Bollettino Notiziario

anno LII - N° 1 gennaio 2021

DELL' INNESTARE
IL VAJUOLO
DISCORSO
DI
FRANCESCO CALURI
DOTTORE DI FIL., E MEDICINA
Letto da Lui in Siena il gior. XI. Dicem. An. 1759.

CUNCTA SUA LUCE ILLUSTRAT, ET COMPLET.

IN SIENA
Per Francesco Rossi Stamp.][*Con Lic. de' Sup.*
MDCCLX.

IN QUESTO NUMERO

- **Ai colleghi -** Il consiglio direttivo ODMCEO di Bologna, p. 5
- **Waldemar Haffkine: un pioniere della vaccinazione dimenticato da tutti,** Prof. P. Fusaroli, p. 9
- **Il Medico di fronte alla vaccinazione anti Sars-CoV-2,** Commissione Vaccini ODMCEO di Bologna, p. 24

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

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA
Direzione e amministrazione: via Zaccherini Alvisi, 4 - Bologna - Tel. 051.399745
ISSN 2281-4744 (*edizione a stampa*) - ISSN 2281-4825 (*edizione digitale*)

VILLA RANUZZI

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

VILLA SERENA

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

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

CONSORZIATE E ASSOCIATE CON

CERTIFICATE

UNI EN ISO 9001:2015
REG. N. 8540

COLIBRÌ
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

Anaste
ASSOCIAZIONE NAZIONALE STRUTTURE TERZA ETÀ

E.C.H.O.

Seguici su facebook

VL Vincitorio & Lo Gatto
servizi assicurativi

Ti offriamo un **confronto comparativo gratuito**
tra tutte le compagnie assicurative.

Informati ora, il tuo consulente è sempre a disposizione!

Attilio Vincitorio
335.5253290

Giovanni Barbieri
329.2292122

Vincitorio & Lo Gatto - Via G.Dagnini 14, Bologna - 051.6241500 - subagenti@assibo.com

Certificato

UNI EN ISO 9001:2015
REG. N. 8540

SANTA VIOLA
PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO

Ricoveri privati tempestivi senza lista d'attesa

L'Ospedale Santa Viola
è consorziato e associato con:

COLIBRÌ
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITÀ PRIVATA

Uehp
European Union of Private Hospitals

Ricoveri ospedalieri

Post acuzie

Riabilitazione

Pazienti affetti da disordini della coscienza

Ricerca e formazione

SANTA VIOLA
Presidio Ospedaliero Accreditato
via della Ferriera, 10,
Bologna 40133
t. 051 38 38 24
info@santaviola.it
www.santaviola.it

Seguici su facebook

Autor. Sanitaria N. PG 196321 del 14.05.2018

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

Bollettino Notiziario

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

DIRETTORE RESPONSABILE
Dott. Vittorio Lodi

CAPO REDATORE
Dott. Paolo Cernuschi

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

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

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

Autorizzazione Tribunale di Bologna n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa: Renografica - Bologna

Il Bollettino di DICEMBRE 2020 è stato consegnato in posta il giorno 18/1/2021

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

SOMMARIO

ANNO LII - GENNAIO 2021 N° 1

ARTICOLI

Ai colleghi • **5**

La percezione dell'agopuntura tra i Medici di Medicina Generale (MMG) ed i loro assistiti • **6**

Waldemar Haffkine: un pioniere della vaccinazione dimenticato da tutti • **9**

La morte per setticemia di Giovanni dalle Bande Nere • **16**

Il Medico di fronte alla vaccinazione anti Sars-CoV-2 • **24**

NOTIZIE • **30**

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **30**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **30**

CONVEGNI E CONGRESSI • **31**

PICCOLI ANNUNCI • **32**

Dell'innestare il Vajuolo

Discorso di Francesco Caluri - Dottore di Fil., e Medicina. Letto da Lui in Siena il gior. XI. Dicem. An. 1759. Cuncta sua luce illustrat, et complet. In Siena. Per Francesco Roffi Stamp. *Con. Lic. de' Sup.* MDCCLX.

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

Ai colleghi

Il consiglio direttivo ODMCEO di Bologna

Anno 2020. Una malattia ignota, ma annunciata, senza cura conosciuta si diffonde nel mondo. Un solo modo di difendersi, come nei flagelli storici: non incontrare, non toccare l'altro, scostarsi da chi incontri per strada, mascherare il proprio volto, rinchiudersi in casa, non viaggiare né per piacere né per lavoro. L'altro, il tuo simile, il tuo amico può essere la fonte della tua malattia fino della tua morte. Cambia la cifra distintiva della vita contemporanea, non più contatti, non più incontri, non più viaggi, non più socialità. E non più lavoro. Un dramma epocale sanitario che diventa civile, sociale ed economico e non vede nel mondo isole di salvezza.

Dove la malattia esplode con più virulenza le strutture sanitarie faticano a reggere l'urto. Urgenza e gravità del momento costringono ad un approccio terapeutico empirico lontano dalle rassicuranti consuete linee guida e perciò contradditorio e non privo di errori, ma, date le condizioni, difficile e ingeneroso è anche solo ipotizzare un diverso comportamento. I medici in prima linea affrontano la lotta alla malattia con grande generosità, coraggio e abnegazione anche fisica pagando un alto prezzo anche in termini di vite umane, purtroppo anche per sottovalutazione, impreparazione e manchevolezze del sistema.

Con sforzo collettivo planetario emergono conoscenze che iniziano a tracciare le linee di risposta. Questa immane calamità collettiva convoglia risorse come mai nella ricerca medica e ora con rapidità mai vista prima abbiamo a disposizione vaccini e terapie innovative che hanno goduto di celeri percorsi di sperimentazione adeguati alla gravità della pandemia e ugualmente attenti alla sicurezza.

Medici e ricercatori assumono il ruolo cruciale di guida nell'uscita dal dramma planetario che è sì sanitario ma anche sociale e civile. Poche volte nel corso della storia della umanità la scienza medica ha avuto un ruolo essenziale e determinante come ora.

In un dramma collettivo come l'attuale la responsabilità di ogni medico non può essere ridotta alla sola cura del singolo malato. La lotta ad una malattia infettiva pandemica richiede una prospettiva di intervento rivolta a tutta la popolazione perché siano ottenuti i necessari risultati in campo di prevenzione, contenimento e tutela del singolo e della collettività.

Mai come ora le parole, i commenti, le informazioni fornite da chi cura, hanno valore e rilevanza etica e sociale perché sono esse stesse parte della cura.

Mai come ora parlare, commentare e informare devono essere sobri, chiari, adeguati alla conoscenza e consapevoli della rilevanza che assumono qualsiasi sia il luogo, l'occasione pubblica e privata, nel rispetto anche di tutti i colleghi e i sanitari che con il loro sacrificio hanno onorato la nostra professione.

Siamo certi che tutti i medici avvertano la responsabilità che grava su di loro.

La percezione dell'agopuntura tra i Medici di Medicina Generale (MMG) ed i loro assistiti

Carlo Maria Giovanardi*, Ilaria Danese**

Può la Medicina Generale (MG), con il suo approccio terapeutico tipico della Medicina Occidentale, incontrare la Medicina Tradizionale Cinese (MTC) attraverso la pratica dell'agopuntura? Può il MMG proporre al suo assistito l'agopuntura come valida alternativa per molte patologie di cui soffre?

Questi i quesiti che ci siamo posti per indagare quale fosse la percezione dell'agopuntura tra i 566 MMG del territorio ASL di Bologna ed un campione di loro assistiti.

La nostra riflessione parte dall'affinità principale tra MTC e Medicina Generale: in entrambe l'uomo è percepito come entità complessa, in equilibrio tra le sue parti, posta al centro dell'assistenza sanitaria.

Oggi il MMG si trova a fronteggiare lo scenario di una popolazione sempre più anziana, con multiple comorbosità e altamente medicalizzata. Ne consegue una situazione di polifarmacoterapia – la popolazione over 65 anni arriva ad assumere quotidianamente dai 6 ai 9 farmaci[1]– problematica in termini di effetti collaterali, riduzione dell'aderenza, costi sanitari e sociali.

Da questo contesto si delinea la necessità di impiegare, dove possibile, una via di trattamento non farmacologica: l'agopuntura può quindi essere presa in considerazione come alternativa terapeutica valida, efficace, *evidence-based* e in grado di ridurre i costi di una patologia.

Una feconda letteratura scientifica supporta l'efficacia dell'agopuntura per il trattamento di numerose patologie croniche con cui il MMG si confronta quotidianamente, come ad esempio la gestione del dolore cronico e ricorrente.

Abbiamo così condotto un'indagine qualitativa tramite la somministrazione di due questionari, uno per i medici e uno per i pazienti, a cui hanno partecipato 124 MMG e 220 assistiti. Ha risposto al nostro sondaggio il 21.9% dei MMG operanti nel territorio dell'ASL Bologna, percentuale statisticamente significativa che ci ha permesso di ottenere un quadro attendibile del loro punto di vista e lascia spazio al confronto per strutturare percorsi formativi. Il campione degli assistiti ha invece un valore puramente conoscitivo e di supporto all'intervista dei medici.

L'analisi dei dati, ricavati da entrambe le popolazioni intervistate, ha rilevato una buona conoscenza di base e una percezione ampiamente positiva sul tema dell'agopuntura. Un'importante carenza viene tuttavia rivelata dall'analisi del *background* formativo del medico, punto di partenza della ricerca: durante il percorso di studi universitario il 77.4% dei partecipanti ha dichiarato di non essere mai venuto a contatto con il tema delle Medicine Integrate/Complementari e il 63.5% non ha mai trattato tale ambito durante gli anni di formazione specialistica. Nonostante questo, il 70% dei medici ha comunque cognizione della validità scientifica dell'agopuntura, ha nozione dei relativi studi e/o meta-analisi e in alcuni casi la propone già al paziente perché consapevole del suo reale effetto terapeutico. Anche nella popolazione degli assistiti c'è un buon substrato conoscitivo derivante dalla diffusione di informazioni soprattutto tramite reti di amici, familiari o conoscenti: l'85% degli intervistati pensa che l'agopuntura sia efficace secondo basi scientifiche e ha fiducia verso tale pratica perché appannaggio esclusivo del medico. Tuttavia, la conoscenza sul tema viene percepita dagli stessi medici intervistati come superficiale (figura 1), e i dati rivelano che questo avviene perché si fonda in maniera determinante su esperienze empiriche e non su una formazione mirata e istituzionale (figura 2).

È proprio attraverso il vissuto personale e l'esperienza dei suoi pazienti che il MMG ottiene un *feedback* – positivo nell'84% dei casi – e su questo costruisce la sua percezione dell'agopuntura.

Secondo gli intervistati, sia medici che pazienti, le principali indicazioni terapeutiche dell'agopuntura riguardano: il trattamento del dolore

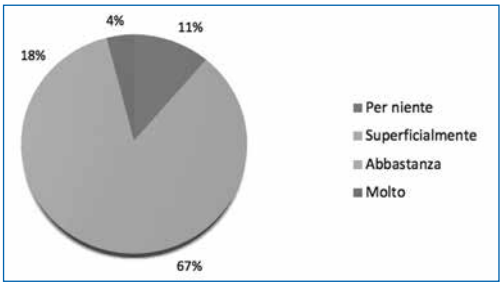


Figura 1 - Quanto pensi di conoscere la pratica dell'agopuntura? (meccanismi d'azione e indicazioni terapeutiche) - da Questionario MMG.

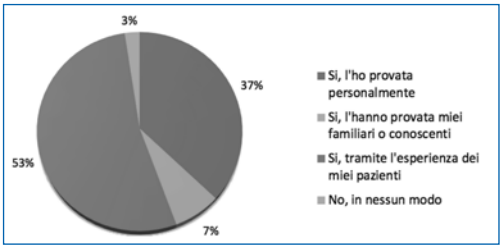


Figura 2 - Hai avuto esperienze legate all'agopuntura? - da Questionario MMG.

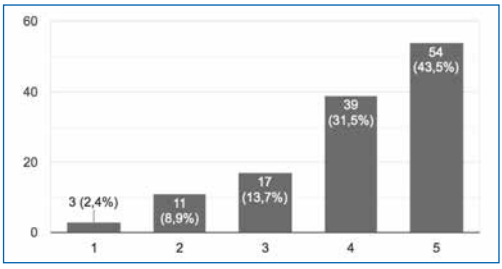


Figura 3 - Grado di accordo e disaccordo su corsi di aggiornamento in agopuntura (1= completo disaccordo, 5= pienamente d'accordo).

cronico o ricorrente muscolo-scheletrico, il trattamento in profilassi di cefalea ed emicrania, la gestione di problematiche ginecologiche o di disturbi della menopausa e l'insonnia. Questo avviene perché vi è maggiore cultura scientifica a riguardo e perché si tratta delle principali indicazioni da cui derivano le esperienze dirette o indirette, sia dei medici che dei pazienti. I dati emersi dallo studio rivelano che altre indicazioni terapeutiche, come ad esempio la rinite allergica, le patologie dermatologiche o le reazioni avverse da chemioterapia, non sono completamente sconosciute e vi sono piccole percentuali di MMG che le prendono già in considerazione. Strutturare in maniera sistematica la formazione dei medici e, di conseguenza, implementare la loro comunicazione con il paziente, permetterebbe di conoscere meglio tutto il restante spettro di applicabilità. Basti pensare che negli Stati Uniti molti centri di oncologia raccomandano già l'agopuntura per il trattamento degli effetti collaterali da chemioterapia[2].

Il MMG afferma di proporre talvolta l'agopuntura al paziente perché è consapevole del suo effetto terapeutico; tuttavia l'incertezza avvertita dal medico sulla propria preparazione può spiegare la mancanza di momenti di confronto con il paziente sul tema, dato rilevato dall'intervista agli assistiti. Il 74.5% dei pazienti vorrebbe che il proprio medico contemplasse l'agopuntura come possibile alternativa terapeutica per le proprie patologie, il 63.8% è disposto a sottoporsi ad un trattamento e il 21.5% di essi vorrebbe avere più informazioni a riguardo. Il MMG è pertanto la figura professionale deputata a svolgere questo fondamentale ruolo comunicativo per orientare e indirizzare il paziente.

Laddove i medici non consigliano l'agopuntura si evidenziano: uno scetticismo dettato da una scarsa conoscenza della materia, un'analisi dei costi e la mancanza di una rete di contatti cui affidarsi. Questi tre aspetti caratterizzano anche il pensiero dei pazienti che non si sono mai sottoposti ad un trattamento di agopuntura, cui si aggiunge una possibile fobia degli aghi. Il primo aspetto può essere risolto attraverso una maggiore formazione del MMG, che avrà quindi anche un risvolto positivo sulla comunicazione con il paziente: circa il 75% dei MMG si è mostrato apertamente favorevole a ricevere una formazione specifica sull'agopuntura durante i loro corsi periodici di aggiornamento (figura 3).

Per quanto riguarda il costo del trattamento, questo crea inevitabilmente restrizioni e allontanamento nell'accessibilità allo stesso; tuttavia, come evidenziato in letteratura, l'agopuntura risulta essere una pratica con rapporto costo-beneficio favorevole. Questo perché ha un basso costo in termini di spese e riduce il ricorso del paziente a trattamenti farmacologici o ricoveri ospedalieri. I dati emersi dal nostro studio vedono complessivamente un buon grado di accordo dei medici su questo aspetto, poiché sono consapevoli di quanto l'agopuntura possa ridurre il ricorso ad alcuni farmaci, come ad esempio FANS, antistaminici e triptani. Inoltre l'81% dei MMG ha accolto positivamente l'apertura dimostrata nel 2014 dalla Regione Emilia-Romagna

che ha inserito l'agopuntura nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) per il trattamento della lombalgia cronica/ricorrente e per la profilassi della cefalea. L'ultimo aspetto che emerge come problema da migliorare è l'assenza di una rete di contatti tra professionisti: sia per il MMG che per il paziente, la mancata conoscenza di un agopuntore cui affidarsi costituisce un ostacolo. Il nostro studio ha proposto, come soluzione a questo problema, di inserire un ambulatorio dedicato di agopuntura all'interno delle Medicine di Gruppo: tale proposta è stata accolta favorevolmente da circa il 60% dei MMG che lavorano con questo modello organizzativo.
Inoltre la Federazione Italiana Società di Agopuntura (F.I.S.A.)[3], che ha svolto negli ultimi 30 anni attività di formazione e coordinamento, ha messo a punto una applicazione (MyAgopuntura) per facilitare la ricerca di medici agopuntori, strumento che il 56.4% degli assistiti intervistati ritiene di voler utilizzare.
Concludendo, nel *setting* della Medicina Generale la percezione sul tema è complessivamente molto buona e vi è un contesto culturale favorevole a considerare l'agopuntura come una valida alternativa terapeutica non farmacologica da proporre al paziente. Questo terreno fertile richiede percorsi formativi strutturati finalizzati a rendere consapevole il MMG per informare e prescrivere con appropriatezza al paziente un trattamento con agopuntura.

** Dott. Carlo Maria Giovanardi*
Presidente Associazione Medici
Agopuntori Bolognesi (A.M.A.B.)[4]
Co-coordinatore Commissione Medicine
Non Convenzionali Ordine dei Medici Bologna

*** Dott.ssa Ilaria Danese*
Medico in Formazione A.M.A.B.-
Scuola Italo-Cinese di Agopuntura
Medico di Medicina Generale

BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA

[1] Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali *L'uso dei farmaci in Italia*. Rapporto Nazionale 2019. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2020
[2] Zia, Farah Z., et al. "The National Cancer Institute's conference on acupuncture for symptom management in oncology: state of the science, evidence, and research gaps." *JNCI Monographs* 2017.52 (2017).
[3] https://www.agopuntura-fisa.it/
[4] https://www.amabonline.it/

A.M.A.B. – Associazione Medici Agopuntori Bolognesi
Scuola Italo-Cinese di Agopuntura
Scuola accreditata dalla Regione Emilia-Romagna
con Determina n. 5050 del 05/04/2017

34° Congresso Internazionale dell'A.M.A.B.
Le Patologie dell'Apparato Muscoloscheletrico:
"le diverse Agopunture" a confronto

Sabato 6 marzo 2021: online su piattaforma dedicata.

Segreteria scientifica: dott.ssa M.L. Barbanera, dott. M. Devecchi, dott.ssa G.M. Farella, dott. C.M. Giovanardi, dott.ssa E. Marchi, dott. U. Mazzanti, dott. E. Montanari, dott.ssa A. Poini, dott. G. Tallarida.

Argomenti: Verranno trattate le indicazioni dell'utilizzo dell'Agopuntura nelle principali patologie muscoloscheletriche, le evidenze scientifiche e gli approcci terapeutici in base alle diverse tecniche di agopuntura.

ECM: l'evento rilascia 2,1 Crediti ECM.

Iscrizione: partecipazione gratuita, iscrizione online obbligatoria.

Informazioni: Segreteria A.M.A.B.
Cell: 340-9553985
e-mail: segreteriascuola@amabonline.it
Sito web: www.amabonline.it

Waldemar Haffkine: un pioniere della vaccinazione dimenticato da tutti

Pietro Fusaroli*

Lavorando a Parigi e in India all'inizio del secolo scorso, Waldemar Mordecai Haffkine mise a punto i primi vaccini al mondo contro il colera e la peste. Poi un avvelenamento accidentale di massa travolse la sua esistenza.

Ho letto recentemente sul sito della BBC (bbc.com) l'articolo "Waldemar Haffkine: The vaccine pioneer the world forgot", di Joel Gunter e Vikas Pandey. L'ho trovato molto interessante e mi sono permesso di tradurlo sperando di fare cosa gradita ai lettori del nostro «Bollettino Notiziario».

Nella primavera del 1894, Waldemar Haffkine si recò a Calcutta, nella provincia indiana del Bengala, alla ricerca del colera. La primavera era la stagione del colera in città e Haffkine era fiducioso. Arrivato in India il marzo precedente armato di quello che credeva fosse un vaccino adatto per la malattia, si diede da fare tutto l'anno sperimentando il suo prodotto. Dal momento del suo arrivo, Haffkine venne accolto con scetticismo e resistenza da parte dell'*establishment* medico britannico e del pubblico indiano. Non era un medico ma uno zoologo. Ed era un ebreo russo che si era formato a Odessa e aveva formato le sue conoscenze a Parigi, in un momento in cui il mondo della batteriologia internazionale era diviso in fazioni e incline al sospetto.
Haffkine, che aveva 33 anni quando arrivò in India, dovette industriarsi anche per gli aspetti pratici dei test vaccinali. La sua prima formula richiedeva due iniezioni, separate da una settimana, e a volte faticava a ritrovare i soggetti di studio per la seconda puntura. Nonostante l'ampia diffusione del colera in India, trovarlo in una concentrazione sufficiente non fu semplice. Haffkine inoculò circa 23.000 persone quell'anno nel nord dell'India, secondo i suoi dati, "ma nessun caso di colera si manifestò tra loro per dimostrare se il vaccino fosse efficace o meno".

Poi, nel marzo 1894, Haffkine fece una pausa. Fu invitato a Calcutta dall'ufficiale medico per aiutare a identificare i bacilli del colera in una cisterna d'acqua in uno dei *bustees* della città (villaggi isolati alla periferia della città costituiti da capanne di fango raggruppate intorno a stagni o cisterne e abitate dai poveri della città). Le famiglie che vivevano in questi *bustees* erano esposte a periodiche epidemie di colera poiché bevevano tutte da fonti d'acqua condivise. Per Haffkine, i *bustees* erano un terreno di prova ideale per il suo vaccino. In ogni gruppo famigliare vi era un gruppo di persone che vivevano in condizioni identiche, ugualmente esposte al colera. Se avesse potuto vaccinare alcuni soggetti di ogni famiglia lasciandone altri non trattati, con un numero sufficiente di partecipanti avrebbe potuto finalmente ottenere alcuni risultati significativi.
Alla fine di marzo, due persone morirono di colera nel *Kattal Bagan bustee*, segnalando una nuova epidemia. Haffkine si recò sul posto e inoculò 116 dei circa 200 abitanti. Successivamente, il suo piccolo team osservò 10 casi ulteriori, di cui sette fatali, tutti tra i non vaccinati. I risultati furono abbastanza incoraggianti per l'ufficiale sanitario di Calcutta da finanziare una sperimentazione più ampia,

ma convincere le persone a essere vaccinate era più facile a dirsi che a farsi. Anni di programmi medici calati dall'alto da parte del governo britannico avevano seminato sfiducia nella popolazione e per molti il concetto stesso di vaccinazione era ancora sconosciuto. La soluzione di Haffkine fu di lavorare con un team di medici e assistenti indiani, piuttosto che con gli inglesi: i dottori Chowdry, Ghose, Chatterjee e Dutt, tra gli altri. Egli aveva inoltre un nuovo asso nella manica nel mondo della vaccinologia: iniettare pubblicamente se stesso per dimostrare che il preparato fosse sicuro.

"Ciò che è notevole, e spesso si perde nei meandri della storia, è che dopo la resistenza iniziale le persone hanno iniziato a fare la fila nei bassifondi di Calcutta per il vaccino contro il colera di Haffkine, hanno fatto la fila per tutto il giorno", scrive il professor Pratik Chakrabarti, cattedratico di Storia della scienza e Medicina nell'Università di Manchester. "Passava ore e giornate intere in quelle baraccopoli lavorando con medici indiani. Cominciava a vaccinare la mattina prima che le persone andassero a lavorare, e continuava dopo che tornavano la sera, seduto accanto a una lampada a olio nello *slum*".

Il lavoro di Haffkine nelle baraccopoli di Calcutta lo colloca tra un gruppo selezionato di scienziati che hanno aperto la strada a un cambiamento profondo e globale nel modo in cui la malattia è stata compresa e trattata. Ma a differenza di Edward Jenner prima di lui e di Jonas Salk dopo, il nome di Haffkine non è mai entrato nell'immaginario pubblico, né in India né in Europa. "Haffkine è stata la prima persona che ha portato quel tipo di medicina di laboratorio in un paese tropicale come l'India", secondo il professor Chakrabarti. "Era uno scienziato parigino che è venuto negli *slum* di Calcutta. La sua storia è molto drammatica".

Quando Haffkine si laureò in zoologia all'Università di Odessa nel 1884, la sua ricompensa fu il diniego di una cattedra perché era ebreo. Aveva già incontrato problemi politici cinque anni prima, in mezzo ai *po-*

COLIBRÌ®

Ai Colli

PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO PSICHIATRICO

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

Consorzio Ospedaliero Colibrì

Direttore Sanitario e Primario: ***Dott. Paolo Baroncini***

Medico Chirurgo specialista in Psichiatria e in Psicologia Medica - Psicoterapeuta

Reparti di degenza

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

Ambulatori

- Psichiatria generale
- Dipendenze Patologiche
- Psicogeriatria
- Psicologia Clinica

per informazioni: tel 051 581073 – fax 051 6448061

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

40136 Bologna - Via San Mamolo, 158

grom, quando come membro di una lega di difesa locale aveva combattuto per impedire ai cadetti dell'esercito russo di distruggere la casa di un uomo ebreo. Haffkine fu picchiato e arrestato, ma alla fine venne rilasciato. Nel 1888, Haffkine lasciò il suo Paese natale e trovò un lavoro di insegnante di breve durata a Ginevra e poi a Parigi, dove assunse il posto di assistente bibliotecario presso l'istituto Louis Pasteur, all'epoca il principale centro mondiale di ricerca batteriologica. Nel tempo libero dalla biblioteca, Haffkine suonava il violino o faceva esperimenti nel laboratorio di batteriologia.

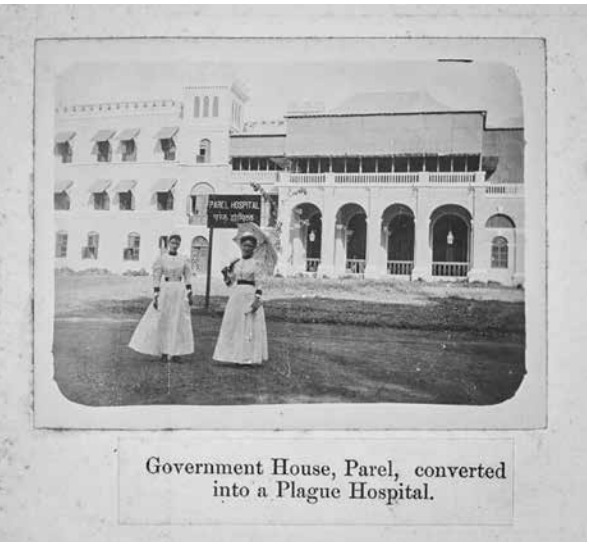
Basandosi sul lavoro di Pasteur e Jenner, Haffkine scoprì che inoculando ripetutamente i vibrioni del colera nella cavità peritoneale delle cavie - 39 passaggi in totale - poteva produrre una coltura del colera potenziata, che poteva poi attenuare usando il calore. Un'iniezione dei batteri attenuati, seguita successivamente da un'iniezione dei batteri potenziati, sembrava immunizzare le cavie contro un attacco letale della malattia. Fino a quel momento malattie come il colera erano state pensate in termini miasmatici (che viaggiavano con aria cattiva) e affrontate con quelle che il professor Chakrabarti chiama "cure ad ampio spettro" ("Metti qualcuno in un bagno e lo cuoci a vapore finché non è mezzo morto, o spruzza acido fenico ovunque."). Ma il lavoro di Haffkine e altri stava dando alla gestione della malattia un punto di svolta: un virus o un batterio poteva essere coltivato, attenuato e somministrato con precisione nell'organismo. Una settimana dopo il suo successo con le cavie a Parigi, Haffkine replicò i risultati con i conigli e poi i piccioni. Era pronto per un essere umano.

Il 18 luglio 1892, Haffkine rischiò la vita iniettandosi il colera attenuato. Soffrì di febbre per diversi giorni, ma si riprese completamente e quindi vaccinò tre amici russi e poi diversi altri volontari. Quando nessuno di essi manifestò reazioni peggiori, Haffkine si convinse di avere un vaccino valido per test più ampi. Ma aveva bisogno di un'alta prevalenza di colera per condurre studi su più vasta scala. Nel 1893, Lord Frederick Dufferin, allora ambasciatore britannico a Parigi ed ex viceré dell'India, venne a sapere degli studi di Haffkine e gli suggerì di andare in Bengala.

Dopo che gli esperimenti nelle *bustee* di Calcutta l'anno successivo ebbero prodotto risultati promettenti, Haffkine fu invitato dai proprietari delle piantagioni di tè in Assam a vaccinare i loro lavoratori. Haffkine condusse lì prove su larga scala su migliaia di lavoratori delle piantagioni, ma nell'autunno del 1895 contrasse la malaria e fu costretto a tornare in Inghilterra per curarsi. Secondo i suoi registri, a quel punto aveva vaccinato quasi 42.000 persone contro il colera.

Haffkine osservò in seguito che mentre il suo vaccino sembrava ridurre i casi, non sembrava ridurre la mortalità in coloro che erano stati infettati. Quando tornò in India nel 1896, pensò di colmare questa lacuna sperimentando una nuova formula bivalente che aveva sviluppato. Ma c'era un problema più urgente a Bombay che avrebbe allontanato Haffkine dal colera per sempre. La terza pandemia di peste del mondo iniziò nello Yunnan, in Cina nel 1894. Si diffuse fino a Hong Kong britannica e da lì con nave mercantile alla vivace metropoli costiera di Bombay in quella che allora era l'India britannica, dove il primo caso fu scoperto nel settembre 1896 presso l'alloggio di un mercante di cereali nel porto della città. All'inizio il governo britannico sottovalutò la gravità dell'epidemia, desideroso com'era di mantenere vivi gli affari di una città portuale chiave. Ma la malattia dilagò nei bassifondi di Bombay con un tasso di mortalità quasi doppio di quello del colera e il numero dei morti aumentò vertiginosamente. Il governatore si rivolse a Haffkine per chiedere aiuto. Haffkine si recò a Bombay, dove fu sistemato in una piccola stanza e in un corridoio, con un impiegato e tre assistenti inesperti, e incaricato di creare il primo vaccino contro la peste al mondo da zero. "Non aveva molto in termini di spazio, forza lavoro o strutture, ma era la prima volta che lavorava in modo indipendente e aveva il suo laboratorio", scrive Chandrakant Lahariya, epidemiologo di Delhi. "Sapeva che lo sviluppo di un vaccino contro la peste a un ritmo record lo avrebbe reso uno scienziato leader del suo tempo".

Haffkine lavorò instancabilmente quell'inverno. Scoprì che inseminando i bacilli della



Government House, Parel, converted into a Plague Hospital.

peste in un brodo nutriente a cui aveva aggiunto una piccola quantità di burro chiarificato o olio di cocco, i bacilli formavano una caratteristica crescita a stalattite, creando microbi e prodotti tossici a latere. Stava usando lo stesso approccio che aveva ideato per il nuovo trattamento del colera, combinando i microbi con i loro prodotti tossici per produrre un vaccino a dose singola. A dicembre, Haffkine inoculò con successo i conigli contro un attacco di peste, e nel gennaio 1897 era di nuovo pronto per provare un vaccino contro una malattia mortale su un essere umano. Il 10 gennaio 1897, Haffkine si iniettò 10 cc del suo preparato, una dose significativamente più alta rispetto ai 3 cc che prevedeva di utilizzare in test più ampi. Soffrì di febbre alta, ma si riprese dopo diversi giorni.

Alla fine di quel mese, si verificò un'epidemia di peste presso la *Byculla House of Correction* di Bombay - una prigione che ospitava centinaia di detenuti - e Haffkine andò là per eseguire test controllati. Inoculò 147 prigionieri e ne lasciò 172 non trattati. Si ebbero 12 casi e sei decessi tra i non trattati e solo due casi e nessun decesso tra i trattati. L'apparente successo nella prigione di Byculla innescò una rapida espansione della produzione e dei test e Haffkine fu trasferito dal suo piccolo laboratorio dapprima in un *bungalow* di proprietà del governo, e poi in un vasto locale di proprietà del leader spirituale Aga Khan, che si offrì anche volontario assieme a migliaia di membri della sua comunità *Khoja Mussulman* per l'inoculazione. In un anno, centinaia di migliaia di persone furono inoculate con il vaccino di Haffkine, salvando un numero incalcolabile di vite. Egli fu nominato cavaliere dalla regina Vittoria e nel dicembre 1901 fu nominato direttore in capo del laboratorio di ricerca sulla peste alla *Government House* di Parel, Bombay, con nuove strutture e uno staff di 53 persone. Fu allora che avvenne il disastro.

Nel marzo 1902, nel villaggio di Mulkowal nel Punjab, 19 persone morirono di tetano dopo essere state inoculate con il vaccino di Haffkine. Gli altri 88 vaccinati quel giorno stavano invece bene. Tutte gli indizi sembravano condurre ad una contaminazione fatale del flacone 53N, preparato 41 giorni prima presso il laboratorio di Parel (occorre qui tuttavia segnalare che il batteriologo indiano HI Jhala faceva riferimento al flacone 63N nel suo bellissimo articolo del 1967 intitolato *WMW Haffkine, bacteriologist-A great saviour of mankind;* n.d.t.). Una commissione del governo indiano incaricata delle indagini scoprì che Haffkine aveva cambiato la procedura per sterilizzare il vaccino contro la peste, usando il calore invece dell'acido fenico perché questo ne accelerava la produzione. Il metodo del calore era stato utilizzato in sicurezza per due anni presso l'istituto Pasteur, riferimento di livello mondiale, ma non era familiare agli inglesi e nel 1903 la commissione concluse che il flacone 53N doveva essere stato contaminato nel laboratorio di Haffkine a Parel. Haffkine venne licenziato dal ruolo di direttore del laboratorio per la lotta alla peste e messo in congedo dal servizio civile indiano.

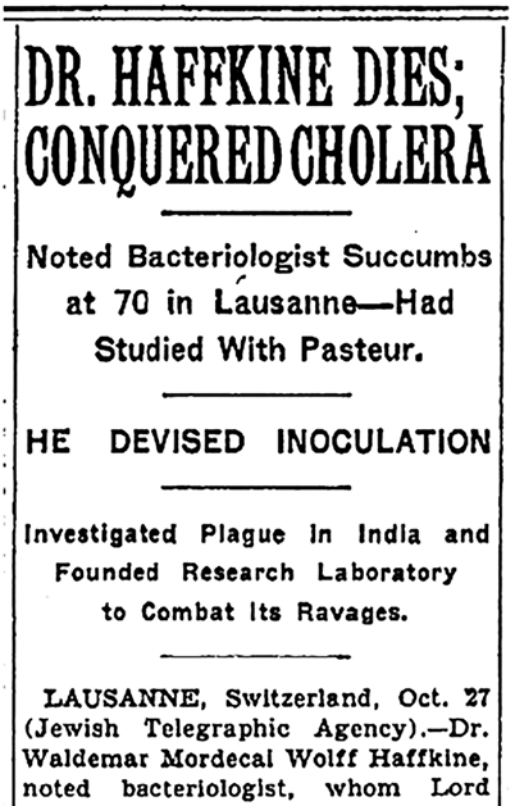
Caduto in disgrazia per il verdetto, Haffkine lasciò l'India e si recò a Londra. Aveva sviluppato un vaccino contro la peste a velocità eroica ed era stato nominato cavaliere dalla regina, ma improvvisamente si ritrovò emarginato. Era una situazione non del tutto nuova per lui. "C'erano molti pregiudizi a quei tempi, molti pregiudizi", afferma la dott. ssa Barbara Hawgood, una docente che ha pubblicato un articolo sulla carriera di Haffkine. "Non era medico, quindi non era uno di loro. C'era molta arroganza a riguardo." Eli Chernin, un professore di salute pubblica

di Harvard che ha studiato la corrispondenza di Haffkine, scrive che "non era evidente dagli archivi che Haffkine fosse apertamente vittima dell'antisemitismo", ma sarebbe "ingenuo pensare che la burocrazia edoardiana fosse del tutto indifferente dal fatto che Haffkine fosse ebreo". Haffkine affrontò inoltre battaglie più piccole e private, secondo Chernin, faticando ad esprimersi fluentemente in inglese. Dietro le lettere che scrisse durante questo periodo, anche ai suoi amici, c'erano bozze che erano "ammassi quasi indecifrabili di scarabocchi, sovrascritture e cancellature, tutti in seguito accuratamente trascritti".

Nel 1904, due anni dopo la sospensione di Haffkine, la peste raggiunse il suo apice in India, uccidendo 1.143.993 persone in quell'anno. Il vaccino di Haffkine era la "principale linea di difesa", secondo la Hawgood, ma il suo creatore era bloccato a Londra a darsi da fare per riabilitare il proprio nome.

Quattro anni dopo i fatti di Mulkowal, nel 1906, il governo indiano pubblicò finalmente gli atti dell'inchiesta che riteneva Haffkine colpevole. Dopo aver letto la mole di documenti, WJ Simpson, professore al King's College di Londra, scrisse una lettera al *British Medical Journal* sostenendo appassionatamente che le prove indicavano una contaminazione accidentale del flacone 53N nel centro di vaccinazione in Punjab. In primo luogo, scriveva, non si era avvertito alcun odore all'apertura del flacone, mentre una coltura matura del tetano avrebbe prodotto un odore sgradevole e caratteristico. In secondo luogo, quando il flacone fu esaminato 15 giorni dopo, c'erano solo scarse tracce del tetano. "Se il flacone fosse stata contaminato a Bombay", la commissione "avrebbe trovato nel sedimento del flacone una coltura arricchita anziché debole", scrisse Simpson. In terzo luogo, il tetano si manifestò gradualmente nelle 19 persone che morirono, in un periodo compreso tra 7 e 10 giorni, indicando una bassa carica microbica nel giorno dell'inoculazione. In presenza di una coltura ben sviluppata nel flacone "sarebbero stati colpiti da una forma fulminante di tetano". Ma l'aspetto di maggior importanza è che i documenti rivelavano che l'assistente che aprì il flacone 53N (il medico inglese Elliot; n.d.t.) aveva lasciato cadere le sue pinze a terra omettendo poi di sterilizzarle correttamente prima di usarle per rimuovere il tappo di sughero del flacone. Haffkine ha subito una "grave ingiustizia", concluse Simpson. Dopo la pubblicazione della sua lettera, altri sposarono la causa di Haffkine. In quattro feroci lettere al *Times* ("lettere roventi", le chiamava lui), il premio Nobel Ronald Ross accusava gli inglesi di "disprezzo per la scienza" e ammoniva che se la decisione contro Haffkine non fosse stata annullata, il governo indiano sarebbe stato colpevole di una "grossolana ingratitudine a uno dei suoi più grandi benefattori". Ross lanciò anche un altro avvertimento, che risuona ancora oggi: che se la conclusione fosse rimasta a favore della contaminazione in laboratorio del flacone 53N, essa avrebbe potuto minare la fiducia del pubblico nei vaccini in un momento in cui almeno 50.000 persone morivano ogni settimana a causa della peste.

Haffkine fu finalmente scagionato nel novembre 1907, dopo che la campagna di Simpson e Ross era giunta fino al parlamento



DR. HAFFKINE DIES; CONQUERED CHOLERA

Noted Bacteriologist Succumbs at 70 in Lausanne—Had Studied With Pasteur.

HE DEVISED INOCULATION

Investigated Plague in India and Founded Research Laboratory to Combat Its Ravages.

LAUSANNE, Switzerland, Oct. 27 (Jewish Telegraphic Agency).—Dr. Waldemar Mordecai Wolff Haffkine, noted bacteriologist, whom Lord

britannico. Haffkine ottenne il permesso di tornare a lavorare in India e assunse volentieri il ruolo di direttore del *Calcutta Biological Laboratory*. Ma la sua redenzione era incompleta: gli era stato proibito di condurre qualsiasi studio in vivo, dovendosi limitare alla ricerca teorica. "Tutto il carico della ingiusta punizione per Mulkowal grava su di me come prima", scrisse in una lettera desolata a Ross. "In ogni occasione, nella stampa e nei discorsi, viene ripetuto e mantenuto attuale che ero e sono responsabile del caso".
I sette anni successivi furono un periodo di inattività per Haffkine. Dei 30 articoli scritti nella sua vita, solo uno fu pubblicato tra il 1907 e il 1914. Tornò brevemente allo studio del colera e si interessò allo sviluppo di un nuovo vaccino "devitalizzato" (un metodo che sarebbe poi stato ampiamente utilizzato) ma le sue reiterate richieste al governo indiano di condurre sperimentazioni sul campo furono respinte. Nel 1914, all'età di 55 anni, Haffkine si ritirò dal servizio civile indiano e lasciò il paese. Il disastro di Mulkowal era stato impresso in modo indelebile su di lui e gli aveva nuociuto permanentemente.
"Mulkowal è la fine della storia", ha detto Pratik Chakrabarti. "Connota pesantemente la sua eredità. Lasciò l'India abbattuto e non è un personaggio pubblico. Si sono perse le sue tracce nella storia". Haffkine "dovrebbe essere molto più noto", ha detto Barbara Hawgood. "Era davvero un insigne batteriologo." Tra il 1897 e il 1925, 26 milioni di dosi del vaccino anti-peste di Haffkine furono inviate da Bombay. I test sull'efficacia del vaccino dimostrarono una riduzione della mortalità tra 50% e 85%. Ma il "numero di vite salvate è inestimabile" secondo la Hawgood. "I numeri sono semplicemente enormi".
Haffkine tornò in Francia e dedicò la sua vita alla fede, diventando sempre più ortodosso e creando una fondazione per promuovere l'istruzione ebraica nell'Europa orientale. Non si sposò e visse i suoi ultimi anni da solo a Losanna, in Svizzera. Era un "uomo erudito, solitario, bello e di poche parole, che è rimasto scapolo", scrisse di lui il batteriologo indiano HI Jhala.
Haffkine morì a Losanna nel 1930, all'età di 70 anni. Un breve necrologio diffuso dall'Agenzia telegrafica ebraica notò che il suo vaccino contro la peste era stato "adottato in tutta l'India" e il suo laboratorio aveva "inviato molte migliaia di dosi a vari paesi tropicali". L'avviso citava anche Lord Lister, il grande batteriologo britannico e pioniere della chirurgia antisettica, che definì Haffkine, semplicemente, "il salvatore dell'umanità".
Il laboratorio di due stanze in cui Haffkine sviluppò per la prima volta il suo vaccino contro la peste fa ora parte del *Grant Medical College* e del *Sir JJ Group of Hospitals, Mumbai*. Più di cento anni dopo la svolta di Haffkine, l'ospedale è nuovamente in prima linea nella lotta dell'India contro un'altra pandemia: il nuovo coronavirus.
"Ha ispirato tanti scienziati a intraprendere la ricerca sui vaccini all'inizio del XX secolo, ma in qualche modo i suoi contributi sono stati dimenticati", ha detto il dott. Lahariya. "Non dovremmo mai dimenticare che Haffkine ha realizzato un vaccino efficace in un laboratorio di due stanze con un *team* molto piccolo. È quasi incredibile".
Il nome di Haffkine sopravvive in bella luce almeno in un posto. Nel 1925, cinque anni prima della sua morte, il governo indiano subì pressioni da alcuni dei suoi sostenitori per ribattezzare il laboratorio Parel *"The Haffkine Institute"*. Così fecero e il nome è rimasto fino ad oggi. Quando Haffkine ricevette una lettera che lo informava del cambiamento, scrisse all'allora direttore del laboratorio tenente colonnello Mackie e al suo gruppo, senza mostrare alcuna traccia di amarezza dei molti anni trascorsi all'ombra di Mulkowal. "Sono molto grato al Col. Mackie per il nome dato al Parel Laboratory", scrisse Haffkine. "Il lavoro a Bombay ha assorbito i migliori anni della mia vita e non ho bisogno di spiegare quanto mi senta connesso a tutto ciò. Auguro prosperità all'Istituto come centro attivo di lavoro per conto dell'organizzazione sanitaria del paese, e benedico tutto il suo staff".

** Professore associato,*
Direttore f.f. U.O. di Gastroenterologia
ed Endoscopia Digestiva UNIBO/AUSL di Imola
pietro.fusaroli@unibo.it

CLINICADOMICILIO

Eseguiamo radiografie ed ecografie a domicilio a Bologna e provincia

Per le radiografie è obbligatoria la prescrizione del medico

SEMPLICE E VELOCE SENZA LISTA D'ATTESA
SCEGLI IL GIORNO E IL LUOGO PER IL TUO ESAME. AL RESTO CI PENSIAMO NOI

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

Il servizio è attivabile su tutta la provincia di Bologna.

REFERTO GARANTITO IN SOLE **24** ORE

NUMERO VERDE - 800100670

800100670 clinicadomicilio.it clinica domicilio

CONSORZIATA COLIBRÌ

CERTIFICATA

Aut.San. PG.N. 25139/2017

La morte per setticemia di Giovanni dalle Bande Nere

L'avvento delle armi da fuoco nel XVI secolo in Italia

Sergio Sabbatani*

Il contesto storico e la figura di Ludovico di Giovanni de' Medici (I° Parte)

L'inizio dell'Età Moderna viene fatto risalire al XVI secolo in coincidenza con due grandi avvenimenti: la Riforma protestante, con la rottura dell'unità religiosa che innescò scontri feroci con i cattolici in tutta Europa, e le grandi scoperte geografiche che, come scrive Jacques Le Goff «ambiano in maniera radicale il posto dell'Europa nel Mondo» (1).

Coincide con questo periodo l'invenzione di nuovi mezzi bellici, che consentendo l'attivazione di potenziali offensivi straordinari fecero, dell'Italia, con le loro prime apparizioni, un campo di battaglia con caratteristiche inedite. Questi conflitti, chiamati dagli storici Guerre d'Italia[1], portarono il nostro Paese, dopo la splendida stagione dei Comuni e delle Signorie, ad una progressiva decadenza. Per più di 350 anni potenze straniere organizzate politicamente e militarmente, a fasi alterne, predominarono in Italia. Inoltre le corone di Spagna, Francia e Austria, attraverso la diplomazia e i matrimoni con le casate italiane fiorite nel Rinascimento riuscirono a mantenere, sfruttando anche gli orgogliosi campanilismi, il Paese diviso. Questa negativa fase storica fu interrotta solamente nel periodo rivoluzionario-napoleonico, tra il 1789 e il 1815, concludendosi, grazie alla riscossa risorgimentale, nel biennio 1859-1860 con la nascita del Regno d'Italia.

Nel XVI secolo protagonisti di primo piano di questa fase politica convulsa furono il Regno di Francia con il suo Sovrano Francesco I di Valois (1494-1547) salito al trono nel 1515 e l'Impero di Germania con Carlo V d'Asburgo (1500-1558) eletto Imperatore nel 1519.

Nei primissimi anni del suo regno Francesco I, che aveva ereditato dal sovrano francese Carlo VIII (1470-1498) un forte interesse per la penisola italiana, stringendo accordi con il papa mediceo Leone X, Giovanni de' Medici (1475-1521) – figlio di Lorenzo il Magnifico (1449-1492) – si propose di guadagnarne l'egemonia sul Nord Italia attraverso la conquista del ducato di Milano. Era inevitabile che prima o poi le sue mire aggressive si sarebbero scontrate con la super potenza dell'epoca, ovvero con l'Impero di Carlo V. L'imperatore, attraverso un complesso innesco di eredità famigliari materne e paterne, risultava essere anche il re di Spagna e, grazie alle conquiste americane, l'estensione dei suoi dominii faceva di lui «il sovrano di un impero ove il sole non tramontava mai».

Come anticipato il terreno dello scontro era il Nord Italia in quanto il declino della Signoria degli Sforza e l'ascesa del ruolo egemone francese aveva aperto le porte della penisola, sempre divisa, in una moltitudine di stati (figura 1). Il re di Francia, vincitore nel 1515 della battaglia di Melegnano, possedeva in quel momento il primato, ma la supremazia nel 1526 fu messa in discussione pesantemente a seguito della famosa battaglia di Pavia ove venne duramente sconfitto, nelle due giornate del 23-24 di febbraio, dall'esercito imperiale. Ricordiamo che in questa battaglia venne fatto prigioniero lo stesso re di Francia Francesco I.

Non è interesse di questo contributo entrare nel merito di quelli che furono i complessi risvolti che segnarono le vicende politiche e militari dell'Europa e più in particolare dell'Italia. Il primo venticinquennio del XVI secolo coincide con il crepuscolo di quel torbido ed intrigante periodo in cui l'Italia fu percorsa e sconvolta

[1] Le Guerre d'Italia furono una serie di otto conflitti, combattuti prevalentemente sul suolo italiano nella prima metà del secolo XVI; iniziarono nel 1494 con la discesa di Carlo VIII in Italia, con la presa di Roma e Napoli e terminarono nel 1559 con la pace di Cateau-Cambresis, ove i delegati delle monarchie francesi e spagnole si accordarono dopo un sessantennio di guerre ininterrotte.

Situazione geo-politica degli Stati italiani intorno al 1515 (anno d'incoronazione di Francesco I) e dopo le invasioni di Carlo VIII e Luigi XII di Francia.

dalle bande armate di soldati mercenari chiamate Compagnie di Ventura. Queste consorterie, guidate da uomini d'arme, i capitani di ventura, già nel secolo precedente erano state al soldo dei diversi Signori italiani. Non raramente gli stessi capitani, grazie alle loro capacità, erano divenuti padroni di possedimenti, stabilendo la loro personale signoria su territori, anche geograficamente distanti fra loro, contribuendo così ulteriormente alla frammentazione politica del nostro Paese. Seguendo l'esempio delle grandi famiglie (Medici, Sforza, Visconti) e dello stesso capo della Chiesa erano in alcuni casi diventati ricchi mecenati, un celebre esempio per tutti fu Federico II da Montefeltro (1422-1482), il Conte-Duca. Questi nuovi signori avevano tutti la stessa caratteristica: erano disposti a cambiare partito e a schierarsi, in base alle opportunità economiche e ai possibili vantaggi politici del momento, con l'uno o con l'altro contendente e, si noti bene, tale attitudine si poteva manifestare anche nel corso dello stesso conflitto. Sensibili al soldo, dovevano tutelare anche gli interessi dei loro soldati – si trattava spesso di uomini poco avvezzi alla disciplina – che nel corso del conflitto erano propensi a compiere razzie, invisi alle popolazioni delle città e delle campagne per queste abitudini, ricorrevano facilmente al terrore, incoraggiati dagli stessi comandanti.

Per meglio inquadrarne le caratteristiche è interessante chiedersi come si erano andate formando in Italia queste consorterie militari? Nel secolo precedente i Signori italiani avevano mostrato chiaramente all'Europa quanto erano divisi. Ma se in Toscana il conflitto fra Firenze e Siena ne costituisce l'esempio paradigmatico, non si devono dimenticare anche all'interno delle stesse città gli scontri tra i partiti; queste contrapposizioni faziose, costituite sulla base di alleanze famigliari, avevano raggiunto livelli di ferocia inaudita, come durante la congiura dei Pazzi di Firenze (1469-1481). Sulla spinta di questa diffusa conflittualità, continuando la tradizione medievale, con relativa frequenza i cadetti delle diverse famiglie abbracciavano la carriera delle armi. In alternativa entravano, anche nel rispetto delle diverse predisposizioni individuali, nel mondo ecclesiastico, particolarmente sensibile all'influenza delle famiglie importanti e nel mondo della diplomazia che all'epoca, visto la frammentazione dei centri di potere, si muoveva negli stretti e tortuosi corridoi dell'intrigo. Come

già detto coloro che avevano scelto il *mestiere delle armi*, con sempre maggiore frequenza, assecondando ora un Signore ora l'altro, miravano in tutti i modi, leciti e illeciti – non si disdegnava il veleno e l'omicidio a tradimento e in questo senso si pensi alle pratiche criminali di Cesare Borgia detto il Valentino (1474-1507) – oltre che a guadagnare la mercede per pagare gli accoliti, ad un progetto più ambizioso, ovvero a costruire un loro potentato. In questo contesto caratterizzato da intrighi e tradimenti gli stati italiani egemoni – la Repubblica di Venezia, lo Stato del Papa – le Signorie di Firenze e Milano si fronteggiavano in un equilibrio fragile che avrebbe finito per aprire definitivamente le porte d'Italia agli stranieri.
La dinastia medicea di Firenze, contrapponendosi a Venezia, grazie anche alle sue relazioni con i pontefici, – in due occasioni riuscì ad imporre suoi membri[2] – costituiva l'ago della bilancia di questo sottile gioco politico-militare oltre modo complesso. Le banche di Firenze, ma non dimentichiamo dal 1554 anche di Siena[3] erano l'arma più incisiva della politica medicea; da Firenze partivano i finanziamenti destinati a sostenere i conflitti dei Re di Francia. Questa capacità finanziaria diede ovviamente grandi frutti, tanto da portare nel corso del XVI secolo una bisnipote di Lorenzo de Medici, Caterina (1519-1589) a sposare Enrico II di Francia (1519-1559) divenendo regina regnante dal 1547 al 1589.
Questo scenario politico rendeva l'Italia, all'inizio del Cinquecento, come già anticipato, fragile, frammentata e già sotto parziali influenze straniere (figura 1). Però le condizioni delle città continuavano ad essere prospere, grazie all'onda lunga del Rinascimento, con la ricchezza culturale espressa nelle arti, unitamente ad un clima più mite, favorente le attività umane, rispetto a quello continentale. Gli eserciti di oltralpe, al soldo dei sovrani di regni consolidati, erano sempre più desiderosi di mettere mano sulle ricchezze accumulate nelle città italiane. Questo desiderio di conquista era rivolto, in particolare verso Roma; ricordiamo che i papi, con la pratica della simonia, da secoli esercitata ma nel Rinascimento esplosa scandalosamente, avevano concentrato in Roma ricchezze enormi.

Amputazione di gamba al di sotto del ginocchio (da Hans Gersdorf *in De chirurgia castrense*, Francoforte, 1527).

È noto che la simonia, con il nepotismo e la vita secolare praticata dal clero romano costituivano un grave scandalo per le coscienze dei cristiani e arrecavano un danno immenso all'immagine della Chiesa Italiana agli occhi dei popoli d'oltralpe. Quella che genericamente viene chiamata la corruzione della Chiesa costituì infine il più importante fattore destabilizzante europeo degli anni a cavaliere tra XV e XVI secolo. Il 31 ottobre del 1517, il monaco agostiniano Martin Lutero (1483-1546) affisse presso la porta dell'abbazia di Wittemberg 95 enunciati contro le indulgenze papali mettendo in discussione l'infallibilità del papa e tutto il sistema della Chiesa Cattolica Romana. Si innescò, con questo atto di ribellione a Roma, la Riforma Protestante che accese conflitti religiosi in tutta Europa, oltre che determinare un profondo processo di rinnovamento etico, religioso e sociale.
Sommariamente questo era il contesto in cui versava l'Italia; in questa fase storica nel nostro Paese esplosero in anticipo le contraddizioni che

[2] Il primo fu Giovanni dè Medici (Leone X) a cui seguì alla sua morte, nel 1529, Clemente VII (Ippolito dé Medici). Oltre a due papi i Medici riuscirono ad imporre, nel periodo che va dal 1488 al 1594, ben 18 cardinali.
[3] Siena si contrappose aspramente a Firenze fino al 1554 quando, sconfitta, venne assoggettata al potere mediceo.

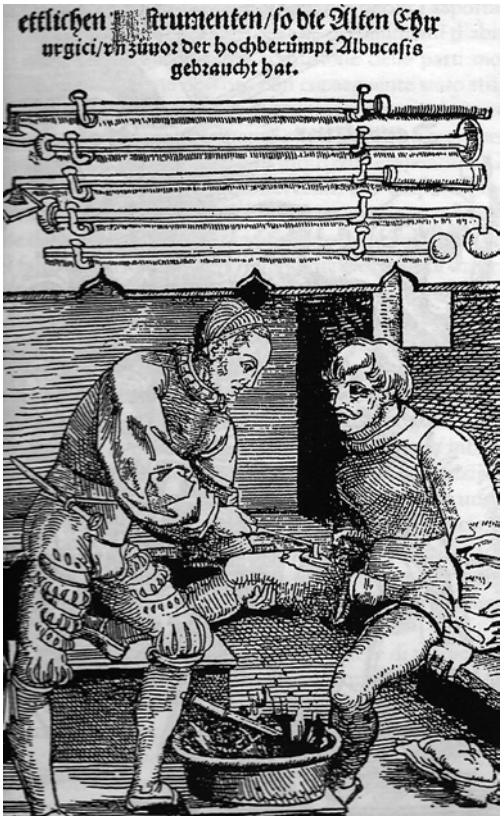
in seguito emersero in tutta Europa a causa dei contrasti religiosi.
L'introduzione delle armi da fuoco, nel contesto delle guerre combattute nei primi decenni del XVI secolo, incise significativamente sulle caratteristiche e sulle modalità dello scontro bellico tra gli eserciti d'oltralpe: le milizie armate dalle signorie e le truppe mercenarie che si affrontavano nei campi di battaglia (2). Paradossalmente in Italia (anche grazie alle notevoli capacità finanziarie delle Signorie) si esperimenta la guerra di logoramento. In questa fase, la tattica militare è prevalentemente indirizzata nel dilazionare sul lungo periodo il confronto, non raramente, si ricorre agli assedi delle città, delle rocche e castelli posti a controllo di valichi e accessi alle valli. Questa modalità di scontro militare, che è caratterizzata dal protrarsi delle attività belliche sul medio-lungo periodo, costituisce l'evoluzione del precedente conflitto guerreggiato, ove gli eserciti si affrontavano frontalmente con battaglie e scontri temporalmente brevi ma estremamente cruenti[4] (2). Ora i combattenti oltre che alle piche, alle alabarde, alle spade, alle mazze, alle balestre ed alle frecce scoccate dagli arcieri, armi affidate alla destrezza ed al coraggio di fanti e cavalieri, tutti ancora provvisti di pesanti corazze come nel Medio Evo, ricorrevano alle nuove armi da fuoco: archibugi, moschetti, falconetti e falconi. Questo nuovo modo di esercitare il *mestiere delle armi* prevede una certa disciplina in genere maggiormente garantita dalle formazioni d'oltralpe, mentre le milizie italiane erano poco inclini a proporsi con questa caratteristica, nei tempi nuovi era diventata indispensabile (3). Il Macchiavelli ebbe modo di lagnarsi in più occasioni di questo difetto delle truppe italiane, ma stimava particolarmente il giovane Condottiero Giovanni dalle Bande Nere perché aveva dimostrato capacità di comando su truppe che aveva reso disciplinate ed affidabili(4).
Mallet nel suo *Signori e Mercenari* scrive che già Niccolò Macchiavelli (1483-1546) nella sua opera *Dell'Arte della Guerra* aveva visto che «le dimensioni della guerra erano mutate» (5). Il segretario mediceo aveva intuito, prima degli altri, che in Italia si facevano le prove generali, sperimentali, di una mutazione bellica di ben più vasta portata: «furono infatti le dimensioni delle guerre d'Italia ad avere un'incidenza decisiva sul modo di fare la guerra in Europa» (5).
In conclusione con la scoperta della polvere pirica e conseguentemente delle armi da fuoco si passa dallo scontro medievale cavalleresco e "romantico" ad un conflitto senza esclusione di colpi più strategico, di lungo periodo, fatto di colpi di mano, di imboscate, di volta faccia e tradimenti, in genere poco incline a riconoscere i valori tradizionali di origine medievale della cavalleria. Tutto ciò avrà un riflesso sempre più drammatico, con l'aumento di affidabilità e precisione delle nuove armi, sul rischio di perire sul campo di battaglia. L'introduzione delle armi da fuoco cambierà definitivamente i valori a confronto, non sarà più la cavalleria, più o meno pesante, a dettare le regole del gioco, ma la fanteria, attrezzata con gli archibugi e con i moschetti. Con l'introduzione dei primi pezzi di artiglieria, falconetti e falconi, il contendente che era in grado di schierare questo tipo d'armamento pesante, anche se inizialmente non molto efficiente, avrebbe comandato il gioco nella guerra combattuta nel XVI secolo (2). La capacità potenziale di affrontare le mura di cinta con nuove armi dirompenti obbliga gli architetti a cercare nuove soluzioni architettoniche ed anche le mura merlate vengono provviste di armi da fuoco (colubrine e falconi); gli eserciti quando sono costretti sulla difensiva si arroccano, mentre i territori circostanti vengono abbandonati, per lungo tempo, alle scorrerie dei cavalieri e delle colonne di fanti. Gli eserciti invasori non raramente saccheggiano i territori sguarniti e le popolazioni contadine indifese pagano il prezzo più alto.
Quali sono i riflessi di tutto ciò sulla cura dei feriti ora vittime non più solo delle armi da taglio – i cui fendenti quando non uccidevano istantaneamente presentavano comunque un alto rischio d'infezione – ma anche delle armi da fuoco? Come scrive Giorgio Cosmacini nel suo volume Guerra e Medicina «La svolta impressa dalle bocche da fuoco alla chirurgia militare prelude già a una stabile organizzazione del servizio sanitario in guerra ... È la gravità e profondità delle lesioni, il decorso vario e spesso singolare dei proiettili attraverso i tessuti, lo stritolamento e talora l'asportazione di interi segmenti d'arto, la penetrazione di frammenti d'abito nel tragitto della ferita, l'attrito e la contusione delle parti molli, la commozione del sistema nervoso

[4] Per maggiori approfondimenti sulle modalità dell'evoluzione del conflitto in Italia si veda il volume di Piero Pieri "Il Rinascimento e la crisi militare italiana" (2).

con conseguente stato stuporoso che rappresentano un complesso di fenomeni nuovi e imprevisti e costituiscono altrettante circostanze che richiedono nuovi metodi di applicazione e un più razionale indirizzo terapeutico. Da ciò l'impellente necessità di grandi interventi, e le amputazioni, che dapprima si praticavano eccezionalmente, sono per conseguenza imposte dalla gravità delle lesioni prodotte dalle nuovissime armi5» (3).

La figura di Giovanni dalle Bande Nere

Il celebre e "...celebrato"[6] Capitano di ventura Giovanni dalle Bande Nere (Ludovico di Giovanni de' Medici) nacque a Forlì il 6 aprile 1498; la madre fu Caterina Sforza (1463-1509), figlia illegittima di Galeazzo Sforza e signora di Imola e Forlì. Il padre Giovanni, chiamato il Popolano (1467-1498), apparteneva alla famiglia dei Medici, era giunto alla corte di Forlì come ambasciatore di Firenze, ma morì molto presto, nel settembre del 1498. Caterina nel 1499, prima dell'attacco delle forze franco-papali guidate da Cesare Borgia a Forlì, trasferì il figlio a Firenze, ove lo raggiunse nel luglio 1501, costretta dal Valentino a rinunciare ad ogni pretesa sui suoi possedimenti. La prima infanzia del fanciullo fu condizionata da problemi collegati a battaglie legali per eredità e da beghe famigliari con lo zio Lorenzo; per questo motivo fu fatto rapire e rinchiuso nel convento di S. Vincenzo a Firenze. Con la morte dello zio, nel 1503, la madre Caterina lo poté di nuovo avere con sé e si potette dedicare alla sua educazione. Il tratto di personalità della madre era piuttosto volitivo e appartenendo ad una casata a spiccate propensioni militari il giovane Giovanni[7] fu forgiato sin dall'infanzia su



Applicazione di cauterio a una ferita d'arma da fuoco (da Hans Gersdorf in De chirurgia castrense, Francoforte, 1527).

questi valori. Caterina morì il 28 maggio 1509 e Giovanni venne affidato a Iacopo Salviati, membro di una delle famiglie più antiche e potenti di Firenze e della moglie Lucrezia, figlia di Lorenzo il Magnifico.

Giovanni già nell'adolescenza dimostrò un comportamento rissoso e violento, amava le armi, tendeva però anche alla dissolutezza, era dedito al gioco e frequentava volentieri le donne di malaffare; per questi motivi fu costretto per lunghi periodi fuori da Firenze, nonostante la protezione del Salviati (6, 7).

Nel 1512 con il ritorno dei Medici a Firenze e grazie alle protezioni di cui godeva ritrovò una collocazione nella Città. Precocissimo già a 18 anni ebbe il suo battesimo del fuoco nella guerra di Urbino, comandando una compagnia di cavalleggeri. Lo stesso anno sposò Maria (1499-1543), la figlia di Iacopo Salviati e Lucrezia Medici, da questa unione nacque il 15 giugno del 1519 il loro unico figlio Cosimo (1519-1574), che divenne in seguito granduca di Firenze.

---

[5] Citazione tratta dal volume di Giorgio Cosmacini: Guerra e medicina" (3).

[6] La storiografia su Giovanni dalle Bande Nere è particolarmente ricca, già dopo la sua morte, durante la vita di suo figlio Cosimo I dé Medici (1519-1574), I granduca di Toscana, molti si adoperarono per celebrarlo con intenti agiografici. In seguito, nel XIX secolo, durante l'epopea risorgimentale si osservò una ripresa di scritti tesi a dimostrare che Giovanni era stato l'antesignano degli eroi e dei martiri che si battevano per la libertà italiana. In fine anche durante il ventennio fascista al Condottiero si vollero attribuire (strumentalmente) quelle stesse doti di volitività e combattività che il regime richiedeva agli italiani in vista di quelle guerre in Spagna, in Etiopia e II conflitto mondiale ove sarebbero stati trascinati (6).

[7] In realtà era stato battezzato con il nome di Ludovico, ma la madre alla morte improvvisa del padre Giovanni volle che ne assumesse il nome (7).

La figura illustra le modalità di esecuzione di un intervento chirurgico in caso di ferita da arma da fuoco. Su un tavolo operatorio il paziente viene tenuto da due assistenti e il chirurgo interviene sulle ferite, sostituendo la cauterizzazione dei vasi con la loro legatura con l'obbiettivo di controllare l'imponente emorragia dall'arteria femorale.

Nel biennio successivo lo zio Leone X lo utilizzò per sottomettere nuovamente alcuni elementi nobili riottosi che si muovevano in maniera autonoma nello stato della Chiesa. Giovane uomo piuttosto irrequieto si fa ancora notare per la sua irascibilità e rissosità, tra Roma e Firenze partecipa a duelli e agguati violenti riuscendo sempre ad uscirne con successo; il suo biografo Giovangirolomo De' Rossi gli attribuisce un grande coraggio, poteva contare su un fisico robusto, allenato fin dall'infanzia per espressa volontà della madre, all'uso delle armi ed alla disciplina militare.
Nel 1521 partecipa all'invasione del Ducato di Milano, allora sotto il controllo francese. È in questa fase che Giovanni comincia a dimostrare anche quelle notevoli capacità tattiche militari che gli furono riconosciute già dai contemporanei e che in seguito furono esaltate dai suoi biografi anche se a volte con intenti agiografici (6). È comunque unanimamente riconosciuto che seppe inserirsi con successo in quel processo di modificazione del conflitto bellico, a cui abbiamo fatto cenno, che caratterizzò le guerre in Italia nella prima metà del Cinquecento (2, 6, 7). Come già anticipato in questo momento storico le modalità del conflitto cominciano a mutare: da una serie di battaglie campali ravvicinate spesso decisive, ad uno scontro ove prevalevano le manovre tattiche, con assedi, imboscate e piccole scaramucce tra retroguardie e avanguardie, in una modalità di conflitto che ricorda la guerriglia.

Dal punto di vista dell'*arte del comando* il Capitano di Ventura Giovanni seppe distinguersi per l'abilità tattica e lo spirito aggressivo con cui conduceva i suoi soldati[8], contando sulla sorpresa della cavalleria leggera (lancieri e archibugieri) e di una fanteria tattica cementata mediante gruppi ben organizzati, costituiti in maniera equilibrata da picchieri e tiratori (2, 6). Terminata la campagna del 1521 con un successo delle forze papali, lo stesso anno dopo la morte di Leone X venne meno il principale sostegno politico di Giovanni. All'inizio del 1522 il giovanissimo condottiero, non aveva ancora 23 anni, venne nominato per un breve periodo governatore delle truppe della Repubblica Fiorentina; ricordiamo che in quel momento Firenze era piuttosto indebolita a causa della scomparsa del papa mediceo.
Appena tre mesi dopo la necessità di garantire una paga ai suoi uomini – così in seguito difese questa scelta lo stesso Capitano – indusse Giovanni a passare nel campo avverso, ovvero dalla parte dei francesi, abbandonando i suoi precedenti alleati. Questa scelta costò molto al condottiero in termini d'immagine e alcuni dei suoi lo abbandonarono. I successivi avvenimenti bellici lo videro questa volta dalla parte dei perdenti, il 27 settembre del 1522, alla battaglia della Bicocca, i francesi furono sconfitti perdendo così nuovamente il controllo su Milano (8). Dopo questo rovescio Giovanni, che era imparentato con gli Sforza per parte di madre, decise di passare al loro servizio con un contratto di due anni. In questa fase il condottiero tentò di percorrere la strada di costruirsi un suo stato mediante acquisti di territori (Aulla in Lunigiana); la sua ambizione lo mise però in conflitto con la famiglia Malaspina, di antica stirpe longobarda, che governava su Massa. Nella prospettiva di allargare la sua zona d'influenza aveva dato in precedenza la protezione alla sorellastra Bianca Riario (1481-1522), che signoreggiava nel territorio

[8] Secondo alcuni biografi Giovanni fu un innovatore, dimostrando nella sua breve carriera una capacità strategica, mai praticata prima di Lui. Secondo altri Egli fu semplicemente un interprete di altissimo livello della scienza militare del suo tempo (6). Rimane comunque uno degli ultimi condottieri italiani che seppe meritarsi la stima ed il rispetto dei contemporanei. Macchiavelli e il Guicciardini lo stimavano e ed i suoi nemici lo temevano, da costoro era infatti chiamato il *gran diavolo (8)*.

di Reggio Emilia. Il tentativo di costruirsi una sua signoria naufragò rapidamente e nel 1525 Giovanni fu costretto a vendere Aulla, mentre le terre ed i titoli che gli erano stati assegnati dalle parti di Fano, nelle Marche, dal pontefice mediceo, andarono perduti nel succedersi convulso degli eventi che caratterizzarono i primi decenni del XVI secolo (6).

Nel 1523 Giovanni, che questa volta si trovava dalla parte imperiale vincente, si distinse nella difesa di Milano assediata dai francesi e l'anno seguente si distinse bloccando l'invasione di un esercito di mercenari svizzeri costituito da 3000 fanti, assoldati per tentare l'invasione del ducato in soccorso, questa volta, dei francesi. Ma bisogna ammettere che nella convulsa fase storica di cui stiamo trattando Giovanni si trovava completamente a suo agio; infatti grazie alla mediazione della moglie Maria Salviati e con i Medici rientrati in Firenze, si rimise al soldo dei fiorentini. Dopo il breve pontificato di Adriano VI (1459-1523), conclusosi con la sua morte il 14 settembre del 1523, fu rieletto un Medici, Giulio (1478-1534), che salì al soglio pontificio con il nome di Clemente VII il giorno 19 novembre del 1523.

Giovanni in questa occasione, seguendo il partito del nuovo papa filo francese, nel dicembre del 1524 al comando delle sue truppe si trovò nell'assedio di Pavia insieme ai francesi, mentre le truppe imperiali, comandate da Antonio di Leyva (1480-1536), si erano asserragliate all'interno delle mura (9).

Il suo principale biografo Giovangirolomo De' Rossi così spiega e giustifica la scelta del Condottiero di passare da un campo all'altro in questa (e noi aggiungiamo come in altre) occasioni: «Per lo che il signor Giovanni, mal trattato dagli imperiali e dal duca di Milano, per impotenza di danari, non gli avendo dato alcun incarico in tanta guerra, essendo egli sollecitato dal re di Francia si ridusse à servigi suoi una altra volta, con quattro mila fanti, quattrocento cavalieri, coll'ordine di San Michele, il quale è reputata gran dignità in Francia, e dodici mila scudi di piatto per la sua persona e duecento cavalli per lo conte di San Secondo suo nipote. Furono alcuni che lo biasimarono di questo, parendo loro che mutasse troppo spesso padrone, al che egli rispondeva non volere in alcun modo servire, sì come egli avea diterminato più volte, chi non lo pagava, perché altramente, parendogli che, come soldato, egli convenisse far così» (10).

Nel corso di questa nuova avventura giunsero i primi segnali del cambio di direzione di quella fortuna che lo aveva assistito, fin dall'adolescenza, quando passava incolume tra duelli selvaggi e agguati sanguinari. Il Capitano il 20 febbraio del 1525, durante una di quelle scaramucce che lo vedevano spesso vincitore e che caratterizzavano la sua tattica aggressiva antesignana della moderna guerriglia, venne infatti gravemente ferito alla gamba destra[9] sotto le mura di Pavia. L'arma da cui partì la palla che ferì Giovanni fu un archibugio[10] (figura 2); questo tipo di arma, a buon ragione, può essere definita la prima arma da fuoco portatile (11).

Pur nell'avversità dell'evento anche in questa occasione il Capitano fu fortunato. Le cure immediate del chirurgo ebreo Abramo Sciàngar-Arié (Portaleone) riuscirono a fargli superare l'iniziale fase critica, però lo costrinsero ad allontanarsi dal campo di battaglia ove, 4 giorni dopo, il 24 febbraio, i francesi furono sconfitti duramente dalle truppe imperiali. In questo infausto scontro gli uomini di Giovanni, privi del loro condottiero, furono travolti dalla sortita delle truppe asburgiche assediate all'interno della Città.

Il De' Rossi nella sua biografia dedicata al Condottiero mediceo Giovanni ci informa che dopo il ferimento: «Per lo che si fece portare nel parmigiano a i castelli della sorella, per andarsene, sì come fece, a Padova a' bagni per guarire.» (10). Dalla stessa biografia apprendiamo che il chirurgo ebreo Portaleone in occasione di questo incidente bellico riuscì ad ottenere la guarigione dell'arto ferito in circa due mesi. Non abbiamo informazioni dettagliate sulle condizioni dell'arto offeso ma è probabile che fosse interessato da un'infezione, seppure di modesta entità, visto che le ferite d'arma da fuoco generalmente si complicavano e che le medicazioni non venivano certamente praticate con i criteri

[9] Il De' Rossi scrive: «Alcuni dicono che questa fosse temerarietà, che in vero non è. Laonde, parlando Egli con esso Bonevetto col dimostrargli i luoghi, da una casetta gli venne tirata una archibusata che lo colse nello stinco della gamba» (10).

[10] L'archibugio è un'arma antica da fuoco portatile ad avancarica, che iniziò ad essere utilizzata in Asia per la prima volta in Cina, verso la fine del XIV secolo. Può essere considerata la prima arma da fuoco portatile capace di garantire una certa precisione nel tiro. Costituisce l'evoluzione del primitivo e pericoloso scoppietto, anche noto come cannone a mano (*handgun* in inglese), l'archibugio trovò in seguito sviluppo nel moschetto (11).

dell'asepsi, tuttavia in questo caso le cure furono efficaci. In precedenza lo stesso Portaleone aveva curato con efficacia il nobile condottiero Luigi Alessandro Gonzaga, ferito ad un occhio ed a una gamba in occasione della battaglia di Parma; il cerusico grazie a questa dimostrazione di perizia si era guadagnata la fama di ottimo chirurgo e con ciò la protezione del marchese di Mantova Federico V.

Portaleone durante il periodo in cui ebbe in cura Giovanni scrisse 13 lettere indirizzate alla corte di Parma; grazie a queste epistole possiamo sapere che la cura fu «si felicemente riuscita malgrado la gravità della ferita alla fibula della gamba e l'impazienza ed irrequietezza dell'infermo; per le quali corse pericolo di amputazione» (12).

È doveroso precisare che all'inizio del XVI secolo le ferite da arma da fuoco agli arti inferiori molto di frequente evolvevano verso la temuta gangrena. Per evitare che la gangrena "avvelenasse" il paziente, come allora si pensava, si procedeva quando era possibile con l'amputazione. Di solito però il moncone tibiale veniva lasciato piuttosto lungo e si effettuava l'amputazione solo quando il trauma era sotto il ginocchio (figura 3). Per quanto riguarda invece le ferite posizionate al di sopra del ginocchio, ove sarebbe stato opportuno procedere con l'amputazione di coscia, fino al XVII secolo, pochissimi chirurghi osavano cimentarsi, in quanto si temeva l'emorragia dalla grossa arteria femorale. Ancora all'inizio del XVI secolo le emorragie dei vasi arteriosi (di piccolo calibro) venivano interrotte mediante l'emostasi ottenuta con la cauterizzazione (figura 4). Fu solamente dopo l'introduzione della tecnica di sutura arteriosa (figura 5), adottata per la prima volta dal chirurgo francese Francoise Paré per le ferite da arma da fuoco alla coscia che stavano evolvendo in gangrena[11], che si crearono le premesse per intervenire, radicalmente, mediante l'amputazione dell'arto sopra il ginocchio. Questi interventi eroici, eseguiti con il paziente sveglio, presentavano un tasso di mortalità intraoperatoria altissimo, per collasso arterioso, per emorragia e per le complicanze post-operatorie: setticemia, piemia, per l'infezione del moncone e l'embolia grassosa. Inoltre frequente era il tetano, visto che le ferite erano sempre "sporche".

Ritornando a questa prima ferita di Giovanni dalle Bande Nere, riportata alla porzione distale dell'arto inferiore, non ci è dato sapere come Portaleone riuscì ad ottenere la guarigione. Visto l'esito favorevole è indubbio che si trattò di un caso particolarmente fortunato perché non si dovette intervenire chirurgicamente sull'arto ferito e il Condottiero ritornò rapidamente alla testa delle sue truppe. L'indubbio successo terapeutico è confermato dalla testimonianza di Iacopo Berengario da Carpi (1466-1530), illustre medico e anatomista del tempo, che visitò il Condottiero su espresso invito di Clemente VII (10).

Bibliografia

1) Le Goff J. *L'Europa medievale e il mondo moderno*. 1994 Laterza, Roma- Bari.
2) Pieri P. *Il Rinascimento e la crisi militare italiana*. 1971 Einaudi Editore, Torino
3) Cosmacini G. *Guerra e medicina. Dall'antichità a Oggi*. 2011 Editori Laterza, Roma-Bari.
4) Macchiavelli N. *Dell'arte della Guerra*. Edizione di Riferimento in *Tutte le opere* (a cura di Mario Martelli) 1971 Sansoni, Firenze.
5) Mallet M. *Signori e mercenari. Le guerra nell'Italia del Rinascimento*. 2006 Il Mulino Bologna.
6) Arfaioli M. *Medici, Giovanni dé (Giovanni dalle Bande Nere) http://www.treccani.it/enciclopedia/giovanni-de-medici_res-f082f986-dede-11df-9ef0...(consultato* il 30/07/2013).
7) *Giovanni dalle Bande Nere. http://it.wikipedia.org/wiki/giovanni_dalle_Bande_Nere.*
8) *Giovanni dalle Bande Nere Vita e Morte del Gran Diavolo*. In Storia rivista online di storia & informazione *http://www.instoria.it/home/giovanni_bande_nere.htm.*
9) *Guerre d'Italia del XVI secolo http://it.wikipedia.org/wiki/Guerre_d'Italia_del_XVI_secolo.*
10) Dé Rossi G. *Vita di Giovanni dé Medici detto delle Bande Nere* (A cura di Vanni Bramanti) 1996 <Minima> 54 Salerno Editrice Roma.

★ *Specialista in Malattie Infettive e cultore di storia della medicina.*

[11] Come ricorda Giorgio Cosmacini: «All'epoca i chirurghi militari in caso di ferita d'arma da fuoco utilizzavano caustici e olio bollente per scacciare il veleno che, pensavano, intossicasse le ferite da fuoco, nella erronea credenza che queste fossero da trattarsi come le morsicature dei cani rabbiosi o i morsi dei serpenti. Se questo era il metodo più "moderno ed eroico" esisteva un secondo metodo per contrastare l'azione del "veleno prodotto nella ferita"(3). Questo approccio consisteva "nel provocare la suppurazione della ferita tramite il passaggio e ripassaggio in essa di un setone, consistente in una filaccia di seta o tela fina o cordoncino di cotone imbevuto di bianco d'uovo e di resina, oppure di una listarella di lardo. Quest'ultima tecnica era stata introdotta nell'uso da Rolando di Parma per le ferite da freccia: 'estratto il ferro, subito si prenda uno stuello di lardo e lo si introduca' "» (3).

Il Medico di fronte alla vaccinazione anti Sars-CoV-2

La pandemia da Sars-CoV-2 ha fatto vacillare, in alcuni casi forse cancellato, le nostre sicurezze sulla salute come diritto acquisito e garantito a tutti, sulla permanenza di un rischio solo minimale per la sostanziale scomparsa delle malattie infettive, almeno nei Paesi industrializzati (*Not In My Back Yard*), sulla disponibilità comunque e in qualunque momento di farmaci adeguati, sull'equità delle cure. Non dimentichiamo, infatti, la necessità appena trascorsa di definire criteri di triage per l'accesso alle terapie intensive a causa della carenza di posti letto e di attrezzature e oggi la definizione di criteri di priorità per l'offerta vaccinale. La pandemia ha determinato una profonda offesa al principio bioetico di giustizia ed equità portando a notevoli problemi economici generali, esacerbazione di disuguaglianze sociali, difficoltà nel garantire riconosciuti diritti umani e libertà fondamentali costituzionalmente garantiti quali la libera iniziativa economica, il diritto allo studio, la libertà di riunione e di circolazione. Il vaccino anti Covid-19, nelle sue diverse formulazioni, rappresenta oggi, senza alcun dubbio, un'arma importantissima nella lotta alla pandemia da Sars-CoV-2 e nella ricerca di un nuovo equilibrio sociale, economico e sanitario. Non abbiamo oggi altri farmaci che possano svolgere un ruolo altrettanto importante. Il Comitato Nazionale di Bioetica nel documento "Mozione - L'importanza delle vaccinazioni" del 24 aprile 2015 sottolineava come le vaccinazioni «costituiscano una delle misure preventive più efficaci, con un rapporto rischi/benefici particolarmente positivo e con un valore non solo sanitario, ma etico intrinseco assai rilevante» e «In particolare è necessario mobilitare i medici e le strutture sanitarie del territorio e promuovere efficaci campagne d'informazione, comunicazione ed educazione finalizzate a illustrare l'importanza delle vaccinazioni a livello individuale e collettivo e a richiamare i cittadini a scelte consapevoli e corrette nel proprio stesso interesse» evidenziando come «Va ricordato ed evidenziato che per ragioni di comprovata sicurezza ed efficacia, i vaccini sono annoverati tra le misure cui attribuire priorità nella pianificazione degli interventi di copertura sanitaria della popolazione».

L'articolo 32 della nostra Costituzione indica come «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana». Si evidenzia, così, come la salute sia da un lato un diritto individuale ma, contemporaneamente, si sostanzi anche nell'interesse della collettività. In questo senso il diritto alla salute si inserisce perfettamente in quel dovere di solidarietà sancito dall'articolo 2 della Costituzione «La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale».

La "Carta di Pisa delle vaccinazioni negli operatori sanitari" (Convegno Nazionale "Medice cura te ipsum – Le vaccinazioni nell'operatore sanitario" – Pisa 27-28 Marzo 2017), documento sottoscritto da numerose Società e Associazioni Scientifiche, che fornisce precise indicazioni basate sulle più aggiornate evidenze medico-scientifiche, evidenzia come «In particolare, i vaccini devono essere considerati fondamentali strumenti di prevenzione primaria nella lotta a numerose infezioni e malattie infettive di grande impatto sanitario, sociale ed economico per l'intera collettività: il loro razionale utilizzo è mirato al fine di conseguire importanti risultati di Sanità pubblica, quali l'eliminazione e il controllo. Non si può ignorare come un loro appropriato utilizzo rappresenti non solo un'opportunità di protezione individuale ma garantisca tutela di salute per l'intera popolazione, grazie ai ben noti benefici non solo diretti ma anche indiretti ottenibili da programmi di vaccinazione ben studiati. Le solide evidenze scientifiche a oggi ottenute, sia in ambito di ricerca clinica sia nella pratica assistenziale, circa la sicurezza e l'efficacia dei preparati disponibili confermano le attuali raccomandazioni previste all'interno dei programmi d'immunizzazione esistenti nel nostro Paese. Prioritario

è integrare l'offerta vaccinale universale con interventi individuali rivolti alle persone più vulnerabili, compresi i soggetti a maggior rischio per specifiche co-morbosità, condizioni parafisiologiche (es. la gravidanza) e attività professionali, garantendo la gratuità di queste prestazioni in modo uniforme su scala nazionale: questo è in linea con il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019» e ancora «La vaccinazione dell'operatore sanitario (OS), unitamente alle altre misure di protezione collettive ed individuali per la prevenzione della trasmissione degli agenti infettivi nelle strutture sanitarie, ha una valenza multipla: serve a proteggere l'operatore dal rischio infettivo professionale, serve a proteggere i pazienti e i cittadini dal contagio in ambiente assistenziale e comunitario, serve a difendere l'operatività dei servizi assistenziali, garantendo la qualità delle prestazioni erogate. *Omissis*. Inoltre, carenze di copertura vaccinale negli OS, soprattutto nelle aree critiche e in occasione di eventi epidemici, potrebbero innescare contenziosi dall'esito potenzialmente sfavorevole per l'azienda sanitaria e lo stesso OS».

I vaccini anti Covid-19 oggi disponibili (a mRNA) e quelli disponibili a breve (a vettore virale) sono stati ottenuti con un enorme sforzo di ricerca e di produzione associato ad una altrettanto importante riduzione dei tempi procedurali da parte delle agenzie regolatorie. Ma tutto ciò non è andato a scapito dell'efficacia e sicurezza dei vaccini, come affermato dalla Commissione Europea «non sono previste scorciatoie sulle garanzie di sicurezza e di efficacia» (European Commission. *Preparedness for COVID-19 vaccination strategies and vaccine deployment*. COM 2020. 680 final. Bruxelles, 15 ottobre 2020).

I dati oggi disponibili su efficacia (*efficacy*), che si riferisce alla protezione indotta dal vaccino misurata tramite studi controllati randomizzati condotti in condizioni standardizzate ottimali (stoccaggio e somministrazione dei vaccini in condizioni ben controllate, soggetti partecipanti allo studio in buona salute) e quelli, sempre in aumento, relativi all'efficienza (*effectiveness*) del vaccino nel produrre protezione misurata in studi osservazionali comprendenti soggetti con possibili comorbidità ai quali il vaccino è stato somministrato da diversi operatori sanitari in condizioni "reali", non standardizzate, ci forniscono suffi-

VILLA BARUZZIANA

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO NEUROPSICHIATRICO

Direttore Sanitario: Dott. Franco Neri
Medico Chirurgo
Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Psicologia Medica

Bologna - via dell'Osservanza, 19

Centralino:
tel. 051 580395

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

Ambulatori Cup:
- Elettromiografia
- Elettroencefalografia
- Neurologia

Amministrazione:
tel. 051 338454-41

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

Monitoraggio cardiorespiratorio
Studio apnee notturne e russamenti
Tel. 051.338475
neurologia@villabaruzziana.it

e-mail: direzione@villabaruzziana.it

ciente rassicurazione sul raggiungimento di un livello di sicurezza accettabile. D'altronde, sappiamo bene, come per qualsiasi farmaco, il livello di sicurezza considerato accettabile o buono lascia sempre un margine di incertezza e di rischio, non esistendo un rischio zero.

Il rapporto rischio/beneficio che pone da un lato il protrarsi di una pandemia che sta stressando ai massimi livelli i sistemi sanitari, ma anche economici e sociali, a livello mondiale e dall'altro i benefici a livello individuale e di società di vaccini di recentissima produzione, per i quali i dati oggi disponibili depongono per una buona, forse ottima, efficacia e per un'indubbiamente accettabile sicurezza, risulta nettamente a favore della vaccinazione. Del resto, il famoso aforisma "primum non nocere", che risulta irrealizzabile in quanto la maggior parte, se non tutti, gli atti medici volti ad apportare un beneficio per il paziente si accompagnano, in modo indissolubile, ad un rischio per il paziente stesso, è stato aggiornato e rivisto nella formulazione «first do no net harm» (Daniel Sokol BMJ 2013;347, f6426), che può essere liberamente tradotto in «per prima cosa, fai in modo che i benefici apportati siano sempre superiori ai danni arrecati» (N. Cartabellotta "Per l'aforisma «primun non nocere» è tempo di una versione 2.0". Il Sole 24 ORE Sanità, 24 dicembre 2013-13 gennaio 2014). Questo principio si applica perfettamente alle vaccinazioni. «Infatti, nell'assistenza al paziente individuale, i medici devono bilanciare il dovere di apportare benefici (principio di beneficenza) evitando – o più realisticamente riducendo al minimo – la probabilità di causare danni (principio di non-maleficenza). Questi due obblighi professionali sono complementari, viaggiano su binari paralleli e si bilanciano reciprocamente. ... Inoltre, l'applicazione del principio di *first do no net harm* trascende il livello individuale: a esempio, nei programmi di vaccinazione il profilo rischi-benefici è assolutamente inequivocabile perché i benefici per la maggioranza delle persone superano nettamente i rischi a cui va incontro un'esigua minoranza» (N. Cartabellotta "Per l'aforisma «primun non nocere» è tempo di una versione 2.0". Il Sole 24 ORE Sanità 24 dicembre 2013-13 gennaio 2014).

Conferma di quanto detto la troviamo analizzando i dati riportati, al 15 gennaio 2021, dal Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). Si tratta di un programma, creato nel 1990, di sorveglianza della sicurezza dei vaccini, condotto su scala nazionale e gestito direttamente dai CDC e dalla Food and Drug Administration (FDA). Costituisce un precoce sistema di allarme per rilevare possibili problemi di sicurezza dei vaccini, raccogliendo informazioni sui possibili effetti collaterali o problemi di salute che compaiono dopo una vaccinazione. Le segnalazioni al VAERS di qualsiasi disturbo comparso dopo una vaccinazione possono essere effettuate da medici, infermieri, aziende farmaceutiche e da qualsiasi persona del pubblico. Le segnalazioni riguardano, quindi, qualsiasi evento avverso che segue una vaccinazione. Gli esperti del VAERS esaminano i dati raccolti per evidenziare l'eventuale presenza di un elevato numero di segnalazioni di un deter-

Riporto nella tabella seguente le reazioni avverse più frequenti (tra il 22,4% e il 1,8%)

Total	29,081	0.23%
HEADACHE	1,512	22.43%
FATIGUE	1,132	16.79%
DIZZINESS	1,097	16.27%
CHILLS	987	14.64%
NAUSEA	986	14.63%
PYREXIA	958	14.21%
PAIN	945	14.02%
INJECTION SITE PAIN	724	10.74%
PAIN IN EXTREMITY	556	8.25%
MYALGIA	500	7.42%
PARAESTHESIA	486	7.21%
PRURITUS	451	6.69%
DYSPNOEA	426	6.32%
FLUSHING	405	6.01%
RASH	390	5.79%
ARTHRALGIA	358	5.31%
HYPOAESTHESIA	332	4.93%
PALPITATIONS	314	4.66%
VOMITING	294	4.36%
COUGH	287	4.26%
URTICARIA	282	4.18%
TACHYCARDIA	276	4.09%
FEELING HOT	271	4.02%
HYPERHIDROSIS	269	3.99%
MALAISE	263	3.90%
PARAESTHESIA ORAL	260	3.86%
HEART RATE INCREASED	252	3.74%
DIARRHOEA	244	3.62%
CHEST DISCOMFORT	238	3.53%
FEELING ABNORMAL	227	3.37%
ERYTHEMA	222	3.29%
THROAT IRRITATION	205	3.04%
ASTHENIA	204	3.03%
INJECTION SITE ERYTHEMA	193	2.86%
BLOOD PRESSURE INCREASED	186	2.76%
SARS-COV-2 TEST NEGATIVE	184	2.73%
INJECTION SITE SWELLING	182	2.70%
THROAT TIGHTNESS	176	2.61%
OROPHARYNGEAL PAIN	171	2.54%
SARS-COV-2 TEST POSITIVE	165	2.45%
TREMOR	157	2.33%
HYPOAESTHESIA ORAL	148	2.20%
IMMEDIATE POST-INJECTION REACTION	143	2.12%
DYSGEUSIA	138	2.05%
ANXIETY	136	2.02%
CHEST PAIN	132	1.96%
LYMPHADENOPATHY	130	1.93%
BODY TEMPERATURE INCREASED	126	1.87%

Le reazioni più importanti sono rare e rientrano nelle frequenze descritte per le altre vaccinazioni

ANAPHYLACTIC REACTION	57	0.85%
ANAPHYLACTIC SHOCK	1	0.01%
ANAPHYLACTOID REACTION	5	0.07%
BRONCHOSPASM	3	0.04%
FACIAL PARALYSIS	41	0.61%
FACIAL PARESIS	4	0.06%
HYPOAESTHESIA ORAL	148	2.20%
URTICARIA	282	4.18%

minato evento avverso a seguito di una specifica vaccinazione o la comparsa di segnalazioni di un nuovo evento avverso. A queste rilevazioni fanno seguito specifici studi per chiarire se l'evento avverso sia o meno un effetto collaterale di un determinato vaccino. Le informazioni raccolte dal VAERS e gli studi sulla sicurezza dei vaccini sono condivisi con il pubblico.

Al 15 gennaio 2021 risultano somministrate oltre 12 milioni di dosi di vaccino (mRNA): 12.279.180 dosi totali somministrate; 10.595.866 persone che hanno ricevuto almeno una dose; 1.610.524 persone che hanno ricevuto due dosi (CDC - Updated: Jan 15 2021 As of 6:00am ET).

Le reazioni avverse segnalate risultano essere 29.081, rappresentando uno 0,23% (The Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) Results - Query Date: Jan 17, 2021 9:26:18 AM).

Altra chiara indicazione in merito alla sicurezza dei vaccini anti Covid-19 a mRNA è rappresentato dal pronunciamento di numerosi Enti governativi e Società Scientifiche in merito all'assenza di controindicazioni alla vaccinazione nella donna in allattamento e alla possibilità di somministrare il vaccino anche alla donna in gravidanza, fatta salva una corretta valutazione rischio/beneficio caso per caso (World Health Organization, Food and Drug Administration, Centers for Disease Control and Prevention, American College of Obstetricians and Gynecologists, Società di Ostetricia e Ginecologia Canadese, Joint Committee on Vaccination and Immunisation, Commission on Human Medicines, European Medicines Agency, Agenzia Italiana del Farmaco, Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS) – Istituto Superiore di Sanità). In Italia il Piano strategico per la vaccinazione anti Sars-CoV-2/COVID-19 identifica come categoria prioritaria per la vaccinazione quella degli operatori sanitari e socio-sanitari.

Questa priorità pone i medici e, più in generale, gli operatori sanitari in prima linea nella diretta "sperimentazione" del vaccino e contemporaneamente stressa il loro ruolo come alfieri della vaccinazione di fronte alla popolazione in generale.

Un rapporto Censis di poco più di due anni fa (*Il medico pilastro del buon servizio sanitario* - novembre 2018) evidenzia il ruolo cruciale dei medici (medici di medicina generale e specialisti) verso i quali la popolazione italiana ripone fiducia per il superamento di dubbi in merito all'effettuazione o meno di determinate terapie.

Del resto, il ruolo del Medico, anche in questo ambito, è ben evidenziato in diversi articoli del nostro Codice Deontologico.

Il Codice di Deontologia Medica riporta all'art. 1 «... Il Codice, in armonia con i principi etici di umanità e solidarietà e civili di sussidiarietà, impegna il medico nella tutela della salute individuale e collettiva vigilando sulla dignità, sul decoro, sull'indipendenza e sulla qualità della professione...», all'art. 3 «Al fine di tutelare la salute individuale e collettiva, il medico esercita attività basate sulle competenze, specifiche ed esclusive, previste negli obiettivi formativi degli Ordinamenti didattici dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia e Odontoiatria e Protesi dentaria, integrate e ampliate dallo sviluppo delle conoscenze in medicina, delle abilità tecniche e non tecniche connesse alla pratica professionale, delle innovazioni organizzative e gestionali in sanità, dell'insegnamento e della ricerca», all'art. 5 «Il medico, nel considerare l'ambiente di vita e di lavoro e i livelli di istruzione e di equità sociale quali determinanti fondamentali della salute individuale e collettiva, collabora all'attuazione di idonee politiche educative, di prevenzione e di contrasto alle disuguaglianze alla salute e promuove l'adozione di stili di vita salubri, informando sui principali fattori di rischio», all'art. 6 «Il medico fonda l'esercizio delle proprie competenze tecnico-professionali sui principi di efficacia e di appropriatezza, aggiornandoli alle conoscenze scientifiche disponibili e mediante una costante verifica e revisione dei propri atti, all'art. 32 «Il medico tutela il minore, la vittima di qualsiasi abuso o violenza e la persona in condizioni di vulnerabilità o fragilità psico-fisica, sociale o civile in particolare quando ritiene che l'ambiente in cui vive non sia idoneo a proteggere la sua salute, la dignità e la qualità di vita» e non ultimo per importanza, l'art. 55 indica come «Il medico promuove e attua un'informazione sanitaria accessibile, trasparente, rigorosa e prudente, fondata sulle conoscenze scientifiche acquisite e non divulga notizie che alimentino aspettative o timori infondati o, in ogni caso, idonee a determinare un pregiudizio dell'interesse generale».

Di fronte a vaccini che possono essere in grado di contrastare in modo decisivo l'andamento della pandemia da Sars-CoV-2, ben oltre qualsiasi farmaco oggi disponibile, risulta evidente il ruolo del Medico volto da un lato a sollecitare sempre

maggiori informazioni e prove su efficacia e sicurezza dei vaccini, in modo da assicurare quella chiarezza e trasparenza essenziali per l'ottenimento dei risultati posti in capo alla campagna vaccinale iniziata a fine dicembre 2020, e dall'altro ad essere egli stesso portavoce di un'informazione basata sull'evidenza, chiara e trasparente, in grado di guidare la popolazione verso un'ampia e convinta adesione alla campagna vaccinale anti COVID-19, anche alla luce delle indicazioni poste dalla nostra Costituzione sul dovere di tutela della salute come «fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività».
Concetto ulteriormente ribadito dal Comitato Nazionale per la Bioetica, che riprendendo il significato della parola solidarietà, così come espresso dalla Costituzione, evidenzia come questa «muove dalla consapevolezza dell'interdipendenza fra gli esseri umani, e quindi dalle possibili ricadute della tutela della salute di ognuno di noi sulla salute di altri» (Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB). *Covid-19: salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale*. Roma 28 maggio 2020). In conclusione abbiamo oggi a disposizione i primi vaccini che consentono motivatamente e finalmente di guardare al futuro con maggiore speranza. Il profilo di efficacia e sicurezza risulta sovrapponibile a quello della maggior parte dei vaccini oggi in uso, che, è bene ricordare, rientrano tra i farmaci più studiati, controllati e con profilo di sicurezza maggiormente seguito nel tempo. I Medici hanno affrontato la pandemia da Sars-CoV-2 con abnegazione e impegno anche in condizioni di scarsa disponibilità di dispositivi di protezione personali, tanto è vero che è stato alto il contributo in termini di ammalati e, anche, di vittime da Covid-19. Non sarebbe deontologicamente corretto e né rispettoso delle vittime da Covid-19, in particolare in questo momento storico, che da parte anche solo di pochi medici provenissero voci contrarie alla vaccinazione, non sostenute da alcuna evidenza e basate solo su notizie non verificate o, peggio ancora, artatamente interpretate. Se non vi sono controindicazioni individuali, che risultano ad oggi essere veramente rare, la vaccinazione deve essere effettuata.

Il documento è stato redatto dalla Commissione Vaccini dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Bologna cosi composta :
Coordinatore: Lodi dott. Vittorio

Membri:
Ballestrazzi dott. Alessandro
Dallacasa dott.ssa Paola
Faggioli prof. Antonio
Gaddi prof. Antonio Vittorino
Masi prof. Massimo
Santoli avv. Alberto
Stella dott. Stelio
Valsecchi dott. Massimo – Ordine dei Medici di Verona
Vasapollo prof. Domenico

E condivisa da:
– Prof.ssa Maria Carla Re Professoressa ordinaria Dipartimento di Medicina Specialistica, Diagnostica e Sperimentale Università degli Studi di Bologna, già Direttore UO Microbiologia Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
– Prof. Fabio Piscaglia Professore ordinario Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Università degli Studi di Bologna, Direttore UO Medicina Interna Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
– Dottor Luciano Attard UO Malattie Infettive Viale, Coordinatore Vax Consilium, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
– Dottor Vittorio Lodi UO Medicina del Lavoro Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Coordinatore Commissione Vaccini OMCEO Bologna
– Prof.ssa Tiziana Lazzarotto, Professore di Microbiologia e Microbiologia Clinica e Direttrice della Scuola di Specializzazione in Microbiologia e Virologia, Alma Mater Studiorum Direttore UO Microbiologia Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
– Dottor Carlo Descovich Direttore UOC Governo Clinico e Sistema Qualità Staff Direzione Aziendale Azienda USL Bologna
– Dottor Paolo Pandolfi Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica AUSL Bologna
– Prof. Pierluigi Viale Professore ordinario Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Università degli Studi di Bologna, Direttore UO Malattie Infettive Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Certificato

UNI EN ISO
9001:2015
REG. N. 8540

VILLA BELLOMBRA
RIABILITAZIONE ROBOTICA

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

L'Ospedale Villa Bellombra è consorziato e associato con:

COLIBRÌ®
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITÀ PRIVATA

Uehp
European Union of Private Hospitals

VILLA BELLOMBRA
PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO

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

Seguici su facebook

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

sandrostefanelli.com

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

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 5 dicembre 2020

BARBATO MADDALENA PATRIZIA	327/42.96.616
BEONI JONATHAN	340/24.43.373
BERNARDI MARTINA	348/23.49.405
BONETTI MATTIA	338/15.37.544
BRAGA SOFIA	334/97.15.257
CALBUCCI LUCIA	340/32.05.769
CANDELA CHIARA	389/04/34/676
CASCIOLA RICCARDO	329/78.31.590
CHIONSINI MARIA CLARA	333/25.44.056
CIRIGNOTTA LORENZO	328/62.17.204
COCCOLINI BENEDETTA	347/87.60.371
CORSI GABRIELE	351/82.56.085
CRISTANI GIULIA	335/57.02.335
CRISTOFORI ELISA	339/26.42.090
D'ALANNO GABRIELE	329/01.07.730
D'ALTERIO ALESSANDRA	339/71.47.192
DAMIANI FERRETTI MARGHERITA	329/21.14.305
DE CRISTOFARO DAVIDE	347/17.36.064
DEGLI ESPOSTI ILARIA	334/39.56.641
DEL PRETE BIANCAMARIA	339/72.22.660
DESERIO TOMMASO	349/65.87.282
De SIMONE GIULIO	334/13.16.690
DONATO FEDERICO	329/06.57.180
DRUSIANI GIULIA	320/56.06.257
FABBRI ANDREA	392/46.57.609
FABBRI VISCARDO PAOLO	327/21.18.662
FALCIONI IRENE	333/90.35.413
FARINA JACOPO	366/37.80.427
FORONI MIRANDA	333/16.34.433
GALEATI GIULIA	340/12.18.375
GASPARRI MARGHERITA	333/10.11.926
GIAIMO SILVIA	347/15.99.370
GRECO MARIATERESA	329/56.40.897
HEIBI ADAM	346/65.47.804
LAVORATA FRANCESCO	345/60.68.109
MANIERI ELISA	339/71.38.676
MARTELLANI ILARIA	349/07.10.652
MELOTTI LAURA	329/13.36.071
MEZJA FLAVIA	334/97.23.311
MICELI RINALDO STEFANO	339/70.89.889
MURGIA DAVIDE	340/86.50.303
NARDUCCI STEFANIA	347/10.61.033
OTHMAN HUSSEIN OTUEDON	388/87.75.365
ORITSEJOLOMISAN OKEOGHENE	329/18.51.542
PASINELLI LETIZIA	346/66.16.078
PASQUALI RICCARDO	333/83.39.361
PASQUALI VALENTINA	347/65.81.638
PENNELLA GIADA	377/08.14.008
PISANO ALESSANDREO	373/75.70.955
RASPANTI CHIARA	348/97.79.719
RICCARDI ILARIA	348/93.77.873
RIZZO PESCI NICOLA	348/39.60.654
SASSOLI IACOPO	349/67.08.113
SCARABELLI LEONARDO	331/84.53.034
SHABANI SONIA	320/322.63.14
SOMMARIVA CATERINA	349/45.34.886
TERREZZA SARA	351/845.25.08
TESTA FEDERICA	333/60.32.132
VALTORTA ALESSANDRO	347/16.43.919
VITA FINZI LUCREZIA	366/41.03.577
VITALE IRENE	388/87.58.295
ZARRI CARLOTTA	333/70.98.894
ZUCCARINO LEONARDO	327/20.56.074

***

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia Chirurgia della Mano Medicina Legale e Assicurazioni	347/88.53.126
PENTA MAURIZIO	Odontoiatra	342/94.94.992

MASTER IN - CRIMINOLOGIA E PSICHIATRIA FORESENSE - Master di I livello - Università di San Marino – Università di Urbino

Il Master di I° livello in Criminologia e Psichiatria Forense si propone di fornire una solida preparazione criminologica in tema di genesi e dinamica dei principali delitti, psichiatrica in tema di relazione tra malattia mentale e comportamenti delittuosi e devianti, forense in tema di esecuzione di perizie psichiatriche su adulti e minori di età, riabilitativa forense in tema di gestione e trattamento di soggetti autori di comportamenti previsti dalla legge come reato.
Il Master ha inizio nel mese di marzo 2021 e si conclude con la discussione delle tesi nel mese di dicembre 2021. Il Master verrà erogato anche in teledidattica.
Possono accedere al Master di I livello i cittadini italiani, sammarinesi e di altri Paesi in possesso di diploma di laurea (almeno triennale), rilasciato da un Ateneo legalmente riconosciuto.
Il titolo rilasciato è congiunto (Università degli Studi Repubblica di S. Marino e Università degli Studi Urbino Carlo Bo) e ha valore legale in Italia e a San Marino.
Direttore Prof. Gian Carlo Nivoli

INFORMAZIONI UTILI
Università degli Studi della Repubblica di San Marino
criminologia@unirsm.sm
ISCRIZIONI APERTE FINO AL 4 FEBBRAIO 2021

(RELAZIONI)

IL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE NELL'ERA DELLA MEDICINA DIGITALE

Società Medica Chirurgica di Bologna - Bologna, 18 gennaio 2020

Nel corso del Convegno sono stati discussi e chiariti vari aspetti della nuova situazione nella quale si trova il medico di oggi. Egli deve stabilire infatti una comunicazione condivisa con un paziente che quantitativamente, se non qualitativamente, è assai più informato di quanto lo fosse in passato, e che senz'altro è più desideroso di accrescere ulteriormente il grado di comprensione dei propri bisogni sanitari.
Abbiamo avuto anzitutto due saluti introduttivi, entrambi assai centrati sul problema e quindi illuminanti, da parte dell'Assessore alla Salute del Comune di Bologna Dott. Giuliano Barigazzi e del Presidente dell'Ordine dei Medici Dott. Giancarlo Pizza.
Il sottoscritto ha poi tratteggiato i problemi posti dai rapidissimi progressi della Medicina, e dal desiderio del paziente di essere sempre più informato. I successivi contributi hanno specificamente sviluppato l'argomento nei suoi diversi aspetti. Un primo chiarimento è venuto dalla precisazione dei concetti di salute e di malattia, con riferimento sia alle definizioni filosofiche che a quelle degli Enti Sanitari (Raffaella Campaner, Bologna). Marco Annoni (Milano) ha definito il rapporto tra verità e cura sostenendo l'importanza della trasmissione al paziente della verità, e delineando i limiti di tale trasmissione. Il matematico Giuseppe Anichini (Firenze) ha messo in evidenza la qualità soggettiva della percezione dei dati statistici, che invece siamo soliti considerare il fondamento dell'oggettività scientifica. Due contributi hanno poi illuminato i problemi filosofici ed etici del metodo clinico: Giuseppe Realdi (Padova), ha caratterizzato l'integrazione tra medicina tecnologica e medicina centrata sulla persona; e Claudio Rapezzi (Ferrara), ha illustrato l'approccio razionale e l'approccio frequentistico nel ragionamento diagnostico. Due relazioni hanno descritto la triade di etica, efficacia ed efficienza nella prevenzione primaria e secondaria (Raffaele De Caterina, Pisa), e il coinvolgimento della società civile negli studi di popolazione in corso nel Molise (Giovanni De Gaetano, Isernia). I concetti di comunicazione e condivisione tra medico e paziente hanno trovato un terreno elettivo comune nella Medicina Interna, come necessaria sintesi rispetto alla eccessiva frammentazione tecnologica, propria della medicina specialistica (Claudio Borghi, Bologna). Come conseguenza di quanto presentato nelle varie relazioni, Giovanni Boniolo (Ferrara) ha infine propugnato un recupero delle scienze "umane" nella formazione universitaria del medico, che potrà permettere di ritrovare l'equilibrio e la comunicazione tra cultura scientifica e cultura umanistica, nel nome dell'esistenza di "una sola cultura".
Il Convegno è stato seguito da un folto pubblico, non soltanto di medici, ed ha riscosso vivo interesse per l'attualità dei problemi discussi e l'elevato livello delle relazioni.

Sergio Coccheri, Università di Bologna

Medico odontoiatra pluriennale esperienza con pazienti propri cerca in affitto ambulatorio odontoiatrico completamente attrezzato presso studio per 1 giornata settimanale (eventualmente 2) in zona Loiano-Pianoro. Tel. 328/2211735.

In palazzo storico di Piazza dei Martiri (Bologna) munito di ascensore e servizio di portineria sono disponibili 2 stanze libere da arredo in studio medico condiviso con collega odontoiatra. Canone richiesto euro 470,00 incluse spese condominiali. Cell. 328/9680162. No odontoiatra.

Affitto studio dentistico Bologna centro pressi Piazza VIII Agosto. Due riuniti attrezzato. Tel. 392/8934909.

Vendo studio dentistico muri con o senza attrezzature presso Piazza VIII Agosto. Tel. 392/8934909.

Vendo attrezzatura completa studio dentistico. 2 sale operative sterilizzazione OPT 20.000 euro. Tel. 392/8934909.

Si affitta studio medico in centro storico – via Rizzoli – Possibili varie modalità di utilizzo dello stesso. Prezzo interessante. Pe informazioni 051/226293.

Bologna, adiacenze Policlinico S. Orsola, affittasi stanza in studio medico condiviso a giornate o mezze giornate. Sito al piano terra con ingresso diretto su corte privata con possibilità di parcheggio. Contratto service con spese incluse di tutti i servizi. Per info cell. 348/6599713.

Medico chirurgico con doppia iscrizione ordine dei medici e degli odontoiatri si propone per direzione sanitaria. Per informazioni telefonare al 346/5069276.

Vendo Piezosurgery Touch Mectron con valigetta per il trasporto, Implant Site Preparation Kit, Sinus Physiolift Kit Pro, libri e opuscoli annessi, condizioni perfette. Per informazioni Tel. 335/8112082.

Poliambulatorio multispecialistico autorizzato quartiere Mazzini zona via Firenze, servito da mezzi pubblici, rende disponibili ambulatori. Disponiamo di ecografo e laser per fisioterapia. Per informazioni Tel. 051/547396.

Poliambulatorio medico multispecialistico autorizzato sito in Bologna (zona Toscana) mette a disposizione di medici specialisti ambulatori per giornate o mezze giornate con eventuale servizio di segreteria. Per informazioni Tel. 051/441262 - e-mail: info@studiofavilli.net

Studio dentistico in via Dante angolo Viale Carducci offre a collega con propria clientela sala odontoiatrica per condivisione ed ottimizzazione dei servizi. Lo studio è luminoso, ampio e con spazi adeguati alle normative sulla distanza sociale, ben servito da mezzi pubblici e piste ciclabili. Per info e visite telefonare a 051/301977.

Cedesi studio dentistico a Bologna in via Dante angolo Viale Carducci, al primo piano con ascensore, con garage e possibilità di posteggio in cortile interno. Lo studio, di mq 100, è ampio e luminoso con due terrazze, doppi servizi, due riuniti con radiologico e sala sterilizzazione. I locali sono in affitto. Per informazioni telefonare 333/1733049.

Affittasi due ampie e silenziose stanze (circa 15 mq ciascuna) dotate di citofono, all'interno di uno studio medico professionale sito in palazzo signorile in Strada Maggiore n. 70 a Bologna. Disponibile anche per psicologici, nutrizionisti, medici che non necessitino di gabinetto sanitario. Le stanze possono essere affittate insieme o separatamente, vuote o arredate. Posizione comoda ai servizi a 50 m dalla fermata dell'autobus. Il canone mensile è comprensivo di spese condominiali, utenze, pulizia e servizio di portineria. Una stanza disponibile da subito, l'altra da febbraio/marzo 2021. Per informazioni tel. 051/228905, cell. 347/73779439.

Vendo colposcopio Zeiss OPMI 99 usato pochissimo ed in perfette condizioni. Lunghezza focale di 300mm, ottima per consentire l'uso di strumenti chirurgici come pinze da biopsia o elettrobisturi. Per info tel. 335/8145968.

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

renografica

VIA SERAGNOLI, 13 - Z.I. ROVERI 2
40138 BOLOGNA
TEL. 051.6026.111 - FAX 051.6026.150
e-mail: home@renografica.it

PER LA VOSTRA PUBBLICITÀ
TEL. 051.6026.111
home@renografica.it

Nuova Polizza Responsabilità Professionale Medici Chirurghi ed Odontoiatri

In linea con le previsioni della legge 24/2017 *(Legge Gelli)*

Polizza di Responsabilità Civile Professionale per Medici in Libera Professione "pura"	**(COMPARTO LP)**
Polizza di Responsabilità Civile Professionale per Medici in Dipendenza del S.S.N., con inclusa Attività Intramoenia	**COMPARTO SSN)**
Polizza di Responsabilità Civile Professionale per Medici in Dipendenza del S.S.N., con inclusa Attività Extramoenia	**(COMPARTO SSN)**
Polizza di Responsabilità Civile Professionale per Medici in Dipendenza del S.S.N., con inclusa Attività Amministrativa	**(COMPARTO SSN)**
Polizza di Responsabilità Civile Professionale per Medici in Dipendenza di Strutture Sanitarie Private	**(COMPARTO SSP)**
Polizza Infortuni ed Invalidità Permanente Malattia.	**(COMPARTO INFORTUNI E IPM)**
Polizza Tutela Legale per Medici in Libera Professione	**(COMPARTO T.L.LIB)**
Polizza Tutela Legale per Medici Dipendenti S.S.N.	**(COMPARTO T.L.DIP)**

Le Polizze sopraelencate hanno specifiche caratteristiche che le rendono uniche rispetto al Mercato, quali coperture All-Risks della Responsabilità Professionale, super valutazioni specifiche nella Polizza infortuni e Malattia.

ALCUNI ESEMPI: COLPA GRAVE - RETROATTIVITÀ - POSTUMA - COPERTURA PER QUALSIASI PREGIUDIZIO ECONOMICO DERIVANTE ALL'ASSICURATO NELL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE, QUINDI ANCHE INDIRETTAMENTE A CAUSA DI OMESSA E/O SBAGLIATA DIAGNOSI, NONCHÉ ERRORI DI CERTIFICAZIONE E/O ATTIVITÀ DI TIPO MEDICO LEGALE!

Quanto sopra potendo disporre di CONTENUTE CONDIZIONI ECONOMICHE specificatamente ottenute sul mercato assicurativo, per tutte le specializzazioni mediche e chirurgiche, dal medico di medicina generale, all'odontoiatra, al ginecologo, al chirurgo ortopedico, etc.!

INOLTRE È LA PRIMA ASSICURAZIONE RCP MEDICI CHE PREVEDE, AD UN COSTO RIDOTTO, LA COPERTURA PER LA SOLA RESPONSABILITÀ EXTRACONTRATTUALE PER I SANITARI CHE LAVORANO COME LIBERI PROFESSIONISTI SOLO PRESSO STRUTTURE SANITARIE.

Per **informazioni scrivere a** *info@sorimed.com* **specificando nome, numero di telefono ed in quale tipologia professionale rientrate. Verrete prontamente ricontattati.**