

BOLLETTINO NOTIZIARIO

ANNO XLI - N° 2 FEBBRAIO 2010

PUBBLICAZIONE MENSILE - SPEDIZIONE IN A.P. 45% - ARTICOLO 2 COMMA 20/B LEGGE 662/96 FILIALE DI BOLOGNA



IN QUESTO NUMERO

- **Messaggio del Santo Padre Benedetto XVI per la celebrazione della Giornata Mondiale della Pace 2010, 1° gennaio 2010, pag. 3**
- **Lectio Magistralis. Ratio ethica e ratio technica: alleanza, separazione o conflitto?**, Sua Em.za Rev.ma il Sig. Cardinale Carlo Caffarra, pag. 8
- **“De rara medicatione vulnerum”**: il contributo di **Cesare Magati alla cura delle ferite nel Seicento**, Nicolò Nicoli Aldini e Alessandro Ruggeri, pag. 13
- **Influenza A**, Angelo Micozzi, pag. 14
- **Considerazioni sulla vaccinazione H1N1**, Attilio Speciani, pag. 20
- **Lettera aperta**, Eugenio Serravalle, pag. 24



TREDICESIMO
NONO

NOVITÀ E AGGIORNAMENTI IN TEMA
DI **MEDICINA ESTETICA** E **CHIRURGIA ESTETICA**

**CONGRESSO
INTERNAZIONALE
SIES**

TREDICESIMO
NONO

**B O L O G N A
F E B B R A I O
2 0 1 0**

Centro Congressi **CENTERGROSS**

**13° CONGRESSO INTERNAZIONALE
di **MEDICINA ESTETICA**
26-27-28 FEBBRAIO 2010**

**9° SIMPOSIO INTERNAZIONALE
di **CHIRURGIA ESTETICA**
27-28 FEBBRAIO 2010**

Segreteria Scientifica

SIES

Società Italiana di Medicina e Chirurgia Estetica

www.sies.net

informazioni@sies.net

Segreteria Organizzativa

C.P.M.A. - VALET

Via dei Fornaciai, 29/b - 40129 Bologna

Tel. + 39 051 63 88 334

Fax +39 051 326 840

www.valet.it

congresso@valet.it

LINGUE UFFICIALI



C.P.M.A.

La Scuola di Bologna



E.C.M.

Education - Continuing Education



BOLLETTINO NOTIZIARIO



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

DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Paolo Roberti di Sarsina

DIRETTORE DI REDAZIONE

Dott. Luigi Bagnoli

COMITATO DI REDAZIONE

Dott. Pietro Abbati
Dott. Massimo Balbi
Dott. Carlo D'Achille
Dott. Andrea Dugato
Dott. Flavio Lambertini
Dott. Sebastiano Pantaleoni
Dott. Stefano Rubini
Dott.ssa Patrizia Stancari

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
Spedizione in A.P. - 45%
art. 2 comma 20/b - legge 662/96
Filiale di Bologna

Autorizzazione Tribunale di Bologna
n. 3194 del 21 marzo 1966

Contiene I.P.

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed
Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:
Renografica - Bologna

Il Bollettino di gennaio 2010
è stato consegnato in posta
il giorno 12/01/2010

SOMMARIO

ANNO XLI - FEBBRAIO 2010 N° 2

ARTICOLI

Messaggio del Santo Padre Benedetto XVI per la celebrazione della Giornata Mondiale della Pace 2010 • **3**

Lectio Magistralis. Ratio ethica e ratio technica: alleanza, separazione o conflitto? • **8**

“De rara medicatione vulnerum”: il contributo di Cesare Magati alla cura delle ferite nel Seicento • **13**

Influenza A • **14**

Considerazioni sulla vaccinazione H1N1 • **20**

Lettera aperta • **24**

ODONTOIATRI

Attività della Commissione Albo Odontoiatri di Bologna • **26**

Attività svolta dalla Commissione Albo Odontoiatri • **27**

NOTIZIE

Richieste di chiarimenti sulle procedure da adottare per il riconoscimento dell'attività di tutoraggio • **28**

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **29**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **30**

PICCOLI ANNUNCI • 32

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

www.odmbologna.it

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente

Dott. GIANCARLO PIZZA

Vice Presidente

Dott. LUIGI BAGNOLI

Segretario

Dott.ssa PATRIZIA STANCARI

Tesoriere

Dott. VITTORIO LODI

Consiglieri Medici

Prof. FABIO CATANI

Dott. EUGENIO ROBERTO COSENTINO

Dott. ANGELO DI DIO

Dott.ssa MARINA GRANDI

Dott. GIUSEPPE IAFELICE

Dott. FLAVIO LAMBERTINI

Dott. PAOLO ROBERTI di SARSINA

Dott. STEFANO RUBINI

Dott. CLAUDIO SERVADEI

Dott. CARMELO SALVATORE STURIALE

Consiglieri Odontoiatri

Dott. CARLO D'ACHILLE

Dott. ANDREA DUGATO

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente: Dott. CARLO D'ACHILLE

Segretario: Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

Componenti: Dott. EMANUELE AMBU

Dott. PIETRO DI NATALE

Dott. ANDREA DUGATO

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente: Dott. ENNIO CARMINE MASCIELLO

Componenti: Dott. MARCO CUPARDO

Dott.ssa CATERINA GALETTI

Supplente: Dott. ANDREA BONFIGLIOLI

Messaggio del Santo Padre Benedetto XVI per la celebrazione della Giornata Mondiale della Pace 2010

1° gennaio 2010

Sua Eminenza Rev.ma il Sig. Cardinale Carlo Caffarra, Arcivescovo di Bologna, ha fatto pervenire al Presidente dell'Ordine il Messaggio del Sommo Pontefice Sua Santità Benedetto XVI in occasione della Giornata Mondiale della Pace 2010.

Bologna, 11 dicembre 2009

Stimatissimo Signore,

la situazione internazionale nella quale non sono purtroppo assenti sanguinosi conflitti, rende sempre attuale l'intuizione di Paolo VI che volle la Giornata mondiale della pace.

Ed il Magistero di Benedetto XVI è di particolare rilevanza. Anche quest'anno il Santo Padre per il prossimo 10 gennaio 2010 ha proposto il suo messaggio.

Con fiducia e stima, Le trasmettiamo il testo chiedendoLe di accoglierlo anche come segno augurale.

La saluto con viva cordialità

Cardinale Carlo Caffarra

SE VUOI COLTIVARE LA PACE, CUSTODISCI IL CREATO

1. In occasione dell'inizio del Nuovo Anno, desidero rivolgere i più fervidi auguri di pace a tutte le comunità cristiane, ai responsabili delle Nazioni, agli uomini e alle donne di buona volontà del mondo intero. Per questa XLIII Giornata Mondiale della Pace ho scelto il tema: *Se vuoi coltivare la pace, custodisci il creato*. Il rispetto del creato riveste grande rilevanza, anche perché "la creazione è l'inizio e il fondamento di tutte le opere di Dio"¹ e la sua salva-

guardia diventa oggi essenziale per la pacifica convivenza dell'umanità. Se, infatti, a causa della crudeltà dell'uomo sull'uomo, numerose sono le minacce che incombono sulla pace e sull'autentico sviluppo umano integrale – guerre, conflitti internazionali e regionali, atti terroristici e violazioni dei diritti umani –, non meno preoccupanti sono le minacce originate dalla noncuranza – se non addirittura dall'abuso – nei confronti della terra e dei beni naturali che Dio ha elargito. Per tale motivo è indispensabile che l'umanità rinnovi e rafforzi "quell'alleanza tra essere umano e ambiente, che deve essere specchio dell'amore creatore di Dio, dal quale proveniamo e verso il quale siamo in cammino"².

2. Nell'Enciclica *Caritas in veritate* ho posto in evidenza che lo sviluppo umano integrale è strettamente collegato ai doveri derivanti dal rapporto dell'uomo con l'ambiente naturale, considerato come un dono di Dio a tutti, il cui uso comporta una comune responsabilità verso l'umanità intera, in special modo verso i poveri e le generazioni future. Ho notato, inoltre, che quando la natura e, in primo luogo, l'essere umano vengono considerati semplicemente frutto del caso o del determinismo evolutivo, rischia di attenuarsi nelle coscienze la consapevolezza della responsabilità³. Ritenerne, invece, il creato come dono di Dio all'umanità ci aiuta a comprendere la vocazione e il valore dell'uomo. Con il Salmista, pieni di stupore, possiamo infatti proclamare: "Quando vedo i tuoi cieli, opera delle tue dita, la luna e le stelle che hai fissato, che cosa è mai l'uomo perché di lui ti ricordi, il figlio dell'uomo,

VILLA BARUZZIANA

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
NEUROPSICHIATRICO

Direttore Sanitario: Dott. Franco Neri

Medico Chirurgo

Specialista in Psicologia, Medica, Igiene e Medicina Preventiva

BOLOGNA - V. DELL'OSSERVANZA, 19

CENTRALINO: TEL. 051 580 395

TEL. 051 338 411

UFFICIO PRENOTAZIONI RICOVERI:

TEL. 051 644 0324 - FAX: 051 580 315

e-mail: direzione@villabaruzziana.it

Aut. San. n. 44940 del 13/03/2003

perché te ne curi?” (Sal 8,4-5). Contemplare la bellezza del creato è stimolo a riconoscere l’amore del Creatore, quell’Amore che “move il sole e l’altre stelle”⁴.

3. Vent’anni or sono, il Papa Giovanni Paolo II, dedicando il Messaggio della Giornata Mondiale della Pace al tema *Pace con Dio creatore, pace con tutto il creato*, richiamava l’attenzione sulla relazione che noi, in quanto creature di Dio, abbiamo con l’universo che ci circonda. “Si avverte ai nostri giorni – scriveva – la crescente consapevolezza che la pace mondiale sia minacciata... anche dalla mancanza del dovuto rispetto per la natura”. E aggiungeva che la coscienza ecologica “non deve essere mortificata, ma anzi favorita, in modo che si sviluppi e maturi, trovando adeguata espressione in programmi ed iniziative concrete”⁵. Già altri miei Predecessori avevano fatto riferimento alla relazione esistente tra l’uomo e l’ambiente. Ad esempio, nel 1971, in occasione dell’ottantesimo anniversario dell’Enciclica *Rerum Novarum* di Leone XIII, Paolo VI ebbe a sottolineare che “attraverso uno sfruttamento sconsiderato della natura, (l’uomo) rischia di distruggerla e di essere a sua volta vittima di siffatta degradazione”. Ed aggiunse che in tal caso “non soltanto l’ambiente materiale diventa una minaccia permanente: inquinamenti e rifiuti, nuove malattie, potere distruttivo totale; ma è il contesto umano, che l’uomo non padroneggia più, creandosi così per il domani un ambiente che potrà essergli intollerabile: problema sociale di vaste dimensioni che riguarda l’intera famiglia umana”⁶.

4. Pur evitando di entrare nel merito di specifiche soluzioni tecniche, la Chiesa, “esperta in umanità”, si premura di richiamare con forza l’attenzione sulla relazione tra il Creatore, l’essere umano e il creato. Nel 1990, Giovanni Paolo II parlava di “crisi ecologica” e, rilevando come questa avesse un carattere prevalentemente etico, indicava l’“urgente necessità morale di una nuova solidarietà”⁷. Questo appello si fa ancora più pressante oggi, di fronte alle crescenti manifestazioni di una crisi che sarebbe irresponsabile non prendere in seria considerazione. Come rimanere indifferenti di fronte alle problematiche che derivano da fenomeni quali i cambiamenti climatici, la desertificazione, il degrado e la perdita di produttività di vaste aree agricole, l’inquinamento dei fiumi e delle falde acquifere, la perdita della biodiversità, l’aumento di eventi naturali estremi, il disboscamento delle aree equatoriali e tropicali? Come trascurare il crescente fenomeno dei cosiddetti “profughi ambientali”: persone che, a causa del degrado dell’ambiente in cui vivono, lo devono lasciare – spesso insieme ai loro beni – per affrontare i pericoli e le incognite di uno spostamento forzato? Come non reagire di fronte ai conflitti già in atto e a quelli potenziali legati all’accesso alle risorse naturali? Sono tutte questioni che hanno un profondo impatto sull’esercizio dei diritti

umani, come ad esempio il diritto alla vita, all’alimentazione, alla salute, allo sviluppo.

5. Va, tuttavia, considerato che la crisi ecologica non può essere valutata separatamente dalle questioni ad essa collegate, essendo fortemente connessa al concetto stesso di sviluppo e alla visione dell’uomo e delle sue relazioni con i suoi simili e con il creato. Saggio è, pertanto, operare una *revisione profonda e lungimirante del modello di sviluppo*, nonché riflettere sul senso dell’economia e dei suoi fini, per correggerne le disfunzioni e le distorsioni. Lo esige lo stato di salute ecologica del pianeta; lo richiede anche e soprattutto la crisi culturale e morale dell’uomo, i cui sintomi sono da tempo evidenti in ogni parte del mondo⁸. L’umanità ha bisogno di un *profondo rinnovamento culturale*; ha bisogno di riscoprire quei valori che costituiscono il *solido fondamento* su cui costruire un futuro migliore per tutti. Le situazioni di crisi, che attualmente sta attraversando – siano esse di carattere economico, alimentare, ambientale o sociale –, sono, in fondo, anche crisi morali collegate tra di loro. Esse obbligano a riprogettare il comune cammino degli uomini. Obbligano, in particolare, a un modo di vivere improntato alla sobrietà e alla solidarietà, con nuove regole e forme di impegno, puntando con fiducia e coraggio sulle esperienze positive compiute e rigettando con decisione quelle negative. Solo così l’attuale crisi diventa occasione di discernimento e di nuova progettualità.

6. Non è forse vero che all’origine di quella che, in senso cosmico, chiamiamo “natura”, vi è “un disegno di amore e di verità”? Il mondo “non è il prodotto di una qualsivoglia necessità, di un destino cieco o del caso... Il mondo trae origine dalla libera volontà di Dio, il quale ha voluto far partecipare le creature al suo essere, alla sua saggezza e alla sua bontà”⁹. Il Libro della Genesi, nelle sue pagine iniziali, ci riporta al progetto sapiente del cosmo, frutto del pensiero di Dio, al cui vertice si collocano l’uomo e la donna, creati ad immagine e somiglianza del Creatore per “riempire la terra” e “dominarla” come “amministratori” di Dio stesso (cfr Gen 1,28). L’armonia tra il Creatore, l’umanità e il creato, che la Sacra Scrittura descrive, è stata infranta dal peccato di Adamo ed Eva, dell’uomo e della donna, che hanno bramato occupare il posto di Dio, rifiutando di riconoscersi come sue creature. La conseguenza è che si è distorto anche il compito di “dominare” la terra, di “coltivarla e custodirla” e tra loro e il resto della creazione è nato un conflitto (cfr Gen 3,17-19). L’essere umano si è lasciato dominare dall’egoismo, perdendo il senso del mandato di Dio, e nella relazione con il creato si è comportato come sfruttatore, volendo esercitare su di esso un dominio assoluto. Ma il vero significato del comando iniziale di Dio, ben evidenziato nel Libro della Genesi, non consisteva in un semplice conferimento di autorità, bensì piuttosto in una chiamata alla responsabilità. Del resto, la saggezza degli

antichi riconosceva che la natura è a nostra disposizione non come “un mucchio di rifiuti sparsi a caso”¹⁰, mentre la Rivelazione biblica ci ha fatto comprendere che la natura è dono del Creatore, il quale ne ha disegnato gli ordinamenti intrinseci, affinché l’uomo possa trarne gli orientamenti doverosi per “custodirla e coltivarla” (cfr. Gen 2,15)¹¹. Tutto ciò che esiste appartiene a Dio, che lo ha affidato agli uomini, ma non perché ne dispongano arbitrariamente. E quando l’uomo, invece di svolgere il suo ruolo di collaboratore di Dio, a Dio si sostituisce, finisce col provocare la ribellione della natura, “piuttosto tiranneggiata che governata da lui”¹². L’uomo, quindi, ha il dovere di esercitare un governo responsabile della creazione, custodendola e coltivandola¹³.

7. Purtroppo, si deve constatare che una moltitudine di persone, in diversi Paesi e regioni del pianeta, sperimenta crescenti difficoltà a causa della negligenza o del rifiuto, da parte di tanti, di esercitare un governo responsabile sull’ambiente. Il Concilio Ecumenico Vaticano II ha ricordato che “Dio ha destinato la terra e tutto quello che essa contiene all’uso di tutti gli uomini e di tutti i popoli”¹⁴. L’eredità del creato appartiene, pertanto, all’intera umanità. Invece, l’attuale ritmo di sfruttamento mette seriamente in pericolo la disponibilità di alcune risorse naturali non solo per la generazione presente, ma soprattutto per quelle future¹⁵. Non è difficile allora constatare che il degrado ambientale è spesso il risultato della mancanza di progetti politici lungimiranti o del perseguimento di miopi interessi economici, che si trasformano, purtroppo, in una seria minaccia per il creato. Per contrastare tale fenomeno, sulla base del fatto che “ogni decisione economica ha una conseguenza di carattere morale”¹⁶, è anche necessario che l’attività economica rispetti maggiormente l’ambiente. Quando ci si avvale delle risorse naturali, occorre preoccuparsi della loro salvaguardia, prevedendone anche i costi – in termini ambientali e sociali –, da valutare come una voce essenziale degli stessi costi dell’attività economica. Compete alla comunità internazionale e ai governi nazionali dare i giusti segnali per contrastare in modo efficace quelle modalità d’utilizzo dell’ambiente che risultino ad esso dannose. Per proteggere l’ambiente, per tutelare le risorse e il clima occorre, da una parte, agire nel rispetto di norme ben definite anche dal punto di vista giuridico ed economico, e, dall’altra, tenere conto della solidarietà dovuta a quanti abitano le regioni più povere della terra e alle future generazioni.

8. Sembra infatti urgente la conquista di una leale solidarietà inter-generazionale. I costi derivanti dall’uso delle risorse ambientali comuni non possono essere a carico delle generazioni future: “Eredi delle generazioni passate e beneficiari del lavoro dei nostri contemporanei, noi abbiamo degli obblighi verso tutti e non possiamo disinteressarci di coloro che

verranno dopo di noi ad ingrandire la cerchia della famiglia umana. La solidarietà universale, ch’è un fatto e per noi un beneficio, è altresì un dovere. Si tratta di una responsabilità che le generazioni presenti hanno nei confronti di quelle future, una responsabilità che appartiene anche ai singoli Stati e alla Comunità internazionale”¹⁷. L’uso delle risorse naturali dovrebbe essere tale che i vantaggi immediati non comportino conseguenze negative per gli esseri viventi, umani e non umani, presenti e a venire; che la tutela della proprietà privata non ostacoli la destinazione universale dei beni¹⁸; che l’intervento dell’uomo non comprometta la fecondità della terra, per il bene di oggi e per il bene di domani. Oltre ad una leale solidarietà inter-generazionale, va ribadita l’urgente necessità morale di una rinnovata solidarietà intra-generazionale, specialmente nei rapporti tra i Paesi in via di sviluppo e quelli altamente industrializzati: “la comunità internazionale ha il compito imprescindibile di trovare le strade istituzionali per disciplinare lo sfruttamento delle risorse non rinnovabili, con la partecipazione anche dei Paesi poveri, in modo da pianificare insieme il futuro”¹⁹. La crisi ecologica mostra l’urgenza di una solidarietà che si proietti nello spazio e nel tempo. È infatti importante riconoscere, fra le cause dell’attuale crisi ecologica, la responsabilità storica dei Paesi industrializzati. I Paesi meno sviluppati e, in particolare, quelli emergenti, non sono tuttavia esonerati dalla propria responsabilità rispetto al creato, perché il dovere di adottare gradualmente misure e politiche ambientali efficaci appartiene a tutti. Ciò potrebbe realizzarsi più facilmente se vi fossero calcoli meno interessati nell’assistenza, nel trasferimento delle conoscenze e delle tecnologie più pulite.

9. È indubbio che uno dei principali nodi da affrontare, da parte della comunità internazionale, è quello delle risorse energetiche, individuando strategie condivise e sostenibili per soddisfare i bisogni di energia della presente generazione e di quelle future. A tale scopo, è necessario che le società tecnologicamente avanzate siano disposte a favorire comportamenti improntati alla sobrietà, diminuendo il proprio fabbisogno di energia e migliorando le condizioni del suo utilizzo. Al tempo stesso, occorre promuovere la ricerca e l’applicazione di energie di minore impatto ambientale e la “ridistribuzione planetaria delle risorse energetiche, in modo che anche i Paesi che ne sono privi possano accedervi”²⁰. La crisi ecologica, dunque, offre una storica opportunità per elaborare una risposta collettiva volta a convertire il modello di sviluppo globale in una direzione più rispettosa nei confronti del creato e di uno sviluppo umano integrale, ispirato ai valori propri della carità nella verità. Auspico, pertanto, l’adozione di un modello di sviluppo fondato sulla centralità dell’essere umano, sulla promozione e condivisione del bene comune, sulla responsabilità, sulla consapevolezza del necessario cambia-

mento degli stili di vita e sulla prudenza, virtù che indica gli atti da compiere oggi, in previsione di ciò che può accadere domani²¹.

Io. Per guidare l'umanità verso una gestione complessivamente sostenibile dell'ambiente e delle risorse del pianeta, l'uomo è chiamato a impiegare la sua intelligenza nel campo della ricerca scientifica e tecnologica e nell'applicazione delle scoperte che da questa derivano. La "nuova solidarietà", che Giovanni Paolo II propose nel Messaggio per la Giornata Mondiale della Pace del 1990²², e la "solidarietà globale", che io stesso ho richiamato nel Messaggio per la Giornata Mondiale della Pace del 2009²³, risultano essere atteggiamenti essenziali per orientare l'impegno di tutela del creato, attraverso un sistema di gestione delle risorse della terra meglio coordinato a livello internazionale, soprattutto nel momento in cui va emergendo, in maniera sempre più evidente, la forte interrelazione che esiste tra la lotta al degrado ambientale e la promozione dello sviluppo umano integrale. Si tratta di una dinamica imprescindibile, in quanto "lo sviluppo integrale dell'uomo non può aver luogo senza lo sviluppo solidale dell'umanità"²⁴. Tante sono oggi le opportunità scientifiche e i potenziali percorsi innovativi, grazie ai quali è possibile fornire soluzioni soddisfacenti ed armoniose alla relazione tra l'uomo e l'ambiente. Ad esempio, occorre incoraggiare le ricerche volte ad individuare le modalità più efficaci per sfruttare la grande potenzialità dell'energia solare. Altrettanta attenzione va poi rivolta alla questione ormai planetaria dell'acqua ed al sistema idrogeologico globale, il cui ciclo riveste una primaria importanza per la vita sulla terra e la cui stabilità rischia di essere fortemente minacciata dai cambiamenti climatici. Vanno altresì esplorate appropriate strategie di sviluppo rurale incentrate sui piccoli coltivatori e sulle loro famiglie, come pure occorre approntare idonee politiche per la gestione delle foreste, per lo smaltimento dei rifiuti, per la valorizzazione delle sinergie esistenti tra il contrasto ai cambiamenti climatici e la lotta alla povertà. Occorrono politiche nazionali ambiziose, completate da un necessario impegno internazionale che apporterà importanti benefici soprattutto nel medio e lungo termine. È necessario, insomma, uscire dalla logica del mero consumo per promuovere forme di produzione agricola e industriale rispettose dell'ordine della creazione e soddisfacenti per i bisogni primari di tutti. La questione ecologica non va affrontata solo per le agghiaccianti prospettive che il degrado ambientale profila all'orizzonte; a motivarla deve essere soprattutto la ricerca di un'autentica solidarietà a dimensione mondiale, ispirata dai valori della carità, della giustizia e del bene comune. D'altronde, come ho già avuto modo di ricordare, "la tecnica non è mai solo tecnica. Essa manifesta l'uomo e le sue aspirazioni allo sviluppo; esprime la tensione dell'animo umano al graduale

superamento di certi condizionamenti materiali. La tecnica, pertanto, si inserisce nel mandato di 'coltivare e custodire la terra' (Cfr. Gen 2,15), che Dio ha affidato all'uomo, e va orientata a rafforzare quell'alleanza tra essere umano e ambiente che deve essere specchio dell'amore creatore di Dio"²⁵.

11. Appare sempre più chiaramente che il tema del degrado ambientale chiama in causa i comportamenti di ognuno di noi, gli stili di vita e i modelli di consumo e di produzione attualmente dominanti, spesso insostenibili dal punto di vista sociale, ambientale e finanche economico. Si rende ormai indispensabile un effettivo cambiamento di mentalità che induca tutti ad *adottare nuovi stili di vita* "nei quali la ricerca del vero, del bello e del buono e la comunione con gli altri uomini per una crescita comune siano gli elementi che determinano le scelte dei consumi, dei risparmi e degli investimenti"²⁶. Sempre più si deve educare a costruire la pace a partire dalle scelte di ampio raggio a livello personale, familiare, comunitario e politico. Tutti siamo responsabili della protezione e della cura del creato. Tale responsabilità non conosce frontiere. Secondo il principio di sussidiarietà, è importante che ciascuno si impegni al livello che gli corrisponde, operando affinché venga superata la prevalenza degli interessi particolari. Un ruolo di sensibilizzazione e di formazione spetta in particolare ai vari soggetti della società civile e alle Organizzazioni non-governative, che si prodigano con determinazione e generosità per la diffusione di una responsabilità ecologica, che dovrebbe essere sempre più ancorata al rispetto dell'"ecologia umana". Occorre, inoltre, richiamare la responsabilità dei *media* in tale ambito, proponendo modelli positivi a cui ispirarsi. Occuparsi dell'ambiente richiede, cioè, una visione larga e globale del mondo; uno sforzo comune e responsabile per passare da una logica centrata sull'egoistico interesse nazionalistico ad una visione che abbracci sempre le necessità di tutti i popoli. Non si può rimanere indifferenti a ciò che accade intorno a noi, perché il deterioramento di qualsiasi parte del pianeta ricadrebbe su tutti. Le relazioni tra persone, gruppi sociali e Stati, come quelle tra uomo e ambiente, sono chiamate ad assumere lo stile del rispetto e della "carità nella verità". In tale ampio contesto, è quanto mai auspicabile che trovino efficacia e corrispondenza gli sforzi della comunità internazionale volti ad ottenere un progressivo disarmo ed un mondo privo di armi nucleari, la cui sola presenza minaccia la vita del pianeta e il processo di sviluppo integrale dell'umanità presente e di quella futura.

12. La Chiesa ha una responsabilità per il creato e sente di doverla esercitare, anche in ambito pubblico, per difendere la terra, l'acqua e l'aria, doni di Dio Creatore per tutti, e, anzitutto, per proteggere l'uomo contro il pericolo della distruzione di se stesso. Il degrado della natura è, infatti, strettamente con-

nesso alla cultura che modella la convivenza umana, per cui “quando l’ecologia umana è rispettata dentro la società, anche l’ecologia ambientale ne trae beneficio”²⁷. Non si può domandare ai giovani di rispettare l’ambiente, se non vengono aiutati in famiglia e nella società a rispettare se stessi: il libro della natura è unico, sia sul versante dell’ambiente come su quello dell’etica personale, familiare e sociale²⁸. I doveri verso l’ambiente derivano da quelli verso la persona considerata in se stessa e in relazione agli altri. Volentieri, pertanto, incoraggio l’educazione ad una responsabilità ecologica, che, come ho indicato nell’Enciclica *Caritas in veritate*, salvaguardi un’autentica “ecologia umana” e, quindi, affermi con rinnovata convinzione l’invulnerabilità della vita umana in ogni sua fase e in ogni sua condizione, la dignità della persona e l’insostituibile missione della famiglia, nella quale si educa all’amore per il prossimo e al rispetto della natura²⁹. Occorre salvaguardare il patrimonio umano della società. Questo patrimonio di valori ha la sua origine ed è iscritto nella legge morale naturale, che è fondamento del rispetto della persona umana e del creato.

13. Non va infine dimenticato il fatto, altamente indicativo, che tanti trovano tranquillità e pace, si sentono rinnovati e rinvigoriti quando sono a stretto contatto con la bellezza e l’armonia della natura. Vi è pertanto una sorta di reciprocità: nel prenderci cura del creato, noi constatiamo che Dio, tramite il creato, si prende cura di noi. D’altra parte, una corretta concezione del rapporto dell’uomo con l’ambiente non porta ad assolutizzare la natura né a ritenerla più importante della stessa persona. Se il Magistero della Chiesa esprime perplessità dinanzi ad una concezione dell’ambiente ispirata all’ecocentrismo e al biocentrismo, lo fa perché tale concezione elimina la differenza ontologica e assiologica tra la persona umana e gli altri esseri viventi. In tal modo, si viene di fatto ad eliminare l’identità e il ruolo superiore dell’uomo, favorendo una visione egualitaristica della “dignità” di tutti gli esseri viventi. Si dà adito, così, ad un nuovo panteismo con accenti neopagani che fanno derivare dalla sola natura, intesa in senso puramente naturalistico, la salvezza per l’uomo. La Chiesa invita, invece, ad impostare la questione in modo equilibrato, nel rispetto della “grammatica” che il Creatore ha iscritto nella sua opera, affidando all’uomo il ruolo di custode e amministratore responsabile del creato, ruolo di cui non deve certo abusare, ma da cui non può nemmeno abdicare. Infatti, anche la posizione contraria di assolutizzazione della tecnica e del potere umano, finisce per essere un grave attentato non solo alla natura, ma anche alla stessa dignità umana³⁰.

14. Se vuoi coltivare la pace, custodisci il creato. La ricerca della pace da parte di tutti gli uomini di buona volontà sarà senz’altro facilitata dal comune riconoscimento del rapporto inscindibile che esiste tra

Dio, gli esseri umani e l’intero creato. Illuminati dalla divina Rivelazione e seguendo la Tradizione della Chiesa, i cristiani offrono il proprio apporto. Essi considerano il cosmo e le sue meraviglie alla luce dell’opera creatrice del Padre e redentrice di Cristo, che, con la sua morte e risurrezione, ha riconciliato con Dio “sia le cose che stanno sulla terra, sia quelle che stanno nei cieli” (Col 1,20). Il Cristo, crocifisso e risorto, ha fatto dono all’umanità del suo Spirito santificatore, che guida il cammino della storia, in attesa del giorno in cui, con il ritorno glorioso del Signore, verranno inaugurati “nuovi cieli e una terra nuova” (2 Pt 3,13), in cui abiteranno per sempre la giustizia e la pace. Proteggere l’ambiente naturale per costruire un mondo di pace è, pertanto, dovere di ogni persona. Ecco una sfida urgente da affrontare con rinnovato e corale impegno; ecco una provvidenziale opportunità per consegnare alle nuove generazioni la prospettiva di un futuro migliore per tutti. Ne siano consapevoli i responsabili delle nazioni e quanti, ad ogni livello, hanno a cuore le sorti dell’umanità: la salvaguardia del creato e la realizzazione della pace sono realtà tra loro intimamente connesse! Per questo, invito tutti i credenti ad elevare la loro fervida preghiera a Dio, onnipotente Creatore e Padre misericordioso, affinché nel cuore di ogni uomo e di ogni donna risuoni, sia accolto e vissuto il pressante appello: Se vuoi coltivare la pace, custodisci il creato.

Dal Vaticano, 8 dicembre 2009
BENEDICTUS PP. XVI

1) Catechismo della Chiesa Cattolica, 198.

2) Benedetto XVI, *Messaggio per la Giornata Mondiale della Pace 2008*, 7.

3) Cfr. n. 48.

4) Dante Alighieri, *Divina Commedia, Paradiso, XX-XIII*, 145.

5) *Messaggio per la Giornata Mondiale della Pace 1990*, 1.

6) Lett. ap. *Octogesima adveniens*, 21.

7) *Messaggio per la Giornata Mondiale della Pace*, 10.

8) Cfr. Benedetto XVI, Lett. enc. *Caritas in veritate*, 32.

9) Catechismo della Chiesa Cattolica, 295.

10) Eraclito di Efeso (535 a.C. ca. - 475 a.C. ca.), Frammento 22B124, in H. Diels-W. Kranz, *Die Fragmente der Vorsokratiker*, Weidmann, Berlin 19526.

11) Cfr. Benedetto XVI, Lett. enc. *Caritas in veritate*, 48.

12) Giovanni Paolo II, Lett. enc. *Centesimus annus*, 37.

13) Cfr. Benedetto XVI, Lett. enc. *Caritas in veritate*, 50.

14) Cost. Past. *Gaudium et spes*, 69.

15) Cfr. Giovanni Paolo II, Lett. enc. *Sollicitudo rei socialis*, 34.

16) Benedetto XVI, Lett. enc. *Caritas in veritate*, 37.

17) Pontificio Consiglio della Giustizia e della Pace, *Compendio della Dottrina Sociale della Chiesa*, 467; cfr. Paolo VI, Lett. enc. *Populorum progressio*, 17.

18) Cfr. Giovanni Paolo II, Lett. enc. *Centesimus annus*, 30-31.43.

19) Benedetto XVI, Lett. enc. *Caritas in veritate*, 49.

²⁰⁾ Ibid.

²¹⁾ Cfr. San Tommaso d'Aquino, S. Th., II-II, q. 49, 5.

²²⁾ Cfr. n. 9.

²³⁾ Cfr. n. 8.

²⁴⁾ Paolo VI, Lett. enc. *Populorum progressio*, 43.

²⁵⁾ Lett. enc. *Caritas in veritate*, 69.

²⁶⁾ Giovanni Paolo II, Lett. enc. *Centesimus annus*, 36.

²⁷⁾ Benedetto XVI, Lett. enc. *Caritas in veritate*, 51.

²⁸⁾ Cfr. *ibid.*, 15-51.

²⁹⁾ Cfr. *ibid.*, 28, 51.61; Giovanni Paolo II, Lett. enc. *Centesimus annus*, 38, 39.

³⁰⁾ Cfr. Benedetto XVI, Lett. enc. *Caritas in veritate*, 70.

Lectio Magistralis. Ratio ethica e ratio technica: alleanza, separazione o conflitto?

Sua Em.za Rev.ma il Sig. Cardinale Carlo Caffarra, Arcivescovo di Bologna. Società Medica Chirurgica di Bologna 12 settembre 2009

Premessa

La questione del rapporto fra la ragione tecnica e la ragione etica è uno dei nodi dell'attuale dibattito contemporaneo sull'uomo. Nel breve spazio di una conferenza non mi è possibile neppure avvicinarmi ad una completezza di trattazione del tema; mi limiterò ad affrontare alcuni aspetti essenziali.

Inizierò da una semplice ma necessaria chiarificazione dei termini, soffermandomi sulla distinzione di ragione tecnica e ragione etica in quanto forma della ragione pratica; mostrerò poi come nella cultura contemporanea stia avvenendo la riduzione della ragione pratica alla sola ragione tecnica, e rifletterò sulle conseguenze di questo impoverimento nel campo della professione medica; affiderò quindi la conclusione del percorso al confronto tra due figure esemplari, nel cui conflitto possiamo vedere incarnata la drammaticità del rapporto di cui stiamo parlando.

1. Chiarificazione di termini: ragione tecnica e ragione etica

La ragionevolezza tecnica e la ragionevolezza etica sono due realizzazioni, due *species* dello stesso *genus*: la ragione pratica.

L'uomo fa uso pratico della sua ragione quando regola l'esercizio della sua libertà e dei propri dinamismi operativi in ordine al raggiungimento di uno scopo. La *ragione pratica* è dunque la regolamentazione della libertà e dei dinamismi operativi dell'uomo.

Mi sia consentito un esempio. Lo studio della meccanica celeste costituisce esercizio della ragione, ma certamente non esercizio pratico, poiché riguarda realtà che non dipendono dalla libertà umana.

Se questo è il *genus* ragione pratica, si tratta ora di chiarire in che cosa si differenziano fra loro le due *species*, ragione tecnica e ragione etica.

La *ragione tecnica* regola il *fare* dell'uomo; la *ragione etica* regola l'*agire* dell'uomo. La distinzione fra questi due modi di operare, fra la "produzione" (*poiesis*) e l'"azione" (*praxis*), è stata formulata da Aristotele nell'*Etica Nicomachea*¹ in base alla distinzione dei rispettivi fini: la produzione ha il suo fine in altro (nell'oggetto), il fine dell'azione è l'azione stessa².

La prima differenza consiste dunque nel fatto che il *fare* non perfeziona come tale la persona che opera, ma semplicemente esprime la sua capacità di fare bene qualcosa (una casa, un ponte, un utensile...); l'*agire*, al contrario, perfeziona come tale la persona che agisce, poiché il termine o effetto dell'azione è intrinseco al soggetto agente stesso. Basterà un solo esempio. Chi ruba diventa un ladro: il termine dell'*agire* è la persona che agisce. Chi costruisce male un ponte dimostra solo di essere un cattivo costruttore, poiché ciò che interessa è la qualità del prodotto.

In sintesi potremmo dire: il *fare* è sempre transitivo ed esteriorizza la persona; l'*agire* è sempre intransitivo ed interiorizza la persona.

La seconda differenziazione specifica consegue alla prima, poiché questa fonda ed esige nella persona due attitudini essenzialmente diverse: l'*abilità tecnica* (aristotelicamente: la *téchne*) e la *saggezza pratica* (aristotelicamente: la *phrónesis*).

L'*abilità tecnica* dispone l'uomo a produrre bene, cioè ad effettuare prodotti perfetti, in grado cioè di servire allo scopo per cui sono fatti. La *saggezza pratica* dispone l'uomo ad agire bene, cioè a compiere quelle scelte che sono conformi al bene della persona come tale, e sono capaci di realizzare una buona vita umana.

Da queste due fondamentali differenziazioni deriva che la logica della ragione tecnica è profondamente diversa dalla logica della ragione etica. Per logica

intendo il complesso delle regole che la ragione segue quando è in atto.

La logica propria della ragione tecnica è l'efficacia. Essa, in sostanza, prima di mettersi in atto deve rispondere a due domande fondamentali: "ciò che intendo fare è fattibile?" (comunemente si dice: è tecnicamente possibile?); "il costo della produzione è inferiore o equivalente ai benefici?" (è la regola del rapporto costo-benefici). "Qual è la qualità del prodotto?" è poi la domanda che, a produzione finita, il tecnico si pone sempre. Qualità significa, secondo la logica tecnica, capacità del prodotto di rispondere alla domanda per cui è stato chiesto.

La logica propria della ragione etica è completamente diversa. La ragione etica, infatti, non si accontenta di chiedere se l'azione che la persona umana sta per compiere sia tecnicamente possibile, ma si chiede se è un'azione buona o cattiva, giusta o ingiusta. L'equivalenza costi-benefici non interessa alla ragione etica: il martirio comporta il costo più grande, la propria vita, ma il martire non ne fa conto. La capacità della sua azione di rispondere ad esigenze estrinseche non è considerata dalla ragione etica, dal momento che essa non giudica in base alle conseguenze del suo agire.

Fino ad ora abbiamo presentato la logica della ragione etica per *contrarium* rispetto a quella della ragione tecnica: possiamo a questo punto tentare una definizione descrittiva diretta.

La logica etica, in sostanza, è la logica della verità circa il bene della persona. Essa, quando si mette in atto, risponde alla seguente domanda: "che rapporto esiste fra questo atto che sto per compiere e la realizzazione vera di me stesso come uomo?". La pagina de *I Promessi Sposi* in cui Alessandro Manzoni espone la riflessione dell'Innominato sulla propria vita passata, nella notte di tormento che segue l'incontro con Lucia prigioniera³, è una delle più potenti raffigurazioni della ragione etica. La domanda sul significato etico dell'azione che la persona sta per compiere è la domanda circa il modo con cui l'azione si iscrive nel progetto fondamentale della

vita di chi agisce; è la domanda circa la relazione fra l'azione che si sta per compiere e l'orientamento della volontà ad una vita veramente buona.

La logica tecnica è quindi una logica attinente agli strumenti in ordine ad uno scopo: una logica strumentale. La logica etica è invece una logica progettuale: riguarda la realizzazione di sé in quanto progettata dalla ragione e attuata dalla libertà.

San Tommaso esprime tutto questo in modo esemplarmente limpido, quando scrive:

Ratio aliter se habet in artificialibus, et aliter in moralibus [...]. In moralibus autem ordinatur ad finem communem totius humanae vitae⁴.

E quindi, mentre la logica tecnica riguarda risposte particolari a bisogni particolari, la logica etica riguarda questioni

quae pertinent ad totam vitam hominis, et ad ultimum finem vitae humanae⁵.

Da questa prima riflessione consegue che alla persona ragionevole non è chiesto di scegliere se usare eticamente oppure tecnicamente la sua ragione. Ragione tecnica e ragione etica non sono alternative, per almeno due motivi.

Il primo motivo è che non si tratta di due facoltà spirituali, lasciate alla libertà dell'uomo. È la stessa identica ragione che può essere usata in un modo e nell'altro, dal momento che la logica intrinseca ai due usi è distinta. Da ciò deriva che l'optare per l'una o per l'altra è sempre un impoverimento dell'uomo, perché riduce le sue capacità razionali. Una cultura che non coniughi insieme le due possibilità è una cultura povera.

Il secondo motivo è che ragione tecnica e ragione etica si propongono lo stesso fine, il bene della persona umana. Questa prospettiva merita un'attenta considerazione.

Il bene denota la condizione di realizzazione delle inclinazioni della persona umana: pertanto esistono tanti beni umani quante sono le risposte capaci di soddisfare le inclinazioni umane. È rimasta classica la sistemazione di Tommaso d'Aquino, secondo la quale esistono tre originarie inclinazioni umane: in-

Casa di Cura
Ai Colli

**OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
PER MALATTIE MENTALI**

Direttore Sanitario: Dott.ssa Giuliana Fabbri - Medico Chirurgo
Specialista in Igiene e Medicina Preventiva

Primario: Dott. Paolo Baroncini - Medico Chirurgo
Specialista in Psichiatria e Psicologia Medica

40136 BOLOGNA
VIA SAN MAMOLO, 158 - TEL. 051 581073 - FAX 051 6448061
Sito internet: www.aicolli.com - E-mail: casadicura@aicolli.com

P.G. 141330/03 - 01/02/2008

clinazione a vivere (il bene umano della vita); inclinazione al rapporto sessuale uomo-donna (il bene umano del matrimonio e della procreazione); inclinazione alla convivenza sociale (il bene umano della società) e alla conoscenza della verità dell'intero (il bene umano della religione)⁶.

Si deve tuttavia fare attenzione: queste inclinazioni (e i correlativi beni umani) non sono come linee parallele, ma sono intimamente unificate dalla loro intrinseca esigenza ad essere realizzate in modo umano. Non un qualsiasi modo di vivere in società è cercato dall'uomo, ma il vivere in una società giusta; non un qualsiasi rapporto uomo-donna è umanamente degno; l'esperienza religiosa deve essere accuratamente difesa dalla superstizione.

Esiste cioè un'esigenza, inscritta nella persona umana come tale, di vivere secondo un ordine, una bellezza intelligibile. In una parola: secondo ragione.

L'uomo sembra condividere l'inclinazione a vivere con ogni organismo vivente. Ma in realtà l'inclinazione vitale nell'uomo è abitata da un'esigenza secondo la quale non basta vivere, ma sono necessarie ragioni per cui vale la pena di vivere.

La ragione tecnica si pone al livello dell'inclinazione a vivere condivisa con ogni organismo vivente; la ragione etica è la ricerca del senso della vita.

Una delle *Operette morali* di Giacomo Leopardi, *Dialogo di un fisico e di un metafisico*, è al riguardo esemplare: al Fisico che annuncia di avere scoperto l'arte di vivere a lungo, il Metafisico risponde che la pura vita non basta, poiché ciò che gli uomini vogliono è la vita felice.

Quando dunque parliamo di ragione etica, intendiamo l'uso che la persona umana fa della sua ragione quando, inclinata a vivere dignitosamente, cerca di scoprire le modalità di un'autorealizzazione vera.

Anche dal punto di vista del soggetto agente ragione tecnica e ragione etica non sono nemiche: lavorano al bene dell'uomo su piani diversi. Ma è altrettanto vero che la ragionevolezza tecnica deve integrarsi nella ragionevolezza etica. Integrazione non significa annessione; significa subordinazione. Una tecnica insubordinata all'etica porta alla devastazione dell'*humanum* e del cosmo.

Faccio un esempio. Tutti sono concordi nel ritenere che sono necessari nuovi *global legal standard* per superare l'attuale crisi finanziaria ed economica (proibizione dei contratti speculativi, eliminazione dei paradisi fiscali e così via). La ragione tecnica è dunque chiamata a un duro lavoro. Ma senza una forte ragione etica, quel lavoro sarebbe inefficace.

2. L'impovertimento della ragione pratica nella cultura contemporanea

Chiarita la distinzione e la possibilità per l'uomo di essere tecnicamente ed eticamente ragionevole, di usare cioè la sua ragione pratica in due modi specificamente distinti, vorrei ora mostrare come stiamo

assistendo a una vera e propria rivoluzione culturale, che consiste nella riduzione della ragionevolezza pratica alla sola ragionevolezza tecnica. Una riduzione che è speculare a quella della ragionevolezza teoretica alla ragionevolezza scientifica. *Tecnicismo e scientismo* sono due colpi mortali inferti alla ragione, e vi è fra essi un fra i due vi è un rapporto ben definito.

Per chiarire in che cosa consista il primo riduzionismo, partirò da un fatto. Il 30 luglio scorso, il C.d.A dell'AIFA ha autorizzato a maggioranza l'immissione in commercio della RU486. L'organismo in questione ha competenza esclusivamente tecnica; esso deve giudicare l'idoneità del farmaco con riferimento alla salute della donna.

Il fatto dà da pensare. Si sono censurate domande che non sono proprie della razionalità tecnica ma di quella etica, sia nel suo uso privato che nel confronto pubblico (politico). Ciò che è tecnicamente possibile fare è *eo ipso* ragionevolmente agibile. Siamo cioè davanti ad una vera e propria annessione della ragione etica da parte della ragione tecnica. Un'annessione che non solo toglie sovranità alla ragionevolezza etica, ma ne nega persino l'autonomia di senso.

Lasciando da parte la considerazione di questo fatto, al quale se ne potrebbero aggiungere altri, per esempio la dicotomia fra l'economico e il sociale, dobbiamo ora porre una domanda di fondo: *come è stato possibile il sequestro della ragionevolezza etica da parte della ragionevolezza tecnica sul piano teoretico, sequestro a cui è conseguita la prassi di una tecnocrazia inappellabile?*

Cercherò di rispondere in maniera essenziale a questa domanda, nella piena coscienza delle difficoltà che si incontrano nell'affrontarla.

La mia risposta, in sintesi, è la seguente: ciò che ha consentito sul piano teoretico il sequestro della ragione etica da parte della ragione tecnica e sul piano pratico l'avvento della tecnocrazia è stato l'ingresso, nella coscienza europea, della definizione dell'uomo come soggetto utilitario.

Diviene a questo punto di decisiva importanza il concetto di *soggetto utilitario*: per comprenderne il significato si può fare riferimento alla riflessione di Francesco Botturi, che ne dà una definizione descrittiva molto chiara e precisa.

Con soggetto utilitario si può intendere l'idealtipo dell'agente il cui orizzonte antropologico è costituito dai suoi bisogni ed interessi [...], il cui criterio di soddisfazione è polarizzato dalla psicologia centripeta dell'amor proprio: bisogni ed interessi sempre mediati affettivamente da passioni e sentimenti rispetto a cui la ragione si auto interpreta, in modo nuovo, come funzione pratica strumentale di calcolo, di previsione, di effettuazione⁷.

La definizione dell'uomo come soggetto utilitario implica dunque tre aspetti fondamentali.

In primo luogo, ciò che muove la persona ad agire, a compiere una scelta piuttosto che un'altra, sono

esclusivamente i suoi bisogni ed interessi mediati dalle passioni.

In secondo luogo, la costruzione della propria vita secondo questo modello centripeto non può essere giudicata dalla ragione. In altre parole, la domanda se esista una realizzazione veramente buona della vita umana, che si contrapponga ad una realizzazione solo apparentemente buona, è divenuta priva di senso. Ciascuno è giudice di se stesso quanto alla sua concezione di una vita buona: *de gustibus non est disputandum!*

Infine, la ragione pratica viene spossessata della sua capacità di giudicare la verità o meno di una concezione, di un progetto di vita buona, dal momento che non esistono criteri universalmente validi (e la ragione è comunque la facoltà dell'universale) in base ai quali discernere progetti veri da progetti falsi.

Alla ragione non resta che studiare il modo con cui realizzare i desideri, e rispondere ai bisogni: ha solo una funzione strumentale. Può soltanto verificare la possibilità tecnica di realizzare; calcolare il rapporto costo-benefici; prevedere la qualità del risultato. È esattamente la definizione di ragione tecnica.

La ragione dunque non è in grado di giudicare ciò che il desiderio passionale vuole; non ha la capacità di pronunciare giudizi di valore universalmente validi circa i "fini desiderati/passionali" dell'uomo. E pertanto non ha la capacità di pronunciare giudizi di valore universalmente validi circa le singole scelte e i singoli atti in rapporto alla progettazione totale della vita (Tommaso d'Aquino direbbe: *ad totam vitam hominis*).

La ragione è chiamata solo a verificare quali sono le vie, quali mezzi occorrono per realizzare il fine desiderato. Cioè: la razionalità etica consiste nella razionalità tecnica.

Il sequestro della ragione etica da parte della ragione tecnica è quindi la conseguenza di una concezione dell'uomo che si è andata imponendo nella coscienza europea. Una concezione individualista che ha generato il *paradigma utilitarista* come interpretazione esclusiva dell'agire umano.

3. Riduzionismo tecnicistico e professione medica

Vorrei ora condurre una breve riflessione circa la condizione della professione medica alla luce di quanto ho detto sopra.

La riflessione sulla professione medica è un punto di vista privilegiato per prendere coscienza lucida della problematica fin qui delineata. La professione medica è infatti l'incrocio della ragionevolezza etica con la ragionevolezza scientifico-tecnica: lo è fin dall'inizio, come dimostra il giuramento di Ippocrate.

L'esercizio della professione medica è andato elaborando lungo i secoli un suo codice etico, una deontologia che è il risultato della simultanea coniu-

gazione di ragionevolezza etica e di esperienza professionale. La deontologia medica nasce e cresce sulla consapevolezza di una identità della professione, che non è semplicemente definita da un consenso sociale. È frutto di esemplari figure mediche; di rapporti fra maestri riconosciuti e discepoli; di trasmissione di un *ethos* condiviso.

Ma nello stesso tempo la professione medica è esercizio di ragionevolezza scientifico-tecnica. Non insisto su questo aspetto, perché direi delle ovvietà.

Che cosa significa dunque per la professione medica il sequestro della ragionevolezza etica da parte della ragionevolezza tecnica? Prima di rispondere devo introdurre nella mia riflessione una tematica di carattere più generale.

La comparsa del soggetto utilitarista, il paradigma dell'utilitarismo usato come cifra interpretativa unica della soggettività umana ha avuto conseguenze assai rilevanti sull'uso pubblico della ragione etica, cioè sull'etica pubblica. D'altra parte l'etica pubblica ha nella produzione delle leggi una delle sue manifestazioni più importanti. Mi limito solo al nodo centrale di questa problematica.

Partendo dal presupposto che la ragione umana non è capace di pronunciare un giudizio sulle concezioni e sui progetti di vita buona attraverso argomentazioni universalmente condivisibili, si conclude che la regolamentazione dei rapporti sociali deve essere eticamente neutrale. Nessuna concezione di bene, di vita buona deve transitare attraverso la norma giuridica. Ciascuno deve essere libero di compiere i suoi desideri. In sintesi, la costruzione dell'ordinamento giuridico deve prescindere dal soggetto agente, dalla sua auto-comprensione esistenziale.

In questo contesto si vanno imponendo due conseguenze sull'ambito della professione medica.

La prima conseguenza è che non esiste una identità della professione medica, come fonte di giudizi e norme morali, che preceda da un lato la legislazione statale e dall'altro il rapporto col paziente. Il richiamo al principio "questo non può essere richiesto al medico come tale" è sempre più debole sia di fronte allo Stato che di fronte al privato. Resiste ancora la figura dell'obiezione di coscienza: fino a quando?

La seconda conseguenza è che il rapporto medico-paziente si configura sempre più come offerta, prestazione d'opera per soddisfare un desiderio, un bisogno. La prestazione deve solo essere tecnicamente corretta. Poiché la correttezza tecnica è sempre più o meno a rischio, è necessario assicurarsi contro ogni pericolo.

Il rapporto medico-paziente cessa progressivamente di essere pensato come alleanza terapeutica, e diviene sempre più prestazione d'opera tecnicamente corretta su richiesta. Dei due fondamentali referenti della professione medica, scienza e coscienza, il secondo va progressivamente scompa-

rendo. Dunque il sequestro della ragionevolezza etica da parte della ragionevolezza tecnica non sta risparmiando la professione medica, che anzi è uno dei luoghi (insieme al campo dell'attività economica) in cui è più agevole vederne gli effetti devastanti. Tra questi effetti c'è la degradazione della professione medica.

4. Conclusione: due figure per un dramma

Sono giunto alla conclusione. Vedendo la "sconfitta" della ragione etica, qualcuno potrebbe pensare: "tanto peggio per essa!". In realtà, come risulta da tutta la precedente riflessione, questa sconfitta è la sconfitta dell'uomo in quanto tale, la sua riduzione ad oggetto.

Che cosa alla fine questo significhi si rende visibile esprimerlo nel confronto fra due figure dal comportamento opposto: Sir Ugo de Morville e Abramo.

Nel dramma di T. S. Eliot *Assassinio nella Cattedrale*, Sir Ugo de Morville è il Secondo dei cavalieri che per ordine del re Enrico II uccidono l'arcivescovo Thomas Becket. Ad assassinio avvenuto, il Secondo Cavaliere si rivolge agli spettatori e giustifica l'omicidio nel modo seguente:

"A nessuno dispiace più che a noi d'essere obbligati a usare violenza. Sfortunatamente vi son tempi nei quali la violenza è l'unico modo per poter assicurare la giustizia sociale. In altri tempi voi condannereste un Arcivescovo con un voto del Parlamento e lo decapitereste con tutte le forme come traditore e nessuno porterebbe la taccia di assassino [...]. Ma se voi siete ora arrivati a una giusta subordinazione delle pretese della Chiesa al benessere dello Stato, ricordatevi che siamo stati noi a fare il primo passo".

Ben diversa, addirittura opposta è l'attitudine di Abramo quando viene richiesto dal Signore di sacrificare il figlio. Egli sa semplicemente che per essere se stesso deve uccidere il figlio, poiché questa obbedienza lo fa diventare ciò che è: il servo del Signore. Sulla base di un calcolo delle conseguenze, questa è l'unica scelta completamente sbagliata. La discendenza finirebbe, e con essa ogni futuro.

Chi ha ragione?

"Dal punto di vista della storia universale diventa falsa una proposizione, che dal punto di vista etico è vera ed è la forza vitale dell'etica: il rapporto di possibilità che ogni individualità esistente ha rispetto a Dio"⁹.

È questa, alla fine, la conclusione. Dal punto di vista della storia, Ugo de Morville ha ragione e Abramo ha torto; dal punto di vista etico, ragione e torto si rovesciano.

La falsità della proposizione del Secondo Cavaliere risulta evidente se si considera attentamente la sua argomentazione: essa poggia interamente su ciò che avverrà nel futuro, poiché è in futuro e dal futuro che egli riceve l'assoluzione. Ciò accadrà dunque quando egli sarà già morto.

Questo modo di argomentare dimentica la cosa più evidente: che una volta Ugo de Morville è stato vivo. Ma questo *deve* essere dimenticato, altrimenti l'intera l'argomentazione crolla, poiché la considerazione storica – cioè il calcolo dei pro e dei contro fatto in base alla prudente previsione delle conseguenze – comprende tutto partendo dal *dopo*, da quando l'atto è già stato compiuto: non interessa l'uomo nell'istante della sua decisione esistenziale. Ciò che importa non è l'uomo reale, vivo, ma l'uomo già passato.

Al contrario, nell'uso che Abramo fa della ragione etica, egli è giustificato per il modo con cui pone se stesso *ora e qui* di fronte a Dio.

L'etica è la verità circa il bene dell'uomo – dell'uomo concreto, in carne ed ossa – perché Dio non è il Dio dei morti ma il Dio dei viventi. La suprema decisione cui è chiamata oggi la libertà dell'uomo è se considerare se stesso solo dal punto di vista del tempo o anche e soprattutto dal punto di vista dell'eternità. L'etica è il respiro dell'eternità nell'uomo.

Il senso di questa riflessione sta, in fondo, nell'aver voluto riproporre ancora una volta la questione decisiva: la domanda sull'uomo.

Bibliografia

¹ Aristotele, *Etica Nicomachea* VI, 4-5, 1140 a5 - b30.

² Ivi, 5, 1140 b6-7.

³ A. Manzoni, *I Promessi Sposi*, cap. XXI.

⁴ Tommaso D'Aquino, *Summa Theologiae* I-II, q. 21, a. 2, ad secundum: "la ragione si comporta in un modo nell'ambito della tecnica e in un altro in quello della morale [...]. Nell'ambito della morale, d'altro canto, è ordinata al fine comune dell'intera vita umana".

⁵ Ivi, I-II, q. 57, a. 4, ad tertium: "che si riferiscono all'intera vita dell'uomo, e al fine ultimo della vita umana".

⁶ Ivi, I-II, q. 94, a. 2.

⁷ F. Botturi, *La generazione del bene*. Gratuità ed esperienza morale, Vita&Pensiero, Milano 2009, p. 274.

⁸ T. S. Eliot, *Assassinio nella cattedrale*, in *Opere*, a cura di R. Sanesi, Bompiani, Milano 1986, pp. 373-374.

⁹ S. Kierkegaard, *Postilla conclusiva non scientifica alle "Briciole di filosofia"*, parte II, sez. II, cap. I, in *Opere*, Sansoni, Firenze 1972, p. 341b.

“De rara medicatione vulnerum”: il contributo di Cesare Magati alla cura delle ferite nel Seicento

Nicolò Nicoli Aldini - Alessandro Ruggeri

Nel convento dei Frati Cappuccini di via Bellinzona a Bologna si conserva un busto in terracotta policroma che ritrae la figura di un confratello scomparso nel XVII secolo: accanto al nome in religione di fra Liberato da Scandiano sul busto compare anche quello secolare di Cesare Magati. Nel “Necrologio dei Frati Minori Cappuccini della Provincia di Bologna” fra Liberato è oggi ricordato come “religioso di grande virtù”, ma il nome di Cesare Magati trova posto anche nei trattati di storia della medicina, fra coloro che, a quell’epoca, portarono significativi contributi all’innovazione nella pratica della chirurgia. Il legame fra Cesare Magati e Bologna non è solo legato alla presenza di questo ritratto, che ne rinnova la memoria nella città ove morì, ma anche a momenti significativi della sua vita che ora andremo brevemente a ripercorrere, per ricordare una figura certamente fra le più interessanti ed originali fra i maestri della chirurgia del Seicento.

Cesare Magati era nato nel 1577 a Scandiano, allora feudo ceduto dagli Estensi al casato dei Thiene, da famiglia “antica e decorosa”. A Bologna compì almeno in parte gli studi universitari, ottenendo la laurea in medicina nel 1597. Si trasferì poi a Roma, ove si dedicò alla pratica della chirurgia nell’ospedale di Santa Maria della Consolazione. Venne nel 1612 chiamato a Ferrara come professore di Chirurgia nell’Università, e fu chirurgo primario nell’Arcispedale S. Anna. A questo periodo risale la sua opera maggiore, il *De rara medicatione vulnerum seu de vulneribus raro tractandis*, stampata per la prima volta a Venezia nel 1616, a cui si deve la sua fama, seppure non mancassero fra i contemporanei ed anche in tempi successivi accese critiche.

Nel 1618 Cesare Magati lasciò l’insegnamento, abbracciò la vita religiosa, nell’ordine dei Frati Minori Cappuccini, assumendo il nome di fra Liberato. Trascorse quindi a Bologna l’ultima parte della sua vita, continuando, con l’autorizzazione dei superiori, l’esercizio della chirurgia. Il manifestarsi di una calcolosi vescicale rese necessaria per lui l’“operazione della pietra”, intervento estremamente traumatico, praticato all’epoca di regola per via perineale, e gravato da complicanze spesso fatali. Così fu anche per fra Liberato, che morì a Bologna nel 1647 dopo essersi sottoposto all’operazione con esito infausto.

Ma veniamo dunque al *De rara medicatione vulnerum*,

ed al suo significato nello scenario della chirurgia del tempo che, ancora ben lontana dalle radicali trasformazioni che ne avrebbero segnato lo sviluppo nell’Ottocento, si trovava a dover fronteggiare ostacoli non sormontabili come il dolore, l’infezione, il trauma dell’intervento.

La tradizione antica, e per secoli riproposta, nella cura delle ferite si basava su comportamenti aggressivi, con medicazioni ripetute ed inappropriate, nella convinzione che indurre la suppurazione costuisse un passaggio necessario per ottenere la guarigione. Nonostante già in epoca medioevale chirurghi come Teodorico Borgognone (1180-1258) e Henry de Mondeville (1260-1320) avessero preconizzato procedure meno traumatiche, la maggior parte dei pratici si atteneva alle dottrine tradizionali. Tuttavia Magati, durante il suo soggiorno negli ospedali romani, aveva avuto modo di osservare come i chirurghi della città seguissero, nel trattamento delle ferite, un metodo basato su un maggiore rispetto per i tessuti lesionati, seppure giustificandolo con argomentazioni empiriche piuttosto che con spiegazioni razionali.

Anche per Magati l’opportunità di esplorare una nuova strada sembra sia venuta da circostanze abbastanza occasionali. Così scrive infatti nella sua opera: “Medicavo una piaga sulla gamba di una fanciulla una o due volte al giorno” senza ottenere miglioramento. Quindi “stanco della lunghezza della cura, iniziai a medicare una volta ogni due giorni, poi ogni tre, ed in breve tempo essa guarì. Ho sperimentato lo stesso metodo in altri ammalati, con risultati positivi”. Si apriva dunque una nuova prospettiva, che Magati così spiegava: “Lasciando in assoluto riposo la lesione, la natura ha il tempo di compiere il lavoro necessario per la guarigione” aggiungendo ancora: “È la natura e non il medico con i medicamenti che guarisce le ferite, perché è la natura che drena il pus, rigenera la carne, ripara le fratture dell’osso” e concludendo infine: “la perfezione della medicina consiste nell’aiutare la natura più che si può”. Si riconosce dunque da Magati in modo chiaro il ruolo dei meccanismi naturali nel processo di guarigione. Siamo nel Seicento, e il percorso da compiere per arrivare alle scoperte del XIX secolo che permetteranno di fondare su basi scientifiche la fisiopatologia della riparazione dei tessuti è ancora lungo; tuttavia appare ben compre-

so il concetto del ruolo della terapia che deve “proteggere il lavoro della natura” e non contrastarlo con i suoi interventi, e che troverà la sua sintesi, alcuni decenni più tardi, nell’*aforisma* di Giorgio Baglivi (1668-1707): “*Medicus, naturae minister et interpres, quicquid meditetur et faciat, si naturae non obtemperat naturae non imperat*”.

Ma soprattutto ciò che emerge nell’opera di Magati, nonostante non manchi in essa, attraverso numerosissime citazioni, l’*ossequio* almeno formale all’autorità di Galeno, è il nuovo approccio, non dogmatico ma basato sull’osservazione, alla soluzione dei problemi clinici. Egli stesso si esprime chiaramente in questo senso: “quando una dottrina si oppone all’osservazione, e vi è contrasto fra esse, è opportuno seguire l’osservazione”. Questa affermazione assume un duplice significato: metodologicamente essa sottolinea la necessità di un approccio critico al sapere tradizionale, che deve essere confrontato con quanto proviene da nuove esperienze; da un punto di vista pratico essa richiama il medico a formare le proprie capacità non solo su basi teoriche ma anche su quanto ha potuto personalmente verificare nell’esercizio dell’arte.

Fra i riconoscimenti tributati all’opera di Magati, merita, come conclusione, di essere ripreso quanto scrisse nel Settecento lo storico della chirurgia Antoine Portal: “egli fu il primo che cercò di semplifi-

care la chirurgia. Il suo pensiero ed i suoi principi sul trattamento delle ferite rivelano un profondo filosofo ed un acuto osservatore della natura”.

Riferimenti bibliografici

- 1) Magati C. *De rara medicatione vulnerum, seu de vulneribus raro tractandis*. Venezia, Ambrosium et Bartolomeum Dei, 1616.
- 2) Putti V. *Cesare Magati*. *Chir Organi Mov* 1940 (25): 287-94.
- 3) Portal A. *Histoire de l’anatomie et de la chirurgie*. Paris, Didot, 1770.
- 4) Nicoli Aldini N. et al. *De rara medicatione vulnerum: an historical approach to wound care*. In: *Wound Healing and skin physiology* (P. Altmayer et. al eds.), Springer Verlag, 1995.

Autori

Nicolò Nicoli Aldini - Storico della Medicina. Istituto Ortopedico Rizzoli.

Alessandro Ruggeri - Ordinario di Anatomia Umana dell’Alma Mater - Direttore del Museo delle Cere Anatomiche “Luigi Cattaneo”.

In copertina

Il busto di fra Liberato da Scandiano (Cesare Magati) che si conserva nel Convento dei Frati Minori Cappuccini di via Bellinzona a Bologna.

Pubblichiamo gli interventi di tre ricercatori indipendenti sull’H1N1

Influenza A

Angelo Micozzi

Antefatto. Influenza è un termine italiano, adottato in tutto il mondo, per definire l’epidemia derivante dal virus di tipo A, che indica la cattiva influenza del cielo (*influentia* in latino). Nel 2005, in un articolo apparso sul “*New England Journal of Medicine*”, si stimava che una nuova eventuale pandemia, innescata dal virus del 1918, avrebbe ucciso tra i 180 e i 360 milioni di esseri umani, in tutto il mondo.

I recenti avvenimenti, sulle epidemie di influenza aviaria H5N1 e di influenza suina H1N1, hanno evocato lo spettro della pandemia del 1918, la cosiddetta Spagnola, la quale provocò circa 40 milioni di vittime nella popolazione mondiale. La viva preoccupazione che tale evento possa di nuovo manifestarsi ha indotto la comunità scientifica, ormai da molti anni, a cercare il ruolo di eventuali mutazioni

virali, nella genesi di un contagio imprevedibile nella sua evoluzione.

Nel XX secolo si sono verificate due pandemie influenzali, nel 1957 (Asiatica) e nel 1968 (Hong Kong), oltre a quella tristemente nota del 1918. Il virus influenzale venne isolato nel 1934: da allora la virologia ha guadagnato numerose conoscenze sulle pandemie, permettendo di caratterizzarle in modo sempre più preciso, in base alle differenze antigeniche della emagglutinina e della neuraminidasi: H1N1 sarebbe stata la Spagnola, di origine suina, mentre H2N2 e H3N2 sarebbero i ceppi influenzali del 1957 e del 1968, rispettivamente¹.

La lezione dell’influenza aviaria. Nonostante l’accettazione sulla origine suina della Spagnola, nel periodo relativo al panico aviario del 2003, si puntò

molto sulla possibile origine aviaria della pandemia, probabilmente per accentuare la necessità di un intervento attuale, mirato al controllo della politica sanitaria. In termini epidemiologici, ciò significa che lo spettro della catastrofe poteva essere gestito dai Governi, a favore di una vaccinazione di massa, che non ebbe seguito auspicato, a causa della inconsistenza epidemica.

La spiegazione di questo arcano scientifico consisteva nel ritenere il maiale, come un vero e proprio serbatoio del virus aviario, unico archetipo delle epidemie influenzali, compresa la pandemia del 1918². Da questo sconcertante, quanto probabilmente intenzionale malinteso, si è cominciato a gridare al pericolo, quando, nel dicembre 2003 si osservò l'insorgenza di focolai epidemici in Asia, che comportò la morte di alcune persone di giovane età e che generò il ricordo nefasto della Spagnola. Per affrontare il problema si predisposero subito degli accorgimenti, quali la sorveglianza, l'allestimento del vaccino e l'informazione medico-scientifica, che preparava la fase successiva. In questa seconda fase il ruolo della informazione, attraverso i comuni mezzi mediatici, fu decisiva nello spingere la politica sanitaria dei singoli Stati in un'unica direzione: la salvezza dell'umanità, mediante interventi vaccinatori, naturalmente supportata dal panico pandemico nella opinione pubblica³.

In quel periodo, furono davvero in pochi a evidenziare l'incongruenza scientifica del rischio pandemico. Infatti, si faceva leva sulla origine aviaria della emagglutinina H1, la quale avrebbe superato la barriera interspecie, tra gli uccelli e l'uomo, mediante il serbatoio suino⁴. Venne accettata questa teoria⁵ per promuovere la necessità di un intervento diretto, anche se la gran parte della comunità scientifica propendeva verso l'ipotesi suina della Spagnola⁶.

Infatti, uno studio condotto sul sequenziamento del genoma virale del 1918 dimostrò che la polimerasi del suddetto virus era geneticamente molto distante da quella aviaria⁷. Ciò contraddice il panico indotto sul ceppo H5N1, il quale avrebbe dovuto evocare il rischio di una pandemia fuori controllo. Gli avvenimenti successivi dimostrarono che l'affare aviario non raggiunse l'obiettivo di una vaccinazione di massa, in quanto i focolai epidemici si spensero presto, senza arrivare alla temuta e attesa pandemia.

La lezione H5N1 serve a interpretare gli eventi che, vertiginosamente, si susseguono in questi giorni, in un clima di incertezza e sfiducia della popolazione nei confronti della politica sanitaria.

Influenza e tubercolosi. Gran parte della isteria collettiva, circa il virus aviario, è stata favorita dalla sfiducia della comunità scientifica sulle attuali conoscenze nella correlazione tra il virus H5N1 aviario e la pandemia del 1918. Questa sfiducia non era completamente infondata. Notoriamente, infatti, l'influenza non uccide, tanto è vero che in Cina, nel

1992, milioni di persone avevano anticorpi anti-H5N1, senza che questi avessero espresso una disfunzione del sistema immunitario.

Partendo dai dati sopra riportati, alcuni autori hanno avanzato l'ipotesi che la Spagnola del 1918 colpì una popolazione mondiale già provata dalla tubercolosi, la quale è stata la vera causa dei tanti milioni di decessi⁸. Tanto è vero, che la piaga tubercolare, da allora, ha avuto un decremento progressivo, soprattutto in Occidente. In pratica, la pandemia influenzale accelerò il declino della tubercolosi, uccidendo molte persone colpite da tale malattia⁹. Tutto ciò esprime la frustrazione di una visione miope della catastrofe spagnola, in quanto il numero di decessi non può essere spiegato solo con la incomprensibile particolare virulenza dell'agente patogeno.

È molto probabile, che in un ospedale di oggi, i malati di Spagnola, nelle forme più gravi respiratorie, sarebbero stati classificati nell'ambito della sindrome da distress respiratorio, che tale diventò, a causa della notevole diffusione del bacillo di Koch. Poco prima dell'esordio di quella pandemia venne osservato un contagio letale tra i maiali, nel Kansas, identificabile con una forma di tubercolosi umana e aviaria e geneticamente ricombinato, attraverso uno scambio di mycobacteriofagi, a cui i suini erano particolarmente suscettibili, tanto da diventare un terreno di coltura vivente¹⁰.

Gestione delle informazioni. La buona fede, con cui molti ricercatori si sono impegnati nella comprensione del fenomeno pandemico, va inserita in un contesto ampio di salute pubblica, nella quale le scelte politiche giocano un ruolo determinante nell'indirizio attuativo della conoscenza scientifica. Ossia: si possono usare le ricerche di base, per coniugare l'esigenza del diritto alla salute, con quello dell'industria farmaceutica. È innegabile, infatti, che i fruitori terminali dell'affare aviario non siano stati i cittadini, bensì le multinazionali, che hanno veicolato le scelte sanitarie. L'esperienza, pur non riuscito nel suo complesso, ha ottenuto almeno un risultato: innestare nelle coscienze delle persone la paura di una pandemia simile a quella del 1918. Il punto di partenza, dunque, è rappresentato dalla scontata certezza che solo un virus influenzale abbia provocato il disastro di inizio secolo XX. Come abbiamo visto, possono esserci molti dubbi al riguardo.

Pertanto, tenendo presente la presunta lezione del 1918, si è cercato di valutare il rischio di una nuova pandemia, partendo dalle conoscenze acquisite sulle epidemie suine. Nel 1976 si attuò un inutile e nefasto programma di immunizzazione contro il virus H1N1, che comportò un notevole dispendio di energie economiche, senza raggiungere alcun obiettivo valido.

Le cose andarono in questo modo. Nel 1976, verso il tardo inverno, un focolaio di influenza suina, in una base militare degli Stati Uniti, a Fort Dix, nel

New Jersey, indusse il timore di una pandemia devastante. L'allora presidente Gerald Ford annunciò un piano per vaccinare tutta la popolazione del paese. Entro la fine dell'anno, circa 45 milioni di persone, su circa 200 milioni di americani, furono vaccinate per il nuovo ceppo. Tuttavia, i successivi sviluppi del contagio non rivelarono alcuna pandemia e la credibilità della salute pubblica subì un duro colpo¹¹.

In realtà, ciò che avvenne allora fu un chiaro esempio, peraltro ben documentato, di un contagio interumano del virus suino H1N1, che fallì clamorosamente la sua diffusione, per i suoi 230 casi, tra cui 13 ospedalizzazioni e 1 decesso, dovuto a malattia cronica sottostante¹².

Tuttavia, nessuna epidemia apparve, con l'aggravante che vennero riportati frequenti reazioni avverse, tali da condurre la stampa di quel periodo a bollare il programma come un vero e proprio fallimento. Per i dirigenti della sanità pubblica fu un'esperienza bruciante.

Rispetto alla pandemia in corso, l'esperienza della SARS e la comunicazione globale sulla influenza aviaria hanno stimolato una notevole capacità di controllo e di cooperazione internazionale, anche se la lezione, che deriva dai fatti del 1976, obbliga a evitare una eccessiva fiducia nelle intuizioni scientifiche.

Questo aspetto introduce la vera questione, ossia la difficoltà di collegare le prove scientifiche (o presunte tali), con le scelte di politica sanitaria, soprattutto quando una minaccia per la salute pubblica può essere considerata un evento possibile, ma non per questo scontato. Senza considerare, comunque, che tali scelte comportarono, nel 1976, almeno 30 morti accertate, per reazioni avverse alla immunizzazione¹³.

Non bisogna dimenticare che le osservazioni di focolai di influenza suina, a contagio interumano, sono state molteplici. Nel 2004 furono ingaggiate, in uno studio prospettico mirato alla individuazione di una antropo-zoonosi da virus suino, 803 persone esposte, che vivevano in zone rurali. I risultati furono impressionanti: il 95% aveva un titolo significativo di anticorpi per il ceppo H1N1, ossia una percentuale di gran lunga superiore a quella di 79 soggetti non esposti al contatto con i maiali. Tali osservazioni non hanno generato il panico cui stiamo assistendo in questo periodo¹⁴.

Nel 2005 è stato isolato, in Thailandia il virus suino H1N1 in due soggetti di sesso maschile, contagiatisi l'un l'altro, che mostravano blandi sintomi influenzali, senza che il contagio si diffondesse a parenti e conoscenti¹⁵.

Vaccino H1N1. Uno degli argomenti a favore della campagna di immunizzazione di massa è legato alla presunta assenza di immunità, nella popolazione mondiale, verso il virus suino.

Tale argomento avvalorerebbe l'ipotesi di un alto rischio di pandemia incontrollabile, che potrebbe

ripetere i catastrofici avvenimenti del 1918, in quanto le diverse epidemie di H1N1 umano non proteggerebbero da quello suino.

In realtà, un recente studio indica le somiglianze molecolari esistenti tra il virus H1N1 dell'influenza 2009 e altri ceppi di virus H1N1 stagionali, che circolano nella popolazione, a partire dal 1988. Questi risultati suggeriscono che gli adulti sani possono avere un livello di protezione immunitaria che può smorzare la gravità dell'infezione causata dal virus suino H1N1 2009.

In questo studio sono state esaminate le strutture molecolari dei virus H1N1 umani stagionali e quello suino 2009. Utilizzando i dati raccolti ed esaminati dalla letteratura scientifica e le analisi delle risorse depositate sugli epitopi (www.iedb.org), è stato osservato che alcune di esse sono identiche nei diversi ceppi virali.

Tali epitopi possono essere riconosciuti da due sottopopolazioni di cellule T, CD4 e CD8, nel 41% e nel 69%, rispettivamente. Successivi esperimenti, usando campioni di sangue prelevati da adulti sani, hanno dimostrato che questo livello di T-conservazione può fornire una certa protezione e ridurre la gravità dell'influenza negli adulti sani infettati con il virus suino H1N1 2009¹⁶.

Queste considerazioni, peraltro, erano state già fatte precedentemente, con analisi di reattività crociata tra virus umano e quello suino, osservando l'affinità per gli antigeni simili, da parte di sieri immunizzati di conigli e ratti¹⁷.

Se queste osservazioni sono esatte, dobbiamo anche ammettere che le pregresse epidemie umane H1N1 abbiano lasciato una importante immunità nella popolazione mondiale. Una di queste è stata accertata in Cina nel 1977 e, precedentemente, nella prima metà degli anni '50¹⁸.

La "nuova" influenza A. Tra la fine di marzo e l'inizio di aprile 2009 sono stati segnalati i primi casi di epidemia H1N1, in Messico, in una piccola comunità dello stato di Veracruz, su pazienti con disturbi respiratori e sintomi simil-influenzali. Il 23 aprile, a seguito di un caso di polmonite atipica, la sorveglianza epidemiologica conferma la presenza, in numerosi pazienti con disturbi respiratori gravi, del virus H1N1 di origine suina, analogamente a quanto riportato su due bambini della California¹⁹.

Immediatamente si comincia a ipotizzare il rischio di una pandemia, per la dimostrazione del contagio inter-umano²⁰. In molti, il ricordo ancora recente della influenza aviaria, associato allo spettro della pandemia Spagnola, provoca un senso di sconforto, impotenza e paura²¹.

Contemporaneamente, si dispongono i primi esami di laboratorio, per accertare la presenza del virus H1N1, tra cui anche un metodo basato sulla PCR (polymerase chain reaction), che permette la individuazione dei geni per emagglutinina e neuraminidasi specifiche²².

Un'altra considerazione appare fondamentale: nel maiale può essere riscontrata la presenza di anticorpi reattivi nei confronti del virus H1N1 umano. In uno studio condotto su 571 sieri suini, nel 1984, in Giappone, si è dimostrata un'alta prevalenza di anticorpi anti-virus umano, nel periodo compreso tra aprile e giugno, i quali tendevano gradualmente a diminuire nei mesi successivi, parallelamente a quanto si verificava, negli stessi periodi, con l'incidenza della epidemia influenzale, nella popolazione giapponese²³.

Analoghe considerazioni, anche se all'opposto, sono state proposte sui dati sierologico-epidemiologici umani, mediante i quali, tra il 1984 e il 1985, ad Alma Ata (Russia), si dimostrava una reattività crociata tra il virus H1N1 dell'uomo e quello suino²⁴. Altri studi dimostrano la relazione tra i due virus, mediante la concordanza genetica²⁵.

Tanto nuova, dunque, l'influenza suina non sembra, da un esame della letteratura esistente.

Casi sporadici sono stati segnalati, ormai da molto tempo, nell'uomo: in Bulgaria (1982)²⁶, in Svizzera e Olanda (1986)²⁷, in Germania (1987)²⁸, nel Wisconsin (1989)²⁹, in Spagna (2008)³⁰. Insomma, i destini dei due virus sembrano intimamente correlati, dimostrando che la trasmissione interspecie e il riassortimento genico dei virus sono fenomeni piuttosto frequenti e, in definitiva, poco rischiosi³¹.

A suffragio di quanto esposto, si riporta uno sconcertante esperimento, condotto nel Wisconsin, nel 1997: due volontari svilupparono i sintomi dell'influenza 36 ore dopo il contatto con la raccolta nasale di maiali precedentemente infettati con il virus H1N1. Il tampone faringeo risultò positivo all'Rna virale dopo 8 giorni dal contagio, senza peraltro avere complicazioni o disturbi significativi³².

Ancora più inquietante, all'opposto, è l'inoculazione di un plasmide ricombinante del ceppo virale umano del 1918 nei maiali, con l'obiettivo di determinarne la virulenza. L'infezione venne indotta su maialini di 4 settimane di vita, per via nasale, sviluppando un transitorio aumento della temperatura e lievi segni respiratori. Tali risultati contrastano con precedenti esperimenti, condotti su altri mammiferi (topi, furetti, macachi), nei quali l'infezione fu letale su tutti. Questi dati confortano l'ipotesi che il maiale rappresenta un serbatoio elettivo e naturale del virus H1N1, tale da restituire il contagio all'uomo, qualora ci sia una esposizione, ma certamente in modo non rischioso³³.

Sotto questo aspetto, comunque, non era assolutamente necessario sacrificare i poveri maialini, in quanto era stata precedentemente dimostrata, nei suini, la presenza di H1N1 umano, nella provincia di Guangdong, in Cina. Ciò dimostra che il virus può rimanere invariante e quiescente, per lunghi periodi, nei maiali, i quali vanno considerati come vere e proprie riserve naturali dell'infezione³⁴.

Il vaccino, comunque e ovunque. L'opposizione al

vaccino contro l'influenza suina sembra crescere nel mondo. In una indagine pubblicata di recente, su una rivista scientifica molto autorevole, si fa menzione del rifiuto di 8.500 lavoratori sanitari (medici e infermieri), a Hong Kong, a immunizzarsi nei confronti della influenza suina, per la paura degli effetti collaterali e per i dubbi sulla efficacia del vaccino³⁵. Osservazioni analoghe sono state riportate in Canada, Israele e Gran Bretagna³⁶.

Il programma di vaccinazione di massa riguarda, in Europa e negli USA, diverse centinaia di milioni di persone. Mentre gli Stati Uniti hanno optato per una immunizzazione senza adiuvante, i paesi dell'Europa hanno scelto un vaccino adiuvato con MF59, comunemente contenuto nel farmaco stagionale, oppure con AS03, contenuto nel vaccino preparato per l'influenza aviaria H5N1.

Da sperimentazioni condotte su animali, in accordo con i dati epidemiologici umani, è stato osservato che la stimolazione del sistema immunitario, con adiuvante contenuto nei comuni vaccini anti-influenzali, può accelerare l'aterogenesi, con le ovvie conseguenze cliniche sulle pareti vascolari. Un programma di vaccinazione di massa, quale H1N1, dunque, dovrebbe prevedere tale rischio o quanto meno, in condizioni di emergenza, non utilizzare l'adiuvante. Pertanto, desta più di una perplessità la scelta di adottare la preparazione con MF59, in Europa, anche presupponendo che l'uso del vaccino possa essere giustificato da una effettiva necessità³⁷.

La possibilità che tali immunizzazioni comportino eventi avversi è uno dei temi aperti nel dibattito scientifico. Soprattutto quando i vaccini, come ad esempio quello contro l'influenza aviaria H5N1, si associano a una efficacia dubbia, circa le effettive proprietà antigeniche. Una reazione avversa severa, anche se rara e anche se verificata su milioni di persone, che ricevono il vaccino, non può in alcun modo essere giustificata da una scelta di politica sanitaria dettata dalla paura.

Nel programma del 1976, a proposito del fiasco sulla influenza suina, fu ben documentata l'insorgenza di casi di sindrome di Guillain-Barré associati al vaccino³⁸. Si vide, in quegli anni, che la grave forma neurologica periferica si associava alla presenza di anticorpi antigangliosidi GM1, per mimetismo molecolare tra mielina e antigeni virali contenuti nel vaccino³⁹.

Il mimetismo molecolare è stato invocato anche nella patogenesi della sindrome di Rasmussen, una forma intrattabile di epilessia, che mostra una correlazione diretta con l'immunità cellulare e umorale, derivante da vaccinazione o infezione, anche per influenza A⁴⁰.

Questa osservazione, comunque, stabilisce il principio che una immunizzazione specifica può innescare un processo autoimmune, per mimetismo molecolare, sia per vaccino, sia per infezione naturale. Misurando i titoli sierologici dei pazienti che

hanno avuto eventi cardiovascolari, si è osservato che le lesioni aterosclerotiche hanno una estensione tanto maggiore, quanto più importanti sono le esposizioni infettive.

Il mimetismo molecolare è in grado di rispondere alla domanda su come una immunizzazione (infettiva o vaccinatoria) possa accentuare la vulnerabilità cardiovascolare, su lesioni aterosclerotiche altrimenti stabili⁴¹. Tale mimetismo risiede nella somiglianza molecolare tra emagglutinina e recettore di LDL⁴².

Considerazioni non conclusive. L'apparente intenzione benevola verso l'umanità, da parte delle multinazionali farmaceutiche, nasconde, in realtà, un profondo disprezzo verso i diritti della gente. Tale disprezzo è il risultato di una visione alterata delle cose, soprattutto della salute pubblica. La potenza delle illusioni collettive, dovute ai mezzi di disinformazione, crea un riscontro nella paura del cittadino. Certamente, non è sempre stato così. Un tempo, forse, si sarebbe potuto immaginare una congiunzione felice tra l'idea di modernità e la verità contenuta negli avvenimenti reali.

Purtroppo, la realtà scientifica, espulsa in qualche modo dai propri dogmi, diventa un fenomeno estremo, che preoccupa i potenti di turno. Diventa, cioè, il territorio di nessuno, che la comunità scientifica non ha intenzione di prendere in considerazione, bollandola come "alternativa".

Si preferisce, pertanto, spostare miliardi di euro, dalle effettive necessità dell'essere umano (tra cui, soprattutto, il diritto al cibo per tutti, in tutto il mondo) alla inconcludenza terapeutica della pratica vaccinatoria. Questa realtà economica "estroflessa" vende fumo farmacologico, contando sulla paura collettiva, indotta dalla simulazione mediatica autoreferenziale.

Bibliografia

¹ Kilbourne ED. Influenza pandemics of the 20th century. *Emerg Infect Dis* 2006 Jan; 12(1): 9-14.
² Bodas M, et al. (Influenza A/H1N1 virus-old and new). *Harefuah* 2009 Aug; 148(8): 490-4.
³ Trampuz A, et al. Avian influenza: a new pandemic torea? *Mayo Clin Proc* 2004 Apr; 79(4): 523-30.
⁴ Browlee GG, Fodor E. The predicted antigenic city of the haemagglutinin of the 1918 Spanish influenza pandemic suggests an avian origin. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2001 Dec 29; 356(1416): 1871-6.
⁵ Gibbs MJ, Gibbs AJ. Molecular virology: was the 1918 pandemic caused by a bird flu? *Nature* 2006 Apr 27; 440(7088): E8; discussion E9-10.
⁶ Gibbs MJ, et al. The haemagglutinin gene, but not the neuraminidase gene, of "Spanish flu" was a recombinant. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2001 Dec 29; 356(1416): 1845-55.
⁷ Taubenberger JK, et al. Characterization of the 1918 influenza virus polymerase genes. *Nature* Oct 6; 437(7060): 889-93.

⁸ Noymer A, Garenne M. The 1918 influenza epidemic's effects on sex differentials in mortality in the United States. *Popul Dev Rev* 2000; 26(3): 565-81.

⁹ Noymer A. Testing the influenza-tuberculosis selective mortality hypothesis with Union Army data. *Soc Sci Med* 2009 May; 68(9): 1599-608.

¹⁰ Broxmeyer L. Bird flu, influenza and 1918: the case for mutant Avian tuberculosis. *Med Hypothesis* 2006; 67(5): 1006-15.

¹¹ Fineberg HV. Preparing for avian influenza: lessons from the "swine flu affair". *J Infect Dis* Feb 15; 197 Sppl 1: S14-8.

¹² Lessler J, et al. Transmissibility of swine flu at Fort Dix, 1976. *J R Soc Interface* 2007 Aug 22; 4(15): 755-62.

¹³ WHO. Swine flu of 1976: lessons from the past. An interview with Dr Harvey Fineberg. *Bull World Health Organ.* 2009 June; 87(6): 414-415.

¹⁴ Gray GC, et al. Swine workers and swine influenza virus infections. *Emerg Infect Dis* 2007 Dec; 13(12): 1871-8.

¹⁵ Komadina N, et al. Genetic analysis of two influenza A (H1) swine viruses isolated from humans in Thailand and the Philippines. *Virus Genes* 2007 Oct; 35(2): 161-5.

¹⁶ Greenbaum JA, et al. Pre-existing immunity against swine-origin H1N1 influenza viruses in the general human population. *Proc Natl Acad Sci USA* 2009 Nov 16 (Epub ahead of print).

¹⁷ Isaeva EI, Rovnova ZI. (Determination of the antigenic composition of the hemagglutinins of influenza viruses H1N1). *Vopr Virusol* 1983 Jul-Aug; 28(4): 24-9.

¹⁸ Kung HC, et al. Influenza in China in 1977: recurrence of influenza virus A subtype H1N1. *Bull World Health Organ* 1978; 56(6): 913-18.

¹⁹ Centers for Disease Control and Prevention. Outbreak of swine-origin influenza A virus infection - Mexico, March-April 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2009 May 8; 58(17): 467-70.

²⁰ Naffakh N, van der Werf S. April 2009: an outbreak of swine-origin influenza A (H1N1) virus with evidence for human-to-human transmission. *Microbes Infect* 2009 Jul-Aug; 11(8-9): 725-8.

²¹ Beckford-Ball J. Swine flu panic show show little we really care. *Br J Nurs* 2009 May 14-27; 18(9): 521.

²² Whiley DM, et al. Detection of novel influenza A (H1N1) virus by real-time RT-PCR. *J Clin Virol* 2009 Jul; 45(3): 203-4.

²³ Miwa Y, et al. Prevalence of human (H1N1) influenza virus-antibody in Japanese swine. *J Hyg (Lond)* 1986 Dec; 98(3): 503-9.

²⁴ Chuvakova ZK, et al. Virologic and seroepidemiologic analyses of the circulation of influenza virus A (H1N1), similar to serovariant A (Hsw1N1), in 1984-1985 in Alma Ata. *Zh Mikrobiol Epidemiol Immunobiol* 1986 Oct; (10): 30-6.

²⁵ Nakajima K, et al. Genetic relatedness between A/Swine/Iowa/15/30(1N1) and human influenza viruses. *Virology* 1984 Nov; 139(1): 194-8.

²⁶ Iamnikova SS, et al. [Study of human influenza viruses isolated in 1982 which are antigenically related to the

swine flu virus]. *Vopr Virusol* 1989 May-Jun;34(3): 288-92.

²⁷ de Jong JC, et al. Isolation of swine-like influenza A(H1N1) viruses from man in Switzerland and The Netherlands. *Ann Inst Pasteur Virol.* 1988 Oct-Dec;139(4): 429-37.

²⁸ Zhang XM, et al. Detection of antibodies against human influenza A virus (H1N1) in swine sera in the Federal Republic of Germany. *Zentralbl Veterinarmed B* 1988 Jul;35(6): 474-6.

²⁹ Rota PA, et al. Laboratory characterization of a swine influenza virus isolated from a fatal case of human influenza. *J Clin Microbiol.* 1989 Jun;27(6): 1413-6.

³⁰ Adiego Sancho B, et al. Human case of swine influenza A (H1N1), Aragon, Spain, November 2008. *Euro Surveill.* 2009 Feb 19;14(7). pii: 19120.

³¹ Shu LL, et al. Evidence for interspecies transmission and reassortment of influenza A viruses in pigs in southern China. *Virology* 1994 Aug 1; 202(2): 825-33.

³² Wentworth DE, et al. Transmission of swine influenza virus to human after exposure to experimentally infected pigs. *J Infect Dis* 1997 Nov; 176: 1414-5.

³³ Weingartl HM, et al. Experimental infection of pigs with the human 1918 pandemic influenza virus. *Virology* 2009 May; 83(9): 4287-96.

³⁴ Yu H, et al. Further evidence for infection of pigs with human-like H1N1 influenza viruses in China. *Virus Res* 2009 Mar; 140(1.2): 85-90.

³⁵ Chor JS, et al. Willingness of Hong Kong healthcare workers to accept pre-pandemic influenza vaccination at different WHO alert levels: two questionnaire surveys. *BMJ* 2009 Aug 25;339: b3391.

³⁶ Kmietowicz Z. Opposition to swine flu vaccine seems to be growing worldwide. *BMJ* 2009 Aug 26; 339: b3461.

³⁷ Bhakdi S, et al. Possible risks of mass vaccination against new influenza A/H1N1: have the cardiovascular risks been adequately weighed? *Med Microbiol Immunol* 2009 Oct 23 (Epub ahead of print).

³⁸ Evans D, et al. "Prepandemic" immunization for novel influenza viruses, "swine flu" vaccine, Guillain-Barré syndrome, and the detection of rare severe adverse events. *J Infect Dis* Aug 1; 200(3): 321-8.

³⁹ Nachamin I, et al. Anti-ganglioside antibody induction by swine (A/NJ/1976/H1N1) and other influenza vaccines: insights into vaccine-associated Guillain-Barré syndrome. *J Infect Dis* 2008 Jul 15; 198(2): 226-33.

⁴⁰ Takahashi Y, et al. Vaccination and infection as causative factors in Japanese patients with Rasmussen syndrome: molecular mimicry and HLA class I. *Clin Dev Immunol* 2006 Jun-Dec; 13(2-4): 381-7.

⁴² Gurevich VS, et al. Autoimmune nature of influenza atherogenicity. *Ann N Y Acad Sci* 2005 Jun; 1050: 410-6.

⁴² Azambuja MI. Spanish flu and early 20th-century expansion of a coronary heart disease-prone subpopulation. *Tex Heart Inst J* 2004; 31(1): 14-21.



OSPEDALE PRIVATO
SANTA VIOLA



Direttore Sanitario:

DOTT. GIUSEPPE GUERRA MEDICO CHIRURGO

Specialista in Igiene e Sanità Pubblica, Medicina Legale e delle Assicurazioni

STRUTTURA SANITARIA PER LUNGODEGENZE ACCREDITATA

Aut. San. PG 160609 del 07/10/2002

Via della Ferriera n. 10 • 40133 Bologna • Tel. 051 383824 • Fax 051 4141266

FIG. 38051 del 04/03/2003

Considerazioni sulla vaccinazione H1N1

Attilio Speciani - Specialista in Allergologia e Immunologia Clinica

In un'epoca in cui le informazioni possono essere conosciute in tempo reale, i ministeri per la salute potrebbero fornire dati aggiornati quotidianamente per confrontare i dati di incidenza della morbilità da H1N1 confrontandoli con quelli relativi alle infezioni influenzali degli anni precedenti. Invece durante tutti i mesi passati la contabilità dei malati è stata fumosa e le comunicazioni giornalistiche sono state orientate al sensazionalismo piuttosto che alla concretezza.

Test diagnostici e conteggio dei malati

È bene ricordarsi che i test per la diagnosi rapida della infezione da H1N1 hanno una affidabilità che non supera il 32%, e che spesso si ferma al 10%. Eppure nei mesi passati tanti ci hanno creduto, salvo poi scoprire (dalla prima pagina del "New York Times Health") che i test rapidi utilizzati per la definizione della malattia funzionano in una percentuale che poteva andare dal 10% (cioè su 100 malati di H1N1 se ne identificano solo 10) al 40%. Alcuni altri test, più lenti ma più precisi, arrivano al 69%, ma la percentuale dei test rapidi, come il Quidel, non superano il 32% come pubblicato su "Clinical and Infectious Disease" lo scorso maggio (Uyeki TM et al, Clin Infect Dis. 2009 May 1;48(9):e89-92).

Questo tipo di nozione è fondamentale se si pensa a come i controlli negli aeroporti siano stati gestiti nei mesi precedenti la campagna vaccinale. Ad un certo momento infatti si è smesso di contare i malati, perdendo così di vista la proporzionalità tra infezione e rischio.

Se su 10.000 ammalati muore una persona, la statistica ufficiale riporta un indice di mortalità di 1 su 10.000. Iniziare a contare solo i morti senza contare più gli ammalati ufficiali (come in parte è avvenuto) fa solo gioco per chi vuole dire che H1N1 rappresenti un pericolo grave; i morti cresceranno e i malati resteranno sempre gli stessi, facendo crescere l'indice di gravità della malattia con un artificio tecnico e non per aderenza alla realtà.

Questo è quanto è in parte avvenuto in tutto il mondo, sottostimando e non considerando l'immenso numero di persone che sono guarite spontaneamente in modo del tutto naturale, senza bisogno di alcun farmaco e spesso senza neanche bisogno dei sintomatici antifebbre spesso utilizzati.

Queste persone non le ha contate più nessuno, nonostante la evidenza clinica rilevata anche dai MMG, che in USA come in Italia hanno scelto di non vaccinare anche in considerazione della scarsa rilevanza clinica della manifestazione patologica da loro perfettamente percepita, e non certo per disin-

formazione. Le persone malate ad un certo punto del 2009 sono diventate poco interessanti dal punto di vista del marketing futuro.

Le linee guida di numerose nazioni espresse durante il 2009 hanno detto che il medico che si trovasse in un'area di possibile diffusione dell'H1N1 non avrebbe neanche dovuto più richiedere test di identificazione. Avrebbe dovuto considerare la persona malata di H1N1 e basta.

Ad un certo momento (aeroporti, stazioni, porti) c'è stata una caccia al malato davvero estenuante. Negli aeroporti, nelle stazioni marittime, nei luoghi in cui questo facesse sensazione, sono state fermate persone, famiglie e comitive, in alcuni casi obbligate ad un soggiorno ospedaliero coatto, per la teorica difesa della Salute Pubblica.

Dando credito ai dati precedentemente segnalati sulla non elevata sensibilità dei test, dobbiamo pensare che il vero effetto di questa situazione è che un enorme numero di malati che sono poi guariti senza alcun problema sono passati attraverso le frontiere di tutto il mondo. E quei pochi malati identificati e presi e spesso mediaticamente innalzati a simboli della gravità della malattia sono stati veramente pochi rispetto al numero enorme di persone che in Stati non occidentalizzati e in frontiere meno controllate non sono stati neanche degnati d'uno sguardo nonostante la febbre, la tosse o il raffreddore.

Non è del tutto vero che nessuno abbia più contato i malati, ma il loro numero è ormai grandemente sottostimato, perché nessuno più denuncia la semplice sintomatologia febbrile o respiratoria, e il numero dei malati poi guariti che non verranno tenuti in alcuna considerazione sarà sempre più elevato.

Molti medici da quel momento hanno iniziato a ritenere che il marketing, e non la salute pubblica, fosse il vero obiettivo della campagna relativa alla pandemia da H1N1. E nonostante le possibili critiche da porre all'OMS (soprattutto per il "cambio in corso d'opera" della definizione di pandemia, avendo improvvisamente eliminato il concetto di mortalità dalla sua definizione ufficiale) l'OMS ha sempre ribadito il basso profilo della malattia, evidenziando nelle sue note informative che la maggior parte delle persone guarisce spontaneamente senza bisogno di antivirali e segnalando che, in fondo, per curare bene l'infezione da H1N1 bastava un po' di paracetamolo o qualche farmaco sintomatico.

Mortalità effettiva e rischi potenziali

In un determinato momento, nei mesi scorsi ci si è interrogati sulla presenza di anticorpi protettivi in

chi non si fosse ammalato nonostante la vicinanza a malati di H1N1. Nessuno ha fornito i dati di protezione in chi si è vaccinato per l'influenza gli anni scorsi, con un vaccino trivalente in cui una componente, anche se diversa, era comunque di tipo H1N1, in grado di sviluppare almeno una parziale copertura nei confronti di questa influenza suina. I dati ufficiali sulla capacità di guarigione presente in tutti gli individui normali non sono stati divulgati e la stampa e il governo hanno dato valore solo alle notizie che provocando paura avrebbero potuto provocare risposte irrazionali nei cittadini.

Nonostante questo, a settembre i dati sull'inverno appena concluso in Australia e in Brasile hanno confermato che la mortalità per questa influenza è veramente a livelli bassissimi, per cui si può pensare che le capacità di difesa autonoma delle persone sia elevata e che il virus in sé non abbia caratteristiche di aggressività rilevanti.

Questo sarebbe bastato ad orientare in modo più corretto la scelta vaccinale. Ogni vaccino ha anche un rischio, anche se i dati sui possibili effetti dannosi della vaccinazione antinfluenzale sono scarsamente evidenziati (anche se rari). Il confronto tra rischi importanti, come quello di sviluppare una malattia neurologica come la sindrome di Guillain-Barré, e la possibilità di ammalarsi non regge. Se da genitore dovessi pensare che i miei figli potessero ammalarsi (tra 1 su 100.000 vaccinati e 1 su 10.000 a seconda dei lavori scientifici) e in alcuni casi rimanere paralizzati come effetto della vaccinazione per un tempo variabile da pochi mesi a tutta la vita, sceglierei sicuramente per la forma influenzale...

Purtroppo l'esperienza dell'unica influenza suina mai affrontata dall'uomo con una vaccinazione è drammatica. Fu proprio nel 1976 che l'influenza suina New Jersey venne affrontata con la vaccinazione di massa per l'H1N1 suino che si era sviluppato quell'anno. Le conseguenze furono drammatiche. Il numero di sindromi neurologiche e di paralisi post vaccinali fu immediatamente enorme e la vaccinazione dovette essere ritirata dopo poche settimane di impiego.

I tempi di sperimentazione per la vaccinazione che è stata di recente proposta sono di fronte a tutti. Le comunicazioni orientate a generare paura riecheggiano ancora nelle orecchie e sulle pagine di tanti giornali: "...non faremo in tempo a fare il vaccino" dicevano tutti, evocando paure che oggi è bene riconsiderare. Se infatti era vero quello che veniva detto, vuol dire che il vaccino che già da mesi viene utilizzato non ha seguito i normali protocolli di valutazione del rischio. La vera sperimentazione di massa sarà fatta su cittadini ignari del rischio e semplicemente resi oggetti.

Le stesse preoccupazioni sono emerse dall'articolo del "Corriere della Sera" del 13 settembre scorso (pagina 45) che pur riportando le rassicurazioni degli esperti, tutti concordi (ma come fanno...) nel

dire che questa vaccinazione sarà sicurissima anche nei bambini e nelle donne gravide, raccontava come la sperimentazione non fosse ancora completa e i diversi prodotti utilizzati per stimolare la reazione immunitaria fossero di diverso tipo e ognuno con diversi possibili problemi.

Da cittadini ci si domanda come sia possibile che con tanta confusione gli esperti possano esprimere considerazioni univoche sulla sicurezza e sulla mancanza di rischio.

Vale la pena ricordare che uno degli adiuvanti che è stato impiegato in questo vaccino H1N1 è lo squalene, usato per facilitare la reazione immunitaria, che viene miscelato alla preparazione dell'H1N1 per favorire la risposta immunologica. C'è chi dice che la facilita troppo, e che anzi la sovverte, tanto che proprio lo squalene è riconosciuto fin dal 2002 come una delle sostanze che può indurre forme di artrite simili all'artrite reumatoide dopo l'iniezione, con dati di tutto rispetto pubblicati sul "Clinical Experimental Immunology".

In modo più rispettoso del buon senso, a dispetto delle indicazioni vaccinali per tutte le donne gravide evidenziate nelle linee guida ministeriali, la SIGO (Società Italiana Ginecologia ed Ostetricia) attraverso le parole del suo Presidente, il professor Giorgio Vittori, si è espressa per una prudente cautela nella decisione di vaccinare, evitando di sottoporre globalmente tutte le proprie assistite a questo genere di trattamento, seppur consigliato dal ministero ("DoctorNews", anno 7 n. 151 del 15 settembre 2009).

Vaccini ed effetti avversi

Dobbiamo ricordare che le campagne di stampa non sempre sono legate a fatti oggettivi e che la immunizzazione antinfluenzale è una profilassi forse utile, ma certamente non priva di rischi.

I dati:

- Un vaccino antinfluenzale ha, come tutti i vaccini, dei possibili benefici, e anche dei possibili danni che dovrebbero essere resi noti con chiarezza per consentire scelte consapevoli ai cittadini.
- La variabilità delle influenze è altissima, ed è molto difficile prevedere il tipo di diffusione che avrà: nonostante questo, tra settembre e ottobre di solito i titoli dei giornali parlano di milioni di persone ammalate che puntualmente non si verificano.
- Le previsioni epidemiche spesso vengono disattese. Basta ad esempio pensare a cosa è successo nel 2009 nella stagione invernale dell'emisfero Sud. L'epidemia o pandemia H1N1 che veniva paventata ha provocato un numero irrisorio di decessi. Circa un ventesimo di quelli che ogni anno vengono riferiti alla classica influenza.

Facciamo riferimento solo ad alcuni lavori scientifici, alcuni dei quali recenti.

Cosa direste, ad esempio, se vi dicessero che vacci-

nando con “l’innocua vaccinazione” antinfluenzale tutti i bambini italiani ci possiamo aspettare almeno 10-15 casi di *sindrome di Guillaine-Barré* (poliradicolonevrite) più del solito, cioè almeno 10-15 bambini minori di 7 anni tra cui forse anche il nostro, semi-paralizzati per molti mesi o per tutta la vita, con incapacità di muoversi, agire, pensare come prima?

Eppure un gruppo di epidemiologi americani segnala questo dato già dal 1998 (N Engl J Med. 1998 Dec 17; 339(25): 1797-802), un dato che va ad affiancarsi a uno studio australiano che conferma, a fronte di 67 banali eventi post-vaccinali ogni 100.000 dosi di vaccino, la frequenza di ben 16,7 eventi avversi seri ogni 100.000 dosi per i bambini sotto i 7 anni, negli anni 2000 e 2002 (Commun Dis Intell. 2003; 27(3): 307-23).

Ma la citazione dei lavori sui danni neurologici post vaccino antinfluenzale può continuare. Non si tratta di eventi frequentissimi, ma si tratta di **eventi possibili, anche gravi, che in modo consapevole, chi vaccina dovrebbe conoscere e chi è vaccinato ancora di più.**

Andiamo dalla **nevrasite** (Eur J Neurol. 2000 Nov; 7(6): 731-3) alla **nevrite ottica** (J Neuroophthalmol. 1996 Sep; 16(3): 182-4). Per una corretta informazione, è opportuno ricordare che la stessa influenza può determinare un’infiammazione del tessuto nervoso come complicanza, ma è drammatico riconoscere che la maggior parte delle 58 morti per Guillaine Barré verificatesi nel 1977 negli USA, si verificò nei soggetti vaccinati, con insorgenza della malattia dopo 3-4 settimane dalla vaccinazione (Neurology. 1980 Sep; 30(9): 929-33).

I bambini paralizzati dalla vaccinazione, in fondo, non saranno tantissimi nell’economia commerciale italiana, ma ogni singolo caso merita una consapevole decisione per poter affrontare un rischio. È giusto che chi sceglie lo sappia, e non si senta dire che la vaccinazione è del tutto innocua, quando non è vero. Sapere le cose dopo, centuplica il livello del dramma.

Che dire, per fare un altro esempio, dei **casi di ORS (sindrome oculo-respiratoria)** che sono stati prima minimizzati e ritenuti dipendenti da un vaccino un po’ anomalo, e poi oggi addirittura riconfermati in doppio cieco contro placebo nel 44% dei soggetti che l’hanno già avuta? Il lavoro è stato pre-pubblicato on line (Clin Infect Dis. 2003 Oct 15; 37(8): 1059-66. Epub 2003 Sep 26) ed è stato tanto significativo da portare i suoi autori a suggerirne l’informazione specifica a chi ne ha sofferto.

Sicuramente si tratta di un problema di gravità molto relativa, ma **perché chi si vaccina non deve sapere che potrebbe perdere del tutto i capelli?** Questo dato riguarda soprattutto la vaccinazione obbligatoria anti-epatite B, ma in buona misura vale anche per l’antinfluenzale (JAMA. 1997 Oct 8; 278(14): 1176-8).

Che dire poi se dal numero del maggio 2003 della rivista Clinical Immunology (Clin Immunol. 2003

May; 107(2): 116-21) **uno dei più autorevoli studiosi americani** – analizzando i 382 casi di *sindrome di Guillaine-Barré* post-vaccino antinfluenzale rilevati in USA negli anni 1991-1998, cioè la bellezza di 50 casi all’anno documentatamente causati dalla vaccinazione e dal particolare quantitativo di endotossina associato al virus, confrontato a un rischio o (zero) per la vaccinazione con la anatossina tetanica – **suggerisce che forse per la vaccinazione antinfluenzale dovrebbe essere richiesto un consenso informato scritto?** Ma a cosa serve un consenso informato per qualcosa che dovrebbe fare solo bene?

Le notizie su H1N1 che il Ministero non ha dato

Per non avere paura del virus H1N1 e per prendere decisioni di vero impatto sociale servirebbero alcuni dati certi. Mentre la pandemia stava toccando tutte le parti del mondo inseguita da voci confuse spesso orientate a creare paura e confusione, ai medici sarebbero bastati 5 semplici dati per consentire al Ministero prima e alla gente comune poi di fare scelte consapevoli valide per la salute. Queste richieste, e le motivazioni scientifiche che le guidavano, sono state ribadite e diffuse più volte attraverso il sito www.eurosalus.com uno dei siti sicuramente più attivi nel proporre notizie sulla cosiddetta pandemia e che sicuramente ha contribuito, in momenti più difficili, a comprendere le motivazioni non scientifiche che la guidavano, oggi palesi e chiare alla maggioranza della popolazione. Eppure, benché disponibili, nessuno ha cercato comunicato questi dati.

Per porre queste domande si è partiti dalla considerazione del professor Sabin (che di virus se ne intendeva, di vaccinazioni anche e di salvezza del mondo pure) quando all’inizio della epidemia di HIV (il supposto virus dell’AIDS) ribadiva nelle varie interviste rilasciate che non capiva perché anziché studiare il virus e i malati non si studiassero i “long survivors”, quelli cioè che erano stati infettati già da anni ma resistevano perfettamente sani anche dopo anni.

Secondo Sabin (scopritore del vaccino antipoliomielite che rifiutò di brevettare per fornirlo immediatamente al mondo) la evidenza dei meccanismi difensivi sarebbe stata la chiave di lettura giusta per affrontare la malattia. Diceva queste parole pochi mesi prima di morire, ma le parole sagge di questo grande scienziato non sono mai state prese in considerazione dai suoi colleghi di allora.

Ecco allora i dati che ci sono mancati per una scelta consapevole

1) Valutare il titolo anticorpale sviluppato spontaneamente nelle persone che sono state a contatto con i malati e non si sono ammalate, capendo cioè quante persone in percentuale hanno già anticorpi difensivi nei confronti di questo virus; con questi dati si potrebbe dire alla gente che la vicinanza ai

malati non genera sempre malattia e che una certa percentuale (che ritengo molto alta viste le considerazioni appena fatte) potrebbe non avere alcun danno anche dal contatto con il virus.

2) Valutare il titolo anticorpale contro H1N1 delle persone precedentemente vaccinate per l'influenza, visto che già da qualche anno nei vaccini antinfluenzali è inserito l'antigene di altri sottotipi di H1N1 estremamente simili però a quelli della influenza suina; con questo dato si potrebbe ad esempio dire alle persone vaccinate negli anni passati che hanno comunque una ottima capacità di difesa già acquisita.

3) Definire e conoscere il titolo anticorpale di chi è guarito, senza nessuna conseguenza e il tempo impiegato a raggiungerlo; considerati i livelli di isolamento cui sono state sottoposte le persone trovate positive al virus, questo dato avrebbe potuto essere disponibile in un tempo irrisorio, ma anche se raccolto è probabilmente rimasto chiuso in un cassetto fino ad oggi e temiamo che lì resterà fino al passaggio della epidemia e del vaccino.

4) I costi completi della vaccinazione (qualche confronto ogni tanto non guasterebbe).

5) La precisa indicazione delle incidenze per fasce di età delle malattie neurologiche come la mielite trasversa, la sindrome di Guillain Barré e altre che sono purtroppo una delle complicanze possibili della vaccinazione antinfluenzale in genere. Rispetto all'esperienza del 1976 questo può essere uno dei pericoli insiti nella vaccinazione H1N1 che i medici meriterebbero di conoscere in dettaglio e che avrebbero dovuto essere monitorati con precisione dal 15 ottobre in avanti per valutare attentamente il rapporto rischio/beneficio, forse diverso dal pensato.

Dati difficili da rintracciare nonostante la mole di acquisizione. Interferenze sui media?

In questo anno di crisi economica la gente ha dovuto fare sempre i conti con tutto. Evidentemente i mezzi di comunicazione e molti governi hanno deciso di smettere di contare, proprio quando sarebbe necessario dare il giusto valore ai numeri che escono dalle agenzie per assicurare la popolazione ed evitare situazioni al di fuori di qualsiasi controllo razionale.

Per fare un esempio, chiunque voglia cercare su internet i dati di mortalità dovuti alle comuni influen-

ze negli anni passati, viene subissato dai dati attuali, riferiti solo alla pandemia H1N1. Recuperare i dati originali non dovrebbe però essere difficile per gli esperti dei vari ministeri della salute. Peccato che questa semplice valutazione sia stata accuratamente evitata.

Se vogliamo prendere come esempio l'Australia, nel 2007 ci sono stati, durante la stagione invernale (che per loro ricordiamo va da maggio a settembre) 2623 decessi correlabili all'influenza o alla polmonite correlata con l'influenza. Il numero è identico a quello degli anni precedenti. Per questo facciamo riferimento ai dati del ministero della salute australiano, anche se la stessa incidenza di mortalità è simile in tutti i paesi del mondo.

L'analisi attuale dei decessi dovuti ad H1N1 nella stagione 2009 che si sta concludendo dovrebbe aprire gli occhi a tutti. Quest'anno infatti, con l'H1N1 al massimo della sua esplosività, l'Australia ha dovuto contare 161 decessi per influenza. Cioè circa un ventesimo di quelli dovuti alle comuni influenze. E non per effetto del vaccino, che come sappiamo non è ancora a punto e non è stato ancora sperimentato.

Quindi quest'anno l'Australia ha contato 161 morti (probabilmente cresceranno ancora di qualche unità nelle due settimane che ci separano dall'inizio effettivo della primavera australe) contro i 2500 atesi normalmente.

Il Brasile era in una situazione analoga: verso la fine dell'inverno stava contando circa 600 decessi (con circa 180 milioni di abitanti) a fronte di un numero atteso di decessi da influenza di circa 15.000 nel corso della stagione. Eppure, nonostante questo ridimensionamento potente delle stime precedenti e del rischio connesso alla gravità della infezione H1N1, i giornali hanno segnalato il Brasile come il luogo con il massimo numero di decessi da H1N1 al mondo...

Le modalità con cui questi dati epidemiologici sono stati riletti per consentire all'Italia di affrontare in modo ragionato la corretta prevenzione sembrano essere andati in direzione contraria al buon senso. Si resta comunque perplessi di fronte al fatto che considerazioni semplici come queste non siano fatte e diffuse dagli organi che più di tutti dovrebbero occuparsi della salute e della vita dei cittadini.

FEDER.S.P.EV.

Pensionati Sanitari

Sede Bologna: 051/614.53.65

Anche nella buona sorte

Lettera aperta

Eugenio Serravalle - Specialista in Pediatria

Caro Topo Gigio, sei stato molto impegnato quest'anno: tra influenza stagionale ed influenza A, eri sempre sui giornali, alla radio, in televisione, a propagandare un vaccino che pochi, tra medici, soggetti a rischio, donne in gravidanza, e bambini hanno fatto. Quanto lavoro, e quale spesa per noi?

Chi ti ha incaricato di darti questo gran da fare non è soddisfatto: «Dobbiamo avere una forma mentale che ci faccia capire l'importanza di vaccinarsi per proteggerci» ha detto il ministro per la Salute Ferruccio Fazio, riaffermando l'utilità del vaccino, anche al di là dei dati ufficiali sulla pericolosità della "cosiddetta" pandemia. Il 18 dicembre l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha affermato che il piccolo epidemico è superato. Il numero dei decessi attribuiti al virus sono stati 10582 a livello mondiale, 1570 in Europa. In Italia i casi stimati sono stati al 27 dicembre 2009, 3.950.000 casi (a partire dal 19 ottobre quando è iniziata la sorveglianza Influnet). È verosimile che siano stati molti di più, perché l'influenza A ha avuto un decorso benigno, e molti casi non sono stati identificati. I casi mortali sono stati 193 (il tasso di letalità stimato dal nostro Ministero è dello 0,0048 %, contro lo 0,2 % dell'influenza stagionale). Il bilancio complessivo attuale non è quindi così drammatico come qualcuno temeva.

Soprattutto per i bambini, tra i quali l'incidenza di malattia continua ad essere elevata, ma la gravità e la letalità sono risultate minori che in altre fasce di età. Eppure le previsioni erano state molto fosche: hanno proposto di chiudere le scuole, di vietare gli abbracci durante le funzioni religiose. Nel Regno Unito hanno prospettato l'esigenza di accorciare i tempi dei funerali, di scavare fosse comuni per seppellire le vittime della pandemia. I morti avrebbero dovuto essere centinaia di migliaia, milioni. Come per l'aviaria: anche allora erano stati previsti 7 milioni di morti. Ma questi sono stati solo 262. Un altro grave errore prognostico.

Sarebbe stato meglio investire maggiori risorse (e non affidarti tutto questo lavoro) negli unici strumenti che si sono dimostrati efficaci nell'impedire la diffusione di tutti i virus respiratori: le misure igieniche che sono facilmente attuabili almeno nei paesi benestanti come il nostro, senza voler riaffermare l'utilità di un vaccino, della cui sicurezza ed efficacia nessuno ha ancora fornito le prove. Soprattutto i medici (se ne sono vaccinati meno del 15 %) non ti hanno dato ascolto, caro Topo Gigio. E non per scarsa informazione, per "una conoscenza superficiale della pandemia e degli strumenti per affrontarla", come sostiene il presidente della Fnom-

ceo, Amedeo Bianco. Ma per la sana applicazione di un principio di precauzione: dal momento che l'influenza è innocua, perché avrei dovuto sottopormi ad una vaccinazione di cui non si conoscono i dati di sicurezza ed efficacia?

Sarebbe stato meglio spendere tutti quei soldi in altre iniziative. Non è stato bello sapere che gli accordi di fornitura stipulati dal Governo con la multinazionale farmaceutica Novartis sono stati avvolti nel mistero più totale. A cominciare dal costo delle 24 milioni di dosi commissionate che, secondo indiscrezioni, ammonterebbe a circa 200 milioni di euro. Neppure la Corte dei Conti, pur avendo sollevato più di qualche dubbio e riserva, è riuscita a fare luce su questo particolare contratto. La registrazione è avvenuta "al di fuori degli ordinari schemi contrattuali", perché sono state ravvisate le stesse emergenze previste in caso di eventi calamitosi e di natura terroristica (Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3275 del 28 marzo 2003 - Disposizioni urgenti di protezione civile per fronteggiare l'emergenza derivante dall'attuale situazione internazionale). Non siamo riusciti a vedere questi motivi di "eccezionalità e di somma urgenza".

Mi spiace, Topo Gigio, ma non sei stato convincente: Non è certo colpa tua: anche negli altri paesi europei che avevano fatto scorte di vaccini c'è ora il problema di come eliminare l'eccesso delle fiale che riempiono i magazzini: smaltirli, o piazzarli in qualche paese africano?

Ti affideranno anche questo incarico? Potresti allora chiedere consiglio a qualche esponente del gruppo consultivo dell'OMS che ha il compito di elaborare le politiche globali e le strategie vaccinali, di indirizzare la ricerca, la tecnologia, lo sviluppo e la fornitura dei vaccini. I membri permanenti di questo gruppo sono 15. Non rivolgerti però a quei 7 che, si è saputo in questi giorni, sono nei libri-paga dell'industria farmaceutica. Il conflitto di interessi è diffuso in tutto il mondo.

Potresti approfittarne per chiedere il motivo per cui è stata cambiata la definizione di pandemia fra il primo ed il 9 maggio. Nella nuova definizione sono spariti i riferimenti a morbilità e mortalità elevate, presenti nella dizione precedente, e si parla solo di "ampia diffusione di un sottotipo di virus nuovo (che H1N1 non è, poiché gira in varie forme perlomeno dal 1918) contro il quale ci sono pochi o zero anticorpi". Ciò rende indistinguibile una pandemia influenzale da una epidemia di influenza stagionale. In altre parole, rischieremo di essere in pandemia perenne (che pacchia per untorelli e venditori di pozioni e modelli matematici!).

La tua credibilità si è ridotta perché non ti hanno fatto dire che: "I vaccini contenente l'adiuvante a base di squalene non sono sicuri."

Le decine di milioni di dosi di vaccino con MF59 usate negli ultimi 30 anni a cui spesso si fa riferimento, riguardano la popolazione anziana.

Ma il funzionamento del sistema immunitario degli anziani non è paragonabile con quello dei bambini. Gli studi pubblicati sui vaccini contenenti MF59 nei bambini sono insufficienti, riguardano un numero limitato (solo 130 bimbi) e, testualmente affermano che "è necessario raccogliere più dati sulla reattogenicità e sicurezza dei vaccini antinfluenzali adiuvati con MF59 nei bambini" e che "occorrono ulteriori studi allargati sui vaccini antinfluenzali adiuvati con MF59 nei bambini, compresi studi sull'efficacia". I vaccini contenenti questi adiuvanti non sono autorizzati negli USA, perché possano indurre malattie autoimmuni, secondo la Morgan Stanley Research Europe, Anche nel corso di un workshop dell'FDA e del National Institute of Health del 2008, Jesse L. Goodman Direttore del Center for Biologics Evaluation and Research dell'FDA ha denunciato "il numero molto limitato di studi con un adeguato numero di controlli, di follow-up attivi a lungo termine o nei bambini".

Inoltre la confezione multidose contiene Thiomer-sal, un sale di mercurio usato come disinfettante, che la stessa FDA nei primi anni 2000 chiese che venisse tolto dai vaccini a fronte della potenziale tossicità neurologica e renale.

Ti hanno fatto pubblicizzare anche la vaccinazione contro l'influenza stagionale, ma le prove della sua inefficacia sia nei bambini che negli anziani sono

sempre più numerose. È dimostrato che nei bambini fino ai 2 anni di età è pari a quella del placebo, cioè dell'acqua fresca. Non c'è motivo per proporlo ai bambini sani. Non si conosce ancora nemmeno la reale incidenza dell'influenza (numero di casi, ricoveri e morti) nelle varie età dell'infanzia, perché pare che solo il 10% delle varie sindromi respiratorie che possono colpire un bambino durante l'inverno siano causate davvero dal virus influenzale. Eppure ti hanno fatto proporre il vaccino come unico strumento per difendere la nostra salute.

Non hanno ritenuto importante spendere qualche secondo dei tuoi interventi per parlare della sicurezza, delle reazioni avverse al vaccino. Non soltanto di quelle a breve termine, che sono per lo più o molto gravi (e quindi evidenti e logicamente correlabili al vaccino) o di lieve entità. Ma anche delle reazioni a medio e lungo termine, che sono più subdole, perché difficilmente vengono associate alla vaccinazione, dal momento che non esiste un sistema di farmacovigilanza efficace. Questa nuova vaccinazione poteva prevedere almeno questo: un sistema di vaccino-vigilanza attiva, per una corretta determinazione del rapporto rischio/beneficio. Sia l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) che l'Agenzia del farmaco europea (EMEA), avevano fatto presente la necessità di un'attenta sorveglianza post-marketing per rilevare le reazioni avverse e gli effetti collaterali. Ma nessun intervento straordinario di sorveglianza è stato messo in campo, per cui ancora una volta le reazioni avverse emergeranno in un numero molto inferiore al reale, come accade sempre per tutte le vaccinazioni.

Insomma Topo Gigio, "ma cosa mi hai detto mai?"



POLIAMBULATORIO PRIVATO con Day Surgery Dott. Oppici

Direttore sanitario Dott. Lauro Oppici
Medico Chirurgo - Odontoiatra

n° prot. PG66586 del 16.04.2003 Aut. San. PG.136081 del 28.07.2003
40134 Bologna - Via Andrea Costa, 160

Tel. 051 6152754 - 6154769 Fax 051 6148438

www.poliambulatoriodaysurgery.com - www.studiooppici.com
info@studiooppici.com

Attività della Commissione Albo Odontoiatri di Bologna

In data 12 ottobre, alle ore 21, presso il Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche dell'Università di Bologna, si è tenuto il terzo incontro nell'ambito del ciclo di conferenze sul tema "Il trattamento dell'elemento gravemente compromesso". La parola è stata data al **Dr. Mario Lendini, al Prof. Gian Andrea Pelliccioni ed al Prof. Carlo Prati** che hanno esposto il punto di vista dell'Endodontista.

In data 30 ottobre, alle ore 17.00, presso il Savoia Hotel, si è tenuto il primo incontro nell'ambito del ciclo di conferenze "**La sagomatura del sistema dei Canali radicolari**". Il relatore, il Dr. Enrico Casai, Professore a Contratto Presso l'Università degli Studi di Ferrara, ha trattato la tecnica Protaper. In data 16 novembre, alle ore 21.00, sempre presso il Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche dell'Università di Bologna, si è tenuto il quarto incontro che ha visto trattare l'elemento gravemente compromesso dai Colleghi protesiti. Si sono alternati, come relatori, il **Dr. Riccardo Marzola ed il Dr. Carlo Monaco**.

In data 20 novembre, presso il Savoia Hotel, si è tenuto il secondo incontro nell'ambito del ciclo: "La sagomatura del sistema dei Canali radicolari". Il relatore, il **Dr. Luciano Giardino** ha trattato la tecnica Endowave.

In data 19 novembre, è giunta una lettera dal Presidente della SIdP, **Prof. Luca Francetti**, che ha chiesto una collaborazione con la Commissione Albo Odontoiatri di Bologna per organizzare degli incontri nell'ambito del progetto della SIdP sugli Stili di Vita nella prevenzione delle patologie parodontali e sistemiche.

Lunedì 23 novembre, alle ore 21.00, come diffusamente esposto dal Dr. Pantaleoni, presso la sede dell'Ordine, si è tenuto un incontro con gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri di Bologna.

Nelle date di mercoledì 14 ottobre, mercoledì 18 novembre e mercoledì 9 dicembre, si è riunita la Commissioni Albo Odontoiatri e sono state effettuate tre audizioni disciplinari nell'ambito di presunto prestanomismo e pubblicità sanitaria non conforme.

In data 27 novembre, il presidente della CAO si è incontrato con il Presidente dell'AMNCO (Associazione per le Medicine non convenzionali in Odontoiatria), **Dr. Salvatore Bardaro**.

In data 11 dicembre, presso il Savoia Hotel, si è tenuto il terzo ed ultimo incontro nell'ambito del ciclo: "La sagomatura del sistema dei Canali radicolari". Il relatore, il **Dr. Carlo Tocchio** ha trattato la tecnica Biorace.

In data 14 dicembre si è tenuto l'ultimo incontro presso il Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche dell'Università di Bologna sul tema "Il trattamento dell'elemento gravemente compromesso". I relatori, **Dr. Giuseppe Corinaldesi, Dr. Ferdinando D'Avenia ed il Dr. Pietro Felice** hanno trattato l'argomento dal punto di vista dell'Implantologo. La serata è stata presentata dal Prof. Luigi Checchi, titolare dell'Insegnamento di Chirurgia Speciale Odontostomatologica, presso il CLOPD dell'Università di Bologna.

In data 18 dicembre, presso la sede dell'Ordine, si è tenuto il primo incontro bolognese relativo al "Progetto Nazionale di prevenzione del Carcinoma del Cavo Orale". **I relatori, Prof. Lucio Montebugnoli, Prof. Claudio Marchetti, Dr. Roberto Cocchi e Proff.ssa Maria Pia Foschini**, hanno illustrato le ultime conoscenze nell'ambito di questa patologia neoplastica al fine di favorire una diagnosi sempre più precoce.

Nelle date 18 e 19 dicembre si è tenuto a Roma il Consiglio nazionale dei Presidenti CAO. I lavori sono stati aperti dall'Onorevole Pittella, Vicepresidente Vicario del Parlamento Europeo, che ha sottolineato come le problematiche dell'odontoiatria italiana devono necessariamente essere portate in discussione a livello europeo. Questo soprattutto per il rischio di un'invasione del nostro Paese da parte di professionisti che giungono dall'est Europa. Si sono susseguite le relazioni del Prof. Enrico Gherlone (referente per l'odontoiatria presso il ministero del Welfare), della Dr.ssa Maria Linetti e della Dr.ssa Maria Teresa Camera (Direzione Generale delle risorse umane e delle professioni sanitarie), del Prof. Marco Ferrari, del Dr. Massimo Ferrero, della Dr.ssa Egle Parisi (Ministero della Salute), della Prof.ssa Ersilia Barbato, del Dr. Michele Nardone, del Capiano Sergio TIRRÒ (NAS), del Dr. Claudio Giammatteo (fondo FASCHIM), dell'Ing. Gianfranco Pontevolpe (CNIPA: Centro Nazionale per l'Informatica della Pubblica Amministrazione) ed infine, dell'Avv. Marco Poladas (consulente legale della FNOMCeO). Sono stati trattati numerosi argomenti di grandissima importanza per il futuro della nostra professione, fra questi l'Abusivismo, la formazione post laurea, l'ECM, la riforma degli esami di stato, i fondi integrativi, il profilo dell'Odontotecnico e la circolazione delle lauree in Europa.

Attività svolta dalla Commissione Albo Odontoiatri

Quasi al termine del primo anno di mandato, la Commissione Albo Odontoiatri ha pensato di fare un primo resoconto dell'attività svolta confrontandosi con i colleghi per rispondere alle domande e ricevere proposte e consigli.

Da questi presupposti è scaturito l'incontro presso la Sala dell'Ordine dei Medici di Bologna di lunedì 23 novembre dove erano presenti il Presidente dell'OMCeO di Bologna Dr. Giancarlo Pizza, la Commissione Albo Odontoiatri al completo ed il legale dell'Ordine Avv. Alberto Santoli.

Dopo i ringraziamenti del Presidente CAO Dr. Carlo D'Achille agli intervenuti, la discussione si è subito indirizzata sui temi più caldi, ovvero la Pubblicità Sanitaria e l'Educazione Continua in Medicina.

Il Presidente Dr. Pizza, insieme all'Avv. Santoli, ha illustrato i passaggi del contenzioso legale in atto con una società di franchising odontoiatrico in merito alle attività pubblicitarie effettuate, auspicando un rapido e positivo giudizio (previsto per la fine dell'anno) non escludendo la possibilità dell'Ordine di farsi parte civile per una richiesta di danni.

Su domanda di un collega, il Dr. Pizza ha illustrato la proposta di convenzione con CUP 2000 per consentire un accesso gratuito alla casella di posta elettronica certificata (PEC) per tutti gli iscritti all'Ordine di Bologna. Nonostante la scadenza prevista sia quella del 29 novembre ma non essendo previste nessun tipo di sanzioni, il suggerimento è stato quello di attendere l'esito positivo di questa convenzione dettato solamente dai tempi tecnici necessari a CUP 2000 per diventare provider certificato di PEC.

La discussione si è poi incentrata sull'Educazione Continua in Medicina. Unanimi sono stati i complimenti rivolti a tutta la Commissione per l'impegno volto a strutturare un iter formativo che consenta all'iscritto un aggiornamento di qualità e gratuito, sia mediante la formazione a distanza (FAD) che tramite gli incontri in sede universitaria del lunedì sera e gli approfondimenti del venerdì pomeriggio. Molto importante l'appello, da riportare anche ai colleghi non presenti, del Presidente CAO Dr. D'Achille circa la necessità di raccogliere i crediti ECM. Il triennio 2008-2010 impone la realizzazione di 150 crediti (60 dei quali riportabili dal quadriennio sperimentale precedente) e, al termine, sarà compito della Commissione controllare l'operato del collega ed anche se non è ancora previsto un automatismo di pena, chi non si aggiorna è passibile di procedimento disciplinare secondo l'art. 19 del Codice Deontologico.

Il Dr. D'Achille ha poi rivolto un doveroso ringraziamento al Cenacolo Odontostomatologico Bolognese nella persona del Dr. Pietro Di Natale per il lavoro fatto in ambito FAD e di accreditamento degli eventi culturali.

Il Dr. Emanuele Ambu ha poi illustrato le linee del programma di aggiornamento previsto per il 2010 fornendo alcune anticipazioni sui temi e sui relatori coinvolti.

Sempre nell'ottica di favorire l'aggiornamento degli odontoiatri, su proposta di un Collega si sta valutando di ampliare l'offerta delle pubblicazioni consultabili sul sito dell'Ordine inserendo anche le più importanti in campo odontoiatrico.

Si è parlato brevemente anche del lavoro della Commissione Albo Odontoiatri in ambito disciplinare e il Dr. Sebastiano Pantaleoni ha sottolineato come l'atteggiamento, soprattutto in ambito di pubblicità sanitaria, sia stato quello di informare ed aiutare il collega a non incorrere in sanzioni e non quello di reprimere e punire cercando di mantenere una uniformità nel giudizio.

Ricordando, infine, che la Commissione Albo Odontoiatri è a disposizione dei colleghi per qualsiasi necessità e auspicando una maggiore visione da parte degli iscritti del sito dell'ordine (www.odmbologna.it), dove sono presenti tutte le notizie e tutta la modulistica è scaricabile e, sottolineando anche la possibilità di accedere all'area di "Consulenza Legale gratuita per gli Iscritti", la serata si è conclusa con la soddisfazione dei presenti, certi che l'esperienza verrà ripetuta anche negli anni seguenti.

Dr. Sebastiano Pantaleoni

**GIORNATA DEL MEDICO 2009:
LE FOTOGRAFIE DELLA GIORNATA DEL MEDICO 2009 SONO DISPONIBILI
PRESSO IL NEGOZIO "L'IMMAGINE" IN VIA MANZONI 6, BOLOGNA**

Richieste di chiarimenti sulle procedure da adottare per il riconoscimento dell'attività di tutoraggio

Cari Colleghi,
giungono in Federazione numerose richieste di chiarimenti sulle procedure da adottare per il riconoscimento dell'attività di tutoraggio per chi ospita colleghi in formazione e per i tutor valutatori di coloro che devono sostenere l'esame di Stato.

In considerazione del fatto che dal Ministero di riferimento, più volte sollecitato dalla Federazione e dagli stessi Ordini provinciali, non sono pervenute al momento note di chiarimento, ho ritenuto utile inviarVi uno schema riassuntivo (vedi allegato) che, mi auguro, potrà contribuire a far luce sulla questione. Con i saluti più cordiali

Amedeo Bianco

Tutoraggio esami di stato (schema riassuntivo per gli Ordini)

- L'Ordine può bandire concorsi per Medici Tutors per il tirocinio esami di stato D.M. 445/2001. I medici che vi partecipano devono avere i requisiti previsti (disponibili a richiesta a questi uffici) e devono manifestare la disponibilità a frequentare un Corso per conseguire il Titolo di medico Tutor.

- È necessario, a cura dell'Ordine Provinciale sede di Università o di ogni altro Ordine che ne abbia interesse, predisporre il testo di una convenzione tra: Università di, Ordine/i dei Medici di, Ospedale, Aziende Sanitarie della Provincia..... che disciplini i rapporti per quanto riguarda la frequentazione del neo laureato all'interno dei reparti di Chirurgia e Medicina nonché i rapporti dello stesso con il Medico di Medicina generale, convenzionato con la ASL. L'Università ha nominato una commissione per gli esami di Stato (art. 3, Decreto MUR n. 445/2001) che assegna i tirocinanti ai Medici Tutors secondo i criteri previsti.

- Ogni tirocinante è valutato attraverso il libretto di valutazione da ogni medico Tutor. È molto utile allestire un corso di formazione per l'illustrazione del libretto e per l'istruzione alla sua compilazione.

- Il corso per Medici Tutor, può essere accreditato, ai fini ECM, all'Ordine presso la Commissione Regionale ECM, laddove attiva, o presso la CNECM ed i Tutors che lo frequentano hanno diritto ai relativi crediti.

- Alla fine del Corso, l'Ordine redige un elenco di tutors di valutazione e lo inoltra all'Università che lo utilizza per l'assegnazione dei periodi di tutoraggio.

- L'Università riconosce ai Medici Tutors la qualifica attraverso il rilascio di un attestato.

- Presso gli studi dei MMG e presso i Reparti Ospedalieri il Medico Tutor avrà cura di affiggere un cartello che avverte l'utenza della presenza di un tirocinante.

- Il tirocinante firma per presa visione una dichiarazione del medico tutor che disciplina il tipo di rapporto previsto dal Decreto.

- Alla fine di ogni anno solare (o all'inizio di quello successivo) l'Università degli studi trasmette all'Ordine un elenco riportante i periodi (mesi) di tutoraggio effettuati da ciascun medico Tutor, al fine del rilascio dei relativi crediti ECM così come previsto dalla Determinazione del 24 novembre 2005, pubblicata in data 22 marzo 2006 della Commissione Nazionale per la Formazione Continua (CNFN) riguardante l'attribuzione di crediti formativi ECM per i "docenti-tutor" che hanno ospitato i colleghi nel mese obbligatorio pre-abilitazione.

- I Colleghi che espletano l'attività di tutor avranno diritto fino al massimo del 50% dei crediti ECM per l'anno solare di riferimento. Tenuto conto che la Conferenza Stato Regioni del 1 agosto 2007 ha fissato per il triennio 2008-2010 il numero dei crediti da acquisire in misura di 150 pari a 50 crediti/anno (con minimo 30 e massimo 70 annui) il numero di crediti/mese per ogni mese di tutoraggio è ora pari a 4 crediti.

- Gli Ordini dovranno registrare nella propria anagrafica i crediti erogati a ciascun professionista per ogni mese di tutoraggio ed inviare contestualmente i nominativi dei tutor con i crediti ECM alla Commissione Nazionale ECM ed al GO.GE.A.P.S. per la registrazione dei crediti nell'anagrafica nazionale.

Note chiarificatrici aggiuntive

- Il tutoraggio per questa funzione specifica è diverso da altre forme che vanno riconosciute istituzionalmente.

- Il tutoraggio per il corso regionale dà diritto ai crediti che attribuisce l'Ordine sulla base della certificazione rilasciata dal rispettivo Centro di Formazione Regionale per M.G.

* * *

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 13 gennaio 2010

Cognome - Nome	Indirizzo	Telefono
ANGELINI ANDREA	Via Albertazzi, 17 – Bologna	333/44.20.795
APRILE ALFREDO	Via Mercedes, 10 – Campi S. Lecce	339/82.76.166
ARCURI LUCIANA	Via Zanotti, 22 – Bologna	347/31.00.937
BRUNETTO DANIELA	Via E. Mattei, 15/5 – Bologna	051/53.81.67 – 329/6920446
BUSCA ANNALISA	Via Irnerio, 43 – Bologna	051/24.67.52 – 347/84.08.179
CALIGIURI MARIA FRANCESCA	Via del Piombo, 4 – Bologna	051/27.47.76 – 349/66.00.626
CASANELLI SONIA	Via Amola, 63 – Monte S.Pietro	051/67.60.214 – 333/26.86.341
CASIMIRRI ENRICO	Via Montanari, 85 – Bologna	328/60.24.347
CASTAGNOLI ANNA	Via Orfeo, 24 – Bologna	051/48.43.391 – 339/60.38.863
CASTELLUCCIO ISABELLA	Via Ercole Nani, 2 – Bologna	347/00.82.407
COSTANZO ELISABETTA	Via P. Pietramellara, 35 – Bologna	051/25.45.61 – 333/71.33.638
DE VIVO SIMONA	Via S. dal Ferro, 12 – Bologna	051/30.61.19 – 347/37.64.637
DI GIGLIO JUDIT	Via dei Lamponi, 43 – Bologna	051/44.46.98 – 331/90.15.783
DI PIETRO GIANCARLO	Via Paleotto, 9/4 – Bologna	339/67.37.272
GINDINOTO MARINA	Via Longarola, 30/3 – Calderara di Reno	051/72.31.45 – 339/62.34.795
GIANNOCCARO MARIA PIA	Via E. Levante, 7 – Bologna	051/48.45.224 – 340/85.44.400
GIUZIO ROSA	Via Franceschini, 16 – Bologna	328/01.99.630
GORGA FRANCESCO	Via Garibaldi, 85/4 – Casalecchio di Reno	051/59.22.80 – 338/16.14.287 345/34.34.676
GUIDASTRI MONICA	Via P.da Palestrina, 19 – Bologna	051/47.63.42 – 394/25.96.951
HASAN TAMMAN	Via Libia, 68 – Bologna	051/09.72.026 – 339/47.31.957
LEONETTI EMANUELA	Via Piave, 67 – Pagliare (AP)	347/67.75.783
LUCONI SILVIA	Via F. Garavaglia, 6 – Bologna	339/36.27.900
LUCREZIO LAURA	Via Bentivogli, 13 – Bologna	349/13.85.468 – 331/21.44.375
MAGAGNI GABRIELE	Via Alderotti, 2 – Bologna	349/13.35.956
MAGNANO MICHELA	Via Triachini, 1 – Bologna	051/99.13.473 – 347/81.57.193
MARRA ROSA FRANCESCA	Via S. Vitale, 42/2 – Bologna	051/23.73.77 – 347/60.68.501
MATTEINI PAOLA	Via Cavazza, 1 – Bologna	051/44.32.41 – 339/48.19.676
MEGA CHIARA	Via Fabio Massimo, 36 – Grosseto	340/22.41.089
MOSCARDELLI ELISA	Via Roma, 147 – Alba Adriatica	0861/71.45.20 – 320/30.09.747
MURARIU IOANA ADINA	Via Rizzoli, 3 – Granarolo dell'Emilia	348/91.48.155
MORIERI MARIO LULA	Via B. Gigli, 24/2 – Bologna	051/44.34.07 – 320/24.05.041
NIRO FABIO	Via Turati, 12 – Bologna	328/74.72.922
ORANGES CARLO MARIA	Via A.Bondi, 6 – Bologna	051/34.53.97 – 333/39.32.565
PECHLIVANIDIS KONSTANTINOS	Via Alessandrini, 2 – Bologna	334/81.66.657
PICCARI LUCILLA	Via Zamboni, 92 – Bologna	339/82.73.071

PICARIELLO ERIKA	Via Francesco Rocchi, 7 – Bologna	051/48.41.161 - 389/98.67.193
ROSA STEFANIA	Via Primodì, 12 – Bologna	051/30.72.93 - 320/80.82.999
SALCE CATERINA	Via Zamboni, 59 – Bologna	349/77.53.830 - 333/31.37.119
SAMBATI LUISA	Via Masia, 3/6 – Bologna	320/79.59.682
SANTI LUCA	Via Pizzardi, 39 – Bologna	051/34.99.21 - 333/32.28.143
SCHIRRU SARA	Via Silvagni, 31 – Bologna	349/86.19.055
STEFANINI LAURA	Via Carducci, 9 – Collecchio (PR)	349/42.20.898
STIPA CARLOTTA	Via Palmieri, 7 – Bologna	051/58.71.872 - 329/58.66.089
TURCO LAURA	Via Don L.Sturzo, 39 – Tricase	347/52.47.012
ULIASSI ELISA	Via L.Albe rti, 66/2 – Bologna	0734/93.25.46 - 333/74.36.111
VILLELLA DOMENICO	Via Sigonio – Bologna	349/36.34.004

* * *

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
AMODEO GIOVANNI	Clinica Pediatrica - Neonatologia	
	Neuropsichiatria Infantile	0922/60.71.24 - 349/76.35.464
ANGELINI ANNA PINA	Geriatra	347/75.96.785
BIAGETTI CARLO	Malattie Infettive	389/97.95.926
CECARO FABRIZIO	Cardiologia	393/63.93.639
DE PASCALIS ROSALBA	Fisioterapia	051/71.52.91 - 335/34.19.68
FLACHI MARTA	Nefrologia	347/75.87.403
FERRARI GOZZI BEATRICE	Psichiatria	328/98.10.011
LAZAREVA DINA	Pediatria	0541/66.08.83 - 331/81.98.861
LAUDATO GIOVANNA	Oftalmologia	347/14.38.837
LUCENTE PASQUALE	Dermatologia e Venerologia	051/38.04.62
MARCONI SARA	Neurologia	051/30.65.71 - 347/93.50.400
MASSA FLORINDO	Ostetricia e Ginecologia	338/50.62.768
MATTEINI PAOLA	Igiene e Medicina Preventiva	
	Medico Competente Med.Lav.	051/44.32.41 - 339/48.19.676
PERRONE LILIANA GIGLIOLA	Corso di Formazione in Medicina Generale	328/21.68.981
PICCARI LUCILLA	Malattie dell'Apparato Respiratorio	339/82.73.071
PIERGENTILI BENEDETTA	Malattie Infettive	333/29.53.849
TORRACA GIUSEPPE	Laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria	347/75.96.376

Poliambulatorio autorizzato, non accreditato (C.D.O. s.r.l. via Ortolani 34/F Bologna) piano terra, a norma, accesso handicap, con fermata autobus antistante rende disponibili ambulatori a medici specialisti. Il Poliambulatorio è dotato di recentissimo ecografo Aloka Prosound alfa 7 4 sonde. Per informazioni tel. 051/547396.

Affittasi appartamento di pregio in zona verde vicinanze via Molinelli, panoramico con terrazza, volendo arredato, salone triplo con camino, adatto anche per rappresentanza. € 2.200,00 al mese + spese condominio. Tel. 328/3317553.

Murri-Chiesanuova: piano terra in palazzina di soli studi medici affitto signorile studio medico composto da attesa, 2 studi con lavabo, 2 bagni. Possibile esercizio contemporaneo di 2 medici. Idoneo anche per odontoiatria. Volendo posto auto riservato. Tel. 051/440376 ore ufficio o 348/8126096.

Cedes studio odontoiatrico, piano terra (no muri, zona centro, fuori ZTL) N. 1 riunito con possibilità di un secondo, sala attesa e servizi, a norma, autorizzato, avviamento trentennale. Tel. 339/5933071 oppure 337/477012.

Affittasi in centro storico di Comune Ravennate (Bagnara di Romagna) 8 km Imola, 20 km Ravenna, 8 km Lugo e Massalombarda ambulatorio odontoiatrico autorizzato per due unità operative. Riunito anthos autoclave tecnogaz, compressore ed aspirazione chirurgica Cattani, tutto nuovo mai usato lo studio è chiuso da 18 mesi ma presente da 40 anni. Ideale come primo studio anche associato o per medico implantologo. Si offre eventuale supporto per avviamento ma si richiede serietà ed impegno minimo biennale. Affitto richiesto 1.250,00 euro al mese, telefonare Achilla Lamma 051/857424 ore studio oppure 348/2937543 ore serali.

Poliambulatorio Bonazzi, sito in Cento (FE), via IV Novembre 11, autorizzato e certificato ISO 9001, con servizio di segreteria, accesso handicap e fermata autobus antistante rende disponibili ambulatori a medici specialisti. Per informazioni tel. 051/902236.

Vendo "Atlante di Anatomia Fisiopatologia e Clinica" di Frank H. Netter CIBA-GEIGY. Edizioni composto da 12 volumi in condizioni pari al nuovo. Inoltre vendo le opere di Freud in 12 volumi edite dalla Boringhieri in

condizioni pari al nuovo. Per informazioni chiamare al 349/7596059 dopo le 17.

Affittasi, preferibilmente a medici convenzionati, studio medico climatizzato, ampia sala d'attesa, piano terra. Prezzo molto vantaggioso. Per contatti tel. 339/1480296.

Viale Masini, primo piano affittasi studio dentistico di pregio già autorizzato, adatto a studio associato, composto da reception e sala attesa, 3 studi, sala sterilizzazione, sala con ortopantomografo digitale, ufficio privato, spogliatoio e 2 bagni. Disponibili anche 3 posti auto. Ambiente ampio adatto anche come poliambulatorio. Tel. 335/5615625. Foto visibili su: <http://www.flickr.com/photos/studiomed/>

Studio dentistico quartiere S. Vitale via Guelfa 5 rende disponibili unità operative per odontoiatri per singole o mezze giornate mattino o pomeriggio. Struttura autorizzata. Per informazioni Tel. 347/373179 - 051/4075977 - 051/4076261.

Poliambulatorio privato con ambulatorio chirurgico, autorizzato, in via Bondi (angolo Massarenti) offre, a medici specialisti, struttura e servizi per la libera professione medica (diagnostica e chirurgica) ambulatoriale. Tel. 051/2819792.

Affittasi ampio e luminoso bilocale di 45 mq. integralmente arredato, in palazzina di nuova costruzione con balcone, cantina e ascensore, adiacenza Terme Felsinee, solo referenziati. Tel. 349/0552862.

Nuovo studio medico professionale privato autorizzato, sito in Bologna, quartiere Mazzini, con facilità di parcheggio, ben servito, linee ATC, prossima uscita tangenziale, dispone studi ampi e luminosi, climatizzati, completamente arredati per attività medico-specialistica. Lo studio è a piano terra con accesso facilitato per anziani e disabili, parcheggio riservato antistante. Servizio reception e segreteria, connessione internet. Per visite o informazioni tel. 335/8026546.

Occasione. Vendesi Jaguar d'epoca 3.600 cc. mod. Sovereign berlina coupé, nero con radio, in perfette condizioni, gommata, interno pelle beige, meccanica perfetta, anno 1989, prezzo interessante. Tel. 333/9645198.

Si affitta studio medico in pieno centro storico (via Rizzoli). Possibili varie modalità di

utilizzo dello stesso. Prezzo interessante. Per informazioni tel. 051/226293.

Medico odontoiatra, pluriennale esperienza collaborerebbe presso studi odontoiatrici in Bologna e zone limitrofe (possibilmente zona S. Giovanni in Persiceto) per la conservativa, endodonzia, exodonzia, protesica. Tel. 328/2211735 ore 11-18.

Poliambulatorio in VARESE cerca medici per effettuare visite mediche. Collaborazione full-time o part-time con contratto libero professionale della durata minima di un anno. Si richiede disponibilità di giornate o mezze giornate fisse. Per informazioni contattare Sig.ra Sabrina tel. 035/362280.

Affittasi zona Bologna/Ippodromo nuovo comune appartamento ristrutturato ed arredato. Riscaldamento autonomo a metano. Impianti a norma. Ingresso, soggiorno con angolo cottura, 2 ampie camere doppie, bagno, cantina. Contratto regolare 4+4. Canone mensile € 700,00 comprese spese condominiali. Dott. Ciro Guadagni.

Affittasi zona S. Orsola-Malpighi in piccola palazzina di recente costruzione, appartamento elegantemente rifinito, ingresso, soggiorno, cucina arredata, due camere matrimoniali, una camera singola, bagno padronale con vasca idromassaggio, bagno di ser-

vizio con box doccia, balcone, riscaldamento autonomo, ascensore, cantina ciclabile, posto auto. Per informazioni tel. 335/307844.

Medico odontoiatra pluriennale esperienza collaborerebbe presso studi odontoiatrici a Bologna e zone limitrofe, conservativa, estrazioni e protesi. Tel. 345/6963982.

Occasione, prezzo interessante e trattabile, cedesio studio dentistico autorizzato e completo di tutte le attrezzature e N. 1 riunito in ottime condizioni. Spese di gestione minime. Sito in zona Saffi adiacenze viali di circonvallazione. Per informazioni tel. 335/5389363.

Affittasi traversa via Molinelli nel verde in palazzina ristrutturata appartamento elegantemente finito, luminosissimo, ampio ingresso, salone triplo con camino, sala pranzo, studio, cucina nuova con dispensa, 4 camere matrimoniali, 2 bagni nuovi, armadi a muro, balconi panoramici, aria condizionata, volendo arredato, garage, posto auto, giardino condominiale. Tel. 333/3144817.

Studio medico/ufficio in via Boldrini adiacenze stazione. Piano ammezzato con ascensore, ingresso, 2 vani, bagno, ripostiglio. Molto luminoso, posto auto condominiale nel cortile. Ottime condizioni, libero subito. Prezzo interessante. Rif. 884. Tel. 051/520633.

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 (nomi, telefoni, e-mail)

Annunci: testo di massimo 500 battute

CONCESSIONARIO PER LA PUBBLICITÀ: ASSOMNIA SAS di DE BERNARDIS CLAUDIO E C.
17 via Ranzani - 40127 Bologna - telefono e fax 051 241379

ClubMedici

**un mondo
di vantaggi
esclusivi
intorno a te**

SEDE di BOLOGNA

Via G. Amendola, 17
40121 - Bologna
Tel. 051.42.17.060
Fax 051.42.17.012
bologna@clubmedici.it

Le migliori condizioni
Esperienza e Professionalità

Finanziamenti agevolati



Servizi assicurativi



Servizi immobiliari



Cure Mediche Rateali

Agenzia Viaggi



SEDE NAZIONALE

Via G. Marchi 10 - 00161 Roma
Tel. 06.8607891 - Fax. 06.86201328
e-mail: info@clubmedici.it



S.I.S.ME.R.® s.r.l.
Poliambulatorio privato
Clinica Day Surgery

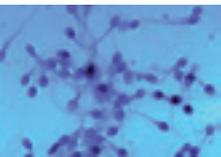
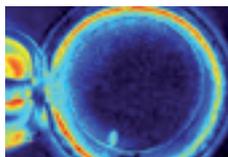
Via Mazzini, 12 - 40138 Bologna
 tel. +039.051.307 307 (5 linee r.a.)
 fax +039.051.302 933
 sismer@sismer.it - pazienti@sismer.it

IL TEAM DI S.I.S.ME.R. RIPRODUZIONE

Dott. Luca Gianaroli
 Dott.ssa Anna Pia Ferraretti
 Dott. Daniele Barnabè
 Dott.ssa Elisabetta Feliciani
 Dott.ssa Carla Tabanelli

IL TEAM DI S.I.S.ME.R. ANDROLOGIA

Dott. Giorgio Cavallini
 Dott. Edoardo Pescatori
 Dott. Giovanni Vitali



IL TEAM DI S.I.S.ME.R. PRENATALE

Dott. Luigi Filippo Orsini
 Dott.ssa Eleonora Guadalupi

IL TEAM DI S.I.S.ME.R. PNEUMOLOGIA

Dott. Alessandro Zanasi

IL TEAM DI ARTROSI E ARTROPROTESI DELL'ANCA

Dott. Luca Busanelli

Il Poliambulatorio S.I.S.ME.R. (Società Italiana di studi di Medicina della Riproduzione) è all'avanguardia nel settore della ginecologia, dell'ostetricia, della diagnosi e terapia della sterilità e nella procreazione medicalmente assistita, con il contributo di professionisti di fama internazionale e di nuove e sofisticate tecnologie biomediche.

DIAGNOSI E TERAPIA DELLA STERILITÀ PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

- One Stop Clinic
- Inseminazione intrauterina
- Fecondazione in Vitro
- ICSI (Iniezione Intracitoplasmatica degli Spermatozoi)
- IVF LITE
- Analisi aneuploidie sul globulo polare
- Crioconservazione dei gameti per la preservazione della fertilità

Ginecologia e Ostetricia Ecografia ginecologica transaddominale e transvaginale Sonoisterografia e sonosalpingografia Ecografia mammaria Diagnosi e terapia dell'aborto ricorrente Consulenza psicologica

La Clinica Day Surgery S.I.S.ME.R. eroga prestazioni diagnostiche in vari settori. E' inoltre operativo un servizio di day surgery con sala operatoria per interventi polispecialistici in regime di ricovero diurno a cui possono accedere specialisti delle varie branche autorizzate (Chirurgia generale, Chirurgia plastica, Chirurgia vascolare, Oculistica, Odontoiatria e stomatologia, Ortopedia e traumatologia, Ostetricia e ginecologia, Urologia, Dermosifilopatia, Fisiopatologia della riproduzione umana, Oncologia e Pneumologia)

DIAGNOSI PRENATALE

- Ecografia ostetrica del primo, secondo e terzo trimestre di gravidanza
- Flussimetria doppler
- Ecografia morfologica e consulenza prenatale
- Consulenza e test genetici
- Translucenza nucale
- Bi-test
- Villocentesi
- Amniocentesi

ENDOSCOPIA GINECOLOGICA

- Isteroscopia diagnostica ed operativa
- Endoscopia transvaginale
- Laparoscopia diagnostica

LABORATORIO DI ANDROLOGIA

- Crioconservazione del liquido seminale per pazienti oncologici
- Spermogramma e studio del DNA
- Test di separazione nemaspermica
- Test FISH
- Test birrifrangenza degli spermatozoi

ANDROLOGIA E DISTURBI SESSUALI CHIRURGIA ANDROLOGICA

- Circoncisione
- Biopsia testicolare
- Varicocele
- TESE-MESE
- Micro TESE

Poliambulatorio privato Clinica S.I.S.ME.R. Day Surgery
 Direttore Sanitario Dott. Daniele Barnabè
 Autorizzazione sanitaria PG.n.134603/99 e PG.n.85889/01

UNI EN ISO 9001:2000



SISTEMA DI GESTIONE
 QUALITÀ CERTIFICATO

CERTIQUALITY
 È MEMBRO DELLA
 FEDERAZIONE CISO



AZIENDA CERTIFICATA DAL 1998