



SETTEMBRE 2022
VOL. 24 N° 3

IL CADUCEO



RIVISTA PERIODICA DI AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO E CULTURA MEDICA



Le nostre strutture sanitarie al servizio della tua salute

SISTEMA GESTIONE
QUALITÀ CERTIFICATO
CSQ
UNI EN ISO 9001:2008



Tel. 06.32868.1 r.a.

USI-PRATI*

Via V. Orsini, 18
Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-18.00
prelievi: 7.00-12.00
domenica: 7.00-13.00 - prelievi 7.00-11.00

AXA-PALOCCO

Via Eschilo, 191
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

BORGHESIANA*

Via Casilina, 1838
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: lunedì-venerdì 7.00-12.00 - sabato 7.00-11.00
domenica: 8.00-12.00 - prelievi 8.00-10.30

COLLATINO

Viale della Serenissima, 22
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

EUR-LAURENTINA

Via V. Cerulli, 2/b
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

EUR-SERAFICO

Via P. di Dono, 9
Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

EUR-MARCONI

Viale G. Marconi, 139
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

PIAZZA BOLOGNA

Via G. Squarzialupo, 36
Orari: 7.00-13.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

PIAZZA BOLOGNA

Via G. Squarzialupo, 17/b
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00

PIAZZA VITTORIO*

Via Machiavelli, 22
Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00 - sabato 7.00-11.00
domenica: 8.00-13.00 - prelievi 8.00-11.00

PIETRALATA

Via dei Durantini, 362
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

POLICLINICO

Viale R. Margherita, 279
Orari: 7.30-19.00 - sabato chiuso

SERPENTARA

Via G. Pacchiarotti, 95
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

PIAZZA MAZZINI

Viale Angelico, 39
Orari: 7.00-13.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

FURIO CAMILLO

Via Cerreto di Spoleto, 9/21
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

CINECITTÀ

Viale Bruno Rizzieri, 203
Orari: 07.00-13.00 • 15.30-18.30 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

TRIESTE

Corso Trieste, 22
Orari: 07.00-13.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

COLLE PRENESTINO

Via Mirabella Eclano, 27
Orari: 07.00-19.30 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

NUMIDIO QUADRATO

Via Tuscolana, 703
Orari: 07.00-13.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

LIDO DI OSTIA Villa del Lido

Viale del Lido, 3
Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

USI Doc - LIDO DI OSTIA

Viale del Lido, 5/a
Orari: 8.30-13.00/15.30-20.00
sabato chiuso

USI Doc - PRATI*

Via V. Orsini, 18
Orari: 8.00-20.00 - sabato 8.00-13.00
domenica: 8.00-13.00
Via V. Orsini, 27/a
Orari: 8.00-20.00 - sabato 8.00-13.00

USI Doc - TUSCOLANA

Via Tuscolana, 212/f
Orari: 8.00-19.00 - sabato 8.00-13.00



CASA DI CURA ONCOLOGICA MONOSPECIALISTICA
Viale M. Polo, 41 (Ostiense)
Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

unione sanitaria internazionale

www.usi.it

*** APERTURA DOMENICALE**

Centri **USI-PRATI**, **BORGHESIANA**, **PIAZZA VITTORIO** e **USI Doc-PRATI** (Via V. Orsini, 18)

il caduceo

VOL. 24 N.° 3 2022



Il Caduceo

Rivista di aggiornamento
scientifico e cultura medica

REGISTRAZIONE

AL TRIBUNALE DI ROMA

AUT. n° 196/99 DEL 27/04/1999

DIRETTORE RESPONSABILE

F. Barbati

DIRETTORE SCIENTIFICO

Co-EDITOR

F. Borzillo

COORDINAMENTO EDITORIALE

C. Borzillo

SEGRETARIA DI REDAZIONE

A. Cecchi

EDITORE

U.S.I. S.p.A.

Via Eschilo, 191 - Roma

STAMPA

Digitalia Lab Srl

Via Giacomo Peroni, 130

00131 Roma

FINITO DI STAMPARE

A SETTEMBRE 2022

TIRATURA: 10.000 COPIE

Foto di Copertina

Zachary De Bottis

Mountain

(Fonte: Pexels)

Grafica della copertina a cura di

A. Quattrucci

Rivista medica periodica a distribuzione
gratuita, edita a cura dell'U.S.I. (Unione
Sanitaria Internazionale) S.p.A.

Le pubblicazioni o ristampe degli articoli
della rivista devono essere autorizzate
per iscritto dall'editore.

Il contenuto degli articoli e degli inserti
pubblicitari di Il Caduceo sono redatte
sotto la responsabilità degli autori
e degli inserzionisti.



Associato USPI
Unione Stampa Periodica Italiana

Redazione:

Via Machiavelli, 22 - 00185 Roma Tel.

06.32868.331

Fax 06.77250482

fulvio.borzillo@usi.it

www.usi.it



Unione Sanitaria Internazionale

SOMMARIO

3. Ascesa e tramonto di Luisa Bourgeois (1563-1636)
Levatrice della Casa Reale di Francia
Ettore Calzolari, Chiara Bartolucci
7. Il carcinoma basocellulare:
polimorfismo e trattamento chirurgico
Sara Egidì
12. "La verità, vi prego, sulla RM cardiaca..."
Marcello De Santis
14. L'alimentazione in menopausa
Emanuela De Angelis
16. La difficile diagnosi differenziale delle infezioni
delle prime vie respiratorie in epoca Covid 19
*E.F.A. Bellizzi, C. Marsico,
M. G. Bellizzi, E. Marsico*
19. Ambliopia - Quando possiamo sapere
se il nostro bambino vede bene
Cristina Carloni
22. Sovrappeso e affezione da obesità,
quali rimedi medici mettere in campo
contro il diffondersi di questi fenomeni?
Roberta Galvani
24. Infezioni sessualmente trasmesse
Non sottovalutiamole!
Giuseppe Vocaturo
26. U.S.I. e MAICO insieme per il benessere uditivo
MAICO
28. Le foreste del mare:
una risposta concreta al cambiamento climatico
Marevivo
29. Trucco di famiglia
Roberto Curcuruto
30. Trattamenti estetici delle labbra
Stefan Dima
32. Il o la?
Disquisiamo del sesso degli angeli?
Daniela D'Agosto
36. Libertà va cercando... e amore
Michele Trecca



Gentile lettore,

il 25 maggio 2018 è divenuto applicabile il nuovo Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali (GDPR - General Data Protection Regulation, Regolamento UE 679/2016).

Avendo da sempre a cuore la sicurezza dei tuoi dati personali, utilizzati esclusivamente per la spedizione del periodico "Il Caduceo", abbiamo provveduto ad aggiornare la nostra Privacy Policy, che sei invitato a visionare sul sito web www.usi.it, per avere tutte le informazioni su come gestiamo e tuteliamo i tuoi dati e le modalità con cui puoi modificare o revocare i tuoi consensi.

Al momento ricevi la rivista presso l'indirizzo da te indicato, e continuerai a riceverla.

Se non intendi più riceverla in futuro, ti preghiamo comunicarlo:

- scrivendo all'indirizzo e-mail privacy@usi.it
- Inviando una comunicazione a mezzo di posta all'indirizzo della redazione
USI Piazza Vittorio - Via Machiavelli 22 - 00185 Roma

Grazie

USI SpA

ISTRUZIONI AGLI AUTORI

Il Caduceo pubblica articoli originali, rapporti di gruppi di lavoro, presentazioni di casistica, note tecniche e lettere all'Editore, che abbiano come argomento le scienze mediche e biologiche ovvero opinioni pertinenti il campo biomedico. Gli articoli vanno inviati alla redazione. Si accettano solo articoli non pubblicati, in tutto o in parte, in altri giornali. I testi debbono essere presentati in triplice copia dattiloscritti, con spaziatura doppia ed ampi margini laterali. Al testo scritto va accluso un CD registrato con programmi di Word processor IBM compatibili (Word 2003-2010). Ogni articolo deve essere preceduto da una prima pagina su cui vanno indicati: titolo del lavoro; nome e cognome degli Autori; denominazione dei reparti di appartenenza; titolo corrente; nome, indirizzo e numero telefonico dell'Autore responsabile dei rapporti con la rivista. Previo accordo con la redazione si accettano anche articoli, con le caratteristiche su citate, inviati come allegati e-mail.

Gli articoli originali debbono essere di regola impostati seguendo uno schema costituito da:

- 1) SOMMARIO
- 2) INTRODUZIONE
- 3) MATERIALI E METODI
- 4) RISULTATI
- 5) DISCUSSIONE
- 6) EVENTUALI RINGRAZIAMENTI
- 7) BIBLIOGRAFIA

1. **SOMMARIO.** Non deve superare le 250 parole. Deve da solo poter esprimere il significato del lavoro: comprende una frase introduttiva, la presentazione della entità della casistica, i risultati fondamentali e un commento conclusivo. In calce al sommario debbono essere indicate le Parole chiave: da un minimo di tre a un massimo di sei.

2. **INTRODUZIONE.** Deve comprendere una breve ricapitolazione dell'argomento con richiami bibliografici essenziali, illustrando il punto da cui si è partiti per iniziare lo studio in oggetto. Deve chiarire in modo particolare lo "scopo dello studio".

3. **MATERIALI E METODI.** Deve comprendere una completa ma breve descrizione della casistica in esame e dei metodi usati per valutarla. Casistiche ampie e/o complesse possono giovare di presentazioni mediante una o più tabelle.

4. **RISULTATI.** Devono essere espressi in modo chiaro e conciso, senza interpretazioni e commenti, anche per essi possono essere utili una o più tabelle. L'iconografia a completamento della descrizione dei risultati deve essere chiara ed essenziale.

5. **DISCUSSIONE.** Deve interpretare e commentare i risultati, facendo riferimento alla letteratura esistente, specificando e spiegando eventuali discordanze con la stessa. Nei lavori di tipo clinico, sarà utile parago-

nare i risultati ottenuti con quanto dimostrabile con altre metodiche e pre-sentare l'eventuale impatto dei risultati nella pratica quotidiana.

6. **RINGRAZIAMENTI.** Eventuali ringraziamenti e riconoscimenti debbono essere riportati su una pagina separata.

7. **BIBLIOGRAFIA A.** Deve essere essenziale, ma completa ed aggiornata. Deve comprendere i soli Autori nominati nel lavoro, elencati in ordine di citazione. I titoli delle riviste vanno abbreviati attenendosi a quanto riportato nell'esempio:

Bosch FX, Munoz N. *The causal relation between HPV and cervical cancer.* J Clin Pathol 2002;55:244-65.

L'accuratezza della bibliografia è sotto la responsabilità degli Autori; le citazioni bibliografiche, inserite nel testo, vanno evidenziate con numerazione progressiva in apice: esempio citazione^[1].

Figure, immagini o foto

- formato TIFF, JPG, EPS o PDF
- risoluzione delle immagini/foto da 300dpi in su
- ordinate in modo progressivo e usando numeri arabi.

Tabelle

Devono essere ordinate in modo progressivo, usando numeri romani, con numerazione separata rispetto a quella delle illustrazioni, anch'esse vanno inviate in formato elettronico.

Didascalie

A corredo delle figure e delle tabelle, devono essere dattiloscritte, a parte, su uno o più fogli formato Word.

I lavori di Presentazione di Casistica devono essere più concisi e accompagnati da un breve sommario. È necessario peraltro mettere ben in evidenza lo scopo del lavoro e descrivere in modo accurato, ma non prolisso, il caso clinico. Si consiglia di non superare le dieci voci bibliografiche. Ai manoscritti deve essere acclusa la seguente dichiarazione, firmata da tutti gli Autori: "Il (i) sotto-scritto (i) trasferisce (scono) il copyright concernente il presente articolo a: il Caduceo - Sede redazione - Via Machiavelli, 22 - 00185 Roma. Egli (Essi) dichiara (no) che l'articolo, non è stato pubblicato in tutto o in parte e che non è presente nell'attesa di accettazione presso altre riviste".

N.B. Si invitano gli Autori, prima di inviare il manoscritto, ad una attenta rilettura dello stesso, sia per quanto riguarda la parte linguistica formale che quella dei contenuti, poiché la redazione, non riproponendo sempre la revisione delle bozze agli Autori, declina ogni responsabilità sulle modifiche interpretative apportate nella stesura definitiva del lavoro.

ASCESA E TRAMONTO DI LUISA BOURGEOIS (1563-1636)

Levatrice della Casa Reale di Francia

Ettore Calzolari

Professore Associato (fr) di Scienze Ginecologiche

Chiara Bartolucci

Dottoressa in Lingue e Letterature Straniere

Maecenas pellentesque mauris id ligula ultricies, quis Un caso veramente emblematico di come, in un campo così pieno di insidie come quello dell'arte ostetrica, si possa discendere da una posizione di rilievo e dalla universale considerazione sino a diventare bersaglio di critiche, sospetti, pettegolezzi e talvolta calunnie, è quello rappresentato dalla vita professionale di Luisa Bourgeois che, levatrice personale della regina di Francia Maria dei Medici¹ e della aristocrazia della casa reale, vide i suoi ultimi anni amareggiati dalle polemiche e dalla atmosfera di sfiducia che ebbe origine dalla morte in puerperio della cognata del re Luigi XIII. (Speert, 1976). Polemiche che naturalmente fecero la gioia delle colleghe, invidiose sino ad allora del suo successo, e incrementarono la rivalità tra medici, chirurghi e levatrici. (Pazzi, 1898). Luigia Bourgeois, sposata Boursier, era nata a Parigi nel 1563 ed aveva sposato Martin Boursier, chirurgo barbiere, sicuramente un professionista preparato dal momento che era stato allievo del famosissimo Ambrogio Paré². (Paré, 1664) È probabile che fossero anche necessità economiche a spingerla ad intraprendere la professione di levatrice. Non vi è da dubitare che alla sua preparazione abbiano contribuito sia i consigli del marito, che lo studio degli scritti di Ambrogio Paré. (Paré, 1664) (Pedote, 1966) Fu nel 1598 che Luisa superò l'esame per avere la licenza di praticare l'ostetricia. La commissione era composta da un medico come presidente, 2 chirurghi e 2 levatrici che intralciarono non poco la sua promozione. (Dunn, 2004).

Dopo 5 anni di pratica ostetrica fra la clientela meno abbiente, ma anche fra la classe aristocratica, la sua competenza fece sì che, come vedremo, venisse scelta come levatrice dalla regina Maria de Medici, moglie di Enrico IV³ per assistere alla nascita di Luigi XIII⁴, il delfino⁵ di Francia, che venne alla luce il 27 settembre

1601. (Bourgeois L., 1826)

Nel 1600 infatti Enrico IV, re di Francia, aveva sposato Maria de Medici, figlia del Granduca di Toscana, e l'anno seguente la coppia reale già aspettava il primo figlio. Fu Luisa Bourgeois come levatrice ad assistere il parto della regina.

Sappiamo dalle cronache che il parto dell'erede al trono fu alquanto laborioso e le condizioni del nuovo nato non apparvero delle migliori. Per fronteggiare il problema, risulta dalle cronache che fu messa in atto una originale metodica di rianimazione. Con l'autorizzazione e l'incoraggiamento del re che era presente al parto, la Bourgeois provvide personalmente ad insufflare bocca a bocca una piccola quantità di buon vino nelle fauci del neonato con risultato del tutto positivo.

I motivi per cui Luisa Bourgeois era stata scelta come levatrice della regina sembrano avere, come vedremo, una certa relazione con quelli che amareggiarono i suoi ultimi anni di vita: la morte in puerperio di una dama della aristocrazia.

Il re avrebbe infatti voluto che fosse chiamata come levatrice una certa Madama Dupuis levatrice autorizzata della città di Parigi che godeva di grande reputazione nel XVI secolo e che riscuoteva la fiducia di grandi dame e principesse. (Delacoux, 1834). Il caso volle che si trat-



¹ Maria de' Medici, regina di Francia. Nacque a Firenze il 26 apr. 1573, da Francesco I, granduca di Toscana, e da Giovanna d'Austria, figlia dell'imperatore Ferdinando I d'Asburgo. Morì a Colonia nel 1642 dopo una vita complicata e ricca di eventi.

² Chirurgo (Bourget-Hersent, Mayenne, 1510 circa - Parigi 1590). È considerato il fondatore della chirurgia francese. P. fu un grandissimo chirurgo e un maestro insigne anche nel campo dell'ostetricia, della quale fu innovatore arditissimo. (Enciclopedia Treccani).

³ Enrico IV di Borbone, detto Enrico il Grande (le Grand) (Pau, 13 dicembre 1553 - Parigi, 14 maggio 1610), fu re di Francia, primo della Casa di Borbone.

⁴ Re di Francia. (Fontainebleau 1601 - Saint-Germain-en-Laye 1643) Figlio del re Enrico IV e di Maria de' Medici. Succedette al padre nel 1610. Dopo la reggenza di Maria de' Medici (1610-17), L. si riappropriò del potere, non senza conflitti con la madre. Entrato nel Consiglio il cardinale Richelieu (1624), lasciò progressivamente il potere nelle sue mani e, alla morte di questi (1642), al cardinale Mazarino. (Treccani Enciclopedia on-line)

⁵ Titolo che indicava il primogenito della famiglia reale.

tasse proprio di una delle due levatrici facenti parte della commissione di esame che, non senza qualche riluttanza, avevano rilasciato a Luisa la licenza di esercizio.

Sembra però che questa professionista avesse assistito nella gravidanza la vecchia amante del re, Gabriella d'Estrees⁶, che sfortunatamente era morta dopo aver presentato convulsioni⁷ in puerperio dopo il parto avvenuto nel 1559. Maria de Medici era perciò di tutt'altro avviso, forse per scaramanzia, e scelse così Luisa Bourgeois che aveva assistito con successo diversi parti delle dame della corte.

Avvenne quindi che tra il 1601 e il 1610, anno in cui il re venne assassinato da un fanatico, Maria ebbe 6 parti tutti assistiti da Luisa Bourgeois. Il primo come accennavamo fu il delfino e futuro re di Francia Luigi XIII, quindi nacque Elisabetta la futura regina di Spagna, poi Cristina di Savoia, quindi il duca d'Anjou e finalmente Enrichetta Maria che divenne la moglie di Carlo I d'Inghilterra. Quest'ultima, a quanto sembra, venne alla luce con un parto podalico e Luisa guadagnò molto credito gestendo il parto senza aiuto medico.

Fu questa la fortunata carriera della Bourgeois come levatrice di corte che la portò ad assistere agli altri parti della Regina e per 26 anni di molte altre donne di casa reale (Dunn, 2004), destando naturalmente la forte gelosia tra le colleghe parigine.

Purtroppo il 5 giugno 1627 una principessa di sangue reale, cognata del re, morì nel puerperio, dopo essere stata assistita dalla Bourgeois, al culmine di una carriera costellata di successi, e a questa morte fecero seguito una infinità di polemiche che amareggiarono non poco i suoi ultimi anni di vita.

Luisa pubblicò in più occasioni durante la sua carriera la sua esperienza di levatrice reale con molti dettagli. Per ogni parto di un maschio reale ricevette 500 corone e 300 per ogni femmina per un servizio che comportava circa 2 mesi di assistenza nel corso della gravidanza. Nel 1610 le venne conferita una pensione annuale di 300 corone.

Che la sua fama di levatrice colta e preparata non fosse usurpata stanno a dimostrare anche i numerosi scritti tecnici a sua firma che videro le stampe e che furono persino tradotti in lingua olandese e tedesca e questo anche dopo la sua morte. (Pazzi, 1898). Uno dei meriti principali di questa autrice, dal punto di vista scientifico, può essere stato quello di aver raccomandato vivamente la versione podalica nella situazione trasversa del feto e in certe emorragie che precedono il parto associate o no a malpresentazioni mettendo in pericolo la vita della partoriente.

Notevoli i suggerimenti che questa autrice ha lasciato complessivamente in merito all'assistenza al parto anche per quello che riguarda la presentazione del capo nella sua varietà di faccia, trattando inoltre le problematiche legate alla flessione ed estensione dell'estremo cefalico.

⁶ Gabrielle d'Estrees, duchessa de Beaufort e Verneuil e marchesa de Monceaux (Montlouis-sur-Loire, 1571 – Parigi, 10 aprile 1599), fu amante di Enrico IV di Francia, e morì per un attacco eclampico dando alla luce un neonato morto.

⁷ Manifestazioni in genere legate alla gestosi gravidica, gravissima patologia perlopiù caratterizzata da edemi, albuminuria e ipertensione.

Scrisse poi per la sua terza figlia, che si dedicò anch'essa all'ostetricia, dei consigli molto saggi. In molte delle pubblicazioni della Bourgeois ricorre questa ammonizione: *"quod tibi fieri non vis, alteri non feceris"*. Non fare agli altri ciò che non vorresti fosse fatto a te. (Pazzi, 1898)

Fu nel 1609 che Luisa Bourgeois diede alle stampe un suo testo, forse il più apprezzato di argomento ostetrico, (Bourgeois L., 1609)⁸ che fu seguito da diverse edizioni ampliate e contribuì in modo consistente ai progressi dell'ostetricia francese (Chereau, 1875). In particolare Louise delineò il ruolo della levatrice nei rapporti con i medici maschi e i chirurghi barbieri. Il testo venne tradotto in tedesco, danese ed inglese ed ebbe un'influenza considerevole in queste nazioni per tutto il XVII secolo. (Dunn, 2004).

Luisa Bourgeois non manca di sottolineare alle levatrici che assistono un parto normale, l'importanza della pazienza, dell'empatia e della gentilezza nei confronti della partoriente. Il parto deve essere supervisionato e organizzato con calma e al tempo stesso con efficienza. Il suo approccio è essenzialmente non interventista in quanto deve essere consentito alla natura di agire spontaneamente. Devono essere evitate le ripetute esplorazioni manuali e le membrane debbono essere lasciate integre.



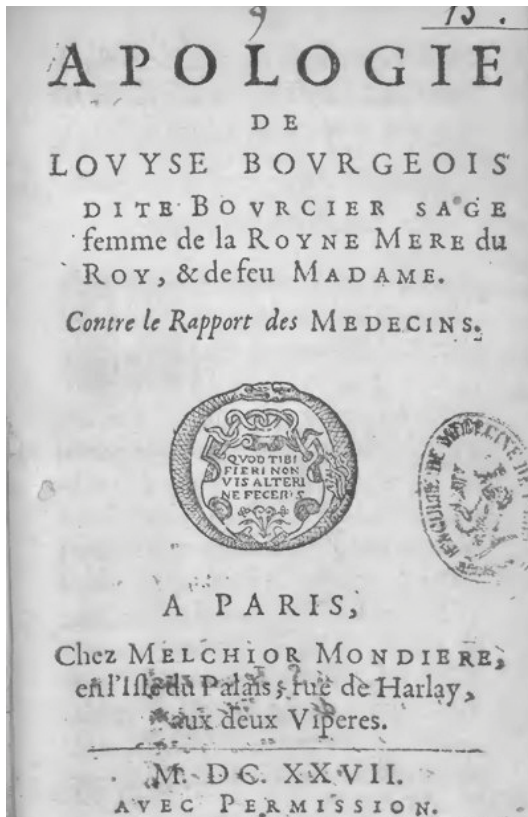
La Bourgeois infatti critica la rottura artificiale delle membrane per diverse ragioni, inclusa la possibilità che si verifichi un prolasso del funicolo⁹ che metterebbe a rischio la vita del feto (Dunn, 2004).

Torniamo ora al tragico evento che finì per gettare un'ombra sulla figura professionale di Luisa ed amareggiò non poco i suoi ultimi anni (Bourgeois L., 1627).

⁸ Osservazioni diverse sulla sterilità, fecondità, parti, malattie delle donne e dei neonati.

⁹ La discesa del funicolo ombelicale davanti alla parte presentata del feto e la sua compressione contro il bacino osseo che produrrebbe l'asfissia del nascituro.

ASCESA E TRAMONTO DI LUISA BOURGEOIS (1563-1636) -Levatrice della Casa Reale di Francia



Nel 1627 Luisa Bourgeois ormai sessantaquattrenne assistette il parto della cognata del re, Maria di Borbone, Duchessa di Montpensier (10 ottobre 1605-4 giugno 1627), che purtroppo trovò la morte in puerperio. Si trattava della moglie di un principe del sangue e addirittura fratello del re, Gastone di Francia duca d'Angiò e duca d'Orleans (Speert, 1976).

La morte della giovane ventiduenne si verificò per cause ancora oggi poco chiare, che furono poi oggetto di vivaci discussioni e di critiche, a partire dal referto dell'autopsia che fu richiesta dalla Regina Madre e praticata da 10 dottori in medicina. Questo referto suscitò, in maniera che ancor oggi appare sproporzionata, la reazione risentita della Bourgeois, che si riteneva ingiustamente accusata come responsabile, attraverso una vivace difesa che fu data persino alle stampe. (Bourgeois, 1627) Non si può escludere che all'origine di questa diatriba vi fosse anche una rivalità mai sopita tra Luisa levatrice e la classe medica.

Con i dati discordanti che si possono ricavare dalle cronache dell'epoca, in mancanza di riscontri di laboratorio e men che meno istologici, le ipotesi sulle cause della morte della sfortunata principessa rimangono ancora confuse tranne per quel che riguarda un indiscutibile processo infettivo di estrema gravità. Ciò non toglie che qualche cosa si possa anche aggiungere alle teorie che vennero prospettate in passato e che, come dicevamo, furono oggetto della polemica tra la levatrice di casa reale e i medici di allora. Il medico di casa reale Guillemeau, noto per la sua suscettibilità e la sua vis polemica, rispose in modo indignato alle critiche della Bourgeois. (Guillemeau, 1627)

Nel leggere l'apologia data alle stampe dalla Bourgeois si nota immediatamente come la levatrice parta

dal presupposto, non sappiamo quanto giustificato, che lo scopo dei medici e chirurghi che hanno redatto il referto di autopsia eseguita il 5 giugno sia soprattutto quello di gettare su di lei la responsabilità della morte della povera puerpera. Anche se, un esame distaccato del referto dell'autopsia fa rilevare come la responsabilità della levatrice non sia stata chiamata in causa e le cause della morte non vengano ne individuate ne messe a fuoco, (Perkins, 2004) al di là della constatazione di un processo di peritonite diffusa e di gangrena dell'organo riproduttivo.

Nella sua "Apologia", dopo aver accennato ad un decorso abbastanza tumultuoso della gravidanza, la Bourgeois si sofferma sul fatto che il parto sia stato agevole, così come il secondamento, cosa che dovrebbero testimoniare i numerosi medici presenti, così come sulla integrità della placenta.

Quello che infatti la Bourgeois contesta alla relazione del collegio medico che ha effettuato l'autopsia, è soprattutto la segnalazione che sul lato destro della cavità uterina fosse presente una formazione sporgente attribuita dal collegio dei sanitari ad un residuo di placenta, talmente aderente alla parete che solo a fatica era stato possibile separare con le dita questa formazione dalla parete stessa. Questo comunque veniva riportato senza ulteriori commenti che potessero chiamare in causa in qualche modo le responsabilità dell'assistenza. La Bourgeois si difende polemicamente con tutti i mezzi, e citando e appoggiandosi alla autorità di medici del passato, per negare che la formazione in parola potesse essere attribuita ad un residuo di placenta. Mancando all'epoca un riscontro istologico è evidente che non potremo mai saperlo.

Ben altro valore sembra oggi avere nel referto di autopsia il riscontro del piccolo bacino rivelatosi alla apertura occupato da abbondante materiale purulento. L'utero era in preda alla gangrena a tutto spessore specialmente sul lato sinistro. Nessun altro commento che possa chiamare in causa le responsabilità dell'assistenza troviamo del suddetto referto. È invece evidente come la Bourgeois abbia interpretato questa segnalazione di un frammento di placenta come un atto d'accusa nei suoi confronti ma soprattutto come un potente stimolo alla maldicenza e alla calunnia dei suoi detrattori, medici e levatrici della città di Parigi.

Dopo aver quindi smentito energicamente che un problema legato al secondamento potesse essere stato la causa della morte in puerperio della principessa, la Bourgeois calca l'accento sulla febbre continua che avrebbe afflitto la gestante sia prima che dopo il parto, ed inoltre su di una tosse continua che aveva tormentato la Madame prima e dopo il parto e, per finire, anche sui fenomeni diarroici insorti successivamente al parto. Tre manifestazioni patologiche di pessimo auspicio e in grado, secondo la Bourgeois, di portare a morte una puerpera nei primi giorni dopo il parto.

Se è evidente oggi, dai reperti autoptici, che vi sia stato in definitiva un fatto infettivo localizzato agli organi riproduttivi a determinare la morte della principessa non sembra, da quel che si legge, sia stata presa in considerazione o quantomeno esclusa la possibilità

che si sia trattato di un caso di placenta accreta parziale¹⁰, magari limitata ad un cotiledone succenturiato¹¹. Manovre invasive, legate quindi ad un secondamento difficoltoso alle quali fa cenno nella sua replica il medico Guillemeau (Guillemeau, 1627), attuate per favorire questa delicata fase conclusiva del parto, potrebbero aver avuto un ruolo non trascurabile nel determinare l'insorgere dell'infezione puerperale.

Tornando alla storia della Bourgeois, è di tutta evidenza che, se non vi furono conseguenze dirette nei confronti di quella che era stata la levatrice ufficiale della casa reale francese, conseguenze da attribuire al tragico episodio, sta di fatto che la sua fama ebbe a declinare rapidamente nel contesto dell'aristocrazia parigina e le reminiscenze e i pettegolezzi legati alla tragica morte della principessa ventiduenne continuarono ad amareggiare i suoi ultimi anni di vita dopo una carriera professionale costellata di successi. Luisa Bourgeois morì il 20 dicembre 1636 all'età di 73 anni dopo aver servito la famiglia reale per 26 anni e fu sepolta nella chiesa di Saint André des Arts.



BIBLIOGRAFIA

1. Bourgeois, L. (1609). *Observations diverses*. Paris: Saugrain.
2. Bourgeois, L. (1627). *Apologie de Louyse Bourgeois contre le rapport des medecins*. Paris: Melchior Mondiere.
3. Bourgeois, L. (1826). *Comment et en quel temps la Reyne accoucha de M.Le Dauphin*. In M. Petitot, *Collection Complete des Memoires relatives a l'Histoire de France (Vol. 49)*. Paris: Foucault.
4. Chereau, A. (1875). *Les six couches de Marie de Medicis*. Paris: Leon Willelm&Paul Daffis.
5. Damour, F. (1900). *Louise Bourgeois. Sa vie, son Oeuvre*. Paris: Jouve & Boyer.
6. Delacoux, A. (1834). *Biographie des Sages Femmes célèbres*. Paris: Trinquart.
7. Dunn, P. (2004). Louise Bourgeois (1563 - 1636). *Art Dis ChildFetal Neonatal*(89), 185 - 187.
8. Guillemeau, C. (1627). *Remonstrance a Madame Bourcier, touchant son Apologie contre le Rapport que le Medecins on fait, de ce qui ha causé la mort deplorable de Madame*. Paris.
9. Nardi, M. G. (1954). *Il pensiero Ostetrico-Ginecologico nei Secoli*. Milano: Thiele - R.E.M.I.
10. Paré, A. (1664). *Les Oeuvres*. Lyon: Chez Jean Gregoire,.
11. Pazzi, M. (1898). Louigia Bourgeois (1563 - 1636). 11, 735 - 736.
12. Pedote, V. (1966). *L'Opera ostetrico ginecologica di Ambrogio Paré*. Borgo San Casciano: Cappelli Editore.
13. Perkins, W. (2004). *Midwives versus doctors: the case of Louise Bourgeois*. In *The Seventeenth Century* (p. 135). Manchester: Manchester University Press.
14. Speert, H. (1976). *Histoire Illustrée de la Gynecologie et de l'Obstétrique*. Paris: Editions Roger Dacosta.
15. Vautier e Coll. (1627). *Rapport de l'ouverture du corp de feu Madame*. Paris.
16. Witkowski, G. J. (1887). *Accouchements a la Cour*. Paris: Steinheil Editeur.

¹⁰ Grave condizione che si verifica quando la placenta si inserisce troppo in profondità nella parete uterina, con il risultato di rimanere, tutta o in parte, ancorata alle pareti dell'utero con conseguenze più o meno gravi e di varia natura.

¹¹ Un'anomalia morfologica caratterizzata dalla presenza di un cotiledone (sezioni che compongono la placenta) soprannumerario al di fuori dalla placenta stessa.

Il carcinoma basocellulare: polimorfismo e trattamento chirurgico

Dott.ssa Sara Egidi

Medico-Chirurgo Specialista in Chirurgia Maxillo Facciale
Medico Estetico

Ph Dr in malattie dello scheletro e del distretto oro-cranio-facciale

U.S.I. Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22
USI Doc Tuscolana - Via Tuscolana, 212/f



IL CARCINOMA A CELLULE BASALI (BASALIOMA) RAPPRESENTA IL TUMORE CUTANEO IN ASSOLUTO PIÙ FREQUENTE: L'80% DI TUTTI I TUMORI CUTANEI. INSORGE PREVALENTEMENTE SU CUTE FOTO-ESPOSTA E IN ETÀ ADULTA-AVANZATA, ANCHE SE ESISTONO DELLE FORME PIÙ GIOVANILI. TIPICAMENTE QUESTO TUMORE PRESENTA UNA CRESCITA INFILTRANTE E NON METASTATIZZANTE.

Il carcinoma a cellule basali (BCC) è il tumore maligno umano più comune. Mentre l'esatta l'incidenza è sconosciuta, il BCC colpisce probabilmente più di 2 milioni di persone ogni anno. L'incidenza è in aumento nonostante gli sforzi per mitigare i fattori di rischio. I pazienti con tonalità della pelle più chiare (fototipo Fitzpatrick I e II) che hanno una significativa esposizione al sole (radiazioni ultraviolette) rappresentano la maggior parte dei casi di BCC e questi tumori tendono a presentarsi sulle aree esposte al sole della testa e del collo.

Altri fattori di rischio includono l'esposizione a radiazioni ionizzanti; immunosoppressione; e raramente, sindromi genetiche (basale sindrome del nevo cellulare, xeroderma pigmentoso).

La mortalità da BCC è rara perché la maggior parte delle lesioni è facilmente gestibile con chirurgia o trattamenti non chirurgici.

Un piccolo sottogruppo di pazienti con BCC possono sviluppare tumori avanzati della regione della testa e del collo che presentano sfide di gestione uniche e spesso meritano un approccio multidisciplinare. Il focus del chirurgo maxillo-facciale è la gestione di questi casi ad alto rischio, la revisione chirurgica e opzioni non chirurgiche per ottenere la cura, ove possibile, riducendo al minimo la morbilità e massimizzando la qualità della vita di ciascun paziente.

Parole chiave

1. invasività locale
2. fattori di rischio
3. tumori della pelle
4. approccio chirurgico
5. follow-up

INTRODUZIONE

Le neoplasie epiteliali maligne della cute, o non-melanoma skin cancers, comprendenti il carcinoma a cellule basali e il carcinoma a cellule spinose sono le forme più frequenti di neoplasie della cute.

In Italia la loro incidenza, che aumenta con l'età, è in progressivo aumento con 150 casi/100000 /anno. La prognosi del carcinoma basocellulare è ottima, con un tasso di sopravvivenza del 100% a 5 anni e

una bassissima probabilità di metastatizzazione. Nonostante l'ottima prognosi e la bassa probabilità di metastatizzazione, i carcinoma basocellulari possono impattare pesantemente sulla qualità di vita dei pazienti affetti in quanto hanno invasività locale con talora importante distruzione dei tessuti contigui fino al coinvolgimento di cartilagine e tessuto osseo. Per questo motivo la diagnosi precoce e la successiva terapia sono fondamentali.

MATERIALI E METODI

Il carcinoma basocellulare è il tumore più frequente a invasività locale e interessa frequentemente il volto (aree periorbitarie: naso, regione malare e temporale, orecchio) e il collo; a seguire il tronco e meno frequentemente gli arti.

Le varianti cliniche principali del carcinoma basocellulare sono: piano cicatriziale, superficiale, ulcerosa, rilevata e sclerodermiforme 6.

La varietà piano cicatriziale interessa più frequentemente il volto, il cuoio capelluto e il tronco. Nella fase iniziale si formano piccoli noduli del colore delle cute normale, traslucidi, cerei, lisci, che costituiscono un bordo epiteliomatoso, noto come "orletto perlaceo", che caratterizza questa variante clinica di BCC. Questi noduli si estendono centrifugamente delimitando un'area centrale atrofico- cicatriziale piana, opaca, di colore biancastro o lievemente rosato, di consistenza aumentata sulla quale spesso si rendono evidenti fini teleangectasie e segni di sofferenza epidermica (piccole erosioni, squamo- croste, desquamazione). L'evoluzione clinica è lenta per accrescimento orizzontale con possibile comparsa di ulcerazione.

La varietà superficiale coinvolge preferenzialmente il tronco e include due sottotipi: la variante eritematosa e la variante pagetoide.

La variante eritematosa del carcinoma basale superficiale si presenta come una chiazza eritematosa o eritemato- squamosa non infiltrata, a bordi netti, sormontata da una fine desquamazione e talora da piccole erosioni superficiali. La variante pagetoide si distingue per l'aspetto più infiltrato delle periferie lesionale, che mostra un sottile bordo moniliforme. La presentazione aspecifica del BCC superficiale crea spesso problemi di diagnosi differenziale con patologie cutanee infiammatorie come eczema e psoriasi. La varietà rilevata, si distingue in due sottotipi: il carcinoma basocellulare nodulare e vegetante. Il BCC nodulare, che colpisce più frequentemente il volto, si presenta come un nodulo rilevato sulla cute, ha superficie liscia e bozzoluta, di consistenza dura condroide (figura 4). Il colore del nodulo è variabile,

da quello della cute normale a quello rosa acceso. La superficie, traslucida, è talora sormontata da teleangectasie (figura 3). Il nodulo può mostrare aree di rammollimento, nelle forme pseudo-cistiche. L'evoluzione è lenta e talora si può evidenziare nella parte centrale del BCC nodulare un'ulcerazione ricoperta da crosta.

Il BCC vegetante è meno frequente rispetto alla varietà nodulare del BCC rilevato. Si presenta come una neoforazione papillomatosa di colore variabile dal rosso a brunoastro e a superficie generalmente erosa o ulcerata.

La varietà ulcerosa può rappresentare la variazione di tutte le forme infiltrate di BCC, ma in alcuni casi l'ulcerazione, ricoperta da una crosta nerastra, può essere presente ab inizio (figura 4).

Il carcinoma basocellulare ulceroso ab initio (*ulcus rodens*) si manifesta con un'ulcera non dolente dal fondo rosso, spesso deterso, e bordi tagliati a picco (figura 2).

Il bordo lesionale può essere piano o rilevato con le caratteristiche formazioni micronodulari traslucide (perle epiteliomatose). Queste forme, se non trattate, progrediscono in profondità, determinando anche un impegno dei tessuti sottocutanei. Nella forma più invasiva, nota anche come epiteloma tenebrans, i tessuti molli sottocutanei sono estensivamente coinvolti, determinando una distruzione tissutale che può coinvolgere anche il tessuto osseo. La varietà sclerodermiforme è la varietà meno frequente (2/3 %).

Clinicamente si manifesta come un'area cutanea ispessita di consistenza papiracea e di colore bianco avorio, i cui limiti sono mal definibili e si stendono al di là dei margini visibili della lesione. La superficie è liscia, lucida, spesso lievemente depressa rispetto alla cute sana perilesionale. In questa forma si apprezzano solo tardivamente perle epiteliomatose e/o ulcerazione. Colpisce generalmente i due terzi superiori del volto; le sedi elettive sono la regione temporale e gli zigomi ma anche il naso viene frequentemente interessato.

La non facile determinazione dei margini lesionali fa sì che l'escissione chirurgica di questa varietà clinica di BCC sia difficilmente radicale e renda ragione dell'alto numero di recidive locali. Tutte le varietà di BCC possono essere parzialmente o totalmente pigmentate, sebbene più frequentemente il pigmento sia presente nelle forme piano cicatriziale, nodulare e superficiale. La presenza del pigmento complica la diagnosi differenziale tra BCC e melanoma, anche se la valutazione dermoscopica indirizza in questi casi verso la corretta diagnosi.

A causa del suo polimorfismo clinico, varie patologie cutanee, anche non neoplastiche, entrano in diagnosi differenziale con il BCC. In presenza di un paziente con una lesione sospetta, l'iter diagnostico inizia con anamnesi ed esame obiettivo. Nel sospetto di un BCC si dovrà controllare attentamente tutta la superficie cutanea per escludere la presenza di altre concomitanti lesioni precancerose.

Esistono molti istotipi di basalioma, ma il motivo per cui è utile una classificazione è la possibilità di distinguere tra forme ad alto rischio di recidiva locale e forme a basso rischio.



Fig. 1: CARCINOMA BASOCELLULARE SUPERFICIALE E ULKERATO DEL CUIO CAPELLUTO; PZ DI 89 ANNI, CHE PRESENTA NEOFORMAZIONE ULKERATA E VEGETANTE



Fig. 1a: ASPORTAZIONE CHIRURGICA CON MARGINI DI RESEZIONE DI 4 MM.



Fig. 1b: RICOSTRUZIONE CON LEMBO DI ROTAZIONE LOCALE

Il carcinoma basocellulare: polimorfismo e trattamento chirurgico

Per quanto riguarda la capacità di metastatizzare è sempre la stessa per tutti i basaliomi (0,05%) a polmoni, ossa, linfonodi e fegato.

BCC a basso rischio:

La maggior parte dei BCC è suscettibile di gestione con tecniche chirurgiche. Curettage con l'elettrodessicazione è una tecnica distruttiva per rimuovere BCC a basso rischio senza valutazione dei margini. È altamente efficace in mani esperte, ma dovrebbe essere evitato per lesioni più profonde che si avvicinano al grasso sottocutaneo e per lesioni nelle aree con peli terminali (p. es., cuoio capelluto, barba, volto). Anche la semplice escissione con sutura primaria, guarigione per seconda intenzione o innesto cutaneo è molto efficace.

Un margine chirurgico libero da malattia di 4 mm è consigliato per ridurre al minimo il rischio di recidiva, evitando il controllo del margine della sezione congelata o Mohs chirurgia micrografica (MMS) nei casi appropriati.

Per i pazienti che non sono candidati al curettage con l'elettrolisi o l'escissione, è disponibile una varietà di trattamenti non chirurgici. Le radiazioni di solito sono riservate per quei pazienti di età superiore ai 60 anni a causa di sequele a lungo termine, ma raggiunge livelli elevati di tassi di guarigione nei casi a basso rischio.

Terapie topiche, come imiquimod e 5-FU, sebbene non siano efficaci quanto i trattamenti chirurgici, possono avere risultati estetici superiori in casi selezionati. Altre opzioni che possono essere prese in considerazione sono la criochirurgia e terapia fotodinamica.

BCC ad alto rischio:

Sebbene la maggior parte dei BCC siano considerati a basso rischio e trattati con semplice escissione o altre terapie distruttive locali come descritto in precedenza, le lesioni ad alto rischio hanno maggiori probabilità di recidiva e richiedono un approccio multidisciplinare.

Per i tumori localmente avanzati, è noto che diverse caratteristiche cliniche e patologiche aumentano il rischio di morbilità e/o recidiva e sono state incluse nella definizione di BCC ad alto rischio contenuta nelle linee guida del National Comprehensive Cancer Network. All'interno di questa definizione, i BCC ad alto rischio sono quelli che includono una delle seguenti caratteristiche: (1) ricorrente; (2) confini mal definiti; (3) immunosoppressione del paziente; (4) presenza in sede di precedente radioterapia; (5) dimostrazione di un modello di crescita aggressivo (differenziazione micronodulare infiltrativa, morfeaforme, sclerosante, carcinosarcomatosa o basosquamosa in qualsiasi parte tumore); (6) invasione perineurale; e (7) dimensione maggiore o uguale a 10 mm su guancia, fronte, cuoio capelluto e/o collo, o qualsiasi delle aree H del viso (faccia centrale, palpebre, sopracciglia, periorbitale, naso, labbra, mento, mandibola, preauricolare, retroauricolare, tempio, orecchio): figura 1.

Il paziente si reca dal chirurgo specialista in seguito a prurito e/ o sanguinamento della lesione. Quando le lesioni coinvolgono il viso e non sono emerse da molto tempo è più facile per il chirurgo intervenire.

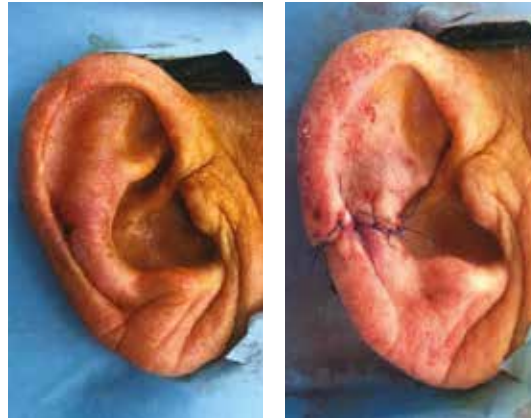


Fig. 2: CARCINOMA BASOCELLULARE INFILTRATIVO IN MORBO DI BOWEN CUTANEO ASSOCIATI IN DIFFUSA CHERATOSI SOLARE. CARTILAGINE INDENNE. MARGINI EXERESI CHIRURGICA INDENNI; 2019 - NEOFORMAZIONE ULCERATA, DOLENTE, SANGUINANTE

Fig. 2a: ASPORTAZIONE A TUTTO SPESSORE DELLA NEOFORMAZIONE



Fig. 2d: RECIDIVA PER CHERATOSI ATTINICA CON ASPETTI BOWENOIDI ASSOCIATA AD ULCERAZIONE CUTANEA FOCALE ED INTENSA FLOGOSI CRONICA RIACUTIZZATA PERIANNESIALE DEL DERMA SOTTOSTANTE. MARGINI DI EXERESI CHIRURGICA AURICOLARE PRESENTI NEL CAMPIONE OPERATORIO INDENNE DA INFILTRAZIONE NEOPLASTICA.

Fig. 2e: RISULTATO A 3 MESI



Fig. 2b: SUTURA PER PIANI DEL GAP CHIRURGICO

Fig. 2c: RISULTATO AD UN MESE



Fig. 3: BCC SOLIDO INFILTRATIVO PUNTA NASALE



Fig. 3a: CARCINOMA BASOCELLULARE SOLIDO E CISTICO



Fig. 3b: CARCINOMA BASOCELLULARE NODULARE CON AREE DI NECROSI CON INFILTRATO FLOGISTICO INTRA E PERITUMORALE SCARSO SENZA INVASIONE ANGIOLINFATICA E PERINEURALE CON ATTIVITÀ CARIOCINETICA MODERATA INFILTRANTE IL DERMA RETICOLARE, MARGINI DI RESEZIONE INDENNI.

L'iter chirurgico prevede una biopsia incisionale della lesione quando è molto grande e coinvolge strutture nobili del volto, segue alla biopsia l'esame istologico che potrà dare la certezza della diagnosi descrivendo accuratamente l'istotipo della neoplasia, in seguito all'istologico il chirurgo potrà designare l'iter terapeutico che, in genere, corrisponde all'escissione completa della lesione e ad eventuale ricostruzione del gap chirurgico. La ricostruzione può essere eseguita con sutura per prima intenzione. Se il gap chirurgico è più grande è necessaria la chiusura con lembi locali (figura 2).

Se nella sede dell'asportazione non c'è possibilità di rotazione di lembi cutanei di rotazione o di trasposizione, si deciderà per l'utilizzo di innesti cutanei a distanza. Per innesti cutanei si intende un prelievo di cute glabra da una zona del corpo e successiva ricostruzione a distanza.

Nel caso in cui il sospetto BCC non sia molto grande si può decidere per l'asportazione completa procedendo all'escissione con margini di 4 mm del tessuto malato e completa ricostruzione, in base alla zona coinvolta, con lembi locali o chiusura per prima intenzione. Il trattamento viene deciso dal chirurgo insieme al dermatologo e al paziente valutando la scelta più idonea in base all'età, alle condizioni di salute e all'anamnesi clinica.

DISCUSSIONE

Il Basalioma è la neoplasia cutanea maligna più diffusa al mondo. Non sono ben chiari i fattori che ne provocano l'insorgenza tuttavia l'esposizione ai raggi solari e fattori genetici possono essere talvolta corresponsabili della sua insorgenza. Colpisce tendenzialmente pazienti di età adulta, sopra ai 50 anni, ma negli ultimi anni stiamo assistendo ad un numero sempre maggiore di giovani colpiti da questa neoplasia.

Il basalioma è una neoplasia dotata di una discreta aggressività nei confronti dei tessuti circostanti e metastatizza in altri organi in una percentuale dei casi inferiore allo 0,1% dei casi. Questo rende il basalioma meno pericoloso di altre neoplasie cutanee, come l'epitelioma spinocellulare o il melanoma; tuttavia la sua capacità di interessare aree nobili del viso quali le palpebre, il naso, le orecchie o le labbra può comportare la necessità di eseguire interventi chirurgici ricostruttivi molto delicati per il ripristino funzionale ed estetico del volto.

La terapia più efficace nella cura del carcinoma basocellulare e meno gravata da recidive locali è la terapia chirurgica. Forme iniziali e superficiali possono essere anche trattate con metodiche fisiche (crioterapia, diatermocoagulazione, laser, terapia fotodinamica) seppur queste metodiche non chirurgiche siano gravate da una percentuale più alta di recidive. Il basalioma predilige per la sua insorgenza le aree fotoesposte del corpo e può presentarsi come un piccolo nodulo duro translucido solcato da capillari, come una area cicatriziale o come una piccola ulcera con decorso ingravescente. Nei casi dubbi, la diagnosi di basalioma può essere effettuata mediante una biopsia incisionale.

Il carcinoma basocellulare: polimorfismo e trattamento chirurgico

L'escissione chirurgica rappresenta il gold-standard della terapia dei BCC con valutazione istopatologica post-operatoria dei margini, specie se di dimensioni medie o grandi. Per i tumori a basso rischio e clinicamente ben circoscritti si dovrebbe ottenere un'escissione completa con almeno 4 mm di margini liberi, garantendo la guarigione nel 95% dei casi 8-9-10. Per i BCC ad alto rischio, con diametro clinico maggiore di 2 cm, i margini operatori dovrebbero arrivare a 6 mm di tessuto sano peritumorale e a 10 mm se sono localizzati agli arti o al tronco. Inoltre sono previsti gli stessi margini (da 6 a 10 mm a seconda della localizzazione) anche in caso di re-intervento su un tumore che abbia presentato margini positivi alla prima asportazione. Dopo l'exeresi, gli approcci ricostruttivi adeguati possono essere la sutura diretta, l'innesto cutaneo semplice o composto, lembi locali o loco-regionali o lembi microchirurgici. Se si ricorre all'allestimento di lembi con rimodellamento dei tessuti circostanti è necessaria una valutazione intraoperatoria dei margini.

In seguito ad un'asportazione chirurgica la percentuale di recidive è abbastanza bassa, circa il 5-7%, e si tratta quasi sempre di recidive locali che insorgono sulla cicatrice del precedente intervento chirurgico. Insorgono più frequentemente nei primi due anni dopo l'intervento chirurgico motivo per cui i controlli postoperatori sono più frequenti nei primi due anni dopo la loro asportazione e di conseguenza le visite di controllo postoperatorie dovranno essere più frequenti in questo periodo (3,6,12,18,24 mesi dopo l'intervento) e meno frequenti nei tre anni successivi (36,48 e 60 mesi dopo l'intervento).

Le visite di controllo consisteranno in un semplice esame clinico associato, in casi particolari, ad un'ecografia inguinale periodica. La visita di controllo consentirà anche di rilevare la presenza di eventuali nuove lesioni che in questi pazienti possono insorgere in altre sedi. Infatti la possibilità di sviluppare un nuovo carcinoma basocellulare, nei pazienti che già sono stati sottoposti all'asportazione di un basalioma, è di circa il 40%. Dal punto di vista della prevenzione l'unico accorgimento da adottare è la fotoprotezione

con creme solari fin dall'età infantile e la maggiore attenzione nell'evitare l'abitudine a lunghe esposizioni solari nelle ore più calde del giorno.

CONCLUSIONI

Il trattamento dei carcinomi basocellulari deve essere valutato sempre in base alla qualità di vita del paziente, ci troviamo spesso di fronte a pazienti affetti da BCC durante la terza decade di vita, e il trattamento chirurgico deve essere meno invasivo possibile.

Le aree coinvolte dal BCC spesso sono strutture nobili del volto e necessitano quindi di un'attenta prevenzione per far sì che l'asportazione sia più semplice possibile e che possa portare alla risoluzione della patologia.

Il chirurgo Maxillo Facciale è in grado, avendo una conoscenza esatta dell'anatomia del volto, di asportare il BCC mantenendo intatte le strutture nobili, è in grado di ricostruire il gap chirurgico quando diventa profondo con innesti locali, sia cutanei che cartilaginei rispettando la qualità di vita del paziente a tutte le età. In casi più importanti si può occupare di ricostruzione con lembi microchirurgici pedunculati o liberi. Importante rimane la diagnosi precoce delle lesioni e l'indicazione tempestiva all'intervento, vista l'alta invasività locale dei BCC.

BIBLIOGRAFIA

1. Alam M, Ratner D. Cutaneous squamous-cell carcinoma. *N Engl J Med* 2001;344:975-83.
2. Scrivener Y, Grosshans E, Cribier B. Variations of basal cell carcinomas according to gender, age, location and histopathological subtype. *Br J Dermatol* 2002;147:41-7.
3. Buzzoni C. AIRTUM Working Group. [Population ageing effect on number of cancer cases: Italian cancer registries data]. *Epidemiol Prev* 2011;35:216-21.
4. Hollestein LM, de Vries E, Nijsten T. Trends of cutaneous squamous cell carcinoma in the Netherlands: increased incidence rates, but stable relative survival and mortality 1989-2008. *Eur J Cancer* 2012;48:2046-53.
5. Mohan SV, Chang LA. advanced basal cell carcinoma: epidemiology and therapeutic innovations. *Curr Dermatol Rep* 2014;3:40-5.
6. Firnhaber JM. Diagnosis and treatment of basal cell and squamous cell carcinoma. *Am Fam Physician* 2012;86:161-8.
7. Sexton M, Jones DB, Maloney ME. Histologic pattern analysis of basal cell carcinoma. Study of a series of 1,039 consecutive neoplasms. *J Am Acad Dermatol* 1990;23:1118-26.
8. Telfer NR, Colver GB, Morton CA. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol* 2008;159:35-48.
9. Dandurand M, Petit T, Martel P, et al. Management of basal cell carcinoma in adults clinical practice guidelines. *Eur J Dermatol* 2006;16:394-401.
10. Kimyai-Asadi A, Goldberg LH, Peterson SR, et al. Efficacy of narrow-margin excision of well-demarcated primary facial basal cell carcinomas. *J Am Acad Dermatol* 2005;53:464-8.

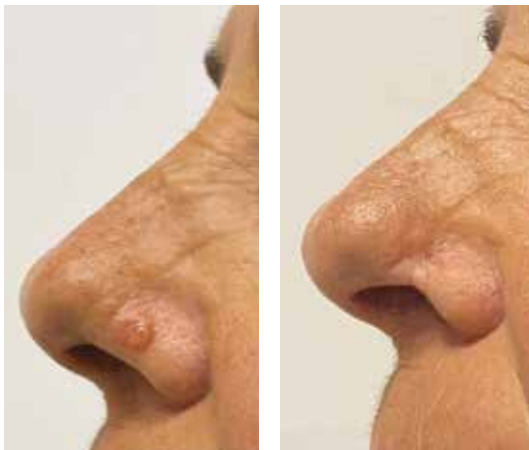


Fig. 4: CARCINOMA BASOCELLULARE NODULARE
Fig. 4a: RISULTATO A 3 MESI

“La verità, vi prego, sulla RM cardiaca...”

Dott. Marcello De Santis

Cardio-radiologo

U.S.I. Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22

U.S.I. Lido di Ostia (Villa del Lido) - Viale del Lido, 3

“Quello che manca è la comprensione di cosa siano davvero scienza e tecnologia, dei loro limiti e delle loro potenzialità. Più il mondo intorno a noi si fa complicato e più affiora un desiderio di semplificazione. Invece il mondo è complesso, ed è impossibile comprenderlo se non siamo disposti a fare gli sforzi necessari”

Dott. Domenico Ribatti

“La buona medicina - Per un nuovo umanesimo della cura”

PER I MEDICI

I vantaggi diagnostici legati all'impiego di metodiche di 2° livello nel campo della diagnostica per immagini sono sotto gli occhi di tutti noi, basti pensare in ambito radiologico alla recente diffusione dell'impiego della RM multiparametrica della prostata in campo urologico e di quella della mammella in campo senologico. Questa diffusione conferma il valore aggiunto che questi approcci diagnostici possono fornire in modo del tutto non invasivo per il corretto inquadramento clinico nel singolo caso.

Analogamente a quanto suesposto, anche la RM cardiaca o, meglio, cardiovascolare dovrebbe rivestire un ruolo diagnostico di primo piano in campo cardiologico in forza delle molteplici informazioni che da essa si possono ricavare in modo affidabile, ma una serie di fattori ha finora concorso a limitarne la sua applicabilità pratica. Cerchiamo quindi di analizzare la questione per individuarne gli aspetti più salienti.

La decisione di passare da un'esame cardiologico di 1° livello, come un ECG o un ecocardiogramma, ad uno di 2° è appannaggio dello specialista (cardiologo, internista ecc.) quando fondamentalmente le informazioni clinico-strumentali in suo possesso non sono sufficienti a garantire un'adeguato inquadramento o monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente. Nel caso di una sospetta cardiopatia ischemica, l'indicazione ad un esame cardio-TC è ormai una prassi consolidata e lo è in forza del quesito dicotomico “stenosi sì” - “stenosi no” al quale il radiologo è chiamato a rispondere. “Categorizzare” l'ampiezza e disparata scala di grigi interposta tra bianco e nero è infatti una strada molto perseguita al giorno d'oggi, basti pensare alla suddivisione in classi CAD-RADS raccomandata in ambito Internazionale per la refertazione cardio-TC, e consente uno scambio informativo tra specialisti il più possibile chiaro ed oggettivo. Il rischio di questo approccio generale è però quello di limitare lo scambio informativo quando il quesito diagnostico non è più dicotomico, ma articolato e plurifattoriale, insomma complesso al punto tale che un eventuale scambio informativo sarebbe parziale e spesso non soddisfacente per il

referente. È questo appunto il caso della RM cardiovascolare. A fronte degli innumerevoli dubbi che assalgono quotidianamente uno specialista, alle prese di volta in volta con un cardiopalmo di natura da determinare, un'aritmia di nuova insorgenza, un'alterazione della fase di ripolarizzazione nelle precordiali sinistre, una trabecolatura endocavitaria prominente, uno spessore parietale aumentato a livello settale basale, una dubbia ipocinesia apicale, la confidenza riposta in un'integrazione diagnostica RM è comunque bassa e spesso limitata a quesiti dicotomici tipo *fibrosi sì - fibrosi no*. Questo atteggiamento generale, pur plausibile considerata la scarsa dimestichezza che il radiologo medio ha con le problematiche cardiologiche (al punto che ancora oggi si possono leggere referti RM a “quattro mani”, ovvero redatti congiuntamente da un radiologo ed un cardiologo), riflette specularmente anche una conoscenza limitata del referente circa le notevoli potenzialità di questa metodica, in grado ad esempio di valutare in modo semplice ed accurato la normalità o meno di singole porzioni millimetriche di tessuto miocardico mediante la mappatura dei loro tempi di rilassamento (*T1-T2 mapping* - vedi Fig.1).

La comprensione di queste potenzialità RM, peraltro ben conosciute dagli specialisti impegnati in ambito ecografico allorquando si trovano di fronte ad un'area focale epatica, non è purtroppo altrettanto sviluppata in campo cardiologico.

La soluzione di questo problema, pur apparentemente difficile, è in realtà più semplice del previsto in quanto scaturisce direttamente da quanto suindicato:

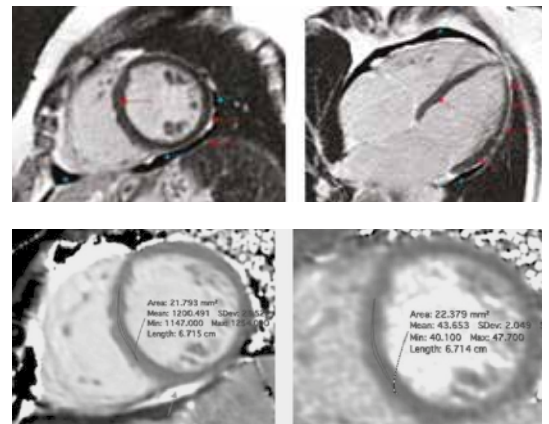


Figura 1 – Paziente con dolore toracico e tachicardia post-infezione da COVID-19: in alto immagini asse corto ed asse lungo acquisite in fase post-contrasto tardiva, in cui si apprezzano aree nastriformi di “late gadolinium enhancement” (LGE) a livello miocardico/pericardico (frecche rosse) associate a minima quota di versamento pericardico (frecche blu); in basso immagini asse corto di “mapping miocardico”, che dimostrano aumento dei tempi di rilassamento T1-T2 come da edema tissutale

“La verità, vi prego, sulla RM cardiaca...”

implementare lo scambio informativo tra specialista referente e radiologo ad un livello superiore, plurispecialistico, quale quello offerto da un “cardio-radiologo”. Lungi da essere semplicemente un radiologo esperto di imaging cardiovascolare, solo chi è specialista in entrambi gli ambiti è probabilmente in grado di “parlare la stessa lingua” del referente, di risolverne i dubbi come se fossero propri e di indirizzare opportunamente detto referente nello sviluppo delle sue conoscenze in materia di RM cardiovascolare.

PER I PAZIENTI

La RM (risonanza magnetica) cardiovascolare è una procedura diagnostica strumentale per immagini che permette di visualizzare la morfologia delle camere cardiache e dei grandi vasi ad esse collegati, nonché l'attività del muscolo cardiaco nel dettaglio, registrando il suo movimento in una sequenza di “scatti” (frames) riproducibili sotto forma di video-film. Questo esame – come tutte le RM – utilizza campi magnetici statici e onde a radiofrequenza (gli stessi impulsi impiegati nelle trasmissioni televisive), al fine di captare immagini degli organi interni del corpo senza provocare alcun danno (dal momento che non vengono utilizzate radiazioni ionizzanti), senza dolore e in modo non invasivo. L'impiego del mezzo di contrasto non implica alcun rischio per il paziente ed aggiunge ulteriori informazioni spesso necessarie al raggiungimento di una diagnosi definitiva nel singolo caso. Inoltre, grazie al progresso tecnologico, la durata media di questo esame è di circa mezz'ora, ovvero comparabile a quella di molti altri esami RM.

Si tratta pertanto di un esame morfo-funzionale che consente di valutare le condizioni di salute dell'appa-

rato cardiovascolare, nella sua morfologia e funzionalità, e di rilevare eventuali anomalie o malformazioni, congenite o acquisite. Questo esame rappresenta attualmente lo strumento diagnostico più efficace e affidabile per valutare sia le dimensioni, la morfologia e la funzionalità del muscolo cardiaco e delle sue cavità interne, che dei grandi vasi e delle valvole collegate. In questo modo, è possibile farsi un'idea precisa della salute cardiovascolare senza dover effettuare indagini invasive e senza l'ausilio di raggi X o altro tipo di metodica potenzialmente nociva. Questo tipo di esame è consigliato per la diagnosi o il monitoraggio di patologie e condizioni quali:

- Malformazioni cardiache congenite o acquisite
- Aritmie (alterazioni del ritmo cardiaco)
- Cardiomiopatie primitive o secondarie
- Infarto miocardico in fase subacuta o cronica
- Miocarditi
- Disfunzioni e/o ingrandimenti delle camere ventricolari
- Patologie del pericardio (la sottile membrana che avvolge il cuore)
- Malattie, disfunzioni e/o malformazioni dell'aorta o di altri vasi collegati con il cuore, o dell'apparato valvolare

Benché la RM cardiovascolare sia considerato un esame innocuo, non tutte le categorie di pazienti possono sottoporvisi. Vi sono, infatti, delle controindicazioni assolute per chi è portatore di pacemaker cardiaci oppure di elementi metallici presenti negli organi nobili del corpo o nei grandi vasi (a seguito di traumi o come esito di interventi chirurgici).



L'ALIMENTAZIONE IN MENOPAUSA

Dott.ssa Emanuela De Angelis

Medico - Chirurgo

Nutrizionista

U.S.I. Pietralata - Via dei Durantini, 362

U.S.I. Serpentara - Via G. Pacchiarotti, 95



freepik.com/foto-gratuito/posa-senior-espressiva-della-donna (Immagine di shurkin_son)

La menopausa è una fase fisiologica della vita delle donne, una fase di importanti cambiamenti fisici ed ormonali che inevitabilmente coinvolge anche la sfera psicologica, a volte con una mancata accettazione del proprio corpo.

Alla base di tutto c'è la diminuzione dell'attività ovarica e di conseguenza della produzione di estrogeni, calo ormonale che comporta tutta una serie di sintomi perimenopausali e menopausali che spesso condizionano la vita delle donne.

I sintomi possono comprendere:

- Vampate di calore,
- insonnia ed irritabilità,
- ansietà,
- cefalea,
- palpitazioni,
- calo della libido.

A volte la mancanza di estrogeni può portare a vere e proprie patologie quali malattie cardiovascolari, ipertensione arteriosa, osteoporosi, sovrappeso ed obesità fino alla sindrome metabolica ed, in caso di mancata accettazione del cambiamento in atto, anche a fenomeni depressivi.

In questa fase si assiste ad una diminuzione del metabolismo basale ma, contrariamente a quanto si possa pensare, non in misura tanto importante da giustificare l'aumento ponderale a cui solitamente si assiste.

La diminuzione infatti in genere varia tra le 60 e le 150 kcal/die, raramente supera le 300, quindi spesso l'aumento ponderale, comunque fisiologico in questa fase, è dovuto ad una diminuzione della attività fisica o, come già accennato, ad una mancata accettazione della menopausa stessa e dei cambiamenti che comporta, mancata accettazione che fa sì che le pazienti ricorrono più frequentemente a gratificazioni di tipo alimentare con aumentata ricerca di alimenti dolci e più volte al giorno.

Quali possono essere quindi le strategie nutrizionali più adatte ad affrontare questa fase?

Sicuramente le diete drastiche e "fai da te" in cui si diminuiscono in maniera importante le porzioni, nonché la varietà degli alimenti, non sono utili, anzi! Facendo ulteriormente diminuire il metabolismo basale portano ad un aumento ponderale che diventa ancora più difficile da contrastare.

Il primo passo è sicuramente quello di mantenersi attive, questo servirà per contrastare sia l'aumento di peso, sia l'eventuale osteoporosi e la conseguente perdita di massa muscolare, nonché il calo del tono dell'umore.

Per cui troviamo una attività che possa essere coinvolgente e divertente, tale che non venga abbandonata dopo poche lezioni.

Per quanto riguarda le strategie nutrizionali ovviamente queste non si discostano molto dalle normali indicazioni per una corretta alimentazione, anche se

L'ALIMENTAZIONE IN MENOPAUSA

si impone la necessità di alcuni "aggiustamenti".

È sempre consigliato fare cinque pasti al giorno, tre pasti principali e due spuntini, al fine di distribuire le calorie nell'arco della giornata e non arrivare eccessivamente affamate al pasto successivo, questo inoltre consentirà di mantenere attivo un metabolismo basale che in questa fase, come abbiamo già detto, tende ad avere una flessione che, seppure non così importante, può contribuire all'aumento ponderale.

Sicuramente dobbiamo tenere sotto controllo una eventuale carenza di calcio, e questo va fatto già in epoca perimenopausale, in quanto in post menopausa potrebbe sfociare in osteoporosi, di conseguenza è bene aumentare l'introduzione di alimenti ricchi di calcio e vitamina D come latte e latticini ma non solo! Sono importanti fonti di calcio anche gli spinaci, il cavolo, il pesce azzurro, i germogli di soia, i fagioli bianchi, tanto per citarne alcuni.

Importante è anche l'esposizione ai raggi solari perchè aumenta la produzione della vitamina D fondamentale per l'assorbimento del calcio stesso.

Si raccomanda il consumo di legumi, fagioli, lenticchie etc, in quanto ottime fonti di proteine, ma non solo, contengono fibre (estremamente importanti per la funzionalità intestinale), sali minerali e vitamine, ma soprattutto contengono fitoestrogeni vegetali, che, in mancanza degli estrogeni di produzione ovarica, possono contribuire a contrastare i sintomi di cui si è detto in precedenza.

Per quanto riguarda le proteine animali limitare l'assunzione di carne rossa, prediligendo carne bianca e soprattutto pesce (soprattutto pesce azzurro).

Anche il consumo di uova va limitato ad una volta a settimana.

Limitare il consumo di zuccheri e carboidrati semplici, preferire carboidrati complessi soprattutto integrali,

come anche cereali quali farro e orzo.

È preferibile consumare grassi vegetali limitando quelli di origine animale, quindi preferire olio extravergine di oliva al burro, e sempre a crudo, evitando frittute, se non occasionalmente.

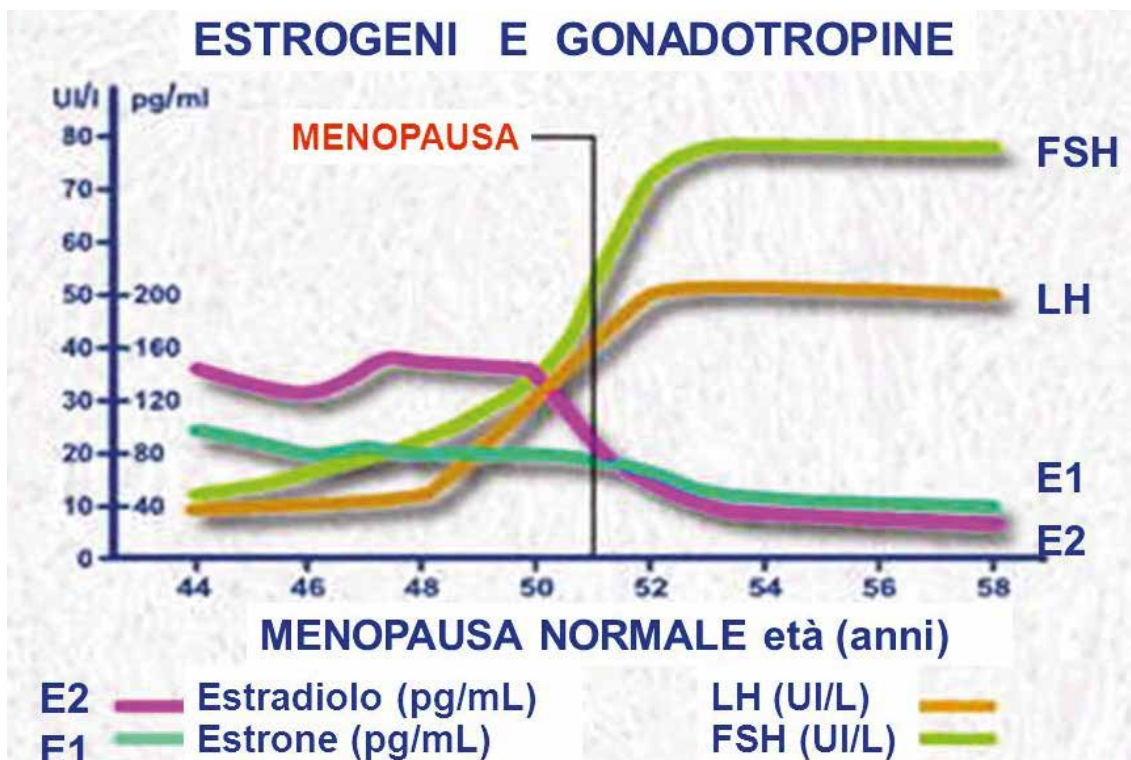
Ovviamente il consumo di frutta e di verdura di stagione è raccomandato, anche se non tutta la frutta può essere consumata liberamente, quella troppo zuccherina infatti, come fichi, uva, banane ad esempio, va inserita nella dieta con moderazione, anche se non eliminata.

Ciò che va eliminato è il consumo di bevande zuccherate o gassate, i superalcolici ed il così detto "junk food", ovvero il cibo spazzatura in quanto estremamente ricco di grassi e di sale.

Quest'ultimo infatti va consumato con estrema moderazione, e quando possibile è consigliabile sostituirlo con altre spezie in grado di insaporire le pietanze, perchè, come è noto, può contribuire alla ritenzione idrica che a sua volta porta ad inestetismi che rendono ancora più difficile l'accettazione del nuovo corpo. Per questo altro momento importante è il consumo di acqua, consumo che deve essere di almeno due litri al giorno e possibilmente si deve scegliere un'acqua ricca in calcio e povera di sodio.

Qui si è cercato di dare solo alcune indicazioni per affrontare un passaggio fisiologico della vita delle donne, che si dovrebbe vivere con naturalezza e serenità, portando avanti una vita attiva e piena.

Non si smette di essere donne, né si è donne in modo diverso, la fine della vita fertile è sicuramente un passaggio delicato che si deve affrontare con consapevolezza e preparazione, e seguendo le giuste indicazioni si possono mitigare tutti quegli effetti di cui si è già detto in precedenza, nonché si può essere in forma in un corpo che ci soddisfa.



La difficile diagnosi differenziale delle infezioni delle prime vie respiratorie in epoca Covid 19

*E.F.A. Bellizzi**, *C. Marsico***, *M. G. Bellizzi****, *E. Marsico*****

*Consulente Otorinolaringoiatra U.S.I.-Roma

**Otorinolaringoiatra- Ospedale S. Eugenio-Roma

***Specializzando ORL- Facoltà di Medicina e Chirurgia-Università “La Sapienza” di Roma

****Dottore in Psicologia Clinica e della Riabilitazione

“Università Niccolò Cusano “-Roma



freepik.com/foto-gratuito/donna-malata-sdraiata-a-letto-con-gli-occhi-chiusi-soffiando-il-naso (immagine di katemangostar)

Le infezioni respiratorie delle vie aeree rappresentano da sempre un rilevante problema sanitario, essendo una delle cause più frequenti tra tutte le patologie acute sia in età pediatrica che in età adulta causando di assenze sia lavorative che scolastiche.

A questo si deve aggiungere la periodica circolazione di nuovi virus a rischio pandemico: dall'influenza aviaria ai nuovi coronavirus –SARS responsabili delle recenti emergenze sanitarie globali.

Le infezioni delle vie respiratorie superiori e quindi di pertinenza otorinolaringoiatrica sono solitamente virali (70-80%), mentre il rimanente 8-10% hanno eziologia batterica ed allergica, e spesso si complicano o complicano le infezioni del tratto respiratorio inferiore.

Le infezioni virali respiratorie sono causate da una serie di differenti virus che possono interessare, anche contemporaneamente, i vari distretti delle vie aeree: naso e seni paranasali, orofaringe, laringe e trachea, e spesso anche il parenchima polmonare. Questa ubiquità di distretti colpiti comporta un ampio spettro di disturbi a carico dell'apparato respiratorio con quadri clinici che vanno da forme lievi-moderate a condizioni severe che possono risultare, particolarmente, pericolose in categorie a rischio come neonati, bambini,

anziani e pazienti immunodepressi.

Gli agenti eziologici virali delle infezioni respiratorie, se da un lato, si caratterizzano per la loro enorme varietà, più di 200 tipi, dall'altro, presentano alcune caratteristiche comuni, in particolare:

- la marcata capacità di mutazione che caratterizza il loro genoma, che in alcuni casi può comportare l'insorgenza di nuovi ceppi, che danno luogo a nuove infezioni diverse dall'originaria anche durante la stessa epidemia;
- l'elevato tasso di trasmissione;
- la scarsa immunogenicità che comporta la comparsa di un'immunità di breve durata, con la possibilità che si manifestino continue reinfezioni.

La trasmissione dei virus respiratori avviene principalmente per via aerea o per contatto (diretto e/o indiretto), rara è la via oro-fecale. La trasmissione aerea avviene per trasporto delle particelle virali mediante *droplets* o aerosol. Per *droplets* si intendono le goccioline di secreto infetto che vengono emesse con la tosse, con lo starnuto o con la semplice conversazione mentre l'aerosol è la sospensione colloidale di particelle gassose, solide o liquide di secreto; la trasmissione per contatto, invece, può avvenire mediante il contatto con oggetti o superfici su cui sia presente il virus.

La difficile diagnosi differenziale delle infezioni delle prime vie respiratorie in epoca Covid 19

I principali virus umani che causano infezioni delle prime respiratorie sono:

• Adenovirus	DNA
• Rinovirus	RNA
• Coronavirus-nonSARS	RNA
• Coronavirus-SARS	RNA
• Virus influenzale	RNA
• Virus parainfluenza	RNA
• Virus sinciziale	RNA
• Metapneumovirus	RNA

Mentre le infezioni respiratorie batteriche sono dovute principalmente a:

- Streptococcus pyogenes,
- Streptococcus pneumoniae,
- Haemophilus influenzae B,
- Mycoplasma pneumoniae
- Staphylococcus aureus.

Le manifestazioni cliniche causate dai vari virus respiratori sono spesso indistinguibili tra loro, rendendo così problematica la diagnosi differenziale basata sul semplice esame clinico e richiedendo in molti casi la conferma del sospetto clinico mediante l'analisi microbiologica.

Tale difficoltà è aumentata dal fatto che le infezioni respiratorie possono, come detto, anche essere di origine batterica, che spesso condividono gli stessi quadri clinici, o buona parte di essi, con le sindromi virali, e talora sovrapponendosi a queste in modo opportunistico, dando luogo a infezioni miste che complicano ulteriormente il corretto inquadramento diagnostico.

Diagnosi differenziale basata sull'epidemiologia

In mancanza di un sospetto clinico ben indirizzato, l'inquadramento diagnostico può essere facilitato, comunque, da particolari caratteri distintivi dei patogeni virali.

L'epidemiologia è uno di questi, dato che talune sindromi respiratorie sono associate prevalentemente ad alcuni agenti eziologici rispetto ad altri.

Il comune raffreddore, per esempio, ha un'eziologia ascrivibile nella maggior parte dei casi a rinovirus e coronavirus-nonSARS, meno a virus influenzale e parainfluenzale, e ancora più raramente ad adenovirus e virus respiratorio sinciziale; la faringite e la laringite sono invece più strettamente associati a infezioni da adenovirus, rinovirus, virus parainfluenzale ed influenzale ed i sintomi influenzali sono causati, soprattutto, da virus influenzale e parainfluenzale.

I principali patogeni virali responsabili delle sindromi acute delle alte e basse vie respiratorie nei neonati e nei bambini sono il virus respiratorio sinciziale, il virus influenzale e il rinovirus, seguiti dal virus parainfluenzale, l'adenovirus, ed il metapneumovirus. E, spesso, in queste fasce di età alcuni dei più comuni quadri clinici respiratori come la faringite e la polmonite possono essere ascrivibili anche ad agenti batterici quali, che sono in ordine di incidenza: Streptococcus pyogenes, Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae B, Mycoplasma pneumoniae e Staphylococcus aureus.

Diagnosi differenziale in base ai sintomi

Anche se la diagnosi clinica delle diverse infezioni respiratorie abbia uno scarso valore predittivo a causa dell'ampia sovrapposibilità dei quadri patologici, alcuni sintomi sembrano maggiormente riferibili a determinati agenti eziologici rispetto ad altri, consentendo di porre una prima diagnosi differenziale tra alcune delle sindromi principali.

Per esempio, mentre la febbre, i dolori muscolo-scheletrici diffusi, la cefalea e l'astenia accompagnano prevalentemente l'infezione da virus influenzale, questi sintomi sono piuttosto rari nel raffreddore, dove predominano manifestazioni quali congestione nasale, starnuti e faringodinia, che sono generalmente poco frequenti nell'influenza.

Studi pediatrici condotti su una popolazione di oltre 6 mila bambini affetti da infezioni respiratorie virali ha evidenziato alcune associazioni significative: tra virus influenzale con la febbre e la cefalea; virus respiratorio sinciziale con la tosse, la dispnea ed il respiro affannoso; adenovirus con la febbre ed metapneumovirus con la tosse.

Diagnosi differenziale tra eziologia batterica e virale
Come noto alcune infezioni respiratorie virali condividono sindromi difficilmente distinguibili da quelle di origine batterica, rendendo problematica la diagnosi clinica e di conseguenza la decisione terapeutica con l'utilizzo spesso improprio di farmaci antibiotici che aumenta l'ormai diffusa farmaco resistenza.

Una di queste è la faringite, affezione delle alte vie respiratorie tra le più comuni, tanto nella popolazione adulta che in quella pediatrica, che può essere causata da un'infezione virale, generalmente da adenovirus, rinovirus e virus parainfluenzale, o batterica, in particolare da Streptococcus pyogenes.

Sebbene molto simili, i quadri clinici causati dalle due diverse eziologie presentano alcuni caratteri distintivi che possono aiutare l'orientamento diagnostico.

Obiettivamente, nella faringite di origine virale la mucosa faringea si presenta arrossata e con una rete vascolare chiaramente visibile (a causa della vasodilatazione) e da un maggior rilievo delle papille linfoidi. Sintomatologicamente il mal di gola o faringodinia si accompagna a rinite, tosse stizzosa e impellente, congiuntivite e a uno stato generale di astenia e debolezza, mentre la febbre è generalmente scarsa e tende a risolversi velocemente.

La faringite batterica si caratterizza, invece, per un quadro di faringotonsillite edematosa, essudativa e spesso purulenta, che rende difficoltosa la deglutizione, con presenza di petecchie o di eruzione eritematosa sulla lingua e sul palato. La faringodinia è molto intensa si associa frequentemente a episodi febbrili, mentre sono generalmente assenti o poco frequenti tosse, rinite, congiuntivite e sintomi sistemici quali astenia, algia diffusa.

Diagnosi differenziale tra COVID-19 e le altre infezioni respiratorie

A complicare ulteriormente la diagnosi differenziale delle infezioni delle prime vie respiratorie è stata la comparsa della pandemia da Covid-19 che presenta diversi sintomi a carico delle prime vie respiratorie, in particolare nelle ultime varianti. Tenendo presente, inoltre, che la positività microbiologica per i comuni

patogeni respiratori potrebbe non escludere una coinfezione da SARS-CoV-2 come riscontrato nella pratica clinica.

In particolare, va posta diagnosi differenziale va posta tra COVID-19 ed le infezioni da questi virus:

- Adenovirus
- Influenza/parainfluenza
- Virus respiratorio sinciziale
- Rinovirus
- Citomegalovirus

Il primo fondamentale step dell'iter diagnostico è un'accurata anamnesi epidemiologica che evidenzia una storia di esposizione del paziente al contagio da COVID-19 fino alle due settimane precedenti.

Il secondo step è una diagnosi clinica differenziale basata sulla sintomatologia, in particolare, con le patologie respiratorie più frequenti: raffreddore, influenza, allergie respiratorie. Tab.1

Essendo la polmonite interstiziale la manifestazione clinica più temibile nel Covid-19 l'imaging radiologico interpreta un ruolo fondamentale nell'iter diagnostico. Anche se la radiografia standard (RX) del torace possiede una bassa sensibilità nell'identificazione delle alterazioni polmonari più precoci di COVID-19, caratterizzate da opacità a "vetro smerigliato"; pertanto, non si tratta dell'esame radiologico indicato nelle fasi iniziali della malattia, mentre tomografia computerizzata (TC) del torace, in particolare quella ad alta risoluzione (HRCT), è la metodica di scelta nello studio della polmonite da COVID-19 anche nelle fasi iniziali, sia nelle fasi avanzate anche per avere formulare un quadro prognostico.

Ma poiché i sintomi clinici e i reperti radiologici di COVID-19 non sono specifici della malattia, la diagnosi finale viene posta rilevando l'RNA virale in campioni respiratori mediante RT-PCR (real time-polymerase chain reaction), che a tutt'oggi si ritiene sia il gold standard diagnostico.

I campioni sono prelevati di solito dal tratto respiratorio superiore, effettuando tamponi rinofaringei, ma anche dal tratto respiratorio inferiore dall'espettorato, dall'aspirato endotracheale o dal lavaggio broncoalveolare nei pazienti che presentano patologie respiratorie più gravi. Una PCR qualitativa - che fornisce un risultato positivo o negativo - è di solito sufficiente

nella diagnostica di routine. Va comunque considerato che, pur rimanendo lo standard di riferimento per la diagnosi conclusiva di COVID-19, la RT-PCR su campione respiratorio può, talora, comportare falsi negativi dovuti a errori di campionamento o alla bassa carica virale (che può dipendere dal tempo passato dall'esposizione e dal tipo di campione raccolto, etc...). I test sierologici, pur essendo importanti nella valutazione epidemiologica della circolazione virale, non sono attualmente dirimenti per la diagnosi di infezione in atto, perché l'assenza di anticorpi non esclude la possibilità di un'infezione in fase precoce, con relativo rischio che un individuo, seppure negativo al test sierologico, risulti contagioso. Inoltre, per la possibile cross-reattività con patogeni simili, come altri coronavirus, il rilevamento degli anticorpi potrebbe non essere specifico per il SARS-CoV-2, quindi anche gli individui che in realtà sono stati esposti a infezioni differenti potrebbero risultare positivi alla ricerca degli anticorpi per il SARS-CoV-2.

BIBLIOGRAFIA

1. Coultas JA et al. Respiratory syncytial virus (RSV): a scourge from infancy to old age. *Thorax* 2019; 74(10): 986-993
2. Crisci CD, Arduo LRF, Mossuz A, Müller L. A Precision Medicine Approach to SARS-CoV-2 Pandemic Management. *Curr Treat Options Allergy* 2020;1-19
3. Dou D et al. Influenza A virus cell entry, replication, virion assembly and movement. *Front Immunol* 2018; 9: 1581
4. Pascarella G et al. COVID-19 diagnosis and management: a comprehensive review. *J Int Med* 2020
5. Sanders JM et al. Pharmacologic treatments for coronavirus disease 2019 (COVID-19). A Review. *JAMA* 2020; 323(18): 1824-1836
6. Shio-Shin J et al. Treatment options for COVID-19: the reality and the challenges. *J Microbiol Immunol Infect* 2020; 53(3): 436-443
7. Tang L et al. Severe COVID-19 pneumonia: assessing inflammation burden with volume-rendered chest CT. *Radiology: Cardiothoracic Imaging* 2020; 2(2)
8. Zhang N et al. Current development of COVID-19 diagnostics, vaccines and therapeutics. *Microbes Infect* 2020

	COVID-19	Raffreddore	Influenza	Allergie Respiratorie
<i>Sintomi</i>	Da moderati a severi	Graduali	Improvvisi	Improvvisi
<i>Febbre</i>	Comune	Rara	Comune	No
<i>Tosse</i>	Comune	Comune	Comune	Talora
<i>Faringite</i>	Talvolta	Comune	Comune	Talvolta
<i>Dispnea</i>	Talvolta	No	No	No
<i>Fatica</i>	Talvolta	Talvolta	Comune	Rara
<i>Cefalea</i>	Talvolta	Comune	Comune	Talvolta
<i>Rinorrea</i>	Talvolta	Comune	Talvolta	Comune
<i>Diarrea</i>	Rara	No	Talvolta (nei bambini)	No
<i>Starnuti</i>	No	Comuni	No	Comuni
<i>Anosmia</i>	Frequente	Rara	Rara	Rara

Tabella 1

AMBLIOPIA

Quando possiamo sapere se il nostro bambino vede bene

Dott.ssa Cristina Carloni

Medico - Chirurgo
Specialista in Oftalmologia

Esiste la convinzione diffusa che l'esame del sistema visivo debba essere effettuato in età scolare, intorno ai 7-8 anni di età, ossia quando si impara a leggere e scrivere. In realtà lo studio delle capacità visive di un bambino inizia alla nascita e continua durante tutto il suo sviluppo. Questo è molto importante perché, quanto prima si identifica un deficit, tanto migliori saranno le possibilità di recupero. Alla nascita un neonato risulta molto sensibile alla luce e presenta delle pupille molto strette (miosi) per limitare la quantità di luce che entra nell'occhio. Infatti la macula, ovvero la porzione della retina deputata alla visione diurna e più fine, non è ancora sviluppata.

Generalmente durante il primo mese di vita la visione centrale si matura ma le connessioni tra la retina ed il sistema nervoso centrale necessitano ancora di essere completate. Il neonato è solitamente in grado di focalizzare gli oggetti posti di fronte a lui con la retina più periferica e di fissare il volto della mamma: tuttavia risulta maggiormente attratto da oggetti brillanti e colorati situati a circa un metro di distanza. Dai 2 ai 4 mesi, il bambino comincia a fissare e seguire un oggetto posto di fronte a lui ma non sempre i movimenti degli occhi sono coordinati perché la visione binoculare matura intorno ai 6 mesi. Dai 5 mesi il bimbo vede in 3 dimensioni, ossia acquisisce la stereopsi e riesce a fissare e ad afferrare gli oggetti posti di fronte a lui. Intorno ai 9 mesi il colore degli occhi si definisce.

Si può pertanto affermare che alla nascita il nostro sistema visivo deve ancora imparare a vedere e deve

essere accompagnato attraverso un processo di apprendimento che gli consenta una buona funzionalità visiva. I genitori svolgono sicuramente un ruolo fondamentale; infatti, vivendo a contatto stretto con il bambino, possono notare eventuali anomalie che devono essere prontamente riferite al pediatra. Il pediatra rappresenta la figura che segue il bambino dalla nascita alla pubertà ed effettua gli screening necessari in rapporto all'età del bambino.

RIFLESSO ROSSO DEL FONDO OCULARE

Se si proietta un raggio luminoso all'interno dell'occhio, la luce verrà riflessa dal fondo oculare e illuminerà di rosso il campo pupillare (similmente all'effetto degli occhi rossi nelle fotografie con il flash). In presenza di patologie, si osserverebbe un riflesso molto attenuato o bianco (leucocoria) e ci si potrebbe trovare in presenza di un retinoblastoma (un tumore primitivo della retina), di opacità vitreali ed emorragie, di una cataratta congenita o di opacità della cornea (cicatrici o infezioni). In questo caso il bambino dovrà essere prontamente inviato presso una struttura ospedaliera oculistica.

L'ESAME ESTERNO DELL'OCCHIO

Il pediatra potrebbe osservare la presenza di ptosi, nevus flammeus ed emangiomi che potrebbero determinare una soppressione visiva con relativa ambliopia (riduzione visiva), oppure un occhio di dimensioni superiore alla norma (bftalmo) che, se associato a





freepik.com/foto-gratuito/felice-ragazza-adolescente-in-piedi-sorridente-isolato-su-studio-rosso-alla-moda (Immagine di master1305)

lacrimazione e fotofobia, potrebbe far sospettare un glaucoma congenito.

MISURAZIONE ACUITÀ VISIVA

Fin dalla nascita è presente il riflesso all' ammicciamento, ossia la chiusura delle palpebre in rapporto ad uno stimolo luminoso con corrispondente riflesso pupillare, mentre intorno a 6 – 8 settimane di vita il bambino è in grado di fissare e di seguire un oggetto con gli occhi. Molto importante è anche la reazione del piccolo paziente all'occlusione monoculare in ambo gli occhi. Se il bimbo dovesse piangere alla chiusura di un occhio in particolare si potrebbe sospettare un deficit visivo. Dai 6 mesi ai 2 anni di età il bambino è in grado di seguire un oggetto anche monocolarmente e poi tornare in allineamento con gli occhi.

RIFLESSI PUPILLARI

Le pupille dovrebbero essere uguali in dimensioni e forma e presentare un riflesso (contrazione) sia alla illuminazione diretta dell'occhio che alla illuminazione dell'occhio controlaterale. La pupilla in genere si contrae anche con l'accomodazione, ossia quando il bambino guarda un oggetto da vicino: in ogni caso ogni differenza in forma e dimensioni fra le due pupille deve essere sottoposta a visita oculistica.

HIRSCHBERG TESTING E VALUTAZIONE MOTILITÀ OCULARE

I neonati possono presentare talora uno strabismo intermittente che dovrebbe risolversi intorno ai 4 mesi di vita. Tuttavia ogni strabismo persistente deve essere considerato anomalo a qualsiasi età. Talora nei bambini piccoli può essere presente uno pseudo strabismo determinato da epicanto (una particolare piega delle palpebre) o dall'appiattimento della radice del naso. Il modo migliore per valutarne la presenza è lo studio dei riflessi corneali che devono essere simmetrici: *il test di Hirschberg*.

Lo studio della motilità oculare è inoltre importante per evidenziare alcune forme complesse di strabismo

come la paralisi congenita del VI paio di nervi cranici, la sindrome Brown o di Duane o la presenza di nistagmo. Spesso queste forme si associano alla presenza di PAC (posizioni anomale del capo) che possono anche comportare problemi posturali. Il pediatra evidenzia la necessità di una visita precoce e a questo livello si inserisce anche la figura dell'ortottista o assistente di oftalmologia, specializzata nello studio della funzione visiva dei bambini con funzione di collegamento con l'oculista. In assenza di problemi, la prima visita oculistica andrà effettuata tra i 3 ed i 5 anni di età, quando il bambino è in grado di collaborare e di offrire una valutazione più accurata delle proprie capacità visive. A questo punto molti genitori potrebbero chiedersi "perché dovremmo sottoporre nostro figlio ad una visita oculistica completa all'età di 3 anni? Aspettiamo che cresca, c'è sempre tempo per mettere gli occhiali". In realtà non è così perché lo scopo principale è quello di scongiurare l'**ambliopia**.

L'ambliopia o occhio pigro è una riduzione, unilaterale o bilaterale, della miglior acuità visiva con correzione, non direttamente connessa ad anomalie strutturali dell'apparato visivo. Il deficit è dovuto ad una alterata esperienza visiva causata da deprivazione sensoriale:

- opacità dei mezzi diottrici (cataratta, ptosi, opacità corneali);
- strabismo;
- errori refrattivi importanti o anisometropia (errore refrattivo asimmetrico).

L'ambliopia colpisce circa tra l'1% ed il 4% dei bambini e di solito si sviluppa prima dei 2 anni; tuttavia qualsiasi bambino con meno di 8 anni d'età circa può sviluppare ambliopia.

Alla nascita sono presenti tutte le componenti anatomiche maggiori del sistema visivo e il loro iter maturativo avverrà per puro determinismo genetico.

La componente neuro sensoriale della funzione visiva e il sistema oculomotore necessitano, invece, dell'apporto di stimoli esterni adeguati ad un normale sviluppo anatomico funzionale.

AMBLIOPIA - Quando possiamo sapere se il nostro bambino vede bene

Durante il "periodo critico" (i primi 8- 10 anni di vita) se sulla retina si forma una immagine confusa viene interrotto il normale sviluppo visivo e la gravità del danno dipenderà dalla entità della sfocatura, dalla sua durata e dall'età in cui è iniziata. Analogamente una mancanza di allineamento dei globi oculari provocherà la soppressione dell'occhio deviato con conseguente riduzione visiva e perdita di binocularità. Tutto questo si traduce in alterazioni anatomiche a livello del corpo genicolato laterale e della corteccia striata occipitale.

Tuttavia, se si interviene tempestivamente e precocemente durante l'età critica, ossia entro gli 8 anni di età, il danno può essere reversibile, se non completamente, almeno in parte. Tutto deve partire da una diagnosi completa ed accurata delle cause che hanno determinato l'ambliopia per poter poi programmare l'intervento più efficace. Ecco, perciò, la necessità di una visita oculistica completa all'età di 3 - 5 anni, anche in assenza di problemi e sintomatologia evidenziati dal genitore o dal pediatra.

La prima visita dovrà comprendere:

- una valutazione anamnestica: presenza di difetti refrattivi in famiglia o di patologie oculistiche a carattere ereditario;
- studio del senso cromatico;
- valutazione ortottica: studio della stereopsi, test di Hirschberg cover test, studio della convergenza e della motilità oculare;
- misurazione automatica della refrazione;
- misurazione dell'acuità visiva con opportune tavole optometriche;
- esame biomicroscopico del segmento anteriore;
- misurazione dell'acutezza visiva in cicloplegia (previa instillazione di colliri midriatici e cicloplegici);
- esame del fondo oculare.

La visita avrà lo scopo innanzitutto di evidenziare eventuali patologie presenti per poter iniziare il trattamento il più precocemente possibile. In presenza di errori refrattivi si prescriveranno occhiali o lenti a contatto a tempo pieno fino allo stabilizzarsi del miglioramento dell'acutezza visiva. Se il miglioramento non dovesse essere sufficiente, il cardine della terapia dell'ambliopia sarà la penalizzazione, generalmente con il bendaggio dell'occhio migliore per permettere lo sviluppo dell'occhio peggiore. Anche in presenza di strabismo sarà determinante il trattamento dell'ambliopia prima di qualsiasi decisione chirurgica.

A testimonianza della plasticità del sistema visivo durante il periodo critico (primi 8 anni di vita) con il trattamento si verificherà anche la reversibilità delle alterazioni a livello del corpo genicolato laterale e della corteccia occipitale. Questa plasticità del sistema visivo tenderà a ridursi nel tempo ed è questa la ragione di un trattamento il più precoce possibile ma, soprattutto, prolungato nel tempo onde evitare che una sospensione troppo precoce possa far regredire i risultati raggiunti.

Ovviamente tutto sarà calibrato all'età del bambino e alla sua collaborazione; ad esempio l'utilizzo di ottotipi adeguati e cercare di far apparire la visita oculistica come un gioco aiutano sicuramente ad ottenere una buona partecipazione. Nei casi più difficili basterà in genere ripetere la visita dopo 6 mesi per ottenere una

collaborazione adeguata.

Il bambino dovrà poi essere accompagnato con visite regolari fino alla pubertà per evidenziare eventuali patologie o difetti refrattivi che potrebbero svilupparsi successivamente.

Concludendo :

- nel neonato è possibile effettuare una visita oculistica a qualunque età se il pediatra evidenzia delle alterazioni;
- la prima visita oculistica di routine deve avvenire intorno ai 3 - 5 anni di età;
- l'ambliopia nel bambino può essere curata se evidenziata precocemente.

BIBLIOGRAFIA

1. Allison R. Loh, Michael F. Chiang Pediatric Vision Screening, *Pediatr Rev.* May; 39(5): 225-234, 2018
2. Hashemi H, Pakzad R, Yekta A, et al: "Global and regional estimates of prevalence of amblyopia: A systematic review and meta-analysis." *Strabismus* 26(4):168-183, 2018.
3. Taylor D, Hoyt CS. *Pediatric Ophthalmology and Strabismus*. 3rd ed. New York, NY: Elsevier Saunders; 2005
4. Barrett BT, Bradley A, McGraw PV. Understanding the neural basis of amblyopia. *Neuroscientist*; 10:106-11, 2004



freepik.com/foto-gratuito/bambina-che-controlla-la-sua-vista-al-centro-di-oftalmologia (Immagine di senivpetro)

Sovrappeso e affezione da obesità, quali rimedi medici mettere in campo contro il diffondersi di questi fenomeni?

D.ssa Roberta Galvani

Biologa Nutrizionista

Dietetica clinica, Nutrizione umana e Nutrizione per lo sport

U.S.I. Prati - Via V. Orsini, 18

U.S.I. Axa-Palocco - Via Eschilo, 191

U.S.I. Lido di Ostia (Villa del Lido) - Viale del Lido, 3



freepik.com/foto-gratuito/irricognoscibile-plus-size-femmina-in-piedi-al-bancone-della-cucina-e-tagliare-verdure-biologiche-fresche-sul-tagliere) Immagine di shurkin)

L'OBESITÀ E IL SOVRAPPESO: CHE COSA SONO E QUALI CONSEGUENZE COMPORTANO

Essere affetti da obesità comporta nella maggior parte dei casi il determinarsi di situazioni che, quotidianamente, inficiano la qualità della vita. Limitazioni al muoversi e un continuo affaticamento connotano le giornate di chi è afflitto da questa che ormai è classificata come una vera e propria patologia. Come ci rammenta il sito del Ministero della Salute in Italia "obesità e sovrappeso sono condizioni associate ad elevata mortalità e rappresentano un importante fattore di rischio per le principali malattie croniche: malattie cardiovascolari (in particolare infarto e ictus), ipertensione, diabete mellito di tipo 2, sindrome metabolica, alcune forme di tumori (in particolare il tumore dell'endometrio, del colon retto, renale, della colecisti, della prostata e della mammella). L'obesità aumenta anche il rischio di incorrere in malattie muscolo-scheletriche (in particolare artrosi degenerativa)".

La società industrializzata "occidentale" vede un aumento considerevole dei casi di obesità tra i più giovani e non da meno il diffondersi della cosiddetta condizione da sovrappeso.

Ma quali sono le cause ambientali e, soprattutto, psicologiche che spingono uomini e donne a sovralimentarsi o a introdurre nel loro corpo del "cibo spazzatura"?

LE CAUSE ALL'ORIGINE DEL FENOMENO

Una risposta parziale ce la possono fornire gli studi e i dati a nostra disposizione. Come ci ricorda sempre il sito del Ministero della Salute "l'obesità è la risultante dell'interazione tra componenti comportamentali, sociali e metaboliche, alcune geneticamente determinate, altre riconducibili a fattori ambientali. Molti aspetti dell'ambiente in cui oggi vivono e lavorano le persone incoraggiano abitudini alimentari scorrette e/o una ridotta attività fisica che aumentano il rischio di obesità. I determinanti ambientali hanno una rilevante influenza anche sul dispendio energetico, non favorendo, ad esempio, per i bambini le occasioni di movimento prima e dopo la scuola o le attività sportive o ludiche extra-scolastiche all'aria aperta. Inoltre sono sempre più diffuse, nel tempo libero, le attività sedentarie quali guardare la televisione o usare il computer."

Insomma uno stile di vita non teso all'attività fisica e il continuo ricorso al consumo di cibi dalle "calorie vuote" o ipercalorici inducono a essere affetti da obesità. Altri elementi che concorrono al determinare di questo stato possono essere riconducibili, altresì, a particolari condizioni psichiche derivanti da traumi avvenuti in età infantile, pre-adolescenziale, adolescenziale.

Sovrappeso e affezione da obesità, quali rimedi medici mettere in campo contro il diffondersi di questi fenomeni?

IL RUOLO ESERCITATO DALLA DIETA E DALL'ESERCIZIO FISICO NELLA PREVENZIONE E NELLA CURA DELLA PATOLOGIA

Un ruolo fondamentale nel prevenire l'obesità viene assunto dall'attività fisica. Studi accreditati dimostrano che almeno 30 minuti di attività aerobica, 60 minuti per i bambini e le bambine (ad esempio una camminata posta in essere con moderata intensità, per 5 giorni alla settimana) possano contribuire a limitare il fenomeno. Ma un punto cardine della lotta al fenomeno permane, comunque, la scelta consapevole del cibo da consumare, le sue quantità, l'osservazione della sua composizione da un punto di vista nutrizionale, i tempi concernenti il suo utilizzo durante l'arco della giornata. Si cominci, allora, con il limitare il consumo di soft drink e di alcool e di alimenti confezionati come primo importante passo anche contro l'abuso di zuccheri raffinati e industriali. Si continui con il rendere le porzioni dei cibi commisurati alle attività che si svolgono e non si cerchi nei cibi un conforto nei momenti di stress. Infine si apporti la frutta e la verdura nella composizione dei propri pasti, contribuendo a dare anche il buon esempio alimentare ai bambini che eventualmente abbiamo in casa.

Ma partendo da questo assunto occorre precisare che talune volte tutti questi accorgimenti non bastano ad alleviare una situazione di disagio radicatasi nel tempo e occorre ricorrere non solo a uno specialista in materia ma, soprattutto, alla chirurgia.

L'ESTREMA-MA EFFICACE- RATIO: IL "PALLONCINO" GASTRICO E LA CHIRURGIA BARIATRICA

Gli interventi chirurgici in materia bariatrica sono rimedi ai quali ricorrere quando il soggetto affetto da obesità non riesca più a essere aiutato/a dalla semplice dieta o dall'attività fisica posta in essere. Sono da intendersi come fase della cura o come extrema ratio risolutiva. Sono interventi invasivi e che possono essere anche risolutivi. Il cosiddetto palloncino gastrico è un dispositivo, morbido ed espansibile, per la perdita di peso posizionato senza una reale effettuazione di un intervento chirurgico endoscopico (pur servendosi di quella tecnica per la sua "installazione" nella sacca dello stomaco), e senza l'ausilio di un'anestesia. Viene posizionato in circa 15 minuti. Per questo mini intervento occorre, comunque, un'anamnesi e la valutazione all'idoneità con il parere concernente redatto da un nutrizionista che rediga un piano nutrizionale conservativo e di informare il paziente su cosa debba aspettarsi. Il medico, poi, si occupa, altresì, della somministrazione di medicinali in caso di eventuali reazioni avverse. Ruolo fondamentale dovrebbe svolgerlo anche lo psicologo che deve fornire un ausilio al paziente in difficoltà. L'equipe medica rimane fondamentale per il paziente nelle fasi pre e post "intervento" per sostenerlo nelle scelte alimentari e nelle modalità operative di approccio al consumo del cibo e alla sua masticazione e a eventuali sintomi, quali ad esempio il reflusso, che si manifestano dopo l'evento di posizionamento. Per quanto concerne la chirurgia bariatrica, vera e propria, rammentiamo che questa viene effettuata in caso di obesità grave o molto grave e di seguito ne enunceremo le principali tecniche in uso: Bendaggio gastrico regolabile (AGB): inter-

vento gastrorestrittivo che diminuisce l'assunzione di cibo, posizionando una fascia elastica di silicone intorno alla parte superiore dello stomaco permette di creare una ridotta tasca gastrica che comunica con il resto dello stomaco attraverso uno stretto orifizio di svuotamento non dilatabile. Roux-en-Y bypass gastrico (RYGB): è un intervento misto, teso a limitare sia l'assunzione che l'assorbimento dei cibi. La quantità di cibo ingeribile viene limitata riducendo (mediante resezione chirurgica) lo stomaco ad un piccolo sacchetto, di dimensioni simili alla tasca generata con il bendaggio gastrico. Questa piccola sacca viene collegata, mediante un'ansa digiunale, all'intestino tenue escludendo il tratto digestivo deputato all'assorbimento dei nutrienti. Deversione biliopancreatica con switch duodenale (BPD-DS): questa cosiddetta inversione duodenale è un intervento complesso con determinate caratteristiche: elimina una grande parte dello stomaco (resezione verticale), dandogli immediatamente un senso di sazietà nei pazienti, i quali tenderanno, così, a mangiare di meno; è un intervento malassorbitivo cioè il cibo viene deviato e limitato nel suo assorbimento: il chirurgo realizza un nuovo canale alimentare, creando un'anastomosi tra la cavità gastrica residua ed un tratto dell'intestino tenue (ileo); viene, inoltre, modificata la funzionalità della bile, del succo pancreatico e dei succhi enterici, influenzando la capacità del corpo di digerire gli elementi e assorbire calorie. Gastrectomia verticale parziale (VSG, sleeve gastrectomy verticale): appartiene agli interventi gastrorestrittivi perché limita l'assunzione di cibo riducendo le dimensioni dello stomaco. Questa forma di chirurgia bariatrica viene utilizzata per il trattamento di persone gravemente obese. Ovviamente per tutte queste operazioni il ruolo del medico, ribadiamo, rimane fondamentale nel decorso postoperatorio per evitare i numerosi, eventuali, effetti collaterali.

In conclusione obesità e sovrappeso non si sconfiggono solamente con gli interventi chirurgici ma con la tenace volontà dei pazienti che, supportati dall'equipe medica e dall'ausilio di un esperto psicologo, si protendono verso un risultato comune: una ritrovata Salute, da non intendersi, però, come fattore meramente estetico ma come rinnovato equilibrio psicofisico.



freepik.com/foto-gratuito/piatto-vuoto-con-metro-a-nastro-coltello-e-forchetta (Immagine di jcomp)

Infezioni sessualmente trasmesse Non sottovalutiamole!



Giuseppe Vocaturo

Specialista in Ginecologia e Ostetricia
Specialista in Oncologia
vocaturog@tiscali.it

Casa di Cura Marco Polo - Viale M. Polo,41
U.S.I. Piazza Vittorio - Via Machiavelli,22
U.S.I. Serpentara - Via G.Pacchiarotti,95
Già Dirigente Istituto Tumori-Regina Elena-Roma
Già Direttore SSO presso la UOC di Ginecologia Oncologica

Le Infezioni sessualmente trasmesse (IST) costituiscono un vasto gruppo di malattie infettive molto diffuso in tutto il mondo che può essere causa di sintomi acuti, infezioni croniche e gravi complicanze a lungo termine per milioni di persone ogni anno e le cui cure assorbono ingenti risorse finanziarie.

L'incidenza delle IST nel mondo è in continuo aumento anche a causa della maggiore mobilità e dell'aumentata tendenza ad avere rapporti sessuali con più partners.

Mettendo in atto una prevenzione mirata e comportamenti idonei nonché attuando una diagnosi precoce si può evitare la diffusione e le complicanze delle IST. A tale scopo si riportano i dati e le misure preventive divulgate dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (Global Health Sector Strategy on Sexually Transmitted Infection, 2016–2021. June 2016. World Health Organization) e dall'EpiCentro dell'Istituto Superiore di Sanità. "Le Infezioni sessualmente trasmesse: aggiornamento dei dati". Dicembre 2020. Volume 35, n. 6, 2022.

È noto che più di 30 diversi batteri, virus e parassiti vengono trasmessi attraverso il contatto sessuale.

Emergono, inoltre, focolai di nuove infezioni che possono essere acquisite per contatto sessuale come vaiolo delle scimmie, Shigella sonnei, Neisseria meningitidis, Ebola e Zika nonché riemergono malattie sessualmente trasmissibili trascurate come il linfogranuloma venereo. Tutto ciò preannuncia sfide crescenti nella fornitura di servizi adeguati per la prevenzione e il controllo delle malattie sessualmente trasmissibili.

Modalità di trasmissione:

- Gli agenti responsabili delle Infezioni sessualmente trasmesse si trasmettono attraverso qualsiasi tipo di rapporto sessuale (vaginale, anale, orale) tramite i liquidi organici infetti (sperma, secrezioni vaginali, saliva) o con il contatto diretto della pelle nella zona genitale, delle mucose genitali, anali e della bocca.
- Alcune IST, inoltre, si possono trasmettere attraverso il sangue (ad esempio contatto con ferite aperte e sanguinanti, scambio di siringhe, tatuaggi e piercing in condizioni non controllate) (Hiv, Hbv, Hcv, sifilide) oppure da una madre con un'infezione attiva in corso di gravidanza, durante il parto o l'allattamento (Hiv, Hbv, herpes genitale, sifilide, gonorrea, clamidia).
- Le IST, invece, non si trasmettono attraverso i colpi di tosse o gli starnuti e neppure si acquisiscono sui mezzi pubblici, in ufficio o con i contatti sociali usuali; non sono, inoltre, trasmesse né dalle zanzare né da altri animali né si possono contrarre attraverso l'uso delle toilette.

Sintomi:

Le diverse IST presentano segni e sintomi comuni.

I più frequenti sono:

- secrezioni anomale dei genitali
- dolore pelvico
- comparsa di prurito e/o di lesioni di qualunque tipo nella regione dei genitali, dell'ano o della bocca
- pollachiuria
- disuria
- dolore e sanguinamento durante e/o dopo i rapporti sessuali.

I PATOGENI RESPONSABILI DELLE IST (dati OMS)

Principali IST causate da Batteri:	Principali IST causate da Virus:
Infezione da clamidia Gonorrea Sifilide Ulcera venerea o cancroide Donovanosi o Granuloma inguinale Infezioni batteriche non gonococciche e non clamidiali	Infezione da Hiv Herpes genitale Condilomi ano-genitali da HPV Epatite B Mollusco contagioso Infezione da citomegalovirus
Principali IST causate da Protozoi:	Principali IST causate da Parassiti:
Infezione da Trichomonas	Pediculosi del pube Scabbia

Infezioni sessualmente trasmesse Non sottovalutiamole!

Spesso le IST possono essere asintomatiche o manifestarsi con sintomi molti lievi; i soggetti infetti, quindi, potrebbero non esserne consapevoli e trasmettere l'infezione attraverso rapporti sessuali non protetti.

Diagnosi

Per la diagnosi è importante effettuare degli esami di laboratorio che, a seconda delle diverse IST, possono essere eseguiti sul sangue, su un tampone rettale o faringeo, su un campione di urine o di saliva sia per le donne che per gli uomini; su un tampone cervicale o vaginale per la donna; su un tampone uretrale o sullo sperma per l'uomo.

Una diagnosi rapida è importante sia per impostare la giusta terapia e quindi alleviare i sintomi sia per prevenire le possibili complicanze ed evitare così la trasmissione ad altre persone.

A volte è sufficiente la visita dello specialista che riconosce la IST osservando le lesioni presenti a livello genitale o in altre zone del corpo.

Terapia

Le IST sono curabili, nella maggior parte dei casi, attraverso antibiotici o altri farmaci specifici prescritti dal medico. È importante che la terapia sia corretta ed iniziata quanto prima. La cura tempestiva è molto importante perché riduce l'infettività del paziente e interrompe la catena dei contagi. Durante la terapia è bene astenersi dai rapporti sessuali.

Complicanze:

Se le IST non vengono trattate in maniera adeguata possono causare gravi complicanze quali:

- sterilità, cioè difficoltà o impossibilità ad avere figli;
- problemi durante la gravidanza (parto prematuro, aborto, morte del bambino);
- infezioni neonatali (occhi, polmoni);
- sviluppo tumori (cervice, fegato).

Chi ha una IST, inoltre, presenta un rischio molto più alto, rispetto a chi non ha una IST, di prendere o trasmettere l'Hiv. Questo perché le IST producono delle alterazioni a

livello dei genitali che favoriscono l'ingresso e l'uscita del virus dell'Hiv.

La cura immediata di una IST, pertanto, riduce anche il rischio di prendersi l'Hiv.

Prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili

Se usati in modo corretto e coerente, i preservativi offrono uno dei metodi più efficaci di protezione contro le malattie sessualmente trasmissibili, compreso l'HIV. Sebbene altamente efficaci, i preservativi non offrono protezione per le malattie sessualmente trasmissibili che causano ulcere extragenitali (ad es. sifilide o herpes genitale). Quando possibile, i preservativi dovrebbero essere usati in tutti i rapporti vaginali e anali. Sono disponibili vaccini sicuri e altamente efficaci per 2 malattie sessualmente trasmissibili virali: epatite B e HPV. Questi vaccini hanno rappresentato importanti progressi nella prevenzione delle IST.

La ricerca per lo sviluppo di vaccini contro l'herpes genitale e l'HIV è avanzata, con diversi vaccini candidati all'inizio dello sviluppo clinico. Ci sono prove crescenti che suggeriscono che il vaccino per prevenire la meningite (MenB) fornisce una protezione incrociata contro la gonorrea. Sono, invece, necessarie ulteriori ricerche sui vaccini per la clamidia, la gonorrea

Le strategie per combattere le malattie sessualmente trasmissibili:

Si basano soprattutto sulla prevenzione e su comportamenti sessuali responsabili:

1. *Per prima cosa il metodo più efficace nel prevenire le malattie a trasmissione sessuale prevede l'uso del preservativo.*
2. *Un altro aspetto importante in chiave preventiva è che un'igiene intima insufficiente, non corretta o eccessiva, specie con prodotti non adatti, può facilitare le infezioni.*
3. *Nel caso si riceva diagnosi di una qualsiasi malattia venerea è fondamentale avvertire immediatamente il proprio o i propri partner, che dovranno al più presto consultare il medico per un controllo, anche in assenza di sintomi.*



U.S.I. e MAICO insieme per il benessere uditivo

ISTITUTO ACUSTICO
MAICO

U.S.I. e MAICO, con la loro partnership, garantiranno a tutti gli utenti un servizio di altissimo profilo, ricordando che il ricorso tempestivo alle protesi acustiche rappresenta uno straordinario strumento di prevenzione sanitaria e di tutela del proprio stile di vita.

Il consiglio, dunque, è quello di non aspettare e scegliere di sentire con il supporto dei professionisti MAICO proprio presso le sedi USI. Per prenotare la consulenza gratuita dell'audioprotesista MAICO e la prova gratuita degli apparecchi acustici è possibile chiamare il numero unico 06/32868.1

Gli operatori fisseranno un appuntamento totalmente gratuito nel centro U.S.I. più vicino.

Negli ultimi anni, segnati dalla pandemia, l'attenzione alla salute e l'importanza dello stare insieme ai nostri cari sono tornati ad essere protagonisti delle nostre vite. Questi due valori hanno un particolare denominatore comune, a volte sottovalutato: l'udito. Sentire bene, infatti, è fondamentale per il nostro benessere perché ci permette di restare in contatto con le persone che amiamo e mantenere una vita attiva.

Negli anni segnati dal distanziamento sociale, dalle mascherine e dallo smart working, l'udito è sempre più riconosciuto come un senso indispensabile per la collettività e per il singolo.

Prendersene cura è fondamentale in ogni fase della vita: per gli anziani non sentire bene rischia di accelerare il declino cognitivo e può portare a depressione, angoscia e demenza; nei bambini l'ipoacusia determina un difficile sviluppo del linguaggio, con gravi conseguenze relazionali; per gli adulti un abbassamento dell'udito peggiora la qualità della vita e influisce negativamente sulle possibilità di raggiungere o conservare l'indipendenza economica. In Italia ci sono circa

sette milioni di ipoacusici e in generale trascorrono dai cinque ai sette anni prima che una persona accetti di avere problemi di udito*.

Parlando di salute, e soprattutto di salute dell'udito, il Gruppo U.S.I. ha scelto di collaborare con l'Istituto Acustico MAICO per garantire a tutti i pazienti un servizio di eccellenza per la consulenza audioprotesica e per la prova delle più innovative soluzioni acustiche. I Tecnici Audioprotesisti MAICO, dunque, professionisti sanitari laureati, sono già a disposizione degli utenti in tutti i centri U.S.I. con cadenza regolare. Grazie alla loro consulenza gratuita, ogni utente interessato potrà trovare e provare l'apparecchio acustico più adatto al proprio stile di vita.

SENTIRE BENE, OGGI, È UNA SCELTA

Oggi, nella maggior parte dei casi, la perdita uditiva può essere affrontata con gli apparecchi acustici, dispositivi tecnologicamente molto avanzati e adesso piccolissimi, connessi e confortevoli. Gli apparecchi acustici MAICO garantiscono massima qualità del suono in ogni ambiente, totale comodità per ogni esigenza e connessione stabile con smartphone, tv e tablet.



U.S.I. e MAICO insieme per il benessere uditivo



Pixabay.com/it/users/surprising_shots-11873433 (Mircea - See my collections)

I dispositivi oggi sono praticamente invisibili, rispondono alle nuove esigenze di eleganza e discrezione, e sono ricaricabili proprio come un qualsiasi telefonino. Recenti ricerche** hanno rilevato che le persone che indossano l'apparecchio acustico sono particolarmente soddisfatte dell'utilizzo di questi ausili:

- l'87% ne è totalmente soddisfatto, con il tasso di soddisfazione più alto tra tutti i dispositivi medici;
- l'87% si sente più sicuro in città o alla guida;
- il 97% dichiara di aver migliorato la propria vita;
- il 98% ha riscontrato un impatto positivo sul lavoro.

Se il progresso tecnologico ha reso gli apparecchi acustici uno strumento avanzatissimo, la parte fondamentale del processo di riabilitazione uditiva resta legata alla figura dell'audioprotesista, il tecnico che seleziona, applica e verifica - in base al livello di perdita uditiva e ai singoli bisogni e allo stile di vita - l'apparecchio acustico più adatto al paziente.

L'AUDIOPROTESISTA MAICO

L'audioprotesista è il professionista dell'udito, laureato e iscritto all'albo, che supporta i pazienti nel percorso di riabilitazione uditiva in sinergia con i medici di medicina generale e al fianco degli specialisti otorinolaringoiatri. A lui spetta il compito di selezionare la soluzione che meglio risponde alle esigenze di ogni paziente. Con la prova gratuita dell'apparecchio acustico, ognuno potrà verificare l'adattamento del dispositivo al pro-

prio stile di vita.

L'applicazione dell'apparecchio acustico rappresenta una tappa fondamentale nel percorso di riabilitazione uditiva e comporta un generale miglioramento del proprio benessere. Il supporto dell'audioprotesista per ritrovare il piacere di ascoltare include vari aspetti: i test e le valutazioni a fini protesici, la scelta e l'applicazione delle migliori soluzioni acustiche, l'assistenza domiciliare completa, la consulenza garantita su tutti i dispositivi acustici.

“DA SEMPRE FACCIAMO DEL NOSTRO MEGLIO PER FARVI SENTIRE BENE”

Una collaborazione prestigiosa, quella tra il Gruppo USI e la MAICO, azienda che a Roma da qualche anno ha una nuova gestione aziendale. MAICO, lo storico marchio dell'udito, sinonimo di qualità, assistenza e innovazione, ha infatti rinnovato la propria presenza nel Lazio sotto la guida del Gruppo Istituto Acustico, una delle realtà più solide nel panorama audioprotesico italiano. Nato nel 1957, oggi il Gruppo è guidato da Mauro Menziotti, Presidente dell'ANA - Associazione Nazionale Audioprotesisti - e membro per l'Italia del World Hearing Forum dell'OMS. Da sempre sensibile non solo ai problemi e alle soluzioni relative all'ipoacusia, ma soprattutto al tema della prevenzione, nel 2010 Menziotti ha ideato e fondato "Nonno Ascoltami - Udito Italia Onlus", la più grande iniziativa nazionale di sensibilizzazione sui disturbi uditivi. Arrivata quest'anno alla sua XIII edizione, la campagna è riconosciuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ed è stata premiata con la medaglia della Presidenza della Repubblica.

*fonti ANIFA/ASSOBIOMEDICA

**FONTI EUROTRAK 2019, OMS, EHIMA, ANA, CENSIS 2019)

Le foreste del mare: una risposta concreta al cambiamento climatico

Marevivo è una Onlus che dal 1985 si occupa di protezione del mare e delle sue risorse. L'associazione lavora per la conservazione della biodiversità, lo sviluppo sostenibile, la valorizzazione e la promozione delle aree marine protette, la lotta all'inquinamento e alla pesca illegale e l'educazione ambientale.



Il mare gioca un ruolo da protagonista nella regolazione del clima e quindi dei cambiamenti climatici: la sua salute è il primo strumento di difesa per affrontare la grave emergenza che stiamo vivendo. Negli ultimi 50 anni, il mare ha assorbito oltre il 90% del calore causato dai gas serra dovuti ad attività antropiche, aiutando così il processo di raffreddamento del pianeta (Rapporto IPCC).

Il suo benessere però è a un punto di svolta, così come lo è il benessere di tutto ciò che ne dipende: ora più che mai è urgente lavorare insieme per creare un nuovo equilibrio con l'oceano che non esaurisca più la sua generosità ma che al contrario fermi il suo declino, ripristini la sua vitalità e gli dia nuova vita.

Per questo, anche sulla scia delle Nazioni Unite che quest'anno hanno dedicato la Giornata mondiale degli Oceani al tema della "revitalization", Marevivo ha lanciato una nuova campagna nazionale: **"Replant"**, un progetto sia di sensibilizzazione che di azioni concrete volte alla salvaguardia delle foreste del mare, che vuole aumentare la consapevolezza dei cittadini riguardo il ruolo vitale delle praterie di piante marine sommerse, habitat preziosi e rari che svolgono una funzione analoga a quella delle foreste sulla terraferma ma che sono fortemente minacciati dagli interventi umani.

Tra le attività del progetto, la piantumazione sperimentale di *Cymodocea nodosa*, con l'obiettivo di poter un giorno rifecondare intere aree di mare dove essa è scomparsa, così come si fa con alberi o arbusti sui terreni degradati.

Le foreste del mare, e l'insieme degli organismi vegetali e animali che queste ospitano, hanno infatti un ruolo fondamentale nel mantenimento degli equilibri naturali indispensabili per la nostra vita e per quella del Pianeta. Producono più del 50% dell'ossigeno che respiriamo e assorbono circa un terzo dell'anidride carbonica in eccesso prodotta dalle attività umane con una velocità 35 volte maggiore rispetto alle piante terrestri.

Nel Mediterraneo, tra gli organismi vegetali che costituiscono le foreste del mare, troviamo la *Posidonia oceanica* e la *Cymodocea nodosa*, piante e non alghe, dotate

quindi di radici, fusto e foglie, che sott'acqua producono fiori, semi e frutti. Ad esse si aggiungono, con analoghe funzioni, le alghe del genere *Cystoseira* e altri organismi vegetali. Senza le foreste del mare, e senza queste tre specie in particolare, la salute del Mediterraneo deperirebbe in breve tempo.

Purtroppo, però, si stima che solo nei mari italiani oltre il 30% delle praterie sommerse e fino all'80% delle foreste algali sia andato perduto e si prevede che entro il 2050 si arriverà a un'ulteriore regressione del 21% a causa dell'inquinamento, dei cambiamenti climatici e di altre attività umane come l'urbanizzazione delle coste, la pesca a strascico e l'ancoraggio selvaggio.

Ogni mezz'ora perdiamo un'area di praterie marine estesa come un campo di calcio e forse non tutti sanno che 2 mq di mare ricoperti da *Cymodocea* o da *Posidonia oceanica* rilasciano in media, al giorno, una quantità di ossigeno pari a quella prodotta da un albero adulto.

Le praterie sommerse, inoltre, mitigano l'erosione costiera attenuando la violenza delle onde durante le mareggiate, trattengono la sabbia e i sedimenti trasportati dai fiumi, forniscono cibo e riparo a un'immensa varietà di organismi. Il mare dove esse sono presenti pullula di vita e, da un punto di vista strettamente umano, regala a tutti benessere, cibo, svago e salute.

Ad oggi, le praterie sommerse del Mediterraneo sono tra gli habitat più minacciati e in declino: per questo è fondamentale e urgente innescare un processo di ricolonizzazione, protezione e valorizzazione delle praterie marine. Non dimentichiamo che il ripristino degli ecosistemi marini degradati è anche parte del PNRR oltre che una delle priorità individuate dalle strategie di protezione europee e dal Decennio delle Scienze del Mare per lo Sviluppo Sostenibile 2021-2030 promosso dall'UNESCO. Questo dovrebbe farci riflettere sull'importanza delle foreste marine che, proprio come quelle terrestri, devono essere tutelate e conservate. Perché, in fondo, il nostro futuro dipende dalla salute del mare ma la salute del mare dipende dalle azioni di ognuno di noi.

TRUCCO DI FAMIGLIA

Dott. Roberto Curcuruto

Medico dello Sport

U.S.I. Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22



Era sera tardi, una sera di quelle che il tempo non passa proprio mai. Fuori dalla finestra una pioggia incessante stava tartassando i vetri e le ossa dei mie anziani pazienti. La sala d'aspetto si stava svuotando lentamente. Avevo accompagnato l'ennesima persona alla porta ed avevo sbirciato. Seduta in un angolo, quasi nascosta dietro una vetrinetta, che conteneva bustini e collari ortopedici, c'era una donna di circa trent'anni che se non fosse stata una quarantina di chili soprappeso forse non avrei neanche visto. Feci un segno d'intesa alla mia segretaria, come a dire ancora uno e poi abbiamo finito.

"Prego si accomodi"

Le disse, facendo segno con la mano.

"Sto aspettando mia madre" rispose timida.

Purtroppo per noi, occorreva aspettare la madre che ancora non era evidentemente arrivata.

L'attesa fu abbastanza lunga, ma forse fu semplicemente una sensazione, neanche guardai l'orologio, mi misi a scrivere qualcosa al computer per far passare il tempo, ed il tempo passò.

Ero talmente assorto che non mi accorsi che la segretaria era lì sulla porta in attesa di un mio cenno. Lo feci. Entrarono in tre, mamma figlia e figlio. Erano enormi, ognuno con un fardello di grasso in eccesso esagerato, per un attimo ebbi paura che la somma facesse sprofondare il pavimento.

Pensa che faccia farebbe la signora Minnucci vedendosi precipitare in salone la pesante famigliola Pensai tra me e me.

Fatte le dovute presentazioni, cominciarono ad espormi il problema.

In poche parole il motivo della visita, non era come io pensavo, dato dalla necessità di perdere peso, ma era dovuto ad un "fastidioso dolorino", così disse, al ginocchio, che al mattino le provocava una brutta zoppia.

Chiesi inopportuno alla signora di salire sul lettino, sperando in cuor mio che potesse reggerne il peso. Fortunatamente la paziente dimostrò assoluta incapacità nella salita, così finii di visitarla seduta sulla sedia.

Visitata l'anziana signora, e riscontrata un'evidente artrosi, cercai di spostare l'attenzione sull'eccessivo peso corporeo. Mentre parlavo mi resi conto, che la signora non avvertiva minimamente il senso delle mie parole, non capiva cosa potesse centrare il suo peso con il dolore alle ginocchia. Cercai con gli occhi un una parvenza di alleanza con uno dei suoi figli, che rimanevano però impassibili alla mia richiesta di aiuto. Il loro sguardo era come quello della mucca che guarda il treno che passa. Cercai con un'estremo tentativo di farla pesare per dimostrarle la cruda realtà, ma ancora una volta feci un buco nell'acqua.

"Vede signora avere troppi chili in eccesso, grava significativamente sulle sue articolazioni, che si consumano e poi fanno male"

"Vabbè, ma mica sono così grassa?"

Nooo, sembri una balena piaggiata, non riesci neanche a salire sul lettino!

Avrei voluto rispondere così, ma chiaramente non lo feci.

"Purtroppo quello che conta sono i chili, lei ne peserà almeno cento (mi tenni basso per non offenderla), ed anche se non le sembra di averli questi ci sono e lavorano contro di lei.

Intanto mentre la conversazione surreale continuava, i due figli cominciarono a prendere le parti della madre, ed alla frase, deve, anzi dovete mettervi a dieta, si è scatenata la rissa verbale.

Uno spiraglio di luce ci fu soltanto quando per indicarmi il punto esatto del dolore sul ginocchio dovetti spostare fisicamente la pancia con le mani. Presi la palla al balzo

"Vede signora" Attaccai immediatamente "la sua pancia è talmente flaccida e sporgente, che per guardarsi le ginocchia doveva tirarla su con le mani".

Messa con le spalle al muro, cominciai a giustificarsi con la classica sequela di scuse.

"Ma noi non mangiamo niente" "Quello che respiriamo ci ingrassa" "Sarà la tiroide"

Insomma tutto il corollario di luoghi comuni che nella stanza di un medico si ascoltano con costanza. Ma la chicca arrivò quando decisero di rivelarmi la loro strategia dietetica.

"In effetti è vero, qualche chilo di troppo lo abbiamo" disse la madre, "ma dato che ci piace mangiare, abbiamo escogitato un trucco".

"Un trucco! E quale?" Risposi incuriosito.

Poi avvicinandosi alla scrivania ed abbassando il tono della voce come per enfatizzare il tutto "Mastichiamo il cibo per un po', e dopo ne sputiamo un pochino, così mangiamo meno e teniamo sotto controllo il peso."

"Ottimo!"

Risposi secco.

"Magari provate a sputarne un po' di più!"

Dal libro "Ciak si mangia"
di Roberto Curcuruto e Marco Sani



Immagine di freepik.com/foto-gratuito/disposizione-del-cuore-fatta-di-verdure

TRATTAMENTI ESTETICI DELLE LABBRA



Dott. Stefan Dima

Responsabile Reparto di Medicina Estetica
Master Universitario di 2° livello in “Medicina Estetica e Terapia Estetica”
(Università di Camerino - Università degli Studi di Torino)
Tel. 06/32868.288-32868.1 - Cell. 337/738696
e-mail: medestetica@usi.it

Le labbra sono formazioni impari, mediane, appiattite e allungate trasversalmente, situate nella parete anteriore della cavità orale superiore ed inferiore.

Trapassano da ambo i lati l'una nell'altra in corrispondenza degli angoli della rima orale per mezzo delle commissure labiali circoscrivendo l'orifizio orale. I loro limiti sono superiormente a base nasale, lateralmente i solchi nasogenieni e inferiormente il solco mentolabiale.

Distinguiamo due fasce:

1 - esterna rivestita di peluria nelle donne o nel bambino o rivestita di baffi nell'uomo. Sulla faccia esterna distinguiamo il **filtro**, area concava mediana, superiormente e il tubercolo nella regione mediana del margine libero.

2 - interna mucosa: superficie rosea umettata di saliva con aspetto bernoccolato per ghiandole labiali sottostanti e con 2 frenuli mediani che sono il collegamento delle labbra con la mucosa gengivale. Distinguiamo 2 margini: aderenti (base nasale e solco mentale) e liberi rosso-rosei a causa di vascolarizzazione interna con epitelio molto sottile.

Tra la mucosa labiale e la porzione esterna esiste una zona di transizione, il **vermiglio** del labbro o **semimucosa**.

Il volume è un contorno definito che caratterizza le labbra giovani. La curvatura a forma di “M” del vermiglio del labbro superiore è detta arco di Cupido e la prominenza lineare che parte dai due apici della “M” verso le narici costituisce le colonne del filtro.

COME SI RICONOSCONO LE RELATIVE PATOLOGIE

Dal punto di vista estetico le patologie delle labbra sono:

- Cheratosi attinica
- Eritema multiforme
- Sifilide primaria
- Herpes labiale
- Eritroplachia
- Carcinoma a cellule squamose orale
- Verruca volgare
- Cheilite
- Mughetto
- Miia
- labbra pallide (anemia)
- labbra viola - labbra blu, che concorrono a determinare un quadro di cianosi (disturbi cardiocircolatori e respiratori come anche il Morbo di Raynaud, fumatori)
- labbra di colore rosso vivo (policitemia vera, processi infiammatori delle labbra, acidosi, avvelenamento per monossido di carbonio)
- labbra gialle (che potrebbero essere espressione di una malattia epatica - ittero)
- labbra di colore bronzeo-ardesiaco (comune per il morbo di Addison)
- labbro inferiore nero (che fa sospettare una polipomatosi multipla del tenue e di altri tratti del tubo digerente)
- labbra ricoperte di placche nerastre (sono presenti in tossinfezioni severe e in disidratazione grave)
- angioma del labbro, lago venoso del labbro



TRATTAMENTI ESTETICI DELLE LABBRA

- *aging* delle labbra, che coinvolge sia la **faccia esterna superiore ed inferiore** (cute ove compaiono sottili rughe trasversali al vermiglio singole o numerose - codice a barre - del fumatore) sia il **marginale libero** (semimucosa) il cui superiore si assottiglia progressivamente mentre quello inferiore tende ad appiattirsi medialmente
- mucocele
- fibroma da irritazione
- labbro leporino

COME SI CURANO

- 1. Trattamento chirurgico:** utilizzato per le grandi malformazioni come labbro leporino, mucocele, fibroma da irritazione, carcinoma, protesi;
- 2. Laser CO2, Erbium, Frazionato:** per milia, verruca volgare, cheratosi attinica;
- 3. Laser vascolari, KTP, Nd-YAG, IR, DYE LASER:** per angioma e lago venoso;
- 4. Trattamenti antibiotici:** per sifilide, Herpes Labiale, mugugno;
- 5. Trattamenti mirati:** per tutte le patologie metaboliche, endocrinologiche, immunologiche, ematologiche, oncologiche, tossiche, vascolari, cardiache, polmonari, dermatologiche;
- 6. Trattamenti Fillers per processi di invecchiamento:**
 - A - Fillers permanenti - completamente sintetici - non riassorbibili;

- B - Fillers semipermanenti - parzialmente sintetici;
- C - Fillers riassorbibili - biologici (collagene bovino, collagene autologo, gel di agarosio ed acido ialuronico);
- D - Lipofilling (o lipostrutturazione).

Il miglior filler per le labbra rimane in ogni caso **l'ACIDO IALURONICO**.

I sistemi utilizzati sono gli aghi oppure le cannule. Le tecniche utilizzate sono:

1. Trattamento Contorno labbra
2. Trattamento Vermiglio del labbro
3. Trattamento Mucosa delle labbra
4. Trattamento Commissura labiale e solco labio-mentoniero
5. Trattamento Paris-Lip
6. Trattamento Coni rovesciati
7. Trattamento riempitivo per volumizzare le labbra
8. Trattamento Codice a barre
9. Trattamento Russian Lips
10. Trattamenti riempitivi per rughe sottili.

Anche per queste patologie U.S.I. (Unione Sanitaria Internazionale) utilizza i trattamenti più moderni e sicuri, con provati risultati per la migliore soddisfazione dei suoi pazienti.



IL O LA? DISQUISIAMO DEL SESSO DEGLI ANGELI?



*Dott.ssa Daniela D'Agosto**

editrice e scrittrice
(www.eddaedizioni.it)



Foto di Arek Socha da Pixabay

Parlare di articoli determinativi appare piuttosto peregrino in questo strano e sconcertante periodo storico che assiste, quasi imperturbato, da una parte alle magnificenze scientifiche del telescopio spaziale James Webb e dall'altra alla brutalità demenziale della guerra di ri-conquista... Ho preso per economicità due estremi eclatanti: possiamo elevarci spingendoci nello spazio-tempo più antico, finora sondato con strumenti sempre più sofisticati ma non tali da permetterci di elaborare teorie prossime alla realtà degli eventi, così come possiamo precipitare nelle regioni più oscure dell'agire umano che, più spesso di quanto non si creda, ritorna allo stato primordiale di rapina, con gli occhi non al cielo a guardar le stelle ma a terra e per il possesso della terra, intesa questa nel senso più lato del termine: territori, ricchezze naturali e non naturali, vita declinata in tutte le sue espressioni... Ciò che conta per il pusillanime che ci portiamo appresso è avere sempre di più e attuare il proposito con ogni mezzo: più cose, più denaro con cui posso avere più cose, più territori e più stati che poggiano su quei territori... più poteri. Se fosse possibile, il pusillanime in argomento cavalcherebbe il supertelescopio Webb per arrivare primo ai confini dello spazio, in cui ci

dibattiamo da millenni come uomini e da miliardi di anni come materia in evoluzione, spazio che, meno male, non avrebbe confini e questo un po' ci rinfranca: possiamo rassegnarci a lasciar stare la conquista materiale che non avrebbe mai fine e non porterebbe da nessuna parte, mentre possiamo bearci della conquista spirituale del sapere come e perché siamo qui e ora senza averne il merito, da ascrivere esclusivamente al caso...

Rispetto a quanto ho scritto poc'anzi, è evidente la discrasia, il cattivo equilibrio dell'argomento posto nel titolo: può essere oggetto d'interesse disquisire sulla diversità intrinseca dei due articoli determinativi citati? Potrebbe sembrare come il volere disquisire sul sesso degli angeli. Invece sì, può esserlo perché è interessante quello che c'è dietro... In un programma televisivo di molti anni fa il conduttore, celebre e molti lo ricorderanno, poneva a un certo punto della trasmissione la seguente domanda: «Cosa c'è dietro l'angolo?» ... Ecco, possiamo riproporre la domanda: cosa c'è dietro la puntualizzazione del maschile e del femminile degli articoli determinativi? Potremmo dire che c'è il mondo, il mondo delle donne e degli uomini che, manco a dirlo, anziché collaborare alla miglior riuscita dell'avventura, non da oggi ma

IL O LA? DISQUISIAMO DEL SESSO DEGLI ANGELI?

da millenni, ritengono di essere sostanzialmente diversi (taluna/o superiore all'altra/o) e collocati su due carri diversi: è migliore il mio o il tuo? Ci si potrebbe chiedere chi abbia iniziato per primo a ritenere il proprio carro superiore, ma sarebbe un po' come richiamare il detto del solito cane che si morde la coda: ci si rincorre per afferrarsi con scarso successo e non si finisce mai di correre... o dell'eterno dubbio se sia nato prima l'uovo (maschio? neutro?) o la gallina (femmina?).

Il dubbio è sempre segno di saggezza, anche se la storia e la letteratura ci dicono che la primogenitura del "sentirsi superiore" spetti al maschio.

E a proposito dell'essere migliori le donne rispetto agli uomini, qualche tempo fa, tra persone a me vicine, ne nacque un'accesa discussione: in un consesso a maggioranza femminile, presente un solo uomo, peraltro padrone di casa, si ebbe a sostenere che le donne sono senz'altro superiori agli uomini, incluso il maschio presente... Neanche la delicatezza di adottare la formula di cortesia esclusi i presenti! La discussione e la soluzione finale non incontrò il mio favore: si dà il caso che personalmente non ne faccia una questione di genere, conta per me più la persona che l'essere maschi, femmine... diciamo conta l'essere persone con eventuali ragioni o torti su cui è possibile, ma ciò non è obbligatorio, opinare.

La storia della dicotomia è storia del genere umano, ed è storia per certi versi simile in ogni angolo della terra: maschi e femmine raramente non sono in gerarchia. La gerarchizzazione è fenomeno naturale presente anche tra gli animali che vivono in gruppo: il maschio A (dominante) ha il suo harem per assicurarsi la trasmissione riuscita del gene; e l'harem è fatto di femmine che necessitano di protezione per la prole... Quel maschio dominante fa appello alla forza fisica e a quella psicologica per intimidire e battere, se di necessità, chi dovesse insidiare il suo patrimonio di territorio e di femmine... Che dire? Mi pare che in molte realtà umane un tale modello si replichi con tante varianti: poligamia, bigamia... e perché no anche nell'ambito della stessa monogamia: spesso (l'avverbio è d'obbligo perché non sempre è così) il maschio è dominante (riconosciuto o meno dalla femmina che talvolta paga caramente l'insubordinazione) e la femmina, secondo tradizione, se ne sta in buon ordine a tirar su figli e a mantenere il patrimonio secondo il modello della famiglia classica; modello oggi in parte modificato, con buona pace dei tradizionalisti, dalla presenza di un altro modello che vede singoli con prole, persone dello stesso sesso senza e con prole in adozione (vivamente contestato dalle parti conservatrici della nostra società. Inutile parlare di altre realtà nel mondo, è già sufficiente la nostra quanto a dissidi, ripensamenti, marce indietro e talvolta violenze...).

Senza troppo distanziarci dagli animali, a diritto facenti parte della grande famiglia dei viventi su questa terra, dalla nostra abbiamo quel quid in più che si sostanzia nello sforzo, sostenuto attraverso il tempo, di colmare l'apparente separazione, in parte dolorosa, dei generi con la promozione della

donna (erede storica di sudditanza per via di una presunta debolezza fisica e di giudizio) che via via ha conquistato sempre più spazio nel mondo che "comanda", fino a giungere oggi, nel nostro Belpaese a infrangere il "tetto di cristallo" (a proposito, eravamo forse, noi donne, sotto una campana di vetro?) con la nomina di una donna alla Presidenza del Consiglio dei Ministri. Pare eccessivo, non pertinente, discriminatorio per chi non si riconosce nella parte che "comanda"? Eppure è proprio in quella parte, a volte invisibile, che si attua la promozione o la si nega...

È impossibile, direi arduo da parte mia, ripercorrere nel poco spazio di un articolo la storia in continua evoluzione della dualità cui fanno riferimento i summenzionati articoli determinativi. Si potrebbe parlare di Matriarcato e di Patriarcato, della simbologia e del mito che hanno sollecitato l'alternanza storica di periodi matriarcali e patriarcali (Johann Jakob Bachofen, *Il matriarcato*) e della trasformazione dei principi base del matriarcato (il diritto naturale, la comunità dei beni, la promiscuità sessuale...) in quelli del patriarcato che vedono nell'ordine, nella monogamia e nel possesso dei beni lo strumento utile e necessario per la composizione di una società corretta, solare dove non trova collocazione il disordine apparente della natura, che pure sembra rispondere a un proprio ordine intrinseco...

Come ben si vede due soli articoli (IL o LA) sono la ormai riconosciuta e abusata punta dell'iceberg: al di sotto l'infinito mare, quasi del tutto ignoto, della nostra vita.

E dunque perché avvertire la necessità di operare una scelta grammaticale in tanta fluidità di scenari sociali, politici, economici non proprio tranquilli della nostra parte di storia?

Il bisogno è probabilmente mosso da qualcosa di molto profondo che sottostà alla correttezza grammaticale tra "il presidente", "la presidentessa" o ancora "la presidente", che già il correttore automatico di Word segnala come improprio, proponendo come abbinamento articolo/sostantivo corretto appunto "la presidentessa" che alla sola lettura e pronuncia richiama l'esilarante commedia di Hennequin: la soubrette smaliziata e affascinante Gobette che, per circostanze fortunate, viene scambiata per la consorte di un austero e anziano "presidente" di provincia che, grazie a equivoci e abile orchestrazione, riesce a ottenere il trasferimento a Parigi... Mi pare non sia questa l'accezione di cui qui ci interessa parlare. La presidentessa in argomento mutua la definizione dal più serio significato del termine presidente, di colui (uomo o donna che sia) che presiede, sovrintende, coordina e non già per sua propria funzione. Ci pare quindi più corretto utilizzare la definizione "la presidente" per la Premier italiana che grazie alla tenacia e all'impegno profusi negli anni in politica è giunta a infrangere quel cristallo appeso sulle delicate teste delle donne!

Ma perché, a questo punto, scegliere di definirsi "il presidente" e non "la presidente"? Perché sottolineare l'appartenenza a un genere non pro

prio, dopo avere urlato alle folle di essere una donna, una madre? Si tenta forse di fare inopinatamente appello a quella forza maschia che parrebbe assicurare sempre e in ogni circostanza il successo? Eppure la nostra Presidente del Consiglio non ha bisogno di fare ricorso a quel tipo di forza, a meno che non ritenga che in un consesso prevalentemente maschile, e declinato caparbiamente al maschile, debba sentirsi e debba essere vissuta come un maschio pena la diminuzione di quella autorevolezza che, notoriamente, si riconduce agli "attributi" maschili... Può anche essere questa la chiave di lettura, anche se non rispecchia il mio pensiero. Sono e rimango convinta che la perseveranza, la volontà e la grinta dimostrate nel lungo percorso politico non hanno nulla da invidiare alle medesime doti maschie. Quanto tutto questo andrà a beneficio della collettività ce lo dirà la storia ed è presto per sentenze definitive e per pagelle.

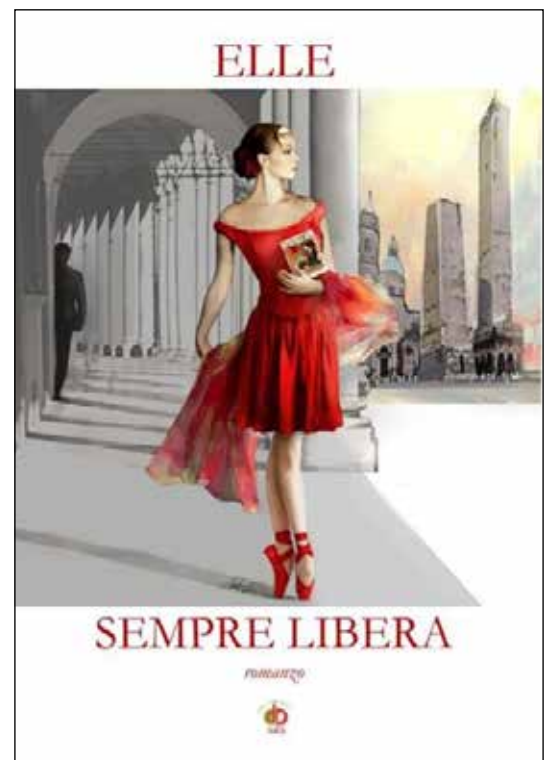
Tornando al tema, ben si potrebbe comprendere a questo punto come dolcezza, delicatezza, pacatezza, accoglienza del diverso, cura del piccolo e del debole, comprensione, amorevolezza verso tutti intesi eguali e con eguali diritti (riconosciute qualità femminili patriarcali ma, a mio modo di vedere, non solo femminili) non possano trovare accoglimento nella gestione del potere che sostanzialmente è ancora un potere "patriarcale". Noblesse oblige e fintanto che non avremo una rivoluzione culturale tale da vedere uomini e donne in egual misura affiancati nella gestione della cosa pubblica, dovremo batterci con le armi proprie della democratica "femminile sensibilità" – e qui occorreranno tempi ancora lunghi rispetto a quelli trascorsi – a che progressivamente il gap venga colmato, senza fare appello alla rinuncia in presenza di clamorose sconfitte, quali sono quelle, ahimè, dei femminicidi... Di nuovo il correttore automatico di Word sottolinea la parola in rosso: nel suo universo, a questo punto poco aggiornato, non esiste quel concetto. Ma, caso ancora più curioso, forse coerente psicologicamente, la parola è una parola al maschile: anche qui si riflette il tentativo patriarcale di assoggettare e zittire una voce che nella radice è femminile?

Ma un po' di speranza: è proprio di queste ore la notizia che «finalmente le onorevoli neomamme potranno sfamare i propri piccoli senza doversi necessariamente allontanare: alla Camera le deputate potranno allattare in Aula continuando a partecipare ai lavori parlamentari, fino a quando i bebè non avranno compiuto un anno. La decisione arriva dalla Giunta per il Regolamento di Montecitorio e consente alle deputate di fare ciò che nel Parlamento europeo è possibile già da anni: in tanti ricordano le immagini di Licia Ronzulli, oggi capogruppo al Senato di Forza Italia, ritratta nel 2010 mentre allattava la propria figlia nell'Emiciclo di Strasburgo». Luoghi storicamente al maschile che si aprono alle peculiarità dell'altra metà della specie.

In conclusione, io Daniela, donna, madre, laica, "editrice"? o titolare di casa "editrice", manco a dirlo declinata al femminile anche nella denominazione: EDDA Edizioni di Daniela D'Agosto, da professionista del lessico corrente, intanto adeguerò la comunicazione, adottando il termine "editrice" in luogo di "editore" e dirò o declinerò, anche nelle operazioni di editing delle opere delle mie autrici e dei miei autori, "la Presidente", che sia del Consiglio o di altre istituzioni, in perfetta sintonia con i più antichi e autorevoli "colleghi" di settore Trecani, Garzanti... Di quest'ultimo condivido una nota inconfutabile:

Il nome presidente, secondo le normali regole della lingua italiana, è maschile e femminile secondo se si riferisce a uomo o a donna: il presidente, la presidente. Esiste anche una forma tradizionale presidentessa, che però è stata usata in passato per indicare la moglie di un presidente. Alcuni poi preferiscono utilizzare questo nome al maschile anche per una donna. Si tratta di una scelta che non ha basi linguistiche, ma sociologiche, e che comunque può creare, nel discorso, qualche problema con le concordanze.

Nel mio mondo fatto di concetti e di parole, sono tante le autrici che narrano di donne, di successo e non, protagoniste indiscusse che difendono la loro autodeterminazione, orgogliose di essere "diverse" in quanto donne, ma eguali in quanto "persone". Lo fanno rivendicando di essere libere di agire e di lottare quotidianamente per difendere tale libertà in un mondo dominato da uomini che talvolta contrastano perfino inconsapevolmente tale libertà, magari in nome dell'amore o della



IL O LA? DISQUISIAMO DEL SESSO DEGLI ANGELI?

protezione. Una per tutte è Mia Maldini, protagonista del romanzo emblematico nel titolo *Sempre libera*, facente parte della serie pensata dall'Autrice bolognese Elisabetta Laffi, in arte ELLE.

Mia esercita la professione di bibliotecaria nella splendida cornice di Bologna. Ricercatrice appassionata di antichi manoscritti, il caso la promuove sul campo come detective, impegnata in indagini pericolose su trafugamenti di codici rari, se non unici, e preziosi custoditi nella Sua Biblioteca. Mia porta avanti le sue indagini battendosi, rischiando la vita e vincendo contro oscuri personaggi dell'altro sesso. Mia non si sottrae al ruolo di madre di una "nidiata" e alla dedizione equilibrata al padre della sua prole. Ma lo fa, dichiarandosi "sempre libera!"

Dando importanza al lessico corrente e alla corretta declinazione di IL e LA, alle donne e agli uomini dico: la parità, intesa come pari diritti e pari doveri, passa anche, direi soprattutto, dal riconoscimento delle diversità (proprie e altrui) insite in natura in primis, così come poi declinate dalla grammatica. Noi donne dobbiamo essere consapevoli, persuasive, che non è sufficiente conquistare fette di potere, anche apicali, individuali per supportare la causa collettiva. Se non si riconosce e non si pratica la corretta declinazione del proprio essere donna, si riporta indietro la naturale evoluzione che vuole

aggiornare il lessico perfino nella contrattualistica giuslavorista, rivolta parimenti ai lavoratori e alle lavoratrici superando la consuetudine di scrivere negli articoli "per i lavoratori/trici..." quasi a richiamare, nella desinenza, le origini bibliche della "costola". Perché analoga operazione lessicale non può essere fatta nelle istituzioni alte e sposata in pieno dalla Commissione Parlamentare delle Pari Opportunità? E perché no dalla stessa Presidente, la prima della storia dell'Italia Repubblicana? Con tale approccio, allora sì che il suo successo, indiscusso, ampiamente riconosciuto e meritato nella fase della conquista, sarebbe di grande esempio per tutte le donne e di grande utilità collettiva al riequilibrio di genere.

**DOTT.SSA DANIELA D'AGOSTO, laureata con lode in Lettere presso La Sapienza Università di Roma, forte delle ricerche e degli studi accademici e anche delle competenze acquisite, in parallelo, nei settori amministrativi, fiscali e della formazione, sia in ambito professionale privato, sia in istituti scolastici della Pubblica Istruzione, dà concretezza al progetto di costituire una casa editrice. Nel 2010 fonda, con Vito Manduca e Valentina Manduca, EDDA Edizioni (dove EDD'A è acronimo di Edizioni di Daniela D'Agosto), seguendo la sua antica passione per i libri (www.eddaedizioni.it)*



Foto di Gerd Altmann da Pixabay



Con il romanzo *Spatriati* Mario Desiati ha vinto il premio Strega 2022, il più popolare e prestigioso premio letterario italiano. *Spatriati* è una storia di complicità affettiva fra la Valle d'Itria e Berlino. Claudia e Francesco, una nuova idea di amore e libertà e quarant'anni di storia in un romanzo di respiro europeo.

Libertà va cercando... e amore di Michele Trecca

Spatriati di Mario Desiati è un cambio di paradigma nella rappresentazione narrativa del Meridione d'Italia, epicentro del cambiamento la Puglia, e precisamente la Valle d'Itria, terra d'origine dell'autore e luogo d'ambientazione del romanzo. In *Spatriati* Desiati disancora il Sud da sé e lo slancia nella mischia europea con l'identità forte del suo carico di bellezza naturale e letteraria. Senza, peraltro, sottacerne arretratezze e limiti, soprattutto gli stereotipi sociali e di genere. Mario Desiati ha intitolato il suo nuovo romanzo *Spatriati*, che nella lingua di Martina Franca significa: «Ramingo, senza meta, interrotto, detto del sonno che si interrompe... Anche balordo, irrisolto, allontanato, sparpagliato, disperso, incerto...», come estesamente riportato nell'introduzione della seconda parte del romanzo a pagina 43. In *Spatriati* Mario Desiati si smarca da tutti aggiungendo al significato della parola in questione un nuovo gradiente, la libertà: «l'unica patria possibile è quella in cui non rispondiamo a nessuno di ciò che siamo». Ma esiste davvero, questa patria? E dove? Forse nell'amore. Lì la cercano Francesco Veleno e Claudia Fanelli, coetanei e compagni di scuola, dal liceo in poi uniti da un sentimento speciale, «molto più sottile e sofisticato dell'innamoramento». La narrazione è un affresco storico originale, di respiro ampio e documentato con anche note finali, abbraccia gli ultimi quarant'anni (gli stessi dell'autore) e si svolge fra Martina Franca e Berlino, con significative parentesi di studi universitari (e non solo) a Bari e Milano («Mi porti un po' di mare quando vieni su?»). Chi racconta è Francesco, suo il primo slancio. Claudia è per lui un miraggio, subito, a prima vista; è il mondo che c'è al di là di quella «vita senza smottamenti, tranquilla, il minimo necessario per non soffrire» verso la quale lo spingono i suoi disamorati genitori perché «a loro, in fondo, era andata bene così». Mica tanto, però. Il fragile equilibrio matrimoniale dei coniugi Veleno si fa sempre più ruvido e spigoloso per l'appassionata e per nulla segreta relazione fra la mamma di Francesco e il padre di Claudia, l'una infermiera e l'altro chirurgo nello stesso ospedale. Proprio questa situazione sarà l'occasione del primo confronto fra i due ragazzi e segnerà l'avvio del loro rapporto. Di alleanza e complicità affettiva, prima di tutto. Claudia e Francesco avvertono disagio per l'orizzonte angusto del paese: aperto al mare e a una prodigiosa bellezza naturale (di cui, con magistrale esuberanza espressiva, Desiati ci fa vedere i colori e sentire i profumi) ma chiuso in luoghi comuni sociali e di genere. I due ragazzi vogliono scoprire se stessi, i propri talenti, le proprie inclinazioni, i propri desideri, senza la

costrizione di pregiudizi vari. Fra loro confidenza e libertà sono assolute. Si raccontano tutto, senza filtri. Francesco in particolare, Claudia ha un piglio più sicuro: meno incertezze dell'amico, più risposte. Andrà avanti così, sempre. Anche, o soprattutto, quando saranno lontani. Con lei a Berlino, dove poi lui la raggiungerà da Martina. Berlino è l'altra polarità del romanzo. Nella metropoli tedesca è spatriato da qualche anno l'autore stesso. Tra Martina e Berlino la connessione sentimentale è profonda, al di là di ogni contrapposizione. Desiati riesce a scrutare nell'animo di entrambe le realtà. Preziose le letture pugliesi di Claudia e Francesco, come le altre inserite nel racconto con piena funzionalità e disinvoltura narrativa: Vittorio Bodini, Raffaele Carrieri, Maria Corti, Mariateresa Di Lascia, Rina Durante, Maria Marcone. Fondamentale, invece, nell'ambientazione berlinese la scena musicale techno e la vitalità notturna dei vari club. Come il Berghain («un tempo centrale elettrica con ancora l'aria severa delle fabbriche comuniste... conosciuto come *il tempio o la chiesa*») o il KitKat, verso il quale «marciavano figure nere con zaini e trolley... sembrava un'ora qualunque del pomeriggio, ma erano già le due del mattino... Si respirava lo stesso clima di sospensione di quando c'erano i fuochi di San Rocco a Locorotondo, le auto accostate ai muri a secco della provinciale, le persone ansiose di farsi bagnare dalla polvere da sparo, gli occhi pronti a riempirsi di girandole colorate, quel vociare soffuso nell'oscurità, e noi due illuminati solo dalle stelle e la luna, in attesa del primo schiocco infuocato nel cielo».

Spatriati è romanzo europeo, con confini più ampi di quelli dell'Unione. Confini che vanno dal Sud di mare di Erika, tormentata passione di Claudia, fino almeno alla Georgia di Andria, amore comune di Claudia e Francesco. Dice Claudia: «Sì, c'è Andria, uno che ha avuto un milione di casini in più di quelli che abbiamo avuto noi, uno che mi ha insegnato che a volte bisogna fare come il metallo, prendere la forma dei colpi che ci dà la vita».

Con il suo estremismo romantico Desiati ha scritto uno struggente inno a quell'amore assoluto che non conosce divieti e confini e si nutre di *sehnsucht*: «Nostalgia di un desiderio non ancora realizzato o irrealizzabile, di qualcosa di indefinito nel futuro o di un bene irraggiungibile». Come la libertà.



Mario Desiati

Spatriati

Einaudi, pagg. 277, € 20

Le nostre strutture sanitarie al servizio della tua salute

SISTEMA GESTIONE
QUALITÀ CERTIFICATO
CSQ
UNI EN ISO 9001:2008



Tel. 06.32868.1 r.a.

USI-PRATI*

Via V. Orsini, 18
Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-18.00
prelievi: 7.00-12.00
domenica: 7.00-13.00 - prelievi 7.00-11.00

AXA-PALOCCO

Via Eschilo, 191
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

BORGHESIANA*

Via Casilina, 1838
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: lunedì-venerdì 7.00-12.00 - sabato 7.00-11.00
domenica: 8.00-12.00 - prelievi 8.00-10.30

COLLATINO

Viale della Serenissima, 22
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

EUR-LAURENTINA

Via V. Cerulli, 2/b
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

EUR-SERAFICO

Via P. di Dono, 9
Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

EUR-MARCONI

Viale G. Marconi, 139
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

PIAZZA BOLOGNA

Via G. Squarzialupo, 36
Orari: 7.00-13.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

PIAZZA BOLOGNA

Via G. Squarzialupo, 17/b
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00

PIAZZA VITTORIO*

Via Machiavelli, 22
Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00 - sabato 7.00-11.00
domenica: 8.00-13.00 - prelievi 8.00-11.00

PIETRALATA

Via dei Durantini, 362
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

POLICLINICO

Viale R. Margherita, 279
Orari: 7.30-19.00 - sabato chiuso

SERPENTARA

Via G. Pacchiarotti, 95
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

PIAZZA MAZZINI

Viale Angelico, 39
Orari: 7.00-13.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

FURIO CAMILLO

Via Cerreto di Spoleto, 9/21
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

CINECITTÀ

Viale Bruno Rizzieri, 203
Orari: 07.00-13.00 • 15.30-18.30 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

TRIESTE

Corso Trieste, 22
Orari: 07.00-13.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

COLLE PRENESTINO

Via Mirabella Eclano, 27
Orari: 07.00-19.30 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

NUMIDIO QUADRATO

Via Tuscolana, 703
Orari: 07.00-13.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

LIDO DI OSTIA Villa del Lido

Viale del Lido, 3
Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

USI Doc - LIDO DI OSTIA

Viale del Lido, 5/a
Orari: 8.30-13.00/15.30-20.00
sabato chiuso

USI Doc - PRATI*

Via V. Orsini, 18
Orari: 8.00-20.00 - sabato 8.00-13.00
domenica: 8.00-13.00
Via V. Orsini, 27/a
Orari: 8.00-20.00 - sabato 8.00-13.00

USI Doc - TUSCOLANA

Via Tuscolana, 212/f
Orari: 8.00-19.00 - sabato 8.00-13.00



CASA DI CURA ONCOLOGICA MONOSPECIALISTICA
Viale M. Polo, 41 (Ostiense)
Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

unione sanitaria internazionale

www.usi.it

*** APERTURA DOMENICALE**

Centri **USI-PRATI**, **BORGHESIANA**, **PIAZZA VITTORIO** e **USI Doc-PRATI** (Via V. Orsini, 18)



REPLANT

Diamo Ossigeno al Pianeta

La campagna Marevivo per proteggere e ripiantare le Foreste del Mare

Proprio come la Terra, anche il mare ha le sue foreste che producono ossigeno e garantiscono la vita sul Pianeta. Ma il loro ruolo vitale è in pericolo a causa di una forte antropizzazione delle coste, della pesca a strascico, dell'ancoraggio selvaggio, dell'inquinamento e del cambiamento climatico.

Tutte le info su
marevivo.it

