



LETTERE dalla FACOLTÀ

Bollettino della Facoltà
di Medicina e Chirurgia
dell'Università Politecnica
delle Marche

dal 1998

on line

Direttore editoriale Prof. Marcello M. D'Errico

Editoriale

Perché l'infezione SARS-cov-2 uccide di più gli anziani e i grandi anziani? Riflessioni personali, e non solo, sulla base delle evidenze clinico-scientifiche disponibili, *Riccardo Sarzani* (pag. 2)

Biomedicina

Morfologo... "quasi" per caso, *Antonio Giordano* (pag. 4)

Medicina clinica

Infezione da HIV diagnosticata tardivamente. Un problema ancora attuale
Andrea Costantini, Luca Butini, Maria Montroni, Armando Gabrielli (pag. 8)

Sonno e gravidanza, *Laura Buratti* (pag. 13)

La valigetta del Medico

La visita dermatologica. Diagnosi delle principali affezioni dermatologiche
Annamaria Offidani, Elisa Molinelli, Anna Campanati, Oriana Simonetti (pag. 16)

Esplorazione morfo-funzionale renale, *Andrea Ranghino* (pag. 22)

Professioni sanitarie

La qualità dei trattamenti radianti percepita dai pazienti alla luce delle nuove tecnologie, *Elena Freddi, Liliana Balardi, Simonetta Bartozzi, Raffaella Forestieri, Tiziana Medici, Daniela Orlandini, Maida Porcaro, Luigi La Riccia, Federica Marchetti, Daniele Aramini, Giovanna Mantello, Francesco Fenu, Giovanni Mazzoni* (pag. 27)

Scienze umane

Il mito di Don Giovanni il grande seduttore, *Alberto Pellegrino* (pag. 30)

Serpenti, streghe e bastoni magici: l'iconografia passata della cura e dell'assistenza (parte terza), *Giordano Cotichelli* (pag. 34)

Vita della Facoltà

Nuova programmazione dell'Attività Formativa Professionalizzante e del Tirocinio Pratico Formativo per Medicina - Lettera del Coordinatore ai Docenti, *Erica Adrario* (pag. 37)

Biblioteca

Nuovi arrivi, *Loreta Menghi* (pag. 39)

Ricordo di Giancarlo Ripesi

1
2020

Perché l'infezione SARS-cov-2 uccide di più gli anziani e i grandi anziani? Riflessioni personali, e non solo, sulla base delle evidenze clinico-scientifiche disponibili



Riccardo Sarzani

Direttore della Clinica di Medicina Interna e Geriatria
Università Politecnica delle Marche presso IRCCS-INRCA, Ancona

Il SARS-CoV-2 ha causato decessi soprattutto tra gli anziani. Ipossiemia da polmonite interstiziale sulle molteplici comorbidità degli anziani, assieme all'alta contagiosità con troppi casi tutti in una volta, hanno contribuito ai molti decessi. L'approccio internistico-geriatrico cardiopolmonare basato su un lucido raziocinio clinico è fondamentale, soprattutto nelle emergenze.

La pandemia da SARS-CoV-2 ha colpito molto duramente l'Italia che ha visto salire in modo esponenziale i decessi nel mese di marzo 2020, superando quelli della Cina. I dati italiani sono inequivocabili: degli 28.274 decessi totali positivi al nuovo coronavirus e quindi etichettati come malattia da coronavirus 2019 (COVID-19), circa l'84,6% dei morti avevano da 70 anni di età in su con un 56,8% (la metà) da 80 anni in su (dati dell'Istituto Superiore di Sanità aggiornati al 10 maggio 2020). Di fronte a questi dati, ogni Medico che abbia solide basi formative e che non sia emotivamente confuso, condizione comune per chi vive in prima linea l'emergenza in terapia intensiva, si deve chiedere in primis: perché? Chiaramente la causa precipitante acuta della pandemia è il SARS-CoV-2 che frequentemente causa polmoniti interstiziali bilaterali con essudazione alveolare e insufficienza respiratoria ipossiémica anche in adulti di mezza età, colpendo soprattutto i maschi obesi, ipertesi e diabetici, con decessi nettamente più rari ma presenti anche tra i 50-60enni. Ma se fosse solamente il virus e la polmonite interstiziale dovrebbero morire similmente quasi tutti i non immuni: neonati, bambini, giovani, adulti, anziani e grandi anziani.

Quello che non è chiaro a molti è quindi perché soprattutto gli anziani mentre in alcune fasce di età la mortalità è pari a zero e sono comunissimi gli asintomatici o i paucisinto-

matici. Alcuni, probabilmente colpiti dal numero di persone che finiscono in terapia intensiva o in rianimazione, son portati a confutare una solida certezza della Medicina: che in genere non si muore per una causa sola ma esistono (non sono sparite!) tutte le comuni severe condizioni cliniche (fattori di rischio e comorbidità) che hanno sempre portato al decesso gli anziani anche prima del COVID-19. Lo scompenso cardiaco, la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) più o meno enfisematosa, le polmoniti batteriche e tante altre condizioni cardiopolmonari sono spesso avanzate e severe negli anziani e grandi anziani, molti dei quali le hanno a livello subclinico o subdiagnostico senza quindi nemmeno

avere una diagnosi o una terapia idonea già in atto¹. Ecco quindi che morivano anche prima per queste condizioni ma adesso la differenza che "muoiono in mucchio" proprio perché è arrivata una nuova infezione per cui non abbiamo anticorpi nella popolazione ed è un virus altamente contagioso che può causare polmonite con ipossiémia o con peggioramento di una ipossiémia preesistente. Un'ipossiémia o un suo peggioramento che "piove" su una cardiopatia ischemica e/o uno scompenso cardiaco in un anziano "tipo" che è ha pure comunemente anemia erroneamente considerata "lieve", certamente fa precipitare le cose e molti non sono nemmeno giunti vivi in ospedale. Molti di questi anziani

Fascia d'età (anni)	Deceduti [n (%)]	Letalità (%)
0-9	3 (0%)	0.2%
10-19	0 (0%)	0%
20-29	11 (0%)	0.1%
30-39	58 (0.2%)	0.3%
40-49	257 (0.9%)	0.9%
50-59	1051 (3.6%)	2.7%
60-69	3107 (10.5%)	10.4%
70-79	8196 (27.8%)	25.4%
80-89	12045 (40.8%)	30.7%
>90	4797 (16.2%)	27%
Non noto	0 (0%)	0%
Totale	29525 (100%)	13,4%

Foto Riccardo Sarzani Dati ISS, 13 maggio 2020

Figura 1 - Covid-19: in Italia muoiono soprattutto anziani e grandi anziani (84,8% dei morti avevano 70 anni o più. E addirittura il 57% dei deceduti aveva 80 o più anni)

quindi muoiono di scompenso cardiaco, di necrosi miocardica, di polmonite batterica, di sepsi, di insufficienza renale, di insufficienza multi organo e altro ancora dove l'infezione da coronavirus è stata l'infezione sovrapposta finale.

Quadri assolutamente sovrapponibili possiamo averli con virus erroneamente ritenuti più benigni come i virus influenzali stagionali. Anche questi virus causano polmoniti interstiziali ipossiemiche o miocarditi fulminanti (anche nei giovani!) ma in genere buona parte della popolazione ha già anticorpi anche grazie alle importantissime vaccinazioni. E inoltre la loro contagiosità appare inferiore a quella del SARS-CoV-2. Ma anche per i virus influenzali chi ne fa le spese maggiori (e muore!) sono sempre proprio gli anziani e i grandi anziani che devono infatti essere vaccinati "in massa" per evitare le severe conseguenze di un'infezione virale.

Ad esempio nelle riacutizzazioni di BPCO in una popolazione di età media di 87 anni ricoverati presso la Clinica di Medicina Interna e Geriatria dell'Università Politecnica delle Marche, si aveva una mortalità intraospedaliera del 18,2% e chi rischiava di più erano quelli che erano stati trattati con cortisonici, quelli che avevano scompenso cardiaco come testimoniato dal dosaggio dell'NTproBNP e quelli con deficit cognitivi². In mancanza di terapie specifiche di comprovata efficacia (si sta onestamente provando "di tutto" in studi spontanei non randomizzati né controllati o anche solo in un'ottica "compassionevole") per questo nuovo coronavirus, ogni massimo sforzo deve essere diretto alla gestione diagnostico-terapeutica di tutte le comuni condizioni morbose che spesso coesistono negli anziani e nei grandi anziani, evitando terapie improprie e mantenendo o inserendo quelle per lo scompenso cardiaco che è quasi la regola tra le comorbidità di questi pazienti^{1,2}. Abbiamo avuto vari casi di grandi anziani di oltre 90 anni di età positivi al virus e quindi etichettati come COVID-19 ma che, nonostante anche l'evidenza TAC di polmonite interstiziale ed essudati alveolari caratteristici, non hanno sviluppato né

grave ipossiemia né son deceduti a causa dell'infezione virale, ma sono caduti nella "spirale di aggravamento" delle multiple comorbidità che l'allettamento stesso causa tipicamente in questi grandi anziani. Ecco quindi che nonostante un "tampone positivo" non dobbiamo mai perdere il buon senso clinico che ci deve fare concentrare nella diagnosi e nel trattamento (questo certamente noto ed efficace!) di tutte le altre malattie comunemente presenti ed associate nell'anziano, malattie che spesso sono la causa principale del decesso.

Sicuramente questa emergenza sta facendo perdere, specie a chi è sotto pressione in prima linea con turni massacranti, la lucidità nell'approccio clinico anche a causa delle incertezze anche dovuta alle incomplete evidenze medico-scientifiche sul COVID-19. Ma non possiamo certo dimenticarci che lo stesso allettamento, specie in terapia semintensiva o intensiva, è gravato di un'alta incidenza e prevalenza di trombosi venosa profonda e tromboembolismo per cui è sempre necessaria un'efficace prevenzione con adeguata terapia farmacologica. Invece sulla base dei rarissimi reperti autoptici pubblicati o "narrati", in uno dei quali viene "riscoperta" l'embolia vascolare polmonare in pazienti COVID-19, tutto viene trasformato in quadri specifici come fossero dovuti a questa peculiare infezione virale. E come se non bastasse, da qui partono gruppi Facebook/Whatsapp che fanno rimbalzare notizie di una "trombofilia da SARS-CoV-2" mai documentata in alcun modo. E infine attenzione a trattamenti impropri (dare "cortisone" perché ha dispnea e "malattia polmonare") nelle infezioni da coronavirus, trattamenti già condannati come inutili e pericolosi dalla letteratura medico-scientifica³⁻⁷. E attenzione a sospendere efficaci e indispensabili terapie basate sugli antagonisti del sistema renina angiotensina-aldosterone (sartani e ACE inibitori), cosa che non solo farà peggiorare acutamente i sottostanti quadri cardiovascolari ma potrebbero anche far nettamente peggiorare il quadro polmonare SARS-CoV-2 correlato⁸⁻¹⁰.

È quindi sicuramente un periodo difficile per tutti ma alla Professione Medica, anche in emergenza e sotto

pressione, si chiede, oltre all'Arte e all'Umanità, anche un'elevata Professionalità e competenza che deve sempre essere basata su un lucido ragionamento clinico, razionale che non va mai perso.

Bibliografia

1. Sarzani R, Spannella F, Giulietti F, Fedecostante M, Giordano P, Gattafoni P, Espinosa E, Busco F, Piccinini G, Dessi-Fulgheri P. NT-proBNP and Its Correlation with In-Hospital Mortality in the Very Elderly without an Admission Diagnosis of Heart Failure. *PLoS One*. 2016 Apr 14;11(4):e0153759
2. Spannella F, Giulietti F, Cocci G, Landi L, Lombardi FE, Borioni E, Cenci A, Giordano P, Sarzani R. Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Oldest Adults: Predictors of In-Hospital Mortality and Need for Post-acute Care. *J Am Med Dir Assoc*. 2019;20:893-898.
3. Peiris JSM, Chu CM, Cheng VCC, et al. Clinical progression and viral load in a community outbreak of coronavirus-associated SARS pneumonia: a prospective study. *Lancet* 2003;361:1767-72.
4. Lee N, Allen Chan KC, Hui DS, et al. Effects of early corticosteroid treatment on plasma SARS-associated coronavirus RNA concentrations in adult patients. *J Clin Virol* 2004;31:304-9.
5. Arabi YM, Mandourah Y, Al-Hameed F, et al. Corticosteroid therapy for critically ill patients with Middle East respiratory syndrome. *AmJRespirCritCareMed* 2018;197:757-67.
6. Lansbury LE, Rodrigo C, Leonardi-Bee J, Nguyen-Van-Tam J, Lim WS. Corticosteroids as adjunctive therapy in the treatment of influenza: an updated Cochrane systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med* 2019 November 15 (Epub ahead of print).
7. Russell CD, Millar JE, Baillie JK. Clinical evidence does not support corticosteroid treatment for 2019-nCoV lung injury. *Lancet*. 2020;395(10223):473-5
8. Spannella F, Giulietti F, Baliotti P, Cocci G, Landi L, Lombardi FE, Borioni E, Bernardi B, Rosettani G, Bordoni V, Sarzani R. Renin-Angiotensin System Blockers and Statins Are Associated With Lower In-Hospital Mortality in Very Elderly Hypertensives. *J Am Med Dir Assoc*. 2018;19:342-347
9. Vaduganathan M, Vardeny O, Michel T, McMurray J, Pfeffer MA, Solomon SD. Renin-Angiotensin-Aldosterone System Inhibitors in Patients with Covid-19. *NEJM*, March 30, 2020, DOI: 10.1056/NEJMsr2005760
10. Sarzani R, Giulietti F, Di Pentima C, Giordano P, Spannella F. Sars-Cov-2 Infection, Angiotensin Converting Enzyme 2 (ACE2) And Treatment With ACE-Inhibitors or Angiotensin II Type 1 Receptor Blockers. *Eur J Prev Cardiol* 2020 in press

Morfologo... “quasi” per caso

Antonio Giordano

Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche

L'Autore, nuovo coordinatore dell'insegnamento di Anatomia Umana nella Facoltà di Medicina dell'Università Politecnica delle Marche, ripercorre le tappe del suo cammino umano e professionale e della sua formazione scientifica. Dopo studi di tipo medico e dedicatosi agli inizi alla ricerca biochimica, ha poi vissuto un'intensa esperienza nelle discipline psichiatriche fino al momento dell'incontro con il Prof. Saverio Cinti che lo ha introdotto nel campo della morfologia, una scienza che doveva divenire la sua definitiva abitazione. Proprio grazie alla ricerca in ambito morfologico ed allo studio dei tessuti adiposi, dell'obesità e della regolazione centrale del bilancio energetico, i suoi diversi interessi scientifici e culturali hanno trovato un punto di incontro nell'indagine del continuo dialogo tra organi periferici e centri nervosi e del coinvolgimento dei centri nervosi di fame e sazietà in ulteriori complessi aspetti comportamentali. Lo studio di tali filoni di ricerca negli animali da laboratorio rappresenta, e probabilmente rappresenterà sempre più in un prossimo futuro, un adeguato modello per correlare, anche in un'ottica ontogenetica, metabolismo e comportamento, fornendo contributi originali e innovativi allo studio dei meccanismi molecolari che sono alla base del comportamento normale e patologico e che rappresentano l'oggetto di studio della cosiddetta “psichiatria biologica”.

Accolgo con grande piacere l'invito del Preside e del professor Giovanni Danieli a scrivere queste poche righe per presentarmi agli studenti e alla comunità accademica del nostro Ateneo in qualità di nuovo coordinatore dell'insegnamento di Anatomia Umana per il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, a seguito del pensionamento del professor Saverio Cinti che ha brillantemente svolto tale incarico per più di trenta anni. In tal modo, infatti, ho l'opportunità di ringraziare pubblicamente persone che “ho incontrato” durante il mio percorso di studio e di ricerca e i cui consigli ed esempio sono stati essenziali per il mio successo professionale. Trovo, inoltre, molto utile che giovani studenti, che si affacciano al mondo dello studio, della ricerca e di un'attività così delicata come quella di tipo medico, possano giovare dell'esempio e delle esperienze, negative e positive, di chi, avendo qualche anno più di loro, li ha preceduti.

Sono approdato all'anatomia umana quasi per caso. In realtà non avevo nemmeno intenzione di studiare medicina. Al termine degli studi classici, avevo ben chiaro il proposito di “lavorare in laboratorio” e di “fare ricerca” in ambito biologico e medico ma ero entusiasticamente orientato allo studio della chimica organica e della biochimica, materie che allora mi apparivano le più appropriate per portare contributi essenziali ed innovativi al progresso scientifico. Fu il professor Paolo Bruni, Rettore del nostro Ateneo per diversi anni e che avevo l'opportunità di incontrare frequentemente essendo compagno di classe e amico del figlio Stefano, che in un assoluto pomeriggio di fine agosto mi disse chiaramente e con fermezza che se veramente volevo fare ricerca in ambito biomedico avrei dovuto intraprendere gli studi medici. Fu grande il mio sconcerto di fronte a tale suggerimento, anche perché già sognavo anni di vita universitaria libera, spen-

sierata, lontana dalla famiglia e in una città come Bologna, sicuramente più attraente rispetto ad Ancona. D'altra parte, le sue argomentazioni, la sua sicurezza e la sua esperienza mi convinsero e mi iscrissi alla Facoltà di Medicina presso quella che allora era l'Università di Ancona.

Il consiglio del professor Bruni si rivelò del tutto appropriato, e di questo gli sarò eternamente grato. A differenza di molti dei miei compagni di corso, lo studio delle materie di base, di quello che una volta veniva indicato come “il triennio biologico”, fu per me eccezionalmente bello ed entusiasmante. Quel periodo di vita universitaria rimane nel mio immaginario uno tra i ricordi più belli ed emotivamente pregnanti. Lo studio delle cosiddette materie di base mi apriva ad un mondo che mi appariva meraviglioso fatto di molecole e di cellule che “dialogando” tra loro davano origine alle più complesse funzioni cellulari, tissutali, d'organo ... in una

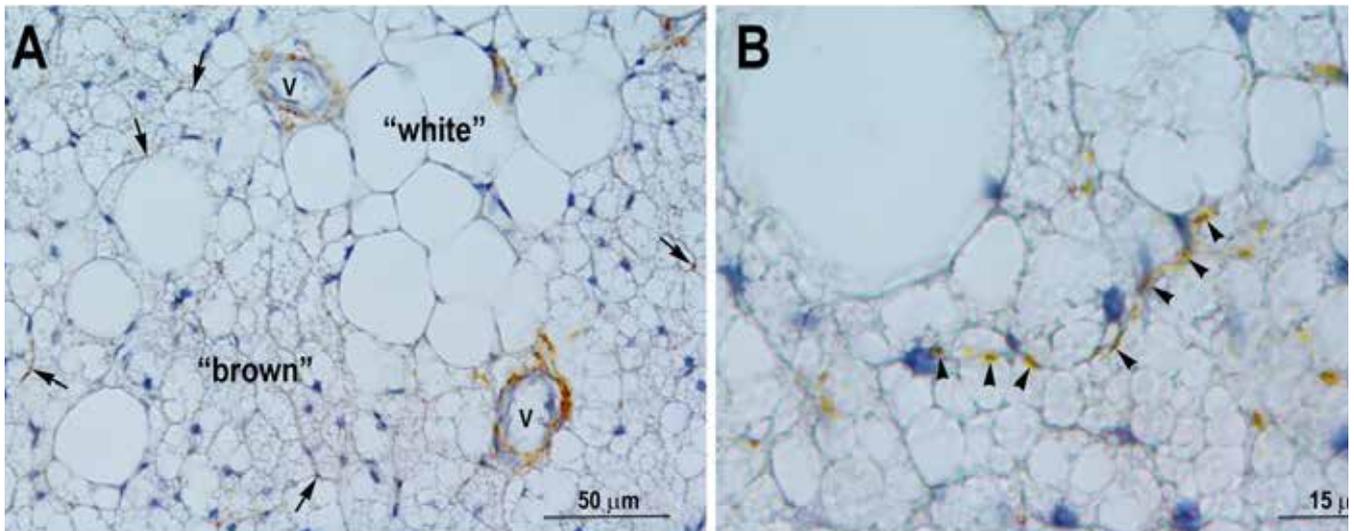


Figura 1 – Evidenziazione di nervi vegetativi simpatici nel tessuto adiposo di topo mediante immunoistochimica per la tirosina idrossilasi, enzima coinvolto nella sintesi della noradrenalina. In A, fibre nervose noradrenergiche si distribuiscono intorno ai vasi sanguiferi (V) e nel parenchima tra gli adipociti; alcune fibre noradrenergiche parenchimali sono indicate dalle frecce. Nei tessuti adiposi, la componente bruna (“brown”), costituita da adipociti multiloculari, è notevolmente più ricca di fibre noradrenergiche rispetto alla componente bianca (“white”), costituita da adipociti uniloculari. In B, le punte di freccia indicano il decorso di un assone noradrenergico tra adipociti multiloculari

parola alla vita. La passione per tali materie era tale per cui ero solito trascorrere quasi interamente i mesi estivi in solitudine a studiare in un piccolo paese sulle colline marchigiane, dove la mia famiglia ha una piccola abitazione e dove mio padre è stato medico condotto per più di 20 anni. Con il senno di poi mi sono reso conto che la mia dedizione allo studio era sembrata così eccessiva da indurre preoccupazione nei miei familiari, tanto da, chissà, forse indurli a sospettare un esordio tardivo di “sindrome da terzo liceo” secondo la vecchia definizione di Kraepelin.

Con il prosieguo degli studi universitari alla passione per i meccanismi molecolari e cellulari che rendono possibile le funzioni degli organi e degli apparati del nostro corpo si è affiancato un vivo interesse ed una curiosità particolare per il sistema nervoso e per il suo ruolo di guida e coordinamento di tutte le manifestazioni vitali. In questo ambito, un sentito ringraziamento va alla professoressa Giovanna Curatola, docente di Biochimica presso questa Facoltà fino a

non molti anni fa e relatrice della mia tesi di laurea. Ho molto vivo nel ricordo le brevi ma formative conversazioni che con lei ho avuto sulla ricerca biologica ed i rapporti con quella clinica, applicata, sulla condizione della ricerca in Italia, sulla eventuale possibilità di andare all'estero, sul mio modo “troppo romantico” di vedere scienza e scienziati e sulla nostra comune passione per i meccanismi più fini, molecolari, delle funzioni più elevate del sistema nervoso, quelle che, se alterate a causa di processi ancora sconosciuti, determinano le patologie psichiatriche. Fu essenzialmente lei a trasmettermi la consapevolezza che la ricerca è analisi ma anche sintesi, e che la sintesi è tanto più efficace, produttiva e affascinante quanto più ampia e variegata è la preparazione culturale del ricercatore. Già allora, infatti, si iniziava a temere che anche nell'università italiana, importando in maniera acritica modelli formativi “di stampo anglosassone”, didattica e ricerca procedessero verso un'eccessiva specializzazione e orientamento pratico, rinunciando ad un approccio culturale più

ampio e complesso, anche se sicuramente meno concreto, che è sempre stato tratto distintivo della cultura, non solo medica, italiana. Coerentemente a questo, mi iscrissi dopo la laurea alla scuola di specializzazione in Psichiatria, sotto la guida del professor Gianfranco Marchesi. Seguirono anni caratterizzati dal “traumatico” approccio alla patologia mentale, dalla difficile gestione del paziente psichiatrico e da numerose notti insonni, periodo del giorno in cui il professor Marchesi preferibilmente lavorava. L'intenzione era di avviare studi di biochimica inerenti a condizioni psichiatriche ma sia la inadeguatezza dei cosiddetti modelli animali di malattie psichiatriche che la distanza esistente tra la complessità della situazione comportamentale e clinica e i possibili aspetti neurochimici che potevano essere valutati nel paziente psichiatrico erano limiti per me talmente frustranti che mi inducevano a ritenere che non sarei stato in grado di svolgere ricerche con un impatto significativo.

Fu proprio durante gli anni della

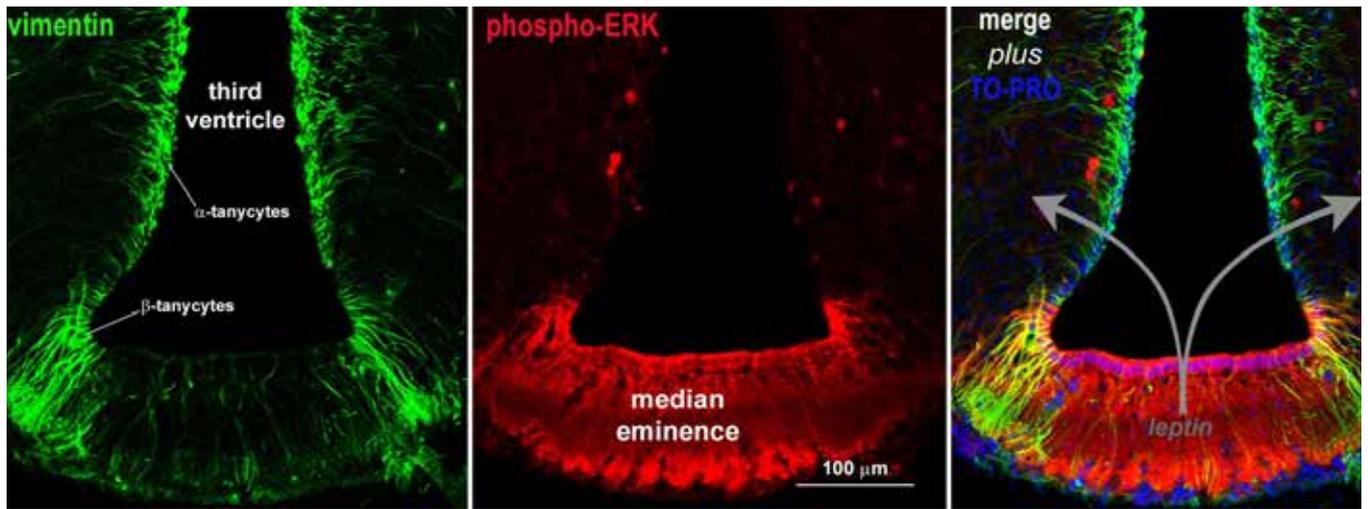


Figura 2 – Doppia immunofluorescenza e microscopia confocale di una sezione coronale di ipotalamo di topo. La vimentina (immagine di sinistra, verde) è un marker tipico dei taniciti, caratteristiche cellule ependimali dotate di prolungamenti e distinte in due classi differenti (α -tanicitici e β -tanicitici). L'attivazione dell'ERK signaling nelle cellule dell'eminenza mediana (immagine centrale, rosso) promuove il passaggio della leptina circolante, il più importante fattore di sazietà prodotto e secreto dagli adipociti bianchi, dall'eminenza mediana al terzo ventricolo e da qui ai neuroni ipotalamici che regolano il bilancio energetico (immagine di destra, linea grigia)

specialità in Psichiatria che ebbi modo di riallacciare i rapporti con il professor Cinti, che era stato mio docente di Anatomia Umana, esame che avevo brillantemente superato e materia che aveva messo in crisi la mia passione per la chimica biologica. Il professor Cinti, conoscendo il mio interesse per le neuroscienze, mi aveva proposto di intraprendere insieme a lui uno studio morfologico sull'innervazione dei tessuti adiposi (Fig. 1). Egli infatti si occupava ormai da diversi anni di adipociti e obesità, argomenti di ricerca considerati allora quasi secondari essendo l'obesità ritenuta non tanto un problema medico quanto essenzialmente un problema estetico. In realtà, il professor Cinti, grazie alla sua formazione medica, aveva intuito che l'obesità con tutte le principali patologie ad essa associate avrebbe rappresentato nei decenni successivi una problematica sanitaria di enorme impatto medico, sociale ed economico. Da ottimo medico ricercatore, egli riteneva che, essendo l'obesità una patologia legata ad un abnorme accumulo

di tessuto adiposo nell'organismo, l'approccio scientifico primario e più corretto era innanzitutto iniziare a studiare in maniera approfondita tale tessuto e la biologia delle cellule che lo compongono. Questa prima collaborazione con il professor Cinti mi aprì un mondo nuovo, la morfologia, un approccio che fino ad allora avevo sottovalutato perché più interessato ad aspetti molecolari. Ebbi l'occasione di conoscere e applicare tecniche di microscopia ottica ed elettronica che mi introdussero alla "scienza dell'organizzazione della materia vivente", come il professor Cinti ama definire la morfologia, e dove forme, dimensioni, quantità e distribuzione di cellule, organuli e molecole si correlano in maniera spesso semplice ed intuitiva con la loro funzione.

Intrapresi quindi la carriera accademica presso l'Istituto di Morfologia Umana Normale presso quella che di lì a poco sarebbe diventata l'Università Politecnica delle Marche. Sono seguiti anni di attività didattica e di ricerca estremamente proficui, durante

i quali il professor Cinti non mi ha mai fatto mancare consigli e suggerimenti, mi ha coinvolto in interessanti ricerche e introdotto ad un ambiente di ricerca internazionale, consentendomi di svolgere proficui periodi all'estero e collaborazioni con scienziati stranieri di elevato livello. A tale proposito, un sentito ringraziamento va esteso anche a tutto il personale tecnico-amministrativo e docente, strutturato e non, che nel corso degli ultimi vent'anni ha fatto parte del nostro gruppo ed in particolare alla Dr.ssa Ilenia Severi per la passione e l'interesse con cui svolge le ricerche sulla regolazione centrale del bilancio energetico. Un ringraziamento particolare va anche al professor Francesco Osculati, fondatore della nostra scuola di anatomia e per noi, "più giovani", grande esempio di dedizione alla ricerca e alla didattica.

C'è un motivo fondamentale per cui vorrei ringraziare pubblicamente il professor Cinti e che lo qualifica ai miei occhi come "vero maestro". Ritengo che per un ricercatore, soprattutto di

scienze di base, sia assolutamente fondamentale lavorare in un ambiente stimolante, sereno, non eccessivamente e stupidamente competitivo e non perennemente affannato al raggiungimento di indici bibliometrici modaioli che paradossalmente oggi sembrano rappresentare il fine ultimo dell'attività di ricerca (!). Penso, all'opposto, che sia fondamentale nel nostro lavoro avere la possibilità di “perdere tempo a percorrere nuove strade e verificare ipotesi e curiosità originali” anche se forse poco probabili e poco inclini a fornire nel breve periodo un “prodotto”, orribile termine manifatturiero industriale con cui i nostri governanti definiscono gli articoli scientifici. Con il professor Cinti io ho trovato proprio questo, ovvero ho avuto la libertà e la possibilità di “girovagare” in altri settori delle scienze biologiche, di intraprendere filoni di ricerca che avvertivo più congeniali e di apprendere

re e importare nel nostro gruppo nuove tecniche e metodologie di indagine (Fig. 2).

Alla fine ... adipociti, tessuti adiposi e obesità mi hanno ricondotto al sistema nervoso ed alla psichiatria. Nel corso degli ultimi decenni, l'obesità essenziale, quella che caratterizza la stragrande maggioranza dei pazienti obesi, è stata progressivamente inquadrata come un complesso disturbo endocrino-metabolico di grosso impatto medico in quanto situazione predisponente alle più frequenti e invalidanti patologie croniche del nostro tempo quali diabete di tipo 2, epatopatie non alcoliche, patologie cardiovascolari, alcune forme neoplastiche e condizioni psichiatriche come la depressione e le dipendenze. Oggi, gli ambienti scientifici più illuminati iniziano a considerare l'obesità essenziale come una vera e propria patologia psichiatrica caratterizzata da fini

alterazioni comportamentali (relativi al senso di fame e sazietà, dispendio energetico, meccanismi di gratificazione, risposta a eventi stressanti, etc.) che sono presenti ben prima dell'esordio clinico che avviene generalmente in età adulta avanzata e sottesi da un preesistente alterato substrato neuronale le cui radici patogenetiche affondano in momenti critici di sviluppo pre- e postnatale dei circuiti cerebrali preposti alla regolazione del bilancio energetico. Forse, nei prossimi decenni proprio l'obesità, dove l'aspetto traslazionale dal modello animale all'uomo è ormai ampiamente confermato e validato, rappresenterà per i neuroscienziati l'opportunità di realizzare il “sogno della psichiatria biologica”, già vagheggiato da Freud, cioè quello di riuscire a riprogrammare in maniera permanente circuiti neuronali maturi ma disfunzionali e modificare il comportamento in maniera più efficace e adattativa.

Infezione da HIV diagnosticata tardivamente Un problema ancora attuale

Andrea Costantini, Luca Butini, Maria Montroni, Armando Gabrielli

Dipartimento di Scienze Cliniche e Molecolari, Sezione Clinica Medica, Immunologia clinica
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche



Nonostante siano trascorsi quasi quaranta anni dalla descrizione dei primi casi, la malattia da HIV continua in una parte rilevante dei casi ad essere diagnosticata in fase tardiva, spesso in presenza di sintomi costituzionali e persino in seguito alla comparsa di una di quelle malattie opportunistiche che definiscono l'AIDS.

Il ritardo diagnostico comporta infatti un'elevata probabilità di sviluppo di immunodeficienza (T CD4) severa che tende ad aumentare la morbilità e la mortalità per cause HIV/AIDS-correlate, si associa in genere ad alti livelli di replicazione virale, rende più difficoltoso il recupero immunologico in seguito all'inizio della terapia antiretrovirale.

Oltre alle possibili conseguenze cliniche per il paziente, la diagnosi tardiva comporta maggiori probabilità di trasmissione dell'infezione ad altre persone, costituendo pertanto un rischio anche per l'intera comunità.

È infatti scientificamente comprovato che un efficace trattamento dell'infezione da HIV rende del tutto improbabile la trasmissione della malattia attraverso gli scambi sessuali, che costituiscono ormai in tutto il mondo il principale meccanismo di diffusione dell'infezione. Intercettare (e trattare) precocemente l'infezione da HIV è dunque fondamentale sia per garantire ai pazienti le migliori probabilità di recupero immunologico che per ridurre l'impatto della malattia a livello di popolazione.

La scarsa attenzione mediatica, la mancanza di adeguate campagne di informazione e prevenzione, lo stigma ed il rischio di isolamento sociale che spesso una diagnosi di infezione da HIV comporta, sono probabilmente fra le principali barriere di accesso ai test diagnostici. Ciò può apparire paradossale se si

pensa alla semplicità, all'efficacia diagnostica (altissima sensibilità e specificità) e persino ai bassi costi economici degli attuali test di screening per HIV, disponibili non solo in tutti i laboratori analisi pubblici a privati, ma anche in diverse farmacie territoriali per l'auto-somministrazione.

La terapia antiretrovirale, che si è grandemente evoluta nel corso degli anni, mette oggi a disposizione del clinico una varietà di farmaci tutti caratterizzati da elevata potenza ed efficacia nel controllo della replicazione virale ed al tempo stesso da ottima tollerabilità e maneggevolezza.

Utilizzare tardivamente i farmaci (a causa di una diagnosi tardiva) comporta tuttavia un aumentato rischio di ritardato e/o incompleto recupero immunologico, dal momento che ad oggi non esistono farmaci in grado di promuovere direttamente l'immunoricostruzione; ciò può comportare la necessità per il paziente di utilizzare, a volte per lungo tempo, farmaci aggiuntivi (per lo più antibiotici) per la profilassi di alcune infezioni opportunistiche, quali la toxoplasmosi cerebrale, la polmonite da Pneumocystis, le micobatteriosi, il cui rischio di sviluppo resta alto in pazienti con deficit T CD4 severo.

Viene descritto il caso di un soggetto adulto ospedalizzato per un focolaio polmonare sviluppatosi nel contesto di quadro clinico presente da molti mesi le cui caratteristiche, pur se suggestive per possibile pre-

senza di immunodeficienza, non avevano innescato alcun percorso diagnostico in tal senso.

Il caso presentato offre lo spunto per una panoramica essenziale su alcuni aspetti salienti della malattia da HIV ai giorni nostri, dalle modalità di trasmissione ai modi e ai tempi in cui si arriva alla diagnosi, dalle potenzialità della moderna terapia antiretrovirale alla complessità della gestione di una patologia che, grazie ad una aspettativa di vita divenuta nella maggior parte dei casi simile a quella della popolazione generale, sempre più spesso incontra (e convive con) altre condizioni morbose, in particolar modo quelle legate all'età come le malattie metaboliche, cardiovascolari, neurologiche, oncologiche.

Il messaggio principale è che la malattia da HIV, che continua a diffondersi, deve essere considerata una malattia che può riguardare tutti e non solo di particolari categorie o gruppi di persone; riuscire a diagnosticarla precocemente comporta enormi vantaggi sia per chi ne è affetto che per l'intera comunità.

Per una miglior comprensione del problema riportiamo un caso esemplificativo del tema in oggetto

Scenario clinico e Quesiti

Per una migliore comprensione del problema riportiamo un caso esemplificativo del tema trattato.

Un uomo di 46 anni viene ricoverato in ambiente internistico per l'insorgenza, circa dieci giorni prima, di febbre ad andamento irregolare

con punte fino a 38 °C associata ad astenia ingravescente e sudorazione notturna; un singolo episodio sincopale si è verificato nei giorni immediatamente precedenti il ricovero.

Da alcuni mesi è inoltre presente eritema pruriginoso diffuso, interpretato come dermatite atopica, poco responsivo agli antistaminici. Nell'ultimo anno viene infine riferito importante calo ponderale con perdita di 20 Kg circa (peso corporeo iniziale 92 kg), in principio frutto di una dieta ma successivamente associato ad inappetenza, disfagia e disgeusia.

All'ingresso in reparto il paziente appare vigile, orientato e collaborante ed apiretico. L'esame obiettivo consente di rilevare sibili inspiratori bilaterali e candidosi orale (successivamente confermata da esame colturale); pressione arteriosa 110/65 mmHg, frequenza cardiaca 72 bpm, saturazione ossigeno 98%.

L'emocromo mostra modesta riduzione di emoglobina (10,8 g/dl) e piastrine (100.000/mmc); i livelli di leucociti, inizialmente nei limiti (circa 5.000/mmc), tendono al decremento nei giorni successivi (circa 3500/mmc), senza sviluppo di alterazioni di rilievo nella formula leucocitaria.

Gli esami ematochimici rilevano unicamente lieve aumento della PCR (VES nei limiti), modesta ipergammaglobulinemia, incremento dei D-dimeri; nella norma indici di funzionalità epatica e renale, glicemia, colesterolo, trigliceridi, elettroliti, troponina, esame urine.

Un RX torace eseguito in Pronto Soccorso subito prima del ricovero evidenziava addensamento polmonare parailare sinistro senza versamento pleurico; nei limiti l'ecografia dell'addome, così come l'ECG.

La TAC non conferma il reperto segnalato dall'RX torace ma mostra un addensamento "a vetro smerigliato" all'apice del lobo polmonare superiore destro con estensione alla regione parailare superiore, di verosimile natura flogistica; evidenzia l'ispessimento diffuso delle pareti bronchiali come da broncopatia cronica e la presenza bolle enfisematose a carico dei lobi superiori

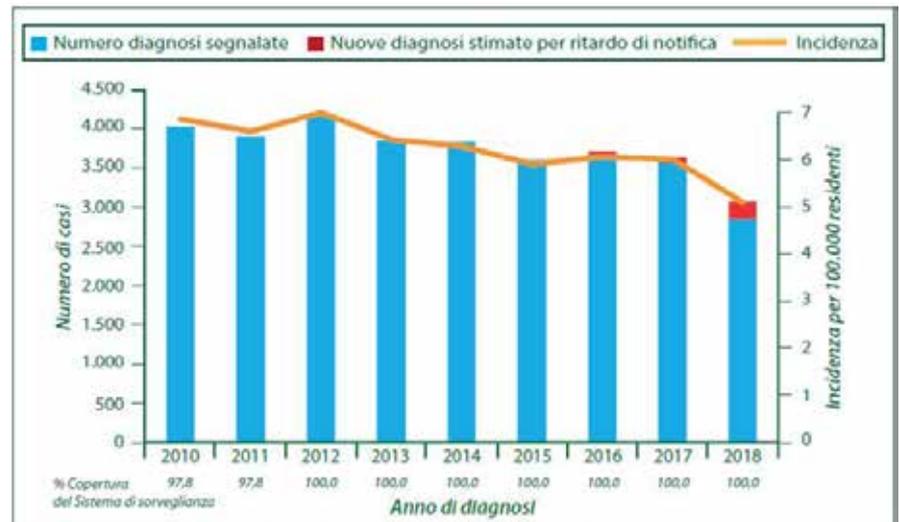
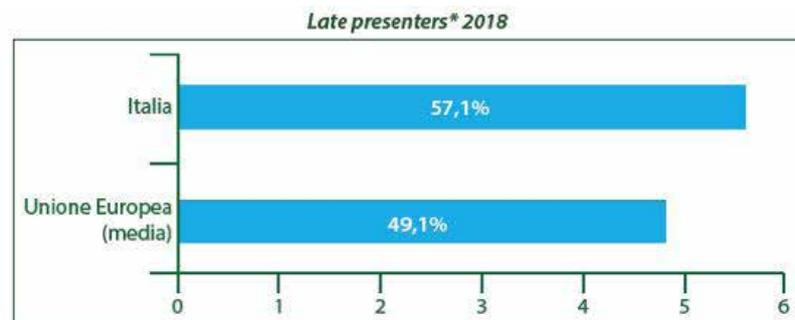


Figura 1 (Ref. 1) – Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV ed incidenza corrette per ritardo di notifica (2010–2018)



(*) Late presenters: nuove diagnosi di infezione da HIV con numero di linfociti CD4 < 350 cell/µl
 Fonti: Sistema di Sorveglianza HIV nazionale, ECDC/WHO 2019 HIV/AIDS Surveillance in Europe 2019-2018 data

Figura 2 (Ref. 1) – Frequenza della diagnosi tardiva di infezione da HIV nel 2018: confronto fra Italia e resto d'Europa.

È importante sottolineare come nel nostro Paese la diagnosi tardiva di infezione da HIV occorra più frequentemente rispetto alla media europea (figura 2); in circa un terzo dei casi (figura 3) il test di screening per HIV viene effettuato per la presenza di sintomi o condizioni morbose potenzialmente attribuibili ad HIV-correlati; inoltre, in circa il 15% dei casi il test viene eseguito nel corso dell'iter diagnostico di altre patologie incluse le infezioni a trasmissione sessuale¹.

(soggetto tabagista); segnala infine la presenza di linfadenomegalie multiple a livello di ascelle ed inguine (diametro massimo 2 cm), di aspetto reattivo.

Vengono effettuati due set di emocolture che risultano negativi, come pure negativa risulta la ricerca di contatti con Mycoplasma e Legionella.

Il paziente viene posto in terapia antibiotica con ceftriaxone ed azitromicina.

Siamo dunque di fronte ad un uomo adulto che ha sviluppato un episodio acuto di flogosi delle basse vie aeree nel contesto di un quadro clinico caratterizzato da calo pon-

derale, dermatite, micosi orale e pancitopenia.

Tra le ipotesi diagnostiche che potrebbero rientrare nel quadro descritto possiamo annoverare:

1. malattie ematologiche (specialmente quelle a carattere proliferativo);
2. malattie autoimmuni (specialmente quelle a carattere sistemico, ad esempio LES);
3. patologie infettive (infezioni virali e batteriche, ad esempio EBV);
4. uno stato di immunodeficienza (più probabilmente acquisita considerando l'assenza di ipogammaglobulinemia, in particolare HIV).

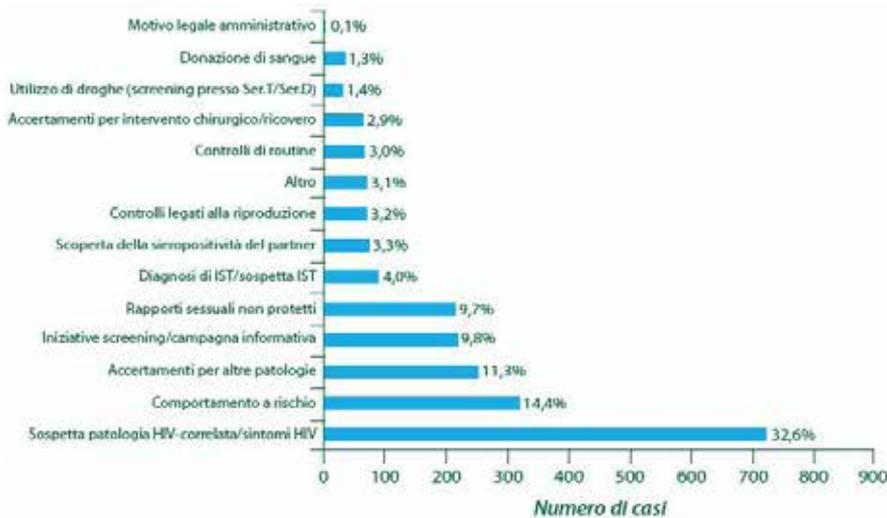
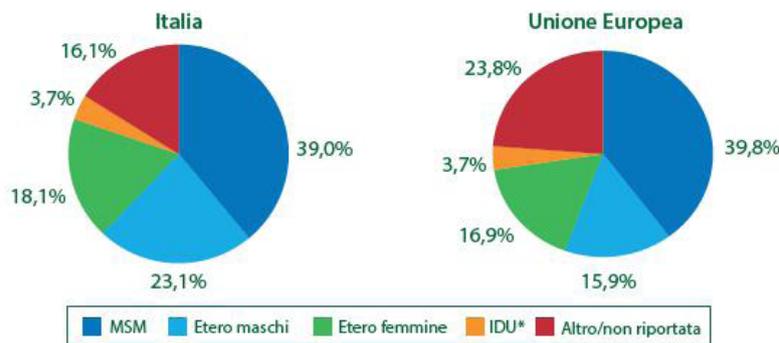


Figura 3 (Ref. 1) – Numero e proporzione di nuove diagnosi per motivo di effettuazione del test HIV.

Solo in una minoranza di casi la ricerca di contatti con il virus avviene per la consapevolezza di avere corso dei rischi, che tende a mancare in modo particolare nel caso di rischi legati al sesso; si noti peraltro che la trasmissione sessuale rappresenta ormai da molti anni, in Italia come nella grande maggioranza degli altri Paesi, il principale meccanismo di diffusione dell'infezione da HIV (figura 4): il caso presentato non costituisce in tal senso un'eccezione¹.



(*) Consumo di droghe per via iniettiva

Figura 4 (Ref. 1) – Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV per modalità di trasmissione 2018. Fonti: Sistema di Sorveglianza HIV nazionale, ECDC/WHO/HIV/AIDS Surveillance in Europe 2019-2018 data.

Per la soluzione del problema e la scelta terapeutica si deve rispondere ad alcuni quesiti.

Il primo quesito che ci si pone è dunque il seguente.

Possiamo considerare la situazione polmonare sufficiente a spiegare l'intero quadro clinico, oppure è opportuno effettuare ulteriori indagini ed approfondimenti?

Un insieme di elementi induce a sospettare che vi possa esserne uno di "predisposizione", che abbia favorito anche lo sviluppo dell'episodio flogistico acuto a carico del polmo-

ne:
 il calo ponderale > 10% occorso nell'ultimo anno, solo in parte attribuibile a restrizioni dietetiche;
 la relativamente recente comparsa di dermatite atopica in un soggetto adulto che non aveva mai avuto tale tipo di manifestazione in passato;
 - la presenza di candidosi del cavo orale;
 - la presenza di linfadenopatie in sedi distanti dal polmone, sopra e sottodiaframmatiche;
 - la tendenza a bassi valori di emoglobina, piastrine e globuli bianchi;
 la giovane età del paziente (aspetto in realtà di peso "relativo").

Durante il ricovero viene effettuato un test per la ricerca di infezione da HIV, che dà esito positivo. Si evidenziano inoltre pregressi contatti con CMV ed EBV, mentre negativa appare la ricerca di segni di esposizione ad HBV, HCV, Lue, Toxoplasma Gondii e Parvovirus B19.

Viene richiesta una consulenza in Immunologia Clinica per definire il successivo iter diagnostico; viene eseguito uno studio fenotipico dei linfociti del sangue periferico che evidenzia il grave deficit T CD4 (11/mm³ - 1%) associato ad elevati livelli di replicazione virale (HIV-RNA plasmatico 716.821 copie/ml). Dopo una settimana di ricovero il paziente viene dimesso in condizioni stabili ed apiretico, ed affidato all'Immunologia Clinica per la prosecuzione delle cure.

Sebbene il paziente non avesse mai effettuato test di screening per HIV in precedenza, i dati disponibili inducono a classificare il caso illustrato come un esempio di malattia da HIV diagnosticata in modo tardivo.

Qual è l'impatto epidemiologico della malattia da HIV ai giorni nostri? Quanto è frequente la diagnosi tardiva nella pratica clinica?

I più recenti dati dell'Istituto Superiore di Sanità indicano che dal 2012 vi è un trend in diminuzione del numero di nuove diagnosi di infezione da HIV in Italia (Fig. 1), che diventa più evidente nel 2018; la fascia di età maggiormente colpita è quella fra i 25 ed i 39 anni.

È importante sottolineare che una diagnosi tardiva comporta principalmente due tipi di problemi:

- 1) un maggior rischio di progressione dell'immunodeficienza, con potenziale aumento della morbilità e della mortalità per cause HIV/AIDS correlate;
- 2) un maggior rischio di trasmissione della malattia².

Come si accede al test HIV?

L'infezione da HIV è caratterizzata da una fase asintomatica che in genere dura anni; durante questa fase la diagnosi di infezione da HIV può essere effettuata o in modo occasionale (ad esempio in corso di donazioni di sangue, gravidanza,

accertamenti effettuati per motivi di lavoro o per altre ragioni), oppure acquistando consapevolezza dell'opportunità di effettuare il test (ad esempio attraverso campagne informative, esperienze di amici o conoscenti, scoperta della sieropositività del partner).

Conoscendo i propri Assistiti, il Medico Curante ha l'opportunità di giocare un ruolo di rilievo nella diagnosi precoce di infezione da HIV e più in generale delle malattie sessualmente trasmesse.

Tutti i laboratori ospedalieri e la maggior parte dei laboratori privati sono in grado di offrire un test di screening di ultima generazione (4a generazione), che consiste in un semplice prelievo di sangue.

Il test HIV, gratuito nelle strutture pubbliche e ad "accesso diretto", va eseguito tenendo in considerazione il periodo finestra, vale a dire il tempo che intercorre fra l'infezione e la positivizzazione del test; nel caso dei test ematici di 4a generazione, ormai applicati uniformemente sul territorio nazionale, è pari a 30 giorni.

Se negativo a distanza di 30 giorni dall'occasione di rischio, il test non ha necessità di essere ripetuto. Se positivo, il risultato dello screening va confermato, sul medesimo prelievo o con un prelievo successivo, mediante un test di conferma eseguito da laboratori (per lo più ospedalieri) di secondo livello.

Si stanno inoltre diffondendo e sono ormai reperibili in molte farmacie test per auto-somministrazione su saliva o su goccia di sangue capillare, che consentono una gestione "privata" dello screening nei confronti del virus. Si tratta di strumenti sensibili ed affidabili; il loro periodo finestra è tuttavia di 90 giorni ed in caso di positività è raccomandata l'esecuzione di un test ematico di 4a generazione.

Fondamentali al momento della diagnosi di infezione da HIV sono l'informazione accurata relativamente alle modalità di trasmissione, la gestione dei contatti sessuali e la definizione di una strategia di cura. Tali obiettivi possono essere raggiunti tempestivamente ed efficacemente grazie ad un contatto rapido fra il Medico di Medicina

Generale (Medico che ha effettuato la diagnosi) e lo Specialista, cui va affidata la presa in carico della persona con HIV.

Qual è l'approccio terapeutico più indicato per un paziente con queste caratteristiche?

Le linee guida italiane ed internazionali concordano nel raccomandare l'inizio precoce della terapia antiretrovirale specifica (ART) in tutti i pazienti a cui sia stata diagnosticata l'infezione da HIV³.

I farmaci attualmente disponibili sono efficaci, ben tollerati, semplici da utilizzare ed hanno consentito di ridurre sensibilmente i fallimenti virologici, le difficoltà di aderenza, le interazioni farmacologiche⁴; il loro utilizzo rimane tuttavia di pertinenza specialistica.

Diversi fattori debbono essere tenuti in considerazione nella scelta del regime di prima linea, fra cui:

- la presenza di coinfezione con HBV ed HCV
- la presenza di comorbidità
- gli altri farmaci che il paziente assume

Nel paziente in esame l'aspetto maggiormente degno di nota è dato dalla severità dell'immunodeficienza e dalla elevata replicazione virale, che inducono alla scelta di un regime a tre farmaci, nel caso specifico costituito da Tenofovir alafenamide, Emtricitabina e Dolutegravir.

In un paziente con queste caratteristiche sono necessari trattamenti aggiuntivi?

È raccomandabile il trattamento della candidosi del cavo orale, nel caso specifico condotto con nistatina soluzione orale e proseguito fino a guarigione clinica.

La severità dell'immunodeficienza rende inoltre necessaria una profilassi contro alcune infezioni opportunistiche, quali la Toxoplasmosi cerebrale e la Polmonite da Pneumocystis Jirovecii.

Un farmaco efficace su entrambi i germi è il trimetoprim/sulfometossazolo per os, che il paziente ha iniziato durante il ricovero e che andrebbe proseguito fino a quando i livelli di T CD4 non superano stabilmente quota 100/mmc (Toxoplasmosi) e 200/mmc (Pneumocystis).

In alternativa può essere utilizzata la pentamidina per aerosol, farmaco gravato da minore tossicità a lungo termine ma inefficace nei confronti della Toxoplasmosi Cerebrale, pertanto meno adatto alla situazione in esame.

Una ulteriore linea di profilassi da prendere in considerazione in un paziente con T CD4 inferiore a 50/mmc è quella a base di macrolidi contro il Mycobacterium Avium, che nel caso in esame è stata inizialmente differita e sulla quale si è poi deciso di soprassedere in quanto dopo circa un mese dall'inizio della ART i T CD4 risultavano già risaliti al di sopra di 50/mmc.

Quali sono gli obiettivi ed i risultati attesi nel breve-medio termine?

L'effetto più diretto della ART è la soppressione della replicazione virale; il primo obiettivo è dunque quello di ottenere la progressiva diminuzione dei livelli di HIV-RNA plasmatico fino a portarli al di sotto del limite di rilevanza delle metodiche attualmente in uso nella pratica clinica (20 o 50 copie/ml). Con i moderni regimi, tale obiettivo è raggiungibile in quasi tutti i pazienti che iniziano una terapia per la prima volta.

Nel caso in esame questo risultato è stato raggiunto dopo sei mesi circa dall'inizio della terapia; in parallelo si è assistito al progressivo miglioramento delle condizioni generali del paziente, con scomparsa della candidosi orale, netto miglioramento del quadro cutaneo, aumento dell'appetito e recupero ponderale di circa 10 kg.

Il quadro ematologico ha a sua volta mostrato sensibili miglioramenti, in particolare con la normalizzazione dei livelli di emoglobina, globuli bianchi e piastrine.

Soddisfacente è stato infine l'iniziale recupero immunologico, caratterizzato dal progressivo incremento dei T CD4 fino a valori superiori a 250/mmc.

Vi sono potenziali rischi nel breve-medio termine?

In pazienti fortemente immunodepressi e con elevati livelli di replicazione virale, l'inizio della ART può essere seguito da una fase di alterata regolazione immunologica che

conduce a fenomeni infiammatori aberranti nei confronti di patogeni opportunisti "latenti" (ad esempio micobatteri, funghi, virus). Tale fenomeno prende il nome di sindrome infiammatoria da immunoricostruzione (IRIS), che nel caso in esame non si è tuttavia verificata⁵.

Quali sono gli obiettivi nel lungo termine? Come viene gestito un paziente "stabilizzato"?

Il primo obiettivo è mantenere il controllo della replicazione virale nel tempo favorendo il processo di ricostituzione immunologica, quest'ultimo particolarmente rilevante in un paziente che si presenta con deficit inizialmente severo, come nel caso descritto.

Il progressivo miglioramento della situazione immunologica abbate il rischio di sviluppare (nuovi) eventi HIV/AIDS ed in generale riduce l'occorrenza di tutte le condizioni morbose (anche non direttamente legate al virus) che un sistema immuno deficitario e uno stato di forte infiammazione cronica possono favorire.

Va detto che se il controllo della replicazione virale si ottiene abbastanza facilmente in quasi tutti i pazienti, il processo di immunoricostruzione risulta tanto più lento e difficoltoso quanto più è severo il deficit T CD4 iniziale (6); questo implica il permanere del paziente in una situazione di maggior rischio di sviluppare eventi clinici e rafforza il concetto dell'utilità di una diagnosi precoce dell'infezione da HIV.

La soppressione duratura della replicazione virale rende di fatto l'infezione da HIV non trasmissibile ad altre persone, a beneficio non solo del paziente ma anche dell'intera comunità⁷.

La gestione del paziente con infezione da HIV che abbia raggiunto il pieno controllo della replicazione virale prevede controlli clinico-laboratoristici periodici da effettuarsi in genere ogni 4-6 mesi.

Tali controlli consentono da un lato la sorveglianza della situazione viro-immunologica, dall'altro per-

mettono di intercettare tempestivamente eventuali problemi (anche non strettamente HIV-correlati) che potrebbero insorgere col tempo, o effetti collaterali che potrebbero svilupparsi con l'uso prolungato dei farmaci.

Spunti di riflessione e considerazioni conclusive

Il caso descritto pone in luce una situazione purtroppo ancora molto frequente nel contesto della malattia da HIV: la difficoltà di ottenere una diagnosi precoce.

Ciò nasce da molteplici fattori, non ultimo la ormai da tempo scarsa attenzione mediatica e la limitata consapevolezza da parte di molte persone dei rischi (in particolare quelli per via sessuale) che si possono correre anche conducendo una vita "normale".

Il fatto che la malattia da HIV sia ancora oggi spesso percepita come una malattia relegata a particolari categorie/gruppi di persone e lo stigma sociale che spesso ne accompagna l'idea, costituiscono ulteriori ostacoli sulla strada dell'acquisizione di una corretta informazione e di una piena consapevolezza del problema.

La mancanza di percezione del rischio riduce l'accesso ai test diagnostici, oggi disponibili non solo in tutti i laboratori pubblici e privati, ma anche in molte farmacie per l'auto-somministrazione.

È dunque fondamentale comprendere e far comprendere che diagnosticare precocemente la malattia da HIV comporta enormi vantaggi sia per la persona che ne è affetta che per l'intera comunità.

Messaggi chiave

L'infezione da HIV è caratterizzata da una lunga fase asintomatica; in circa un terzo dei casi la malattia è diagnosticata in fase tardiva, in seguito alla comparsa di sintomi o per lo sviluppo di manifestazioni opportunistiche.

Una diagnosi mancata o tardiva comporta rischi sia per il paziente (aumentata morbilità e mortalità)

che per la comunità (trasmissione del virus).

Il Medico di Medicina Generale può avere un ruolo fondamentale non solo nella diffusione delle misure di prevenzione dell'infezione, ma anche nella diagnosi precoce.

Attraverso il controllo della replicazione di HIV, la ART è in grado di arrestare la progressione del danno immunologico e favorire l'immunoricostruzione.

Un buon controllo del virus costituisce un mezzo altamente efficace anche per prevenirne la trasmissione.

Promuovere l'informazione, abbattere le barriere ideologiche, combattere lo stigma e favorire l'accesso ai test sono mezzi importanti per prevenire la diffusione della malattia da HIV e garantire alle persone che ne sono affette la migliore qualità di vita anche dal punto di vista familiare, lavorativo, sociale.

Bibliografia

1. Resine V et al. Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2018. Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità 2019, volume 32, numero 10.
2. Spatz Friedman D et al. Comparing those diagnosed early versus late in their HIV infection: implication for public health. Int J STD AIDS 2017, 28:693-701.
3. European AIDS Clinical Society (EACS) Guidelines. Version 10.0, November 2019.
4. Sergin e et al. Secular trends in opportunistic infections, cancers and mortality in patients with AIDS during the era of modern combination antiretroviral therapy. HIV Med 2018, 19:411-419.
5. Walker NF et al. Immune reconstitution inflammatory syndrome in HIV-infected patients. HIV/AIDS Res Pall Care 2015, 7:49-64.
6. Gras L et al. CD4 cell counts of 800 cells/mm³ or greater after 7 years of highly active antiretroviral therapy are feasible in most patients starting with 350 cells/mm³ or greater. JAIDS 2007, 45:183-192.
7. Eisinger RW et al. HIV viral load and transmissibility of HIV Infection: Undetectable Equals Untransmittable. JAMA 2019, 321:451-452.

Sonno e gravidanza



Laura Buratti

Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Sezione Clinica Neurologica
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche

Nel corso della gravidanza, per cambiamenti anatomici, fisiologici, ormonali e psicologici, le alterazioni del sonno risultano più frequenti e possono pregiudicare lo stato di salute della gravida ed il benessere del feto; in tale periodo di vita molte donne riferiscono disturbi notturni non lamentati in precedenza o l'accentuarsi di condizioni prima sporadiche o di minore entità.

Disturbi respiratori e gravidanza

Durante la gravidanza, in relazione a cambiamenti anatomico-fisiologici del sistema respiratorio, si assiste ad un aumento di prevalenza di disturbi respiratori notturni.

Essi vanno dal semplice russamento, a limitazioni di flusso con possibile arousal corticale (RERA) a parziale (ipopnea) o totale (apnea) collasso delle vie aeree, alla sindrome da obesità-ipoventilazione. Esistono dei fattori protettivi e favorevoli la comparsa dei disturbi respiratori in gravidanza.^{1,2}

Fattori protettivi

- progesterone con effetto positivo sulla dilatazione delle vie aeree e sul drive respiratorio (nelle donne con Sindrome delle Apnee Ostruttive –OSAS- in gravidanza sono stati documentati livelli di progesterone inferiori rispetto ai controlli);
- cambiamento della posizione assunta durante il sonno (laterale);
- riduzione del sonno REM;
- lo spostamento favorevole della curva di dissociazione dell'emoglobina.

Fattori favorevoli

- aumento del peso;
- la riduzione della capacità funzionale residua da risalita del diaframma, in particolare in fase avanzata di gravidanza;
- la riduzione della pervietà delle vie aeree (effetto ormonale a livello nasale e faringeo con edemi e riniti).

La presenza di apnee è stata associata a pre-eclampsia; a questi fenomeni respiratori è stato attribuito un ruolo eziopatogenetico nello sviluppo di ipertensione gravidica; il parziale (ipopnea) o totale (apnea) collasso delle vie aeree comporta una riduzione dell'ossigenazione con attivazione del sistema simpatico ad ogni evento respiratorio, contribuendo allo sviluppo di ipertensione gravidica.

La pre-eclampsia, nota anche come gestosi o tossiemia gravidica, è una sindrome caratterizzata dalla presenza di ipertensione arteriosa, proteinuria ed edemi dopo la ventesima settimana di gestazione in donne precedentemente normotese. Questa condizione prevede una complicanza temibile che è la eclampsia, grave patologia potenzialmente letale. Questa condizione si caratterizza per la comparsa di crisi epilettiche generalizzate convulsive, precedute, nella maggior parte dei casi, da segni e sintomi di pre-eclampsia.³

L'OSAS mediante ipossia induce stress ossidativo, attivazione di citochine infiammatorie e disfunzione endoteliale che potrebbero determinare l'insorgenza di pre-eclampsia. L'ipossia e la frammentazione del sonno sono responsabili, inoltre, di una alterazione metabolica e disfunzione dell'asse ipotalamo-ipofisario con aumento del rischio di diabete gestazionale.^{4,5}

La diagnosi OSAS richiede uno screening clinico basato sulla ricerca

di segni e sintomi anche mediante scale standardizzate e la conferma strumentale mediante l'esecuzione di poligrafia; da questo esame è possibile anche documentare con elettrodi sui muscoli tibiali anteriori la presenza di movimenti degli arti che, se in sequenza, possono assumere l'aspetto di movimenti periodici degli arti, condizione questa responsabile, a sua volta, di alterazioni vegetative in sonno in particolare modificazioni della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa; i movimenti periodici degli arti (PLM) sono spesso associati a sindrome delle gambe senza riposo (RLS), tanto da risultarne un marker poligrafico, essendo la diagnosi della RLS basata su criteri clinici.

I disturbi respiratori nel sonno materno sono associati a rischio di parto pre-termine, riduzione della crescita fetale ed aumento del ricorso a terapia intensiva neonatale ed altri effetti negativi sulla madre e sul feto come riportato nella tabella 1.³

Risulta pertanto importante, se necessario, trattamento specifico dell'OSAS durante la gravidanza per evitare le suddette complicanze. Importante evitare tutti i fattori noti favorire il collasso delle vie aeree nelle ore notturne (Tab. 2); anche se non ci sono studi sistematici sulla CPAP in gravidanza, alcune evidenze suggeriscono un suo effetto positivo sul profilo pressorio e sulla secrezione di insulina.⁶

EFFETTI SULLA MADRE	EFFETTI SUL FETO
Fatica	Ritardo di crescita intrauterino
Iperensione gestazionale	Feto piccolo per l'età gestazionale
Diabete gestazionale	Nascite pretermine
Preclampsia	Nati morti
Distacco di placenta	Danno cerebrale ipossico
Parto cesareo	Accorciamento lunghezza telomeri

Tabella 1 - Conseguenze dei disturbi respiratori del sonno in gravidanza³

Rispettare le norme di igiene del sonno
Evitare farmaci miorilassanti (es. benzodiazepine)
Posizione laterale
Trattamento con CPAP raccomandato per donne gravide ipertese con OSAS di grado lieve
Trattamento con CPAP raccomandato per donne gravide con OSAS di grado moderato

Tabella 2 - Trattamento OSAS in gravidanza³

Sindrome delle gambe senza riposo e gravidanza

La sindrome delle gambe senza riposo (RLS) si caratterizza per un fastidio agli arti inferiori con urgenza a muoverli e peggioramento in posizione di riposo, variamente descritto dai pazienti, con un ritmo circadiano caratterizzato da comparsa nelle ore serali/notturne. La RLS è spesso associata, come già sopra indicato, a movimenti periodici degli arti. Il disturbo può essere primario o secondario a patologie quali, in particolare, carenza di ferro ed insufficienza renale.

In generale la fisiopatologia della RLS dipende principalmente da disfunzione del sistema dopaminergico nigro-striatale, dai depositi di ferro e dalla predisposizione genetica. Il ferro è il cofattore della tirosina idrossilasi, enzima che consente la trasformazione della tirosina in dopamina.

La prevalenza di RLS in gravidanza va da un 10 ad un 34%, un disturbo frequente e sotto diagnosticato; il disturbo è più frequente nel secondo ed ancor più terzo trimestre, contribuendo anche all'aumento di insonnia.³

Di solito c'è una remissione dei sintomi in seguito al parto, ma in alcune pazienti può continuare anche dopo, sviluppando una forma cronica.

La patogenesi della RLS in gravidanza non è ancora chiara. Benché diverse ipotesi siano state proposte per spiegare l'associazione, ogni singola ipotesi non è in grado di spiegare interamente la patogenesi. Una storia familiare, bassi livelli di ferro circolante e di ferritina, alti livelli di estrogeni durante la gra-

vidanza sembrano giocare un ruolo importante. Anche un deficit di vitamina D ed il metabolismo del calcio sembrano giocare un ruolo nell'eziologia di questa sindrome durante la gravidanza. La carenza di vitamina D in gravidanza non è frequente, ma se è presente, sembra giocare un ruolo negativo sulla neurotrasmissione dopaminergica implicata nell'insorgenza della RLS.⁷

Per quanto riguarda i fattori ormonali, è stato suggerito che l'aumento di estradiolo e progesterone durante la gravidanza possano fare da trigger alla RLS, interagendo con la dopamina nello striato. I livelli ritornano ai valori basali subito dopo il parto e sarebbero associati alla risoluzione della RLS. Tuttavia non sono stati trovati valori diversi in pazienti con e senza RLS, rendendo quindi il loro ruolo opinabile.⁸

Anche i livelli di ormoni tiroidei durante la gravidanza possono contribuire all'insorgenza dei sintomi, per l'impatto negativo sulla trasmissione dopaminergica.

Il bilancio marziale è influenzato dal numero di gravidanze: i livelli di ferro tendono a diminuire ad ogni gravidanza se i depositi non vengono ripristinati nell'intervallo tra una e l'altra. Questo potrebbe essere il motivo per cui la multipara ha un rischio maggiore di RLS.⁹

Quello che è certo è che la RLS è associata, come l'OSAS, ad aumentata prevalenza di pre-eclampsia e diabete gravidico, con impatto sul benessere della madre e del feto.

In particolare aumenterebbe il rischio di ipertensione gravidica, ridotta crescita intrauterina, rischio di parto cesareo.

Il trattamento durante questo perio-

do risulta difficile, in quanto deve tener conto dei rischi per la madre e per il feto e consiste in primo luogo in:

- trattamenti non farmacologici basati su terapia cognitivo-comportamentale (CBT);
- esercizi fisici;
- esclusione di farmaci o fattori scatenanti la RLS (come al di fuori di tale condizione fisiologica);
- integrazione con ferro e folati;
- trattamento di una eventuale OSAS, essendo spesso le due condizioni comorbide.¹⁰

Se le strategie sopra indicate non risultano sufficienti, tra i trattamenti farmacologici sono da considerarsi più sicuri quelli basati su clonazepam, gabapentin e carbi/dopa senza benserazide come riportato nella Tab. 3. Non ci sono sufficienti dati per l'uso di dopaminoagonisti in gravidanza, che sono comunemente impiegati per la RLS al di fuori di questo periodo.

Insonnia e gravidanza

L'insonnia è caratterizzata da difficoltà a iniziare, mantenere il sonno o da risveglio precoce con conseguenze nelle performance diurne. Non è necessariamente associata ad una riduzione del tempo totale di sonno, quanto piuttosto alla alterazione della sua architettura.

Durante la gravidanza si assiste ad una progressiva alterazione del profilo del sonno.

La frammentazione del sonno è un evento comune in gravidanza dovuta a diversi fattori fisici quali, il discomfort muscolo-scheletrico, la nicturia, il reflusso gastro-esofageo, le contrazioni uterine e il movimento fetale nonché a fattori psicologici per la comparsa di disturbi dell'umore.¹¹

In particolare si verifica un aumento di insonnia intermedia con frequenti risvegli legati anche alla comparsa di disturbi respiratori e di RLS; tali disturbi aumentano ancora di più nel terzo trimestre con ulteriore impatto sul mantenimento del sonno; l'insonnia peggiora nel post-partum,¹²⁻¹⁵ nonostante la risoluzione degli eventi ipopnoici/apnoici notturni e del disturbo del movimento sonno-relato, in quanto la caduta ormonale e l'aumento della prolattina determinano un incremento della veglia infra-sonno, dovuto anche

Trattamenti non farmacologici: CBT, esercizi fisici, massaggi
Evitare fattori/farmaci scatenanti
Trattare condizioni associate (es. OSAS)
Supplementazione con ferro e folati
Clonazepam, gabapentin, carbidopa/levodopa senza benserazide (per RLS severa o dopo il secondo trimestre)

Tabella 3 - Trattamento RLS in gravidanza³

Rispettare le norme di igiene del sonno
Terapia cognitivo comportamentale (CBT)
Trattare cause sottostanti (OSAS-RLS/PLM)
Trattamenti iponinducenti a basso rischio malformativo (BDZ, gabapentin, antistaminici) (ref. 17)

Tabella 4 - Trattamento insonnia in gravidanza¹⁷

alle modificate esigenze di vita; in questo periodo, in donne particolarmente vulnerabili e predisposte, lo scarso riposo notturno può fare da innesco per problematiche di tipo psichico; l'insonnia in gravidanza aumenta infatti notevolmente il rischio di depressione post-partum con gravi conseguenze per la donna e per il nascituro¹⁶; nelle primipare in particolare gioca un ruolo importante anche la componente psicologica con sviluppo di ansia e stress legate al nuovo stile di vita ed alle problematiche annesse alla gravidanza stessa; d'altra parte, donne con alterazioni dell'asse timico preesistenti, hanno maggiori probabilità di sviluppare disturbi del sonno in gravidanza.¹³

Anche in presenza di insonnia, c'è maggiore rischio di andare incontro a problematiche cardiovascolari e metaboliche.

La terapia dell'insonnia in generale ed in misura ancora maggiore in gravidanza consiste, per prima cosa, nell'osservare le norme di igiene del sonno, una serie di regole che contribuiscono a migliorare il profilo del sonno; un metodo innovativo e non invasivo per il trattamento dell'insonnia è la CBT atta a promuovere rilassamento mediante correzione di alterati stili di vita e a modificare errate convinzioni del paziente allo scopo di trasformarlo in un buon dormitore.

La correzione di disturbi specifici sottostanti quali OSAS e RLS possono risolvere alcune insonnie.

Questi approcci terapeutici sono molto utili in gravidanza dove anche farmaci non noti per avere effetti malformativi sono (Tab. 4) non

sceveri da complicanze.

Conclusioni

Il sonno svolge un ruolo essenziale durante la gravidanza, in relazione al fatto che una sua alterazione può presentare un impatto negativo sulla salute materna e fetale.

Nonostante le ben documentate complicanze conseguenti alla presenza dei disturbi del sonno in particolare OSAS, RLS e insonnia durante la gravidanza come sopra indicato, a tutt'oggi le alterazioni del sonno in questa particolare condizione, non vengono adeguatamente prese in considerazione e non entrano a far parte sistematicamente del management di tale condizione. Di qui l'importanza di promuovere screening adeguati volti alla individuazione precoce dei principali disturbi del sonno, in particolare OSAS, RLS ed insonnia per le importanti ricadute sull'outcome della gravidanza stessa e del puerperio.

Bibliografia

- Lee J, Eklund EE, Lambert-Messerlian G, Palomaki GE, Butterfield K, Curran P, Bourjeily G. Serum Progesterone Levels in Pregnant Women with Obstructive Sleep Apnea: A Case Control Study. *J Womens Health (Larchmt)*. 2017 Mar;26(3):259-265
- Pien GW, Pack AI, Jackson N, Maislin G, Macones GA, Schwab RJ. Risk factors for sleep-disordered breathing in pregnancy. *Thorax*. 2014 Apr;69(4):371-7.
- Silvestri R, Aricò I. Sleep disorders in pregnancy. *Sleep Sci*. 2019 Jul-Sep;12(3):232-239.
- Truong KK, Guilleminault C. Sleep disordered breathing in pregnant women: maternal and fetal risk, treatment considerations, and future perspectives. *Expert Rev Respir Med*. 2018 Mar;12(3):177-189.

- Facco FL, Ouyang DW, Zee PC, Grobman WA. Development of a pregnancy-specific screening tool for sleep apnea. *J Clin Sleep Med*. 2012 Aug 15;8(4):389-94.

- He QY, Liu GL. Attention should be paid to the diagnosis and treatment of obstructive sleep apnea hypopnea syndrome during pregnancy. *ZhonghuaJie He He Hu Xi ZaZhi*. 2019 Jul 12;42(7):490-491.

- Gupta R, Dhyani M, Kendzerska T, Pandi-Perumal SR, BaHammam AS, Srivani-tchapoom P, Pandey S, Hallett M. Restless legs syndrome and pregnancy: prevalence, possible pathophysiological mechanisms and treatment. *ActaNeurolScand*. 2016 May;133(5):320-9.

- Dzaja A, Wehrle R, Lancel M, Pollmächer T. Elevated estradiol plasma levels in women with restless legs during pregnancy. *Sleep*. 2009 Feb;32(2):169-74.

- Sikandar R, Khealani BA, Wasay M. Predictors of restless legs syndrome in pregnancy: a hospital based cross sectional survey from Pakistan. *Sleep Med*. 2009 Jun;10(6):676-8.

- Rodrigues RND, Rodrigues AAA de AS, Pratesi R, Krieger J. Outcome of restless legs severity after continuous positive air pressure (CPAP) treatment in patients affected by the association of RLS and obstructive sleepapneas. *SleepMed*. 2006;7(3):235-9.

- Reid KJ, Facco FL, Grobman WA, Parker CB, Herbas M, Hunter S, Silver RM, Basher RC, Saade GR, Pien GW, Manchanda S, Louis JM, Nhan-Chang CL, Chung JH, Wing DA, Simhan HN, Haas DM, Jams J, Parry S, Zee PC. Sleep During Pregnancy: The nuMoM2b Pregnancy and Sleep Duration and Continuity Study. *Sleep*. 2017 May;40(5).

- Kızılırmak A, Timur S, Kartal B. Insomnia in pregnancy and factors related to insomnia. *ScientificWorldJournal*. 2012;2012:197093.

- Dørheim SK, Bjorvatn B, Eberhard-Gran M. Can insomnia in pregnancy predict postpartum depression? A longitudinal, population-based study. *PLoS One*. 2014 Apr 14;9(4).

- Khazaie H, Ghadami MR, Knight DC, Emamian F, Tahmasian M. Insomnia treatment in the third trimester of pregnancy reduces postpartum depression symptoms: a randomized clinical trial. *Psychiatry Res*. 2013 Dec 30;210(3):901-5.

- Park EM, Meltzer-Brody S, Stickgold R. Poor sleep maintenance and subjective sleep quality are associated with postpartum maternal depression symptom severity. *Arch WomensMent Health*. 2013 Dec;16(6):539-47.

- Pires GN, Andersen ML, Giovenardi M, Tufik S. Sleep impairment during pregnancy: possible implications on mother-infant relationship. *MedHypotheses*. 2010 Dec;75(6):578-82.

- Oyiengo D, Louis M, Hott B, Bourjeily G. Sleep disorders in pregnancy. *Clin Chest Med*. 2014 Sep;35(3):571-87. doi: 10.1016/j.ccm.2014.06.012.

La visita dermatologica

Diagnosi delle principali affezioni dermatologiche

Annamaria Offidani, Elisa Molinelli, Anna Campanati, Oriana Simonetti

Dipartimento di Scienze Cliniche e Molecolari, Sezione di Clinica Dermatologica
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche



Le patologie dermatologiche hanno il vantaggio di poter essere diagnosticate facendo esclusivamente riferimento all'occhio esperto del clinico. L'occhio spesso è utile nell'orientare lo specialista verso una diagnosi specifica ma tuttavia spesso la diagnosi necessita di essere confermata mediante altri strumenti (esami ematochimici, istologia, dermatoscopia). Fondamentale nella diagnostica differenziale è il corretto inquadramento della tipologia di lesioni elementari, distinte in primitive e secondarie, che caratterizzano il quadro cutaneo. Da valutare inoltre la localizzazione delle lesioni, l'estensione delle stesse, la sintomatologia locale e sistemica associata.

Semeiotica cutanea: segni

Dermografismo: per la valutazione della reattività cutanea mediante l'impiego di una punta smussa che si striscia sulla cute. Esempio: orticaria, dermatite atopica.

Isomorfismo reattivo di Koebner: consiste nel riscontrare lesioni caratteristiche di una patologia dermatologica in sede di traumatismo cutaneo. Esempio: psoriasi, vitiligine, lichen ruber planus.

Segno della goccia di cera e di Auspitz (rugiada sanguigna): entrambi i segni sono esclusivi della malattia psoriasica. Consiste nell'evidenziare secondariamente a grattamento metodico su chiazza psoriasica rispettivamente il distacco di squame micacee (segno della goccia di cera) e sanguinamento puntiforme per decapitazione dei capillari del derma papillare (segno di Auspitz).

Segno di Nikolsky: consiste nell'evocare mediante l'applicazione di una pressione sulla pelle la formazione di una lesione bollosa o lo scollamento della cute circostante ad una bolla già esistente. Esempio: pemfigo e necrolisi epidermica tossica (TEN).

Diascopia: consiste nell'applicare una pressione mediante oggetto trasparente (vitro pressione) per distinguere un eritema fisso da uno transitorio (vascolare).

Semeiotica cutanea: sintomi

Prurito: rappresenta il sintomo più frequente delle affezioni dermatologiche. Può essere acuto o cronico. Quest'ultimo può sottendere molteplici fattori eziologici non solo di pertinenza dermatologica ma anche endocrinologico, gastroenterologico, nefrologico, urologico e psicogeno. Il prurito e le sue manifestazioni cliniche sono correlate strettamente al grattamento ed includono escoriazioni, lesioni papulo-nodulari, lichenificazione della cute. Esempio: Eczemi, orticaria, prurigo nodularis.

Dolore: sintomo frequente direttamente correlato alla patologia cutanea o riferito sulla cute per processi patologici che coinvolgono le strutture sottostanti. Esempio: Herpes zoster, erisipela, eritema nodoso.

Cociore: sintomo riscontrabile in numerose condizioni anche in questo caso può essere legato strettamente alla patologia o riferito. Esempio: ustione, zoster cutaneo, lichen planus mucosale.

Tensione: sintomo caratterizzante condizioni che comportano edema cutaneo o coinvolgenti il derma a tutto spessore. Esempio: angioedema, erisipela, eritema nodoso.

Referenze

Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. *Rook's Textbook of Dermatology*. 9th edn. Hoboken, New Jersey. John Wiley & Sons Inc, 2016.

I ferri del mestiere

Tampone microbiologico culturale

L'esecuzione di tamponi cutanei e l'isolamento di batteri mediante terreni di coltura specifici sono indicati nelle infezioni cutanee di origine batterica o nel sospetto di sovrainfezioni di ferite o ulcere, ma non devono ritardare la terapia. La scelta di un campione adeguato è essenziale. Più di frequente si fa ricorso ad un comune tampone per ricerca di batteri che viene posto in terreno di trasporto prima e opportuno terreno di coltura poi. Nelle infezioni da batteri con difficoltà nell'isolamento culturale (micobatteri) potrebbe essere necessario effettuare l'isolamento dell'agente batterico da biopsia incisionale.

Esame micologico colturale

L'esame microscopico del materiale raschiato aiuta nell'identificazione delle infezioni micotiche superficiali coinvolgenti cute, capelli, unghie e mucose. Consiste nell'ottenere delle squame, attraverso un leggero grattamento con una spatola o bisturi, dalla zona coinvolta o nel prelevare frammenti di unghie, capelli o secrezioni nel caso di coinvolgimento mucosale. Il materiale prelevato viene campionato e inviato al laboratorio sia per l'esecuzione dell'esame microscopico diretto che consente di identificare direttamente la presenza del fungo mediante microscopia sia per l'esecuzione dell'esame colturale in opportuno terreno di coltura che consente di identificare con precisione la specie infettante (richiede tuttavia 3-4 settimane).

Esame colturale virale

Consente l'individuazione di uno specifico virus mediante coltivazione del virus (diretta colturale o isolamento) o l'individuazione direttamente nel materiale patologico, evitando la coltivazione (diretta molecolare). In genere risulta più rapida l'identificazione dell'agente virale mediante valutazione indiretta (sierologica) che consiste nella dimostrazione di infezione mediante documentazione della risposta immunologica specifica dell'ospite (individuazione di anticorpi specifici nel siero o plasma).

Lampada di Wood

La lampada di Wood (lampada UV) è una sorgente luminosa che emette UVA tra 360 e 365 nm di lunghezza d'onda e che sfruttando la fluorescenza emessa dai materiali consente in ambiente buio di evidenziare la presenza di affezioni dermatologiche infettive (micotiche e batteriche) e non infettive (vitiligine).

Test epicutanei (Patch test)

I test epicutanei (patch test) consistono nell'applicazione su cute deteresa del dorso di pozzetti di alluminio o cotone contenenti gli apteni veicolati in acqua o in vaselina su cerotto non

allergizzante (fin chambers). L'applicazione ha una durata di 48 ore e vengono effettuate due letture per la valutazione della positività rispettivamente a 48 e 72 ore. Vengono impiegati nella diagnosi delle dermatiti allergiche da contatto (eczema allergico).

Dermatoscopia manuale e digitale

Il dermatoscopio manuale rappresenta lo strumento più semplice e più utilizzato nella pratica clinica dal dermatologo. Si compone di un manico ricaricabile e di una testina in cui alloggiato una serie di lampade LED e una lente che consente un ingrandimento di 10x e 20x. Il dermatoscopio digitale (o videodermatoscopio) è uno strumento dotato di telecamera ad elevata risoluzione che consente la visione diretta delle lesioni su monitor, nonché l'elaborazione e l'archiviazione delle immagini. In particolare la dermatoscopia digitale risulta utile nel monitoraggio di nevi melanocitari multipli, piani, non palpabili, che presentano caratteri di atipia in assenza di criteri melanoma specifici, con rivalutazione e confronto delle potenziali modifiche a breve termine (3-6 mesi) o a lungo termine (> 6 mesi). L'uso corretto della dermatoscopia digitale fornisce i seguenti vantaggi: aumentare l'accuratezza diagnostica, migliorare l'interpretazione soprattutto in presenza di lesioni dubbie e ridurre il numero di escissioni inutili. Oggi l'impiego della dermatoscopia nella pratica clinica non si limita allo studio delle lesioni melanocitarie e non ma abbraccia anche altre patologie della cute soprattutto infettive ed infiammatorie.

Microscopia confocale

La microscopia confocale (Reflectance Confocal Microscopy, RCM) è uno strumento diagnostico non invasivo, di recentissimo uso nella ricerca, che produce immagini tessutali in vivo con una risoluzione quasi come istologica (biopsia ottica). L'RCM impiega un raggio laser a bassa potenza (830 nm, vicino all'infrarosso) che scansiona la pelle orizzontalmente producendo dettagliate immagini

in bianco e nero, dall'epidermide al derma papillare superiore con uno spessore che arriva fino a 200-300 µm. Nell'ambito della diagnostica cutanea non invasiva, la microscopia confocale viene oggi impiegata come livello diagnostico successivo alla valutazione clinico-dermatoscopica delle lesioni melanocitarie ed in particolare per il corretto inquadramento diagnostico di lesioni in sedi critiche come il volto, prima di procedere all'esecuzione di biopsia chirurgica e valutazione istologica.

Biopsia chirurgica

La biopsia chirurgica è uno strumento essenziale per la diagnosi istologica di patologie dermatologiche specie se ad andamento cronico o in caso di sospetta malignità (linfomi cutanei, neoplasie cutanee). Si distinguono due tipologie di biopsia: incisionale ed escissionale. Generalmente per l'esecuzione di una biopsia viene scelta una lesione tipica, ben manifesta, ma in caso di eruzioni vescicolose, bollose o pustolose, è preferibile effettuare il prelievo sulla lesione iniziale. La procedura più semplice è la punch biopsy mediante la quale un bisturi circolare (di diametro 2 mm-8 mm) consente di rimuovere un cilindro di cute mediante movimento pressorio e rotatorio. Per ottenere un campione di tessuto più ampio oppure per eseguire una biopsia su lesioni che interessano gli strati più profondi (derma profondo, ipoderma), viene asportato un cuneo di tessuto e suturata l'area di incisione. Per la maggior parte delle lesioni neoplastiche, diagnosi e terapia si conseguono mediante completa escissione con bordi di cute sana perilesionale finalizzati a garantire la radicalità dell'intervento.

Immunofluorescenza diretta ed indiretta

I test di immunofluorescenza (IF) che utilizzano la microscopia a fluorescenza sono di notevole ausilio nella diagnosi e nel controllo di alcune patologie cutanee. I test di immunofluorescenza indiretta (valutazione del siero per anticorpi circolanti) risultano particolarmente utili nella diagnosi delle dermatosi bollose (pemfigo, pemfigoide, dermatite

erpetiforme di Dühring, herpes gestationis, dermatite ad IgA lineari) e delle connettivopatie (LES, dermatomiosite). I test di immunofluorescenza diretta (valutazione cutanea del paziente per deposito di anticorpi in vivo) eseguiti per le medesime patologie sovra menzionate, confermano i modelli diagnostici del deposito anticorpale. Pertanto il test di immunofluorescenza diretta risulta di migliore aiuto diagnostico rispetto all'ordinario esame istologico.

Referenze

Calonje E, Brenn T, Lazar A, McKee P. *McKee's Pathology of the Skin with Clinical Correlations, 4th edn.* New York: Elsevier Mosby, 2011.
 Gerger A, Koller S, Kern T, et al. *Diagnostic applicability of in vivo confocal laser scanning microscopy in melanocytic skin tumors.* *J Invest Dermatol* 2005;124:493-8.
 Marghoob AA. *Current status of dermoscopy in the diagnosis of dermatologic disease.* *J Am Acad Dermatol* 2013;69:814-15.

Diagnosi delle principali patologie dermatologiche: dermatosi infiammatorie

Psoriasi

La diagnosi di psoriasi è una diagnosi clinica e la conferma istologica è necessaria solo eccezionalmente. Può osservarsi il fenomeno di Koebner. La psoriasi è oggi considerata una patologia sistemica data l'associazione stringente con comorbidità metaboliche, articolari, intestinali ed oculari. Esami di laboratorio in presenza di psoriasi possono pertanto essere richiesti collateralmente per escludere la presenza delle sovra menzionate comorbidità oppure per appurarne l'eziologia come nel caso della psoriasi guttata.

Idrosadenite suppurativa

Patologia infiammatoria cronica immuno-mediata della cute caratterizzata dalla presenza di cisti, ascessi e fistole distribuite alle grandi pieghe corporee. Può associarsi ad altre

PSORIASI VARIANTI	ESAMI
PSORIASI GUTTATA	Emocromo e formula TAS Tampone faringo-tonsillare
PSORIASI A PLACCHE, INVERSA, PUSTOLOSA	Nessuno
COMORBIDITA'	ESAMI
METABOLICHE	Colesterolo, trigliceridi Glicemia Misurazione pressione arteriosa
ARTICOLARI	Ecografia cute e sottocute (coinvolgimento articolazioni periferiche e tendinopatia) RMN colonna e bacino senza mdc (coinvolgimento assiale)

INTESTINALI	Calprotectina fecale
--------------------	----------------------

manifestazioni cliniche tra le quali: acne, cisti del seno pilonidale, cellulite dissecante dello scalpo che vanno pertanto escluse in corso di visita clinica. Con la psoriasi condivide molteplici comorbidità della sfera metabolica, articolare e gastro-intestinale (Per gli eventuali esami di approfondimento delle comorbidità vedi il capitolo psoriasi).

Acne

Non sono necessari esami di approfondimento se non in presenza di un acne dell'età adulta nel sesso femminile, potendo essere la stessa correlata ad endocrinopatie (esempio sindrome dell'ovaio policistico). Solo in tale caso una attenta anamnesi e la prescrizione di opportuni esami ematici risultano indicativi per la valutazione del quadro.

ESAMI
17OH progesterone, androstenedione, DHEAS, testosterone totale, SHBG,FSH, LH Estradiolo, progesterone, PRL. Cortisolo, ACTH

Lichen Ruber Planus

La diagnosi di lichen ruber planus è principalmente clinica facilitata dall'individuazione anche mediante dermatoscopia manuale delle strie di Wickham. Il segno di Bizzozzero consistente nell'effettuare un grattamento metodico con punta smussa e vaselina sulla lesione papulare e nell'osservare la sua conversione in

una papulo-vescicola emorragica, è caratteristico. Inoltre può manifestarsi l'isomorfismo reattivo di Koebner. L'insorgenza può essere associata a patologie infettive (virus epatitici), all'assunzione di farmaci ad altre patologie quali rettocolite ulcerosa, cirrosi biliare primitiva.

ESAMI
HBV, HCV Biopsia cutanea incisionale in caso di diagnosi clinica dubbia Escludere associazione con rettocolite ulcerosa e cirrosi biliare primitiva

Referenze

Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. *Rook's Textbook of Dermatology. 9th edn.* Hoboken, New Jersey. John Wiley & Sons Inc, 2016.

Diagnosi delle principali patologie dermatologiche: dermatosi autoimmunitarie bollose

La diagnosi delle principali dermatosi bollose suddivise caratteristicamente in acantolitiche (pemfigo volgare, pemfigo foliaceo, pemfigo eritematoso, pemfigo paraneoplastico) e non acantolitiche (pemfigoide bolloso, herpes gestationis, pemfigoide cicatriziale, dermatite erpetiforme, dermatite ad IgA lineari) oltre che clinica richiede l'esecuzione di biopsia chirurgica incisionale a fresco ed immunofluorescenza diretta. L'immunofluorescenza indiretta non è dirimente.

PATOLOGIA	ESAMI
PEMFIGO	Bolla intraepidermica IFD: IgG e complemento a livello intercellulare (pattern reticolare) IFI: Ab anti cute circolanti Nikolski positivo
PEMFIGOIDE	Bolla subepidermica IFD: IgG e complemento in depositi lineari a livello della giunzione dermo-epidermica (pattern lineare) Elevate IgE in circolo Nikolski negativo
PEMFIGOIDE CICATRIZIALE	Bolla subepidermica IFD: IgG e C3 a livello della giunzione dermo epidermica IFI: Ab anti membrana basale
DERMATITE ERPETIFORME	Vescicole e bolle all'apice delle papille dermiche IFD: depositi di IgA all'apice delle papille dermiche IFI: anticorpi anti gliadina, anti endomisio, anti transglutaminasi
PEMFIGO PARANEOPLASTICO	Clinicamente marcato coinvolgimento delle mucose (soprattutto orale)

Referenze

Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. *Rook's Textbook of Dermatology*. 9th edn. Hoboken, New Jersey. John Wiley & Sons Inc, 2016.

Diagnosi delle principali patologie dermatologiche: orticaria ed angioedema

L'orticaria acuta (durata inferiore a 6 settimane) è la forma più frequente, ad eziologia nota (alimenti, farmaci, infezioni), auto-risolutiva.

L'orticaria cronica (durata è superiore alle 6 settimane) al contrario è più rara ad eziologia spesso di non facile definizione. La diagnosi di orticaria è clinica mentre le indagini biochimiche e strumentali sono finalizzate ad appurarne l'eziologia quando possibile e sono pertanto riservate esclusivamente ai casi di orticaria cronica. Opportuno procedere con esami ematochimici anche in presenza di orticaria fisica (dermografica e da freddo) che possono sottendere malattie sistemiche.

ORTICARIA	ESAMI
Orticaria acuta	Nessuno
Orticaria cronica	Emocromo + formula, VES, PCR TAS, streptozyme, antistafilolisina HBV, HCV, HIV ANA, ENA TSH, FT3, FT4, Ab anti tiroide PRIST, RAST Coprocultura e ricerca candida nelle feci Tampone faringo-tonsillare e vaginale Marker neoplastici Anticorpi anti-gliadina e anti endomisio Ricerca Helicobacter Pylori nelle feci Test del siero autologo
Orticaria fisica factitia (dermografica)	Emocromo + formula Glicemia FT3, FT4, TSH Coprocultura
Orticaria da freddo	Emocromo + formula, VES, PCR, Crioglobuline, Elettroforesi sieroproteica
	FT3, FT4, TSH, Ab anti tiroide Ab anti-EBV, CMV, HSV

Referenze

Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. *Rook's Textbook of Dermatology*. 9th edn. Hoboken, New Jersey. John Wiley & Sons Inc, 2016.

Diagnosi delle principali patologie dermatologiche: eczemi

L'eczema è la patologia dermatologica più diffusa. Comprende diverse varianti cliniche: eczema atopico (dermatite atopica), eczema da contatto, eczema seborroico (dermatite seborroica), eczema disidrosico, eczema nummulare.

Eczema allergico e irritativo da contatto

La distinzione tra eczema da contatto di tipo irritativo (DIC), correlato all'esposizione cronica a sostanze comuni o irritanti (disinfettanti, detergenti, detersivi) e l'eczema allergico da contatto (DAC) si fonda oltre che sulla clinica, sull'impiego dei test epicutanei atti a valutare la presenza di reazione di ipersensibilità di IV tipo ad uno specifico aptene che si manifesta tipicamente dopo 48 -72 ore dal contatto con lo stesso (metalli, coloranti, profumi, cosmetici). Accurata anamnesi ed esecuzione di test epicutanei risultano pertanto utili per identificare l'agente causale.

DIC	Nessuno
DAC	Test epicutanei

Eczema atopico

La diagnosi di dermatite atopica è prettamente clinica. Si può richiedere il dosaggio delle IgE totali (PRIST) che risultano elevate in un 60% dei pazienti affetti da dermatite atopica. Per valutare l'imputabilità ad alimenti o inalanti si può effettuare la ricerca di IgE specifiche verso tali allergeni mediante test in vivo (Prick test e prick by prick) o su sangue periferico (RAST).

DA	PRIST
DA CON SOSPETTO COINVOLGIMENTO DI ALIMENTI O INALANTI	PRICK TEST PRICK BY PRICK RAST

Referenze

Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. *Rook's Textbook of Dermatology*. 9th edn. Hoboken, New Jersey. John Wiley & Sons Inc, 2016.

Diagnosi delle principali patologie dermatologiche: patologie infettive

Infezioni batteriche: piodermiti

Le dermatiti infettive in ambito dermatologico sono in genere sostenute da batteri piogeni (streptococchi e stafilococchi) e gram negativi. Le più frequenti nella pratica clinica sono le piodermi. La diagnosi delle piodermi superficiali è comunemente clinica e solo nei casi dubbi supportata da esami microbiologici e colturali (tamponi). Anche per le piodermi profonde la diagnosi è clinica e si basa sul riscontro agli esami ematologici di leucocitosi neutrofila ed aumento degli indici di flogosi (VES, PCR).

Infezioni batteriche: tubercolosi cutanea e micobatteriosi atipiche

La diagnosi di tubercolosi cutanea e di micobatteriosi atipica si fonda sull'esecuzione di biopsia cutanea ed individuazione di granulomi di tipo tubercoloide. L'isolamento del bacillo mediante esame colturale e l'impiego della PCR completa il quadro diagnostico per l'esatta definizione del micobatterio responsabile dell'infezione.

Infezioni batteriche: sifilide

La diagnosi di sifilide oltre che clinica deve essere supportata da quella sierologica che conta di test diagnostici non treponemici (aspecifici) e treponemici (specifici). Generalmente va richiesto il LUE screening che comprende un test aspecifico VDRL ed uno aspecifico TPHA. La biopsia cutanea delle lesioni (primaria, secondaria e terziaria) non è necessaria.

Infezioni virali epatiche

La diagnosi di infezione virale erpetica è eminentemente clinica (comparsa di lesioni vescicolari riunite in grappolo con coinvolgimento cutaneo e/o mucoso) e può essere supportata dal rilievo mediante da immunofluorescenza indiretta di IgM e IgG anti HSV. La dimostrazione del DNA virale mediante metodica PCR può completare il percorso diagnostico.

Altre infezioni virali

Oltre alle infezioni erpetiche, altre infezioni virali comuni nella pratica clinica dermatologica sono quelle sostenute dal virus varicella zoster (VZV) responsabile sia della varicella sia dello zoster cutaneo, papilloma virus (HPV) responsabili di molteplici manifestazioni cliniche quali verruche piane, filiformi, volgari e poxvirus responsabili di infezioni quali mollusco contagioso. La diagnosi delle suddette infezioni è clinica ed in genere non è necessario procedere con alcun accertamento diagnostico specifico.

Candidosi

La Candida Albicans è un lievito commensale della cute e mucose responsabile di infezioni endogene opportunistiche coinvolgenti la cute, gli annessi e le mucose (orali e genitali). La diagnosi è spesso clinica ma è consigliato documentare la presenza del micete mediante esame microscopico del materiale prelevato e mediante crescita nel terreno di coltura (Sabouraud).

Dermatofizie superficiali e profonde cutanee e degli annessi

La diagnosi delle dermatofizie superficiali (le più comuni, sostenute comunemente da M. canis, T. megalophytes, T. rubrum, E. floccosum) è in genere clinica e può essere supportata dall'esame microscopico

diretto del materiale prelevato. L'esame colturale va invece considerato nel caso si voglia determinare con chiarezza la specie dermatofitica responsabile dell'infezione e impostare una terapia antimicotica mirata. La ricerca si esegue in genere seminando i materiali su appositi terreni (Sabouraud e terreni per dermatofiti addizionati di cloramfenicolo per evitare lo sviluppo di batteri inquinanti). L'esito si ottiene in genere dopo 3-4 settimane.

Dermatosi parassitarie

La diagnosi è clinica e si basa sull'individuazione della lesione patognomonica (cunicolo) facilitata dall'utilizzo del dermatoscopio manuale o digitale. Le caratteristiche del prurito (accentuazione notturna) e l'eventuale interessamento dei conviventi risultano di ausilio oltre l'obiettività. La ricerca dell'acaro può essere effettuata anche mediante curettaggio delle lesioni cunicolari ed esame microscopico.

Referenze

Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. *Rook's Textbook of Dermatology*. 9th edn. Hoboken, New Jersey. John Wiley & Sons Inc, 2016.
Cernik C, Gallina K, Brodell RT. *The treatment of herpes simplex infections: an evidence based review*. Arch Intern Med 2008;168:1137-44.
Olsen JR, Gallacher J, Piguat V, Francis NA. *Epidemiology of molluscum contagiosum in children: a systematic review*. Fam Pract 2014;31:130-6.
Tyring SK. *Human papillomavirus infections: epidemiology, pathogenesis, and host immune response*. J Am Acad Dermatol 2000;43:S18-26.
Weinberg JM. *Herpes zoster: epidemiology, natural history, and common complications*. J Am Acad Dermatol 2007;57(6 Suppl.):S130-5.

Diagnosi delle principali patologie dermatologiche: patologie neoplastiche

Nevi melanocitari e melanoma

L'esame clinico combinato con la dermatoscopia è più sensibile rispetto alla sola valutazione clinica ad oc-

chiodo nudo per effettuare una corretta e tempestiva diagnosi di melanoma. Tuttavia è fondamentale un adeguato training dermatoscopico in quanto l'accuratezza clinica si riduce se la diagnosi dermatoscopica viene effettuata da personale non adeguatamente preparato. I fattori ispettivi che vengono in genere presi in considerazione per ritenere una lesione meritevole di valutazione da parte dello specialista ed eventualmente di escissione chirurgica sono quelli adottati dal sistema ABCDE (A: asimmetria; B: bordi irregolari; C: colore disomogeneo; D: dimensione > 6mm; E: evoluzione della lesione nel tempo). Altro segno utilizzato come indicatore è il cosiddetto "segno del brutto anatroccolo" (lesione melanocitaria con caratteristiche nettamente differenti dai restanti nevi di un individuo). Più complesso appare l'inquadramento diagnostico delle lesioni nodulari e l'identificazione della variante più aggressiva di melanoma ovvero il melanoma nodulare. In questo caso i parametri che vengono considerati sono la repentina insorgenza e la rapida crescita di una lesione nodulare rilevata di consistenza dura e sono riassunti nell'acronimo inglese EGF (E: elevated; G: growth; F: firm). L'exeresi chirurgica con margini di cute sana (2 mm) seguita dall'esame istologico rappresenta il gold standard per la diagnosi delle lesioni melanocitarie specie in caso di lesione suggestiva per melanoma.

Carcinomi cutanei nonmelanomatosi

Nella diagnosi dei non-melanoma skin cancer (NMSC) il dermatoscopio manuale rappresenta un valido strumento che agevola anche la diagnosi differenziale delle due entità. Eccetto che per lesioni con estesa invasività locale o in aree peculiari del volto in cui può essere effettuata una biopsia incisionale esplorativa, la diagnosi definitiva e il trattamento si avvalgono del medesimo strumento ovvero della biopsia escissionale a margini liberi.

Referenze

Bichakjian C, Armstrong A, Baum C et al. *Guidelines of care for the manage-*

ment of basal cell carcinoma. J Am Acad Dermatol. 2018;78:540-559.

Linee guida melanoma 2018 AIOM

Murad A, Armstrong A, Baum C et al.

Guidelines of care for the management of cutaneous squamous cell carcinoma. J Am Acad Dermatol. 2018;78:560-578.

Swetter SM, Tsao H, Bichakjian CK et al. *Guidelines of care for the manage-*

ment of primary cutaneous melanoma. J Am Acad Dermatol. 2019;80:208-250.

Diagnosi delle principali patologie dermatologiche: disordini linfoproliferativi e linfomi cutanei

Disordini linfoproliferativi

Parapsoriasi

La diagnosi di tale disordine linfoproliferativo è clinica ma l'esecuzione della biopsia cutanea con valutazione del riarrangiamento del TCR è fondamentale per effettuare una corretta diagnosi differenziale con una micosi fungoide in fase precoce. L'esecuzione di biopsie seriate multiple appare inoltre utile al fine di escludere un'eventuale evoluzione in micosi fungoide nel tempo.

Pitiriasi lichenoidale

Raro disordine linfoproliferativo distinto classicamente in due varianti: pitiriasi lichenoidale varioliforme acuta (PLEVA) e pitiriasi lichenoidale cronica (PLC). La diagnosi di entrambe è clinica, supportata da quella istologica che può evidenziare anche la presenza di riarrangiamento monoclonale del TCR nella PLC.

**PARAPSORIASI
PLEVA E PLC**

Biopsia cutanea incisionale e richiesta di valutazione del riarrangiamento del TCR su pezzo istologico

Linfomi primitivi cutanei

Micosi fungoide

Tra i linfomi cutanei quello di più comune osservazione nella prati-

ca clinica è la micosi fungoide. La diagnosi oltre che clinica si avvale dell'istologia secondaria a biopsia incisionale multipla con valutazione del riarrangiamento del TCR.

**MICOSI FUNGOIDE
E LINFOMI PRIMITIVI DELLA CUTE**

Biopsia cutanea incisionale e richiesta di valutazione del riarrangiamento del TCR su pezzo istologico

Referenze

Willemze R, Hodak E, Zinzani PL. *Primary cutaneous lymphomas: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2018;29: iv30-iv40.*

Esplorazione morfo-funzionale renale



Andrea Ranghino

Dipartimento di Nefrologia, Dialisi e trapianto di Rene, AOU Ospedali Riuniti di Ancona
Nefrologia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche

La conoscenza della fisiologia e degli strumenti disponibili per valutare la funzione renale e i segni di danno, associata alla conoscenza della diagnostica mirata per lo studio delle malattie renali, devono essere parte del bagaglio culturale di ogni Medico.

Introduzione

Nella valutazione del paziente con nefropatia sarà necessario tenere sempre in considerazione quali sono le funzioni che i reni svolgono nel nostro organismo, il che guiderà nella ricerca dei segni e dei sintomi potenzialmente presenti nel paziente. I reni infatti contribuiscono alla regolazione dell'omeostasi corporea dell'acqua e dei soluti, all'escrezione dei prodotti del catabolismo cellulare e delle sostanze esogene ed alla regolazione dell'equilibrio acido-base. Svolgono inoltre un'azione endocrina contribuendo al mantenimento del metabolismo minerale e della eritropoiesi. Intervengono infine nel controllo pressorio sia attraverso la liberazione di ormoni sia attraverso il riassorbimento di acqua e sodio.

I quadri clinici che si incontrano nella professione sono prevalentemente quelli relativi a pazienti con malattia renale cronica nei quali sarà fondamentale provvedere a quantificare la funzione renale residua (GFR) utilizzando le formule disponibili in letteratura quali la CKD-EPI, la MDRD o la formula di Cockcroft e Gault o in ultimo ma non meno importante la misurazione della clearance della creatinina. La rilevazione del GFR consentirà di stadiare il paziente in accordo con il grado di insufficienza renale sulla base del quale si debbono richiedere ulteriori esami finalizzati a valutare la presenza di patologie secondarie all'IRC quali l'anemia, l'iperparatiroidismo secondario, etc. La misurazione del GFR sarà inoltre

utile per adeguare il dosaggio dei farmaci, per attuare eventuale profilassi nefroprotettive in caso di necessità di esami con mezzo di contrasto iodato e per pianificare i controlli clinico-laboratoristici successivi.

Il danno renale tuttavia potrà esordire come danno acuto caratterizzato da un rapido decremento della funzione renale associato a meno a contrazione della diuresi sino all'anuria. In tale situazione sarà fondamentale provvedere ad eseguire gli accertamenti utili per orientarsi verso una diagnosi di danno renale parenchimale piuttosto che pre-renale o su base ostruttiva.

Infine si potrà imbattersi in pazienti che anche in assenza di alterazioni della funzione renale potranno avere quadri caratterizzati da anomalie urinarie isolate, sindrome nefrosica o nefritica o disordini idro-elettrolitici suggestivi per patologie glomerulari o tubulo-interstiziali.

Gli strumenti di cui si dispone per addivenire ad una diagnosi sono innanzitutto l'esame delle urine, quindi gli esami ematochimici, la diagnostica per immagini e la biopsia renale. L'anamnesi familiare e patologica del paziente, tuttavia, riveste un ruolo di primaria importanza.

Si dovrà quindi indagare sulla eventuale presenza di patologie quali l'ipertensione, il diabete, le nefropatie e le patologie autoimmuni nei familiari del paziente. Successivamente sarà fondamentale l'anamnesi patologica del paziente concentrandosi sulla presenza di ipertensione, cardiopa-

tie, vasculopatie periferiche, diabete ed eventuali nefropatie note. Si dovrà indagare sull'assunzione di farmaci nefrotossici quali FANS, aminoglicosidici etc, esecuzione di esami con mezzo di contrasto iodato o manovre endovascolari, eventuali episodi infettivi, etc. Nelle donne sarà fondamentale eseguire un'anamnesi ginecologica mirata a valutare eventuali complicanze renali insorte durante le gravidanze.

L'esame obiettivo dovrà essere mirato principalmente alla ricerca di segni e sintomi legati all'espansione del volume extracellulare (incremento del peso corporeo in poco tempo, aumento della pressione arteriosa, edemi periferici, rumori umidi all'auscultazione del torace, etc) o al contrario di deplezione di volume (riduzione dei valori pressori, assenza di lago salivare, etc). Utile sarà la ricerca di soffi vascolari sisto-diastolici in sede peri-ombelicale suggestivi per stenosi dell'arteria renale. Un'attenta valutazione dei polsi agli arti inferiori potrà aiutare ad escludere o ad accertare la presenza di vasculopatia periferica. La presenza di livido reticularis e cianosi delle estremità potrebbero suggerire un embolismo colesterinico.

Al paziente si chiederà inoltre se sono presenti sintomi urinari quali disuria, pollachiuria, etc e se ha notato una contrazione della diuresi o al contrario un aumento del volume urinario o la presenza di urine color coca-cola (espressione di macroematuria), etc. Di fronte ad un paziente affetto da

malattia renale in stadio terminale in terapia emodialitica, particolare attenzione andrà prestata nella valutazione dell'accesso vascolare che potrà essere caratterizzato da una fistola artero-venosa agli arti superiori dove si dovrà apprezzare il thrill o il soffio astenendosi dall'eseguire prelievi o misurazioni della pressione sull'arto sede di fistola.

Il paziente potrebbe inoltre essere in dialisi peritoneale ed essere quindi portatore di catetere peritoneale in addome, da considerare pertanto la possibilità di peritonite se dolore addominale associato o meno a febbre. Infine il paziente potrà essere portatore di trapianto renale che di norma sarà singolo e posizionato in fossa iliaca. In tale paziente l'esame obiettivo dovrà essere mirato ad escludere dolore o dolorabilità in sede di trapianto associato o meno a febbre, che dovrà orientarvi verso una possibile diagnosi di rigetto acuto. Particolare attenzione dovrà essere fatta circa l'anamnesi farmacologica relativa ai farmaci immunosoppressori ed alle eventuali interazioni farmacologiche con altri farmaci.

L'esame delle urine

L'esame delle urine rimane ancora oggi fondamentale nella diagnostica nefrologica. Innanzitutto, deve essere eseguito sulle urine di prima mattina dopo aver deterso i genitali e raccogliendo il mitto intermedio. Si compone di due parti, l'esame chimico fisico e l'esame del sedimento.

L'esame chimico-fisico include il colore, che insieme al peso specifico fornirà informazioni circa la concentrazione delle urine. Un colore giallo-ambroato particolarmente intenso associato ad un p.s. elevato, superiore a 1020, sarà suggestivo per IRA pre-renale. Al contrario in presenza di un'IRA parenchimale il p.s. sarà attorno a 1010 come quello che si incontra nelle forme avanzate di IRC. Sempre nelle urine l'osmolarità e la sodiuria potranno essere d'aiuto nella diagnosi differenziale tra IRA pre-renale e parenchimale. L'osmolarità urinaria sarà elevata (<500 mOsm/Kg acqua) e la sodiuria ridotta (< 20mEq/L) nell'IRA pre-renale. L'eventuale torbidità delle urine vi orienterà verso un'infezione delle vie urinarie.

<i>Esame emocromocitometrico</i>	
leucopenia	tossicità da farmaci immunosoppressori: ciclofosfamide, azatioprina (evitare associazione allopurinolo+azatioprina), micofenolato mofetile, etc
	infezione da CMV, infezioni delle vie urinarie da gram negativi
leucocitosi	infezione delle vie urinarie
linfocitosi	infezione virale: EBV, etc
incremento degli eosinofili	infezione parassitaria
	reazioni allergiche
	embolismo colesterinico
	nefrite interstiziale
<i>Anemia</i>	
normocromica normocitica	secondaria a deficit di eritropoietina in IRC in stadio avanzato
	tossicità da farmaci immunosoppressori: ciclofosfamide, etc
	infezione da Parvovirus B19
ipocromica microcitica	da perdita
macrocitica	da carenza di Vit. B12 e folati
emolitica	se associata a piastrinopenia ricercare schistociti nel sospetto di microangiopatia trombotica: PTT, SEU tipica, SEU atipica
reticolociti	se ridotti sospettare anemia secondaria a deficit di eritropoietina
schistociti	se presenti sospettare microangiopatia trombotica
<i>Piastrine</i>	
piastrinosi	reattiva nel contesto di infezioni
	trombocitemia essenziale
piastrinopenia	tossicità da farmaci immunosoppressori: ciclofosfamide, azatioprina, micofenolato mofetile, etc
	infezione da CMV
	HIT, Ab anti-PLT, LES
<i>Proteine nel sangue</i>	
Proteine totali	ridotte nella paziente con sd nefrosica
albumina	ridotta nella paziente con sd nefrosica
Quadro elettroforetico sieroproteico	sd nefrosica: riduzione dell'albumina e gamma globuline e incremento delle alfa-2 e beta-globuline
	incremento delle gamma-globuline monoclonale: MGUS, MM
	incremento delle gamma-globuline policlonale: LES, connettiviti, epatopatie, infezioni croniche
<i>Diagnostica immunologica</i>	
Immunofissazione siero	MM, malattia da catene leggere
Immunofissazione urine	MM, malattia da catene leggere
C3, C4	ridotti nelle GN post-infettive, nefrite lupica, GNMP, GN associate a crioglobuline, embolismo colesterinico
ENA, Ab anti-ds-DNA	nefrite lupica
Ab anti-C1q	nefrite lupica
Ab anti-MB capillari glomerulari	sd di Goodpasture
ANCA	
c-ANCA	granulomatosi di Wegener
p-ANCA	GNRP, poliangiite microscopica, sd di Churg-Strauss
Crioglobuline	GNMP
Ab anti-fosfolipidi	

LAC	nefrite lupica
Ab anti-anticardiolipina	nefrite lupica
Ab anti-PLA2R	Se elevati è possibile fare diagnosi di GN membranosa idiopatica senza necessità di esecuzione di biopsia renale
IgA sieriche	Se elevate possibile nefropatia a depositi di IgA, porpora di Schönlein-Henoch
Sierologia infettiva	
Sierologia per HBV	GNM
Sierologia per HCV	GNMP in corso di crioglobulinemia
Sierologia per HIV	Nefropatia associata a HIV, altre GN
Titolo anti-streptolisinico	GN post-streptococcica
<i>Indici metabolici e del ricambio</i>	
glicemia, Hb glicata	Se elevate possibile nefropatia diabetica
ac. urico	possibile iperuricemia nel paziente con insufficienza renale
urea	incrementata nei pazienti con insufficienza renale
sodio	nell'insufficienza renale acuta una sodiemia elevata potrebbe essere suggestiva di riduzione dell'acqua corporea suggerendo una causa pre-renale, al contrario una iposodiemia di espansione del volume extracellulare
potassio	nella insufficienza renale sia acuta che cronica il potassio potrebbe essere elevato con necessità di trattamento in urgenza; l'ipopotassiemia potrebbe essere legata a tubulopatie, nefriti interstiziali, diuretici, etc
calcio	nell'insufficienza renale cronica la calcemia è spesso ridotta, nel caso di sd nefrosica utile derivare il calcio ionizzato in considerazione dell'ipoalbuminemia
fosforo	nell'insufficienza renale cronica fosforemia tendenzialmente elevata
PTH	nell'insufficienza renale cronica il PTH sarà elevato in quadro di iperparatiroidismo secondario
colesterolo tot	elevato nella sd nefrosica
trigliceridi	elevati nella sd nefrosica
sideremia, saturazione transferrina, ferritina	utili per valutare eventuale carenza marziale in pazienti con necessità di terapia con agenti stimolanti l'eritropoiesi (ESA)
CK e mioglobina	se elevati sospettare rabdomiolisi
LDH, aptoglobina, bilirubina indiretta	se elevati sospettare microangiopatia trombotica
EGA su sangue venoso	
pH	se ridotto possibile quadro di acidosi metabolica scompensata secondaria a insufficienza renale
bicarbonati plasmatici	se ridotti suggeriscono quadro di acidosi metabolica secondaria a insufficienza renale

Tabella 1 - Esami ematochimici comunemente effettuati in ambito nefrologico e possibile loro interpretazione in riferimento alle patologie nefrologiche

Il pH, che indica il grado di acidificazione, se alcalino potrebbe essere suggestivo di un'infezione sostenuta da Proteus o da E. Coli o di una disfunzione tubulare.

La presenza di emoglobina suggerisce la presenza di eritrociti o emolisi o rabdomiolisi in quanto non è possibile discriminare tra mioglobina ed emoglobina. Pertanto sarà necessario valutare il sedimento e nel caso di assenza di eritrociti eseguire dosaggio

ematico di indici di emolisi e se assenti di CK e mioglobina.

La presenza di nitriti associati a positività dell'esterasi leucocitaria suggeriscono un'infezione delle vie urinarie.

Il glucosio se presente orienterà verso una diagnosi di diabete, tuttavia la presenza di glicosuria in assenza di diabete dovrà orientare verso una ridotta soglia di riassorbimento renale come nella sindrome di Fanconi.

L'esame chimico-fisico delle urine riporta inoltre la misurazione della perdita proteica, sintomo di danno renale. Tuttavia, l'esame migliore per valutare e quantificare la perdita di proteine nelle urine rimane il dosaggio delle proteine nelle urine delle 24 ore. Livelli di proteinuria superiori a 150 mg/24 ore sono suggestivi di nefropatia. In tale situazione sarà necessario confermare il dato avviando una seconda raccolta di urine per escludere cause di proteinuria benigna quali infezioni delle vie urinarie, febbre o esercizio fisico prolungato. Potrà essere utile tipizzare la proteinuria differenziandola in: glomerulare da aumentata permeabilità glomerulare, o da sovraccarico secondaria a produzione di proteine a basso PM come nei casi di malattia da catene leggere; tubulare (patologie tubulo-interstiziali).

Nel paziente diabetico o iperteso si dovrà dosare la microalbuminuria (v.n. 30-300 mg/24 ore) che se presente costituisce un segno di danno renale precoce e correla con il rischio cardio-vascolare.

Un altro esame utile per valutare la perdita proteica evitando la raccolta delle urine delle 24 ore è il rapporto albumina/creatinina sulle urine (v.n. < 3 mg/g)

Il sedimento urinario

L'esame del sedimento urinario può evidenziare la presenza di emazie la cui morfologia orienterà verso una patologia renale qualora siano dismorfiche ed in numero superiore all'80% degli eritrociti presenti. Nel caso di emazie normoconservate ci si orienterà verso una causa urologica (litiasi renale, infezione delle vie urinarie, neoplasie vescicali, etc.). La presenza di leucociti in numero maggiore di 10 per campo suggerisce la presenza di infezione delle vie urinarie o di pielonefrite acuta. In tale situazione sarà presente febbre e dolore lombare.

Nel sedimento si possono trovare anche cilindri che potranno essere ialini, non sempre sintomo di nefropatia e spesso costituiti da mucoproteina di Tamm-Horsfall; granulosa ossia costituiti da frammenti o cellule tubulari danneggiate; cellulari ed eritrocitari suggestivi per nefropatia.

I cristalli se presenti nel sedimento

suggeriscono una diagnosi di litiasi renale.

Valutazione del filtrato glomerulare

La misurazione della velocità di filtrazione glomerulare (GFR) è un indicatore clinico direttamente correlato alla massa nefronica. Consente pertanto di valutare l'entità della funzione renale, la capacità di escrezione di farmaci e quindi l'eventuale necessità di adeguamento posologico e di terapia sostitutiva.

Il metodo migliore per il calcolo della GFR è rappresentato dalla clearance della inulina; tuttavia comportando tale esame l'infusione di inulina al paziente e non può essere eseguito nella routine clinica.

La clearance della creatinina al contrario rappresenta il gold standard nella misurazione della GFR in clinica, tuttavia necessita la raccolta delle urine delle 24 ore e per tale motivo è di difficile realizzazione.

Sono quindi disponibili alcune formule che consentono, a partire dal valore di creatinina plasmatica e da dati antropometrici quali peso corporeo, età, sesso, di stimare la GFR. Tra questi si ricorda la formula di Cockcroft e Gault, MDRD e la CKD-EPI.

La cistatina C sierica potrebbe essere usata in sostituzione della creatinina, tuttavia non tutti i laboratori hanno la disponibilità di dosarla.

Infine la GFR può essere valutata anche attraverso l'utilizzo di traccianti radioisotopici come il ^{99m}Tc DTPA usato per la scintigrafia renale, che consente di valutare non solo il filtrato glomerulare complessivo ma anche relativo ai singoli emuntori.

Biopsia renale

La biopsia renale rappresenta l'indagine più importante per definire con esattezza la diagnosi di nefropatia, la prognosi ad essa correlata e la corretta terapia.

Attualmente la biopsia renale viene eseguita routinariamente con tecnica percutanea ecoguidata real-time. Tuttavia, in rari casi può essere eseguita a cielo aperto (chirurgica) o per via transgiugulare. Queste ultime sono riservate a pazienti monorene tranne nel caso di biopsia

del rene trapiantato nel quale viene fatta con tecnica percutanea ecoguidata e nel caso di difetti gravi della coagulazione.

I frustoli renali prelevati sono processati per l'analisi in microscopia ottica ed elettronica e per l'immunofluorescenza.

Indicazioni alla biopsia renale sono: la sindrome nefrosica, la sindrome nefritica, le anomalie urinarie isolate (macroematuria di origine glomerulare e proteinuria persistente maggiore di 1 g/24 ore), il danno renale acuto di incerta eziologia, disfunzioni del trapianto renale. Tuttavia, la biopsia renale andrà considerata anche nei casi di microematuria isolata, nefropatia in corso di diabete o in gravidanza, insufficienza renale cronica da causa sconosciuta e nelle nefropatie ereditarie.

Controindicazioni sono la diatesi emorragica, l'ipertensione maligna non controllata dalla terapia antiipertensiva, la non collaborazione del paziente, il rene unico. Tuttavia, in tali casi potrà essere valutata la possibilità di biopsia a cielo aperto o transgiugulare.

Diagnostica per immagini

L'ecografia e l'ecocolordoppler

L'ecografia renale consente di valutare le dimensioni renali, lo spessore della corticale e la sua ecogenicità. Ridotte dimensioni renali associate ad una riduzione dello spessore della corticale che può presentarsi con ecogenicità incrementata sono segni di danno renale cronico.

L'ecografia inoltre consente di valutare anomalie dell'apparato calico-pielico come idrouretero nefrosi, lesioni solide o liquide intraparenchimali renali come le cisti, etc. Consente inoltre di determinare la presenza di litiasi renale.

L'ecocolordoppler permette di valutare eventuali stenosi dell'arteria renale responsabili di ipertensione nefrovascolare; in particolare una velocità di picco sistolico (VPS) < 180 cm/sec è indicativa di stenosi > 70%. L'ecocolordoppler consente di misurare l'indice di resistenza intraparenchimale renale che se elevato > 0,8 suggerisce nel paziente con reni nativi una glomerulo-

sclerosi ed una fibrosi interstiziale spesso secondarie a nefroangiosclerosi o malattia ateroembolica renale, mentre nel paziente con trapianto renale un possibile rigetto acuto. L'ecocolordoppler è inoltre utile per diagnosticare fistole artero-venose intraparenchimali spontanee o iatrogene (post-bioptiche).

L'angiografia renale

Come l'ecocolordoppler consente di valutare la vascolarizzazione renale, tuttavia comporta l'infusione di mezzo di contrasto iodato e sarà pertanto da riservare a paziente in cui vi sia la necessità di confermare/escludere una stenosi dubbia diagnosticata con l'ecocolordoppler o nell'ottica di procedere ad un'eventuale angioplastica di stenosi dell'arteria renale. L'angiografia come l'ecocolordoppler è utile per diagnosticare fistole artero-venose intraparenchimali spontanee o iatrogene (post-bioptiche) con possibilità di essere sottoposte ad embolizzazione percutanea.

Tomografia computerizzata e risonanza magnetica nucleare

La Tomografia computerizzata e la risonanza magnetica consentono di confermare la presenza lesioni eteroplastiche renali dubbie all'esame ecografico, di confermare o escludere la presenza di litiasi renale, di far diagnosi di pielonefrite acuta, etc. Sono inoltre di aiuto nella diagnosi di patologie neoplastiche che possono essere alla base di alcune glomerulonefriti come la GN membranosa.

Tuttavia, tali esami spesso per essere diagnostici comportano l'impiego di mezzo di contrasto che nel caso della TC è iodato, pertanto in considerazione del potenziale nefrotossico di tale mdc il paziente con malattia renale dovrà essere sottoposto preventivamente a profilassi nefroprotettiva. Nel caso di necessità di somministrazione di mdc a base di gadolinio usato per la RMN, in considerazione della possibilità di accumulo nei tessuti di tale ione, nei pazienti con insufficienza renale di grado moderato-severo con conseguente rischio di sviluppo di fibrosi sistemica nefrogenica, tale esame non potrà es-

sere eseguito in pazienti con GFR < 30 ml/min se non in condizioni in cui sia considerato un esame essenziale.

Altri esami utili in nefrologia

Fundus oculi: la presenza di retinopatia diabetica potrebbe aiutare nella diagnosi di nefropatia diabetica in paziente diabetico con proteinuria

Ecocardiografia: la presenza di ipertrofia ventricolare sinistra potrebbe aiutare nella diagnosi di malattia renale cronica su base nefroangiosclerotica.

Conclusioni

In sintesi lo studio del paziente nefropatico comporta una raccolta anamnestica il più possibile dettagliata, un attento esame obiettivo poiché le patologie renali spesso sono secondarie a patologie siste-

miche quali l'ipertensione arteriosa, il diabete, malattie autoimmuni o a farmaci nefrotossici quali i FANS, etc.

La valutazione della funzione renale attraverso il calcolo del GFR dovrebbe essere fatta routinariamente ogni qualvolta il paziente necessita di eseguire esami con mezzo di contrasto per poter impostare una terapia di nefroprotezione o per evitare il rischio di sovradosaggio dei farmaci soprattutto nei pazienti anziani e comorbidi. Alla semplice valutazione del GFR dovrà seguire un esame delle urine che se positivo per la presenza di proteine o sangue ci orienterà verso un danno renale anche in presenza di un GFR conservato. In presenza di anomalie urinarie isolate o associate a sindromi nefrosica o nefritica dovranno essere effettuati esami ematochimici mirati a escludere patologie autoimmuni, tubulo-interstiziali che

potranno a loro volta suggerire un esame bioptico renale.

La diagnostica per immagini ed in particolare l'ecografia potrà aiutare ad escludere/confermare patologie ostruttive, lesioni eteroplastiche o orientare verso una diagnosi di malattia renale cronica in presenza di dimensioni renali ridotte.

In ogni caso la valutazione del paziente nefropatico andrà condivisa con il Collega nefrologo al fine di creare attorno al paziente una rete medica in grado di risolvere nel migliore dei modi e nel minor tempo possibile una patologia renale reversibile o, in caso di cronicità della stessa, di garantire un monitoraggio sufficiente a intervenire precocemente sulle patologie secondarie alla malattia renale cronica quali l'anemia, il metabolismo calcio-fosforo nonché rallentare il più possibile la progressione del danno renale.

La qualità dei trattamenti radianti percepita dai pazienti alla luce delle nuove tecnologie



Elena Freddi¹, Liliana Balardi², Simonetta Bartozzi², Raffaella Forestieri², Tiziana Medici², Daniela Orlandini², Maida Porcaro², Luigi La Riccia¹, Federica Marchetti¹, Daniele Aramini¹, Giovanna Mantello², Francesco Fenu², Giovanni Mazzoni¹

¹ Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche

² SOD di Radioterapia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona

Negli ultimi anni, l'introduzione di nuove metodiche in Radioterapia ha determinato un incremento nella complessità dei trattamenti. Di conseguenza, risulta difficile per i pazienti adattarsi alle nuove tecnologie, che prevedono sistemi di immobilizzazione più impegnativi. Per garantire, quindi, al paziente un percorso radioterapico più agevole e fluido, è importante sapere come viene percepita la qualità dei servizi, somministrando questionari sulla soddisfazione. In questo modo è possibile conoscere quali sono i punti forti e i punti deboli del percorso di cura nelle SOD di Radioterapia, e introdurre, perciò, dei cambiamenti al fine di migliorare la qualità dei servizi, con il costante impegno del personale sanitario.

Introduzione

Ogni giorno in Italia circa mille persone ricevono una diagnosi di tumore maligno. Nel corso dell'ultimo anno sono stati stimati circa 371.000 nuovi casi di cancro, esclusi i carcinomi della cute: 196.000 fra gli uomini, 175.000 fra le donne. La radioterapia oncologica negli ultimi decenni ha assunto, dunque, un ruolo significativo nella cura dei tumori. Infatti, si stima che quattro persone su dieci siano sottoposte a radioterapia, da sola o associata ad altri trattamenti, quali la chirurgia o la chemioterapia. Per la maggior parte dei pazienti, il trattamento radioterapico rappresenta una brusca interruzione della quotidianità: il paziente è costretto a fermarsi, ad accettare i cambiamenti, ad abituarsi ad una nuova quotidianità e a fronteggiare mille pensieri, nuove paure ed ansie. Inoltre, i progressi scientifici e tecnologici hanno consentito l'introduzione di nuove metodiche, come la Radioterapia ad Intensità Modulata (IMRT), la Radioterapia Guidata dalle Immagini (IGRT) e la Radioterapia Stereotassica (SRT), che permettono di trattare neoplasie che prima non potevano essere controllate, erogando alte dosi ai siti tumorali e preservando contemporaneamente i tessuti sani circostanti, migliorando così gli indici terapeutici. Queste tecniche di radioterapia risultano essere ancora più complesse,

tali da impegnare maggiormente il paziente in termini di tempo sulle apparecchiature radioterapiche. Di conseguenza, la gestione del paziente tende ad essere sempre più elaborata, portando il paziente ad associare l'impiego di maggior tempo nella preparazione al trattamento ad un'insorgenza di problematiche, oppure ad un'insicurezza del personale sanitario. Inoltre, il paziente viene messo alla prova durante il percorso di cura, sia dal punto di vista fisico che psicologico, poiché viene trattenuto più a lungo nelle sale di trattamento e, spesso, con sistemi di immobilizzazione particolarmente scomodi. Perciò, il percorso di cura del paziente deve essere orientato verso un sistema che presti attenzione non soltanto agli aspetti tecnici, ma anche agli aspetti gestionali, al fine di migliorare tali sfaccettature della cura del paziente, altresì fondamentali.

Questo lavoro, quindi, non si limita all'analisi dell'esito di guarigione, ma si propone di valutare l'aspetto percettivo della qualità che il paziente coglie durante il trattamento proposto nella SOD di Radioterapia dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona, alla luce delle nuove tecnologie.

Materiali e metodi

Per questo studio, sono stati presi in considerazione i pazienti che

hanno completato un trattamento radiante nel periodo di tempo compreso tra giugno e settembre 2019 presso la SOD di Radioterapia. Indipendentemente dall'indicazione radioterapica (curativa, post-operatoria, palliativa, antalgica), il questionario è stato somministrato, alla fine del percorso di cura, a tutti i pazienti in grado di fornire un giudizio sulla qualità percepita relativa ai servizi in Radioterapia. In totale, i pazienti che hanno partecipato a tale indagine, anonimamente e dichiarando solo il sesso, sono 63, di cui 35 donne e 28 uomini.

Il questionario (Fig. 1), formulato da un altro centro oncologico, è stato adattato in base alle procedure in atto presso la nostra sede ed è costituito da 18 domande, relative ai diversi aspetti del percorso radioterapico descritti di seguito:

- aspetti amministrativi, quali procedure per la prenotazione, tempo di attesa, rispetto dell'orario e svolgimento delle pratiche amministrative;
- comfort ambientale, igiene e pulizia degli ambienti;
- comunicazione, relativa al livello di informazioni ricevute dal personale;
- personale sanitario (tecnico, medico e infermieristico), valutato per gentilezza, disponibilità, competenza e capacità professionale;
- personale amministrativo, anche in questo caso valutato per genti-


UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
**INDAGINE SULLA SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI PER LA QUALITÀ PERCEPITA
 PER I SERVIZI NEL REPARTO DI RADIOTERAPIA**

Gentile Signora/o,

Le chiediamo cortesemente qualche minuto di attenzione per esprimere il Suo parere e ogni altro suggerimento che può essere utile per migliorare la qualità delle prestazioni ricevute.

La informiamo che i dati da Lei forniti nel questionario verranno trattati osservando ogni cautela sulla riservatezza.

Posizioni una croce (x) nella casella che meglio esprime la Sua opinione. Cortesemente, metta una sola risposta.

Grazie per il Suo tempo.

1. Procedure per la prenotazione della visita/prestazione:

Molto buona  Non soddisfacente 

Satisfacente  Per nulla soddisfacente 

2. Tempo di attesa dalla data di prenotazione alla visita/prestazione:

Molto buona  Non soddisfacente 

Satisfacente  Per nulla soddisfacente 

3. Rispetto dell'orario di appuntamento previsto:

Molto buona  Non soddisfacente 

Satisfacente  Per nulla soddisfacente 

4. Svolgimento delle pratiche amministrative (accettazione, attesa sportelli...):

Molto buona  Non soddisfacente 

Satisfacente  Per nulla soddisfacente 

5. Igiene e pulizia degli ambulatori e delle sale di trattamento:

Molto buona  Non soddisfacente 

Satisfacente  Per nulla soddisfacente 

Figura 1 – Prima pagina del questionario sulla soddisfazione

lezza, disponibilità, competenza e capacità professionale;
 - rapporti tra personale e familiari.
 Per compilare il questionario, si impiegano in media 7/8 minuti. Per ogni domanda, il paziente è invitato a scegliere una tra le quattro risposte fornite in una valutazione di scala da “molto buono” a “per nulla soddisfacente”, a cui è associata una figura per facilitare la scelta della risposta. Nella parte finale, i pazienti possono lasciare osservazioni o suggerimenti nello spazio dedicato.
 Per questo studio, inoltre, si è ritenuto opportuno conoscere la tipologia di paziente partecipante all’indagine, valutando lo stato d’animo. Quindi, all’inizio del percorso di cura sono stati consegnati due

test ad ogni paziente per stimare il livello di ansia e di depressione, in quanto ansia e depressione sono fattori che possono influenzare la percezione della realtà.
 Per determinare la popolazione d’interesse affetta da disturbi ansiosi, è stato utilizzato il test State-Trait Anxiety Inventory Y2, dove il paziente risponde a 20 domande, come ad esempio “mi sento bene”, “mi sento un fallito”, “sono una persona costante” sulla base di come si sente abitualmente, scegliendo una risposta in una valutazione di scala da 1 a 4 (dove 1=per nulla, 2 = un po’, 3 = abbastanza e 4 = moltissimo).
 Per determinare la popolazione d’interesse affetta da disturbi depressivi, è stato utilizzato il test

Beck Depression Inventory II, in cui viene richiesto al paziente di scegliere una fra le quattro affermazioni fornite relative a 21 aspetti, come ad esempio autostima, perdita di interessi e tristezza, sulla base di come si è sentito nelle ultime due settimane.

Risultati

Dall’analisi dei questionari è risultato evidente come la soddisfazione generale sia molto elevata. Infatti, nel 77,9% dei casi è stata scelta come risposta “molto buono”, nel 21% dei casi “soddisfacente”, mentre solamente nello 0,2% dei casi la valutazione è stata “non soddisfacente” e nessuna domanda ha ricevuto come risposta “per nulla soddisfacente”. Il restante 0,9% delle domande, tutte relative ai rapporti tra personale sanitario e familiari, non sono state compilate perché i pazienti non hanno assistito allo sviluppo di tali dinamiche durante il percorso di cura. I risultati complessivi sono stati poi differenziati nei vari ambiti di indagine specifici (Fig. 2).

Dall’analisi dei test STAI Y-2 e BDI II, è stato osservato che, all’interno della popolazione di interesse, è presente una percentuale non indifferente di pazienti ansiosi e depressi.

In particolare, il 41,3% dei pazienti è stato classificato come popolazione ansiosa, avendo ottenuto un risultato superiore al valore soglia, previsto dal questionario ideato da Spielberg. (Fig. 3).

Con i questionari BDI-II, invece, è risultato che il 30,2% della popolazione di interesse manifesta segnali di depressione, diversificati nei vari gradi di intensità: il 19,1% dei pazienti è caratterizzato da depressione di lieve entità; il 9,5% dei pazienti da depressione di moderata entità; l’1,6% dei pazienti da depressione grave (Fig. 4).

Discussione

Dall’indagine è possibile dedurre come i pazienti abbiano percepito un’elevata qualità dei servizi durante l’intero percorso di cura, indipendentemente dallo stato d’animo presente al momento della compilazione del questionario.



Figura 2 – Grafico sulla soddisfazione generale relativa alla qualità dei servizi



Figura 3 – Grafico dei risultati del test STAI Y-2

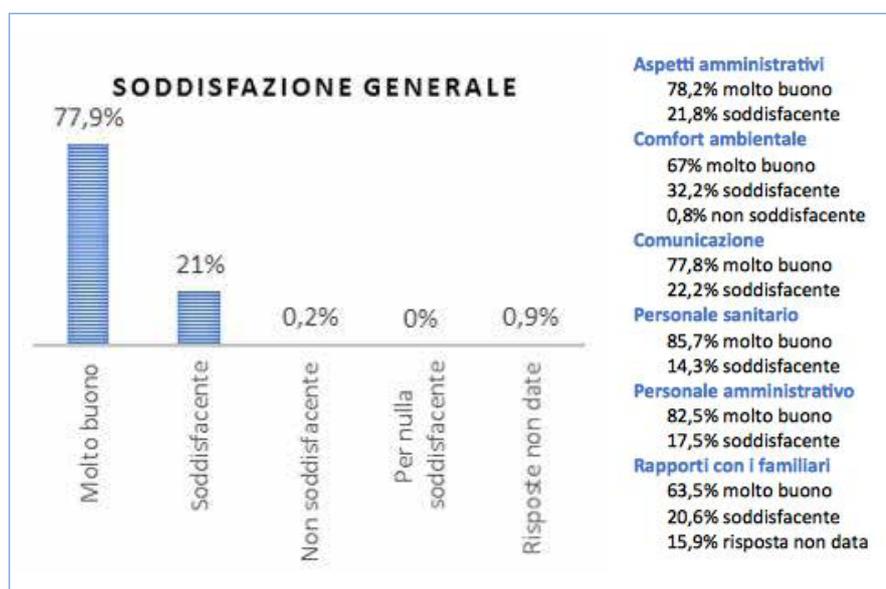


Figura 4 – Grafico dei risultati del test BDI II

Nello specifico, i pazienti hanno reputato funzionale ciò che concerne gli aspetti amministrativi, individuando un elevato indice di scorrevolezza nelle procedure amministrative, e hanno ritenuto il comfort ambientale idoneo al contesto. L'ambito di indagine su cui abbiamo voluto focalizzare l'intera indagine è relativo al rapporto che si instaura tra personale sanitario, paziente e i suoi familiari. Il livello e le modalità di comunicazione tra personale sanitario e paziente sono risultati efficaci nella totalità dei casi e i pazienti hanno gradito il personale sanitario, percependo un elevato il livello di cordialità e gentilezza degli operatori sanitari, caratteristica fondamentale affinché si realizzi una relazione di cura. Il livello di comunicazione con i familiari è stato reputato

opportuno dai pazienti che hanno avuto la possibilità di accertare tale aspetto. Dunque, è plausibile sostenere che migliorare le capacità comunicative e relazionali consente di facilitare l'approccio e l'aderenza del paziente alle nuove terapie, con una conseguente accettazione delle procedure complesse, che richiedono un maggior sforzo e un maggior impegno da parte di un paziente già provato dalla malattia oncologica.

Conclusioni

Con questo lavoro si è potuto valutare come viene affrontata la gestione del paziente in Radioterapia, da parte del personale medico, tecnico e infermieristico. Nonostante in questo caso non siano state riscontrate grosse criticità, è possibile sostenere che l'introduzione

del questionario sulla soddisfazione nel processo radioterapico può consentire di venire a conoscenza di eventuali problematiche e, dunque, intervenire per migliorare la qualità dei servizi. Inoltre, è stato osservato che, per poter gestire le difficoltà di una persona che deve affrontare una terapia contro il cancro, è importante coinvolgerla in tutti gli aspetti che costituiscono il percorso di cura, attraverso domande dirette e risposte non filtrate.

In conclusione, è possibile affermare che per garantire ai pazienti una sempre maggiore eccellenza dei trattamenti radianti complessi è sostanziale l'impegno su tutti i fronti di tutto il personale sanitario, compreso quello tecnico che, oltre ad avere una spiccata capacità professionale, deve saper riconoscere e comprendere gli stati emozionali del paziente per potere entrare in empatia con esso al fine di ottenere una maggiore collaborazione.

Bibliografia

1. AIOM. AIRTUM. I numeri del cancro in Italia 2019. IX edizione. Brescia: Intermedia editore; 2019.
2. Scopa A. et al. Aspetti psicologici nella gestione del paziente oncologico. In: Balducci et al. Elementi di radioterapia oncologica. Roma: SEU; 2013. 475-486.
3. Beck A.T. Steer R.A. Ball R. Ranieri W.F. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. Journal of Personality Assessment, 1996; 67 (3): 588-97.
4. Spielberger C.D. Gorsuch R.L. Lushene R. Vagg P.R. Jacobs G.A. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1983.

Il mito di Don Giovanni il grande seduttore

Alberto Pellegrino

Sociologo

*“Don Giovanni è uno dei grandi miti dell’Occidente, un personaggio di origine leggendaria che ben presto è diventato l’incarnazione del seduttore irrefrenabile, del libertino senza scrupoli e senza morale, del conquistatore seriale, ma anche dell’ateo empio e ingannatore che si prende gioco non solo delle donne ma anche delle leggi e persino di Dio. Questa figura irrompe nella letteratura, nella poesia, nell’opera lirica (dove primeggia Mozart), nel cinema, ma domina soprattutto nel teatro, dove diventa il protagonista di opere importanti a cominciare dal *El Burlador de Sevilla* y *convidado de piedra* di Tirso de Molina per arrivare, attraverso la commedia dell’arte, al capolavoro di Molière e a opere di autori contemporanei”.*

Dopo aver parlato nel precedente articolo della psicologia della seduzione, analizziamo la figura che è considerata l’incarnazione per antonomasia del seduttore: Don Giovanni Tenorio che nasce come personaggio teatrale e letterario e conquista rapidamente una tale popolarità da diventare uno dei grandi miti della civiltà occidentale come Ulisse, Edipo, Amleto e Faust, occupando un posto ormai stabile nell’immaginario collettivo della società di massa. A questo proposito il filosofo Ortega y Gasset scrive che “esistono tre tipi di uomini. Quelli che credono di essere don Giovanni, quelli che credono di essere stati don Giovanni e quelli che credono che avrebbero potuto esserlo ma non lo hanno voluto” e questi ultimi sono quelli che coltivano la maggiore illusione.

Don Giovanni, un esempio di un seduttore seriale

In ogni essere umano è quindi possibile che possa nascondersi un Don Giovanni, cioè il profilo di qualcuno che sinteticamente può essere definito un giovane uomo dalla sfrenata sensualità, un libertino e un conquistatore di femmine, un individuo che disprezza le regole e ama la trasgressione, che non ha paura della morte, che irride l’aldilà e la stessa divinità. Si tratta di un personaggio che nasce all’inizio del Seicento e che

rappresenta il clima teatrale, sensuale e passionale della società barocca, incarnando in pochi tratti la visione del mondo di un’intera epoca segnata dal confine tra bene e male, piacere e dovere morale, trasgressione e punizione. La sua insofferenza verso ogni legge umana e divina lo porta a scontrarsi persino con i morti e quando uccide il padre di una donna che vuole sedurre con l’inganno, si prende gioco della sua statua dell’ucciso invitandola a cena, ma la statua si anima e si trasforma nel convitato di pietra che accetta l’invito. Don Giovanni non arretra nemmeno dinanzi all’ospite soprannaturale che lo afferra in una stretta mortale, rifiuta di pentirsi ed è trascinato nell’abisso infernale che si spalanca sotto i suoi piedi.

Lo psicanalista Massimo Recalcati dice che “il desiderio di Don Giovanni riflette il fantasma inconscio (o conscio) del desiderio maschile: godere del proprio fascino irresistibile, trasformare la donna in conquista, allungare infinitamente la lista delle proprie imprese seduttive... Tuttavia, il primo ostacolo che questa spinta è destinata incontrare è quello che in nessuna delle donne sedotte... potrà mai trovare la donna che ricerca perché “La Donna” non esiste... on Giovanni non conosce il senso di colpa. Egli decide di essere un impenitente, di giocare con la verità: ama la ma-

schera, il trucco, l’artificio. La sola Legge che conosce è quella del proprio godimento temerario”.

Il personaggio di Don Giovanni nel teatro e nella letteratura

Figura nata da una serie di leggende spagnole, Don Giovanni viene portato sulle scene da Tirso de Molina con *Il burlador de Sivilla* y *convidado de piedra* (1625/30) per poi arrivare a Napoli per essere rappresentato dalla “commedia improvvisa” dei comici dell’arte con alcuni testi come il *Convitato di pietra* dello pseudo Cicognini, il *convitato di pietra* di Andrea Perucci o il *Nuovo risarcito convitato di pietra* di Giovanni Anderlini. Quando i comici italiani arrivano a Parigi, il personaggio si afferma sulle scene francesi per poi dilagare in tutta l’Europa fino a produrre il capolavoro di Molière *Don Giovanni* o *Il festino di pietra* (1665) e l’altro capolavoro assoluto del Don Giovanni di Lorenzo Da Ponte e Wolfgang Amedeo Mozart (1787). Il personaggio affascina altri grandi musicisti come Henry Purcell che musica *Il libertino* di Thomas Shandwell (1692), poi Gluck, Pacini, Richard Strauss e ultimo Gian Francesco Malipiero (1966). Naturalmente si occupano di Don Giovanni il cinema e la televisione con opere spesso mediocri ma anche con importanti registi come



Figura 1 – Don Giovanni, manifesto del Teatro dell'Opera di Roma Figura 2 – I. R. Cruikshank, Don Juan

Alexander Korda, Alberto Lattuada, Vittorio Cottafavi, Bergman, Joseph Losey, Carmelo Bene, Carlos Saura. Alla fine del Settecento persino il mite Carlo Goldoni scriverà un mediocre Don Giovanni Tenorio in versi, ma è soprattutto nell'Ottocento che il mito trova una nuova linfa grazie a grandi scrittori e poeti come Byron, Puskin, Hoffman, Alexandre Dumas padre, Zorrilla, Balzac, Mérimée, Flaubert, Baudelaire. Nel Novecento si occupano di questo personaggio Luigi Pirandello, Bernard Shaw, Karel Capek, Max Frisch, Dacia Maraini, José Saramago, Edmond Rostand con *L'ultima notte di Don Giovanni* e Odon von Horváth con *Don Giovanni ritorna della guerra*.

Da questa sterminata fioritura di opere emerge una figura di Don Giovanni quanto mai poliedrica nella quale confluiscono il seduttore, l'ateo, l'empio, l'ipocrita, il calcolatore, l'ingannatore che si prende gioco delle donne e perfino di Dio; oppure, per alcuni, appare come il difensore della libertà di coscienza e del libero arbitrio di stampo illuminista. In ogni caso Don Giovanni, come scrive lo storico francese Rousset, "vive una vita autonoma, passa di opera in opera, di autore in autore, come se appartenesse a tutti e a nessuno".

La figura di Don Giovanni e la Chiesa

Esiste anche un aspetto poco noto del personaggio di Don Giovanni, quello del miscredente "fulminato" a scopo edificante come appare nelle rappresentazioni teatrali d'ispirazione cattolica. Il Seicento non è solo il secolo che ha inventa-

to l'erotismo in tutte le sue degenerazioni, ma è anche il secolo della restaurazione messa in atto dalla Chiesa post-tridentina, che promuove con grande impegno il culto delle anime nel purgatorio, collocate in una dimensione di mezzo tra inferno e paradiso.

Le opere teatrali, che nascono soprattutto in ambito gesuitico, fanno parte di questo sforzo politico e teologico compiuto dalla Chiesa per difendere la sua dottrina dagli attacchi del protestantesimo e dei movimenti eretici, per cui la dottrina del purgatorio diventa uno dei grandi temi che attraversano l'Europa cristiana, facendo del purgatorio lo sfondo soprannaturale dell'incontro tra il dissoluto e il convitato di pietra che arriva da un aldilà dal quale i defunti possono ritornare tra i vivi per compiere opere di bene o ristabilire la giustizia.

Il cattolicesimo post-tridentino, sfruttando la particolare vocazione teatrale del Barocco, dà un senso più profondo alla figura del convitato di pietra che ricompare tra i vivi sotto forma di statua per compiere la sua vendetta esemplare verso un uomo che l'ha assassinato e che ora lo sta oltraggiando da morto, per cui la riparazione dell'offesa arrecata a un'anima penitente si fonde con la leggenda del grande seduttore.

Nel 1615 nel collegio di Ingolstadt, in Baviera, i Gesuiti mettono in scena per la prima volta il dramma intitolato *Storia del conte Leonzio* che corrotto da Machiavelli, ebbe una fine terribile, un testo che è un esempio delle finalità del teatro gesuitico, impegnato nella lotta contro il libertinismo, l'ateismo e, in questo caso, il machiavellismo.

Infatti, lo scrittore fiorentino è oggetto di una accanita campagna denigratoria da parte dei Gesuiti a causa delle sue teorie considerate una diretta emanazione del demanio secondo quanto scrive il padre Kaspar Schopp, il quale in una violenta requisitoria definisce Machiavelli "uno scellerato, agente di Satana, nemico del diritto, della natura e della religione, nonché inventore dell'ateismo".

In questa paurosa vicenda il conte Leonzio incarna sia la dissolutezza propria del dongiovannismo, sia l'ateismo appreso dal suo maestro Machiavelli. Mentre attraversa un cimitero, durante una passeggiata, s'imbatte in un teschio con il quale intreccia un'accesa discussione sulla fede, sull'immortalità dell'anima, sull'esistenza dell'aldilà, sul confine tra il bene e il male, sulla stessa esistenza di Dio. Il conte, con fare sprezzante, invita a cena il teschio, il quale arriva puntuale e, per punire lo scellerato giovane, ne strazia il corpo, scagliandolo contro il muro e facendogli schizzare il cervello dal cranio. Questo tremendo spettacolo si conclude facendo bruciare sulla scena l'immagine di Machiavelli, cattivo maestro di idee e di costumi, nonché pericoloso collaboratore del demonio.

Sempre in ambito gesuitico nasce il dramma del conte Garcia di Valverde, un personaggio diviso tra i piaceri della carne e i doveri della fede, espressione della lotta contro l'ateismo, il libertinismo e il machiavellismo. La vita del conte Garcia è soprattutto segnata dalla trasgressione erotica che muove tutte le sue azioni e che lo spinge a passare di conquista in conquista fino a sfidare Dio stesso, quando

rapisce dal convento una monaca divenuta oggetto di una sua sfrenata passione. Per questa sua insaziabile sete sessuale anche il peccatore Garcia viene punito ma in modo diverso rispetto a Don Giovanni, perché è costretto ad assistere al proprio funerale prima di essere trascinato via dal diavolo.

Molte di queste rappresentazioni sono state usate a scopo edificante non solo nei teatri dei Gesuiti, ma anche nelle chiese come si deduce dal Prologo de Il libertino dell'inglese Thomas Shadwell, dove si dice che un Atheisto fulminato era spesso rappresentato nelle chiese italiane dopo la messa "come parte del culto.



Figura 3 – Max Slevogt, Francisco d'Andrade nel personaggio di Don Giovanni

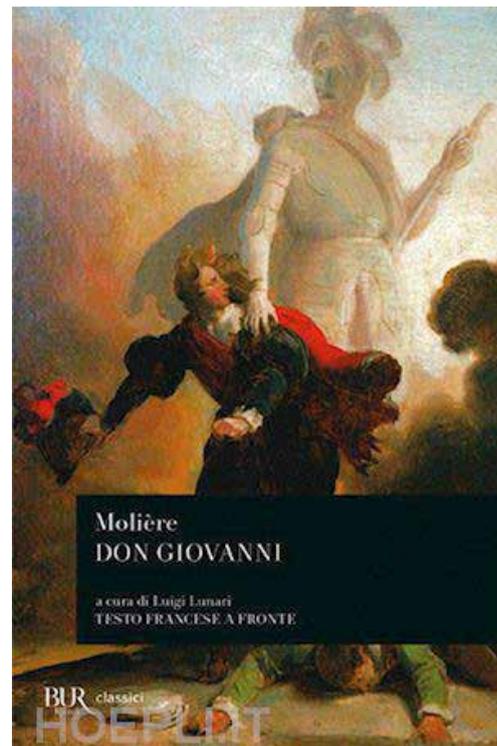


Figura 4 – Don Giovanni di Molière

Il dongiovannismo e il culto delle anime purganti

Per tutto il Seicento, il tema del defunto oltraggiato, che ritorna a far giustizia per sé e per gli altri, continua a persistere nell'immaginario collettivo collegato al culto delle anime del purgatorio che in vita sono state vittime di una morte violenta.

È possibile cogliere una prova di questa la popolarità nella diffusione di racconti come la Leggenda del capitano, una storia ambientata a Napoli nel cimitero delle Fontanelle, dove a margine del rione della Sanità si trova la celebre grotta-ossario, nella quale sono raccolti migliaia di teschi anonimi affidati alle pietà e alle preghiere dei devoti. Il racconto ha come protagonisti una coppia di promessi sposi che si recano in visita nella grotta-ossario: il giovane è un essere malvagio e miscredente che deride la devozione della fidanzata e, senza curarsi della sacralità del luogo, cerca di possederla sessualmente. A questo punto si leva da un teschio una voce che lo rimprovera per il suo comportamento ma l'uomo, per nulla spaventato, lo sfida a partecipare la banchetto nuziale. Il giorno

delle nozze, quando la festa sta per terminare, si presenta un misterioso signore vestito di nero e con il volto semicelato che con voce potente invita lo sposo ad avvicinarsi e, quando porge la mano all'ospite, questi cade immediatamente fulminato. Con il tempo la figura del teschio si trasformerà nella statua del convitato di pietra nella commedia di Molière e nel melodramma di Mozart, dove Leporello, servo complice-succube del padro-

ne e suo contraltare buffo, canta nel finale "Venne un colosso.../tra fumo e fuoco.../badate un poco.../l'uomo di sasso.../Giusto là sotto/diede il gran botto/Giusto là il diavolo/se l'trangugiò".

Il tema delle anime in pena e del morto giustiziere, della seduzione, della burla, dell'empietà, dell'oltraggio ai defunti e del castigo assume un ruolo centrale non solo nel teatro napoletano, ma anche nella commedia dell'arte nel cui



Figura 5 – Don Giovanni di Mozart



Figura 6 – Le avventure di Don Giovanni di Vincent Sherman

ambito gli attori (che sono spesso anche gli autori dei testi o dei “canovacci”) sviluppano il lato comico delle avventure del seduttore assassino e del miscredente punito come avviene nella farsa del Seicento Il cavaliere Leonzio con Pulcinella spaventato dai morti al Camposanto nuovo e dalle ombre finte, dove il tragico destino del protagonista viene esorcizzato attraverso una risata liberatoria.

Il volto diabolico del dissoluto

In Don Giovanni la dissolutezza e l’ateismo sono due facce della stessa medaglia: la seduzione sessuale attiene al corpo, mentre l’oltraggio ai morti attiene al mondo dello spirito e costituisce una costante scenica con l’irruzione dell’ultra-terreno nella cerimonia laica del pranzo e della cena. Si possono tuttavia individuare delle varianti: nel Burlador di Tirso de Molina il protagonista chiede al convitato se è un’anima in pena e se può fare qualcosa per recargli conforto; nel Don Giovanni di Molière si avverte al contrario un clima da contro-riforma, infatti è il convitato a rivolgersi all’uomo per concedergli il tempo necessario a pentirsi prima di perdere la sua anima insieme alla vita.

Nel drammatico clima della teatralità barocca Don Giovanni mette in ridicolo il cielo e l’inferno, mescola la virtù e il vizio, è ateo e credente, è ipocrita e libertino, è un emissario del demonio, un “diavolo incarnato”. Egli diventa la più estrema delle metafore anticristiane, secondo la quale lo sprezzatore dei dogmi, l’ingannatore, l’insaziabile cacciatore di prede femminili trovano una sintesi nello stesso per-

sonaggio, nel quale il demoniaco trionfa sulla morale.

La dissolutezza infernale di Don Giovanni è tale che gli appetiti sessuali si confondono con quelli alimentari e questo li consente di essere un divoratore di cibo e di donne con lo stesso irrefrenabile appetito. La sua è un’avidità che ha dell’inumano e che lo spinge a cenare con i morti per arrivare, in alcuni casi estremi, fino a una diabolica avidità cannibalesca come avviene nell’Empio punito di Filippo Acciaiuoli (1669), dove il protagonista dice: “Cibo saran tue lacerate membra, tuo cadavere esangue, e berrem di tue ferite il sangue”.

In un pamphlet anonimo del 1665, intitolato *Observations sur une comédie de Molière, intitulée Le festin de Pierre*, Don Giovanni è definito “un demone che si mescola in tutte le scene e che spande sul teatro i più neri vapori dell’inferno”, riflettendo il pensiero di ambienti cattolici parigini secondo i quali il dramma di Molière sarebbe lo spettacolo più empio apparso sulle scene teatrali dal tempo dei pagani. In questo libello il protagonista diventa il simbolo perverso non solo del libertinaggio, ma anche dell’empietà e dell’ateismo, un vero e proprio emissario del demonio come appare nella scena del terzo atto, quando Don Giovanni offre a un mendicante un luigi d’oro a patto che bestemmi Dio, anche se l’autore delle *Observations* dimentica di sottolineare che l’ateo Don Giovanni dona ugualmente al povero quella moneta d’oro “per amore dell’umanità”, conferendo alla scena un significato diverso rispetto al preteso peccato di empietà.

Nonostante le sue infinite trasformazioni e rivisitazioni, il mito di Don Giovanni è passato attraverso i secoli per arrivare fino a noi nonostante si viva immersa in una “società liquida”, dove le persone sono possedute e divorate con la stessa velocità. La seduzione nell’era dei social diventa virale, perché ogni persona può impunemente essere un seduttore e un sedotto, riuscendo persino a classificare le proprie potenziali conquiste per genere, per reddito, per colore della pelle, per livello culturale e per gusti alimentari: il Don Giovanni cittadino globale non consuma il sesso per amore ma per reiterazione del consumo, disponendo di una gamma infinita di possibilità per allungare la lista delle sue conquiste.

Risulta esemplare il caso di un Don Giovanni made in China che rappresenta l’aspetto più svilito e avvilito del seduttore: infatti un tale Yuan è un grande cacciatore di donne a titolo oneroso, riuscendo a farsi mantenere dalle sue prede contattate via on line. L’uomo arriva a esser e fidanzato contemporaneamente con diciassette donne, ma queste scoprono di condividere lo stesso amante quando egli ha un incidente automobilistico, per cui le sedotte e ingannate si ritrovano tutte insieme intorno a un letto d’ospedale. A quel punto devono prendere atto di una squallida verità: l’affascinante Don Giovanni che circola nella Rete è solo un misero gigolò a caccia di denaro, per cui si passa dal dissoluto punito al truffatore impunito. Povero Don Giovanni: il XXI secolo non ha più rispetto nemmeno per i grandi miti del passato.

Serpenti, streghe e bastoni magici: l'iconografia passata della cura e dell'assistenza (parte terza)



Giordano Cotichelli

Corso di Laurea in Infermieristica
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche

Gli spunti suggeriti nelle due parti precedenti hanno mostrato la continuità temporale dell'iconografia sanitaria presente oggi, le molte derivazioni culturali dal mondo mediorientale e mediterraneo, e da quello proprio della penisola italiana, dalla quale non si può che ripartire per focalizzare l'attenzione sugli ultimi particolari da analizzare di questo lavoro: le figure guaritrici.

L'eruzione del Vesuvio del 79 d.C. distrugge le città di Pompei, Ercolano, Stabia e Oplontis. Un disastro ambientale ed una tragedia umana di portata incalcolabile, che riconsegnano all'osservazione degli studiosi, quasi due millenni dopo, luoghi preziosi per le ricerche archeologiche in continuo divenire. La stessa Storia della Medicina riesce ad avere molte informazioni sulle pratiche del tempo grazie alla presenza di manufatti e reperti di ogni tipo, com'è il caso, ad esempio, dei materiali ritrovati in quella che verrà chiamata la "Casa del chirurgo", per la presenza di almeno una quarantina di strumenti fra cateteri, forcipi, bisturi, pinze e sonde. A questi si unisce il ritrovamento anche di importanti affreschi che si comportano come delle vere e proprie istantanee dei costumi e delle conoscenze del tempo. Nel riprendere il filo conduttore di questo lavoro, ce ne sono alcuni che mostrano Mercurio con in mano un caduceo. Uno in particolare, conservato presso il Museo Archeologico Nazionale di Napoli, offre un Mercurio-Priapo, posto all'entrata di una bottega. L'immagine presenta un soggetto, dotato di un fallo di smisurata grandezza, che tiene in una mano un sacchetto di denari e nell'altra il bastone d'araldo. Il tutto assume una forte valenza simbolica, quasi con funzione apotropaica, molto presente nella cultura classica ed in quella relativa alla salute ma, in questo caso, non direttamente riferibili, e più legate ad una visione di buona sorta e prosperità, assunta dalla stessa divinità di Mercurio, considerato anche il dio del commercio.

Sempre a Pompei si ritrova un'immagine simile, meno forte, ma probabilmente con funzioni scaramantiche e di protezione dei guadagni e delle vendite che è quella di un Mercurio del larario del termopolio di Vetuzio Placido, con in mano, anche in questo caso, il sacchetto di monete ed il caduceo. L'analisi degli affreschi continua prendendone in considerazione altri due, conservati presso il Museo Archeologico Nazionale di Napoli. Il primo, tratto dalla Villa di Cicerone, raffigura una fattucchiera assieme ad altre due donne, sedute attorno ad un tavolo. Tutte e tre indossano delle maschere teatrali. Una testimonianza di vita che diventa ancor più, narrazione quotidiana nell'allegoria assunta dal-

la rappresentazione scenica.

Il secondo affresco, proveniente dalla Casa dei Dioscuri, è quello definito: "Donna che offre da bere ad un mendicante" [Fig. 1] (o per alcuni "Uomo presso una fattucchiera")¹. La definizione che ne fu data durante il XIX secolo parla di una donna denominata Saga²: «Presso gli antichi romani era chiamata così una donna profondamente versata nei misteri religiosi. Da questo derivò, secondo Festo, la voce sagace. La saga presto si tramutò nell'opinione volgare in una maga o sortilega, perché molte erano le cerimonie o superstizioni che si usavano in quei misteri. La figura qui posta è presa da una pittura di Pompei ed ha tutti i caratteri che soglion darsi alle



Figura 1 - Donna che offre da bere ad un mendicante

streghe o fattucchiere: il cappello, la verga magica, il cane e la caldaia [...].» Quella descritta è quindi una scena degna di attenzione, sia per la rappresentazione di un atto posto fra la solidarietà e la cura, sia per i molti elementi che la compongono. Il bastone che la donna tiene nella mano sinistra non ha nulla che lo associ immediatamente al caduceo o al bastone di Asclepio, ma viene ad ogni modo connotato – dall'autore del libro – quale verga magica, strumento irrinunciabile per il ruolo del soggetto rappresentato. Restano quali simboli rappresentativi, la caldaia, il contenitore a piedi della donna, che si abbina al vaso/bicchiere che porge al viandante, e il cappello che, identifica, quale fattucchiera, la donna stessa. E proprio sul cappello della fattucchiera è necessario soffermarsi. E' un cappello tipico della moda greco-romana: di paglia intrecciata, a punta conica, denominato tholia³. Il nome richiama il termine tholos, cui è etimologicamente legato, dato che indica qualcosa di forma cilindrica di uso comune nel mondo contadino del tempo, ed anche oggi, indossato, in molte aree del Sud-est asiatico. Ciò nonostante l'immagine diventa suggestiva rispetto ad un cappello a cono tronco, che si lega all'iconografia classica di streghe e maghi di varia origine con addosso un capo di vestiario al cui interno potevano nascondersi piccoli oggetti, – lame, schegge, specilli – e foglie essiccate ad uso medicamentoso. Copricapo comune riprodotto in molti manufatti antichi, come ad esempio, in alcune statuine delle civiltà nuragiche. Presso il Museo Archeologico Nazionale di Cagliari sono conservate numerose testimonianze della storia dell'isola e delle civiltà mediterranee. Accanto ad anfore, lucerne, oggetti votivi e maschere ci sono alcune statuette, dette "bronzetti nuragici"⁴, che rappresentano fedelmente costumi e ornamenti, armi e attrezzi delle popolazioni del tempo, in miniature molto ben realizzate con le tecniche di allora. Alcuni anni fa, ispirandosi proprio ai vari particolari mostrati dai bronzetti, Angela de Montis⁵ ha riprodotto alcuni costumi a grandezza naturale e li ha montati su dei manichini, con i vari arredi personali, realizzando una mostra che ha permesso quasi di toccare dal



Figura 2 - Fegato di Piacenza

vivo gli abiti di un tempo. Alcuni di questi costumi sono interessanti sul piano della storiografia della medicina. Il primo è quello della cosiddetta "Donna o sacerdotessa di Teti"⁵ (o donna con cappello da strega, di forma conica ed allungata). Segue quello detto della donna con sombrero, copricapo basso di paglia. Entrambe indossano una lunga tunica e portano un mantello sulle spalle e sono databili tra l'XI secolo e il VI secolo a.C. Infine un altro costume, ricavato in una fase successiva da un altro bronzetto, mostra sempre una figura femminile relativa alla scultura definita, "La libagione"⁴, dove il personaggio tiene in mano una ciotola. La statuina è alta 12.5 cm, proviene da un nuraghe in località Funtana Padenti di Bacchi o Selene (per questo chiamata anche la "Sacerdotessa di Selene"), presso Lanusei, ed è conservata al museo di Cagliari. La lunga veste fa pensare appunto ad una sacerdotessa o ad una aristocratica. La ciotola contiene certamente un liquido, perché non si notano oggetti all'interno⁶. Anche in questo caso la figura indossa un copricapo conico alto la cui tesa, nella rappresentazione della piccola scultura, è andata perduta.

E' utile dunque soffermarsi sull'elemento di rilievo che sembra connotare maggiormente l'identificazione dei soggetti quali streghe, fattucchiere, maghe o sacerdotesse: il cappello a punta. L'indumento di per sé non ha niente di speciale se non quello, come detto, di mostrare la moda del tempo, legata ai materiali ed ai costumi del mondo contadino, in generale, anche

se la forma allungata diventa utile per sottolineare l'autorevolezza della figura. Molte infatti le immagini di re, sacerdoti, faraoni, e figure importanti che dall'Egitto al Medioriente, alle culture italiche e alla Grecia, fino all'Europa centro settentrionale, vengono mostrate con cappelli allungati e conici, che avevano semplicemente la capacità di sottolineare il rango elevato del personaggio rendendolo visivamente più alto ed imponente. Già a partire dall'Età del Bronzo – 3.000 a.C. si ritrovano importanti testimonianze, come quella costituita dai quattro cappelli d'oro⁷, ritrovati in varie località dell'Europa Centro-Settentrionale: Svezia, Germania, Francia, Svizzera. La loro funzione, e soprattutto quella dei loro possessori, è incerta, forse relativa a pratiche religiose, magiche, curative o di comando, o ancor più legate ad una qualche sorta di culto astronomico. O tutte queste messe assieme, visti i tempi, come era ben sintetizzato dallo stesso copricapo dei faraoni⁸: quello bianco a forma conica allungata proprio del regno del Basso Egitto (Hedjet), integrato poi con quello rosso a forma di cono tronco rovesciato dell'Alto Egitto (Deshert), dando la corona raggruppante i due regni e nota a tutti (Pa Skemet). Nel restare in tema di copricapi, un ulteriore esempio arriva dai Musei Vaticani ove è conservata la statuina di un aruspice, figura divinaria che consultava le interiora degli animali, il fegato in particolare, servendosi spesso di modelli di riferimento (noto quello denominato fegato di Piacenza) [Fig. 2] per le varie

simbologie da interpretare. L'aruspice indossa un berretto conico allungato, legato sotto il mento. Lo stesso che indossa la rappresentazione di Tage (o Tagete, divinità citata nella seconda parte) – in una moneta etrusca.¹

A questo punto si rende utile un'ultima incursione etimologica in relazione alla parola fattucchiera. Questa deriva etimologicamente dal latino *factum* (destino, fortuna), o da fatto, nel senso di qualcosa di agito in risposta ad una richiesta (fattura, incantesimo).⁹ In questo la parola assume due diversi aspetti: quello divinatorio, in relazione alla conoscenza del destino, e quello più pratico dell'azione esperita per risolvere un bisogno. Fra animali sacri e bastoni magici, cappelli e proprietà divinatorie, il quadro finale è quello di un mondo rappresentato nella realtà quotidiana da miti e credenze che restituiscono un panorama generale, per la cultura occidentale, strettamente collegato fra le diverse località, lungo assi temporali sostanzialmente lontani, ma che restituiscono un'uniformità di saperi e pratiche relativi alla cura e all'assistenza, in cui il serpente ed i simboli ad esso correlati svolgono una funzione quasi di unità e condivisione, veicolando lo sviluppo e la crescita di luoghi preposti alla cura e all'assistenza: templi, chiese, ospedali, e mostrando un mondo di personaggi, a latere delle conoscenze e delle figure sanitarie esistenti, ma interne alla comunità di appartenenza. Maghe, sacerdotesse e fattucchiere (come non pensare anche al mito di Circe) che offrono pozioni o semplicemente acqua, rimandano a contesti in cui empirismo e pratiche apprese per imitazione, presenza sul territorio e legami comunitari assolvevano a molti bisogni sanitari che i discepoli di Ippocrate, semplicemente sul piano quantitativo, non riuscivano a coprire, anche considerando l'organizzazione – se così si può dire – sanitaria del tempo e delle varie prestazioni ed interventi ad essa connesse. Il mondo antico, le sue testimonianze artistiche e i suoi manufatti, ma non solo, restituiscono quindi un tessuto indefinito di figure che sotto

nomi, spesso usati in senso dispregiativo, sopperivano in una qualche misura alle esigenze socio-sanitarie della comunità: streghe e aruspici, benandanti e medegùn (propri della tradizione dell'Italia Settentrionale) o, in epoca molto più recente, guaritori vari e ciarlatani di ogni sorta. Difficile non pensare al film di Mario Monicelli del 1957: "Il medico e lo stregone", con De Sica, Mastroianni, Merlini e Sordi. Sul piano antropologico riecheggiano le tesi di Arthur Kleinman¹⁰ sui sistemi di salute in cui la dimensione professional (propria della formazione scientifica, dei sistemi sanitari organizzati, etc.) assolve all'incirca ad un 20% dei fabbisogni di salute, mentre la parte maggiore è sostenuta dalla dimensione *popular* (quella delle conoscenze e delle abitudini diffuse, attorno al 65 – 75%) e da quella *folk*, (stretta fra tradizione e trascendenza per un 5 – 15%).

Ippocrate stesso sottolineerà nel suo *Sul male sacro*, come maghi, ciarlatani, impostori e purificatori vari, non siano altro che diverse figure accomunate dalla stessa ignoranza sulla natura e la cura delle malattie, e lo stesso *Codice di Hammurabi*, mostra il bisogno di normare la pratica, ancor prima dei saperi, specificando non tanto chi possa esercitare l'arte medica, quanto come punire chi la pratica abusivamente. Al di là di qualsiasi considerazione, non si può non sottolineare l'importanza che queste figure "grigie" hanno avuto nella storia sociale e sanitaria dell'umanità. Quando non appartenenti al mondo dell'inganno e della truffa, molto spesso erano nei fatti delle guaritrici o delle erbuarie, ostetriche o nutrici, infermiere (nell'accezione ampia del termine) o semplici badanti, inserite nei contesti comunitari di cura e di assistenza, anche se in non pochi casi potevano trasformarsi in capro espiatorio cui scaricare la responsabilità di avversità varie (es. una gravidanza non andata a buon fine), e ne pagavano con la vita. Riandare con la memoria alla caccia alle streghe aiuta. Andare ulteriormente a ritroso alla figura – di cui si è parlato in altri lavori – di Ispazia

è sicuramente un doveroso richiamo, ma a dover rappresentare un mondo sanitario "altro" la cui storia deve ancora essere degnamente ricostruita, forse ci può essere utile un'ultima immagine: quella di Teoride di Lemno;¹¹ sacerdotessa accusata di stregoneria da Demostene, ed anche del reato peggiore di sobillare gli schiavi, per aver insegnato loro ad ingannare i padroni¹². Fu messa a morte in Atene attorno al 328 a.C.

Bibliografia

- [1] Penso G. (1985). *La medicina romana. L'arte di Esculapio nell'antica Roma*, Edizioni Ciba Geigy
- [2] *Enciclopedia elementare – Dizionario di cognizioni utili specialmente alla studiosa gioventù italiana di ambo i sessi*. Vol OX, Nicomede Bianchi, Torino, 1864, Unione Tipografica editrice.
- [3] Racht G, et MF (2001), *Dizionario Larousse della Civiltà Greca*, Gremese editore, Roma, p. 21 eriva da tholos, cono ...
- [4] Atzeni, C. (1991). *Struttura e composizione dei "Bronzetti nuragici" del Museo Archeologico Nazionale di Cagliari*. *La metallurgia italiana*, 83(6), 583-89.
- [5] Demontis, A., & Ugas, G. (2005). *Il popolo di bronzo: abiti, armi e attrezzature dei bronzetti sardi in 100 schede illustrate*. Condaghes.
- [6] Usai, L., Bernardini, P., & Boninu, A. (2015). *Le sculture di Mont'e Prama-La mostra*. Gangemi Editore spa.
- [7] *Gold und Kult der Bronzezeit. (Ausstellungskatalog)*. Germanisches Nationalmuseum, Nürnberg 2003
- [8] Abram, M. (2007). *The Power Behind the Crown: Messages Worn by Three New Kingdom Egyptian Queens*. *Studia Antiqua*, 5(1), 4.
- [9] Cortelazzo M. e Zolli P. (1989) *Dizionario Etimologico della lingua italiana*, Zanichelli, Bologna.
- [10] Kleinman, A. (1978). *Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems*. *Social Science & Medicine*. Part B: *Medical Anthropology*, 12, 85-93.
- [11] Canfora L. (2011), *Il mondo di Atene*, Laterza, Bari, p. 437.
- [12] Bello, A. A., & Pezzella, A. M. (2005). *Il femminile tra Oriente e Occidente: religioni, letteratura, storia, cultura* (Vol. 142). Città nuova, p. 71; si vedano anche i lavori di: Cantarella, E. (2011). *I supplizi capitali. Origine e funzioni delle pene di morte in Grecia* ea Roma, Feltrinelli Editore, Milano; Collins D. (2001) ; Mariotti F. (1874) *Le orazioni di Demostene tradotte e illustrate*. Tre Volumi. — Vol. 1. Firenze, G. Barbera Editore, p. 18.

Nuova programmazione dell'Attività Formativa Professionalizzante e del Tirocinio Pratico Formativo per Medicina

Lettera del Coordinatore ai Docenti



Erica Adrario

Coordinatore della Attività Formativa Professionalizzante (AFP) e del Tirocinio Pratico Valutativo Esame di Stato (TPVES)
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche

Car Colleghe,
come voi sapete, al fine del conseguimento dei 61 CFU inerenti l'attività formativa professionalizzante (AFP) che si raggiunge alla fine del 6° anno, gli studenti devono raggiungere gli obiettivi previsti dal nostro Corso di Studio.

La coorte 14-15 (attuale 6° anno), in virtù del Decreto Ministeriale n. 58 del 9 maggio 2018 "laurea abilitante", effettua contemporaneamente, all'interno del percorso, attività considerata valida sia per l'AFP (Attività Formativa Professionalizzante) che per il raggiungimento delle ore del TPVES (Tirocinio Pratico Valutativo Esame di Stato). Le ore per tale attività sono 300 pari a 15 CFU suddivisi, in parti uguali, nelle tre aree: medica, chirurgia e medicina generale.

Al fine del raggiungimento degli obiettivi didattici, a partire dall'anno accademico in corso, tutta l'attività didattica frontale è stata organizzata nel 1° semestre, dando così la possibilità agli studenti di sostenere i relativi esami di profitto e concludere il percorso formativo. Nel 2° semestre sono stati invece concentrati i percorsi professionalizzanti (AFP/TPVES) e la preparazione della tesi di laurea.

Ovviamente tutta la progettazione non poteva tener conto del COVID 19 e delle sue inevitabili ripercussioni sulla frequenza degli studenti presso le strutture sanitarie (ospedali, laboratori, diagnostiche, ambulatori di MG).

Le varie indicazioni del Ministero della Salute e di quello dell'Università e della Ricerca, dapprima permissive sulla frequenza degli studenti e successivamente restrittive visto il propagarsi della infezione, hanno di fatto limitato la frequenza alle sole strutture in grado di tutelare gli studenti. Tenuto conto del parere negativo che, in considerazione del rapido propagarsi del contagio e la scarsa presenza di DPI, è stato espresso da tutta la Rete for-

mativa della Regione, a decorrere dal 9 marzo 2020 la frequenza dei nostri studenti c/o le strutture ospedaliere è stata sospesa.

Sentiti quindi i Presidenti dei Corsi di Laurea dei vari Atenei Italiani, dopo essermi confrontata con il Preside e la Prof Marmorale Presidente del Corso di Laurea, in qualità di Coordinatore della Attività Formativa Professionalizzante (AFP) e del Tirocinio Pratico Valutativo Esame di Stato (TPVES), al fine di salvaguardare il percorso degli studenti, ho suddiviso la programmazione in due step:

1° step - conversione della AFP non abilitante da attività in corsia ad attività in e-learning

2° step - conversione della TPVES da attività in corsia in attività e-learning

Ricordo ancora una volta che in virtù del "Decreto cura Italia" (D.M. 58 del 9 maggio 2018) la laurea in Medicina e Chirurgia è diventata abilitante. Ciò significa che lo studente al momento della laurea sarà anche abilitato alla professione a patto che abbia effettuato il TPVES all'interno del percorso professionalizzante ed abbia ottenuto una valutazione positiva. Questa è dunque l'attuale condizione della coorte 14-15.

Non è ancora ben chiaro quale sarà la percentuale di attività che il Ministero considererà erogabile in e-learning, al momento, nella revisione del percorso professionalizzante, ho ipotizzato che questa possa essere pari al 50%. Tale % potrà subire aggiustamenti in corso d'opera a seconda delle disposizioni che saranno previste per la fase 2 della pandemia.

Nel rispetto di quanto descritto, è stato stilato il cronoprogramma che troverete in allegato insieme ad una tabella in cui vengono riepilogate le attività professionalizzanti del VI anno.

Dal cronoprogramma si evince che la data di inizio della attività relativa al TPVES è prevista per il 5 maggio con termine il 25 maggio; il periodo tempo-

rale è stato definito al fine di garantire, almeno al momento, le date già previste per la sessione di laurea. Se questo non fosse possibile sono state già ipotizzate delle soluzioni alternative (vedi ad esempio nota nella tabella intitolata "ATTIVITA' studenti").

Nella tabella troverete, descritti nei vari fogli che compongono il file, il percorso che ha modificato l'attività delle skill da attività frontale in e-learning, la descrizione dei contenuti della attività e-learning, i gruppi di studenti ed i docenti di riferimento. A tale proposito ricordo a tutti che in tempi no Covid gli studenti erano affidati a colleghi dell'intera rete formativa regionale. Non essendo possibile al momento garantire da un lato la sicurezza degli studenti (presenza di DPI adeguati) dall'altro lo svolgimento degli skill (al momento la rete ospedaliera è stata quasi interamente convertita in ospedali Covid), si è resa necessaria una redistribuzione degli studenti nell'ambito dei SSD responsabili delle specifiche attività.

A tal fine, sulla piattaforma moodle sono state inserite le abilità previste per il TPVES del VI anno. Entrando con le vostre credenziali, cliccando su "i miei corsi", troverete il "contenitore" corrispondente alla denominazione della AFP e lo specifico skill a voi attribuito. In particolare:

AFP - Area Clinica e dei servizi
Problem solving Area Chirurgica 6° anno A.A. 2019/2020

AFP - Area Clinica e dei servizi
Problem solving Area Medica 6° anno 2019/2020

Abilitati ad entrare sono tutti i professori e ricercatori afferenti al SSD cui la skill si riferisce; questo per permettere la suddivisione dei compiti a scelta del SSD stesso. L'assegnazione dei docenti ai singoli gruppi così come riportata nella tabella intitolata "Assegnazione docenti" se non condivisa potrà essere quindi rivista al vostro interno.

Per permettere una maggiore interazione con gli studenti vi suggerisco di utilizzare anche la piattaforma teams allo scopo di discutere in piccoli gruppi le eventuali tematiche.

So di chiedere a tutti voi un grande sforzo in questo periodo che vede ciascuno di noi impegnato in prima linea e quindi ringrazio tutti voi per la collaborazione e rimango a disposizione per confronto, chiarimenti, suggerimenti.

Erica Adrario

e.adrario@staff.univpm.it

Programmazione annuale

PROBLEM SOLVING Area Medica

Obiettivi Fornire agli studenti le capacità al saper fare e al saper essere medico che consiste nell'applicare le conoscenze biomediche e cliniche alla pratica medica nel risolvere questioni di dentologia professionale e di etica medica, nel dimostrare attitudine a risolvere problemi clinici afferenti all'area della medicina.

Contenuto

Applicazione delle competenze cliniche per quanto riguarda le conoscenze delle evidenze scientifiche, le abilità cliniche, le capacità comunicative e le corrette capacità di ragionamento clinico relazionandosi con le diverse figure professionali che hanno parte attiva nel team di cura

Impegno orario CFU 3 ore 60

Proposta trasformazione da presenza in corsia ad attività in e-learning integrale attraverso modalità MOODLE in plenaria diapositive introduttive con proposta caso clinico / TEAMS nel rispetto dei gruppi per discussione

Ipotesi di realizzazione

1. casi clinici interattivi sulle patologie di più frequente riscontro (il medico neolaureato spesso svolge la sua prima attività presso PPI, PS, GM o sostituzioni MMG)

Il docente illustra il caso clinico fornendo allo studente l'anamnesi, la sintomatologia riferita dal paziente, i segni rilevabili all'esame obiettivo.

lo studente deve muoversi all'interno del caso clinico facendo ipotesi diagnostiche per le quali ipotizza esami strumentali ed eventuale terapia segue discussione in gruppo sotto la supervisione del docente che fornisce allo studente i risultati inerenti gli esami strumentali richiesti (valori ematochimici, EGA, esami radiologici) fino ad arrivare alla diagnosi e conseguente terapia.

2. revisione di cartelle cliniche sotto la supervisione del docente con discussione in gruppo

3. compilazione richiesta esami sotto la

supervisione del docente con discussione in gruppo

4. compilazione consenso informato sotto la supervisione del docente con discussione in gruppo

Inserire al termine delle lezioni esercitazioni

PROBLEM SOLVING Area Chirurgica

Obiettivi Fornire agli studenti le capacità al saper fare e al saper essere medico che consiste nell'applicare le conoscenze biomediche e cliniche alla pratica medica nel risolvere questioni di dentologia professionale e di etica medica, nel dimostrare attitudine a risolvere problemi clinici afferenti all'area della chirurgia

Contenuto

Applicazione delle competenze cliniche per quanto riguarda le conoscenze delle evidenze scientifiche, le abilità cliniche, le capacità comunicative e le corrette capacità di ragionamento clinico relazionandosi con le diverse figure professionali che hanno parte attiva nel team di cura

Impegno orario CFU 3,5 ore 70

Proposta trasformazione da presenza in corsia ad attività in e-learning integrale attraverso modalità MOODLE in plenaria diapositive introduttive con proposta caso clinico / TEAMS nel rispetto dei gruppi per discussione

Ipotesi di realizzazione

1. casi clinici interattivi sulle patologie di più frequente riscontro (il medico neolaureato spesso svolge la sua prima attività presso PPI, PS, GM o sostituzioni MMG)

Il docente illustra il caso clinico fornendo allo studente l'anamnesi, la sintomatologia riferita dal paziente, i segni rilevabili all'esame obiettivo.

lo studente deve muoversi all'interno del caso clinico facendo ipotesi diagnostiche per le quali ipotizza esami strumentali ed eventuale strategia chirurgica segue discussione in gruppo sotto la supervisione del docente che fornisce allo studente i risultati inerenti gli esami strumentali richiesti (valori ematochimici, EGA, esami radiologici) fino ad arrivare alla diagnosi e conseguente terapia.

2. revisione di cartelle cliniche sotto la supervisione del docente con discussione in gruppo

3. compilazione richiesta esami sotto la supervisione del docente con discussione in gruppo

4. compilazione consenso informato sotto la supervisione del docente con discussione in gruppo

Inserire al termine delle lezioni esercitazioni

LABORATORIO PRATICO 1

Obiettivi Fornire allo studente gli strumenti necessari per acquisire manualità avanzate

Contenuto

Eseguire in simulazione:

- toracentesi
- paracentesi
- rachicentesi
- pericardiocentesi
- tracheostomia
- artrocentesi

Impegno orario CFU 1 ore 10

Proposta trasformazione da attività di skill lab in e-learning su piattaforma moodle e teams

Ipotesi di realizzazione

Video lezioni guidate inerenti procedure necessarie alla messa in atto delle tecniche specialistiche comprensive di indicazioni, controindicazioni, eventi collaterali.

Discussione e confronto in gruppo con il docente

Inserire al termine delle lezioni esercitazioni

Emergenza avanzata

Obiettivi Fornire allo studente gli strumenti necessari alla gestione del paziente in condizioni di emergenza-urgenza. Lo studente dovrà sapersi relazionare con le diverse figure professionali che fanno parte attiva nel team di cura. A tal fine verrà fornito allo studente uno schema di approccio integrato al paziente così da utilizzare percorsi diagnostico-strumentali per la risoluzione della patologia.

Contenuto

Eseguire rianimazione cardiopolmonare, defibrillazione e stimolazione cardiaca transcutanea

Percorso diagnostico assistenziale del paziente politraumatizzato

Impegno orario CFU 2,5 ore 25

Proposta trasformazione da presenza in corsia ed attività di skill lab in e-learning su piattaforma moodle e teams

Ipotesi di realizzazione

1. Inserimento su moodle di materiale didattico inerente gestione ACC e politrauma con applicazione linee guida ALS e ATLS, diagnosi e trattamento pazienti con COVID19

Inserire al termine delle lezioni esercitazioni

2. Analisi video di simulazione casi clinici con discussione guidata dal docente in piccoli gruppi

Biblioteca nuovi arrivi

a cura di Loreta Menghi



Ricordo di Giancarlo Ripesi



Non si deve mai scrivere subito il ricordo di un Amico scomparso, sotto l'onda della commozione, si rischia di cadere nelle frasi della retorica. Meglio lasciar passare qualche giorno, si vede tutto con più serenità, con più chiarezza.

Se devo ricordare Giancarlo, penso a tre aspetti, ritengo i principali, della sua vita.

Il primo la fede, sentita e vissuta, profonda, la fede vera che plasma la vita delle persone, ne coordina ogni atto e ne illumina il cammino, la fede che ti porta ad esercitare la carità cristiana; Giancarlo è vissuto dispensando serenità, conforto, aiuto verso tutti, per primi i meno abbienti.

Poi l'amore, l'amore per la famiglia che ha dato origine ad un nucleo unito, solidale nella fede cristiana, operoso, legato ai valori essenziali dell'umanità; l'amore per la donna di cui era innamorato, palpabile sino alla fine, per i suoi figli, per gli amici, per i suoi insostituibili collaboratori, per il prossimo; un amore che circolava nell'ambiente

di lavoro, mi ripeteva talvolta, qui sei amato da tutti.

Infine il lavoro, una grande impresa costruita dal nulla, anno dopo anno, in continua ascesa; lui il primo tutti i giorni ad entrare, l'ultimo ad uscire, presente in tutte le fasi di lavoro, esempio e modello per i bravissimi collaboratori che, tutti, lo amavano; presente all'interno, ma anche all'esterno non per cercare, non ne aveva bisogno, ma per servire i suoi clienti. Tutto con competenza, determinazione ed efficienza, ma anche con tanta bontà, umiltà, un pizzico di sottile ironia.

Il mio sodalizio con lui è durato più di trent'anni, dalla produzione della prima Guida per gli studenti della Facoltà di Medicina all'ultimo numero di Lettere dalla Facoltà che diffondiamo oggi, passando per riviste di società scientifiche, libri, una collana di volumi di scienze umane, sino a locandine e dépliant; collaborando sempre in letizia, in sintonia in un ambiente sereno, laborioso, disciplinato.

Ora continueranno i suoi figli, Fabrizio che in Puglia ha creato errebi2, Sara, Silvia, Serena, Simona, il genero Roberto, ognuno con il proprio ruolo ben definito, tutti determinati a continuare la sua opera, a conservarne lo spirito e la qualità.

Una certezza di continuità che aiuta ad uscire dalla grande tristezza in cui oggi siamo immersi.

Giovanni Danieli



LETTERE dalla FACOLTÀ on line

Direttore editoriale Marcello M. D'Errico

Comitato editoriale Fiorenzo Conti, Andrea Giovagnoni, Lory Santarelli, Adriano Tagliabracci

Comitato di Redazione Pamela Barbadoro, Anna Campanati, Rossana Daniele, Francesco Di Stanislao, Stefania Fortuna, Loreta Gambini, Alessandra Giuliani, Maurizio Mercuri, Barbara Osimani, Alberto Pellegrino, Maria Rita Rippo, Andrea Santarelli, Cecilia Tonnini

Direttore responsabile Giovanni Danieli

Consulenza tecnica Giorgio Gelo Signorino, Andrea Cappelli