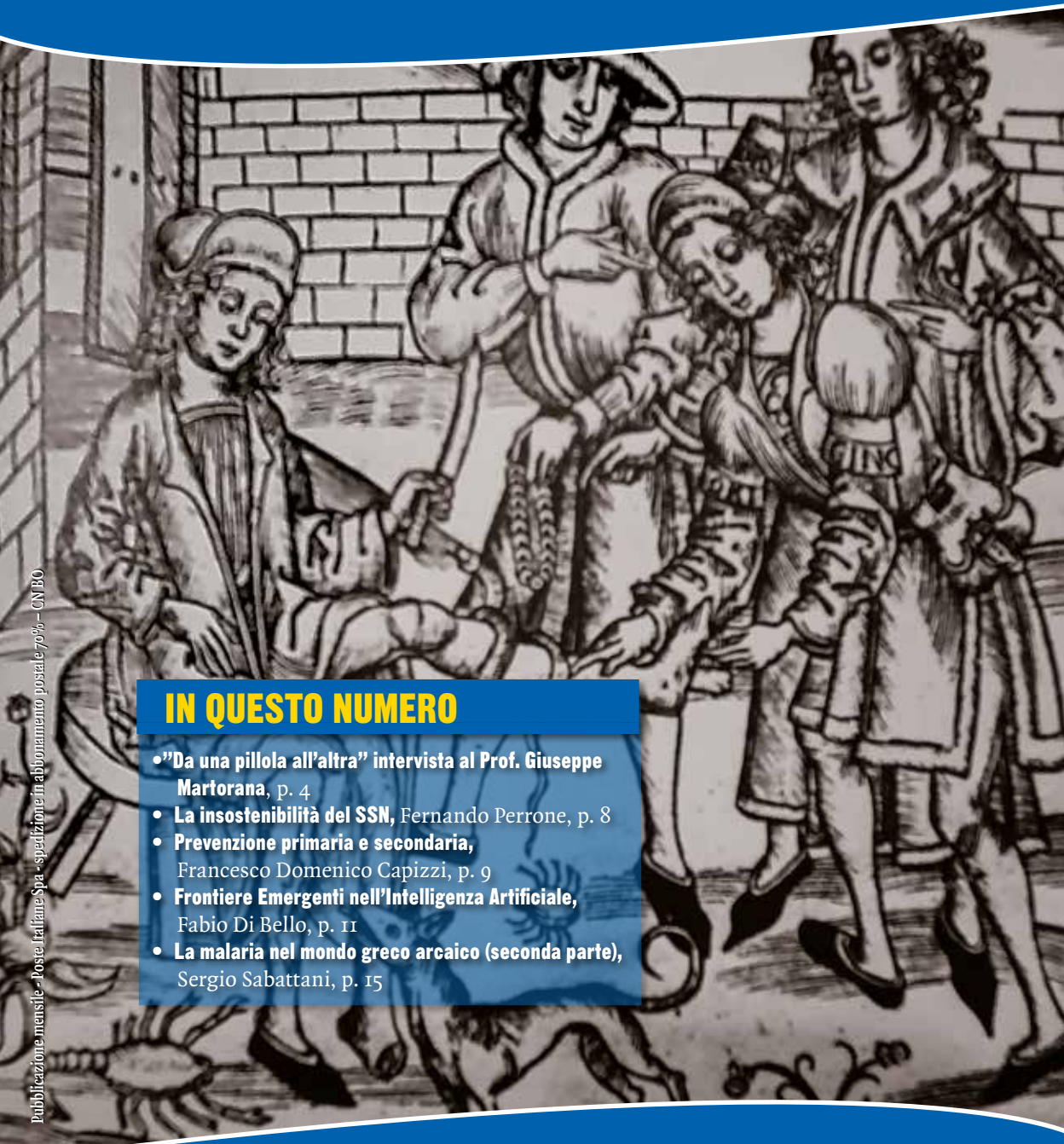
Bollettino Notiziario

anno lv - N° 2 febbraio 2024



IN QUESTO NUMERO

- **"Da una pillola all'altra" intervista al Prof. Giuseppe Martorana**, p. 4
- **La insostenibilità del SSN,** Fernando Perrone, p. 8
- **Prevenzione primaria e secondaria,** Francesco Domenico Capizzi, p. 9
- **Frontiere Emergenti nell'Intelligenza Artificiale,** Fabio Di Bello, p. 11
- **La malaria nel mondo greco arcaico (seconda parte),** Sergio Sabattani, p. 15

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

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*)

Bollettino Notiziario

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

DIRETTORE RESPONSABILE
Dott. Vittorio Lodi

CAPO REDATTORE
Dott. Paolo Cernuschi

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

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

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

Autorizzazione Tribunale di Bologna n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa: Renografica - Bologna

Il Bollettino di gennaio 2024 è stato consegnato in posta il giorno 5/2/2023

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

SOMMARIO

ANNO LV - FEBBRAIO 2024 N° 2

ARTICOLI

Dignità di cura e dei curanti • **3**

Intervista al Prof. Giuseppe Martorana autore del libro "Da una pillola all'altra" • **4**

La insostenibilità del SSN • **8**

Prevenzione primaria e secondaria: "fondamentale investimento sociale... valore etico e morale" • **9**

Frontiere Emergenti nell'Intelligenza Artificiale • **11**

La malaria nel mondo greco arcaico (prima parte) • **15**

BREVI DAL MONDO DELLA MEDICINA • **22**

LETTERE • **26**

NOTIZIE • **28**

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **28**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **28**

CONVEGNI E CONGRESSI • **29**

CONVEGNI E CONGRESSI [RELAZIONI] • **29**

PICCOLI ANNUNCI • **32**

In copertina:

Raffigurazione delle cure prestate alle ferite dovute ad animali pericolosi: cani idrofobi, scorpioni, serpenti.
Xilografia tratta da *Dies ist das Buch der Chirurgia* Mieronymus Brunschwig, Strasburgo 1497, Biblioteca Nazionale Parigi.

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

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente
Dott. BAGNOLI LUIGI

Vice Presidente
Dott. PIZZA GIANCARLO

Segretario
Dott.ssa ARCIERI MARGHERITA

Tesoriere
Dott. LODI VITTORIO

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

Consiglieri Odontoiatri
Dott. BONDI CORRADO
Dott. RUBINI GIOVANNI

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

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

Collegio dei Revisori dei Conti
Presidente: Dott. ENRICO CORSINI
Componenti: Dott. ABBATE GUIDO GIUSEPPE
Dott. GIORDANI STEFANO
Supplente: Dott. ZATI ALESSANDRO

Dignità di cura e dei curanti

Vittorio Lodi

Nell'ambito delle problematiche e della crisi in cui versa il nostro Sistema Sanitario Nazionale, più volte affrontate nelle pagine del nostro Bollettino, una condizione critica, non sempre ben evidenziata, è quella che il modello di sanità in discussione rimane spesso legato ad un modello di cura ormai superato, quello della cura della sola malattia, anziché del malato.
Nel gennaio scorso la Fondazione Dignitas Curae ha presentato alla Camera dei Deputati un progetto che ridiscute e vuole cambiare il modello di cura dei pazienti, mettendo al centro del modello la persona con il suo vissuto, le sue aspettative e il suo desiderio di vita e di salute.
Nel corso di questa presentazione il professor Massimo Massetti, direttore dell'Area Cardiovascolare e della Cardiochirurgia del Policlinico Gemelli di Roma e presidente della Fondazione Dignitas Curae, ha evidenziato come il nostro SSN sia un sistema basato sulle prestazioni che ha anche trasformato gli ospedali in aggregati di reparti iperspecialistici, dove la cura del paziente risulta spesso poter essere frammentata e non sempre coordinata.
Gli attuali modelli di cura sono in genere centrati sulle singole prestazioni e non sui problemi di salute del malato. La proposta portata avanti dalla Fondazione vuole dimostrare come cambiando il focus del sistema assistenziale a trarne beneficio non sia solo la qualità della cura, ma anche la sostenibilità finanziaria.
Nel corso della presentazione del progetto il Presidente della Camera dei Deputati, On. Lorenzo Fontana, ha ribadito come "Occorre un cambio di paradigma. Il paziente va considerato nella sua completezza e nella sua unicità", e come "La pratica medica non può ridursi ad una serie di protocolli trattamentali", in quanto occorre "garantire accesso alle cure a tutte le fasce sociali: rimuovere gli ostacoli che ancora oggi impediscono il pieno godimento delle prestazioni è un dovere delle istituzioni".
Il Ministro della Salute Prof. Orazio Schillaci, presente alla manifestazione, ha sottolineato come sia necessario creare un modello che "non si limiti a curare l'evento patologico ma si prenda cura del malato nella sua totalità". È dunque necessario "riorganizzare una sanità centrata sul malato". Il Ministro ha annunciato l'intenzione di istituire un gruppo di lavoro per valutare l'applicazione del nuovo modello di cura promosso dal documento presentato.
Siamo sicuramente d'accordo con i principi espressi che, tra l'altro, sono alla base del nostro codice deontologico.
Speriamo che l'impegno di tutti, politici, amministratori, decisori di vario grado, vada anche verso una "politica" che rispetti la dignità del malato ma anche quella dei curanti medici e operatori sanitari in genere, senza la quale non si può garantire la dignità del malato e la sussistenza del sistema sanitario nazionale.

Intervista al Prof. Giuseppe Martorana autore del libro "Da una pillola all'altra"

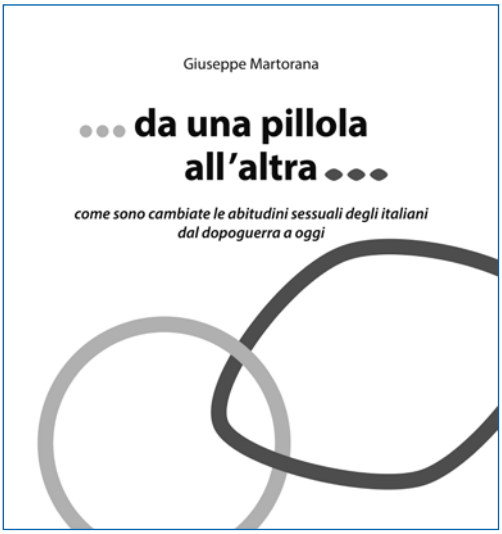
Da alcune settimane è in libreria il libro "Da una pillola all'altra. Come sono cambiate le abitudini sessuali degli italiani dal dopoguerra a oggi" scritto dal Prof. Giuseppe Martorana, professore emerito di Urologia dell'Università di Bologna.
Il Prof. Martorana in modo agile e piacevole ripercorre la rapida evoluzione clinico-sociale della sessualità realizzatasi in modo rapido e a volte tumultuoso negli ultimi decenni.

L'indice dell'opera

PREFAZIONE di Vittorio Sgarbi;

INTRODUZIONE - L'urologo testimone dell'evoluzione clinico-sociale della sessualità;

1. IL DOPOGUERRA - L'eredità del dopoguerra e la condizione della donna; La sessualità e la Chiesa; Società maschilista; I casini; La salute sessuale e l'incubo delle malattie veneree; La legge: adulterio e delitto d'onore; La masturbazione proibita; La sessualità nel cinema e lo scandalo;



2. GLI ANNI DEL BOOM ECONOMICO - L'industrializzazione; Cinema; La svolta; Il mutamento dei costumi; La rivoluzione legislativa;

3. LA RIVOLUZIONE SESSUALE NEL MONDO E IN ITALIA - La rivoluzione culturale del Sessantotto; Il Sessantotto in Italia; Pubblicità e riviste; Il cinema tra erotismo e pornografia; Televisione; Musica; Letteratura; Aspetti legislativi; Lavoro;

4. L'ETÀ DELL'UROLOGO - L'impotenza non è più una vergogna; Nasce l'Andrologia moderna; Le protesi peniene; La terapia medica; Le malattie sessualmente trasmesse e l'AIDS; La società;

5. L'ERA DEL VIAGRA: DAL 2000 AD OGGI - La scoperta; Il meccanismo d'azione; Una vera rivoluzione; Gli antenati del Viagra; I risvolti sociali; La visione della terza età; Aumentano i divorzi; Il divorzio breve; Oltre i moralismi; I risvolti sanitari; Identità sessuale; Nuove frontiere legislative; La maternità surrogata; I giovani e il Viagra; Farmaci online e rischi della contraffazione; E la donna?;

6. LA FARMACOLOGIA CLINICA - Versatilità; Doping; I farmaci PDE5i in cifre; I brevetti; Il Testosterone;

7. "OLTRE" IL VIAGRA - Nuove forme farmaceutiche; Eiaculazione precoce;

8. LA CONTRACCEZIONE - Metodi contraccettivi; Meccanismo d'azione; Aspetto etico; Prescrizione / Ricetta; Effetti economico-finanziari; Pillola abortiva; Il "pillolo"; Il ruolo dell'andrologo nella fecondazione assistita;

9. COVID E SESSO - L'impatto del Covid; I giovani; La prostituzione; Comportamenti di coppia; I vaccini; Nulla sarà come prima;

10. CONCLUSIONI - Prima contraddizione; Seconda contraddizione; Terza contraddizione.

Cogliamo l'occasione per chiedere al Prof. Martorana quali sono stati i principali spunti che lo hanno portato a scrivere questo libro.

Cosa è stato che l'ha spinta a scrivere questo libro?
Lo spunto mi è stato dato (inutile negarlo) dall'avvento del viagra....tant'è che l'idea era nata una decina d'anni fa, dopo una lezione rivolta agli specializzandi, giustappunto, su quanto la commercializzazione dei farmaci per la DE (disfunzione erettile) avesse cambiato profondamente le abitudini della nostra società.
Premesso che la scoperta del viagra, non è stato, come molti pensano, "un fulmine a ciel sereno".
In realtà, già nei primi anni Ottanta, con la caduta di molti tabù (per esempio "l'impotenza", che non venne più considerata come un'onta ma una malattia da curare come tante altre e "l'infertilità", considerata da sempre una "colpa" solo della donna, che diventa invece un problema di coppia), si mise in moto una ricerca clinica orientata verso la cura di queste problematiche e che ha portato alla nascita della moderna *andrologia*.

Ma poi è arrivato il viagra... perché è stato così importante?
Ma intanto perché il viagra è stato una vera e propria rivoluzione nel mondo della medicina, paragonabile alle più importanti scoperte farmacologiche del XX secolo (non dimentichiamo che i tre ricercatori che hanno messo a punto la formula hanno meritato il premio Nobel).
E poi perché, con l'avvento di questa molecola, era arrivato finalmente il farmaco che l'uomo sognava da millenni... Inizialmente usato con parsimonia, solo per i diabetici e gli ipertesi, poi invece l'uso fu allargato praticamente a tutti quelli che lo richiedevano, seppur con ricetta medica.

Quali furono le conseguenze?
Soprattutto agli over 60 veniva consentito di "non appendere le scarpe al chiodo" e di rimanere attivi, non solo sul piano sociale e psicologico ma anche sul piano sessuale: nasce così il modello dell'anziano evergreen.... e fu così che si assistette ad un aumento del numero dei rapporti sessuali, alla crescita esponenziale del numero delle "amanti", dei tradimenti e quindi anche dei divorzi, anche in coppie ultrasettantenni, un fenomeno che nei decenni precedenti non sarebbe mai avvenuto.

Ma la Chiesa cosa ne pensa?
La felicità di coppia è un valore positivo, benedetta anche dalla Chiesa!
Se all'interno di una coppia ufficiale, il partner maschile presenta problemi della sfera sessuale il farmaco può aiutare a trovare l'armonia perduta e quindi diventare una "cura" per l'intesa sessuale della coppia stessa.
Diverso è il caso di quando il partner maschile usa il farmaco al di fuori dell'ambito "domestico" al fine di condurre una vita sessuale, extraconiugale, libertina!
Dal punto di vista puramente clinico, da sottolineare che trattasi di un farmaco sicuro, che non ha effetti collaterali... che anzi, per essere un vasodilatatore, può risultare utile ai cardiopatici.
Inoltre, è un farmaco *versatile*, migliora la minzione, financo le performance sportive (ciclismo, alpinismo, canottaggio, ecc.) senza che sia peraltro, ad oggi, classificabile tra le sostanze dopanti... L'aspetto negativo è rappresentato dall'uso improprio... spesso favorito da medici compiacenti e disinvolti che lo prescrivono anche a chi non ne ha bisogno e a chi lo usa per scopi ludici.

Ma l'idea comune è che il viagra, al di là delle sue note proprietà farmacologiche, abbia innescato un serie di cambiamenti clinico e sociali. È così?
È vero!
In campo *clinico*, maschile, l'innovazione più importante ed immediata, fu quella seguita agli studi di Stacy Loeb, che di fatto "liberalizzò" l'uso del testosterone dopo anni di tabù, per paura che causasse il cancro della prostata, anche nelle forme di ipo-testosteronemia più eclatanti.

Poi ovviamente c'è stata l'esplosione del "dopo viagra" alla ricerca di varianti molecolari che rendessero più facile la somministrazione, riducessero l'intervallo di tempo tra l'assunzione e l'inizio dell'effetto e poi altri che potenziassero l'efficacia terapeutica.
Anche in campo femminile sono arrivate delle novità soprattutto nel campo della contraccezione: alla pillola classica sono seguite: le pillole anticoncezionali "del giorno dopo", "dei 5 giorni dopo", la pillola abortiva, "il pillolo", le spirali, il cerotto transdermico, le iniezioni trimestrali, ecc. ecc.
Ma non solo nel campo della contraccezione... quasi come in una sorta di gara... soprattutto negli USA, ci sono state pressioni mediatiche, provenienti dai movimenti femministi, affinché le aziende farmaceutiche inventassero "qualcosa" riguardante il desiderio sessuale, anche per le donne...
In campo sociale non può essere considerata una casualità se l'omosessualità sia uscita dall'ombra (gay pride) e che, anche in Italia, si sia potuta effettuare la chirurgia di conversione di sesso, mettendo fine, così, ai miserevoli "viaggi della speranza" a Casablanca! Sempre in campo sociale da sottolineare come sia cambiata la percezione della malattia del paziente oncologico!!
A seguito del fenomeno dell'ever green (o "adolescentizzazione", come a qualcuno piace definire la velleità del mondo adulto non più giovane), un tempo, alla vigilia di una chirurgia pelvica, nello scambio di informazioni medico/paziente, in una scala teorica di valori, al primo posto c'era la radicalità oncologica, al secondo posto il mantenimento della continenza, al terzo – se mai possibile – la conservazione della potenza sessuale.
Adesso invece la pretesa è che i risultati funzionali siano ottimali al pari di quelli oncologici e biochimici perché *preservare la propria sessualità è importante quasi quanto guarire dal tumore*.
Ed è così che, per esaudire le richieste dei pazienti, la chirurgia si è dovuta adattare alle nuove esigenze, ha dovuto investire in conoscenza e in denaro e sono state "inventate" tecniche anatomo-chirurgiche apposite come la *nerve sparing* e sviluppare tecnologie finalizzate a questo scopo, come la laparoscopia, il robot, ecc.
Però... tra la fine del 2019 e l'inizio del 2020, è arrivato il Covid-19. Sembrava che non ci riguardasse, ed invece è giunto anche a "casa nostra" e dal 9 marzo 2020 è iniziato il *lockdown*.
Il Covid non è una Malattia Sessualmente Trasmessa (MST) però, anche se non ci sono prove che il virus sia presente nello sperma e nelle secrezioni vaginali, si sa che è presente nella saliva e nelle secrezioni delle vie aeree superiori e che quindi bastano le semplici effusioni amorose, come carezze e baci, a trasmettere il contagio.
Le abitudini cambiarono e tutti i rapporti furono considerati "a rischio".
I rischi risultarono minimi per i conviventi stabili, maggiori per i *single*, abituati ad avere rapporti "occasionali", quindi più esposti alla probabilità che il partner del momento, seppur asintomatico, potesse "potenzialmente" essere veicolo di contagio.
Adesso, dopo quasi 3 anni dall'esplosione della pandemia, merito dei vaccini, le cose vanno meglio e la paura del contagio si è ridotta.
Tuttavia, la pandemia ha comunque lasciato un segno profondo, *nulla sarà come prima!!*
Indiscutibilmente, è rimasta *la paura*, e gli stili e le abitudini di vita sono cambiati! Anche perché il virus *non* è del tutto *scomparso* e, anche se l'impatto si è fatto minore, grazie all'immunità acquisita nel tempo, continua a causare contagio e qualche volta anche decessi.

Professore, sfogliando il libro ci si accorge che ha trattato diverse tematiche di tipo sociologico/sessuologico! Come mai?
Di certo non sono un sociologo né un sessuologo ma solo un urologo che ha vissuto da vicino i tantissimi cambiamenti clinico-chirurgici che hanno riguardato la sfera sessuale degli ultimi anni e che ha osserva-

to nello stesso tempo gli epocali cambiamenti della nostra società in fatto di abitudini sessuali.
Spinto dalla curiosità (innata, peraltro) ho voluto indagare quanto gli uni avessero influenzato gli altri e/o viceversa!

Ci dica allora, in che modo ha condotto l'excursus...?
Pensando a quale altro farmaco nella storia della medicina avesse avuto un impatto così forte sulle abitudini sessuali della nostra società... inevitabilmente mi è venuto in mente la pillola anticoncezionale.
Ecco "da una pillola all'altra" ho cercato di seguire la lunga strada, tipo "carrellata", che dalla scoperta della prima si è arrivati alla scoperta dell'altra.
Sono partito dal dopoguerra ("la pillola" non era stata ancora scoperta) allorché la società era senza alcun dubbio di tipo patriarcale, figlia di una mentalità bigotta, condizionata dalla morale cattolica, in cui il rapporto sessuale era permesso solo ai fini procreativi.
La scoperta di Pincus fu vera rivoluzione perché, una volta eliminato il nesso "*piacere sessuale-riproduzione*", nacque l'affrancamento e l'emancipazione della donna, non solo psicologica ma anche sociale e lavorativa.
Non è per niente casuale che nei successivi 20 anni si siano affermati cambiamenti epocali, sia in campo legislativo (abrogazione del delitto d'onore, legge sulla violenza sessuale, l'aborto, il divorzio, la riforma del diritto di famiglia, la legge Merlin, ecc.) che in campo sociale, culturale e politico (l'affermazione del femminismo, la caduta della censura, la parità di diritti uomo/donna in campo lavorativo, ecc. ecc.)

E adesso, 25 anni dopo, cosa resta? Quali le considerazioni che si possono trarre?
Quello che si può concludere è che sono emerse diverse contraddizioni.
La prima è che, se da una parte, la farmacologia "ha fatto passi da gigante" e ha messo gli uomini nelle condizioni di non dover rinunciare ai piaceri del sesso... dall'altra, gli istituti specializzati in indagini statistiche riportano che in Italia *si fa meno sesso*.
Ma non solo dopo il Covid (sarebbe facilmente spiegabile). Anche prima della pandemia, le stesse agenzie di statistiche, che nei primi anni Duemila avevano riportato una percentuale in crescita dell'attività sessuale, a distanza di tempo, più o meno dopo 20 anni dalla commercializzazione dei farmaci per l'erezione, hanno riportato statistiche opposte!
La seconda contraddizione, che, se vogliamo, è legata alla prima, riguarda la popolazione anziana che fa sicuramente più sesso (gli "over 60 in Italia sono il 28,7% mentre gli "over 65" sono il 22,5%).
È un fatto generazionale? Evidentemente sì!
Non possiamo dimenticare che nella cultura della nostra società, fino *all'altro ieri*, la virilità (e quindi la *performance* sessuale) rappresentava l'elemento fondante dell'identità del maschio!
La sua perdita, o anche una funzione "precaria" rispetto allo standard, veniva considerata come un annullamento del proprio valore e un'emarginazione rispetto alla comunità maschile.
La terza contraddizione: non c'è dubbio che sia in atto un radicale cambio culturale della nostra società, che ha modificato e continua a modificare non solo le abitudini sessuali, ma anche quelle relazionali tra i due sessi.
Per il 32% dei ragazzi la virilità non è un più un valore, ma forse non lo è mai stato!
Negli ultimi anni del Duemila, ci siamo trovati di fronte a un'eccessiva "femminilizzazione" della società occidentale, compresa quella italiana.
Il concetto e lo stereotipo di mascolinità, storicamente definito dalle caratteristiche fisiche, dalla forza, dall'aggressività, si è profondamente modificato a partire degli anni Sessanta, dagli anni cioè della rivoluzione sessuale, delle lotte per i diritti civili, della nascita del movimento per i diritti gay, gli anni della controcultura, dell'opposizione alla guerra del Vietnam, ecc. ecc.

La insostenibilità del SSN

Fernando Perrone

I bene informati dicono che la vita del Servizio Sanitario Nazionale così come l'abbiamo vissuto sinora sia ormai agli sgoccioli.
Un vero peccato visto che il nostro sistema sanitario universale, solidaristico, gratuito per tutti e finanziato con la fiscalità generale in modo graduale in base alle proprie disponibilità economiche ci viene invidiato da mezzo mondo.
La causa del suo declino? È presto detto, per comune, anche se detto a mezza voce, riconoscimento generale (politici, amministratori, operatori e utenti): così come è non più sostenibile dal punto vista finanziario e organizzativo.
E non solo, come vedremo più avanti. Gli anni di pandemia appena trascorsi tra lookdown, mascherine, isolamenti sanitari per non parlare degli estenuanti dibattiti sulla efficacia e utilità dei vaccini contro il Covis-19 hanno scoperchiato il vaso di pandora di una sanità malata, spezzettata tra 21 indirizzi regionali differenti, con inaccettabile divario assistenziale tra il Nord e il Sud del paese (la cosiddetta migrazione sanitaria ogni anno interessa oltre 800.000 persone) che sarà ancor più marcato se davvero si dovesse arrivare alla cosiddetta Autonomia Differenziata; ma anche poco virtuosa con Regioni a rischio di commissariamento (come in Emilia-Romagna) per vie di spese sanitarie e bilanci in rosso.
D'altronde se nel bilancio dello Stato la sanità, che nelle auliche stanze parlamentari continua ad essere vista come un costo e non come un investimento a vantaggio di tutti i cittadini e soprattutto dei più fragili e bisognosi, è finanziata per quest'anno con circa il 6,6% del Pil (nel '25 sarà del 6,2% e nel '26 del 6,1%!) contro una media Europea del 7,1% (la Francia investe il 10% e la Germania l'11%) cioè con circa 134 miliardi, puntualmente erosi dal tasso di inflazione attuale che ci fa avvicinare più alla realtà sanitaria della Grecia che non a quella di Francia e Germania non ci si può "pretendere" di più da un siffatto SSN che non potrà mai riuscire ad assicurare ai cittadini neanche le prestazioni minimali stabilite per legge del 2017 cioè i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).
Senza sottacere che del fondo sanità ben 40 miliardi vanno alla sanità privata accreditata, senza un "ritorno" in termini di efficacia ed efficienza delle prestazioni. Questa distonia porta ad allungare le già tanto folte liste di attesa sia per accertamenti di laboratorio che per eseguire visite specialistiche o iter diagnostici anche in screening come quelli per i tumori alla mammella o al colon o alla cervice uterina timidamente ripresi dopo la "pausa" forzata del Covid-19 ma anche per eseguire importanti quanto non oltremodo dilazionabili interventi chirurgici di una certa urgenza come quelli oncologici, ortopedici, cardiochirurgici, endocrinologici, oculistici.
Nella ultima legge di Bilancio dopo tanti tira e molla il Governo ha stanziato 3 miliardi per la sanità di cui 2,4 per i rinnovi contrattuali del personale con l'intento di tenerli ancorati al SSN e non lasciarseli scappare verso approdi più remunerativi e il resto per l'abbattimento delle liste d'attesa! Ma davvero si crede che sia questo il metodo per affrontare l'annoso problema delle lista d'attesa? Se questa si potrebbe definire la prima cifra della crisi del SSN la seconda è senz'altro la cronica carenza di medici e la desertificazione della sanità territoriale e di prossimità, già in crisi e di fatto abbandonata a stessa durante la pandemia.
Da più parti questa situazione viene fatta scaturire (non senza ragione) dal persistente numero chiuso nell'accesso alla Facoltà di Medicina (anche se incrementato di circa 4 mila unità) ma il grande imputato rimane la mancanza di programmazione delle diverse istituzioni coinvolte (Ministero della Salute, dell'Università e Regioni soprattutto, visto che la competenza della gestione del personale è in capo a loro) per cui stando agli ultimi dati tra prepensionamenti e pensionamenti verrebbero a mancare oltre 6.000 medici mentre nel 2027 se ne prevedono in uscita già 35.000, tenendo conto che oltre la metà dei MMG attual-

mente in servizio ha più di 65 anni! Si possono erogare servizi sanitari ospedalieri, di PS o di Medicina di "base" di un certo livello con i cosiddetti medici "gettonisti" o allungando il tempo di permanenza dei MMG a 72 anni, senza intervenire nel contempo ad eliminare inutili ed estenuanti incombenze burocratiche, compilazione di anacronstici moduli anche anamnestici, navigazione a zig zag tra protocolli, note, algoritmi e "filtri" prescrittivi? O si può pensare davvero che per rigenerare "interesse" per la Medicina Generale, attirare medici e farli partecipare ai bandi delle zone carenti basti promettere agevolazioni di ogni tipo dalla casa, all'ambulatorio al collaboratore di studio come è stato tentato di fare a Venezia? Senza un minimo di programmazione, di stabilizzazione del servizio e soprattutto di qualità delle prestazioni? Siamo ormai alla sanità arlecchino con operatori scelti con il metodo dell'asta! In questo marasma fiorisce la sanità privata e assicurativa cui attingono circa 20 milioni di cittadini per una spesa complessiva (*detta out of pocket*) di oltre 37 milioni (il 2,2% del Pil) cosicché il cittadino paga la sanità due volte! E tuttavia stando al rapporto Censis il 61% dei cittadini spera ancora in un miglioramento del SSN e circa la metà vorrebbe più medici di "base".
Speranze che forse il PNRR potrebbe in parte realizzare se si rispettassero i tempi e venissero confermati i progetti sulle Case di Comunità, sugli Ospedali di Prossimità a gestione MMG (ridorri rispettivamente a 936 e 304), sull'Infermiere di Famiglia, sulla copertura dell'assistenza domiciliare (che dovrebbe interessare circa un milione e mezzo cioè un 10% di ultra 65enni) e sulla legge sulla non autosufficienza e invalidità finanziata con 2,7 miliardi i cui decreti attuativi si aspettano per marzo 24.
Ma c'è un rischio che le Case di Comunità, ancorché dimezzate rispetto al PNRR iniziale, possano rimanere da una parte "vuote" cioè senza i MMG che potrebbero scegliere di rimanere nel proprio studio ancorati a quell'esile filo di "fiducia" che li lega ai propri pazienti e alla loro famiglie e dall'altro "poco fruibili" perché dislocate in aree oro-geograficamente disagiate e distanti dal centro erogatore per molti pazienti anziani, anche se potrebbe venire in soccorso in alcune situazioni la telemedicina.
E un'altra speranza, di un certo spessore, viene dal monito del Presidente della Repubblica Sergio Mattarella che, pensando alle possibili storture e diseguaglianze della autonomia differenziata e alla crisi della medicina territoriale e di prossimità emersa nel post Covid, nel ricordare l'Art 32 della Costituzione, esorta la politica ad "operare affinché il presidio insostituibile di unità del paese rappresentato dal Servizio Sanitario Nazionale venga rafforzato ponendo sempre più al centro la persona e i suoi bisogni concreti nel territorio in cui vive".
E dopo questa esortazione la speranza che il SSN ritorni ad essere sostenibile e visto come un investimento per garantire il diritto alla salute dei cittadini e non come una spesa infruttuosa forse acquista una certa consistenza.

Prevenzione primaria e secondaria: "fondamentale investimento sociale... valore etico e morale"

Francesco Domenico Capizzi*

In Italia le neoplasie costituiscono la principale causa di morte nel 35% del genere maschile e la seconda causa nel 25% del femminile, un uomo ogni due e oltre una donna ogni tre nel corso della propria vita vanno incontro a rischi significativi di sviluppare un tumore. Considerando soltanto il genere, nelle donne viene rilevata una maggiore

frequenza di decessi per malattie cardio-vascolari, demenze e malattia di Alzheimer, mentre negli uomini prevalgono le neoplasie di trachea, bronchi e polmoni e malattie croniche delle basse vie respiratorie (Airtum 2020, Istat 2021).
Circa un terzo dell'intera popolazione italiana accusa almeno una delle malattie cronico-degenerative: diabete, ipertensione, cirrosi, obesità, bronco-pneumopatie, osteoporosi, artrosi-artrite, cardio-vasculopatie, alterazioni funzionali e infiammatorie intestinali, nefropatie, disturbi neurogeni, psicosi, sindromi allergiche, connettiviti, reumatismi, ecc. Negli ultrasessantacinquenni queste sussistono in ragione di ben oltre il 50% e assommano ad almeno due (Istat 2021).
Il problema che qui si pone è anche di natura quantitativa: gli ultrasessantacinquenni costituiscono già più di un quinto dell'intera popolazione e il loro numero è in una crescita tale da poter sopravanzare il quarto entro tre decenni a fronte del combinato: crescita dell'attesa di vita di 2-3 mesi per anno e costante decrescita delle nascite. Si prevede, pertanto, che l'incidenza della popolazione anziana all'interno di ogni comunità sarà doppia rispetto all'attuale (Istat 2021).
Ed è quanto vale per l'insieme dell'Unione europea: gli ultrasessantacinquenni cresceranno del 70%, la fascia degli ultraottantenni del 170%, con ripercussioni significative sul complesso dei percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi e sulle capacità recettive e le risorse basilari dei Servizi sanitari e assistenziali.
Di fronte a questa situazione, ormai dai caratteri emergenziali, la strategia da seguire non può che basarsi su programmi globali e integrati di prevenzione primaria e secondaria: informazioni serie e capillari da offrire ai cittadini e misure politico-organizzative per la promozione di benessere e salute, individuazione di gruppi ad alto rischio, ottimizzazione delle coperture diagnostico-terapeutico-riabilitativo-assistenziali, abbattimento dei fattori di rischio insiti in stili di vita, varie forme di inquinamento ambientale, elevazione della qualità di vita quotidiana complessiva (http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/Italian%20full%20report.pdf5;http://www.euro.who.int/document/E89306; Oms 2013-2022).
Nonostante la conoscenza dei dati statistici, attuali e delle loro proiezioni future, ambedue le grandi classi di malattie, le croniche e le neoplastiche, vengono fronteggiate con il 95% di spesa per diagnosticare e curare e soltanto con il 5% destinato alla prevenzione secondaria (diagnosi precoce) in un contesto che fa constatare la quasi assenza della prevenzione primaria.
Se l'orientamento generale prevalente fosse, come auspicato da Oms (2007) e Carta di Ottawa (1986) di tipo preventivo misureremmo i progressi in termini di salute, non di malattia, e di tanti percorsi diagnostico-terapeutici evitati, formeremmo con prospettive più ampie e articolate i futuri operatori sanitari e i medici e constateremmo la forte riduzione di costi umani ed economici che ricadono direttamente sulla spesa sanitaria pubblica: la stima complessiva del trattamento dei nuovi casi di tumore ammonta a circa 8,5 miliardi di euro per anno.
A proposito due esempi illuminanti: il costo unitario medio di uno screening per il tumore della mammella è di 55 euro, il suo costo generale spalmato su 20 anni è di 500 euro; il costo medio complessivo per il trattamento di un malato oncologico di media importanza rasenta i 26 mila euro.
Continuiamo a trovarci all'interno dell'impostazione politico-amministrativa basata sulla centralità diagnostico-terapeutica e l'assoluta marginalità della prevenzione primaria e secondaria che si riverbera, come dato organizzativo e culturale, sull'intero sistema-Paese e sull'Europa: di fatto continua a essere disattesa la ormai storica Carta di Ottawa (1986) che considera la salute, intesa come pieno benessere e non soltanto come assenza di malattia e il suo mantenimento "fondamentale investimento sociale... valore etico e morale".

**già docente di Chirurgia generale nell'Università di Bologna e direttore delle Chirurgie degli Ospedali Bellaria e Maggiore*

Frontiere Emergenti nell'Intelligenza Artificiale

Sviluppo dei LAM (Large Action Models) e il Cammino verso un'Agentività Autonoma

Fabio Di Bello*

Abstract
Questo studio analizza l'impatto rivoluzionario di ChatGPT e la sua progressione verso l'Artificial General Intelligence (AGI). Si introduce il concetto dei Large Action Models (LAM), evidenziando le capacità di Humane AI Pin e Rabbit AI nel realizzare azioni concrete nel mondo fisico. Ciò rappresenta un salto qualitativo dai sistemi di elaborazione informativa verso agenti intelligenti autonomi. L'articolo esplora le implicazioni di questi avanzamenti AI nelle interazioni con le App, gli aspetti etici e l'influenza sul mercato del lavoro.

ChatGPT ha il potere non solo di generare testi, ma anche immagini e codici di programmazione, emulando diversi aspetti dell'intelligenza umana, dando l'illusione addirittura di essere in grado di riprodurre, almeno in parte, il ragionamento umano e la logica formale. Siamo agli albori del 2024 e abbiamo assistito a uno straordinario progresso delle capacità di ChatGPT, che con la sua nuova versione 4.0 è in grado di ricercare informazioni aggiornate su Internet e di elaborare contenuti multimediali come immagini e video. Abbiamo anche visto l'emergere di sistemi di *digital cloning* che consentono di generare video con cloni digitali (immagine e voce) a partire da uno *script*. Sistemi come HeyGen, Capture e molti altri stanno diventando sempre più diffusi, capaci di produrre video estremamente realistici con cloni di esseri umani perfetti e quasi indistinguibili dagli originali, in grado di vocalizzare script in qualunque lingua con la voce clonata. Questi video sono generati dal software e non presentano le tipiche imperfezioni o difficoltà di una registrazione reale fatta da un umano. ChatGPT ha mostrato miglioramenti significativi nella comprensione semantica dei testi e nell'elaborazione delle informazioni, inclusa la capacità di sintesi e di produrre risposte corrette. Tuttavia persistono ancora alcune problematiche come le "allucinazioni", dovute in parte anche al grande problema dell'assenza di una vera logica formale alla base del *reasoning* e della comprensione profonda della realtà. L'assenza di un vero reasoning limita ampliamente le potenzialità di chatGPT di astrazione e generalizzazione, qualità distintive dell'intelligenza umana e della generazione di conoscenza utile. Queste limitazioni influenzano la capacità di ChatGPT di raggiungere una rappresentazione ontologica profonda della realtà limitandone le capacità di *problem solving*. Inoltre la difficoltà di prevedere fenomeni emergenti e di spiegare le risposte fornite rimane tuttora un problema ancora sentito all'interno della comunità scientifica.

La sfida principale per far evolvere un sistema come ChatGPT verso una AGI consiste nel combinare l'approccio *bottom-up* delle reti neurali, basato sul modello *black box* stimolo-risposta, con un approccio *top-down* della logica formale che consente la mappatura ontologica della conoscenza. Questa integrazione rappresenta un tentativo di armonizzare due filosofie contrapposte: quella aristotelica, dove i modelli di pensiero sono intrinsecamente legati all'essere (le trame dell'essere sono le trame del pensiero) e quella platonica, dove i modelli di pensiero formano la base dell'essere (le trame del pensiero sono le trame dell'essere). Conciliare questi due domini rappresenta una sfida complessa e di difficile soluzione. Per

Human AI PIN in vendita solo negli USA a partire da Gennaio 2024.

queste ragioni ritengo che il raggiungimento dell'Intelligenza Generale Artificiale (AGI) sia ancora un traguardo distante. L'AGI presuppone una fusione e sinergia tra questi due ambiti: le reti neurali e la logica astratta formale del simbolismo matematico. Tuttavia questa integrazione presenta notevoli sfide tecniche e concettuali. Inoltre sostengo che una vera AGI implichi non solo l'elaborazione avanzata delle informazioni, ma anche la capacità di interagire e percepire attivamente il mondo circostante. Ciò potrebbe richiedere una forma di coscienza, seppur differente da quella umana, ma pur sempre un tipo di coscienza che permetta alla macchina di avere un'esperienza soggettiva e significativa del suo ambiente.

Contrariamente all'idea di uno stallo nello sviluppo dell'Intelligenza Artificiale e dei Large Language Models (LLM), come ChatGPT, stiamo assistendo all'apertura di una nuova frontiera nella AI: quella dell'agentività autonoma. Questo concetto rappresenta il passaggio dal pensiero all'azione, dalla decisione alla sua esecuzione. Emergono quindi i Large Action Models (LAM), che promettono di rivoluzionare drasticamente il nostro modo di vivere. Tra gli esempi significativi di questa evoluzione ci sono Humane AI Pin e Rabbit AI, previsti per essere lanciati rispettivamente a gennaio e aprile 2024 (negli USA).

Rabbit AI R1 disponibile in Europa per Aprile 2024.

Questi sistemi non solo elaborano informazioni, ma sono progettati per agire in modo autonomo e significativo nel mondo reale.

Questo traguardo segna l'inizio di una nuova era in cui i Modelli di Azione Avanzati potrebbero elevarsi a nuovi livelli di autonomia nei sistemi AI. Un Modello di Azione Avanzato, a differenza di un modello come ChatGPT, non si limita solo a elaborare informazioni, ma può anche eseguire azioni concrete. Per esempio, se si chiede a ChatGPT di pianificare un viaggio di piacere a Londra, esso può fornire un itinerario dettagliato, ma non è in grado di procedere alle prenotazioni effettive.

I Modelli di Azione Avanzati, come Rabbit o Humane AI Pin, vanno oltre: comprendono semanticamente le richieste, generano un programma aderente alle esigenze ed infine interagiscono con le applicazioni necessarie per effettuare prenotazioni e acquisti reali, autenticandosi come utente ed utilizzando la carta di credito dello stesso.

Per poter funzionare bene, questi sistemi devono conoscere profondamente l'utente in termini di gusti, preferenze, criteri decisionali. Per poter produrre una scelta ottimale è necessario che questi sistemi apprendano dai dati personali dell'utente. È fondamentale quindi, per poter avere un livello di fruizione adeguata ed essere certi che le decisioni e le azioni conseguenti siano ottimizzate ed in linea con le preferenze dell'utente, che questi sistemi apprendano dai comportamenti pregressi dell'utente, analizzando tutte scelte fatte in passato su diverse App per ottimizzare le decisioni future. Questo comporta da parte del Modelli di Azione Avanzati un accesso a tutti i dati di utilizzo e di log di ogni singola App al fine di poter imparare ad agire in modo allineato alle preferenze del soggetto, a mo di *alter ego* che opera come se fosse l'utente. In pratica un Modello di Azione Avanzato agisce come se fosse l'utente, navigando nelle App di prenotazione, selezionando le opzioni migliori in base alle preferenze personali e completando transazioni come prenotazioni di hotel, ristoranti, spet-

tacoli teatrali, ecc. In sostanza i Modelli di Azione Avanzati, non solo imparano a generare testi coerenti come i *large language models*, ma anche a eseguire azioni nel mondo digitale basandosi sui comportamenti e preferenze dell'utente, fungendo da agenti autonomi in grado di agire al posto nostro, con l'obiettivo di diventare addirittura più efficienti dell'utente nell'ottimizzare i processi di scelta e decisione nei più svariati ambiti della vita dell'utente stesso.

Le potenziali applicazioni dei Large Action Models (LAM) in ambito personale sono vastissime, spaziando dalla scelta di percorsi educativi e professionali fino alla selezione di partner di vita. Potendo esaminare tutti i dati di ogni singola App, il Modello di Azione Avanzato potrebbe essere in grado di capire profondamente le logiche anche inconscie che stanno alla base delle macro e microdecisioni e produrre in modo rapido ed efficiente le scelte che l'utente costantemente dovrà effettuare durante il corso della vita. Il principio di base è che, con un *training set* sufficientemente ampio e dettagliato, le reti neurali possono arrivare a comprendere le preferenze e le tendenze di un individuo meglio di quanto possa fare lo stesso individuo. Tuttavia la sfida maggiore risiede nell'accesso e nell'analisi dei dati personali custoditi nelle App sui nostri dispositivi mobili e PC. Le implicazioni legali sulla acquisizione dei dati personali da parte di sistemi come Rabbit o Humane AI Pin non sono ancora del tutto chiare. Un altro aspetto da affrontare è insegnare ai Modelli di Azione Avanzati a navigare e interagire efficacemente nell'ecosistema digitale delle App, selezionando le opzioni appropriate e autenticandosi per svolgere transazioni. Questi sistemi potrebbero rivoluzionare la gestione delle nostre interazioni sociali online, filtrando richieste di amicizia e interazioni in base ai nostri gusti e interessi. L'accesso completo ai dati dalle App permetterebbe ai Modelli di Azione Avanzati di apprendere in profondità le nostre preferenze, riducendo significativamente lo stress decisionale in un mondo di scelte sempre più ampio. In questo modo, il paradosso della scelta, descritto da Barry Schwartz, potrebbe essere risolto da questi sistemi intelligenti che fungono da nostri assistenti digitali, selezionando sempre le migliori opzioni per noi.

L'adozione diffusa dei Large Action Models (LAM) trasformerà profondamente il nostro modo di interagire con le App e gli smartphone. In questo scenario, le App saranno gestite principalmente da sistemi AI, modificando il ruolo del consumatore umano nell'interfaccia digitale. Questo cambiamento avrà implicazioni significative sul business delle App: l'*advertising* tradizionale, ad esempio, dovrà adattarsi, dato che gli annunci saranno destinati a un sistema AI anziché a utenti umani diretti.

Per quanto riguarda gli smartphone, la loro forma e funzione potrebbero evolversi. Se le interazioni con le App diventano più "invisibili" e gestite da un unico sistema AI, la necessità di un dispositivo tradizionale potrebbe diminuire, portando allo sviluppo di nuovi tipi di dispositivi o interfacce.

Inoltre la dipendenza da questi sistemi AI potrebbe portare a una riduzione delle capacità decisionali individuali, dato che un assistente intelligente si occuperà di molte scelte per noi. Questo pone interrogativi fondamentali sul concetto di essere umano, sul libero arbitrio, sull'etica e sulla responsabilità personale. La nostra relazione con la tecnologia e la sua influenza sulle nostre vite dovranno essere attentamente valutate e gestite per mantenere un equilibrio tra comodità e autonomia personale. Sarà quindi anche un *trade off* tra privacy e controllo delle nostre vite ed ottimizzazione dei processi di scelta e di aumento della produttività. Fino a che punto gli individui saranno disposti a rinunciare alla privacy in cambio di comodità, l'efficienza e produttività? E, aspetto ancora più importante, questa comodità nell'avere un sistema efficiente che compie e decide al meglio per noi, ci consentirà davvero di avere una maggiore qualità di vita? Abbiamo visto negli ultimi 30 anni che il progresso informatico e la digitalizzazione dei processi hanno incrementato la produttività del lavoro in modo gigantesco. Ma questo aumento di produttività ha davvero poi migliorato le nostre vite in termini di tempo libero a disposizione, minore carico di lavoro e più reddito

disponibile? La mia impressione, e credo anche quella di molti, è che oggi si lavori di più, in modo più stressante, con carichi di lavoro superiori e con minore remunerazione rispetto a 30 anni fa. Ecco quindi che la tecnica deve essere governata dalla politica con l'obiettivo di assicurare che il progresso tecnologico si traduca in progresso umano.
L'intelligenza artificiale (AI) non eliminerà tutti i lavori, ma avrà un impatto significativo su molti settori. È probabile che i lavoratori che sapranno integrare efficacemente l'AI nel loro lavoro avranno un vantaggio competitivo rispetto a quelli che non lo faranno. L'aumento di produttività fornito dall'AI sarà di gran lunga superiore a quello che abbiamo visto con l'introduzione dei personal computer e di Internet. Tuttavia questo progresso tecnologico non si è sempre riflesso in un miglioramento della qualità di vita o del benessere economico, come sperimentato nella mia esperienza personale.

In un futuro in cui un lavoratore supportato dall'AI può fare il lavoro di molte persone, sorge la questione di come verrà distribuito il reddito incrementale. Se la tecnologia continua a evolversi secondo le attuali leggi di mercato e del capitalismo, potremmo affrontare una crisi sistemica con la possibile implosione dell'intero sistema economico, dovuta alla mancanza di lavoro e benessere economico.
Questo solleva questioni fondamentali sulla necessità di un nuovo modello di società, forse orientato verso una forma alternativa al capitalismo classico che abbiamo fin qui conosciuto. Sono questioni cruciali che la politica deve affrontare per garantire che i benefici dell'AI siano distribuiti equamente e contribuiscano realmente al progresso della civiltà.

* **Dr. Ing. Fabio Di Bello**
Senior Customer Training Manager, Wiley

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

37° Congresso Internazionale dell'A.M.A.B.
AGOPUNTURA E MEDICINA TRADIZIONALE CINESE
A SUPPORTO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO

Sabato 2 marzo 2024: Centro Congressi Savoia Hotel Regency, Via del Pilastro, 2 Bologna.
Segreteria scientifica: dott.ssa M.L. Barbanera, dott. M. Devecchi, dott.ssa G.M. Farella, dott. C.M. Giovanardi, dott.ssa E. Marchi, dott. U. Mazzanti, dott. E. Montanari, dott.ssa A. Poini, dott. G. Tallarida.
Argomenti: Il tema del Congresso è il ruolo dell'Agopuntura a supporto del paziente oncologico.
ECM: l'evento rilascia 2,1 Crediti ECM.
Sezione Poster: possibilità di presentare un poster che verrà esposto durante tutta la giornata del Congresso: saranno premiati i due migliori posters.
Iscrizione: evento in presenza, iscrizione gratuita ma obbligatoria.
Informazioni: Segreteria cell. 340-9553985
E-mail: segreteriascuola@amabonline.it
Sito web: www.amabonline.it

La malaria nel mondo greco arcaico

Collegamenti tra mito, reperti archeologici e indagini paleopatologiche (seconda parte)

Sergio Sabbatani*

Il sito di Lerna

Lerna era un'antico insediamento urbano della Grecia, nel Sud Est dell'Argolide (figura 1), sulla sponda occidentale di una baia, distante circa 10 km da Argo; l'Arcadia e l'Argolide insieme costituiscono la penisola del Peloponneso. L'insediamento abitato fin dal VI millennio (Neolitico) rivela, nei resti archeologici, preziosi manufatti ed importanti aspetti dell'antica civiltà dell'Ellade[1]. Il sito archeologico è importantissimo per la documentazione delle strutture abitative private dall'epoca neolitica fino all'età micenea (51). Durante le prime fasi di occupazione del neolitico, è probabile che il sito fosse a qualche distanza dal mare, ma poiché i livelli della costa continuavano a salire, parti significative della piana Argiva furono coperte di acqua, dando luogo a un lago. Questo bacino aveva un diametro di circa 4,7 km, ed era circondato da un ambiente paludoso (52, 53). Il lago, separato dal mare aperto da una barriera di sabbia, aveva preso origine quando il livello del mare era sceso, al termine della glaciazione, raggiungendo la sua massima estensione nell'Età del Bronzo precoce (52).

Il lago di Lerna era alimentato attraverso condotti carsici, in primis dal fiume Erasino, provenienti dai monti dell'Argolide[2] che sgorgavano con fresche acque, famose per la loro elavata qualità, specialmente nell'Età del Bronzo iniziale (54). In accordo con Pausania le acque continuavano a fluire in estate, persino se le altre acque superficiali si prosciugavano (54). Baird stabilì che ancora a metà dell'Ottocento la ricomparsa sotterranea del fiume sotterraneo Erasino avveniva con "scoppio dalla roccia con grande violenza", mentre Boblaye faceva notare che bolle abbondanti emergevano dalle acque, fenomeno probabilmente collegato all'associata fuoriuscita di anidride carbonica (54).

Intorno al 1250 a.C il sito, prossimo al lago, fu probabilmente definitivamente abbandonato a causa delle condizioni del territorio che essendosi impaludato era invivibile. Nonostante l'erosione del suolo e l'insabbiamento, i resti del lago di Lerna sono rimasti visibili fino alla fine del XIX secolo (52) e furono oggetto di visita da parte di numerosi viaggiatori che ne riportarono accurate descrizioni (54). La figura 2 consente di apprezzare quanto rimaneva del lago di Lerna quando, nel 1810, il viaggiatore-scrittore nonché disegnatore inglese Sir William Gell giunse nel Peloponneso (55).

Tornando agli scavi archeologici ed in particolare in relazione alla necropoli, sebbene i contesti neolitici presentavano 9 sepolture, la

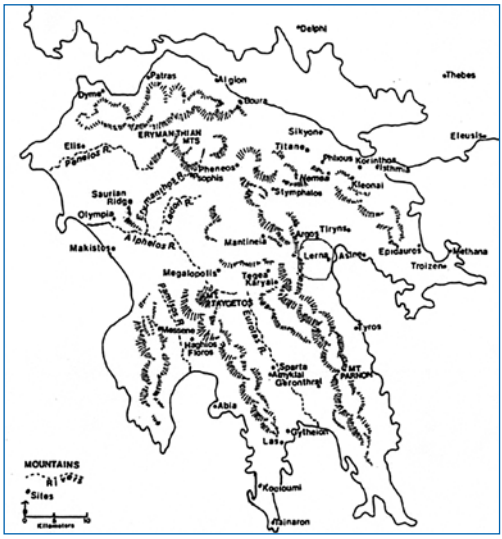


Figura 1 Carta geografica della penisola del Peloponneso.

1 Gli scavi sono stati condotti fra il 1952 e il 1958.

2 Nel IV secolo a.C., il filosofo greco Aristotele scrisse delle peculiarità carsiche dei fiumi dell'Arcadia. Nel suo trattato intitolato *Meteorologia* (350 a.C.) deduceva che poiché l'Arcadia è circondata da montagne le sue acque potevano raggiungere il mare solamente attraverso canali sotterranei. La scienza moderna ha stabilito essere di natura carsica (54).

Figura 2 Disegno, eseguito da Sir W. Gell, raffigurante il Lago di Lerna all'inizio del XIX secolo.

maggioranza di queste è datata alla Media Età del Bronzo (2050/2000-170/1650 a.C), mentre non sono state scoperte sepolture nel contesto dell'Età del Bronzo recente, così come le sepolture più tarde sono rare. Le sepolture della Media Età del Bronzo sono state generalmente trovate vicino alla case o nel caso di alcune di neonati sarebbero posizionate al di sotto del pavimento (53).

Numerosi sono i riscontri nella coroplastica attica relativi al mito di Ercole[3] e se è condivibile la tesi che postula il linguaggio espresso nelle figure dei vasi greci come uno dei più classici esempi di comunicazione visiva antica, risulta allora interessante l'interpretazione dei miti più frequentemente rappresentati. Grmek e Gourevitch hanno visto nelle pitture di Eracle che uccide il serpente dalle molte teste dell'Idra, rappresentate nelle ceramiche di Corinto datate al periodo 630-570 a.C., come un tentativo di bonifica delle paludi malariche di Lerna da parte del mitico eroe (1).

Lerna doveva essere stata, prima del degrado del territorio lacustre che le era prossimo, un luogo con un clima particolarmente mite e favorevole agli insediamenti umani. In seguito a Corinto, distante pochi km, fu eretto un Asclepio; è noto che questi santuari sorgevano in luoghi favoriti dalla natura. Condizione indispensabile per l'edificazione di un santuario era la presenza di una fonte di acqua purissima, che non raramente era termale[4]. In questi luoghi sacri le conoscenze mediche venivano trasmesse dagli Asclepiadi[5], medici-sacerdoti che vantavano Asclepio come capostipite. Aspetto interessante da sottolineare è che tali conoscenze venivano tramandate solo nel ristretto ambito famigliare.

Studio biomolecolare dei reperti ossei ritrovati a Lerna

Studi di tipo biomolecolare sul DNA antico del parassita malarico nei resti umani e la determinazione delle mutazioni per il gene della globina potrebbero potenzialmente confermare se le indicazioni scheletriche (iperostosi porotica) correlati con l'anemia, osservate in alcuni scheletri preistorici dell'Egeo, sono secondarie a talassemia genetica o piuttosto il risultato di un'anemia acquisita dovuta a deficit alimentare di ferro.

Purtroppo però anche le più sofisticate tecniche di ricerca si devono confrontare con le possibilità di sopravvivenza del DNA antico negli scheletri umani; è stato infatti stabilito che il fattore più importante nel condizionare non è tanto l'età cronologica dei campioni, quanto la loro storia termica, ovvero le modalità di refrigerazione (nelle condizioni ideali) o di esposizione in ambienti caldi (nei contesti più sfortunati). Premesso che la degradazione del DNA si realizza più rapidamente a temperature più alte, l'indice utilizzato è la cosiddetta "età termica", calcolata in base all'evoluzione storica della temperatura di un sito e in rapporto alla sua localizzazione geografica (53). Gli studiosi che si sono occupati di queste problematiche hanno chiarito che il

[3] Eracle è il personaggio più rappresentato nei vasi attici a figure nere, che costituisce la produzione coroplastica più precoce (VII sec. a.C), mentre Teseo è più rappresentato nella più tarda produzione ateniese a figure rosse; i primi esemplari di vasi a figure rosse sono datati al 575 a.C. (circa).

[4] Nel Santuario di Asclepio a Corinto, di età ellenistica, il termine "Lerna" era attribuito alla cisterna di acqua utilizzata dai malati per prendere bagni, e non solo per funzioni religiose. È interessante osservare che in età ellenistica il termine "Lerna", non corrispondesse più solo, come in età arcaica, ad un'entità geografica, ma venisse attribuito anche ad un luogo (la cisterna) del santuario frequentato dai malati (56).

[5] Queste figure mediche-sacerdotali, pur coltivando l'osservazione del malato, non possedevano indipendenza di pensiero. Se si eccettuano alcune manualità e talune pratiche chirurgiche, essi rimanevano solamente gli intermediari del dio, ovvero coltivavano l'osservazione del malato ma non vantavano alcuna personalità terapeutica autonoma.

limite per la "rottura" del DNA, correlando anche dati relativi all'estrazione di DNA antichi autenticati, sarebbe intorno ai 1900 anni, se però la temperatura si è mantenuta nel tempo relativamente costante e intorno ai 10°C. Sulla base di questo assunto campioni provenienti da siti che hanno un'età termica normalizzata a 10°C., per un periodo superiore ai 1900 anni, è improbabile che contengano DNA antico vitale. Se quanto descritto viene applicato, mediante i calcoli proposti, al Mediterraneo Orientale si stima un periodo cronologico "reale" massimo, approssimativo, di 3600 anni; in base a questo assunto è improbabile che DNA antico sia estraibile da resti umani ritrovati in siti Neolitici, di questa area, che pre-datano al 2000 a.C.[6] Ma non ci sono solo i problemi ricordati; è cruciale considerare anche l'esposizione all'acqua per il tempo che è trascorso dal momento dello scavo, senza contare l'evenienza di aver determinato falsi positivi, specialmente su materiale ritrovato prima dell'adozione di rigidi criteri per evitare contaminazioni con materiale biologico moderno. Peraltro esiste anche la concreta possibilità che alcuni campioni, che hanno dato in precedenza risultati negativi, con i primers PCR altamente sensibili (oggi disponibili) avrebbero dato luogo invece a risultati positivi (53).

Presentate queste doverose cosiderazioni, Chilvers E.R. ha recentemente pubblicato i dati relativi ad una ricerca biomolecolare paleopatologica svolta in 8 siti risalenti all'eta Neolitica e del Bronzo in Grecia e a Creta. Tra i dati pubblicati figurano anche quelli relativi a resti ossei (figura 3) ritrovati a Lerna, datati al 2050-1675 a.C., pertanto più strettamente legati al limite temporale atteso di 3600 anni, considerati attendibili per sperare nella sopravvivenza del DNA antico in questi resti.

L'indagine bio-molecolare di questi autori non ha consentito di apprezzare evidenza di DNA negli 8 campioni studiati sebbene la maggior parte fosse datata all'interno del periodo atteso (53). Gli autori hanno rilevato che le condizioni paludose, ritenute verosimilmente prevalenti in vicinanza di Lerna, per almeno una parte del periodo considerato e nel terreno ove questi scheletri sono stati sepolti, suggerirebbero la presenza di un elevato tasso di umidità. Purtroppo questa abbondanza di acqua avrebbe facilitato nei resti ossei la degradazione del DNA antico (53).

Non è interesse di questa revisione bibliografica entrare nel merito dei risultati scientifici sperimentali ottenuti da ricercatori che si dedicano alle indagini bio-molecolari, è però doveroso citare quanto da loro in sintesi affermato: "... sebbene DNA antico potrebbe essere presente in alcuni scheletri di individui vissuti nei secoli più tardi dell'età del bronzo nel mediterraneo orientale, non è presente comunemente nel materiale ritrovato in questa vasta area geografica relativo a questo periodo ed è probabile che sia assente nel materiale più antico."

Discussione

La malaria è stata una delle malattie più diffuse nel "vecchio mondo" e tuttora affligge pesantemente, per morbosità e mortalità, buona parte dell'umanità. Sicuramente la pressione della selezione naturale da parte delle diverse specie plasmodiali, ed in particolare del Pl. falciparum, ha determinato un impatto maggiore sul genoma umano di ogni altro patogeno (50).

In Grecia, a partire dal V secolo a.C, i rimandi degli autori che si rapportano alla malaria divengono via via più frequenti. Tutta la letteratura medica greca antica si occupa abbondantemente delle febbri malariche, inoltre moltissimi poeti ed autori di prosa (Sofocle e Ari-

Figura 3 Resti scheletrici individuati a Lerna, datati tra il 2 050 e 1 675 a.C

[6] Sulla scorta di questa considerazione emerge il suggerimento che i siti dell'Età del Bronzo del periodo Palaziale Minoico (circa 2 000-1 450 a.C) e della Grecia Micenea, risalenti a circa 1650- 1150 a.C. costituiscono (allo stato attuale) il limite per la preservazione del DNA antico (53).

stofane) parlano di febbri associate a brividi (27). Da un punto di vista letterario vi sarebbero due soli accenni a malaria in autori vissuti prima del 500 a.C. (Omero Il. XXII, 31 e Teognide, v. 173-4) sebbene a parere di Plinio Fraccaro tali rifermenti siano abbastanza dubbi (27).

A parere di diversi autori che modernamente si sono interessati a questo argomento, la diffusione della malaria dal VI secolo in poi avrebbe svolto un ruolo significativo nella decadenza successiva del mondo ellenico; in effetti a ben guardare i Greci di cui parla Polibio non possedevano più il coraggio, l'amore per la laboriosità, l'intelligenza, il patriottismo dei loro antenati. Plinio Fraccaro pose all'inizio del XX secolo un quesito interessante: "…. è dunque la malaria che ha favorito la decadenza della Grecia o invece la decadenza della Grecia che ha consentito l'estendersi della malaria?" (27). Per dare una risposta "certa" a tale quesito oggi si potrebbe teoricamente ricorrere alla evidenza scientifica fornita dalla biologia molecolare, stabilendo una datazione sicura dei reperti paleopatologici ritrovati.

In questo testo abbiamo voluto inserire, in una revisione bibliografica articolata che si è focalizzata sulla paleopatologia della malaria, un'analisi sul significato del mito di Ercole nella Grecia arcaica in relazione ad alcuni tra i numerosi reperti archeologici, ove l'Eroe è stato rappresentato.

In generale un interesse scientifico sulla natura del mito fu iniziato tra il Seicento e Settecento, quando, sulla scorta dell'Umanesimo, filosofi, storici e filologi cominciarono a interrogarsi sulla sua genesi e funzione. Nel XIX e nel XX secolo il dibattito si è acceso e le varie scuole di pensiero (naturalistica, antropologica nelle sue diverse componenti, psicologica, filosofica-simbolistica, funzionalistica) si confrontarono apportando osservazioni interessanti, ma non conclusive per l'elaborazione di una teoria esaustiva.

Tuttavia è comunemente condiviso il concetto che nel mito e nella leggenda, frequentemente si possono leggere noccioli di verità, inoltre attraverso e grazie al mito i popoli antichi hanno trascritto, codificandoli, fenomeni naturali a cui spesso non erano in grado di fornire una risposta. Per intendersi, se gli antichi non comprendevano quanto stava avvenendo quando nel cielo balenava il fulmine, era più facile e utile pensare che Giove, adirato, stesse scagliando le sue saette per punire gli uomini colpevoli del peccato di hybris.

In questo contesto il degrado della piana di Lerna con l'impaludamento del lago, per modificazioni climatiche e geo-morfologiche, fu "giustificato" e compreso, da chi in quei luoghi viveva, con la comparsa nella neoformata palude di un mostro con sette teste. Interessante è rilevare che l'Idra, secondo il mito, doveva emettere un fiato mefitico, un miasma, tuttavia non abbiamo nessun elemento per poter pensare che in epoca arcaica gli Elleni avessero sviluppato una relazione tra il miasma e l'insalubrità del luogo[7].

Ercole, l'Eroe per antonomasia, uccidendo il mostro, lotta con successo contro quelle condizioni ambientali che mettono in grave pericolo la gente. L'identificazione dell'Idra con la malaria, in questa prospettiva diventa plausibile. L'unica cura/bonifica possibile per le menti di un popolo arcaico è quella praticata da Eracle, Eroe dotato di forza e coraggio sovraumani. Egli mette a disposizione le sue prerogative e le indirizza verso intenti benefici, infatti nella seconda fatica pone in gioco la sua enorme forza e in questa impresa si fa aiutare dal nipote Iolao per impedire il riformarsi delle teste. In questa condivisione si intravede una cultura, seppure primitiva, di tipo "medico", Iolao cauterizzando i monconi delle teste recise impedisce la loro rigenerazione. Ercole non ricorre alla sola forza bruta, assume altrimenti i connotati dell'Eroe civile, si avvale di un sapere e, aspetto interessante, fa esercitare questa conoscenza alla persona che affettivamente gli è più vicina, il nipote Iolao.

Nella sua generosità Ercole però paga con la vita questo impegno; il sangue del mostro infetto viene utilizzato con l'inganno da una selvaggia entità naturale, il centauro Nesso (figura 4), per avvelenare l'Eroe. Interessante è l'identificazione del sangue dell'Idra e del centauro Nesso, con il mezzo con cui viene veico-

[7] Solo nel V secolo a.C. con Ippocrate (Coo 458 a.C-Larissa 351 a.C) viene fissato, nel trattato *Delle arie, delle acque e dei luoghi*, il concetto che individua l'influenza dell'ambiente, mediante l'azione di sole, terra, acqua, aria, caldo, freddo, sulla salute dell'uomo.

Figura 4. Ercole e il centauro Nesso. Bronzetto di scultore veneto del XVI secolo.

lato il veleno. I Greci arcaici non possedevano, come abbiamo sottolineato, il concetto d'infezione e lo identificavano con l'avvelenamento. Ercole una volta indossata la tunica intrisa del sangue di Nesso, avverte un bruciore urente della cute, un bruciore che non si attenua facendolo soffrire moltissimo. Il dolore è talmente insopportabile da costringerlo a farsi immolare sulla pira perché l'indumento avvelenato non si può più togliere e lo sta consumando. Quel bruciore urente che consuma l'eroe non assomiglia tanto ad una febbre maligna, la febbre tipica della malaria da Pl. Falciparum? Ed ancora il fuoco della pira non è evocativo di una morte causata da una severa ipertemia?

Nella Grecia arcaica siamo ancora lontani dalla visione medica ippocratica razionale, la causa della malattia è attribuita ad un essere mostruoso che, grazie ad un veneficio, si impadronisce del corpo dell'Eroe costringendolo al sacrificio estremo.

I reperti archeologici, ed in particolare l'arte espressa nei vasi a figure rosse e nere, ci possono suggerire, attraverso le immagini rappresentative del mito che, a Lerna, si sviluppò nel periodo arcaico, a seguito di modificazioni ambientali importanti, un'area paludosa che rendendo l'ambiente malsano mise in crisi la sopravvivenza dell'uomo in quel contesto. Le rappresentazioni del mostro di Lerna, il confronto di Ercole con questa entità naturale malvagia e la sua vittoria, il sacrificio dell'Eroe con la morte causata dal sangue infetto di Nesso, ed infine la sua divinizzazione dopo il rogo del corpo, costituiscono gli elementi salienti della rappresentazione del mito. Si tratta di una rappresentazione metaforica della nuova realtà ambientale, è dunque chiaro che nelle figure, ove vengono rappresentate le gesta degli eroi, viene espressa l'immediatezza del linguaggio del tempo. È stato detto che nella ceramica attica e poi in quella ateniese si colgono le fotografie più sensibili dell'immaginario collettivo. Questi fotogrammi ci permettono di cogliere il senso del tempo trascorso.

Edward Dodwell[8], viaggiatore dei primi decenni del XIX secolo, fu il primo a prestare attenzione alle molte storie circa il lago iniziale. In un capitolo del suo libro (58) titolato il "lago di Lerna" Egli ha indicato in modo adeguato le fonti storiche rilevanti (Erodoto, Strabone e Pausania) che avevano descritto il lago[9] ed ha riportato vivide descrizioni dell'Idra. Comparando tutte le precedenti citazioni con quanto da lui osservato all'inizio del XIX secolo, giunse alla conclusione che il lago nella visione mitologica coincideva con l'Idra: "penetrò nella piana e devastò il paese e le greggi" (58). In questa metafora le teste rinnovabili dell'Idra corrisponderebbero ai corsi d'acqua e, nel corso del tempo, essendosi insabbiati gli alvei di questi immissari, le acque di origine carsica, provenienti dalle montagne dell'Argolide, seguendo canali sotterranei nascosti, si sarebbero sfogate altrove. Dodwell ipotizzò inoltre che il numero delle teste dell'Idra mutasse a causa del fatto che il numero dei corsi d'acqua, afferenti al lago, sarebbe variato con le stagioni. Questo punto di vista fu condiviso da altri viaggiatori che visitarono la piana di

[8] Dodwell descrisse le febbri malariche che si riscontravano in quel luogo ed egli stesso rimase vittima di un'infezione che contrasse durante uno di questi viaggi (54)

[9] In epoca arcaica nella Beozia centrale esisteva un altro lago carsico, a ovest di Tebe, nei pressi di Orcomeno, il Lago Copaide, alimentato dal fiume Cefiso. Una volta impaludato, i tentativi di bonifica furono iniziati da Alessandro Magno. A parere del celebre malariologo Ronald Ross, in un discorso che Egli tenne il 29 novembre del 1909 alla Oxford Medical Society, l'impaludamento di questo specchio d'acqua aveva consentito una forte diffusione della malaria in una regione della Grecia, fino ad allora densamente popolata, ove sorgevano città prospere, che, come Lui affermò, progressivamente "... *minava le energie della razza, attaccando la popolazione rurale, uccidendo i neonati, afferrando la generazione crescente...*" (33)

Argo nei primi decenni dell'Ottocento e presto divenne il punto di vista accettato (54).
Ritornando ai moderni studi, la ricerca di conferme in ambito paleopatologico con indagini biomolecolari, che confermino inequivocabilmente la tesi di Angel, pubblicata negli anni Sessanta del secolo scorso nel celebre volume Lerna (56) ed in altri articoli (37, 38, 39), purtroppo a tutt'oggi non ha ottenuto i risultati sperati.
Seppure le tecniche biomolecolari siano oggi estremamente sensibili, i limiti oggettivi che sinteticamente abbiamo presentato, attraverso la revisione della letteratura recente, non permettono di ottenere quelle prove che, come si suol dire, consentono di chiudere definitivamente il cerchio.
Per ricostruire la patocenosi ellenica ed in particolare l'evoluzione dell'epidemia malarica nella Grecia arcaica, per ora ci si deve accontentare di mettere insieme i tasselli forniti dalla narrazione letteraria[10], dal mito, dall'arte espressa nei reperti archeologici, dalle indagini sul paleoclimia, dallo studio mediante metodi scientifici geo-morfologici del territorio ed infine dalla prova regina (con i noti limiti), ovvero dall'indagine macroscopica dei resti scheletrici, individuando i classici segni dell'iperostosi porotica.
Indagini di tipo paleo-entomologico potrebbero confermare quanto sospettato, tuttavia esiste il limite dettato dall'evidenza che solo il ritrovamento di anofeli fossili potrebbe consentire quel salto di qualità indispensabile per conoscere, con certezza, l'evoluzione delle diverse specie coinvolte nella trasmissione dei plasmodi malarici.
L'idea di proporre un collegamento tra informazioni dedotte dalla letteratura e dal mito, oggetti e reperti archeologici che li rappresentano e discipline a carattere squisitamente scientifico come la paleopatologia, la ricerca in ambito biologico-molecolare su resti umani antichi e, quando disponibili, i ritrovamenti paleo-entomologici è suggestiva.

[10] I poemi omerici rivestono una cospicua importanza nel documentare il processo di elevazione e sviluppo della cultura ellenica arcaica, inoltre consentono di cogliere ragguagli e indicazioni preziose sulla primitiva formazione dell'arte sanitaria. Ricordiamo che le lesioni traumatiche (circa 180) occupano nei poemi omerici un posto preminente.

Al di là dei risultati ottenuti dal nostro tentativo di correlazione e integrazione, il percorso ci sembra interessante e promettente.

*** Sergio Sabbatani**
Infettivologo

Ringraziamenti
Ai dottori Laura Minarini, Daniela Ferrari e Marco Mengoli del Museo Civico di Bologna, per la cortese collaborazione e per gli interessanti consigli.
Le riproduzioni delle figure 3 e 5 provengono dall'Archivio Fotografico del Museo Civico Archeologico di Bologna.

Bibliografia

1. Grmek M., Gourevitch D. Le malattie nell'arte antica. Giunti Editore, 2000 Firenze.
2. A Ruffer. Histological studies on Egyptian mummies. 1911, Le Caire.
3. Drancourt M., Raoult D., Molecular insights into the history of plague. Microbes and Infection 4, 105-109, 2002.
4. Bianucci R., Rahalison L., Rabino Massa E., Peluso A., Ferroglio E., Signoli M. Technical Note: A rapid Diagnostic Test Detects Plague in Ancient Human Remains: An Example of the Interaction Between Archeological and Biological Approaches (Southeastern Frence, 16th-18th Centuries). Am J. Phis. Anthrop.,136 (3), 361-367, 2008.
5. Bianucci R., Rahalison L., Peluso A., Rabino Massa E., Ferroglio E., Signoli M., Langlois J.-Y., Gallien V. Plague Immunodetection in remains of religious exhumed from burial sites in central France. J. Archael. Sci. 36, 616-621, 2009.
6. Dirckx J.H., Pestilence Narrative in Classical Literature: a study in creative imitation I. Homer, Sophocles, Thucydides and Lucretius. Am. J. Dermatopathol. 22, 197-202, 2000.
7. Dirckx J.H., Pestilence Narrative in Classical Litterature: A Study in Creative Imitation II. Virgil, Ovid, Seneca, and Silius Italicus. Am. J. Dermatopathol. 22, 459-464, 2000.
8. Carmelo U., The Different Originality of Homer and Thucydides Am. J. Dermapath. 23, 274-275, 2001.
9. Ferrari D. Gli amuleti dell'antico Egitto. Editrice La Mangragora. 1996 Imola.
10. Urso C. Ipotesi sul morbo acheo. Pathologica 86, 441-443, 1993.v
11. Stefanato C.M., Rotoli M. Il <Filottete di Sofocle> Chron. Derm. Anno XVII, 6, 915-927, 1986.
12. Urso C., Farella V. An Inquiry on Philoctetes's Disease. Am. J. Dermatopathol. 18, 326-329, 1996.
13. Ercole. L'eroe, il mito. (A cura di Stefano De Caro) Biblioteca di via Senato Edizioni. 2001.Milano.
14. Grmek M.D. La malaria dans la mediterranee orienta-

le prehistorique et antique. Parassitologia 36, 1-6, 1994.
15. Celli A. Malaria. Longmans Green, 1900 London.
16. Ross R. Malaria in Greece. J. Trop. Med. 9, 341-347, 1906.
17. Jones WHS, Malaria. A neglected factor in the history of Greece and Rome. Macmillan Bowes and Bowes, 1907 Cambridge.
18. Livingston. F.B. Anthropological implication of Sickle Cell Gene. Distribution in West africa. Americ. Anthrologist. 60, 533-562, 1958.
19. http://www.demarchi.org/tesi.htm (visitato il g. 07/10/2010)
20. Capasso L. Fossil mosquitoes and the spread of infectious diseases in man's ancestors. *J. Paleopathol.* 3: 171-201,1991.
21. Capasso L. The origin of human malaria. *Int.J. Anthropol.* 13 (n.3-4), 165-175, 1998.
22. Capasso L. Dalla Pozza G., Di Tota G. Culex Tanzaniae, sp.n.: a new fossil mosquito of the Pliocenic coppal from Moa Moa, near Dar-el-Salaam (Tanzania, East Africa). *Bollettino della Società Paleontologica Italiana* (1998) (citazione ripresa da Capasso-21)
23. Jones WHS. Malaria and History. *Ann. Trop. Med. Parasit.* 1, 529-546, 1908.
24. Jones WHS. *Malaria and Grek history*. With Withington ET. The history of Grek therapeutics and the malaria theory. Manchester University Press, 1909 Manchester.
25. Jones WHS. Dea Febris; a study of malaria in a ancient Italy. *Ann. Archaeol. Anthrop.* 2, 97-124, 1909.
26. Kouzis A. Quelques notes sur les fièvres paludéennes d'après les anciens médicins grecs. *Atti Soc. Studi Malaria* 9: 81 sq., 1909.
27. Cawadias A. Le paludisme dans l'histoire de l'ancienne Grèce. *Bull. Soc. Franc. Hist. Med.8,158-165, 1909.*
28. Huntington E. The burial of Olympia: a study in climate and history. *Geogr.* J., 36: 657-675 1910.
29. Regnault F. Le role du dépleuplement, du déboisement et de la malaria dans la décadence de certaines nations. *Rev. Scient.* 52: 46 sq., 1914
30. Cardamatis JP. Du paludisme dans la Grèce continentale depuis les temps les plus reculés jusqu'à la période macédonienne. *Arch. Schiff. Trop. Hyg.* 19: 273-301, 1915.
31. Pais E. *Storia della Sardegna e della Corsica durante il periodo romano*. Vol 2, 549 sq., Attilio Nardecchia editore. 1923 Roma.
32. Celli A. *Storia della malaria nell'Agro Romano*. Accademia dei Lincei. 1923 Città di Castello.
33. Fraccaro P. La malaria e la storia degli antichi popoli classici. *Atene e Roma*. 22, 57-88, 1919.
34. Sigerist H.E. *Civilization and Disease.* University of Chicago Press. 1962 Chicago.
35. Belios G.D. *L'Histoire du paludisme en Grèce depuis l'antiquité jusq'à la decouverte de Laveran*. Jouve, 1933 Paris.
36. Sorre M. Complexes pathogènes et géographie médicale. *Ann. Gèogr.* 42, 1-18, 1933.
37. Angel J.L. Osteoporosis, thalassemia. *Amer. J. Phis. Anthrop.* 22, 369-372, 1964.
38. Angel J.L. Porotic hyperostosis, anemias, malarias, and marshes in the prehistoric Eastern Mediterranean. *Science* 153, 760-763, 1966.
39. Angel J.L. Ecology and population in the Eastern Mediterranean. *World Ecology* 4, 88-105, 1972.
40. Charlier P. L'anthropologie grecque comme cheval de bataille: l'affrontement des écoles francaise et américaine dans l'étude des restes humains en Grèce (1943-1985). *Eur. Rev. Hist.: Revue europeenne d'histoire.* 13 (4), 643-680, 2006.
41. Grmek M.D. *Les maladies à l'aube de la civilization occidentale*. Payot, 1983 Paris.
42. Grmek M.D. *Diseases in the ancient Greek world*. (Translaction M. & L. Muellner) Johns Hopkins University Press, 1988 Baltimore.
43. Bruce-Chwatt L.J. *Essential malariology*. Heinimann. 1985 London.
44. Bruce-Chwatt L.J. History of malaria from prehistory to eradication. In Wensdorfer W.L., McGregor I Sir (Eds) *Malaria. Principles and practice of malariology*. Vol. 1 Churchill Livingstone, 1988 pp. 1-59 Edinburgh.
45. De Zulueta J. Changes in the geographical distribution of malaria throughout history. *Parassitologia* 29, 193-205, 1987
46. Sallares R. The ecology of the ancient Greek world. Duckworth 1991 London.
47. Sallares R., Bouwman A., Anderung C. The spread of malaria to Southern Europe in antiquity: new approaches to old problems. *Med. Hist.* 48, 311-328, 2004.
48. Nerlich A. G., Schraut B., Dittrich S., Jelinek T., Zink A. R. *Plasmodium falciparum* Ancient Egypt. *Emerg. Infect. Dis.* 8, 1317-1319, 2008.
49. Hawass Z., Gad Y.Z., Ismail S., et al. Ancestry and pathology in King Tutankhamun's family. *JAMA* 303 (7), 638-647, 2010.
50. Sallares R., Gomzi S. Biomolecular archaelogy of malaria. *Anc. Biomol.* 3, 195-213, 2001.
51. www.marcianum.it (visitato il g. 07/10/2010)
52. Zangger E. Prehistoric coastal environments in Greece: the vanished landscapes of Dimini bay and Lake Lerna. *J. Field Arch.* 18 (1), 1-15, 1991.
53. Chilvers E. R., Bouwman A. S., Brown K.A., Arnott R. G., Prag A.N.W., Brown T. A. Ancient DNA in human bones from Neolithic and Bronze age sites in Greece and Crete. J. *Arch. Sci.*, 35, 2707-2714, 2008.
54. Clendenon C. Karst hidrology in ancient myths from Arcadia and Argolis, Greece. *Acta Carsologica* 38/1, 145-154, 2009.
55. Gell W. *The itinerary of Greece with a commentary on Pausanias and Strabo and an account of the monuments of antiquity at present existing in that country compiled in the years M DCCC I:II:V:VI* by W Gell esq: MA: FRS: FSA printed for T Payne, 1810 London.
56. Melfi M. *I Santuari di Asclepio in Grecia*, Vol. 1, pg. 211. L'Erna di Bretschneider Editore, Roma, 2007.
57. Angel J. L. *The People of Lerna, Analysis of a Prehistoric Aegean Population*. Vol. II. Princeton, NJ: American School of Classical Studies at Athens, Princeton, and Washington, DC: Smithsonian Institution Press, 1971.
58. Dodwell E. *A classical and topographical tour through greece, during the years 1801, 1806, and 1806* (2 vols). Rodwell & Martin, vol.2, 223-228, 1819.

NOVITÀ NEL TRATTAMENTO, TARDIVO, DELL'OBESITÀ

Nel corso del 41° Congresso della Società Italiana di Farmacologia (SIF), svoltosi a Roma dal 16 al 19 novembre 2022, è stato fatto il punto su alcuni farmaci che hanno aperto nuove prospettive nel trattamento dei quadri di grave obesità. Infatti, in presenza di una scarsa efficacia degli interventi volti alla correzione degli stili di vita, in primo luogo un'alimentazione sana ed una regolare attività fisica, può ora essere prescritta una terapia farmacologica in soggetti che presentano un indice di massa corporea (IMC) superiore a 30 o, se associati a comorbidità od ad altri fattori di rischio, di 27 kg/m^2.
Si tratta, in primo luogo, di farmaci antidiabetici caratterizzati da una struttura analoga all'ormone GLP-1 (glucagon-like peptide 1), ormone prodotto dall'intestino che stimola la secrezione di insulina e inibisce la secrezione di glucagone da parte del pancreas. Questi farmaci sono in grado di svolgere un ruolo efficace anche sul controllo della massa grassa, e sono stati approvati dalla Food and Drug Administration (FDA) e dall'Agenzia Europea del Farmaco (EMA) come opzione di trattamento per la gestione cronica del peso nei soggetti con obesità. Il primo di questi farmaci disponibile in Italia è la liraglutide inizialmente utilizzata per il trattamento del diabete di tipo 2 e, in seguito, approvata dall'FDA nel 2014 e dall'EMA e dall'AIFA nel 2015 come farmaco antiobesità. In Italia sono inoltre disponibili per il trattamento dell'obesità altri due farmaci: l'orlistat, che agisce a livello del tratto gastrointestinale riducendo l'assorbimento dei grassi introdotti con la dieta e l'associazione naltrexone-buproprione, psicofarmaci che agiscono a livello del sistema nervoso centrale riducendo il senso di fame con conseguente ricaduta su una maggiore aderenza ad un corretto apporto dietetico.
Nel 2021 l'FDA ha autorizzato un nuovo farmaco, la semaglutide, per il trattamento dell'obesità. La semaglutide presenta un'emivita molto più lunga, consentendo così una somministrazione sottocutanea settimanale. Gli studi hanno evidenziato un'ottima capacità del farmaco nella riduzione del peso, che raggiunge il 15% nella metà dei pazienti trattati e arriva al 20% di calo ponderale in almeno un terzo dei soggetti trattati. Il farmaco attualmente è però disponibile in Europa e in Italia solo come farmaco antidiabetico. Un ultimo farmaco è il tirzepatide, approvato di recente dall'FDA per il trattamento del diabete di tipo 2, che ha mostrato un'elevata efficacia nel trattamento dell'obesità resistente ad altri interventi. Questo farmaco combina in una sola molecola due principi attivi, il GLP-1 e il GIP (polipeptide insulinotropico glucosio-dipendente), che ha mostrato di svolgere un ruolo nel metabolismo del tessuto adiposo. È evidente tuttavia, come la cura migliore dell'obesità sia la prevenzione, con una corretta educazione a livello alimentare e di attività fisica, a partire già dall'età infantile. Lasciando l'intervento farmacologico, comunque tardivo, solo ai casi non più trattabili con queste modalità.

SMETTERE DI FUMARE ANCHE DOPO LA DIAGNOSI

Una recente revisione di ricercatori italiani, pubblicata sul «Journal of Thoracic Oncology» (Caini S. et al. *Quitting Smoking At or Around Diagnosis Improves the Overall Survival of Lung Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Journal of Thoracic Oncology MAY 01, 2022, Vol. 17 No. 5: 623–636) evidenzia come la cessazione del fumo anche in prossimità o poco dopo una diagnosi di tumore del polmone determina miglioramento è significativo della prognosi sia per le persone affette da tumore non a piccole cellule (SRR 0.77, 95% CI 0.66–0.90), la forma più comune di cancro ai polmoni, sia per quelle con la variante a piccole cellule (SRR 0.75, 95% CI 0.57–0.99) o con tumore del polmone di entrambi i tipi o di istotipo non specificato (SRR 0.81, 95% CI 0.68–0.96).

EVENTI STRESSOGENI NEL POSTO COVID-19 E RISCHIO DI LONG COVID

Un recente studio pubblicato sul «Journal of the Neurological Sciences» (Frontera J.A. et al. *Life stressors significantly impact long-term outcomes and post-acute symptoms 12-months after COVID-19 hospitalization*. Journal of the Neurological Sciences 443 (2022) 120487. Available online 5 November 2022) evidenzia come dopo la guarigione da un'infezione acuta da SARS-CoV-2 eventi causa di importante stress, quali la morte di un congiunto o importanti problemi finanziari, possono avere una ricaduta significativa nello sviluppo del quadro di long COVID. Lo studio condotto su 451 soggetti adulti sottoposti a follow up successivamente alla dimissione dall'ospedale a seguito di ricovero per COVID-19 ha riportato come entro un anno dalla dimissione il 17% dei pazienti è deceduto ed il 51% ha sofferto di un importante evento stressante come insicurezza economica, alimentare, morte di un congiunto, disabilità. L'analisi multivariata ha evidenziato come questi eventi stressogeni si sono dimostrati importanti e indipendenti fattori di rischio per la comparsa di depressione, stanchezza, difficoltà nello svolgimento delle attività di vita quotidiana, disturbi del sonno e prolungati sintomi post COVID acuto, con una *odds ratios* variabile tra 2.5 e 20.8. La ricerca ha altresì confermato il contributo dei già noti fattori di rischio per il long COVID, quali età avanzata, cattivo stato di salute precedente al COVID e un quado di COVID iniziale severo. Si stima che circa 16 milioni di americani adulti con età tra i 18 e i 65 anni hanno presentato forme di long COVID dei circa oltre 4 milioni con disturbi così debilitanti da da determinarne l'uscita dal mondo del lavoro.

SONNO E SALUTE CARDIOVASCOLARE

Uno studio condotto dal National Health and Nutrition Examination Survey (Gupta K, et al. Sleep duration, baseline cardiovascular risk, inflammation and incident cardiovascular mortality in ambulatory U.S. Adults: National health and nutrition examination survey. Am J Prev Cardiol. 2021 Aug 17;8:100246.) ha valutato l'importanza della durata del sonno nella prevenzione delle malattie cardiovascolari.

Fino ad ora l'American Heart Association ha utilizzato un modello a 7 item (Life's Simple 7 - LS7) per valutare la salute cardiaca e i possibili interventi in ambito preventivo. I Life's Simple 7 consistono in quattro comportamenti modificabili (non fumare, essere normopeso, mangiare sano ed essere fisicamente attivi) e tre misure biometriche (pressione arteriosa, colesterolemia e glicemia). Il sonno non era considerato un possibile predittore. Lo studio del National Health and Nutrition Examination Survey sembra, invece, documentare l'importanza del sonno, insieme ad una corretta dieta, all'assenza di fumo e ad un corretto esercizio fisico, quale fattore determinante nel rischio cardiovascolare di una persona.
Lo studio è stato condotto su una popolazione più di 17.000 partecipanti, arruolati dal National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), con un'età media di 46 anni, di cui il 51,3% donne e il 46,9% soggetti bianchi non ispanici. In tutti i soggetti oltre alla durata del sonno sono stati valutati altri fattori di rischio di malattia cardiovascolare aterosclerotica (ASCVD). Nel corso di un follow-up mediano di 7,5 anni si sono verificati 350 decessi per malattie cardiovascolari con un tasso incidente di 2,7 per 1000 anni-persona.
Lo studio dopo aver corretto i risultati tenendo conto di altre condizioni note o fattori di rischio per malattie cardiache e ictus ha evidenziato come le persone che dormono da sei a sette ore per notte hanno minori possibilità di morire per un infarto o ictus rispetto a coloro che dormono di meno o di più. Infatti, nei soggetti che hanno riportato una durata del sonno <6 ore o >7 ore è stato rilevato un rischio maggiore di morte per malattie cardiovascolari che sembra poter essere attribuibile alla presenza di uno stato infiammatorio.

ASMA ALLERGICO E COVID-19

L'asma allergico sembra poter svolgere un ruolo protettivo rispetto allo sviluppo di polmonite grave nei pazienti con COVID-19. I pazienti con asma allergico ricoverati per polmonite da Covid-19 sono risultati essere una piccolissima percentuale inferiore a quella di pazienti asmatici sulla popolazione generale. Diversi dati hanno dimostrato che l'asma allergico riduce il rischio di sviluppare una polmonite grave da Sars-Cov-2 mentre il rischio nei pazienti con asma non allergico è sovrapponibile a quello della popolazione generale e nei casi di asma scarsamente controllato il rischio può essere addirittura aumentato.
Il possibile ruolo protettivo svolta dall'asma allergico nei confronti del rischio di polmonite grave COVID-19 emerge da diversi studi multicentrici europei e internazionali. La spiegazione di questo effetto sembra poter risiedere nella patogenesi della polmonite COVID-19, nella quale sono state identificate varie fasi. Una iniziale, che corrisponde alla replicazione virale, e una fase successiva che compare dopo 7-10 giorni dall'esordio dei sintomi, in cui si possono sviluppare le complicanze più gravi, quali la la polmonite e l'insufficienza respiratoria. Questa seconda fase è caratterizzata dalla produzione di citochine TH1, in particolare vengono prodotti alti livelli di interleuchina 6 e interleuchina 1. Questa risposta infiammatoria violenta porta al danno polmonare, all'insufficienza respiratoria e, nei casi più gravi, alla necessità di intubazione. Nel soggetto affetto da asma allergico vi è preferenzialmente una risposta TH2, caratterizzata dalla produzione di citochine TH2. Quindi l'orientamento del sistema immunitario dei pazienti con asma allergico a produrre risposte di tipo TH2, in un certo senso, protegge dalle conseguenze più gravi dell'infezione da Sars-CoV-2, che sono dovute alla cosiddetta 'cytokine storm" (tempesta citochinica). L'effetto protettivo non sembra valere invece per le forme di asma non allergico, in cui non c'è una risposta immunitaria preferenziale di tipo TH2.

STATO DELLA SALUTE MENTALE

L'indagine dell'Osservatorio per la Salute Mentale, promossa da Fondazione BRF- Istituto per la Ricerca in Psichiatria e Neuroscienze e Edra per monitorare lo stato di salute mentale in Italia presentata nelle scorse settimane al Senato nel corso della conferenza stampa "Salute Mentale - Scenari, azioni e attori", organizzata su iniziativa di Beatrice Lorenzin, già ministro della Salute e Presidente dell'Osservatorio per la Salute Mentale evidenzia gravi deficienze legate alla carenza di personale e strutture, oltre a una difficoltà ormai cronica nel creare delle catene assistenziali sufficienti: l'80% dei sanitari intervistati pensa che il numero di specialisti non sia congruo al numero dei cittadini, non garantendo quindi continuità nell'assistenza ai pazienti. Più della metà dei professionisti ha poi notato un aumento dei tentativi di suicidio nei propri pazienti e nel 90% dei casi è segnalato un aumento dell'aggressività nei giovani.
Una netta maggioranza degli specialisti ha notato nei pazienti che hanno contratto il Covid un aumento di sintomi psichici (disturbi del sonno, sintomatologia ansiosa) e sintomi fisici (stanchezza persistente, facile faticabilità). Anche sul fronte dei cittadini intervistati l'indagine ha messo in luce come circa un quarto dei cittadini abbia praticato l'automedicazione assumendo ansiolitici nel tentativo di ridurre manifestazioni acute di ansia (palpitazioni, nodo alla gola, difficoltà a respirare) e disturbi del sonno. Circa il 50% ha paura degli psicofarmaci e l'85% riporta difficoltà nell'accedere alla sanità pubblica per il trattamento dei disturbi psichici.

FEBBRE DENGUE E VACCINAZIONE

In Brasile sono stati confermati 113 morti per dengue nelle prime sette settimane del 2024, e 438 decessi sono ancora sotto indagine.
In Italia dall'inizio anno al 21 febbraio sono stati individuati 48 casi di Dengue.
A febbraio presso l'Istituto Nazionale Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani (INMI Spallanzani di Roma) sono previste le prime vaccinazioni per Dengue con vaccino Tak-003. La vaccinazione è prevista per specifiche

popolazioni a rischio, quali persone che hanno già avuto una pregressa infezione da virus Dengue e stanno per intraprendere un viaggio in aree endemiche o soggetti che, a prescindere dall'infezione Dengue, dovranno soggiornare per lunghi periodi in Paesi ad elevata endemia.
La vaccinazione, eseguita presso l'Ambulatorio di malattie tropicali-Travel clinic, sarà preceduta da una valutazione medico-specialistica mirata valutare eventuali rischi correlati al viaggio e fornirà altre indicazioni su alcune precauzioni da seguire o su eventuali altre vaccinazioni necessarie o su farmaci per alcune profilassi.
La visita e la vaccinazione saranno a pagamento e il cittadino dovrà presentare la prescrizione medica di prima visita infettivologica per malattie del viaggiatore. Il Mistero della Salute segnala che la situazione in Italia è sotto controllo. Il Prof. Gianni Rezza già direttore generale Prevenzione sanitaria del ministero della Salute, in un'intervista a «La Stampa» ha fornito alcuni chiarimenti rispetto alla Dengue e alle altre cosiddette malattie neglette evidenziando come la globalizzazione da un lato e i cambiamenti del nostro clima dall'altro sono alla base della possibile endemizzazione in Italia di infezioni prima relegate in aree tropicali. Le malattie neglette, sono malattie che colpiscono un miliardo e 700 milioni di persone nel mondo e pesano in termini di morti e contagi come tubercolosi, Hiv e malaria, ma essendo endemiche nei Paesi poveri, che non hanno risorse per acquistare farmaci e vaccini, finiscono per essere trascurare anche dalla ricerca.
In merito al vaccino anti Dengue distribuito in Italia, denominato "Qdenga" il Prof. Rezza ha evidenziato come l'efficacia complessiva nei confronti dei due sierotipi di Dengue più diffusi a livello globale sia dell'80% a 12 mesi dalla seconda dose e del 90% a 18 mesi contro le ospedalizzazioni. I risultati a lungo termine, a 4 anni e mezzo, hanno dimostrato un'efficacia complessiva del vaccino del 61,2% nel prevenire la malattia e dell'84,1% nel prevenire l'ospedalizzazione. Si tratta di un vaccino a virus vivo attenuato somministrato con iniezione sottocutanea nella parte superiore del braccio. Il ciclo vaccinale si compone di due dosi, la seconda a distanza di 3 mesi dalla prima. In tema di prevenzione della malattia Dengue, la circolare del Ministero della salute del 14 febbraio 2024 fornisce disposizioni al fine di attuare tutte le misure previste dal Piano Nazionale di prevenzione, sorveglianza e risposta alle Arbovirosi (Pna) 2020-2025, con riferimento specifico alla "Dengue" e alla prevenzione dell'introduzione della zanzara Aedes Aegypti, principale vettore della malattia ed attualmente non ancora presente in Italia, conclude Schillaci. Sul fronte ricerca, spiega Rezza, "occorre fare di più perché se per la Dengue un vaccino almeno lo abbiamo e per Chikungunya è in fase di approvazione, per molte della ventina di malattie neglette c'è poco o nulla". Con l'arrivo della stagione calda e la conseguente maggiore circolazione della zanzara tigre che trasmette il virus, seppure meno efficacemente della zanzara Aedes Aegypti, sarà necessario anche aumentare la vigilanza per individuare tempestivamente i casi e disinfestare le aree verdi circostanti i focolai. Non sarebbe la prima volta che la zanzara Aedes Aegypty arriva in Paesi europei infatti, tra il 1927 e il 1928 questa zanzara si rese responsabile di una epidemia di Dengue di grandi dimensioni che sconvolse Atene.

RIPRESA DEL MORBILLO

Mentre si sollecita a livello italiano ed europeo la necessità di giungere all'eliminazione del morbillo, in Italia e in Europa stiamo assistendo ad una recrudescenza dei casi.
Nel 2023 il Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie ha registrato 2.361 casi. Quest'anno in Europa sono stati registrati sette decessi per il morbillo.
In Italia da settembre ad oggi sono stati registrati 96 casi di morbillo. Siamo passati dagli 8 di settembre ai 2 di ottobre, agli 8 di novembre, 14 a dicembre, 29 a gennaio e 35 a febbraio. I dati evidenziano come oggi non siano i bambini ad essere maggiormente colpiti, ma gli adulti, considerando che l'età mediana dell'infezione è di 32 anni, mentre per i bambini sotto un anno (la vaccinazione obbligatoria si fa a 12 mesi) sono appena 3 i contagi segnalati.
Per quanto riguarda la "epidemia" di morbillo in Toscana i casi segnalati nell'Area Pisana, Centro e Sud-est riguardano solo adulti. Questo testimonia la vaccinazione funziona ed è fondamentale poiché i bambini, nella stragrande maggioranza di casi già vaccinati, non sono stati coinvolti nel rapido avanzamento del contagio.
Nel 2023 in totale In Italia sono stati registrati 43 casi di morbillo contro i 15 i casi del 2022. Anche in questo caso, così come per altre infezioni la cui diffusione è cresciuta al termine della pandemia da SARS-CoV-2, l'aumento dei casi di morbillo è stato favorito dallo stesso meccanismo, cioè bloccato dalle misure di contenimento del Covid prima e poi agevolato nella sua circolazione una volta che le misure di prevenzione sono state eliminate.

I NUMERI DEL CANCRO IN ITALIA E LA PREVENZIONE DEL TUMORE DELLA CERVICE UTERINA

A dicembre scorso è stata pubblicata la tredicesima edizione del rapporto AIOM (Associazione Italiana Oncologia Medica) "I numeri del cancro in Italia, 2023". Il documento riporta i dati relativi all'andamento delle patologie tumorali in Italia, con stime di incidenza, prevalenza e sopravvivenza a cinque anni. Inoltre, il documento sottolinea in modo chiaro i fattori di rischio comportamentali, quali tabagismo, consumo di alcol, scarso consumo di frutta e verdura e sedentarietà, che risultano chiaramente associati all'aumento del rischio di sviluppare numerose patologie neoplastiche. Ancora il documento evidenzia l'importanza degli screening oncologici per il tumore della mammella, del colon-retto e della cervice uterina.
L'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro di Lione (IARC) e l'European Network of Cancer Registries (ENCR) segnalano nel triennio 2020-2023 un aumento in Italia dei nuovi casi di tumore.
Nel 2020, i nuovi casi stimati ammontavano a 376.600 (194.700 negli uomini e 181.900 nelle donne), mentre per

il 2023 sono state stimate 395.000 nuove diagnosi, con un incremento, rispetto all'anno precedente, superiore a 18mila casi. Benché non siano ancora chiaramente definite le cause di questo incremento, il documento AIOM sottolinea l'urgente necessità di contrastare il ritardo diagnostico, controllare i fattori di rischio e promuovere la diffusione delle vaccinazioni contro le infezioni note per esser associate allo sviluppo di tumori.
In questa categoria rientra, indubbiamente, la vaccinazione contro l'infezione da papillomavirus umano (HPV), responsabile dell'insorgenza del tumore della cervice uterina e di altre patologie e neoplasie correlate.
Il documento AIOM evidenzia come il tumore della cervice uterina rappresenti oggi il secondo tumore femminile più frequente in Italia, dopo quello della mammella. Nel 2022, sono state stimate circa 2.500 nuove diagnosi, pari all'1,3% di tutti i tumori registrati nelle donne. Si tratta di una patologia curabile, se diagnosticata precocemente e adeguatamente trattata, ma soprattutto può essere efficacemente prevenuta grazie alla profilassi vaccinale, essendo nella quasi totalità dei casi riconducibile all'infezione da HPV.
I vaccini anti HPV sono oggi in grado di proteggere dalle lesioni precancerose e dai tumori causati da numerosi genotipi di HPV oncogeni.
Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023-2025 prevede che la vaccinazione anti HPV sia offerta gratuitamente ai ragazzi e alle ragazze nell'undicesimo anno di vita, indicando anche l'opportunità di estendere la vaccinazione anche nelle donne di 25 anni di età, in occasione della chiamata al primo screening. Viene inoltre consigliata anche nelle donne che hanno già ricevuto trattamenti per lesioni HPV-correlate, nelle persone HIV positive e negli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini. L'immunizzazione degli adolescenti, con una copertura vaccinale per ciclo completo superiore al 95%, è un aspetto centrale per il raggiungimento della massima protezione verso tutte le patologie legate all'infezione da HPV.
In conseguenza dello screening condotto a partire dagli anni Settanta mediante l'esecuzione del PAP-test e più recentemente mediante l'HPV test (ricerca del DNA del Papilloma virus su un prelievo di cellule del collo dell'utero? questo test risulta più sensibile e specifico del Pap test ed è in grado di identificare con maggiore anticipo le donne ad alto rischio di sviluppare una lesione cancerosa), si è ottenuta una notevole riduzione dell'incidenza e della mortalità associate al tumore della cervice uterina.
Le attuali linee di indirizzo per gli screening oncologici sono definite all'interno del Piano Nazionale per la Prevenzione 2020-2025, e del Piano Oncologico Nazionale 2023-2027. Lo screening per il tumore della cervice uterina si rivolge alle donne tra i 25 e i 64 anni: il PAP-test viene offerto gratuitamente ogni tre anni tra i 25 e i 30/35 anni, l'HPV-test viene invece offerto alle donne di età compresa tra i 30/35 e i 64 anni, ogni cinque anni.
I dati relativi al 2021 segnalano come lo screening per il carcinoma della cervice uterina sia effettuato da oltre l'88% delle donne invitate a sottoporsi allo screening, vi è quindi, la tendenza a raggiungere il valore del 90% che costituisce il valore fissato dall'Unione Europea come obiettivo da conseguire entro l'anno 2025.

NEURONI E STRESS

In uno studio pubblicato su «Nature Neuroscience» (Vol. 26, July 2023, 1245–1255) un team di ricercatori del Karolinska Institutet di Stoccolma, mediante lo studio di modelli animali, ha identificato un gruppo di neuroni che sarebbero coinvolti nell'insorgere di stati emotivi negativi e stress cronico. I ricercatori sono stati in grado di mappare uno specifico percorso neuronale nel cervello dell'animale da laboratorio che va dall'ipotalamo all'habenula. Lo studio ha, inoltre, evidenziato come le cellule del sistema nervoso che appaiono legate a pensieri negativi e stress cronico esprimano anche i recettori degli estrogeni, un fenomeno che potrebbe spiegare perché le donne sono più sensibili allo stress rispetto agli uomini. Quando gli animali da laboratorio, maschi e femmine, sono stati sottoposti allo stesso tipo di eventi avversi lievi e imprevedibili, le femmine hanno sviluppato una risposta allo stress molto più duratura rispetto al maschio. Gli Autori della ricerca evidenziano come la comprensione del modo con il quale vengono creati i segnali negativi nel cervello potrebbe portare alla individuazione dei meccanismi alla base di malattie affettive come la depressione, e di nuovi trattamenti farmacologici.

CAFFÈ E ALZHEIMER

Uno studio italiano condotto da ricercatori dell'Università di Verona e pubblicato dal «Journal of Agricultural and Food Chemistry» (Roberto Tira et al. «Espresso Coffee Mitigates the Aggregation and Condensation of Alzheimer's Associated Tau Protein». J. Agric. Food Chem. 2023, 71, 30, 11429–11441) sembra confermare quanto già segnalato da precedenti studi in merito al possibile effetto protettivo del consumo di caffè nei confronti della malattia di Azheimer. I ricercatori hanno estratto alcuni frammenti da chicchi di caffè e ne hanno caratterizzato la composizione chimica utilizzando la spettroscopia di risonanza magnetica nucleare. Tra i composti rilevati i ricercatori hanno selezionato gli alcaloidi caffeina, teobromina (presente anche nel cioccolato), trigonellina e il flavonoide genisteina. Nella genesi della malattia di Alzheimer, ancora non ben definita, sembra che un ruolo importante sia svolto dalle proteine Tau, che nelle persone sane aiutano a stabilizzare le strutture del cervello mentre, quando si sviluppano alcune patologie neurodegenerative, le proteine Tau si raggruppano tra loro formando dei cluster che danneggiano il cervello. I ricercatori dell'Università di Verona hanno incubato in vitro le molecole estratte dai chicchi di caffè molecole, oltre all'estratto complessivo, insieme a una forma abbreviata della proteina Tau per 40 ore.
Dall'analisi è emerso che con l'aumentare della concentrazione di estratto di espresso, caffeina o genisteina, gli aggregati erano più corti. Questi aggregati più corti sono risultati non tossici per le cellule e non hanno causato un'ulteriore aggregazione.

AUDIZIONE FNOMCeO

Legge di delegazione europea 2022-2023 (ddl 969) art.8
Senato della Repubblica- Commissione Politiche dell'Unione europea - 16/01/2024

Illustre Presidente, Illustre Relatore, Illustri Componenti della Commissione,
Questa Federazione, Ente pubblico esponenziale della professione medica e odontoiatrica, che agisce quale organo sussidiario dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici, garantiti dall'ordinamento, connessi all'esercizio professionale, rileva la delicatezza e l'importanza della materia oggetto di disciplina del disegno di legge in esame presso codesta Commissione. La FNOMCeO ritiene di condividere alcune riflessioni sulla fattispecie in discussione, partendo dal presupposto che la professione medica ha nella tutela della salute individuale e collettiva il proprio fondamentale e principale obiettivo; salute intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona, in un ambiente salubre.

ASPETTI GENERALI
In Europa il cancro professionale rappresenta uno dei principali problemi di salute sul lavoro. Un modo per affrontare il problema è la comunicazione di dati aggiornati e affidabili sull'esposizione dei lavoratori ai rischi che possono portare alla malattia. Per questo motivo l'EU-OSHA ha condotto un'indagine sull'esposizione dei lavoratori concernente i fattori di rischio di cancro in Europa.
Dai primi risultati dell'indagine, i cui risultati sono stati pubblicati il 17 novembre 2023, emerge che le radiazioni ultraviolette di origine solare, le emissioni di gas di scarico dei motori diesel, il benzene, la silice cristallina respirabile e la formaldeide sono probabilmente le esposizioni professionali più frequenti tra i 24 fattori di rischio di cancro analizzati.
La direttiva 2004/37/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO sulla protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da un'esposizione ad agenti cancerogeni e mutageni è stata modificata dalla DIRETTIVA (UE) 2022/431 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 9 marzo 2022 che ne amplia anche il campo di applicazione alle sostanze tossiche per la riproduzione.
La cosiddetta Direttiva Cancerogeni 2004/37/CE, così modificata dalla dir. 2022/431 pubblicata sulla GUCE lo scorso 16 marzo, si applica ad agenti classificati ai sensi del Reg. CLP come tossici per la riproduzione di categoria 1A e 1B, oltreché agli agenti cancerogeni di categoria 1A e 1B e agli agenti mutageni di categoria 1A e 1B.
La direttiva 2022/431 è entrata in vigore il 5 aprile 2022. L'Italia e gli altri stati membri mettono in vigore le disposizioni legislative, regolamentari e amministrative necessarie per conformarsi alla presente direttiva entro febbraio 2024. Analizzando i principali contenuti ci siamo soffermati, per le nostre competenze sulla Valutazione dei Rischi e Sorveglianza Sanitaria per sostanze reprotossiche. L'ampliamento del campo di applicazione è motivato dai "dati scientifici più recenti che dimostrano come le sostanze tossiche per la riproduzione possono avere effetti nocivi sulla funzione sessuale e sulla fertilità di uomini e donne in età adulta, nonché sullo sviluppo della progenie". Inoltre, "analogamente agli agenti cancerogeni o mutageni, le sostanze tossiche per la riproduzione sono sostanze estremamente preoccupanti e possono avere effetti gravi e irreversibili sulla salute dei lavoratori". L'estensione della disciplina della direttiva 2004/37/CE alle sostanze tossiche per la riproduzione è quindi in coerenza con il regolamento REACH (CE) n. 1907/2006 del Parlamento europeo e del Consiglio. La definizione di sorveglianza sanitaria di cui alla direttiva 2004/37/CE viene quindi estesa alla "valutazione dello stato di salute di un singolo lavoratore in funzione dell'esposizione a specifici agenti cancerogeni, mutageni o sostanze tossiche per la riproduzione durante il lavoro".

CONTESTO
La FNOMCeO ha ritenuto opportuno evidenziare i percorsi di conoscenza, prevenzione e protezione dei lavoratori a seguito dell'esposizione professionale delle sostanze afferenti all'acronimo CMR (Cancerogene, Mutagene e Reprotossiche) nel comparto sanità.
Innanzitutto eventuali intossicazioni acute dall'uso delle predette sostanze, presenti in combinazione in prodotti usati nel predetto comparto, possono accadere solamente per cause accidentali, in quanto la normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro, se correttamente applicata, protegge adeguatamente i lavoratori e le indicazioni segnalate dall'etichetta, se messe in atto con tempestività, riescono a contenere i danni. Le sostanze chimiche per cui sono state identificate caratteristiche di pericolosità legate alla tossicità riproduttiva sono circa 150 in Unione europea, classificate come: tossici per la riproduzione di categoria 1A (sostanze note per causare effetti avversi sulla salute riproduttiva nell'essere umano) e categoria 1B (sostanze presumibilmente tossiche per la salute riproduttiva umana). Comprendono sostanze molto diverse presenti in numerosi cicli produttivi industriali, come nella produzione di vernici e lacche, adesivi e prodotti per la pulizia, industria della plastica e della gomma, ma l'esposizione è stata documentata anche in contesti non industriali come in attività di cura della persona ed estetica, nel commercio per contatto con carta termica di scontrini e molto altro. I livelli espositivi, chiaramente, possono essere molto diversi da contesto a contesto. Dati aggiornati su infortuni sul lavoro e malattie professionali sono pubblicati con puntualità e precisione dall'INAIL. Un segnale confortante per il comparto sanità sulla insorgenza di patologie conseguenti ad esposizione a sostanze CMR, ci viene fornito proprio dall'INAIL che non evidenzia alcuna riflessione, né vengono formulate politiche di prevenzione per il settore lavorativo preso in esame nel testo "Piano Triennale per la Prevenzione 2020-2024". Nel comparto lavorativo sanitario, tra i prodotti contenenti sostanze cancerogene, mutagene e reprotossiche in uso ci sono: Anestetici, Disinfettanti (Formaldeide), Farmaci pericolosi e citotossici, rientranti nella nuova direttiva CMR (nell'allegato n. 1 sono descritte le note generali, la normativa di riferimento ed elementi informativi e formativi).

MISURE DI PREVENZIONE PER IL GRUPPO DI SOSTANZE CMR IN SANITÀ
La normativa europea chiede sempre con maggiore forza la definizione di valori limite di esposizione, anche per questo tipo di sostanze, per poter procedere in modo più puntuale con la valutazione dell'esposizione e del rischio per la salute.
Il rischio reprotossico presenta però delle difficoltà specifiche poiché normalmente i test sperimentali utilizzati per la definizione di valori limite di esposizione non prevedono indagini in vivo dedicate alla reprotossicità. Sarà, quindi, necessario condurre approfondimenti specifici e identificare test applicabili che consentano di definire valori limite dedicati.
Rispetto alla tutela della salute riproduttiva va sottolineato come piani di promozione della salute, per la popolazione generale, sia in ottica di alimentazione sana che di movimento, buone abitudini di vita e conoscenza sui tempi della fertilità maschile e femminile sono certamente punti di partenza importanti.
Dei fattori di rischio per la fertilità, potenzialmente presenti in ambiente di lavoro, quello derivante da sostanze chimiche richiede azioni attente da parte dei datori di lavoro poiché sono numerosi e diversificati i contesti implicati e le evidenze scientifiche mostrano un numero consistente di forza-lavoro coinvolta.

L'approccio di prevenzione più funzionale in ambiente di lavoro è certamente quello generale della eliminazione/sostituzione per quanto possibile di queste sostanze dai cicli produttivi. Nei casi in cui ciò non fosse tecnicamente possibile è evidente come l'aspetto della reprotossicità debba entrare all'interno di considerazioni di prevenzione secondaria, quindi nelle attività del medico competente, nei protocolli di sorveglianza sanitaria, per identificare precocemente eventuali elementi che possano orientare ad una sempre più specifica tutela della salute del lavoratore e della lavoratrice.
Attualmente la normativa per la tutela della salute dei lavoratori fa ricadere la gestione delle sostanze reprotossiche all'interno del Titolo IX capo I e II D.Lgs.81/08 (Protezione da agenti chimici e Protezione da Agenti Cancerogeni e Mutageni), ma il legislatore europeo già con il regolamento REACH (reg. CE1907/2006) le ha inserite tra le sostanze di 'grande preoccupazione', all'interno del regime di autorizzazione. Questa condizione favorisce e facilita la loro identificazione in quanto da parte dei datori di lavoro si ha la possibilità di consultare le etichette di accompagnamento e le schede dati sicurezza di queste sostanze che riportano non soltanto le caratteristiche ma anche le modalità d'uso, le indicazioni per eventuali danni e le misure da adottare per eventuali emergenze.
Si tratta di dati utili che semplificano l'analisi e la valutazione del rischio ai sensi della normativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro, aiutando a predisporre per la Sorveglianza Sanitaria, adeguati protocolli sanitari comprensivi di esami di laboratorio per determinarne i valori nelle matrici biologiche al fine di adottare idonee prescrizioni e/o raccomandazioni, come indicato dall'art.242 del Titolo IX..
Le sostanza e i preparati con proprietà CMR utilizzate negli ambienti di lavoro sono classificati conformemente al regolamento CLP e sono corredati, come sopra accennato, da una Etichetta ed una Scheda Dati Sicurezza, per le quali sono previsti aggiornamenti periodici. Tale documentazione è facilmente consultabile per redigere il Documento della Valutazione dei Rischi, DVR (art.236 D.Lgs.81/2008).
Il regolamento sulla classificazione, l'etichettatura e l'imballaggio (CLP) ((CE) n. 1272/2008) si basa sul sistema mondiale armonizzato di classificazione ed etichettatura delle sostanze chimiche (GHS) delle Nazioni Unite e ha lo scopo di garantire un elevato livello di protezione della salute e dell'ambiente, nonché la libera circolazione di sostanze, miscele e articoli. Ogni confezione contenente i prodotti nella cui formulazione sono presenti sostanze CMR è corredata da una Scheda Dati Sicurezza SDS, documento legale che contiene informazioni utili per la tutela della sicurezza delle persone e dell'ambiente associate ad un prodotto chimico.
L'etichetta secondo il regolamento CLP deve essere saldamente affissa sulla superficie dell'imballaggio e deve includere quanto segue:
– il nome, l'indirizzo e il numero di telefono del fornitore;
– l'Identificatore del prodotto;
– ove applicabile, pittogrammi di pericolo, avvertenze, indicazioni di pericolo, consigli di prudenza;
– la quantità nominale di una sostanza o miscela contenuta nell'imballaggio;
– informazioni supplementari anche richieste da altre normative.
Per le miscele pericolose in etichetta, ove applicabile, è previsto anche l'UFI (unique formula identifier, costituito da 16 caratteri alfa numerici) che mira a stabilire un legame univoco tra le informazioni sulla composizione del prodotto che le imprese trasmettono a ECHA e il prodotto immesso sul mercato. Entro il 2025, l'UFI sarà obbligatorio sull'etichetta di tutti i prodotti classificati pericolosi per la salute o pericoli fisici. Le informazioni sulla composizione delle miscele sono fondamenti per i centri antiveleni che intervengono in casi di emergenza sanitaria. I lavoratori per i quali la valutazione dei rischi ha evidenziato un rischio per la salute devono essere sottoposti a sorveglianza sanitaria (art. 242 d.lgs. 81/2008). Il medico competente stabilisce il programma di sorveglianza sanitaria ed epidemiologica e lo attua secondo criteri e protocolli basati sull'evidenza. Gli accertamenti preventivi sono orientati a constatare l'assenza di controindicazioni alla mansione specifica che il lavoratore deve svolgere. Lo scopo della sorveglianza sanitaria è quello di: valutare l'idoneità specifica al lavoro; scoprire in tempo utile anomalie cliniche o precliniche (diagnosi precoce); prevenire peggioramenti della salute del lavoratore (prevenzione secondaria); valutare l'efficacia delle misure preventive nel luogo di lavoro; rafforzare misure e comportamenti lavorativi corretti. La sorveglianza sanitaria dovrà tener conto che l'esposizione ad alcuni agenti cancerogeni e/o mutageni può presentare un rischio molto elevato per alcune categorie di lavoratori che presentino: ipersuscettibilità genetica o acquisita (ad es. condizioni comportanti una facilitazione dell'assorbimento, difficoltà di metabolizzare o eliminare le sostanze estranee). I lavoratori per i quali la valutazione dei rischi ha evidenziato un rischio per la salute sono iscritti in un registro (art. 243 d.lgs. 81/2008).

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Considerando le evidenze emerse negli ultimi anni, si è ritenuto di aggiornare la direttiva 2004/37/CE, relativa alla gestione delle sostanze cancerogene e mutagene in ambiente di lavoro, con l'inserimento anche delle sostanze reprotossiche. È stata quindi emanata il 09/03/2022 la direttiva UE 2022/431 del Parlamento europeo e del Consiglio, il cui recepimento è previsto entro febbraio 2024, e prevede misure di gestione del rischio più stringenti e tutelanti in caso di esposizione a reprotossici in ambiente di lavoro, per i quali si esprime un parere di idoneità per la tutela della salute da parte dei prestatori d'opera. Si giudicano positivamente, pertanto, i profili generali della disciplina oggetto delle suddette estensione e modifica, declinate nell'art. 8 dell'A.S. n.969, che concernono l'individuazione e la valutazione dei rischi, l'esclusione o riduzione dell'esposizione (anche con la previsione di relativi valori limite), le informazioni da fornire all'autorità competente, le misure per i casi (prevedibili o non prevedibili) di aumento dell'esposizione, l'accesso alle zone di rischio, le misure igieniche e di protezio e individuale, l'informazione e la formazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti, la consultazione e partecipazione degli stessi, la sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti, la conservazione della documentazione.
Si raccomanda, altresì:
– la consultazione delle Schede Dati Sicurezza SDS e le Etichette previste dal Regolamento CLP, peraltro riportate nelle note al Titolo IX, per la elaborazione del DVR e la redazione del Protocollo Sanitario a margine della Sorveglianza Sanitaria;
– un periodo di addestramento specifico per i lavoratori esposti al rischio sostanze CMR (Cancerogeno Mutageno Reprotossico) per consentire l'acquisizione di particolari capacità mediante l'osservanza di regole prestabilite o suggerite dall'esperienza.
L'addestramento viene effettuato a integrazione e completamento di un percorso di informazione e formazione in materia di salute e sicurezza del lavoratore. Come previsto dal comma 5 dell'art 37 del D Lgs. 81/2008, modificato a dicembre 2021 dalla Legge 215/21: "L'addestramento consiste nella prova pratica, per l'uso corretto e in sicurezza di attrezzature, macchine, impianti, sostanze, dispositivi, anche di protezione individuale; l'addestramento consiste, inoltre, nell'esercitazione applicata, per le procedure di lavoro in sicurezza. Gli interventi di addestramento effettuati devono essere tracciati in apposito registro anche informatizzato".

Domenico Della Porta
Presidente Osservatorio Nazionale Malattie Occupazionali e Ambientali dell'Università degli Studi di Salerno e Primario di Medicina del Lavoro e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro – Salerno.

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 13 febbraio 2024

APA LUIGI	342/12.66.997	MONDAINI SOFIA	347/30.76.761
BIANCO VINCENZO	393/17.24.215	NEGRO GIULIA	333/22.00.799
DEL DEO JACOPO	389/05.73.856	OTHMAN HUSSEIN	388/87.75.365
DI FABIO CARLOTTA	339/39.47.048	POMA NICHOLAS	342/78.88.173
DI PASQUALE MATTEO	338/22.86.476	SEMERARO ALESSANDRO	392/08.30.826
DOCCHE ANNA GIORGIA	346/78.65.008	SPADARI FRANCESCA	348/29.14.311
LEOTTA EMILIT JULIETH	375/77.34.830	SPAGNOLO ALBERTO	338/57.94.512
LONGOBARDI TOMMASO	331/10.77.945	VERONESI GIULIO	346/60.46.526
MANCINI GAETANO	366/40.55.537		

***

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
CIPRI SAVERIO	Neurochirurgia	347/88.86797
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia della mano, Medicina Legale e Assicurazioni	347/8853126
LANDI VINCENZO	Gerontologia e Geriatria	371/3995806
PERRONE ROSSELLA	Nefrologia	392/4705938

VILLA BARUZZIANA

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO NEUROPSICHIATRICO

Direttore Sanitario: Dott. Pietro Abbati
Specialista in Psichiatria

Bologna - via dell'Osservanza, 19

Centralino:
tel. 051 580395

Amministrazione:
tel. 051 338454-41

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

Ambulatori Cup:
- Elettromiografia
- Elettroencefalografia
- Neurologia

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

e-mail: direzione@villabaruzziana.it

LA CUTE (E GLI ANNESSI) E I FARMACI ONCOLOGICI

20 aprile 2024
Bologna - Aula Magna Dermatologia - Clinica Dermatologica - Pad. 29
Via Massarenti 1 - Bologna

PROGRAMMA PRELIMINARE
08:30-09:00 Registrazione dei partecipanti
09:00-09:15 Saluti, Introduzione al Corso, Presentazione e obiettivi formativi, *Bianca Maria Piraccini*, Bologna
09:15-09:45 Le nuove terapie per i tumori polmonari, *Andrea Ardizzoni*, Bologna
09:45-10:15 Le nuove terapie per i tumori mammari, *Claudio Zamagni*, Bologna
10:15-10:45 Le nuove terapie nei tumori ematologici, *Pier Luigi Zinzani*, Bologna
10:45-11:20 Coffee Break
11:20-11:40 Riconoscere e gestire le reazioni cutanee da farmaci oncologici classici, *Davide Fattore*, Napoli
11:40-12:00 Riconoscere e gestire le reazioni cutanee da nuovi farmaci oncologici, *Pietro Sollena*, Roma
12:00-12:20 Esistono terapie preventive? *Marica Annuziata*, Napoli
12:20-12:40 Riconoscere e gestire le alopecie da farmaci oncologici, *Bianca Maria Piraccini*, Bologna
12:40-13:00 Riconoscere e gestire gli effetti collaterali ungueali da farmaci oncologici, *Michela Starace*, Bologna
13:00-13:20 Riconoscere e gestire le reazioni cutanee da farmaci oncologici ematologici, *Alessandro Pileri*, Bologna
13:20-13:35 Discussione e chiusura dei lavori
13:35 Verifica dell'apprendimento (ON LINE) - TERMINE LAVORI
13:35 Saluti, *Bianca Maria Piraccini*, Bologna - *Maria Pia De Padova*, Bologna

Segreteria Organizzativa
CHRYSALIS COMMUNICATION SRL
Via Serio, 6 - 20139 Milano
Tel. 02 58430422 - Fax 02 58431240
www.chrysalis.it
email: p.broglia.ext@chrysalis.it

Provider ECM ID 331
FENIX SRL
Via Ugo Foscolo, 25 - 27100 Pavia
Tel 0382 1752851 - Fax 0382 1752852
www.fenix-srl.it
e-mail: katia.suella@fenix-srl.it

PSICOSOMATICA: UNO SGUARDO SULLA CLINICA. CICLO DI SUPERVISIONI E DISCUSSIONE CLINICA IN GRUPPO

Anno 2023

Seminario di Formazione Permanente per medici e psicologi, 27 crediti ECM con il patrocinio dell'Ordine dei Medici Chirurgici e Odontoiatri della Provincia di Bologna - "PSICOSOMATICA: UNO SGUARDO SULLA CLINICA. Ciclo di supervisioni e discussione clinica in gruppo". Anno 2023
Si è svolto per tutta l'annualità del 2023 il seminario di formazione permanente in psicosomatica per medici di medicina generale, medici specialisti, psicologi e psicoterapeuti promosso dall'associazione Centro Studi e Ricerche in Terapia Psicosomatica APS.
Il corso di formazione permanente in psicosomatica è uno spazio di confronto tra medici e psicologi dove professionalità diverse sono entrambe impegnate nella promozione della salute e nella cura delle persone.
Il corso di formazione permanente è consistito in 13 seminari distribuiti nell'arco dell'anno ed è stato improntato principalmente sulla clinica. Nello specifico, il

programma del corso ha previsto due *lectio magistralis*: una sulla Psiconeuroendocrinoimmunologia tenuto dal dott. Giampiero Raschi ed una sul Circle of Security Parent (COS-P) tenuto dalla dott.ssa Francesca De Palo. Il Circle of Security Parent è un intervento psicoeducativo basato sulla teoria dell'attaccamento che è stato creato per aiutare il genitore ad osservare e capire i comportamenti dei figli e andare incontro ai loro bisogni. È un programma di prevenzione e di sostegno alla genitorialità volto a rafforzare il legame di attaccamento e migliorare le competenze genitoriali.
Nei restanti 11 seminari, i partecipanti hanno esaminato e discusso i casi clinici secondo un approccio biopsicosociale. In altre parole i casi clinici sono stati discussi considerando le connessioni tra mente, cervello, emozioni e disturbi somatici, la teoria dell'attaccamento e le sue implicazioni per le epigenetica e la salute fisica e mentale nella persona adulta, la teoria del codice multiplo, l'alesittimia, le neuroscienze, il ruolo dei neuroni specchio e del cervello destro, la disregolazione emotiva come fattore predisponente all'insorgere di malattie fisiche e sindromi psichiatriche, la funzione della mentalizzazione e le sue implicazioni protettive per la salute, la psiconeuroendocrinoimmunologia e la teoria polivagale.
I casi clinici sono stati presentati da medici di medicina generale, da psicologi e psicoterapeuti che hanno ricevuto così un aiuto clinico nella gestione del caso all'interno di uno spazio di condivisione proficuo e protetto, supervisionato da medici e psicoterapeuti senior esperti. I casi clinici presentati hanno riguardato la patologia della pelle (pemfico, alopecia areata), cistiti ricorrenti, disturbi gastrointestinali, tachicardia, cefalea tensiva, emicrania, attacchi di panico, quadri ansiosi depressivi.
Questo corso di formazione si è avvalso del contributo anche di supervisori esperti esterni all'associazione come il dott. Paolo Migone, la dott.ssa Adriana Grotta, la dott.ssa Mariangela Tempestini ed il dott. Marco Chiappelli ai quali va un nostro speciale ringraziamento.

* * *

LA TUTELA DELLA VITA TRA EUTANASIA, SUICIDIO ASSISTITO E CURE PALLIATIVE

11 novembre 2023

Sabato 11 novembre 2023 si è svolto a Bologna il VI workshop "La tutela della vita tra eutanasia, suicidio assistito e cure palliative", con il patrocinio dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna, in collaborazione con l'A.M.C.I. Sezione di Bologna e con l'Ufficio Diocesano per la Pastorale della Salute della Chiesa di Bologna.
Promosso dalla Associazione "Insieme per Cristina" Onlus, dalla Fondazione IPSSER ETS, dal quotidiano nazionale «Avvenire" e dalla Fondazione Lercaro - Istituto Veritatis Splendor presso la sede della Fondazione ANT di Bologna, in via Jacopo di Paolo 36, il workshop ha registrato una cospicua partecipazione,

in particolare di associazioni e professionisti impegnati nell'assistenza socio-sanitaria.
Dopo l'introduzione di **Fiorenzo Facchini**, Professore emerito di antropologia, Presidente della Fondazione IPSSER ETS, Coordinatore scientifico del Settore Matrimonio, Famiglia, Scuola, Educazione dell'Istituto Veritatis Splendor, il workshop è stato coordinato e moderato da **Lucia Bellaspiga**, giornalista inviata del quotidiano «Avvenire"v e al microfono si sono avvicendati **Ivo Colozzi**, sociologo, professore "Alma Mater" Università di Bologna, coordinatore del Comitato scientifico della Fondazione IPSSER ETS, **Francesco Ognibene**, giornalista, caporedattore del quotidiano «Avvenire", **Paolo Cavana**, docente di Diritto di famiglia e minorile, Università Lumsa di Roma, **P. Giorgio Maria Carbone**, professore ordinario di Bioetica e Teologia morale presso la Facoltà di Teologia di Bologna, **Danila Valenti**, Direttrice del Dipartimento dell'Integrazione e Direttrice dell'Unità Operativa Complessa Rete delle Cure Palliative dell'AUSL di Bologna, **Silvia Varani**, psicologa e psicoterapeuta, Responsabile Nazionale U.O. Formazione e Aggiornamento Scientifico, Fondazione ANT Italia ONLUS, **Maria Caterina Pallotti**, oncologa palliativista, Dirigente Medico Cure Palliative presso l'Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori (IRST), **Gianluigi Poggi**, consulente di direzione.
Dopo gli interventi dell'uditorio, che hanno confermato la necessità di futuri approfondimenti sul tema, il workshop si è concluso con le considerazioni di **Ivo Colozzi.**

* * *

VI EDIZIONE ECOGRAFIA DEL TRATTO GASTROENTERICO

14-15 dicembre 2023 FAD sincrona

Relazione finale
Il 14 e 15 dicembre scorsi si è tenuto l'evento formativo con accreditamento ECM Ecografia del tratto gastroenterico promosso e diretto dalla dott.ssa Carla Serra, Responsabile del Programma Dipartimentale di Ecografia Interventistica Diagnostica e Terapeutica – Dipartimento Medico e Chirurgico delle Malattie Digestive, Epatologiche ed Endocrino-Metaboliche dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, IRCCS Policlinico di S. Orsola.
Il corso, svoltosi in modalità telematica, ha suscitato grande interesse anche in questa sua sesta edizione, che ha visto l'adesione di oltre 150 discenti da tutta Italia, a conferma dell'importanza del ruolo dell'ecografia nel tratto gastroenterico.
L'obiettivo è stato quello di fornire le basi teoriche e pratiche per l'esecuzione di uno studio ecografico del tubo digerente e di riconoscere e diagnosticare correttamente le patologie gastrointestinali che ciascun ecografista può incontrare nella sua attività e di illustrare tutte le potenzialità della tecnica ecografica nei vari setting clinici.
Le informazioni teoriche sono state accompagnate da esperienze cliniche, allo scopo di fornire un quadro completo delle problematiche che accompagnano il difficile compito della diagnostica differenziale nella pratica clinica quotidiana.

Disponibilità di ambulatorio per lo svolgimento della professione MMG o pediatra di libera scelta. Si trova in zona Murri, quartiere Savena-Santo Stefano, nei pressi di una farmacia. Possibilità di vedere l'ambiente e di avere maggiori informazioni telefonando al 335/7508482.

Cerco in affitto ambulatorio in zona S. Orsola/Massarenti/Santo Stefano/Strada Maggiore/San Vitale. Se presente garage valuto interesse anche per questo. Prof. Giuseppe Monetti tel. 337/556640 - 334/6588787 - e-mail: info@muskultrasound.it

Per cessazione attività vendesi attrezzatura completa per studio odontoiatrico: due riuniti, laser diodi, motore implantologia, elettrobisturi, lampada polimerizzante led, localizzatore apicale, thermafil, radiologico endo, carrello elettrificato, servomobili, vetrinette, vaschetta US; termosigillatrice, due autoclavi, due aspiratori chirurgici, compressore. Tutto in ottime condizioni, prezzo molto interessante. Tel. 338/6754041.

Affittasi a San Lazzaro di Savena locale in studio dentistico completamente attrezzato, possibile anche locale uso ambulatorio medico, adatto quindi a odontoiatri, colleghi varie specialità, fisioterapisti, osteopati, ecc. Possibilità di affitare a giornate o mezze giornate, possibile subentro graduale in attività odontoiatrica. Per info scrivere a dottorob@gmail.com.

Norme editoriali

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

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

Notizie: testo dattiloscritto di massimo 4.000 battute

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

Annunci: testo di massimo 500 battute

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

DA OGNI INCONTRO GENERIAMO VALORE

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

www.renogroup.eu

RENOGROUP
La forma del cambiamento