiane e verso la penisola iberica (11). Durante l'era glaciale il Nord Africa costituì presumibilmente il principale rifugio dell'*Anopheles lambrachiae* ed è oggi l'area geografica che consente la formazione del migliore habitat per questa varietà. Ricordiamo che l'*A. lambrachiae* è riconosciuto come il migliore e più efficiente vettore della malaria, nei secoli recenti, nel nostro paese.

Gli studi di genetica delle popolazioni hanno dato così evidenza scientifica a due argomenti importanti. La malaria, le zanzare sue vettori e le resistenze genetiche umane, favorevoli a una resistenza all'infezione, giunsero nel Sud Europa attraverso due rotte: una originò dalla Tunisia e attraverso la Sardegna e la Sicilia giunse in Italia meridionale, risalendo poi lentamente la penisola fino al Nord-Est. La II rotta, originando dal Mediterraneo orientale, transitò verso occidente dall'Anatolia alla Grecia e quindi pervenne sulle coste meridionali della nostra penisola (11).

I vettori più importanti della malaria nel Mediterraneo occidentale e orientale erano due differenti specie: l'*A. labranchiae* e l'*A. sacharovi*. La prima varietà è il vettore più importante nel Centro e nel Sud Italia, ha preso origine in Africa del Nord, pur rimanendo attiva tutto l'anno si riproduce solo in quella area geografica. La seconda specie, *A. sacharovi*, proveniente dal vi-

cino oriente, è stato il vettore prevalente in Grecia e, possedendo la capacità di ibernarsi, riesce a superare le rigide temperature invernali che si registrano nel Sud Europa (50).

Il secondo argomento, che giustifica il titolo che abbiamo voluto dare a questo articolo, porta a concludere che l'infezione da *Pl. falciparum* fu sicuramente un importante agente di selezione naturale, agendo inizialmente solo sui popoli che vivevano nei territori che si affacciano sul Mar Mediterraneo orientale e, solo in una seconda fase, a seguito dei processi di colonizzazione, tale pressione venne trasferita sul territorio italiano.

In questa progressione verso la nostra penisola, un ruolo importante fu svolto, come si è detto, dalle due varietà di *anopheles* che, rispettivamente nel Sud e Centro Italia (*A. sacharovi*) e Nord-Est (*A. labranchiae*), costituirono i vettori di trasmissione del plasmodio. La comparsa differita della malaria nell'Italia Nord-occidentale rispetto alla Grecia è collegata all'evidenza che l'*A. labranchiae* ci mise diversi secoli per adattarsi alle diverse condizioni climatiche, in un territorio ove, se già erano presenti tutte le condizioni per il diffondersi dell'epidemia, mancava un vettore in grado di funzionare efficientemente. Per questo motivo la graduale diffusione della malaria nell'Italia continentale si è verificata nel periodo storico recente, ovvero nel tardo Medio Evo, quando l'endemia si palesò nel Delta del Po e nel Nord-Est italiano.

A tale riguardo ricordiamo che già dopo l'alluvione del 589 d.C. un gruppetto di Monaci Benedettini si era insediato nell'isola di Codigoro nel delta del Po, per testimoniare con il loro *ora et labora* la fede cristiana. In seguito, nell'anno 874, i monaci risultano stabilmente allocati presso l'Abbazia di Pomposa, secondo una missiva del Pontefice Giovanni VIII all'Imperatore del sacro Romano Impero. Grazie all'opera dei Benedettini le valli del Po venivano periodicamente liberate dalle acque stagnanti. Per secoli la vocazione dei Monaci Benedettini e in seguito dei Cistercensi fu quella di contrastare in Italia e in Europa il degrado del territorio, impedendo così il sopravvento della malaria; il tributo pagato dai religiosi in termini di vite umane fu ingente.

Per quanto riguarda i vettori, le strette connes-

sioni di Ravenna e poi di Venezia con l'Impero Bizantino consentirono la penetrazione dell'*A. sacharovi*, mentre non si osservò lo "sfondamento" dell'Appennino Tosco-Emiliano da parte del *A. labranchiae*, vettore che predominava in occidente e, più in particolare, per quanto riguarda la nostra area geografica, in Italia centrale e meridionale (11). Nel tardo Medio Evo l'Italia centrale doveva essere particolarmente interessata dall'endemia malarica; Dante Alighieri nel canto XXIX dell'*Inferno* chiaramente descrive, nelle terzine in cui fa riferimento a "Malebolge"², le condizioni di salute, tra luglio e settembre, delle genti che vivevano in Valdichiana, in Maremma e in Sardegna. La figura 2 rappresenta Dante e Virgilio mentre guardano dall'alto di un dirupo, compiangendoli, i dannati, falsi fabbricatori di qualunque opera, puniti in questo girone.

Agli studiosi i tempi di diffusione in Italia della malaria appaiono ragionevolmente chiariti, mentre per la Grecia e per il Mediterraneo orientale i gradi d'incertezza sono maggiori. Se sul piano letterario i testi del Corpo Ippocratico del V secolo a.C. rimangono i più antichi e certi riferimenti che ci segnalano il coinvolgimento della Grecia del periodo classico nell'epidemia, non esistono attualmente evidenze di carattere bio-molecolare inequivocabili rispetto al suo coinvolgimento in tempi precedenti.

Se non esistono dati relativi ad indagini bio-molecolari che ci consentono di chiarire quando la penisola ellenica fu coinvolta nell'epidemia malarica, le osservazioni relative al riscontro di iperostosi porotica rimangono pertanto i punti di riferimento più importanti per ricostruire la preistoria della malaria in Grecia (11, 51, 52).

² "Quando noi fummo sor l'ultima chiostra di Malebolge, sì che i suoi conversi potean parere a la veduta nostra,

lamenti saettaron me diversi,
che pietà ferrati avean li strali;
ond'io li orecchi con le man copersi

Qual dolor fora, se de li spedali di Valdichiana tra 'l luglio e 'l settembre e di Maremma e di Sardinia e mali

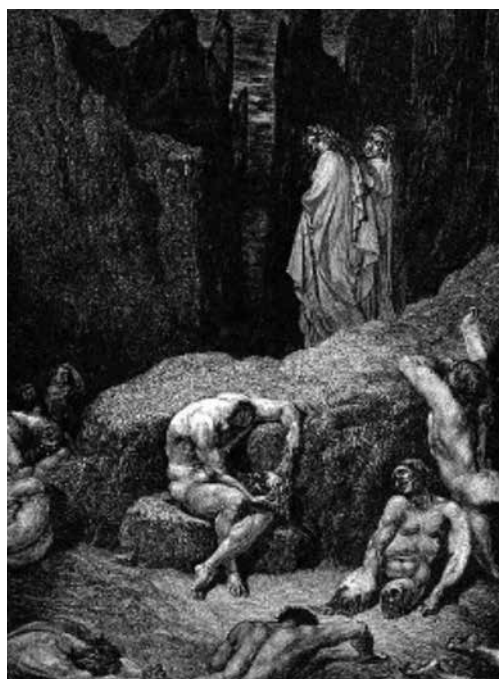
fossero in una fossa tutti 'nsemble, tal era quivi, e tal puzzo n'usciva qual suol venir de le marcite membre".

L'archeologia ci può aiutare. Gli storici medici Mirko Grmec e Danielle Gourevitch hanno interpretato le pitture che raffigurano Eracle intento ad uccidere il serpente dalle molte teste dell'Idra sulle ceramiche di Corinto, datate al periodo 630-570 a.C. (figura 3), come il riflesso artistico di un tentativo di bonifica delle paludi malariche di Lerna in Argolide (45).

Indirettamente possiamo dedurre che la Grecia era già interessata dal problema in quanto i reperti ritrovati in Magna Grecia, ove la precoce presenza dei coloni ellenici fu il motivo del suo fiorire, consentono di dedurre, per inferenza, che nell'VIII secolo la Patria di Omero era già coinvolta negli effetti nefasti dell'endemia malarica.

Ai certi contatti fra Italia meridionale e Sicilia con la Grecia, si aggiunge l'ipotesi, attestata da reperti archeologici e da recenti studi di genetica di popolazione, che indicherebbero una ipotizzata comune origine degli Etruschi con popolazioni anatoliche (Lidia) ed a provenienza egea. Per quanto riguarda la documentazione archeologica, questa sarebbe attestata principalmente dalla Stele (figura 4) di Lemnos, isola della parte settentrionale del Mar Egeo, ove fu ritrovata nel 1885. In questa Stele si rileva un testo costituito da 198 caratteri, (che compongono, a seconda della composizione delle lettere, tra le 33 e le 40 parole), il cui idioma (epicorico) è ritenuto strettamente imparentato con la lingua etrusca. Inoltre scavi effettuati dalla Scuola italiana di Atene portarono alla scoperta nel 1928 di frammenti di vasi di produzione locale che recavano iscrizioni simili. Questi ritrovamenti archeologici dimostrano, inequivocabilmente, che quella particolare lingua era effettivamente scritta e parlata nell'isola di Lemnos, portando forti argomentazioni a favore dell'origine orientale degli Etruschi, origine affermata dalle fonti ed in particolare da Tucidite (53).

Genetisti italiani hanno analizzato il genoma di campioni di persone di origine toscana, in particolare di Murlo, di Volterra e della valle del Casentino, confrontandoli con campioni provenienti dalla Sicilia, dalla Sardegna, dai Balcani meridionali, da Lemnos e con campioni prelevati in Anatolia. I risultati ottenuti dimostrano che i campioni delle popolazioni di Murlo e Volterra sono più strettamente correlati a quelli delle popolazioni del Vicino Oriente rispetto a



2 - Dante e Virgilio mentre guardano dal bordo di un dirupo nella nona bolgia (VIII cerchio) i dannati (seminatori di discordie), condannati in quanto falsi fabbricatori di qualunque opera (contrappasso: Come in vita divisero con le loro opere, così sono divisi e mutilati nelle membra del corpo). Incisione di Gustave Doré.

quelli del resto d'Italia. In particolare nel paese di Murlo sarebbe stata individuata una variante genetica condivisa solamente con gente di origine anatolica e, più in generale, i campioni toscani presentano una stretta affinità con quelli di Lemnos (54, 55).

Pertanto alla luce di questi riscontri i dati di genetica delle popolazioni confermerebbero quanto già Erodoto raccontava, ovvero che gli Etruschi fossero originari dell'antica Lidia (56).



3 - Idria proveniente da Caere con l'uccisione dell'Idra di Lerna (525 a.C.- Malibù Paul Getty Museum).



4 - Stele di Lemnos.

In Italia centro-meridionale la pressione malarica fu sicuramente precoce, un fattore che contribuì alla realizzazione di un contesto ambientale favorevole fu il riscaldamento termico che si realizzò, in coincidenza dell'età del ferro e fino all'VIII secolo a.C., con il conseguente innalzamento del livello marino di circa 1 m (52); tale innalzamento favorì la formazioni di paludi costiere lungo le rive del Mediterraneo e in particolare, ove il litorale era sabbioso, nei pressi delle foci dei fiumi. Interessante è ciò che avvenne in Campania, nella piana del fiume Sele, ove gli Etruschi, a partire dal VII secolo, si installarono a Pontecagnano, in quello che fu il loro avamposto più meridionale. Il Sele andava soggetto, unitamente ai suoi affluenti, a continui straripamenti e ciò aveva probabilmente intensificato il rischio malarico. Il rinvenimento di un'importante necropoli etrusca, costituita da due gruppi di inumati, il primo di 275 soggetti vissuti tra il VII e il VI sec. a.C., il secondo di 398 inumati, datati tra il V e il IV secolo a.C., ha consentito l'analisi paleoantropologia e paleonutrizionale, con l'individuazione di sindromi mal-

nutrizionali, collegate a quadri anemici ove il reperto classico dell'*Iperostosi porotica* era relativamente frequente (57). Questo reperto paleopatologico è stato segnalato rispettivamente nell'8,72% (I gruppo) e nel 3,72% (II gruppo) (58). La diffusione della talassemia in questa popolazione doveva essere relativamente frequente, anche se le bonifiche dell'assetto idrogeologico del territorio apportate dagli Etruschi aveva consentito un miglioramento della salubrità ambientale e conseguentemente una riduzione dell'*Iperostosi porotica* nei resti umani, risalenti al periodo più recente (V-IV sec.a.C.) pervenuti alla nostra osservazione.

A tal proposito ricordiamo che gli Etruschi possedevano tecniche ingegneristiche evolute finalizzate al controllo dei fiumi (59). Per quanto riguarda l'area di Pontecagnano Livio (XXVII, 46,5) parla di una fossa grecaper convogliare le acque dal basso corso del Clanio fino al mare. Anche se queste ricerche non consentono di stabilire in termini inoppugnabili la presenza di endemia malarica, la relativa frequenza dell'*iperostosi porotica* conferma il sospetto che una quota significativa fosse secondaria all'infezione malarica in un territorio che, lo ricordiamo, era a causa delle condizioni ambientali (già allora!), ad alto rischio.

* Specialista in malattie infettive

Bibliografia

- Coluzzi M. The clay feet of the malaria giant and its African roots: hypotheses and inferences about origin. Spread and control of *Plasmodium falciparum*. *Parassitologia*, 41: 277-83, 1999.
- Nerlich A., Schraut B., Dittrich S., Jelinek T., and Zink A. *Plasmodium falciparum* in Ancient Egypt. *Emerg. Infect. Dis.* 8, 1317-1319, 2008.
- Soren D., Fenton T., Birkby W. The late Roman infant cemetery near Lugnano in Teverina, Italy: some implications. *J. Paleopathol.*, 7:13-42, 1995.
- Soren D. and Soren N. (eds), A Roman villa and a late Roman infant cemetery: excavation at poggio Gramignano, Lugnano in Teverina, Roma, L'Erna di Bretschneider, pp.461-651, 1999.
- Quintus Serenus, *Liber Medicinalis*, 51.935-940, Ed. R. Pépin, Paris, Presses Universitaires de France, 1950.
- Sculmann C., Marshall T., Dorman E., Bumer J., Cutts F., et al. Malaria in Pregnancy: adverse effects on haemoglobin levels and birthweight in primigravidae and multigravidae. *Trop. Med. Int. Health*, 6, 770-8, 2001.
- Abbott A. Earliest malaria DNA found in Roman baby graveyard. *Nature* 412, 847, 2001.
- Hershkovitz L., Rothschild B., Latimer B., Dutour O., Leonetti E., Greenwald C., et al. Possible congenital haemolytic ane-

- mia in prehistoric coastal inhabitants of Israel. *Am. J. Phys. Anthropol.* 85: 7-13, 1991.
- Tadmouri G.O., Garguier N., Demont J., Perrin P. and Basaka A.N. History and origin of beta-thalassaemia in Turkey: sequence haplotype diversity of beta-globin genes. *Human Biology* 73: 661-74, 2001.
- Baggieri G. and Mallegni F. Morphopathology of some osseous alterations of thalassic nature. *Paleopathology Newsletter* 116: 10-16, 2001
- Mallegni F. and Fornaciari G. Le ossa umane (in) A. Ricci (ed.) *Settefinestre: una villa schiavistica nell'Etruria Romana*, 3 vols. Modena Panini, Vol 2, pp. 275-7, 1995.
- Carter J.C. The chora of Metaponto: the necropolis, 2 vols. Austin, University of Texas Press, vol.2, pp. 527-9, 553-6, 1998.
- Grmeck M. and Gourevitch D. Les maladies dans l'art antique, Paris, Fayard, pp.223-5, 1998.
- Maat G. and Baig M. Scanning electron microscopy of fossilized sickle-cells. *Int. J. Amthropol.* 5: 271-6; 1990.
- Ragusa A., Lombardo M., Sortino G., Lombardo T., Nagel R.L. and Labie D. Beta gene in Sicily is in linkage disequilibrium with the Benin haplotype: implications for gene flow. *Am. J. Hematol.*, 27: 139-41, 1988.
- Maat G. Bone preservation, decay and its related conditions in ancient human bones from Kuwait. *Int. J. Osteoarchael.* 3: 77-86, 1993
- Cao A., Gossens M., Pirastu M. Beta-thalassaemia mutations in Mediterranean populations. *Br. J. Haematology*, 71 : 309-12, 1989.
- Horsfall W. Mosquitoes. Their bionomics and relation to disease. New York pp.94-103, 107, 1955.
- Angel J.L. Porotic hyperostosis or osteoporosis symmetrica (in) D.Brothwell and A. Sandison (Eds.) *Diseases in Antiquity*. Springfield, IL, C.C. Thomas, pp.378-89, 1967.
- Angel J.L. Porotic hyperostosis, anemias, malaras, and marshes in the prehistoric eastern Mediterranean, *Science*, 153: 760-3, 1966.
- http://it.wikipedia.org/wiki/Lingua_lemnia
- Pellecchia M., Negrini R., Colli L., et all. The mystery of Etruscan origins: novel clues from Bos taurus mitochondrial DNA. *Proc. R. Soc. B* 274, 1175-1179, 2007.
- Achilli A., Olivieri A., Pala M., et all. Mitochondrial DNA variation of modern Tuscans supports the near eastern origin of Etruscans. *Am. J. Human. Genet.* 80 (49), 759-768, 2007.
- <http://it.wikipedia.org/wiki/Lemno>
- Sabbatani S. Rapporti tra malaria, ambiente, popolazioni e civiltà nell'Italia centrale. La bonifica della piana del Fucino. *Infez.med.* 4, 251-256, 2001.
- Fornaciari G., Mezzetti M.G., Cuni C. Iperostosi porotica nella Campania costiera antica: malnutrizione e anemie emolitiche congenite? I risultati delle indagini paleonutrizionali a Pontecagnano, Salerno (VII-IV secolo a.C.). *Rivista di Antropologia* Vol. LXVII; 149-160, 1989.
- D.Agostino B. Pontecagnano. (In) *Enciclopedia dell'arte antica classica ed orientale*. Supplemento, 636-638, Treccani, Roma.1970.

Poliambulatorio Privato ISTITUTO DI RICERCA E CURA dell' A.M.A.B.

Dir. Sanitario Dott. Umberto Mazzanti, Medico-Chirurgo
Via Antonio Canova, 13 - 40138 Bologna
Tel. 366-2876956, www.amabonline.it
infopoliambulatorioagopuntura@gmail.com



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



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

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



Percorsi terapeutici specifici:

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

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

Odontoiatria: Autorizzazione Sanitaria e Subentro. Facciamo il punto

Mauro Venturi*

Cari colleghi,

In qualità di esperto in sistemi di gestione della qualità negli studi odontoiatrici faccio parte, dall'inizio di questo anno, della commissione deputata alla autorizzazione degli studi e degli ambulatori odontoiatrici a Bologna.

L'autorizzazione sanitaria degli studi monoprofessionali singoli e associati è soggetta al rispetto dei requisiti previsti dal DGR 2520/2004 mentre per le strutture complesse (ambulatori) dal DGR 327/04.

Per gli studi l'autorizzazione è strettamente legata alla figura dell'odontoiatra che vi lavora e che l'ha richiesta. Per questo motivo, in caso di cessione dello studio ad altro professionista, è sempre necessario comunicare al Comune in cui lo studio ha sede la variazione della titolarità, chiedendo il rilascio dell'autorizzazione a nome dell'odontoiatra subentrante e comunicando la cessazione da parte di chi lascia l'attività.

Questa richiesta va effettuata:

- Per il Comune di Bologna, tramite l'invio della documentazione necessaria all'indirizzo pec protocollogenerale@pec.comune.bologna.it;
- Per la Provincia di Bologna e gli altri Comuni della Regione, esclusivamente tramite il portale SUAP (Sportello Unico Attività Produttive) a cui si accede tramite SPID e sul quale è necessario inviare la pratica tramite firma digitale.

Mi preme ricordare che eventuali deroghe strutturali possono permanere solo se l'attività è stata autorizzata prima del 22/02/2005 e come la nuova richiesta di autorizzazione sia condizionata all'adeguamento dell'impianto elettrico alle norme di progettazione attualmente in vigore. Oltre ai controlli che i tecnici eseguono annualmente da sempre, infatti, occorre verificare che l'impianto possieda determinate caratteristiche tecniche di costruzione senza le quali occorre provvedere all'adeguamento dell'impianto **PRI-MA** di procedere alla presentazione della nuova

domanda di autorizzazione. Nel caso siate in procinto di cedere lo studio ad un collega oppure di rilevarne uno, pertanto, vi consiglio vivamente di far controllare il vostro impianto da un tecnico specializzato, che possa indicarvi gli adeguamenti da effettuare in tempo utile per non tardare l'ottenimento della nuova autorizzazione.

Poiché spesso durante la verifica autorizzativa sono presenti inadempienze, riepilogo alcuni degli aspetti salienti da verificare e da approntare prima di procedere alla domanda di autorizzazione sanitaria, poiché saranno oggetto di controllo.

IMPIANTI ELETTRICI ED ATTREZZATURE ELETTROMEDICALI:

- Presenza di differenziali e salvavita di tipo A nei locali operativi;
- Presenza di nodi senza subnodi (il filo di terra deve essere singolo per ogni presa);
- Presenza di luci di emergenza funzionanti in ogni locale dello studio;
- Presenza di un progetto dell'impianto elettrico aggiornato;
- Attivazione del controllo periodico annuale dell'impianto elettrico;
- Attivazione della manutenzione estintori;
- Attivazione del controllo delle apparecchiature elettromedicali;
- Allontanamento di ogni apparecchiatura elettronica non elettromedicale ad una distanza di almeno 1,5 metri dalla testa del paziente;
- Attivazione del controllo biennale dell'impianto di messa a terra da parte dell'AUSL o di un tecnico registrato presso il Ministero delle attività produttive se presenti dipendenti;
- Presenza di un elenco delle apparecchiature elettromedicali completo di marca modello e matricola e presenza delle verifiche di sicurezza CEI EN 62353 delle apparecchiature (se usate),

ovvero dei verbali di collaudo con allegata la verifica delle apparecchiature secondo la norma CEI EN 62353 (se nuove).

APPARECCHI RADIOLOGICI

- Nomina dell'esperto in radioprotezione e dell'esperto in fisica medica (potrebbe essere la stessa persona);
- Copia della comunicazione di possesso degli apparecchi rx agli enti preposti;
- Registro dei controlli di qualità e di radioprotezione;
- Registrazione delle apparecchiature sul portale STRIMS da effettuare entro il 31/03/2023.

SMALTIMENTO RIFIUTI

- Contratto con la ditta adibita allo smaltimento dei rifiuti speciali;
- Attivazione dello smaltimento amalgama o filtro almeno una volta all'anno.

ALTRI REQUISITI STRUTTURALI

- Dove sono presenti finestre: presenza di un parapetto a protezione delle persone ad un'altezza minima di un metro;
- Presenza di un filtro assoluto sull'aspirazione dei riuniti in caso questa non sfoghi al colmo del tetto;
- Dove sono presenti vetrate interne: apposizione di opportuna segnalazione (ad esempio vetrofanie) che permetta di identificare la presenza del vetro e certificazione antisfondamento della stessa;
- Dove sono presenti vetrate esterne (tipo vetrine) certificazione di installazione di vetri antisfondamento;
- Dove nei locali operativi sono presenti finestre che affacciano su cortili interni o comunque su terrazze o finestre degli edifici vicini: installazione di vetrate opache o di pellicole opacizzanti che garantiscano la privacy del paziente in poltrona;
- Presenza di un armadietto/spogliatoio per ogni dipendente con separazione interna tra abiti civili e camici (armadietti detti a doppio scomparto).

STERILIZZAZIONE

- Presenza dei guanti anti taglio in zona sterilizzazione;
- Presenza di un raccogliatore/agenda dove archiviare i test effettuati sull'autoclave;

- Imbustamento obbligatorio di TUTTI gli strumenti, comprese le frese, con apposizione della data della validità di 30 gg. su ogni busta.

FARMACI E PRESIDI

- Presenza della dotazione minima di farmaci per l'emergenza in corso di validità di utilizzo;
- Se presenti farmaci in frigorifero, presenza di un termometro di minima e di massima e di una procedura di registrazione/verifica della temperatura;
- Presenza di un kit di emergenza funzionante (per le cannule controllare l'eventuale data di scadenza; il pallone di Ambu deve essere opportunamente spolverato e soprattutto non presentare crepe da secchezza alla prova di funzionamento, cosa che capita nelle dotazioni troppo datate).

SICUREZZA SUL LAVORO

- Presenza degli attestati di formazione generale e specifica (e, dopo 5 anni, di aggiornamento) di tutti lavoratori;
 - Presenza dell'attestato RSPP del datore di lavoro, da aggiornare ogni 5 anni;
 - Presenza del Documento di Valutazione dei Rischi da aggiornare almeno ogni 3 anni.
- Oltre a questo rimane necessario compilare ed aggiornare periodicamente (almeno ogni tre anni) le procedure operative di studio, contenenti istruzioni operative per la prevenzione delle infezioni, pulizia, disinfezione, gestione dei rifiuti, dei farmaci, dei materiali impiantabili, delle emergenze, ecc.

Vi ricordiamo che le ispezioni da parte della ASL non sono necessariamente legate ad una richiesta di modifica autorizzativa, potrebbero avvenire in qualsiasi momento. Se nel corso di questo controllo fosse riscontrata l'assenza di alcuni requisiti, giungerà una comunicazione da parte del Comune che identificherà la tempistica entro la quale occorrerà dare evidenza di aver ottemperato a quanto richiesto (solitamente tramite l'invio di autocertificazioni e immagini fotografiche); in caso di mancata risposta entro i termini indicati è possibile che l'autorizzazione sia sospesa o revocata.

** Segretario Sindacale A.N.D.I. Bologna
Membro commissione autorizzazione
strutture sanitarie di Bologna
Membro Gruppo di Lavoro Nazionale A.N.D.I. 81/08*

I medici, tra la *Cittadella* di Lupo e l'*Arabia* di Mancini

Gabriele Bronzetti

Vado a Dubai almeno una volta all'anno, solo di passaggio, senza nemmeno uscire dall'aeroporto. La destinazione finale è in Zimbabwe, per riportare dei piccoli cardiopatici nella missione africana dove qualche mese prima li avevamo messi in una cesta, per poterli operare in Italia. Se entro in un *duty free* è per comprare pannolini o pappe per bambini (il profumo è da evitare, attira le zanzare).

Durante questi viaggi incontro molti italiani diretti in Arabia Saudita, Emirati arabi, Qatar per turismo o perché hanno preso casa e bottega laggiù. Tra i migranti di lusso che non moriranno mai per non saper nuotare, non mancano i medici. Un fenomeno in crescita, un po' fuga dei cervelli (*brain drain*), un po' pianto nel cuore (*heart rain*), un po' tasche vuote (*empty pocket*). Ebbene, mai una volta li ho invidiati ma mi chiedo fino a quando durerà.

Un bel giorno potrebbe venire voglia anche a me di traslocare in un bengodi prodigo di emissioni e senza missioni: infrastrutture da sogno, residenze millenottesche, musei che fagociteranno le più pregiate esposizioni mondiali; se aggiungiamo che presto in Europa non farà meno caldo che a Dubai, è una pacchia da pascià. Basterà dimenticare il vino, non drogarsi, non rubare (senza mani non si potrebbe più operare), non chiedersi perché le donne stanno nascoste e non guidano. In fondo se un medico cubano viene in Italia, un medico italiano può andare in Arabia.

Se calciatori destri e allenatori mancini si fanno sceicchi bianchi per dieci milioni di euro all'anno in più, che c'è di male a farlo per diecimila euro al mese dopo aver studiato una vita? Qualcuno potrebbe tacciare questi sanitari di avidità (non si accontentano di un buon stipendio), irricoscenza (sono ingrati verso il paese che li ha fatti

studiare), tradimento (per denaro sconfessano gli ideali di Ippocrate e vanno a curare i ricchi). Eppure gli apparenti disertori nel deserto potrebbero dire lo stesso del paese avido da cui scappano (chiede a loro di salvare delle vite pagandoli come dei travet), dei pazienti irricoscenti (ignari di quanto costi farsi carico della vita altrui e senza la minima indulgenza per l'inevitabile errore umano), del mondo traditore (che un giorno li chiama eroi e poi lascia che vengano presi a botte nei Pronto soccorso).

È tempo di spogliare la professione medica dell'edificante e ammettiamolo, stucchevole abito del missionario, liso e illuso. Più della missione serve la passione e la passione si sa, va ricambiata altrimenti muore. Tutta colpa di Alberto Lupo, l'attore (non Lupo Alberto il cartone) che negli anni sessanta interpretando il dottor Manson nello sceneggiato Rai "La cittadella" ha ispirato una generazione di medici. La serie era tratta dall'omonimo romanzo di A.J Cronin, un medico scrittore, e narra la parabola di un dottore: giovane idealista in una piccola città mineraria, frustrato dall'arretratezza locale migra nella seducente e arricchente città, per scoprire un mondo corrotto. Si riconcilerà con la professione tardi, tra pochi amici appassionati e disinteressati, dopo aver perso in un incidente stradale la donna della sua vita. È un racconto morale e forse moralista.

Guardate cosa si rischia ad andare negli Emirati, mezzi arrabbiati e mezzi abbandonati, sembra ammonirci. Per farsi rivestire d'oro o forse solo per un filo, dopo aver sudato tanto senza trovare nemmeno una piccola pepita a casa propria.

Eppure succede che il dottore dei minatori diventi un minatore senza dottori. Lavorare in certi reparti d'ospedale oggi è come stare in miniera. Gli ideali soffocano nel buio e

nella polvere di notti che non finiscono mai, nei turni d'amianto con gli occhi secchi e labbra mute imprecaando, aspettando le prime luci del mattino e il rombo dell'ascensore che ci riconsegnerà ai giorni degli altri. Cosa abbiamo fatto? Dove abbiamo sbagliato?

Nelle missioni in cui vado ho incontrato medici africani che dopo essere stati finanziati per studiare all'estero e riportare in patria le competenze acquisite, non sono più ritornati nella "luna e nei falò". Le luci della città li hanno distratti per sempre dalla saza, la polenta bianca africana opaca e insapore da mangiare tra l'oleandro e il baobab.

Possiamo chiamarli avidi disertori, irriconoscenti traditori? Siamo nati per tradire. A meno che...

Non si può giudicare una persona senza conoscere il luogo in cui vive. Tutte le mattine temo di trovare una duna di sabbia davanti al S. Orsola.

Ci attacchiamo alla professione come a un corpo amato, avvinghiati come il serpente alla verga di Esculapio per resistere al vento del deserto.

È dura, serve passione e fortuna perché un giorno un incidente non ce la porti via. A volte bastano due amici buoni.

Proviamo.



Ai Colli

PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO PSICHIATRICO

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

Consorzio Ospedaliero Colibrì

Direttore Sanitario e Primario: *Dott. Paolo Baroncini*

Medico Chirurgo specialista in Psichiatria e in Psicologia Medica - Psicoterapeuta

Reparti di degenza

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

Ambulatori

- Psichiatria generale
- Dipendenze Patologiche
- Psicogeriatrics
- Psicologia Clinica

per informazioni: tel 051 581073 – fax 051 6448061

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

40136 Bologna - Via San Mamolo, 158

Legittimità delle vaccinazioni tra Scienza e diritti costituzionali - Sentenza Corte Costituzionale 15/2023 (parte 3)

(prosegue dal numero precedente)

Il giudice rimettente ha quindi affermato che la privazione di ogni forma di sostentamento economico durante il periodo di sospensione dal servizio avrebbe determinato un ingiustificato peggioramento delle condizioni di vita dei lavoratori dipendenti, sia per via della proroga ex lege dell'obbligo di sottoporsi a vaccinazione, sia per via dell'abrogazione dell'obbligo condizionato del datore di lavoro di adibire il dipendente che non abbia adempiuto all'obbligo vaccinale a mansioni diverse, anche inferiori e comunque prive di rischi di contagio, con attribuzione del relativo trattamento economico.

Il TAR ha considerato la specialità della norma in esame, e dunque l'impossibilità di pervenire in via interpretativa al riconoscimento in favore della ricorrente dell'assegno alimentare, e ha espresso al riguardo dubbi di compatibilità con il principio di ragionevolezza, per la gravità delle conseguenze subite dalla dipendente che, non potendo documentare un serio rischio per la propria salute, tale da escludere, definitivamente o temporaneamente, la sussistenza dell'obbligo vaccinale, abbia esercitato il diritto all'autodeterminazione nella scelta dei trattamenti sanitari obbligatori.

La disposizione censurata, secondo il rimettente, contrasterebbe anche con il principio di proporzionalità, sotto il profilo dell'adeguatezza della preclusione automatica e totale di qualsivoglia sostegno economico al dipendente sospeso dal servizio rispetto al fine di interesse pubblico ad essa sotteso, che è quello di evitare il diffondersi del contagio da SARS-CoV-2 negli ambienti sanitari e di garantire la massima sicurezza dei pazienti nell'accesso alle cure. Una volta eliminata dalla disciplina legislativa la possibilità per il

datore di lavoro di ricollocare il dipendente inadempiente all'obbligo vaccinale a mansioni diverse, anche inferiori ma comunque retribuite, il regime vigente comporta per il lavoratore una scelta obbligata tra l'adempimento dell'obbligo vaccinale e la sospensione dal servizio senza attribuzione di alcun trattamento economico.

Il TAR osserva che la temporaneità della misura interdittiva adottata dal legislatore non appare idonea a giustificare il sacrificio totale degli interessi antagonisti e che la soppressione di ogni forma di sostegno economico per un periodo di tempo consistente e potenzialmente indeterminato rischia di determinare effetti pregiudizievoli ed irreversibili per la soddisfazione delle essenziali esigenze di vita del dipendente che non abbia adempiuto all'obbligo vaccinale. L'obiettivo di tutela prefigurato dalla norma censurata avrebbe potuto essere realizzato, con pari efficacia, secondo il rimettente, anche con il più mite strumento della temporanea ricollocazione del lavoratore a mansioni diverse, da svolgere in condizioni di sicurezza e compatibilmente con l'organizzazione del servizio (già contemplato dall'art. 4, comma 8, del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, nella versione vigente sino al 26 novembre 2021), o, nell'ipotesi in cui tale soluzione fosse incompatibile con l'organizzazione del servizio, mediante la previsione di un adeguato sostegno economico, con finalità analoghe ai vigenti istituti di sussidio, quali l'assegno sociale o il reddito di cittadinanza.

La privazione automatica ed assoluta di ogni forma di sostegno economico per l'intera durata del periodo di sospensione dal servizio, senza possibilità di prevedere adeguate misure di sostegno economico, sembra al TAR Lombardia irragionevole e sproporzionata anche in riferimento al principio di tutela della digni-

tà dell'individuo, soprattutto nel caso del dipendente sospeso dal servizio che versi in condizioni di indigenza e che, come la ricorrente, sia impossibilitato a procurarsi altrimenti il reddito necessario per attendere alle ordinarie esigenze di vita, per via della conservazione dello status di dipendente pubblico e della conservazione del posto di lavoro, previste quali effetti dell'atto di accertamento, ancorché favorevoli per il lavoratore.

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

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

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

7. – Con ordinanza del 22 luglio 2022, iscritta al n. 101 del registro ordinanze 2022, il Tribunale ordinario di Brescia, in funzione di giudice del lavoro, ha sollevato questioni di legittimità costituzionale, in riferimento agli artt. 2 e 3 Cost., dell'art. 4-ter, comma 3, del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, nella parte in cui, nel prevedere che «[p]er il periodo di sospensione, non sono dovuti la retribuzione né altro compenso o emolumento, comunque denominati», esclude, nel periodo di prescritta sospensione dal diritto di svolgere l'attività lavorativa per inadempimento dell'obbligo vaccinale per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2, in relazione al personale di cui alla lettera c) del comma 1 della citata disposizione, l'erogazione dell'assegno alimentare previsto dall'art. 82 del d.P.R. n. 3 del 1957.

7.1. – Il Tribunale di Brescia espone che la ricorrente nel giudizio *a quo* è una dipendente di azienda sociosanitaria, invalida al 60 per cento, dapprima posta in modalità di lavoro agile, che non ha completato il ciclo vaccinale per le complicanze subite dopo la somministrazione

della prima dose e perciò destinataria di provvedimento di sospensione dal lavoro per mancato adempimento dell'obbligo vaccinale. La medesima ricorrente ha perciò chiesto in via di urgenza di essere reintegrata nel posto di lavoro e nella retribuzione o, quanto meno, di poter ottenere l'assegno alimentare.

Il Tribunale di Brescia ha ripercorso le stesse argomentazioni contenute nell'ordinanza iscritta al n. 71 reg. ord. 2022, censurando l'art. 4-ter, comma 3, del d.l. n. 44 del 2021.

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

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

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

8. – Con ordinanza del 23 luglio 2022, iscritta al n. 102 del registro ordinanze 2022, il Tribunale ordinario di Brescia, in funzione di giudice del lavoro, ha sollevato questioni di legittimità costituzionale, in riferimento agli artt. 2 e 3 Cost., dell'art. 4-ter, comma 3, del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, nella parte in cui, nel prevedere che «[p]er il periodo di sospensione, non sono dovuti la retribuzione né altro compenso o emolumento, comunque denominati», esclude, nel periodo di prescritta sospensione dal diritto di svolgere l'attività lavorativa per inadempimento dell'obbligo vaccinale per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2, in relazione al personale di cui alla lettera c) del comma 1 della citata disposizione, l'erogazione dell'assegno alimentare previsto dall'art. 82 del d.P.R. n. 3 del 1957.

8.1. – Il Tribunale di Brescia espone che le ricorrenti nel giudizio *a quo* sono dipendenti di azienda sociosanitaria, destinatarie di provvedimento di sospensione dal lavoro per mancato adempimento dell'obbligo vaccinale, le

quali hanno chiesto di poter ottenere l'assegno alimentare per tutto il periodo della sospensione.

Il Tribunale di Brescia ha ripercorso le stesse argomentazioni contenute nell'ordinanza iscritta al n. 71 reg. ord. 2022, censurando l'art. 4-ter, comma 3, del d.l. n. 44 del 2021, come convertito.

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

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

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

9. – Con ordinanza del 22 agosto 2022, iscritta al n. 107 del registro ordinanze 2022, il Tribunale ordinario di Brescia, in funzione di giudice del lavoro, ha sollevato questioni di legittimità costituzionale, in riferimento agli artt. 3 e 4 Cost., dell'art. 4, comma 7, del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, nella parte in cui limita ai soggetti per i quali la vaccinazione può essere omessa o differita, l'adibizione a mansioni anche diverse, senza decurtazione della retribuzione, in modo da evitare il rischio di diffusione del contagio da SARS-CoV-2.

Con la stessa ordinanza, il Tribunale ha sollevato questioni di legittimità costituzionale, in riferimento agli artt. 2 e 3 Cost., dell'art. 4, comma 5, del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, nella parte in cui, nel prevedere che «[p]er il periodo di sospensione, non sono dovuti la retribuzione né altro compenso o emolumento, comunque denominati», esclude, nel periodo di prescritta sospensione dal diritto di svolgere l'attività lavorativa per inadempimento dell'obbligo vaccinale per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2, in relazione al

personale di cui al comma 1 della citata disposizione, l'erogazione dell'assegno alimentare previsto dall'art. 42 del CCNL sanità privata.

9.1. – Il Tribunale di Brescia espone che la ricorrente nel giudizio *a quo* è dipendente di una struttura sanitaria privata, destinataria di provvedimento di sospensione dal lavoro per mancato adempimento dell'obbligo vaccinale, la quale ha chiesto la riammissione in servizio anche con diverse mansioni e di poter ottenere l'assegno alimentare per tutto il periodo della sospensione, come previsto dall'art. 42 del CCNL, secondo cui «[a]l dipendente sospeso cautelativamente è concesso un assegno alimentare nella misura non superiore alla metà dello stipendio, oltre gli assegni per carichi di famiglia».

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

9.2. – La lavoratrice ricorrente nel giudizio *a quo* ha depositato memoria di costituzione, chiedendo di dichiarare fondate le questioni di legittimità costituzionale sollevate dal Tribunale di Brescia, ovvero di indicare una diversa interpretazione dell'art. 4, comma 5, del d.l. n. 44 del 2021, nel senso di ritenere comunque dovuta l'erogazione dell'assegno alimentare.

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

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

9.5. – La parte ha depositato memoria illustrativa in data 9 novembre 2022, con allegata documentazione.

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

(fine parte 3)

Certificato



UNI EN ISO
9001:2015
REG. N. 8540

VILLA BELLOMBRA RIABILITAZIONE ROBOTICA

Riabilitazione intensiva

con tecnologia
robotica

LOKOMAT PRO®

ARMEO POWER®

ARMEO SPRING®

per il recupero
degli arti inferiori
e superiori

Villa Bellombra
è consorziata e associata con:



VILLA BELLOMBRA
PRESIDIO OSPEDALIERO
ACCREDITATO

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

Seguici su facebook

Direttore Sanitario
Dott. Giovanni Maria Puddu
Specialista in Cardiologia



CLINICADOMICILIO

Eseguiamo radiografie ed ecografie a domicilio
a Bologna e provincia



Per le radiografie è obbligatoria la prescrizione del medico

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

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

INFO E PRENOTAZIONI

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

Il servizio è attivabile su tutta
la provincia di Bologna.

REFERTO GARANTITO IN SOLE 24 ORE

NUMERO VERDE - 800100670



800100670



clinicadomicilio.it



clinica domicilio



CONSORZIATA

CERTIFICATA



Aut.San. PG.N. 25139/2017

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 23 settembre 2023

ABDELGABAR OUSSAMA	328/41.50.687	FABIN NATALIA	347/5625495
AMADORI ENRICO	342/04.12.083	FANTAPPIE' DUCCIO MARIA	333/53.31.040
ARRIVABENE ALESSANDRA	353/44.94.308	GIACALONE AMEDEO	346/69.63.491
BASILE CECILIA	320/35.72.084	IZZO ANTONIO NICOLO'	347/30.92.938
BIANCO VINCENZO	393/17.24.215	LEOTTA EMILIT JULIETH	375/77.34.830
CHIRULLI ALESSANDRO	320/38.62.939	LONGOBARDI TOMMASO	331/10.77.945
CONFORTI BENEDETTA	328/02.26.906	NEGRO GIULIA	333/22.00.799
COTICHELLI FRANCESCA	392.76.42.206	OTHMAN HUSSEIN	388/87.75.365
DALMONTE MARIA CRISTINA	334/80.07.117	PELOSI RAFFAELE	320/67.36.678
DEL DEO JACOPO	389/05.73.856	SPAGNOLO ALBERTO	338/57.94.512
DI FABIO CARLOTTA	339/39.47.048	ZAVALLONI GIULIO	338/11.60.167
ELEFANTE COSIMO	389/11.96.706		

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia Chirurgia della mano	
	Medicina Legale e delle Assicurazioni	347/88.53.126
FEDELE MARIA GIOVANNA	Pediatria	339/70.80.157
GUARDIGNI VIOLA	Malattie infettive	333/45.02.053
MANTOVANI ALESSIO	Pediatria	349/35.94.674

VILLA BARUZZIANA

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO NEUROPSICHIATRICO

Direttore Sanitario: Dott. Franco Neri
Medico Chirurgo

Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Psicologia Medica

BOLOGNA - VIA DELL'OSSERVANZA, 19

Centralino:
tel. 051 580395

Reperti degenza:

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

Ambulatori Cup:

- Elettromiografia
- Elettroencefalografia
- Neurologia

Amministrazione:
tel. 051 338454-41

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

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

neurologia@villabaruzziana.it

e-mail: direzione@villabaruzziana.it

Congresso Regionale Ance Emilia-Romagna - Il cuore sotto i portici

14 ottobre 2023

The Sydney Hotel - Bologna

PROGRAMMA SCIENTIFICO

08:30 Registrazione partecipanti

09:00 Presentazione del congresso e saluto delle Autorità
inizio percorso formativo ECM RES

I Sessione ARITMIE

Moderatori: Marina Cannizzo, Gianfranco Tortorici

09:20 Sincope: percorso decisionale - Biagio Sassone

09:40 Fibrillazione atriale e scompenso cardiaco: una associazione pericolosa - Alessandro Capucci

10:00 Aritmie ipercinetiche ventricolari: approccio clinico ragionato - Cristian Martignani

10:20 Discussione

10:45 Lettura

Presenta: Michele Patruno

Iper-tensione arteriosa: ci sono nuove opzioni terapeutiche all'orizzonte?

Claudio Borghi presentazione registrata

11:05 - 11:35 Coffee Break

II Sessione CARDIOMIOPATIE

Moderatori: Giovanna Di Giannuario, Antonella Mirri

11:35 Cardiomiopatie: update dalle linee guida - Elena Biagini

11:55 Amiloidosi cardiaca: una patologia ancora poco conosciuta - Simone Longhi

12:15 Ruolo della RM cardiaca oggi - Ferdinando Pasquale

12:35 Discussione

13:00 Lettura

Presenta: Fabio Bonsanto

Telecardiologia: dalle linee guida alla medicina di precisione e personalizzata

Antonio Vittorino Gaddi presentazione registrata

13:20-14:10 Buffet Lunch

III Sessione ISCHEMIA E SCOMPENSO CARDIACO

Moderatori: Ottorino Catapano, Maurizio Ongari

14:10 Sindrome coronarica acuta: cosa è cambiato nelle linee guida? - Gianni Casella

14:30 Interessamento cardiaco nel diabete - Francesca Barbanti

14:50 Scompenso cardiaco: gestione clinica - Stefano Urbinati

15:10 Discussione

15:35 Lettura

Presenta: Gabriello Marchetti

Indicazioni alla rivascularizzazione miocardica nei pazienti con scompenso cardiaco e/o disfunzione ventricolare sinistra - Giuseppe Di Pasquale

IV Sessione TERAPIA

Moderatori: Giuseppe Trisolino, Mauro Voza

15:55 Terapia delle dislipidemie: oltre le statine - Sergio D'Addato

16:15 Obesità: nuove opzioni terapeutiche - Anna Maria Ponzo

16:35 Cuore e ormoni e donna - Stefania Alfieri

16:55 Discussione

17:20 Lettura

Presenta: Leo Orselli

Colesterolemia subottimale: nuove opportunità per la terapia delle dislipidemie con i nutraceutici - Arrigo Cicero
fine percorso formativo ECM RES

17:40 Take Home Messages - Questionario ECM - Scheda di Valutazione sulla Qualità -

Maurizio Baroni

17:50 ...NON SOLO CARDIOLOGIA

Presenta: Maurizio Baroni

Le arti e la peste a Bologna. Strategie di cura e il ringraziamento dei sopravvissuti.

La bellezza salverà il mondo? - Franco Faranda

18:20 Chiusura del congresso regionale - Maurizio Baroni

18:30 - 19:00 Assemblea dei soci ANCE Emilia Romagna

E.C.M. - EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

Il Provider ANCE Cardiologia Italiana del Territorio (ID 1244) ha accreditato l'evento formativo

RES n° 392344 per la professione MEDICO-CHIRURGO

discipline: cardiologia, geriatria, malattie metaboliche e diabetologia, medicina dello sport, medicina generale, medicina interna, scienza dell'alimentazione e dietetica

Partecipanti n. 7 crediti ECM per 7 ore di attività formativa
Relatori n. 1 credito ECM per 20' di relazione (non frazionabile)

Moderatori n. 1 credito ECM a sessione di moderazione (non frazionabile)

INFORMAZIONI GENERALI

Sede Congressuale

THE SYDNEY HOTEL

Via Michelino, 73 - 40127 Bologna - Tel. 051 030409

www.thesydneyhotel.eu

ISCRIZIONE

La partecipazione al corso è gratuita e a numero chiuso riservata a 100 partecipanti.

Per iscriversi è necessario compilare il modulo gratuito disponibile sul sito dedicato all'evento, dopo aver inserito i propri dati premere su "Invia". La segreteria My Meeting confermerà l'iscrizione con un'email una volta ultimate le pratiche di controllo.

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Via 1° Maggio 33/35

40064 Ozzano dell'Emilia [Bologna], Italy

Tel. +39 051 796971

Rif. Cristina Federici

e-mail: cristina.federici@mymeetingsrl.com

Cell. 335 5850938

BOLOGNA MEDICINA 2023 - Festival della Scienza Medica - IX EDIZIONE

10-11 Novembre

Aula S. Lucia, Sala Ulisse

Accademia delle Scienze

Fondazione Scienza Medica - Accademia delle Scienze di Bologna - Alma Mater Studiorum Università di Bologna - Comune di Bologna

DECIDERE IN MEDICINA

Autonomia del paziente e responsabilità del medico
Comitato scientifico: L. Bolondi, C. Borghi, L. Cocco, M. Colajanni, G. Corbellini, N. Magrini, A. Mantovani, S. Pelotti, L. Presutti, F. Roversi Monaco

PROGRAMMA

ANTEPRIMA DEL FESTIVAL

Lunedì 9 ottobre alle ore 16.30 (Accademia delle Scienze di Bologna)

Alberto Mantovani (Direttore scientifico Istituto clinico Humanitas, Milano)

VENERDÌ 10 NOVEMBRE

9.00 Inaugurazione Fabio Rovarsi Monaco (Presidente Fondazione Scienza Medica)

Giovanni Molari (Magnifico Rettore Università di Bologna), Matteo Lepore (Sindaco di Bologna)

INTELLIGENZA ARTIFICIALE E MEDICINA

Introduce e modera: Luigi Bolondi

9.15 Intelligenza artificiale e decisioni cliniche - Michele Colajanni

9.45 Intelligenza artificiale e Ricerca farmaceutica - Marcello Cattani

10.00 Intelligenza artificiale: più che umana, quasi umana - Pierluigi Contucci

10.30 Intervallo

10.45 Lettura magistrale del Premio Nobel A.Z. Fire (Stanford University, USA)

Introduce e modera: Lucio Cocco

11.45 Tavola Rotonda "Decisioni mediche e linee guida: Tra prove, scelte informate, algoritmi e responsabilità medica"

Introduce e modera: Luigi Bolondi

Claudio Borghi, Susi Pelotti, MG Rovarsi Monaco, Silvio Brusaferrò (Università di Udine ISS Roma), Francesca Coppola

13.30 Fine della sessione

14.30 Simposio CHIRURGIA ROBOTICA Dove e quando

Introduce e modera: Chiara Gibertoni

Eugenio Brunocilla, Matteo Cescon, Alessandro Gasbarri, Gaetano Gargiulo, Livio Presutti, Chiara Gibertoni

LA GENOMICA IN MEDICINA

Introduce e modera: Lucio Cocco

16.00 Sequenziare o non sequenziare il proprio genoma - Marco Seri

16.30 Nuovi farmaci legati alle terapie geniche - Giuseppe Novelli (Roma)

17.00 Malattie rare e terapie avanzate - Michele De Luca (Università di Modena e Reggio)

17.30 Intervallo

UMANIZZARE LE DECISIONI MEDICHE

Introduce e modera: Gilberto Corbellini

17.45 Narrare la cura: soggettività del paziente e del medico nella letteratura - Valentina Gazzaniga (Univ. La Sapienza Roma)

18.15 La percezione del trattamento ricevuto - Livio Presutti

18.45 Decisioni di fine vita - Stefano Canestrari

19.15 Fine della sessione

SABATO 11 NOVEMBRE

DALLA RICERCA ALLA CLINICA

E RITORNO: NUOVE SCELTE TERAPEUTICHE

Introduce e modera: Claudio Borghi

9.00 Preservazione della fertilità per necessità e per scelta - Renato Seracchioli

9.20 Confrontarsi con la nuova realtà di Covid 19 - Pierluigi Viale

9.40 Nuove patologie e nuove terapie: Curare il microbiota? - Giovanni Barbara

10.00 La terapia con cellule somatiche geneticamente modificate per la cura delle malattie ematologiche - Franco Locatelli (Roma)

10.30 Intervallo

STRATEGIE PER SCELTE INFORMATE

Introduce e modera: Susi Pelotti

10.45 L'autonomia del paziente a 45 anni dal Rapporto Belmont - Gilberto Corbellini (Univ. La Sapienza Roma)

11.15 La metodologia della ricerca e le decisioni cliniche - Roberto D'Amico (Università di Modena e Reggio)

11.45 Valore dei farmaci e dell'accesso: etica, costi e sostenibilità - Nicola Magrini

NEUROSCIENZE E DECISIONI MEDICHE

Introduce e Modera: Carlo Cipolli

12.15 Il decidere clinico in psicoterapia: criterio di appropriatezza, gestione e valutazione degli interventi - Sergio Salvatore (Lecce)

12.45 La capacità di decidere e l'imputabilità ai tempi delle Neuroscienze - Pietro Pietrini (Università di Padova)

13.15 Chiusura del Festival

MASTERCLASS DI ECOGRAFIA (3° Edizione 2023)

24 novembre 2023

Ospitalità San Tommaso – Bologna

Nell'ultimo decennio la miniaturizzazione delle apparecchiature ecografiche ha incrementato la diffusione delle stesse ed accresciuto l'interesse dei medici per l'"Ecotestoscopia".

Si è resa quindi indispensabile una precisa definizione di tale metodica, del suo campo di applicazione e della formazione necessaria per un appropriato impiego nella pratica clinica al letto del malato (V. Arienti, 2014). Tramite le Società Scientifiche, la rete ed i webinar sono disponibili numerosi corsi di formazione teorica mentre più limitata è, in generale, l'offerta formativa pratica, specialmente in quest'ultimo biennio di pandemia. Il Masterclass di Ecografia sono lezioni pratiche (6 ore di "practical skill"), tenute da un esperto ("master"), rivolte ad un piccolo gruppo di discenti ("class" di 6 allievi) con esercitazioni personalizzate su modello sano. Il corso si rivolge in particolare a quei colleghi che desiderano apprendere l'utilizzo pratico della metodica o a coloro che hanno già eseguito corsi teorici o teorico-pratici e che necessitano di approfondire gli aspetti della tecnica di esecuzione della "visita" ecografica.

Per info: www.ecografiabologna.org;

masterclass@ecografiabologna.org

SCUOLA SIUMB DI ECOGRAFIA DI BASE

VILLA LAURA BOLOGNA

La Società Italiana di Ultrasonologia in Medicina e Biologia ha approvato l'attivazione di una Scuola di Ecografia di Base presso l'Ospedale Accreditato Villa Laura di Bologna. Nel mese di settembre sono iniziati gli stage pratici di 4 settimane.

Per info: www.ecografiabologna.org;

scuola@ecografiabologna.org

Cedesi Affittasi Studio Odontoiatrico a Vignola MO, zona centrale, avviamento pluridecennale. 2 riuniti, reception, sala attesa, zona sterilità, zona infermiere, ufficio, bagno. Tutto a norma. 1° piano con accesso disabili. Possibile allargarsi a ufficio adiacente per grande studio associato o poliambulatorio. Tel. 366/2415669.

Centro Estetico Curativo Le Rose di Imola cerca medici e specialisti in fisioterapia, ortopedia, dermatologia, dietologia per collaborazione o condivisione ambulatorio. Per informazioni, e-mail: bulza7o@gmail.com; cell. 388/9090019.

Nuovo poliambulatorio mette a disposizione STUDI MEDICI e SALA CHIRURGICA per day-surgery. I locali sono dotati di impianto di climatizzazione autonomo e WI-FI. Situato in una zona della città in posizione intermedia tra la stazione centrale e la fiera, con ampia possibilità di parcheggio circostante. Alta visibilità con vetrine

in affaccio diretto su strada principale. Ambiente aperto e stimolante con possibilità di instaurare proficui scambi interdisciplinari. Volendo servizio di segreteria. Scrivere a info@sorimed.com o telefonare al 351/7718573.

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

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

Norme editoriali

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

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

Notizie: testo dattiloscritto di massimo 4.000 battute

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

Sono graditi prevalentemente quelli a carattere locali.

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

Annunci: testo di massimo 500 battute

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

DA OGNI INCONTRO GENERIAMO VALORE



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



www.renogroup.eu

RENOGROUP
La forma del cambiamento