Bollettino Notiziario

anno LII - N° 4 aprile 2021

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

IN QUESTO NUMERO

- **Perché in Italia non si producono i vaccini antiCovid, ma molti generico-equivalenti e costosi parafarmaci?**
  Pier Roberto Dal Monte, p. 4
- **Il silenzio è d'oro. Cosa ha insegnato la pandemia,**
  Luigi Bolondi, p. 11
- **La Febbre Gialla in Toscana nel 1804 - Prima Parte,**
  Sergio Sabbatani, p. 13
- **La medicina come ultima difesa,**
  Francesco Domenico Capizzi, p. 17
- **Scientismo e dintorni,**
  Alessandro Mazzocchi e Irma Faranca, p. 20
- **A proposito dell'art. 62 del Codice di Deontologia medica: la Perizia e la CTU Medico legale,**
  Domenico Vasapollo, p. 24

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

VILLA RANUZZI

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

VILLA SERENA

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

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

CONSORZIATE E ASSOCIATE CON

CERTIFICATE

UNI EN ISO 9001:2015
REG. N. 8540

COLIBRÌ
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

Anaste
ASSOCIAZIONE NAZIONALE STRUTTURE TERZA ETÀ

E.C.H.O.

Seguici su facebook

Bollettino Notiziario

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

DIRETTORE RESPONSABILE
Dott. Vittorio Lodi

CAPO REDATORE
Dott. Paolo Cernuschi

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

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

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

Autorizzazione Tribunale di Bologna n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa: Renografica - Bologna

Il Bollettino di MARZO 2021 è stato consegnato in posta il giorno 11/05/2021

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

SOMMARIO

ANNO LII - APRILE 2021 N° 4

ARTICOLI

Operatori sanitari tra premio Nobel per la Pace e antichi vizi • **3**

Perché in Italia non si producono i vaccini antiCovid, ma molti generico-equivalenti e costosi parafarmaci? • **4**

Corsi Anti-Fumo: gruppi per la disassuefazione dal fumo. Smettere di fumare si può, con la LILT • **8**

Efficacia nel tempo dei facciali filtranti • **9**

Il silenzio è d'oro • **11**

La Febbre Gialla in Toscana nel 1804 - Prima parte • **13**

La medicina come ultima difesa • **17**

Scientismo e dintorni • **20**

A proposito dell'art. 62 del Codice di Deontologia medica: la Perizia e la CTU Medico legale • **24**

RECENSIONI • **28**

NOTIZIE • **30**

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **30**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **30**

CONVEGNI E CONGRESSI • **31**

PICCOLI ANNUNCI • **32**

In copertina:

Andrea del Sarto (1486?-1530) *L'Ospedale San Matteo a Firenze agli inizi del sedicesimo secolo*, Galleria degli Uffizi, Firenze. Si noti come per la prima volta siano rappresentati letti singoli in ospedale.

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

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente
Dott. BAGNOLI LUIGI

Vice Presidente
Dott. PIZZA GIANCARLO

Segretario
Dott.ssa ARCIERI MARGHERITA

Tesoriere
Dott. LODI VITTORIO

Consiglieri Medici
Dott. BONVICINI ANDREA
Dott. CUPARDO MARCO
Dott.ssa ESQUILINI ANNA
Prof. LIGUORI ROCCO
Dott. LUMIA SALVATORE
Dott. MASOTTI MASSIMO
Dott.ssa PIRAZZOLI ALESSANDRA
Prof. PRATI CARLO
Dott.ssa SCHLICH GIULIANA
Prof. TREVISANI FRANCO
Prof. ZAFFAGNINI STEFANO

Consiglieri Odontoiatri
Dott. BONDI CORRADO
Dott. RUBINI GIOVANNI

Commissione Albo Medici

Presidente:	Dott. LUMIA SALVATORE
Vice Presidente:	Dott. CUPARDO MARCO
Segretario:	Dott.ssa ARCIERI MARGHERITA

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente:	Dott. CORRADO BONDI
Vice Presidente:	Dott. RUBINI GIOVANNI
Segretario:	Dott. AVANZINI GIAMPAOLO
Componenti:	Dott. CICOGNANI SIMONCINI FRANCESCO
	Dott. MEDI MASSIMILIANO

Collegio dei Revisori dei Conti

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

Operatori sanitari tra il premio Nobel per la pace e antichi vizi

Vittorio Lodi

Sul Quotidianosanità.it del 23 maggio 2021 è uscita, o meglio è stata ripresa, la notizia della candidatura del personale sanitario italiano al premio Nobel per la Pace 2021.
Il quotidiano on line ci informa che la candidatura è stata proposta dalla Fondazione Gorbachev, che ha sede a Piacenza, e che tra le proprie attività ha anche quella dell'organizzazione dei Summit Mondiali dei premi Nobel per la Pace. Secondo la Fondazione il premio Nobel per la Pace dovrebbe essere riconosciuto ai "medici, infermieri, farmacisti, psicologi, fisioterapisti, biologi, tecnici, operatori civili e militari tutti, che hanno affrontato in situazioni spesso drammatiche e proibitive l'emergenza COVID-19 con straordinaria abnegazione, molti dei quali sacrificando la propria vita per preservare quella degli altri e per contenere la diffusione della pandemia".
Questa proposta di candidatura è stata ufficialmente sottoscritta da un Nobel per la Pace, l'americana Lisa Clark. Lisa Clark, americana di origini che da anni vive in Italia, fa parte di diverse organizzazioni pacifiste, tra le quali Ican-Campagna internazionale per l'abolizione delle armi nucleari, con la quale ha ricevuto il Nobel nel 2017, ed è co-presidente dell'International Peace Bureau, che è la più antica associazione umanitaria mondiale per la diffusione dell'idea del pacifismo e ha sede in Svizzera.
Non sappiamo quale esito potrà avere questa candidatura che si dovrà confrontare con altre 328 proposte avanzate da tutto il mondo per il Nobel per la Pace 2021.
Non vorremmo però che, premio o non premio, queste sollecitazioni che, diciamocelo, sembrano stare una po' tra il populismo e la demagogia portassero a quello che il conte François de La Rochefoucauld diceva dei vizi umani: «Si può dire che i vizi ci aspettino lungo il corso della vita come ospiti presso i quali bisogna successivamente sostare: dubito che l'esperienza ce li farebbe evitare se ci fosse consentito percorrere due volte lo stesso cammino» (François de La Rochefoucauld, Massime, ed. Rizzoli 1978).
Ecco, innanzitutto speriamo di non ripercorre lo stesso cammino che ci ha portato a dover affrontare "situazioni spesso drammatiche e proibitive" nel corso dell'emergenza COVID-19.
Ma, soprattutto, speriamo che l'esperienza drammatica vissuta, in prima linea dai sanitari ma poi da tutta la popolazione, ci lasciasse degli insegnamenti in grado di riuscire ad affrontare altre situazioni simili che potranno verificarsi in futuro.
Ovviamente parliamo di piani per affrontare le epidemie e le pandemie, di organizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, che sappia affrontare queste emergenze e che non consideri la Sanità solo da una visuale puramente economica, ma che sappia prevedere e affrontare le necessità sanitarie, mutevoli, della popolazione. Il SSN si è trovato impreparato a questa emergenza anche perché, in parte, se non smantellato ma certamente ridotto in termini di strutture, mezzi e uomini.
Infine, impariamo la lezione che le malattie infettive esistono e sono diffuse, anche se non sempre, fortunatamente, causa di pandemia. Ma risulta comunque eclatante il dato delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), che, nella sola Europa, provocano ogni anno 16 milioni di giornate aggiuntive di degenza, 37.000 decessi attribuibili, 110.000 decessi per i quali l'infezione rappresenta una concausa e i cui costi vengono stimati in approssimativamente 7 miliardi di euro, includendo solo i costi diretti. In Italia è stata evidenziata una frequenza di pazienti con una infezione contratta durante la degenza pari a 6,3 ogni 100 pazienti presenti in ospedale e nell'assistenza domiciliare 1 paziente ogni 100 contrae una ICA (www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/).
Bene, è ora di incominciare ad affrontare alcuni di questi "vizi".

Perché in Italia non si producono i vaccini antiCovid, ma molti generico-equivalenti e costosi parafarmaci?

Pier Roberto Dal Monte

L'Italia, sebbene sia la prima Nazione per produzione di farmaci ed esportazione in Europa, non riesce a programmare nessuna realistica produzione di vaccini ed in particolare nessun vaccino antiCovid con qualunque tecnica si voglia produrre: lo storico, i più moderni contro gli *spike* mRNA, DNA legati o meno all'adenovirus. Cosicché non si è riusciti ad entrare nelle modalità di produzione o meglio nel mercato, anche se non sempre siano stati o sono necessari metodi di conservazione a – 80 gradi (tecnica che appare in pochi giorni già obsoleta – vedi comunicati Pfizer) nel confronto con altre ditte produttrici, che sono ora almeno una decina in tutto il mondo.

Non si parlerà del russo Sputnik, quando una industria farmaceutica, normalmente a basso impatto tecnico-scientifico, ha prodotto un vaccino apparentemente alquanto attivo e usato con successo localmente e da varie nazioni.

Quale è la causa di questo default, di questa incapacità di fronte ad un fatturato di ben 35 miliardi, secondo gli ultimi dati Istat riguardo l'Industria Farmaceutica, con guadagni colossali (1). Malgrado questo importante giro d'affari in Italia non solo non si fanno nuovi vaccini, ma non si sintetizza una nuova molecola attiva ed efficace da alcune decine di anni, particolarmente in campo oncologico, dove la ricerca ha fatto i maggiori progressi particolarmente con i famaci biologici, utilizzati con varie combinazioni molecolari anche in molti altri campi terapeutici. Il che vuol dire che non si fa ricerca di base e si accusa, ma non sempre inanemente, lo Stato di non sostenere la ricerca, quando per i Privati (o 'Industria Farmaceutica Italiana') la massima aspirazione appare essere quella di aspettare lo scadere degli altrui brevetti per sostituirli adeguatamente, importando anche questa volta in maniera massiccia le materie prime specie dall'India, gran produttrice di farmaci e vaccini, oppure lavorando in conto terzi o anche direttamente attraverso qualche filiale della produttrice che ha la casa madre all'estero.

Forte è quindi la manifattura delle pillole e dell'infialettamento, salvo le dovute encomiabili eccezioni.

Sebbene non vada trascurato, a scusante di questa situazione, il fatto che l'Industria vaccinale, non solo italiana peraltro, necessita importanti investimenti in grandi imprese e che, almeno per il passato pre-epoca Covid, era necessaria anche un'espansione dei mercati più bisognosi di assorbire alte quantità di vaccini e probabilmente un supporto di Stato a tale settore per avere un ritorno adeguato. Lo dimostra il notevole apporto economico (tra i 2 ed i 5 *trillions dollars* – migliaia di miliardi di dollari) dato dagli Stati Americano, Inglese e nell'insieme di tutta l'Europa all'Industria Farmaceutica al solo scopo di produrre velocemente i vaccini anti Covid (2,3,4,5).

Si può concludere comunque che in Italia – pur entrando ora con un certo scetticismo nella logica o nei programmi di produrre i vaccini specifici –, per intanto si continuano a produrre soprattutto dei generici equivalenti il cui il brevetto, come si sa, deve essere ormai scaduto per legge da almeno 20 anni. E accanto a questi si estraggono o si producono e, anche questa volta, spesso si importano, centinaia di parafarmaci oltre che dall'India e da tutto Sud Est Asiatico.

Una dimostrazione di quel che si dice è che, in questi periodi di sventura e puntando sulla

preoccupazione e sulle speranze dei cittadini, ha preso l'avvio in maniera massiccia una campagna, con varie modalità pubblicitarie, su un innumerevole numero di cosiddetti farmaci che vengano etichettati di norma come immunizzanti, energizzanti, sedativi e/o contro l'insonnia, antidolorifici per non parlare di quelli che avrebbero effetti terapeutici su serie malattie, come l'ipertensione, o l'ipertrofia prostatica, nella sindrome metabolica e varie dislipidemie. Prodotti che genericamente vengono posti tra quelli naturali o commercialmente "da banco" e neanche veri e proprio galenici, benché alcuni possano considerarsi anche dei parafarmaci, che non hanno tuttavia una vera base scientifica di supporto e, anche spesso, neanche dal punto di vista legale, come normalmente si intende per i normali farmaci. Una modalità scientifica che certifichi la loro efficacia ed atossicità nel confronto a doppio cieco, e controllato nel tempo, da parte degli Enti preposti quali la F.D.A. (Food and Drug Administration) o l'equivalente Ema europea e neppure le indicazioni del D.L. 219/06, tanto che spesso non si capisce se agiscano come alimento o come farmaco.*

Per la maggior parte di questi l'effetto farmacologico o clinico che è del tutto indimostrato, si basa su tradizioni popolari traslate da un loro uso ormai quasi "paleolitico", sorte da credenze popolari storiche o etniche, dalla fantasia di noti medici in epoca presintesi farmacologica, dalle invenzioni alchemiche o più recentemente su credenze ed usi d'importazione: dall'Asia prevalentemente orientale e meridionale (India e Cina), in ambedue i casi molto supportate da impostazioni esoterico-filosofiche e religiose resistenti a qualsiasi ricerca e contestazione seria. Con questo peraltro, non va negata l'esistenza in molti regni biologici naturali di alcune sostanze o prodotti attivi dal punto di vista biologico/farmacologico, molti ancora da scoprire ed altri ormai storici desueti o per la maggior parte abbandonati. Ma per i numerosi altri estratti, alcaloidi, terpeni, flavonoidi e tossine isolate da diverse specie animali, vegetali e batteriche si tratta di prodotti che hanno una vaga possibilità di agire e che fra l'altro sono di facile modalità d'estrazione e che non impegnano quindi particolari ricerche e sintesi chimiche in specialissimi laboratori, veramente mai creati nel nostro Paese ed il cui limite tra beneficio, inefficacia o talvolta danno è molto stretto.

Non si capisce tuttavia bene la resistenza ed il successo di questa attuale pseudo-scienza farmacologica, a cui si adeguano fior di professionisti, poiché sia nei corsi per la laurea in farmacologia che in quelli di terapia medica, nonché negli autorevoli trattati che accompagnano i corsi, la maggior parte dei prodotti con qualche vago effetto biologico/terapeutico, mai vengono ricordati, se non di passaggio, mentre hanno trovato un'indicazione ed utilizzo ormai prevalente quelli di vera sintesi chimica farmacologica.

Per la maggior parte dei prodotti biologici riscontrabili in natura si invoca, da una parte, la miracolistica credenza che il vivere secondo natura è di massimo giovamento per la salute e quindi accanto alla preminenza salutistica della dieta vegetariana e la Nutracetica (natura e farmaceutica), si sostiene anche che ogni terapia parafarmaceutica, tratta dalla natura, sia di gran giovamento, come energizzante o per prevenire e curare malattie vere e non chimicamente tossica come i farmaci attivi: sommando sia l'ingenuità, le credenze naturalistiche sia l'effetto psicologico o, con termine più scientifico, per innescarne il noto effetto placebo che di per sé è infatti un concetto puramente psicologico con il quale, come si sa, la natura umana si fa ingannare o al meglio viene stimolata, attraverso vari meccanismi neurologici o neuropsicologici e vegetativi, a superare spesso momentaneamente, patologie semplici o in grado di indurre alterazioni somatiche vere; senza volersi dilungare troppo nel labirinto dei sottili rapporti tra psiche e organismo umano. Un mercato che, pur essendo teoricamente regolato dalle leggi sui farmaci, non è apparentemente controllato da nessuna vera Autorità o Agenzia che valuti il loro 'outcome', ed in particolare neppure dall'autorità di controllo, quale è quello che va sotto il nome complessivo di NAS, che fa capo al Ministero della Salute, il quale avrebbe il potere di intervento in tutti i luoghi dove si pro-

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

ducono, si somministrano, si depositano o si vendono prodotti destinati all'alimentazione e alla salute, nonché colà dove non si rispettino le regole della "Pubblicità ingannevole". E intanto nessuna Industria totalmente italiana per ora produce, o meglio realisticamente crea in maniera certa ed efficace nuovi veri vaccini e non solo quello anti Sars-CoV-2/Covid-19(7).

1 - *Farmaceutica*: l'analisi delle prime 290 aziende farmaceutiche nel 2019 - MonitoraItalia

2 - www.guntramwolff.net/blog/why-has-the-eu-been-so-slow-to-roll-out-a-covid-vaccination-programme/

3 - *The complexity and cost of vaccine manufacturing* – An overview Stanley Plotkin a, James M. Robinson b,↑, Gerard Cunningham c, Robyn Iqbal d, Shannon Larsen. ttp://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.06.003 0264-410X/2017

4 - *Vaccine Production, Safety, and Efficacy*. Published online 2021 Mar 1.doi: 10.1016/B978-0-12-814515-9.00121-1
Encyclopedia of Virology. Elsevier 2021: 281–288

5 - *Study shows vaccine nationalism could cost rich countries US$4.5 trillion* (iccwbo.org)

6 - *Coronavirus. Alla ricerca di fabbriche per produrre vaccini in Italia*. Pietro Saccò. L'Avvenire. lunedì 22 febbraio 2021

**Va detto fra l'altro che la risoluzione n. 256/E del 2008 dell'Agenzia delle Entrate ha precisato "Gli integratori alimentari vengono somministrati, sostanzialmente, per cure dirette ad ottimizzare gli apporti nutrizionali e a migliorare le condizioni fisiologiche, senza per questo essere considerati dei medicinali. In ragione della loro composizione, gli integratori si qualificano, infatti, come prodotti appartenenti all'area alimentare", e per tale motivo non sono detraibili e lo stesso per i Parafarmaci: la spesa relativa all'acquisto siano essi prodotti fitoterapici, pomate colliri, ecc., non può essere equiparata a quella per medicinali.*

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

Corsi Anti-Fumo: gruppi per la disassuefazione dal fumo. Smettere di fumare si può, con la LILT

La dipendenza dal fumo è causa certa di circa 30 malattie tra cui le broncopneumopatie croniche, varie patologie polmonari croniche, diverse forme tumorali, cardiopatie e vasculopatie. Per questo il fumo è una delle problematiche più importanti della sanità nel nostro Paese e nel mondo. Ma nonostante oggi tutti sappiano quanto sia pericolosa, rinunciare alla sigaretta, per chi fuma, è difficile.

Dire stop al fumo inoltre, aiuta ad essere più belli ed in salute, migliora l'odore della nostra pelle, dei nostri abiti e delle nostre case e fa anche risparmiare più soldi!

I **falsi miti** legati alla sigaretta, come il piacere, il relax e la maggiore concentrazione e ancora la paura di ingrassare e di non riuscire, sono motivazioni per cui si continua a fumare, nonostante se ne conoscano gli effetti negativi.

La LILT di Bologna dal 1993 costituisce uno dei **Centri Antifumo** (CAF) nel territorio.

Chi decide di smettere di fumare si trova ad affrontare un vero e proprio momento di **cambiamento**.

"Ciò a cui opponi resistenza persiste. Ciò che accetti può essere cambiato" - Carl Gustav Jung

Il **Corso Anti-Fumo**, composto da almeno 5 persone permette di **superare** le difficoltà e **riconoscere** le risorse che ognuno di noi possiede, per passare dall'atteggiamento "**devo smettere**" al "**posso cambiare**". Il percorso si snoda attraverso 7 incontri, passando da una fase di preparazione ad una di azione. Il corso utilizza il metodo cognitivo-comportamentale ed è condotto da un *counselor* professionale (*addiction counseling*). Durante il corso verranno insegnate e sperimentate tecniche di rilassamento per scaricare stress e tensioni correlate all'astensione.

La percentuale di successo alla fine dei corsi e ad un anno di distanza si attesta perfettamente in linea con i risultati di tutti i centri Antifumo della LILT nel territorio nazionale.

I corsi si svolgono **presso la sede LILT di Bologna** in via Turati 67, in orario tardo pomeriggio/sera.

Per informazioni e prenotazioni: tel. 051 4399148 – segreteria@legatumoribologna.it

LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

Associazione Metropolitana

LILT DI BOLOGNA – APS
Iscritta al Registro Regionale ER delle Persone Giuridiche con numero 1106

5x1000 BUONE RAGIONI
Una firma contro i tumori!
Categoria "Associazioni"
Codice Fiscale: 92049200378
40134 BOLOGNA Via Turati 67–Tel 0514399148–Fax 0514390409 – segreteria@legatumoribologna.it – CF 92049200378 – C/C POSTALE 17403403

Presidente
Domenico Francesco RIVELLI

Vice Presidente
Maria Claudia MATTIOLI OVIGLIO
Piera STIGNANI

Consiglio Direttivo Sezionale
Gianni CARCIOFI
Paola Antonia CERATI
Eliana GROSSI
Lorenza GUERRA SERAGNOLI
Rosaria MESORACA
Angelo MURATORI

Organo di controllo
Giuseppe MINNA
Maria Grazia CALZOLARI
Lorenzo PASCALI

Efficacia nel tempo dei facciali filtranti

È stato pubblicato in questi giorni un contributo scientifico di estrema attualità per i nostri colleghi medici ed odontoiatri nello stabilire l'efficacia nel tempo di un facciale filtrante FFP2. Riportiamo volentieri un riassunto dell'interessante articolo che interesserà sicuramente i colleghi che quotidianamente devono utilizzare questo tipo di dispositivo di protezione individuale (DPI). Rimandiamo all'articolo originale per una più approfondita disamina dell'argomento.

Vittorio Lodi

Lo studio odontoiatrico si presenta come un esempio classico di zona ad alto rischio biologico derivante dall'inquinamento indoor. L'utilizzo di strumenti rotanti e ad ultrasuoni crea infatti un aerosol infetto, contaminante e diverso a seconda delle caratteristiche microbiologiche del biofilm batterico del paziente e della tipologia di intervento effettuato.

Allorquando si proceda ad esempio ad una preparazione di un dente, vengono immessi nell'aria frammenti di smalto e dentina insieme a batteri, virus e funghi che sono poi gli stessi che ritroviamo nella placca batterica e nella saliva. La contaminazione da aerosol di un ambiente odontoiatrico è quindi un fattore da tenere sempre sotto controllo al fine di minimizzare quanto possibile i rischi per il personale sanitario e per il paziente stesso.

In questo contesto appare evidente l'importanza di indossare una protezione oro-nasale adatta ed efficace. Rispetto alle mascherine chirurgiche fino ad ora utilizzate, i respiratori FFP (Filtering Face Piece - Protezione Facciale Filtrante) hanno dimostrato una protezione maggiore in entrambi i sensi respiratori. In accordo con lo Standard Europeo EN 149:2001, questi dispositivi sono classificati in tre classi, a seconda della capacità filtrante nei confronti di polveri con granulometria tra gli 0.02 ed i 2 μm: FFP1 (capacità filtrante totale di almeno 80%), FFP2 (94%) e FFP3 (99%). Questi filtranti vengono considerati non-riutilizzabili (NR) ed è quindi consuetudine sostituirli dopo ogni singola prestazione o, in caso di utilizzo di doppia mascherina, al termine della giornata lavorativa. L'obbiettivo di questo studio pilota è stato quello di indagare, mediante un test di Efficienza di Filtrazione Batterica (BFE), le variazioni di capacità filtrante di respiratori FFP2 dopo più giornate lavorative di utilizzo.

Materiali e Metodi

Per questo studio sono stati selezionati sei respiratori FFP2 (3M Aura FFP2 1862+ NR-D; St. Paul, MN, USA). Cinque di questi sono stati indossati da uno stesso operatore continuativamente durante l'attività clinica e tra una prestazione e quella successiva. A fine giornata il respiratore veniva posizionato nella sua confezione originale e mantenuto chiuso in un contenitore. Una FFP2 non è stata indossata ed è stata esaminata come controllo negativo (Tabella 1).

Tabella 1

FFP2	Tempo di utilizzo
FFP2-A	8 ore
FFP2-B	16 ore
FFP2-C	24 ore
FFP2-D	32 ore
FFP2-E	40 ore
FFP2-F	Controllo (Non utilizzata)

Le prestazioni odontoiatriche consistevano prevalentemente in terapia parodontale chirurgica e non chirurgica, l'operatore indos-

Figura 1

Figura 2

sava uno schermo facciale, le finestre erano tenute aperte a vasistas durante le procedure parodontali e poi completamente aperte per almeno 15' tra un paziente ed il successivo.
Seguendo le normative europee UNI EN 14683:2019 + AC:2019, su tutti i respiratori è stato eseguito il test BFE. Questo esame, eseguito al centro della mascherina (Figure 1 e 2) ed il cui esito viene espresso in percentuale, è indicativo di quanta parte della mascherina rappresenti una barriera efficace ed effettiva per l'operatore nei confronti di un aerosol.

Risultati
I risultati sono rappresentati nella Tabella 2. Non sono state evidenziate differenze statisticamente significative in termini di BFE tra i respiratori analizzati e tra questi ed il campione di controllo.

Tabella 2

FFP2	BFE
FFP2-A	99.9 %
FFP2-B	99.5 %
FFP2-C	99.7 %
FFP2-D	99.2 %
FFP2-E	99.5 %
FFP2-F	99.5 %

Discussione
Durante l'attuale pandemia da COVID-19 si è assistito ad una richiesta sempre maggiore di mascherine chirurgiche e di FFP2. Spesso ci sono stati momenti in cui la disponibilità è risultata ridotta e probabilmente sono stati utilizzati dispositivi non a norma.
Fino ad oggi in letteratura non vi sono e non vi sono state indicazioni certe su quale fosse il tempo di utilizzo massimo per un respiratore, prima che questo iniziasse a deteriorarsi ed a perdere la propria efficacia. Poiché le case produttrici forniscono questi dispositivi come non-riutilizzabili, fino ad oggi si è assistito ad un consumo eccessivo ed esasperato di mascherine e respiratori, con ingenti costi e problematiche di inquinamento ambientale.
È di uso comune poi l'utilizzo di una mascherina chirurgica sopra alla FFP2 per poter indossare quest'ultima "almeno" per un'intera giornata lavorativa.
I dati ottenuti da questo nostro studio pilota sottolineano l'importante capacità di un respiratore FFP2 nel mantenere stabile la capacità di filtrazione batterica per un lungo tempo, mantenendola costante per almeno 40 ore. Di conseguenza, la possibilità di indossare un respiratore per più turni lavorativi appare accettabile e di competenza del singolo operatore, stante l'assenza di normativa.

Checchi V, Montevecchi M, Checchi L. *Variation of Efficacy of Filtering Face Pieces Respirators over Time in a Dental Setting: A Pilot Study*. Dent J 2021;9(4):36. doi: 10.3390/dj9040036 (https://www.mdpi.com/2304-6767/9/4/36)

Il silenzio è d'oro

Cosa ha insegnato la pandemia

Luigi Bolondi*

Si sa, noi medici siamo sempre stati vanitosi. Non tutti ovviamente, ma la maggioranza certamente sì. Poter comunicare al grande pubblico i successi personali e le grandi conquiste della Medicina, assaporando il piacere di esserne partecipi e dispensatori, costituisce da sempre una delle più grandi soddisfazioni della nostra professione e ci gratifica dei tanti sacrifici e dell'impegno profuso nel duro lavoro quotidiano. Si badi bene, io sono convinto che questo orgasmo comunicativo e divulgativo dei medici non ha, come molti potrebbero obiettare, finalità economiche o remunerative più o meno palesi, ma è legato soprattutto all'innato narcisismo insito in ogni essere umano e ancor di più nei medici, che sanno di operare sul patrimonio più prezioso dell'umanità: la salute.
A ciò si aggiunga poi che l'interesse del grande pubblico per i temi inerenti la salute è andato crescendo esponenzialmente negli ultimi decenni e di conseguenza i medici, lusingati da tanto interesse, non si sono certo sottratti all'uso, anche eccessivo, del microfono e della telecamera. E fin qui nulla di male, anzi, molto di bene, perché la maggiore consapevolezza della popolazione sulle tematiche sanitarie ha portato a un cambiamento positivo del rapporto medico-paziente, che da paternalistico è diventato sempre più condivisivo. Tutti noi siamo però coscienti che una informazione ridondante (la cosiddetta "infodemia") e troppo ottimistica sul potere taumaturgico illimitato della scienza medica ha comportato anche ricadute negative, accrescendo smisuratamente aspettative quasi miracolistiche per risultati che non sempre si riescono ad ottenere e che, quando non si ottengono, suscitano recriminazioni e alimentano il contenzioso medico-legale. E questo è già un primo punto che andrebbe meditato attentamente: cioè quanto ha contribuito una informazione eccessivamente positiva a creare il paradosso di una insoddisfazione e di un malcontento dei pazienti, con un contenzioso che è andato crescendo in modo sconcertante di pari passo con gli innegabili progressi diagnostici e terapeutici e le aspettative di vita della popolazione.

Poi è scoppiata la pandemia.....
E i medici sono improvvisamente diventati degli eroi, e da oltre un anno la Medicina sta occupando il 90% dello spazio comunicativo su tutti i media. Mentre decine di migliaia di medici si continuano a prodigare nei reparti ospedalieri al riparo dai riflettori e dagli onori della cronaca, spesso con il sacrificio della propria salute e talvolta della vita, innumerevoli "esperti" (molti senza alcuna esperienza clinica), ospiti fissi di trasmissioni ad elevatissima audience, quasi star dello spettacolo o politici di professione, intenti a ripetere sempre le stesse cose, il più delle volte banali, altre volte contraddittorie e inesatte. Continue ritrattazioni, correzioni di rotta, annunci ottimistici e poi pessimistici, previsioni rivelatesi errate e via dicendo. Era inevitabile: nessuno poteva essere esperto di qualcosa di nuovo come questo virus.
Certo, le precedenti epidemie e le conoscenze immunologiche e virologiche di base potevano fornirci qualche chiave interpretativa, ma sappiamo che la Clinica spesso si discosta dalle nostre conoscenze molecolari, fisiopatologiche e sperimentali e allora la prudenza è sempre indispensabile. Prudenza che è venuta a mancare, perché spesso sopraffatta dall'ansia comunicativa e dal narcisismo di poter svolgere il ruolo dell'oracolo, dispensatore di pillole del sapere al grande pubblico, creando il più delle volte sconcerto e confusione.
Si dirà che l'informazione è necessaria e doverosa e che viene sollecitata in modo pres-

sante dagli addetti ai lavori (cronisti, intervistatori e intrattenitori) che devono rispondere agli interrogativi del pubblico, ma soprattutto devono riempire pagine di giornali e ore di trasmissioni radiotelevisive. È verissimo. Ma bisogna distinguere le situazioni nelle quali la conoscenza è maturata con anni di studio e di dibattiti scientifici, e altre dove domina l'incertezza e la mancanza di dati sicuri e inequivocabili. Chi detiene il sapere (chi veramente in questo caso?) dovrebbe capire quando le informazioni possono essere date, perché il sapere è consolidato, e quando invece è meglio tacere o dire "non so" e resistere alla pressione del giornalista o intervistatore di turno, che non raramente manipola risposte a suo uso e consumo o mette artatamente in contrapposizione esperti con opinioni diverse "per fare spettacolo". Io mi domando se alcuni di coloro che settimanalmente o anche quotidianamente da molti mesi appaiono in televisione o rilasciano interviste, sottraendo certamente tempo allo studio e ai pazienti, dopo 10, 20 o anche 100 apparizioni sui media, si siano mai posti il problema della sobrietà e della moderazione che dovrebbe contraddistinguere il vero scienziato e il vero clinico, almeno nei rapporti con il grande pubblico.
Questo non vuol dire che discussioni, anche aspre, non debbano avvenire in ambito medico-scientifico ogniqualvolta si affrontano argomenti nuovi, ma solo che ciò deve essere confinato alle sedi istituzionali: le riviste scientifiche e i congressi medici. La divergenza di opinioni su temi nuovi che in assenza di studi sperimentali e di popolazione è legittima e feconda in ambito scientifico, diventa disdicevole e fonte di angoscia e confusione per il pubblico, quando esternata nella comunicazione di massa. E poi contribuisce non poco ad alimentare la sfiducia nella scienza e la produzione di "bufale" (termine così efficace in italiano, che mi rifiuto di dire "fake news").
Con la pandemia purtroppo abbiamo raggiunto i massimi livelli di spettacolarizzazione della Medicina. Fenomeno tipicamente italiano? No. Consoliamoci. Ho recentemente parlato con colleghi inglesi, tedeschi e svizzeri che mi hanno confermato che TV, giornali e social anche nei loro Paesi sono letteralmente invasi da esperti di tutti i tipi che stanno monopolizzando da mesi tutta l'opinione pubblica generando spesso solo confusione.

Forse tutto ciò era inevitabile, a fronte di eventi devastanti come quello che stiamo attraversando. Ma almeno, poiché si dice che questa tragedia globale ci ha insegnato molte cose, e che certi errori non saranno ripetuti (non ci credo), i medici facciano tesoro di questa travolgente esperienza mediatica e si sforzino davvero di rinunciare a smanie di protagonismo, comunicando solo ciò che ha superato il vaglio della ricerca e della rigorosa sperimentazione, evitando di farsi strumentalizzare e trascinare in discussioni che ledono la dignità della nostra professione, non dimenticando che

"Un bel tacer talvolta
ogni dotto parlar vince d'assai"
Pietro Metastasio. La strada della gloria VIII pag 321

"Nulli tacuisse nocet, nocet esse locutum:
A nessuno è mai nuociuto aver taciuto, ma l'aver parlato"
Catone. Distica de moribus 1,12

E forse era meglio che anch'io tacessi, ma è troppo tardi.

** Professore Alma Mater di Clinica Medica*

La Febbre Gialla in Toscana nel 1804

Prima Parte - I trasporti marittimi e la diffusione del contagio. Il dibattito tra contagionisti ed epidemisti

Sergio Sabbatani

Dopo la scoperta dell'America, la colonizzazione selvaggia avvenuta nei secoli successivi e l'impatto demografico negativo che si realizzò con l'introduzione tra i nativi del nuovo mondo di malattie come il vaiolo, la lebbra, il tifo, il morbillo, la tubercolosi e probabilmente la malaria, si determinò in pari tempo lo spopolamento dei nuovi territori conquistati da spagnoli e portoghesi nel XVI secolo.
Le aree geografiche che subirono maggiormente questa pressione furono le Antille, il Perù, la Colombia, il Messico, Haiti e più in generale tutta l'area caraibica (1,2,3,4).
La necessità di sostituire le popolazioni native, decimate nei primi cento anni di colonizzazione, indirizzò le potenze europee che si stavano dividendo immensi territori ad iniziare la tratta degli schiavi. Questi dopo essere stati catturati sulle

Figura 1. Area geografica interessata da episodi epidemici di febbre gialla nei secoli XVIII e XIX. I segni delimitano le zone estreme di diffusione epidemica nel periodo storico. Il contagio avveniva a seguito di contatti marittimi attraverso l'Oceano Atlantico tra la costa occidentale dell'Africa, le coste delle Americhe e Paesi occidentali dell'Europa: Portogallo Spagna, Francia Regno Unito e Italia (limitatamente a Livorno).

Figura 2 Sloop da guerra della Marina Britannica.

coste occidentali del continente africano, stipati nei vascelli, subivano una prima selezione operata da denutrizione e malattie rapidamente diffusive, per poi essere messi all'asta nel nuovo mondo destinati al duro lavoro in regime di schiavitù.
Così dal punto di vista epidemiologico un terzo continente, l'Africa, si inserì così in quel processo globalizzante sociale e sanitario che fu caratterizzato da Woodrow Borah con la felice definizione di "unificazione microbiologica" fra Vecchio e Nuovo Mondo (1,2, 4).
La Febbre Gialla in Africa era forse presente da tempi remoti, ma gli scarsi scambi con le coste occidentali delle regioni sub sahaariane non avevano diffuso verso l'Europa questa malattia, per altro nelle aree geografiche europee poche erano quelle favorevoli, per le condizioni ambientali, all'attecchimento della malattia con modificazione permanente della patocenosi.
Nel XVIII secolo la prima descrizione clinica della febbre gialla fu pubblicata da Scotte nel Syno-

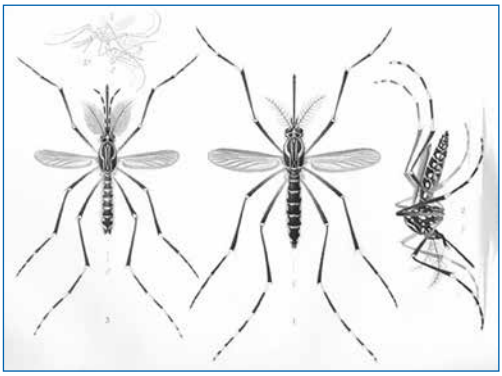

Figura 3 - Zanzara Aedes Aegypti.

chius Atrabiliosa: "...il vomito continuava..., divenuto prima verde, poi di colore marrone e infine nero, e si coagulava in piccoli grumi..., si verificava una diarrea continua, con dolori lancinanti, e veniva evacuata una grande quantità di feci nere e putride... La pelle ora piena di petecchie"(5).

Che le condizioni geo-ambientali costituissero un requisito determinante per la diffusione della febbre gialla era chiaro anche nel passato. Un Autore della metà del XIX secolo (6) fissava nel Mar delle Antille e nel Golfo del Messico il suo epicentro, segnando tuttavia alcuni limiti geografici che non vennero mai oltrepassati in quei tempi. L'Autore riportava che la malattia non era mai stata osservata, dalla sua prima descrizione nel 1648, in Guadalupa, oltre il 46° di latitudine boreale

Figura 4 - Suggestiva immagine di Vascello fantasma Fling Dutchman

(Quebec) e il 35° di latitudine australe (Montevideo- Mar della Plata), mentre a oriente non venne mai rilevata oltre gli 8° gradi di longitudine (in Italia a Livorno) e a occidente mai oltre il 92° (Nuova Orleans) (figura 1). È opportuno precisare che tutte le segnalazioni riportavano come elemento comune la vicinanza del mare, mentre veniva fissato, come limite estremo di rilievo dei casi, un'altitudine di 924 metri. Altro elemento comune era la constatazione che in genere i quadri epidemici si osservavano nelle stagioni con temperature elevate e alta umidità. Durante l'epidemia di Filadelfia del 1793 si constatò che, a differenza di altre malattie epidemiche, questa malattia colpiva con la stessa intensità tutti i quartieri non privilegiando quelli più poveri ove le condizioni igieniche erano più scarse.

Per quanto riguarda la peculiare propensione a colpire più severamente le razza bianca rispetto alla nera in uno scritto del Tantini in memoria di Gaetano Palloni, datato 1826, veniva riportato che "...la malattia non propagandosi fra i negri, essa limita le sue stragi negli equipaggi delle navi europee solo tra i bianchi"(8). Probabilmente l'Autore si riferiva solo alle evidenze cliniche più vistose e al decesso, in quanto i neri sembravano godere di condizioni naturali di minore suscettibilità e pertanto, durante le epidemie che colpivano le navi, avevano più probabilità di superare l'attacco acuto.

Questa convinzione fallace, ma comprensibile se rapportata alle conoscenze dell'inizio del XIX secolo, era sostenuta da una notizia riportata all'Accademia delle Scienze e al Consiglio superiore di Sanità del Regno d'Inghilterra, dal Consigliere Alessandro Moreau de Jonnès. In breve, nel marzo del 1823 lo Sloop da guerra Bann (figura 2) lasciò il porto di Sierra Leone, dopo avere avuto contatti con la nave mercantile Carolina, il cui equipaggio era stato decimato dalla febbre gialla, dirigendosi verso l'Isola di Ascensione nell'Atlantico australe. Durante la traversata perirono 13 marinai in 28 giorni; la strage però continuò con la stessa violenza quando la nave gettò l'ancora davanti l'isola, morirono infatti altri 20 uomini. Il giornale del chirurgo di bordo riportava che su 107 europei 89 furono colpiti dalla malattia, morendo in 3; tra i 27 neri dell'equipaggio nessuno manifestò segni clinici indicativi di malattia (8).

Quando la nave giunse all'Isola dell'Ascensione

gli Ufficiali di Sanità che inizialmente non avevano ritenuto contagiosa la malattia, non impedirono contatti tra l'equipaggio e la guarnigione. La malattia però si diffuse rapidamente: si registrarono 16 decessi sui 22 militari che presidiavano l'attracco dell'isola, oltre a 5 donne e 4 ragazzi famigliari dei soldati. Furono pertanto messi in quarantena i residenti del posto militare, ciò impedì che il contagio si diffondesse ad un altro presidio dell'isola controllato da 6 soldati che così non ebbero alcuna comunicazione con il débarcadaire. Alla luce di questa constatazione gli Ufficiali di Sanità riconobbero il loro errore e scrissero nei loro rapporti che: "... avevano acquistato da tali circostanze il convincimento che la malattia era stata trasmessa, per contagio, da un individuo all'altro"(8).

Questo convincimento, che oggi sembra scontato, nel periodo storico di cui si sta trattando non lo era assolutamente, infatti il mondo scientifico per tutta la prima metà dell'Ottocento rimase diviso tra chi postulava l'ipotesi patogenetica nel contagio, che aveva nel vaiolo il suo paradigma di riferimento, e chi altrimenti riteneva che la febbre gialla, come altre malattie infettive, fosse da collegare ai così detti miasmi ambientali e in questo caso la malattia di riferimento era la malaria.

La teoria miasmatica portava a ritenere che lo sprigionamento della malattia fosse peculiare dei "luoghi bassi e marittimi: e chi all'esalazioni palustri o sole o miste al contagio: alcuni la fanno regnare endemicamente nella stagione delle piogge e del caldo...". Sulla base di queste considerazioni il fatto che si osservasse uno sviluppo epidemico, anche in aree non caraibiche e comunque non solo alle latitudini tropicali, faceva postulare che "...le medesime cause le diano spontanea origine anco nei porti europei e dovunque si mostra" (8).

Per quanto riguarda il dibattito tra contagionisti e propugnatori della teoria miasmatica (epidemisti) interessante è il rilievo che il Tantini riporta ricordando che l'Isola dell'Ascensione "...è uno scoglio vulcanico di due tre leghe di diametro, slanciato in mezzo all'Oceano Equatoriale, a quattro o cinquecento leghe dal litorale del vecchio e del nuovo mondo, quasi interamente spogliato di vegetazione, privo di acqua, battuto dai venti, situato fuori della sfera dell'emanazioni dei continenti, e non avendo né paludi, né popolazione ammassata, né alcuna delle cause locali alle quali comunemente la Febbre Gialla è comunemente attribuita. Le testimonianze più rispettabili stabiliscono di più, che non vi era stato alcun caso di malattia qualunque dal mese di settembre 1822 fino al maggio del 1823; e che non era stata fatta mutazione alcuna nella guarnigione Inglese, composta di 28 uomini, compresi gli Ufficiali" (8).

Nonostante tutte queste considerazioni, utili nel sostenere la teoria contagionista, il partito fautore dell'ipotesi miasmatica continuava ad essere particolarmente agguerrito e influente godendo sia tra i medici sia tra i governanti di un considerevole credito.

Tale questione scientifica non si poneva soltanto per la febbre gialla, ma valeva anche per un'altra malattia, particolarmente diffusa all'inizio del XIX secolo, come il tifo petecchiale e poi a partire dagli anni Trenta del secolo per il colera, che colpì il mondo con ben sette ondate successive.

L'adesione o meno a una delle due teorie significava compiere scelte di politica sanitaria ben precise. Se si attribuiva la responsabilità al contagio si dovevano adottare le stesse misure varate nel passato per la peste: vale a dire instituire cordoni sanitari, isolamenti, quarantene, che esigevano un accentramento delle decisioni e un rafforzamento delle misure di polizia sanitaria. La seconda ipotesi, la miasmatica avrebbe presupposto invece interventi di bonifica urbana con il prosciugamento delle acque stagnanti, lo scavo di canali efficienti e la ristrutturazione dei tessuti urbani particolarmente degradati.

Sul piano politico-economico chiaramente l'ipotesi contagionista ingenerava "danni". Gli scambi e i commerci, con l'adozione di cordoni sanitari e le misure di polizia sanitaria, venivano ridotti significativamente se non bloccati e con ciò si andavano a toccare importanti interessi economici.

Dal punto di vista politico da una parte si schieravano i liberali che non volevano interferire sul libero commercio e tacciavano di oscurantisti coloro che volevano reintrodurre pratiche contumaciali utilizzate con successo nel passato, dall'altro lato della barricata c'erano i fautori di uno stato "illiberale" ove l'ingerenza, anche poliziesca, finiva per assumere connotati politici generali. Le due scuole di pensiero si contrapponevano schierando da una parte gli Stati ove avevano il potere governi politicamente reazio-

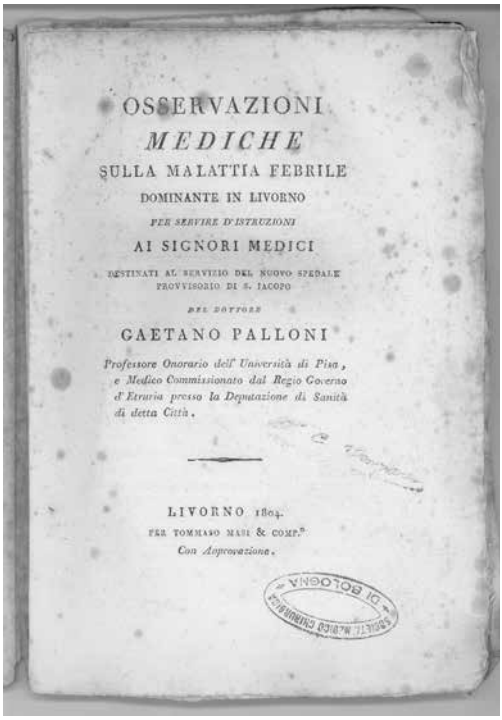
OSSERVAZIONI
MEDICHE
SULLA MALATTIA FEBRILE
DOMINANTE IN LIVORNO
PER SERVIRE D'ISTRUZIONI
AI SIGNORI MEDICI
DESTINATI AL SERVIZIO DEL NUOVO SPEDALE
PROVVISORIO DI S. IACOPO
DEL DOTTORE
GAETANO PALLONI
Professore Onorario dell' Università di Pisa, e Medico Commissionato dal Regio Governo d'Etruria presso la Deputazione di Sanità di detta Città.
LIVORNO 1804.
PER TOMMASO MASI & COMP.
Con Approvazione.

Figura 5 - Frontespizio del libro di Gaetano Palloni (Biblioteca Archiginnasio di Bologna).

nari (contagionisti), dall'altra si contrapponevano gli Stati più liberali, fautori di scelte ove i blocchi sanitari e gli isolamenti fossero esclusi e propenevano di fare investimenti in ambito di igiene pubblica e di bonifica urbana.
Tutti questi ragionamenti, in mancanza di evidenze scientifiche di ordine microbiologico, nel corso dei primi Sessanta anni del XIX secolo condizionarono le scelte sanitarie degli Stati europei e del Nord America, inizialmente nei confronti della febbre gialla e del tifo petecchiale (9) e in seguito, con ben più significative ripercussioni, nei confronti delle ripetute epidemie di colera (10, 11).
Nel nostro Paese, in un secolo attraversato da fremiti rivoluzionari e patriottici, l'appartenere o meno a una o all'altra fazione assumeva significati che travalicavano le categorie sanitarie, per assumere connotati propriamente economici e politici. Per esempio nel Lombardo-Veneto a partire dagli anni Quaranta, ai tempi del colera, si finì per misurare il patriottismo di un cittadino dalla sua fede più o meno viva nella dottrina del contagio (11).
Questo era lo scenario in Italia che condizionava le scelte di politica sanitaria nella prima metà del secolo XIX nei confronti delle epidemie.
Dal punto di vista epidemiologico fortunatamente la febbre gialla non costituì mai un problema complessivo per il nostro Paese, a differenza del tifo petecchiale e più tardi per il colera che imperversò con diverse ondate per tutto il secolo. Nel corso del secolo fu segnalata infatti una sola epidemia di febbre gialla, a Livorno, nel 1804.
In occasione di tale evento epidemico le scelte operate furono contradditorie specialmente in Toscana, ma i cordoni sanitari instaurati dagli Stati confinanti come in seguito riportò Gaetano Palloni in un suo volume (figura 5), sicuramente più per un motivato timore che per una consapevolezza scientifica, funzionarono impedendo che l'epidemia si diffondesse nella penisola (12).

Bibliografia

1) Borah W., Cook S.F. The population of Central Mexico in 1548, Berkeley, Univ. of Calif. Press, 1960.
2) Borah W., New Spain's century of depression, Berkeley, Univ. of Calif. Press, 1951.
3) Cook S.F., Simpson L.B., The population of Central Mexico in the sixteenth century, Yale, New Haven, 1948.
4) Sabbatani S., L'unificazione microbiologica del mondo secondo Woodrow Boorah, Infez. Med. 4,239-244,2002.
5) Schotte J. P. Atratise on the Synochius Atrabiliosa, a contagius fever, which raged at Senegal in ....1778. London, 1782 (8vo).
6) Lind J. An essay on diseases incidental to Europeans in hot climates. With the method of preventing their fatal consequences... to which is added, an appendix concerning intermittent revers (the 5. Ed. london J. murray, 1792.
7) Carter H.R., Yellow Fever: An Epidemiological and Historical Study of its place of Origin, Baltimore 1931.
8) Tantini F. Se la febbre gialla sia o no un contagio. (In) Memoria del Cav. Dott. Gaetano palloni. Pisa 1826 presso Sebastiano Mistri.
9) Sabbatani S. Il tifo petecchiale. Storie di uomini, eserciti e pidocchi. Infez. Med.,3; 165-173, 2006
10) Corradi A. Annali delle epidemie occorse in Italia dalle prime memorie fino al 1850. Bologna 1863 (s.n.)
11) Tognotti E. Il mostro asiatico. Storia del colera in Italia. Editori Laterza Roma-Bari 2000.
12) Palloni G. Osservazioni mediche sulla malattia febbrile dominante in Livorno per servire d'istruzione ai signori medici destinati al nuovo spedale di San Iacopo. Livorno, per Tommaso Masi e Comp. 1804 (in 8vo).

Ringraziamento. Alla Direzione della Biblioteca Archiginnasio di Bologna a cui devo l'immagine pubblicata in figura 5.

La medicina come ultima difesa

Francesco Domenico Capizzi*

Storia, storia della Medicina, letteratura, memoria popolare hanno registrato il rapporto di causa-effetto degli stati morbosi ancor prima che la ricerca epidemiologica, involontaria necrofora, disvelasse che l'origine delle malattie segue andamenti ben definiti riguardo a culture, appartenenze sociali, gruppi etnici, residenze urbane o extra-urbane, varia da un continente all'altro, da una regione all'altra, da una condizione esistenziale ad un'altra: nelle società industriali prevalgono le malattie cardiovascolari, immunitarie, da stress, da inquinamenti ambientali, metaboliche, tumori, obesità, affezioni renali, lesioni traumatiche; nelle società sottosviluppate permangono le malattie infettive e disnutrizionali per insufficienze alimentari, igienico-sanitarie, abitative, fognarie, idriche, energetiche, mancanza di terre, di mezzi di produzione, attrezzi da lavoro, di sussistenza, ecc.

Malattia e salute, in sostanza, risultano strettamente connessi al contesto socio-politico-geografico-istituzionale in cui le persone vivono: nei Paesi ricchi la salute dipende attorno al 50-60% da differenti stili di vita e condizioni socio-economiche ed ambientali, al 20-30% a predisposizioni dell'organismo, spesso acquisite e dunque divenute predisponenti e addirittura ereditarie, al 10-15% a qualità delle prestazioni sanitarie.

Si tratta di interrelazioni intuite già in epoche lontane: Ippocrate affermava che "la democrazia produce cittadini sani e la tirannia, al contrario, sudditi malati", Platone sosteneva che "un agente esterno rende malato un corpo già debole", Abu Ali Ibn Abdallah Ibn Sina, detto Avicenna, lasciava il suo principale contributo nel suo Canone, in cui si tratta della salute, in particolare della tisi, in termini di interazione con le condizioni psicologiche e ambientali della persona; Alfano, della Scuola medica di Salerno, appuntava la sua attenzione alle origini sociali della malattia; Ahmad Ibn Rushd, detto Averroè, riteneva che le verità scientifiche siano soggette ad interpretazione a seconda del contesto culturale in cui concretamente si vive; John Locke sosteneva che la cura e lo sviluppo del corpo e del pensiero individuale e collettivo debbano procedere di pari passo e a supporto della sua tesi citava La Repubblica di Platone, principalmente dove si afferma che "il male proviene dall'ignoranza, dalla tirannia delle passioni, dall'eccesso di desiderio e di piacere, dal disequilibrio e dal disordine"; Bernardo Ramazzini, in *De morbis artificum diatriba*, prototipo istitutivo della Medicina del lavoro, affermava l'origine igienico-sociale di molteplici malattie; il medesimo orientamento apparteneva a Peter Frank nelle sue lezioni all'Università di Pavia e a ragione di queste perseguitato, e poi la Rivoluzione francese che intendeva abolire la Medicina e la necessità di nosocomi mediante il contrasto all'indigenza individuando un rapporto diretto fra malattia e contesto socio-economico; il grande patologo berlinese Rudolf Virchow esortava i medici "a trasformarsi nei migliori avvocati dei poveri" contro l'insorgere di malattie e poi a seguire Tullio e Manlio Rossi Doria, Giulio Maccacaro, Giovanni Berlinguer.

Un esempio illuminante nell'ambito clinico, nel pieno periodo positivista che tanto impulso conferì alla nascita e allo sviluppo della chirurgia moderna: il più famoso chirurgo russo, il pietroburghese Nicolàs Pirogoff, appena conclusosi il primo congresso internazionale celebrato a Vienna, scrive a Billroth, il più famoso dei chirurghi di fine Ottocento, "Lei, caro Theodor, è il primo a dire tutta la verità sui risultati che la chirurgia è in grado di conseguire dispiegando un'analisi rigorosa dell'esperienza. Ha ragione Lei, stimatissimo Theodor, la chirurgia, che entrambi amiamo, deve essere considerata l'ultima difesa contro le malattie. La prima spetta ai progressi sociali e alle correzioni del modo di vivere". Un secolo prima a Londra John Hunter lapidariamente sosteneva che "La Chirurgia è come un'azione armata che conquista con la forza ciò che una società civilizzata potrebbe ottenere mediante una strategia".

Nella nostra epoca, pur ricca di Costituzioni e di Carte dei Diritti fondamentali a garanzia della persona, la salute, intesa come pieno benessere e

non soltanto come assenza di malattia, non appartiene ai livelli elevati dei beni supremi a causa di una disattenzione generalizzata, dalla Medicina alla Politica ai Corpi intermedi alla cittadinanza, sugli stretti legami auspicabili fra progresso sociale e sviluppo economico, fra le grandi classi di malattie e la loro etio-patogenesi. Di conseguenza, le organizzazioni sanitarie incentrate su misure diagnostico-terapeutiche, essenziali per cercare di fronteggiare le patologie in atto e i relativi turbamenti, non possono soddisfare pienamente il diritto alla salute, non soltanto alle cure primarie né alle innumerevoli azioni mediche che scrutano svelano e combattono senza, nella realtà, incidere sulle radici e, a volte, neppure sulla percezione di malattia da parte di chi ne è già affetto perché la propria consapevolezza varia in modo inversamente proporzionale a fattori sociali quali indigenza, solitudine, marginalità, ignoranza, precarietà...

Tutte considerazioni, di antiche origini quanto sagge e neglette, che la maturità delle esperienze, ormai sterminate, stratificate e stabili da decenni, dovrebbe rendere più sapienziale le organizzazioni sanitarie e le Istituzioni, la pratica clinica e la ricerca medica per le molte battaglie perdute, non per carenze deontologiche, tecniche, professionali o per insufficienze della rete sanitaria né per mancanza di nuove imponenti e raffinate tecnologie o di particolari farmaci e vaccini, ma per la scarsità di elementi resi espliciti che convincano le donne e gli uomini delle Istituzioni pubbliche e private a riformare la società nel suo modo di essere, di organizzarsi, di produrre, consumare e progredire *in nome del contratto sociale* e del *bene comune* unendo finalmente in un unico binomio inscindibile *progresso e sviluppo*.

Ma i bisogni fondamentali, fra cui spicca la salute, tendono a svanire a vantaggio di modalità crescenti produttive e di consumo che minacciano i diritti primari alla salute in cambio di consumi crescenti mentre la coscienza, individuale e collettiva, rischia di forgiarsi come semplice accessorio degli apparati economico-omnicomprensivi: le forze materiali sembrano dotarsi di vita spirituale mentre l'esistenza umana viene avvilita a forza materiale, con il rischio che gli strumenti e i loro prodotti dapprima vengano adoperati per soddisfare i bisogni, i quali giustificano l'acquisizione degli strumenti, ma è il sistema dei bisogni che sopperisce allorché si ponga come ostacolo al sistema degli strumenti divenuti fonte di potere.

** Già docente di Chirurgia nell'Università di Bologna e direttore delle Chirurgie generali degli ospedali Bellaria e Maggiore di Bologna*

Poliambulatorio Privato
ISTITUTO DI RICERCA E CURA dell' AMAB
Scuola Italo-Cinese di Agopuntura
Dir. Sanitario Dott. Umberto Mazzanti, Medico-Chirurgo
Via Antonio Canova, 13 - 40138 Bologna
Tel. 340 9553985, **www.amabonline.it**
segreteriascuola@amabonline.it

Attiva fin dal **1986**. Rappresenta uno dei **primi esempi in Italia di integrazione** fra medicina tradizionale cinese e medicina occidentale.

Vi opera **personale medico qualificato** che lavora in tutti i campi in cui l'agopuntura ha le sue maggiori indicazioni:
- Cefalee croniche, emicrania
- Dolori dell'apparato muscolo scheletrico
- Patologie gastriche e intestinali
- Patologie dermatologiche
- Patologie ginecologiche

Percorsi terapeutici specifici:
- Trattamento dell'infertilità maschile e femminile e supporto alla procreazione medicalmente assistita
- Trattamento anti-aging
- Trattamento pediatrico

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

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

Scientismo e dintorni

Alessandro Mazzocchi*, Irma Faranca**

L'economista Ettore Gotti Tedeschi in un interessante e stimolante fondo, lo scientismo è la nuova religione, apparso di recente sul quotidiano LaVerità (11.04.2021), sostiene che, pure in occasione dell'attuale pandemia, viene "proposto un nuovo senso del reale che esclude ipotesi teoriche diverse...". Secondo l'editorialista "questo pragmatismo, (...) scientista e moraleggiante, che va accolto fideisticamente, è la vera novità di questo tempo, scoperto grazie al Covid...". L'autore del pezzo, in chiusura, per rinvigorire la sua tesi chiama in causa nientedimeno che Sir Karl Raimund Popper (1902-1994), il grande epistemologo austriaco naturalizzato britannico, che ha influenzato intere generazioni con la sua concezione fallibilistica della conoscenza. Nella Prefazione del 1956 al *Poscritto alla Logica della scoperta scientifica*, Popper argomentava sin da subito sulla "non esistenza del metodo"; scriveva che "non esiste [...] alcun metodo per scoprire una teoria scientifica [...] per accertare la verità di un'ipotesi scientifica, cioè [...] per accertare se un'ipotesi è probabile o probabilmente vera». Nell'articolo di Gotti Tedeschi viene appunto ricordata quella postfazione, che valse all'autore l'accusa infondata di relativismo, ben lungi da lui. Popper, non solo in quello scritto ma anche in altri, solleva invece il problema cruciale dell'impossibilità di addivenire ad una verità assoluta, ribadendo i limiti della conoscenza scientifica, oltre a mettere in guardia dai pericoli indubbi del dogmatismo scientifico. Egli, in altri termini, ritiene che l'obiettivo del metodo sia il raggiungimento di una verità parziale, provvisoria, ma non dichiara l'irrealizzabilità del metodo, come invece faranno alcuni suoi allievi senz'altro relativisti quali Imre Lakatos[1] (1922-1974) e Paul Feyerabend (1924-1994). La precarietà, per Popper, è dunque insita nella verità, non nel metodo. Difatti, il metodo c'è ed è proprio quello proposto da lui nei suoi lavori più noti, solo che non è teso ad accertare la verità assoluta di un'ipotesi, irraggiungibile e illusoria, ma soltanto quella relativa. Gotti Tedeschi conclude l'articolo, rimarcando giustamente l'ottusa intolleranza dello scientismo, e osserva sorpreso di "non avere mai assistito a un confronto diretto e pubblico riferito al Covid o ai vaccini fra scienziati di parere opposto". Sul biasimo nei riguardi dello scientismo più deteriore siamo assolutamente d'accordo, sulla necessità del dibattito no. Del resto, il suffisso -ismo spesso ma non sempre, sta a indicare dottrine e movimenti tralignati, basti pensare alla differenza sottile fra ideologia e ideologismo e agli –ismi (totalitarismi), che hanno afflitto e martoriato il Novecento. Allora, fa benissimo l'autore a criticare lo scientismo di ieri e di oggi, che rappresenta la deriva estrema del determinismo positivista, e quindi l'abbaglio di poter demandare alla scienza la risoluzione di tutti i problemi dell'uomo. Il busillis della questione, però, non è la degenerazione scientista e dogmatica della scienza, bensì il limite che la natura ci impone nella ricerca della verità di un'ipotesi sul mondo. Vale la pena, a questo proposito, riassumere per sommi capi il pensiero di Karl Popper, sintetizzabile, per quello che ci preme sottolineare qui,

[1] In estrema sintesi, e banalizzando un po' la questione per ragioni di spazio, secondo Lakatos in ogni modello, o programma di ricerca, esiste un nucleo inattaccabile, dal quale non si può prescindere, e una sorta di cintura di sostegno tutt'intorno, protettiva nei riguardi del "core" e che può anche essere modificata strada facendo per accogliere correzioni provvisorie e non immediatamente falsificabili (*ipotesi ad hoc*). Solo quando le anomalie e le idee nuove di tale cinta non riescono più a spiegare fatti sopraggiunti, allora il programma decade. Tali modifiche non strutturali non farebbero comunque perdere credibilità al modello nel suo insieme. Secondo Feyerabend, portabandiera del relativismo metodologico più estremo, non esiste, invece, un metodo esclusivo in Scienza, ma tanti metodi quanti sono i paradigmi in discussione, anche se appartenenti ad altre culture o ad altri periodi storici. In questa ottica, tutto diventa lecito, tutto è ammesso! Anche la medicina sciamanica per esempio, in questo senso, avrebbe una sua dignità epistemologica, in quanto dovrebbe essere valutata non secondo la nostra logica, ma secondo quella operante nella cultura di riferimento (la cosiddetta "forma di vita", il linguaggio di un dato popolo). In questo senso Feyerabend si colloca assai vicino alla visione filosofica e antropologica di Peter Winch (1926-1997), famoso per il suo discusso studio sulla stregoneria del popolo Azande (Africa centrale), che diede l'abbrivio al cosiddetto *Rationality Debate*.

in due punti fondamentali: la demarcazione fra scienza e pseudoscienza (demarcazione di kantiana memoria, basti pensare ai Prolegomeni ad ogni futura metafisica che possa presentarsi come scienza, del 1783, dove il grande filosofo tedesco smonta punto su punto le pretese della metafisica) e la critica all'induttivismo che, peraltro risale a David Hume (c.d. paradosso scettico della casualità[2]) e a Bertrand Russell (celeberrima la divertente storiella del "tacchino induttivista" dal destino segnato, che riportiamo nella terza nota di chiusura[3]). Secondo Popper la scienza non si costruisce col metodo induttivo (come si pensava ai tempi di Bacone, nel XVI secolo), bensì attraverso successive falsificazioni. Il metodo ipotetico-deduttivo (in Medicina diventa anche abduttivo, ossia probabilistico) prevede appunto l'elaborazione di ipotesi, che devono essere successivamente controllate in sede di esperimento. Pertanto, deposto d'ogni fondamento il vecchio metodo induttivo, per Popper, l'unico valido e atto a smarcare la scienza dalla pseudoscienza resta proprio quello ipotetico-deduttivo. Esso presuppone l'obbligo per il ricercatore di enunciare le sue asserzioni teoriche in modo tale che siano falsificabili da altri (ossia confutabili e smascherabili, in opposizione agli asserti soltanto verificabili dell'empirismo tradizionale). Non basta quindi controllare, osservare ripetutamente i fatti, ma bisogna proporre delle ipotesi smentibili in qualunque momento, per non rischiare di rimescolare rischiosamente opinione e sapere, doxa ed episteme. Ognuno, ovviamente, può credere a quello che vuole, anche alla favola di Santa Claus, purché non spacci, in modo fraudolento, la falsa credenza per una verità di scienza. Falsificare, dunque, significa fornire la possibilità ad altri, ricercatori, scienziati "normali" (i solutori di rompicapi, sec. Kuhn) o anche semplici curiosi, di trovare prima o poi un caso o un fatto contrario ("falsificatore"), che confuti la teoria avanzata. A quel punto, il modello asserito, ma provvisorio, torna in ballo e può costituire così il *primum movens* di un rinnovato paradigma. In questo senso, la verità di un'ipotesi è sempre precaria e relativa, ma qui sta proprio la bellezza della scienza, capace di mettersi in discussione continuamente, eventualità assai remota nelle granitiche tesi pseudoscientifiche e/o metafisiche, prive di falsificatori. In quest'ultimo caso, infatti, ogni eventuale critica verrà rimodellata in un'ipotesi "conciliabile" col costrutto sostenuto (ipotesi ad hoc, sec. Popper, "plastiche facciali" delle idee) dallo pseudo-scienziato o dal metafisico e reinscritta dentro un modello chiuso, che non prevede obiezioni. Se le prevedesse sarebbe appunto un modello scientifico. Trovare un caso contrario significa allora confutare e demistificare una teoria. Esso emerge come novità dirompente e mette in crisi il paradigma dominante, procurando talvolta una rivoluzione culturale, secondo le previsioni di Thomas Kuhn (1922-1996). La sua importanza è pari a quella del pasciuto e sfortunato tacchino di Russell, e si tratta del famigerato "cigno nero"[4], citato un po' ovunque,

[2] Il filosofo scozzese David Hume (1711-1776) è scettico riguardo la causalità. Egli sostiene che noi colleghiamo causalmente due eventi soltanto per abitudine, in quanto quegli eventi sono del tutto simili ad altri che osserviamo abitualmente. Senza l'abitudine saremmo del tutto ignoranti. La causalità per Hume viene quindi privata di qualsivoglia necessità oggettiva e non potrà mai essere considerata un a priori. Grazie alla continua osservazione dei fenomeni, possiamo fare soltanto delle previsioni alquanto incerte per il futuro, come ben sa il tacchino induttivista di Russell (vedi nota a seguire).

[3] «Fin dal primo giorno questo tacchino osservò che, nell'allevamento in cui era stato portato, gli veniva dato il cibo alle 9 del mattino. E da buon induttivista non fu precipitoso nel trarre conclusioni dalle sue osservazioni e ne eseguì altre in una vasta gamma di circostanze: di mercoledì e di giovedì, nei giorni caldi e nei giorni freddi, sia che piovesse sia che splendesse il sole. Così arricchiva ogni giorno il suo elenco di una proposizione osservativa in condizioni più disparate. Finché la sua coscienza induttivista non fu soddisfatta ed elaborò un'inferenza induttiva come questa: "Mi danno sempre il cibo alle 9 del mattino". Questa concezione si rivelò incontestabilmente falsa alla Vigilia di Natale, quando, invece di venir nutrito, fu sgozzato. *(Bertrand Russell, 1912).*

[4] *"Tutti i cigni sono bianchi"* è l'esempio ornitologico scelto da Karl Popper per rappresentare sinteticamente i limiti dell'induzione. L'osservazione di un numero qualsiasi, ma finito, di cigni bianchi non può servire, secondo l'epistemologo, a formulare una legge universale: per farlo sarebbe necessaria una verifica infinita. Difatti, l'osservazione di un solo cigno nero, come è effettivamente avvenuto, falsifica l'asserzione citata e la squalifica senza attenuanti. Il cigno nero è il grande falsificatore. Trattasi, per la precisione, di un *cigno atatrus*, scoperto in Australia oltre due secoli fa e che deve il nome al colore del suo piumaggio (a dire il vero, è provvisto anche di poche piume bianche nelle ali). La sua scoperta tardiva e la sua infrequenza lo hanno reso celebre e metafora della rarità dei cosiddetti casi contrari, poi ha dato corpo ad una vera e propria teoria filosofica ed epistemologica. Con l'espressione "il cigno nero" si intende, genericamente, un evento raro e inatteso, brutto o bello che sia, che mette d'improvviso in

non solo in epistemologia. Il principio di falsificabilità (= possibilità di falsificare) rappresenta pertanto un utile criterio di demarcazione tra ciò che è scientifico e ciò che non lo è: mito, religione, marxismo, metafisica, doxa, credenza, ideologia (o ideologismo), ecc. Le ipotesi che vengono falsificate cadono progressivamente nell'oblio, in un camposanto dei falsi miti (energia orgonica, miasmi, flogisto, etere luminifero, alchimia, memoria dell'acqua, terra cava, terra piatta, etc.), mentre quelle che superano i controlli vengono assunte come verità provvisorie, in quanto non si possono escludere a priori future falsificazioni. Il metodo scientifico passa quindi attraverso una serie illimitata di congetture e confutazioni, tentativi ed errori (*trials and errors*). Durante questi passaggi obbligati, l'essere umano accresce le proprie conoscenze e intravede la verità, la lambisce soltanto, senza raggiungerla mai. Tornando alla questione iniziale e alla proposta di Gotti Tedeschi di favorire un confronto televisivo, o comunque mediatico, fra i sostenitori dei due opposti modelli (pro vax vs no vax), pur essendo ragionevole in linea di principio, è chiaramente da rigettare con forza per un motivo molto semplice: il modello pro vax nel corso dei secoli (dalla famosa comunicazione di Edward Jenner alla Real Society di Londra del 1796) non ha subito smentite, essendosi dimostrato essenziale per debellare pericolose pestilenze come il vaiolo, la difterite, la poliomielite. Il modello opposto, invece, che sostiene l'idea bislacca che le piaghe virulente si sarebbero comunque dileguate a prescindere dalle vaccinazioni, ha trovato la sua disconferma nelle numerose segnalazioni ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control), almeno una ventina solo quelle degli ultimi anni, riguardanti svariate malattie infettive: per esempio il Morbillo, la temibile febbre eruttiva, mortale in 100 casi su 100000 contagiati. Nei Paesi europei, dove non si è raggiunto il target di copertura vaccinale del 90-95% (soglia utile per prevenire e debellare l'epidemia di pustole esiziali), si sono periodicamente verificate nuove ondate epidemiche, in particolare in Svizzera, ma anche nel Regno Unito (nel Galles, soprattutto), in Germania e in Romania. Come a dire che non appena scende la percentuale dei vaccinati (o non viene raggiunta per svariati motivi, ad es. per la scarsa disponibilità del siero), ecco che puntualmente s'innalza la curva dei contagi e delle vittime. L'altro tema sollevato dai detrattori della medicina vaccinale è quella dei rischi legati agli inoculi. Prescindendo dalla logica razionale del rapporto rischi/benefici, che meriterebbe un discorso a parte, la questione, di per sé alquanto seria, è insidiata dal pericolo panzane (o bufale che dir si voglia). Di queste ultime, ci piace tanto occuparci, lo abbiamo fatto e lo faremo ancora. Effettivamente, anni fa, fece molto scalpore un articolo pubblicato sulla nota rivista «Lancet», riguardante una presunta correlazione, per altro indecifrabile dal punto di vista eziopatogenetico, fra autismo e vaccini. Lo studio oramai ventennale (28/02/1998) del medico inglese Andrew Wakefield (https://it.wikipedia.org/wiki/Andrew_Wakefield), che correlò arbitrariamente spettro autistico e vaccini, resta davvero 'la madre di tutte le bufale' in campo biomedico. Un'indagine scoprì infatti che l'ex medico aveva stretto accordi riservati con alcuni "azzeccagarbugli" specializzati nel recupero degli indennizzi, oltre a conservare gelosamente – così pare – un brevetto per un vaccino nostrano. L'articolo indecente venne abiurato ufficialmente nel 2010, ritrattato da «Lancet», e nello stesso anno il dottore subì l'ignominiosa radiazione dall'Albo del Regno Unito, anche se poi ha continuato, come accade talvolta, la sua attività in altre parti del mondo. Non è stato il primo e non sarà senz'altro l'ultimo. Anche in Italia, dopo la pandemia, ne vedremo delle belle. Nonostante ciò, il risibile studio in questione, falso come Giuda, è ancora il più citato dalle strampalate organizzazioni no vax come la prova delle prove, l'evidenza delle evidenze! Per ulteriori dettagli su questa ed altre vicende consimili, si rimanda al recente testo, davvero indispensabile, di Pier Luigi Lopalco, *Informati e vaccinati* (2018). In conclusione, fatte queste premesse, l'idea di un eventuale dibattito fra gli opposti schieramenti (vaccinisti ed antivaccinisti) sarebbe davvero inconcepibile. Come mettere a confronto, in un consesso di chimici, i moderni sostenitori del cosiddetto "comburen-

discussione conoscenze già acquisite, i modelli prototipici o paradigmi. Come curiosità finale, una citazione del poeta latino satirico Decimo Giovenale (tra il 50 e il 127 d.C.): «[...] uccello raro sulla terra, quasi come un cigno nero» (*rara avis in terris, nigroque simillima cygno*)» (da: https://it.wikipedia.org/wiki/Rara_avis).

te" (il più comune è l'ossigeno) con quelli nostalgici del "flogisto", con cui venivano spiegate l'autocombustione e la calcinazione dei metalli (entrambe falsificate da Lavoisier nel 1770). In definitiva, al momento attuale, il modello offerto della medicina preventiva non è stato ancora falsificato, e noi, che teniamo alla nostra pelle e desideriamo venderla a caro prezzo, lo consideriamo irrinunciabile. Invece è stato ampiamente demolito, dagli implacabili e puntuali "falsificatori", quello che vi si contrappone con ignorante sdegno, additando i vaccini come suggestioni del demonio. Il rischio paventato, secondo alcuni, è accettare fideisticamente i dogmi imposti dal sistema, ma non è forse più temerario trangugiare d'un fiato indigeste e grossolane "bufale" vendute sottocosto? La scienza, ammettiamolo pure, è spesso arrogante e presuntuosa, ma la pseudoscienza lo è molto di più, quindi, anche volendo dubitare criticamente di entrambe, noi scegliamo la prima, senza tentennamenti.

Psichiatra e criminologo
***Psichiatra e psicoterapeuta*

Riferimenti bibliografici:

Popper, K. *La società aperta e i suoi nemici* [1945], 2 voll., Armando, Roma, 1973-74. *Poscritto alla logica della scoperta scientifica* [1981] [1984], Il Saggiatore, Milano, 2009 (3 volumi: Il realismo e lo scopo della scienza, L'universo aperto, La teoria dei quanti e lo scisma in fisica);
Popper, K. *Logica della scoperta scientifica* [1934], Einaudi, Torino, 1970;
Popper, K. *Contro Marx*, Armando, Roma, 2000;
Popper, K. *Congetture e confutazioni. Lo sviluppo della conoscenza scientifica* [1969-1972]. *Il Mulino, Bologna, 2009;*
Gilles, D. Giorello, G. *La filosofia della scienza nel XX secolo*. Ed. Laterza. Roma-Bari, 2010;
Rossi, P. *Il passato, la memoria, l'oblio. Otto saggi di storia delle idee*. Il Mulino, Bologna, 2013;
Lopalco P. *Informati e vaccinati*. Carocci Ed., Roma, 2018;
Russell, B. *The Problems of Philosophy*, Williams and Norgate, London, 1912;
Lakatos, I. *La falsificazione e la metodologia dei programmi di ricerca*, in I. Lakatos e A. Musgrave (a cura di), *Critica e crescita della conoscenza* [1970], Feltrinelli, Milano, 1976, 169-177;
Feyerabend, P.K. *Dialogo sul metodo, Laterza, Bari*, 1995;
Winch, P. *The Idea of a Social Science and its Relation to Philosophy*, London 1958 (London 1990²);
Strawson, G. *The Secret Connexion: Causation, Realism, and David Hume*, Oxford University Press, 2014.

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

A proposito dell'art. 62 del Codice di Deontologia medica: la Perizia e la CTU Medico legale

Domenico Vasapollo

La legge 24/2017 (nota come legge Gelli-Bianco) recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" è entrata in vigore il 1 aprile 2017 ed ha come tema centrale la responsabilità medica. Essa ha inserito una norma che gli esperti del settore attendevano da tempo, ma che, a dire il vero, già l'art 3 – comma 5 – della legge 189/2012 si era fatto carico di garantire una idonea e qualificata rappresentanza di esperti delle discipline specialistiche dell'area sanitaria tra i quali scegliere per la nomina, tenendo conto della materia interessata al procedimento. La legge 24/2017 però è andata oltre, imponendo nei giudizi di responsabilità professionale sanitaria la nomina collegiale di esperti (art. 15) e, a mio avviso, è andata nella giusta direzione in quanto è sicuramente preferibile una consulenza collegiale nella quale partecipino più tecnici aventi competenze specialistiche differenti. Sono, infatti, convinto dell'importanza della interdisciplinarietà, del confronto e della interazione dello specifico know-how di più professionisti. [1, 2, 3, 4]

Anche l'articolo 62[5] del codice deontologico medico, tanto nella vecchia quanto nella nuova formulazione, impone al medico legale che riceve l'incarico di svolgere una perizia (consulenza) nell'ambito di un giu-

[1] Toppetti F., Il danno psichico e la prova nel processo. Profili sostanziali e processuali dell'accertamento, Maggioli, Rimini, 2016.

[2] Vasapollo D., La CTU medico-legale, in La Responsabilità dell'ortopedico, Maggioli, Rimini, 2019.

[3] Vasapollo D., Cimino L., La Consulenza tecnica d'Ufficio nell'accertamento del danno psichico, in La Responsabilità professionale dello Psichiatra fra esigenze di cura ed istanze sociali – Linee Guida alla valutazione del danno biologico di natura psichica (DSM-5), Giuffrè Francis Lefebvre, Milano, 2021.

[4] Il medico legale deve avvalersi di un collega specializzato: https://www.studiocataldi.it/articoli/40980-il-medico-legale-deve-avvalersi-di-un-collega-specializzato.asp#ixzz6rebWtvDR (www.StudioCataldi.it).

[5] Codice di Deontologia medica 2006. CAPO IV Attività medico-legale Art. 62 - Attività medico- legale - L'esercizio dell'attività medico legale è fondato sulla correttezza morale e sulla consapevolezza delle responsabilità etico-giuridiche e deontologiche che ne derivano e deve rifuggire da indebite suggestioni di ordine extratecnico e da ogni sorta di influenza e condizionamento. L'accettazione di un incarico deve essere subordinata alla sussistenza di un'adeguata competenza medico-legale e scientifica in modo da soddisfare le esigenze giuridiche attinenti al caso in esame, nel rispetto dei diritti della persona e delle norme del Codice di Deontologia Medica e preferibilmente supportata dalla relativa iscrizione allo specifico albo professionale. In casi di particolare complessità clinica ed in ambito di responsabilità professionale, è doveroso che il medico legale richieda l'associazione con un collega di comprovata esperienza e competenza nella disciplina coinvolta. Fermi restando gli obblighi di legge, il medico curante non può svolgere funzioni medico-legali di ufficio o di controparte nei casi nei quali sia intervenuto personalmente per ragioni di assistenza o di cura e nel caso in cui intrattenga un rapporto di lavoro dipendente con la struttura sanitaria coinvolta nella controversia giudiziaria. La consulenza di parte deve tendere unicamente a interpretare le evidenze scientifiche disponibili pur nell'ottica dei patrocinati nel rispetto della oggettività e della dialettica scientifica nonché della prudenza nella valutazione relativa alla condotta dei soggetti coinvolti. L'espletamento di prestazioni medico-legali non conformi alle disposizioni di cui ai commi precedenti costituisce, oltre che illecito sanzionato da norme di legge, una condotta lesiva del decoro professionale. L'articolo 62 è stato così modificato dall'attuale Codice del 2014. L'attività medico-legale, qualunque sia la posizione di garanzia nella quale viene esercitata, deve evitare situazioni di conflitto di interesse ed è

dizio di responsabilità professionale di associarsi ad un collega che abbia un'esperienza e una competenza comprovate nella disciplina oggetto della sua consulenza[6].
Al riguardo si vuole segnalare una vertenza che ha riguardato tre medici legali cui era stato affidato dal P.M. l'incarico di valutare l'esistenza di eventuali profili di responsabilità a carico di un cardiologo.
La consulenza aveva evidenziato che il cardiologo aveva agito con imprudenza e imperizia per avere refertato come normale un ECG che invece presentava alterazioni patologiche meritevoli di approfondimento e, quindi, il professionista fu rinviato a giudizio ma poi assolto.
Il cardiologo, concluso il procedimento penale, segnalò al competente Ordine dei medici il comportamento dei predetti colleghi che avevano espresso un giudizio sulla sua condotta professionale senza avvalersi della collaborazione di uno specialista in materia.
I tre medici legali furono sottoposti a procedimento disciplinare e sanzionati con la censura per la violazione dell'art. 62 del codice deontologico. In appello la Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie confermò la sussistenza dell'illecito, ma ridusse la sanzione da censura ad avvertimento.
I tre periti ricorsero in cassazione sostenendo l'inesistenza della contestata violazione della deontologia medica.

La Corte di Cassazione, seconda sezione civile, con la recente **sentenza n. 1600/2021**, **depositata il 26/01/21**, ha respinto il ricorso affermando che l'art. 62 del codice deontologico (sia nella versione del 2006 che in quella del 2014) impone al medico legale, anche se nominato dal PM, di associarsi ad un collega specializzato nella materia di cui si discute (in questo caso, cardiologia) in quanto nei giudizi di responsabilità professionale è richiesta la massima prudenza e cautela.

Si riporta, di seguito, la recente sentenza della Cassazione Civile - Sez. II, n. 1600/2021

1.La Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie, con decisione depositata il 16 gennaio 2019 e notificata il 22 gennaio 2019, ha ridotto – da censura ad avvertimento – la sanzione irrogata dall'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri della Provincia di ... ai dottori ..., per la violazione dell'art. 62 del codice deontologico.

1.1 I professionisti indicati sono stati sanzionati per non essersi avvalsi della consulenza di un collega specializzato in cardiologia nell'esecuzione della perizia ad essi affidata dal PM presso il Tribunale di ..., dal cui esito era scaturito il procedimento penale a carico del dottor ..., cardiologo.
Secondo la perizia redatta dai dott. .... nella condotta del dott. ... era ravvisabile imprudenza ed imperizia per avere refertato come normale l'ECG di una paziente, che invece presentava alterazioni patologiche che avrebbero imposto approfondimenti diagnostici per valutare i rischi cardiologici e anestesiologici. La paziente era stata quindi sottoposta – senza previo riesame

subordinata all'effettivo possesso delle specifiche competenze richieste dal caso. L'attività medico-legale viene svolta nel rispetto del Codice; la funzione di consulente tecnico e di perito non esime il medico dal rispetto dei principi deontologici che ispirano la buona pratica professionale, essendo in ogni caso riservata al giudice la valutazione del merito della perizia. Il medico legale, nei casi di responsabilità medica, si avvale di un collega specialista di comprovata competenza nella disciplina interessata; in analoghe circostanze, il medico clinico si avvale di un medico legale. Il medico, nel rispetto dell'ordinamento, non può svolgere attività medico-legali quale consulente d'ufficio o di controparte nei casi nei quali sia intervenuto personalmente per ragioni di assistenza, di cura o a qualunque altro titolo, né nel caso in cui intrattenga un rapporto di lavoro di qualunque natura giuridica con la struttura sanitaria coinvolta nella controversia giudiziaria. Il medico consulente di parte assume le evidenze scientifiche disponibili interpretandole nel rispetto dell'oggettività del caso in esame e di un confronto scientifico rigoroso e fondato, fornendo pareri ispirati alla prudente valutazione della condotta dei soggetti coinvolti.

[6] Il medico legale deve avvalersi di un collega specializzato. https://www.studiocataldi.it/articoli/40980-il-medico-legale-deve-avvalersi-di-un-collega-specializzato.asp#ixzz6rebWtvDR. (www.StudioCataldi.it).

specialistico – a CPRE (colangiopancreatografia retrogada), durante la quale aveva avuto un arresto cardiaco e, in conseguenza di questo, riportato lesioni gravi (danno anossico cerebrale).
Concluso il procedimento penale con assoluzione, il dott. .... aveva segnalato al competente Ordine professionale il comportamento dei periti i quali non erano specializzati in cardiologia, non si erano avvalsi della collaborazione di uno specialista della materia, ed avevano ritenuto erronea la valutazione dell'ECG fatta dal dott. ... in tal modo causandone il rinvio a giudizio.

1.2. La Commissione medica provinciale aveva ritenuto i periti responsabili della erronea valutazione della condotta del dott...., in assenza di specifiche competenze in materia cardiologica, e della violazione dell'art. 62 del codice deontologico, secondo il quale «in casi di particolare complessità clinica [...] è doveroso che il medico legale richieda l'associazione di un collega di comprovata esperienza e competenza nella disciplina coinvolta», ed aveva irrogato la sanzione della censura.

2. La Commissione centrale ha confermato il giudizio di responsabilità per la violazione dell'art. 62 codice deontologico, riducendo la sanzione.

3. Per la cassazione della decisione ricorrono i dott... sulla base di due motivi. Non hanno svolto difesa gli intimati Ordine provinciale dei medici-chirurghi e odontoiatri di ...., il Pubblico ministero presso il Tribunale di .... e il Ministero della salute.
I ricorrenti hanno depositato memoria ex art. 378 cod. proc. civ. in data 21 febbraio 2020, in vista dell'udienza pubblica originariamente fissata in data 11 marzo 2020, quindi rinviata a nuovo ruolo per l'emergenza sanitaria, ed infine fissata in data odierna.

MOTIVI DELLA DECISIONE

1. Con il primo motivo è denunciata violazione o falsa applicazione degli artt. 358 e 359 cod. proc. pen. e si contesta l'errore in cui sarebbe incorsa la Commissione centrale nel ritenere che il perito nominato dal PM, in quanto consulente di parte, non fosse obbligato a rendere un parere pro ventate.

1.1. Il motivo prospetta una questione priva di ricadute sulla ratio della decisione impugnata, ed è pertanto inammissibile in quanto inidoneo a provocarne la cassazione.

2. Ciò non impedisce, peraltro, di rilevare l'erroneità di quanto affermato dalla Commissione centrale, posto che il consulente tecnico (perito) nominato da PM concorre oggettivamente all'esercizio imparziale della funzione giudiziaria che il PM è chiamato a svolgere (per tutte, Cass. Sez. U 30/12/2011, n. 30786).

2. Con il secondo motivo i ricorrenti denunciano violazione o falsa applicazione dell'art. 62 del codice deontologico, assumendo che erroneamente la Commissione centrale aveva applicato la norma citata nel testo attuale, entrato in vigore il 18 maggio 2014, quindi in epoca successiva ai fatti. L'art. 62 del codice deontologico approvato il 16 dicembre 2006, applicabile *ratione temporis* alla fattispecie in esame, subordinava l'accettazione dell'incarico peritale alla sussistenza di un'adeguata competenza medico-legale e scientifica, e i ricorrenti erano sicuramente in possesso di tale competenza.
Nel motivo sono riportati ampi stralci del parere pro ventate redatto dal prof..... e prodotto nel giudizio dinanzi alla Commissione centrale, nel quale si evidenzia, per un verso, che la lettura e l'interpretazione dell'ECG non è prerogativa di uno specialista della cardiologia, e, per altro verso, che l'inversione dell'onda T – rilevata nel caso di specie dall'ECG – «esprime tanto condizioni fisiologiche quanto condizioni patologiche», con l'ovvia conseguenza che il medico chirurgo deve «coniugare il dato cartaceo elettrocardiografico [con] un'accurata anamnesi ed esame

obiettivo per verificare il corretto significato clinico».

2.1. Il motivo è infondato.

2.2. È vero che la Commissione centrale non ha tenuto conto che alla fattispecie in esame si applica l'art. 62 del codice deontologico previgente, ma l'errore non è decisivo posto che n. 9168/2019 Picaroni est. 3 Corte di Cassazione – copia non ufficiale – anche nel testo applicabile ratione temporis la norma prevedeva che, «In casi di particolare complessità clinica ed in ambito di responsabilità professionale, è doveroso che il medico legale richieda l'associazione con un collega di comprovata esperienza e competenza nella disciplina coinvolta».

2.2. Con riferimento ai giudizi di responsabilità professionale, allora come oggi, la norma impone[va] ("è doveroso") al medico-legale di associarsi ad un collega di comprovata esperienza e competenza nella disciplina coinvolta, né in senso contrario non sarebbe sostenibile una lettura della norma che differenziasse sotto tale profilo l'attività svolta su incarico del PM, se solo si considera che si tratta di attività finalizzata ad orientare la chiusura delle indagini preliminari nella direzione del rinvio a giudizio del sanitario indagato o della richiesta di archiviazione del procedimento a suo carico. Si rientra quindi nel genus dei giudizi di responsabilità professionale, per i quali è richiesta la massima prudenza e cautela nello svolgimento della perizia o consulenza tecnica.

2.3. Su queste premesse, il giudizio della Commissione non è censurabile.
Se l'oggetto dell'indagine era costituito dalla interpretazione di un tracciato di ECG, la norma deontologica imponeva ai periti di interpellare un collega specializzato in cardiologia e non assume alcun rilievo l'argomento secondo cui i periti erano in grado di leggere correttamente un ECG, come del resto dovrebbe saper fare qualsiasi medico. La valutazione ad essi richiesta era destinata ad incidere nel contesto della responsabilità professionale, e ciò rendeva doveroso l'intervento di un medico di comprovata esperienza e competenza nella disciplina coinvolta.

3. Il ricorso è rigettato senza spese, in assenza di attività difensiva degli intimati. Sussistono i presupposti per il raddoppio del contributo unificato.

P.Q.M.
La Corte rigetta il ricorso.
Ai sensi dell'art. 13, comma 1-quater, del d.P.R. n. 115 del 2002, dichiara la sussistenza dei presupposti processuali per il versamento, da parte dei ricorrenti, di un ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello richiesto per il ricorso, a norma del comma 1-bis dello stesso art. 13, se dovuto.
Così deciso in Roma, nella camera di consiglio della Sezione Seconda Civile della Corte Suprema di Cassazione, il 24 settembre 2020.

** Coordinatore Commissione Problematiche Medicina Legale - MCeO Bologna*

GIURO DI NON DIMENTICARE

La tragedia della pandemia, raccontata da 28 medici che l'hanno vissuta in prima linea durante, è raccolta in un libro promosso da CIMO (il sindacato dei Medici).
Il ricavato delle vendite sarà devoluto alla Fondazione Onaosi per opere di assistenza dedicate agli orfani dei medici deceduti per Covid.

"Giuro di non dimenticare", edito da elemento 115, è stato promosso da Cimo, il Sindacato dei Medici e in particolare da Cimo Lab, la Sezione dei Giovani Medici di Cimo, che ha raccolto le testimonianze di ventotto colleghi impegnati sul fronte Covid 19 durante i primi mesi della pandemia.
Un progetto editoriale nato dalla ferma volontà di Guido Quici, Presidente Nazionale Cimp, di mantenere viva la memoria di ciò che è accaduto negli ospedali italiani durante i primi mesi della pandemia da Covid 19.
Un tributo ai tanti colleghi che hanno perduto la vita nell'esercizio di una professione medica troppo spesso svilita da una politica sanitaria che, negli ultimi decenni, ha portato a far prevalere le logiche economiche e la burocrazia sulle competenze cliniche e le relazioni umane, ma anche il ricordo dei tantissimi pazienti che quei colleghi non sono riusciti a salvare durante questa lotta contro un nemico tanto difficile da sconfiggere.
Ventotto storie, scritte da altrettanti medici, dense di riflessioni e di emozioni che raccontano la solitudine di chi si è visto catapultato in trincea con poche armi a disposizione e tuttavia senza mai tirarsi indietro, con una dedizione che è andata ben oltre il normale impegno professionale.
Ventotto storie in cui emerge prepotente la riscoperta del rapporto empatico tra medico e paziente, che si dipanano attraverso il resoconto delle notti insonni trascorse ad assistere quegli occhi sgranati alla ricerca di un ossigeno che non riusciva più a bastare, delle troppe notti passate a confortare gli sguardi disperati di chi sapeva che stava per spegnersi lontano dagli affetti più cari.
Come scrive nell'introduzione la Responsabile di Cimo Lab, Cristina Cenci, si è scelto di raccontare "stati d'animo, momenti, riflessioni, emozioni, frasi dette o solo pensate, nel pieno dello sconvolgimento di vite e di certezze" di quei medici che, appunto, hanno giurato di non dimenticare ciò che è accaduto e di tramandarlo alle future generazioni di medici italiani a cui viene dedicata un'opera senza alcuna pretesa letteraria ma densa di valori e sentimenti autentici perché nati da un dolore autentico.
"Giuro di non dimenticare" è una sorta di memoria di guerra, da trasmettere a tutti quelli che quest'incubo non lo hanno vissuto ma che in futuro aneleranno a conoscere che cosa è stata la pandemia del 2020.Un testamento spirituale che, attraverso le parole di colleghi e amici, vuole dare voce ai tanti che sono caduti in servizio senza avere avuto nemmeno il tempo di lasciare la propria testimonianza.
Il libro è acquistabile in formato cartaceo al seguente link: https://www.paypal.com/cgi-bin/webscr?cmd=_s-xclick&hosted_button_id=LJS6T7MNZLP5C oppure su Amazon Kindle in formato elettronico.

Certificato

UNI EN ISO
9001:2015
REG. N. 8540

VILLA BELLOMBRA
RIABILITAZIONE ROBOTICA

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

L'Ospedale Villa Bellombra è consorziato e associato con:

COLIBRÌ®
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

European Union of Private Hospitals

VILLA BELLOMBRA
PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO

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

Seguici su facebook

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

sandrostefanelli.com

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

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 5 marzo 2021

BARBATO MADDALENA PATRIZIA	327/42.96.616
BEONI JONATHAN	340/24.43.373
BERTI SABRINA	338/74.21.342
BRAGA SOFIA	334/97.15.257
BUSCAROLI SILVIA	334/73.21.944
CALBUCCI LUCIA	340/32.05.769
CANCILLERI TOMMASO	368/38.20.038
CARATI ELISA	334/52.48.907
CIARAVELLA MARIA FRANCESCA	329/15.61.743
COCCOLINI BENEDETTA	347/87.60.371
CORACI LAURA	338/49.64.036
D'ALTERIO ALESSANDRA	339/71.47.192
DAMIANI FERRETTI MARGHERITA	329/21.14.305
DESERIO TOMMASO	349/65.87.282
De SIMONE GIULIO	334/13.16.690
DI CASTRI VINCENZO	340/72.80.049
DONATO FEDERICO	329/06.57.180
LAVORATA FRANCESCO	345/60.68.109
NGOULOU ONCKA JORIS RAINIER	371/33.61.993
PASOTTI STEFANO	331/78.93.902
SANCINI GIADA	345/31.43.912
SERMASI RICCARDO	348/08.12.515
STANTIERU MARIANA	327/85.49.697
TERREZZA SARA	351/845.25.08
TRAVERSINI FILIPPO	393/91.14.889
ZARRI CARLOTTA	333/70.98.894

***

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
AKKAWI IBRAHIM	Ortopedia e Traumatologia	327/70.65.246
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia Chirurgia della Mano Medicina Legale e Assicurazioni	347/88.53.126
PENTA MAURIZIO	Odontoiatra	342/94.94.992
RUGGERI MARCO	Anestesia e Rianimazione	338/53.32.244

CORSO TEORICO-PRATICO DI INTRODUZIONE ALLA VEA - VISITA ECO-ASSISTITA

SOCIETA' ITALIANA DI ULTRASONOLOGIA IN MEDICINA E BIOLOGIA – SIUMB

Da quando William Osler raccomandava agli Studenti in Medicina di "***insegnare agli occhi a osservare, alle dita a palpare e alle orecchie ad ascoltare***", poco è sostanzialmente cambiato nella modalità di effettuare una visita medica. L'introduzione dell'ecografia – metodica, sicura, relativamente economica, facilmente accessibile – ha aperto nuove prospettive all'attività del Medico non solo come importante mezzo diagnostico ma, grazie al recente avvento degli ecografi portatili, anche alle modalità di effettuazione della visita medica.
La SIUMB e la SIRM hanno voluto, con la pubblicazione dell'addendum all'Atto Medico Ecografico, definire cosa si intende per assistenza ecografica alla visita medica, da chi può essere effettuata e le modalità con cui deve essere lasciata traccia di ciò che si è fatto.
L'ecografo dovrebbe essere utilizzato durante la visita ed essere quindi un completamento della stessa; allo stesso modo, il referto non sarà un documento a sé stante ma sarà parte integrante della relazione clinica della visita.
Con l'assistenza dell'ecografia si potrà confutare o confermare il riscontro palpatorio di una tumefazione, valutare i principali segni semeiologici per poter eventualmente iniziare un iter diagnostico-terapeutico in base alla gravità del segno identificato.
La VEA (**Visita Eco-Assistita**) sarà quindi orientata di volta in volta alle necessità cliniche del paziente, costituirà parte integrante della visita medica e avrà lo scopo di essere di ausilio al medico nel formulare l'ipotesi diagnostica. Naturalmente, sarà necessario un adeguato percorso formativo che dovrà prevedere una parte teorica ed una pratica.
Motivo per cui, SIUMB e SIRM – tra le varie iniziative formative volte a trasmettere un'idea culturale di Ecografia non convenzionale ad un sempre maggior numero di Medici quali Medici di Base, Medici militari, Medici del Lavoro, ecc., hanno programmato per l'anno 2021 **la 1° Edizione del Corso teorico-pratico di Introduzione alla VEA (Visita medica Eco-Assistita),** accreditato ecm**.**
La parte teorica verrà erogata mediante **Live webinar a moduli differenziati** (**14-21-29 maggio 2021**) per 50 partecipanti, **con scadenza iscrizioni il 13 maggio p.v.**
La parte pratica del Corso verrà erogata successivamente, in presenza, durante il nostro evento nazionale di **Roma** (*Ergife Palace Hotel, 13 novembre)***.**
Tale parte pratica avrà la durata di un giorno e sarà organizzata a piccoli gruppi di 4/5 persone, secondo la normativa covid-free, utilizzando gli apparecchi portatili che, con ogni probabilità, saranno impiegati nell'esecuzione della VEA.
Per iscrizioni o maggiori informazioni, potrete consultare la notizia **In Primo Piano** nel nostro sito web **www.siumb.it** oppure scrivendo a iscrizioni-ecm@siumb.it.

Coordinatori: F. Calliada (Pavia), V. Cantisani (Roma), G. Iannetti (Pescara)

I MODULO - VENERDI 14 MAGGIO
PRIMA SESSIONE
17.00 - Presentazione e finalità del Corso
F. Calliada (Pavia), V. Cantisani (Roma), R. Grassi (Napoli)
G. Iannetti (Pescara), V. Miele (Firenze)
17.10 Fisica degli ultrasuoni e Doppler -
V. Cantisani (Roma)
17.30 - Apparecchiature e regolazione
F. - Calliada (Pavia)
17.50 Semeiotica ed artefatti
G. Iannetti (Pescara)
18.20 **Discussione**
18.40 Intervallo
SECONDA SESSIONE
1.00 - Fegato: anatomia, tecnica di esame e cenni di patologia
I. de Sio (Napoli), M. Soresi (Palermo)
20.00 **Discussione**
20.15 Colecisti e vie biliari: anatomia e cenni di patologia
C. Schiavone (Chieti)
20.35 **Discussione**
21.00 **Termine delle Sessioni**

II - MODULO - VENERDI 21 MAGGIO
PRIMA SESSIONE
17.00 Reni: anatomia ecografica e tecnica di esame
M. Bertolotto (Trieste)
17.20 **Discussione**
17.30 Milza: anatomia ecografica e tecnica d'esame
M. Romano (Catania)
17.45 Anse intestinali
G. Maconi (Milano)
18.00 Discussione
SECONDA SESSIONE
18.10 Anatomia ecografica del collo
R. Stramare (Padova)
18.30 Anatomia ecografica dei muscoli e tendini
F. Draghi (Pavia)
18.45 **Discussione**
18.55 Vescica e prostata: anatomia ecografica e cenni di patologia
F.M. Drudi (Roma)
19.15 **Discussione**
19.30 **Termine delle Sessioni**

III - MODULO - SABATO 29 MAGGIO
PRIMA SESSIONE
Dalla semeiotica alla clinica
9.00 - Il paziente itterico
E. Accogli (Bologna)
9.40 - La colica addominale (biliare, renale)
M. De Prizio (Arezzo)
10.20 L'aorta addominale
A.P. Assanti (Napoli)
10.40 **Discussione**
10.50 Intervallo SECONDA SESSIONE
11.15 - I versamenti (addominale, pleurico e pericardico)
S. Sofia (Bologna)
11.35 - Addome acuto e occlusioni intestinali
M. Scuderi (Catania)
12.15 La spalla dolorosa
S.M. Stella (Pisa)
12.45 **Discussione**
13.00 **Termine del Corso**

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.

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

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.

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.

Affittasi/cedesi Studio dentistico con avviamento trentennale a Imola, ubicato vicino alla stazione, sito a piano terra con ingresso indipendente e ampia possibilità di parcheggio. Completamente a norma, composto da sala d'aspetto, area segreteria, studio privato, due unità operative, sala di sterilizzazione e due servizi igienici. Per informazioni, contatto mail: ricvic@libero.it

Affitto a colleghi stuido medico viale Pietranellara - Bologna. piano primo con ascensore. Luminoso. Tre ampie camere, corridoio bagno. Ottimo stato, ristrutturato con impianti a norma. Climatizzato. Adiacente garage pubblico. Euro 1.100/mese + spese cond.li. DIsponibile anche piccolo appartamento adiacente. Tel. 051/440376-348/8126096.

Affittasi ambulatori a medici, psicologi, laureati area medica, odontoiatri (Studio Attrezzato ed Autorizzato), in studio medico nel centro storico di Bologna, angolo p.zza Galileo, adiacente a garage pubblico con libero accesso Sirio autorizzato. Tel. 335/5431462.

Norme editoriali

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

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

Notizie: testo dattiloscritto di massimo 4.000 battute

Congressi/convegni/seminari (da inviare almeno due mesi prima del loro svolgimento)
Sono graditi prevalentemente quelli a carattere locali.
Esempio: titolo, obiettivo (max 250 battute), sede e data del convegno, informazioni (nominativi, telefoni, e-mail)

Annunci: testo di massimo 500 battute

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

DA OGNI INCONTRO GENERIAMO VALORE

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

www.renogroup.eu

RENOGROUP
La forma del cambiamento