



MARZO 2025
VOL. 27 N° 1

IL CADUCEO



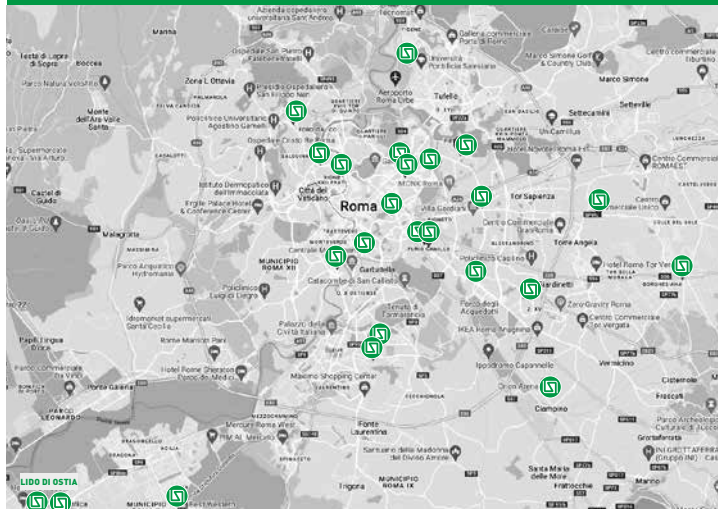
RIVISTA PERIODICA DI AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO E CULTURA MEDICA



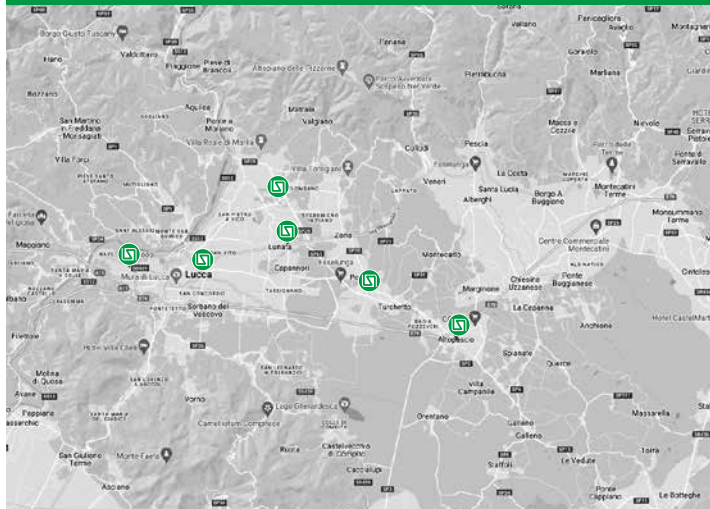
PUBBLICAZIONE A CURA DELL'U.S.I. UNIONE SANITARIA INTERNAZIONALE S.P.A. - VIA ESCHILO, 191 - ROMA



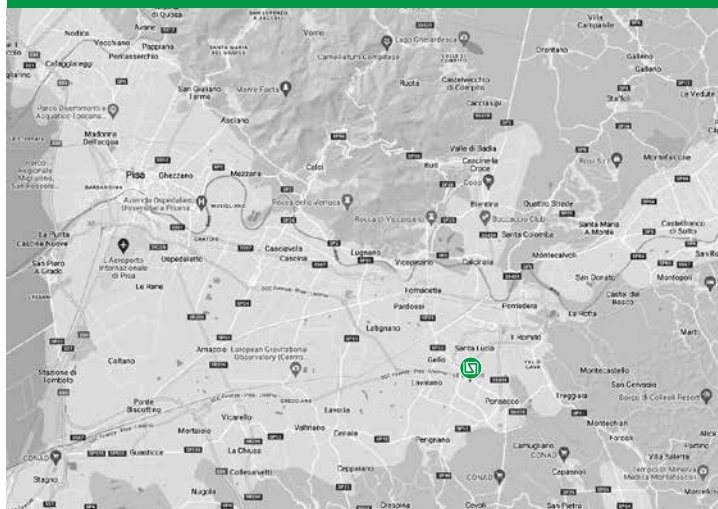
LAZIO ROMA



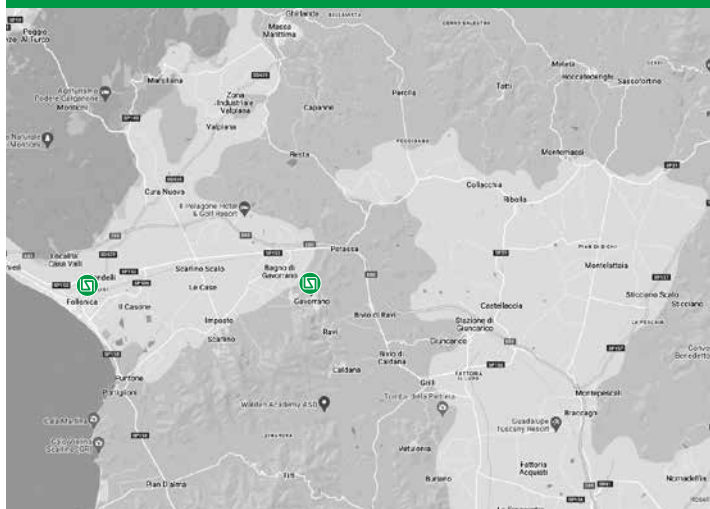
TOSCANA LUCCA



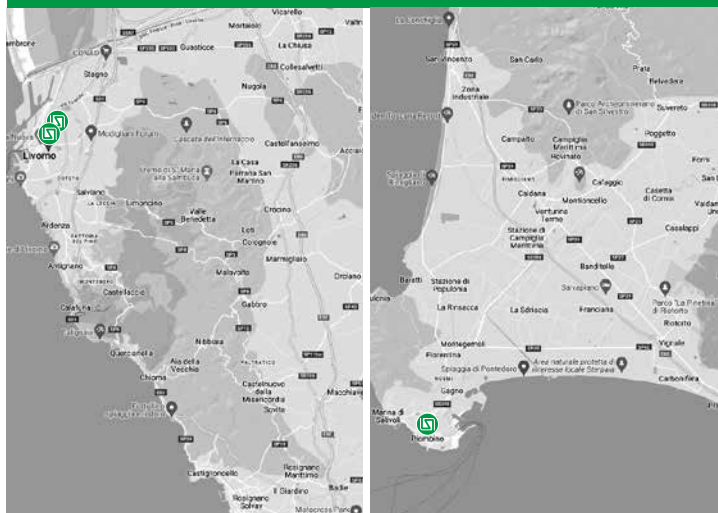
TOSCANA PISA



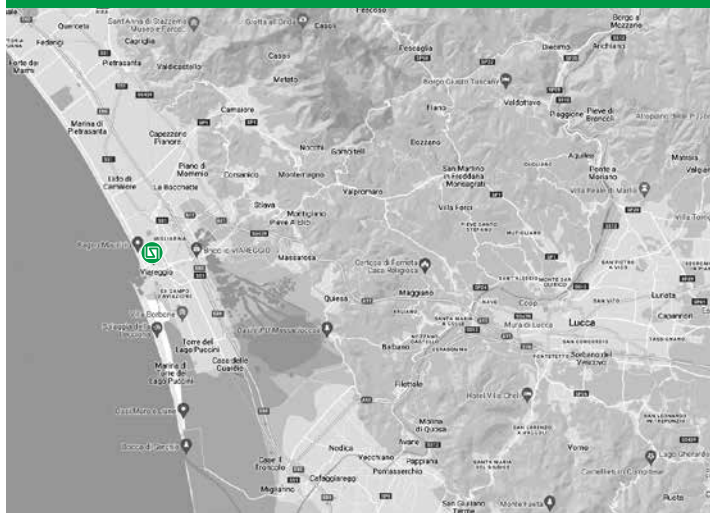
TOSCANA GROSSETO



TOSCANA LIVORNO



TOSCANA VIAREGGIO



il caduceo

VOL. 27 N.° 1 2025



Il Caduceo

Rivista di aggiornamento
scientifico e cultura medica

REGISTRAZIONE
AL TRIBUNALE DI ROMA
AUT. n° 196/99 DEL 27/04/1999

DIRETTORE RESPONSABILE

F. Barbati

DIRETTORE SCIENTIFICO

Co-EDITOR

F. Borzillo

COORDINAMENTO EDITORIALE

C. Borzillo

SEGRETARIA DI REDAZIONE

A. Cecchi

EDITORE

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

Via Eschilo, 191 - Roma

STAMPA

Digitalia Lab Srl

Via Giacomo Peroni, 130
00131 Roma



Su carta Respecta 60
con fibre riciclate al 60%
e inchiostri vegetali

FINITO DI STAMPARE

A MARZO 2025

TIRATURA: 10.000 COPIE

Foto di Copertina

Alexandr Hovhannisyan

Campo di fiori rossi

(Fonte: Unsplash)

Grafica della copertina a cura di

A. Quattrucci

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

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

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



Associato USPI
Unione Stampa Periodica Italiana

Redazione:

Via Machiavelli, 22 - 00185 Roma

Tel. 06.32868.335

Fax 06.77250482

fulvio.borzillo@usi.it

www.usi.it



Unione Sanitaria Internazionale

SOMMARIO

3. Il Caduceo nella storia della
Medicina-Dermatologia
Prof. Luigi Valenzano
5. La rivoluzione scientifica e culturale
delle nuove terapie del diabete
Prof. Renato Giordano
8. Le Polmoniti da Legionella
Prof. Giovanni Puglisi
15. Benessere e socializzazione
tramite il rugby in carrozzina.
Lo sport per tutti e il futuro dei giovanissimi
Romanes Wheelchair Rugby
16. Disturbo depressivo maggiore
Dott.ssa Giulia Marchiani
18. Gli esosomi in Medicina Estetica: pro e contro
Dott. Stefan Dima
21. Rinascita o fine del sogno americano?
La metamorfosi di un'idea
di democrazia dai Kennedy a Trump
Vito Manduca
24. Due autori senza tempo
per capire e amare il nostro tempo
Michele Trecca



Gentile lettore,

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

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

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

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

- scrivendo all'indirizzo e-mail privacy@usi.it
- inviando una comunicazione a mezzo posta all'indirizzo della redazione:
U.S.I. Piazza Vittorio - Via Machiavelli 22 - 00185 Roma.

Grazie

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

ISTRUZIONI AGLI AUTORI

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

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

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

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

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

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

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

5. **DISCUSSIONE.** Deve interpretare e commentare i risultati, facendo riferimento alla letteratura esistente, specificando e spiegando eventuali discordanze con la stessa. Nei lavori di tipo clinico, sarà utile paragonare i risultati ottenuti con quanto dimostrabile con altre metodiche e presentare l'eventuale impatto dei risultati nella pratica quotidiana.

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

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

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

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

Figure, immagini o foto

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

Tabelle

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

Didascalie

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

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

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

Il Caduceo nella storia della Medicina-Dermatologia

Prof. Luigi Valenzano

Primario Dermatologo Ospedaliero a Roma

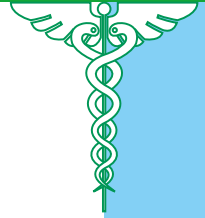


Foto di Gutife da Pixabay

Perché parlare di Medicina-Dermatologia?

Perché fin dagli albori della storia dell'umanità, la prima osservazione e cura del corpo è stata solo cutanea, cioè dermatologica, e tale è rimasta per molti secoli come espressione di una Medicina che perciò oggi diremmo «esternistica».

Man mano che si è potuto esplorare l'interno del nostro organismo, mediante autopsie ed esami specifici, la Medicina è divenuta sempre più «internistica» e la Dermatologia, da allora, si è occupata prevalentemente della cute e dei suoi annessi. In quanto peculiare aspetto esterno della Medicina, la Dermatologia è stata denominata da alcuni studiosi Medicina-Dermatologia, proprio per sottolineare il legame tra queste due discipline.

In questo contesto, il Caduceo è un simbolo molto interessante, carico di significati e con una lunga storia che si sviluppa parallelamente a quella dell'arte medica.

Le prime comprovate testimonianze del caduceo risalgono addirittura al 2600 a.C. e sono state rinvenute sia in occidente presso gli Assiro-Babilonesi, sia in alcuni papiri dell'antico Egitto. È raffigurato anche su una coppa appartenente al re Guda, ritrovata in Mesopotamia nella città di Lagash, che sorge alla confluenza tra il Tigri e l'Eufrate, fiumi entrambi ritenuti sacri.

Il termine Caduceo risale al V sec. a.C. e deriva dal greco «κερούκειον», che significa «insegna» o «bastone

dell'araldo» o «messaggero degli Dei», ed è indicativo di un bastone alato a cui sono attorcigliati due serpenti. I latini chiamavano Caduceo (da «cadecus» che significa «caduco» o «ramo staccato da un albero») la verga di ulivo ornata di ghirlande che contraddistingueva gli araldi nell'esercizio delle loro funzioni, ma poi nel corso dei secoli ha avuto diversi significati. Il vocabolo «caduceator» indicava il messaggero di pace (Liv., XXXII, 32). Nella mitologia greca, il caduceo era il simbolo di Hermes (Mercurio per i romani), Dio del commercio, dei viaggiatori, della comunicazione, delle transazioni e dei traghettatori delle anime dei morti.

Negli Inni omerici (III, 529) il Caduceo di Hermes è detto «aureo» ed ha la virtù di fascinare i mortali e di addormentarli, di attrarre i morti dagli inferi, di trasformare in oro gli oggetti e molti altri miracolosi poteri. Secondo la tradizione araldica, Mercurio aveva ricevuto il bastone da Apollo e, mentre si trovava in Arcadia, vide due serpenti che si battevano, così decise di gettare il bastone tra loro accorgendosi che vi si avvolgevano facendo pace. Così il Caduceo è divenuto simbolo di concordia, di pace, di unità, di equilibrio e, per estensione, di diplomazia e di rapporti commerciali. Ma i significati legati al Caduceo sono molteplici: i due serpenti che si intrecciano rappresentano l'armonia tra gli opposti e la loro posizione sul bastone simboleggia l'equilibrio e di guarigione; inoltre il bastone è alato in riferimento alla rapidità e al movimento con

cui Hermes viaggia tra gli Dei e gli uomini nel suo ruolo di messaggero.

Inoltre, per il mondo degli Dei, rappresenta la capacità di dominare il caos mediante l'armonia tra le diverse tendenze che governano il mondo; per il corpo rappresenta il potere di provocare armonia in un organo malato; per la farmacia un serpente indica la dose del farmaco e l'altro la dose tossica, ovvero il veleno.

Per quanto riguarda la forma del Caduceo, questa ha subito un'evoluzione nel corso della sua storia: anticamente veniva raffigurato come un bastone terminante in due cerchi contrapposti (il primo chiuso e il secondo aperto in alto) o anche ripartito in tre branche di cui le due esteriori si riunivano a cerchio intorno alla porzione terminale. La sua trasformazione nella più nota immagine di un bastone alato con due serpenti attorcigliati, sembra sia stata determinata da influenze orientali, molto probabilmente fenicie.

Il Caduceo però è stato spesso confuso con il bastone di Asclepio (Esculapio per i romani), che ha invece un solo serpente avvolto attorno ed è il simbolo dell'arte medica. Tale confusione è nata probabilmente tra il XIX e il XX secolo, quando il caduceo è stato adottato come simbolo delle professioni mediche e, in particolare, del corpo medico dall'esercito degli Stati Uniti.

Il bastone di Asclepio è un simbolo che ha da sempre una lunga e profonda connessione con la medicina, la salute e la guarigione.

Secondo la mitologia greca, Asclepio, figlio di Apollo e di Coronide, era un medico divino, noto per le sue abilità di curare malattie e persino di resuscitare i morti. La sua capacità di guarire gli ammalati e di ridare vita ai defunti, lo ha reso una figura venerata a tal punto da essere considerato Dio della Medicina e della guarigione.

Il più famoso tempio a lui dedicato si trovava a Epidaurio e in questo luogo sacro si recavano in pellegrinaggio i malati per chiedere accoglienza, cura e protezione.

Il serpente avvolto al bastone di Asclepio è un simbolo di rinnovamento e di rigenerazione, poiché questo animale ha la capacità di mutare pelle, un processo che simboleggia quindi la guarigione. Nella tradizione medica, il serpente rappresenta quindi la ciclicità della vita e la possibilità di miglioramento e rinascita grazie alla Medicina. Il bastone inoltre simboleggia la forza, l'autorità e l'influenza che il Medico esercita sulla malattia, ma anche la sua funzione di guida nel processo di guarigione.

Anche nella cultura greco-romana, il Caduceo rappresentava il commercio e la negoziazione, mentre il bastone di Asclepio è divenuto uno degli emblemi principali della Medicina e veniva perciò raffigurato nei templi a lui dedicati, dove i sacerdoti-medici praticavano rituali di guarigione.

Con il passare dei secoli, il Caduceo è stato utilizzato in vari contesti, come simbolo di diplomazia, commercio, finanza in contesti governativi e istituzionali, mentre il bastone di Asclepio è rimasto uno dei simboli universali della Medicina, della cura e della professione medica, e ancora oggi viene utilizzato in tutto il mondo nelle insegne e nei loghi di Ospedali, Organizzazioni, Facoltà universitarie, Istituzioni e Associazioni legati al mondo della salute.

BIBLIOGRAFIA

[https://www.treccani.it/enciclopedia/caduceo_\(Enciclopedia-Italiana\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/caduceo_(Enciclopedia-Italiana)/)

1. L. Müller, *Über den Hermesstab*, Copenaghen 1864
2. O.A. Hoffmann, *Hermes u. Kerykeion*, Marburgo 1890
3. Daremberg e Saglio, *Dict. des antiquités gr. et romaines*, III, ii, pp. 1807-08



Foto di Usu37 da Pixabay

La rivoluzione scientifica e culturale delle nuove terapie del diabete

Prof. Renato Giordano

Consulente UOC Diabetologia e Dietologia Asl Roma 1
Docente master Diabetologia Università Tor Vergata
Per la corrispondenza: Regiordano.rg@gmail.com
USI Prati - Via V. Orsini, 18



Foto freepik.com

INTRODUZIONE

Le nuove e più recenti linee guida (LG) della patologia diabetica sia internazionali che nazionali hanno creato proprio una rivoluzione Copernicana, con un diverso approccio alla patologia ed alle sue complicanze rispetto anche al passato recente. Il diabete mellito di tipo 2 (DM2) è una delle emergenze sanitarie in più rapida crescita del 21° secolo e una delle malattie croniche con il più alto impatto socio-economico sui sistemi sanitari mondiali. Anche da noi in Italia le percentuali del DM2 variano da circa il 5 al 10 % della popolazione con una grande differenza tra regioni del nord e del sud e con una uguale notevole differenza nelle grandi città tra il centro e la periferia. Ma il DM2 è anche la principale causa di malattia renale cronica, ed è associato ad un significativo aumento del rischio cardiovascolare e della complessità clinica e assistenziale. La presenza di una costellazione di malattie cardiache, metaboliche e renali, in un paziente complesso con DM2, costituisce la Sindrome Metabolica Cardiorenale.

LE TERAPIE DEL DIABETE MELLITO TIPO 2

Qual è la terapia "migliore" per la persona con diabete di tipo 2?

Questa domanda risuona costantemente nella mente di chi si dedica alla gestione delle persone con diabete, e che affronta, ogni giorno, la realtà dei nostri ambula-

tori con troppe richieste di accesso, con risorse troppo scarse, con amministrazioni che pur impegnandosi non riescono a far fronte alle necessità. È un interrogativo che include e comprende i nostri "desideri insoddisfatti": strategie di intervento che permettano di mantenere stabile nel tempo l'HbA1c, di preservare la funzione beta-cellulare, di agire con efficacia senza incrementare il peso corporeo, di prevenire le complicanze, di modulare il profilo di rischio cardiovascolare. La stagione esaltante e piena di innovazioni che abbiamo la fortuna di vivere riguardo al diabete è stata caratterizzata negli ultimi 15 anni dalla immissione sul mercato di moltissime nuove classi di farmaci. Tuttavia, gli aggiornamenti progressivi delle LG, mai così rapidi e numerosi, hanno forse generato delle sensazioni anche errate, oltre ad uno spiazzamento che sta ritardando la reale rivoluzione terapeutica. Per esempio si può segnalare l'errata convinzione che la **terapia insulinica** sia "passata di moda", e che nella faretra di opzioni terapeutiche a disposizione del diabetologo del XXI secolo stia diventando sempre meno utile. Invece vorrei condividere intanto la convinzione che, nonostante i suoi 100 anni di vita (ricordo che ho scritto un romanzo "Ultima fermata l'isola che c'è" che racconta l'esaltante epopea della scoperta dell'insulina), la terapia insulinica è ancora giovane, e rappresenta una risorsa importante per il trattamento anche della persona con diabete di tipo 2 in ogni fase della ma-

lattia. E l'associazione con altri antidiabetici permette di calibrare e personalizzare il trattamento secondo le esigenze del paziente. In particolare, la combinazione dell'insulina con i farmaci della classe degli agonisti del recettore del GLP-1 rappresenta l'opzione più moderna ed efficace nel panorama della terapia iniettiva del diabete di tipo 2. Ora vediamo gli altri farmaci. Iniziando dagli SGLT2i (canaglifozin, dapaglifozin, empaglifozin, ertuglifozin) che sono farmaci orali che riducono il glucosio plasmatico aumentando l'escrezione urinaria di glucosio. Hanno un'efficacia glicemica da intermedia ad alta. Il loro ambito di utilizzo si è notevolmente ampliato sulla base di studi sugli esiti cardiovascolari e renali che hanno dimostrato la loro efficacia nel ridurre il rischio di eventi cardiovascolari avversi maggiori composti (MACE), morte cardiovascolare, infarto miocardico, ricovero per insufficienza cardiaca e mortalità per tutte le cause e migliorare gli esiti renali nei soggetti con DM2 con un rischio accertato/alto di CVD. Dati recenti hanno aumentato la fiducia nella sicurezza della classe. Il loro uso è associato solo talora ad un aumentato rischio di infezioni genitali micotiche, generalmente lievi e curabili. Gli studi sugli **SGLT2i** suggeriscono anche che le persone con diabete di tipo 2 e malattia arteriosa periferica traggono maggiori benefici in termini di risultati assoluti dalla terapia con SGLT2i rispetto a quelli senza malattia arteriosa periferica, senza un aumento del rischio di eventi avversi maggiori degli arti.

I **GLP-1 RA, altra classe di farmaci innovativi**, aumentano invece la secrezione di insulina glucosio-dipendente e la soppressione del glucagone, rallentano lo svuotamento gastrico, frenano gli incrementi glicemici postprandiali e riducono l'appetito, l'apporto energetico e il peso corporeo. Oltre a migliorare l'HbA1c negli adulti con diabete di tipo 2, i GLP-1 RA sono stati anche approvati per ridurre il rischio di MACE negli adulti con diabete di tipo 2 con CVD accertata (liraglutide, semaglutide, dulaglutide sottocutaneo e semaglutide orale, etc.) o fattori di rischio cardiovascolare multipli. I recenti studi su GLP-1 RA a dosi più elevate hanno indicato benefici incrementali per glucosio e peso a dosi più elevate di GLP-1 RA, con percentuali maggiori di persone che raggiungono obiettivi glicemici e la capacità di aumentare gradualmente la dose per migliorare la tollerabilità gastrointestinale. Gli effetti collaterali più comuni dei GLP-1 RA sono di natura gastrointestinale (nausea, vomito e diarrea) e tendono a manifestarsi durante l'inizio e diminuiscono nel tempo. I GLP-1 RA promuovono il senso di sazietà, facilitando la riduzione dell'assunzione di cibo. E vengono utilizzati anche per la perdita di peso in particolare in caso di Obesità anche fuori dalla patologia diabetica. La **Metformina** a causa della sua elevata efficacia nell'abbassare l'HbA1c, del minimo rischio di ipoglicemia se usata in monoterapia, della neutralità del peso con il potenziale per una modesta perdita di peso, del buon profilo di sicurezza e del basso costo, è stata tradizionalmente raccomandata come terapia ipoglicemizzante di prima linea per la gestione del DM2. Tuttavia è in corso l'accettazione che altri approcci possano essere appropriati. In particolare, i benefici di GLP-1 RA e SGLT2i per gli esiti cardiovascolari e renali sono risultati indipendenti



Foto di Nataliya Vaitkevich: www.pexels.com

dall'uso di metformina, e quindi questi agenti dovrebbero essere considerati nelle persone con rischio accertato o elevato di CVD, SC o CKD, indipendentemente da uso di metformina. All'inizio del trattamento può essere presa in considerazione una terapia di combinazione precoce basata sulla necessità percepita di ulteriore efficacia glicemica o protezione cardiorenale per estendere il tempo al fallimento del trattamento. La metformina non deve essere utilizzata nelle persone con eGFR <30 ml/min per 1,73 m².

Gli inibitori della dipeptidil peptidasi 4 (DPP-4i) sono farmaci orali che inibiscono l'inattivazione enzimatica degli ormoni incretinici endogeni, con conseguente rilascio di insulina glucosio-dipendente e una diminuzione della secrezione di glucagone. Hanno un'efficacia ipoglicemizzante più modesta e un effetto neutro sul peso e sono ben tollerati con un rischio minimo di ipoglicemia. I CVOT hanno dimostrato la sicurezza cardiovascolare senza riduzione del rischio cardiovascolare di quattro DPP-4i (saxagliptin, alogliptin, sitagliptin e linagliptin). L'elevata tollerabilità

e la modesta efficacia di DPP-4i possono significare che sono adatti a popolazioni e considerazioni specifiche particolarmente fragili. Infatti il trattamento si è dimostrato efficace e sicuro negli anziani con DM 2.

Poli peptide insulinotropico glucosio-dipendente e GLP-1 RA. Già Nel maggio 2022, la Food and Drug Administration (FDA) statunitense ha approvato tirzepatide, un GIP e GLP-1 RA, per la somministrazione sottocutanea una volta alla settimana per migliorare il controllo del glucosio negli adulti con diabete di tipo 2 in aggiunta a un'alimentazione sana e all'esercizio fisico. La perdita di peso è maggiore rispetto agli altri GLP1. Ulteriori benefici metabolici includevano miglioramenti nel contenuto di grasso nel fegato e riduzione del volume del tessuto adiposo addominale viscerale e sottocutaneo. Sulla base dei risultati della meta-analisi, la tirzepatide è superiore ai suoi comparatori, inclusi altri GLP-1 RA a lunga durata d'azione, nella riduzione del glucosio e del peso corporeo, ora è possibile dal 2025 prescrivere il farmaco anche in Italia. Invece le nuove tendenze terapeutiche hanno fortemente ridimensionato l'uso delle **Sulfoniluree** e dei **tiazolidinedioni (TZD)**. Dell'**insulina** abbiamo già trattato nella prima parte di questa relazione ma comunque il vantaggio principale della terapia insulinica è che abbassa il glucosio in modo dose-dipendente e quindi può affrontare quasi tutti i livelli di glucosio nel sangue.

CONCLUSIONI

Ricordando che il DM2 è una patologia molto diffusa, giacché rappresenta il 90% di tutti i casi di diabete: secondo il Ministero della Salute, riguarda circa il 5% della popolazione, cioè oltre 3 milioni di persone a cui si stima possa aggiungersi almeno 1 milione di persone che hanno la malattia ma ancora non lo sanno. La NOVITA' più rilevante delle linee guida è senz'altro la "scomparsa" delle Sulfoniluree, famiglia di farmaci la cui azione consiste nello stimolare il pancreas a produrre maggiori quantità di insulina. Si raccomanda l'uso di metformina come farmaco di prima scelta per il trattamento a lungo termine in pazienti con diabete di tipo 2 senza pregressi eventi cardiovascolari. SGLT-2i e i GLP-1 vanno considerati in seconda linea, dopo la metformina, nei pazienti senza malattie cardiovascolari note, mentre vanno prescritti già in prima linea nei pazienti con patologie cardiovascolari. Detto ciò si comprende come sia davvero in atto nella gestione della patologia Diabetica di tipo 2 una vera rivoluzione COPERNICANA.

BIBLIOGRAFIA

1. Abraham MB, Nicholas JA, Smith GJ, et al. Reduction in hypoglycemia with the predictive I-58 low-glucose management system: a long-term randomized controlled trial in adolescents with Type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2017; 41: 303-10.
2. Davies M, Aroda V., Collins B, et al Management of hyperglycemia in type 2 diabetes a consensus report by the ADA and EASD 2022, *Diabetes Care* vol 45 (11) 2022 2753-2786. And *Diabetologia* 2022, 65: 1925 -1966.
3. Dicembrini I, Mannucci E, Monami M, Pala L. Impact of technology on glycaemic control in type 2 diabetes: A meta-analysis of randomized trials on continuous glucose monitoring and continuous subcutaneous insulin infusion. *Diabetes, obesity & metabolism* 2019;21:2619-25.
4. Faulds ER, Zappe J, Dungan KM. Real-world implications of HCL insulin delivery system. *Endocr Pract* 2019; 25: 477-84.
5. Giordano R. Prossima fermata l'isola che c'è. Italia: Compagnia Nuove Indie/Amazon, 2021.
6. Giordano R. Theatrical based medicine. Manuale di formazione al metodo. CNI /amazon e Pacini Editore 2021.
7. Giordano R. 100 anni di terapia insulinica (1921 -2021) il racconto e l'evoluzione della terapia insulinica con le altre innovazioni del diabete. *Atti dell'accademia lanciaiana* vol LXVI n.1 genn.-marzo 2022 I: 42-59.
8. Gruppo Annali AMD 2020. Diabete tipo 1. Indicatori di intensità/appropriatezza del trattamento farmacologico. <https://www.diabete.com/wpcontent/uploads/2020/10/Annali-nuova-versione2020>.
9. Holmes RS, Crabtree E, McDonagh MS. Comparative effectiveness and harms of long-acting insulins for type 1 and type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes, obesity & metabolism* 2019;21:984-92.
10. Johnston R, Uthman O, Cummins E, et al. Canagliflozin, dapagliflozin and empagliflozin monotherapy for treating type 2 diabetes: systematic review and economic evaluation. *Health technology assessment (Winchester, England)* 2017;21:1-218.
11. Lastretti M, Marchini F, Caputo A, Giordano R Communication through the theatrical based medicine method. Key to real-action in diabetology. 2019.
12. Madenidou AV, Paschos P, Karagiannis T, et al. Comparative Benefits and Harms of Basal Insulin Analogues for Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *Annals of internal medicine* 2018;169:165-74.
13. Mannucci E, Monami M, Candido R, Pintauro B, Targher G. Effect of insulin secretagogues on major cardiovascular events and all-cause mortality: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Nutrition, metabolism, and cardiovascular diseases : NMCD* 2020;30:1601-8.
14. Matejko B, Kukulka A, Kiec-Wilk B, Stapor A. Basal insulin dose in adults with type 1 diabetes mellitus on insulin pumps in real-life clinical practice: a single-center experience. *Adv in Med* 2018; 2: 1-5.
15. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. *Diabetes care* 2021;44:S111-s24.
16. Seferović PM, Coats AJS, Ponikowski P, et al. European Society of Cardiology/Heart Failure Association position paper on the role and safety of new glucose-lowering drugs in patients with heart failure. *European journal of heart failure* 2020;22:196-213.
17. Walsh J, Roberts R. Setting and testing your carb boluses. In: Torrey Pines Press, ed. *Pumping Insulin. Everything You Need for Success with an Insulin Pump*. 3rd ed. San Diego, CA: Torrey Pines Press; 2000: 105-3.

Le Polmoniti da Legionella



Prof. Giovanni Puglisi

Primario Emerito
Azienda Ospedaliera S.Camillo - Forlanini
Pneumologo

USI Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22
USI Marco Polo-Ostiense - Viale Marco Polo, 41
USI Lido di Ostia (Villa del Lido) - Viale del Lido, 3

INTRODUZIONE

La *Legionella pneumophila*, scoperta durante l'indagine di una epidemia di malattia respiratoria acuta febbrile scoppiata tra ex combattenti (American Legion) riuniti nel 1976 a Filadelfia (da cui il nome di malattia dei legionari), rappresenta la più comune (nell'85-90% dei casi) tra le diverse specie di legionella (almeno 19) in grado di causare una polmonite: l'1-8% delle polmoniti acquisite in comunità ospedalizzate, circa il 4% delle polmoniti letali nosocomiali. *Legionella pneumophila* produce diverse esotossine ed un'endotossina che sembrano coinvolte nella patogenesi dell'infezione come pure nelle manifestazioni extra polmonari che caratterizzano questa forma di polmonite. Sono state isolate alcune di queste tossine che inibiscono le funzioni fagocitarie, ed in particolare una fosfolipasi che inibisce il metabolismo ossidativo ed il killing intraleucocitario, come pure un inibitore della chemotassi. *Legionella pneumophila* è un patogeno gram negativo a localizzazione intracellulare: le cellule chiave nella difesa contro questo microrganismo sono i monociti ed i macrofagi alveolari. Negli ultimi anni si è potuto stabilire che è causa di epidemie non solo in comunità ma anche in ambiente nosocomiale. Generalmente i casi di infezione, che non si trasmette da persona a persona, si presentano sporadicamente nella tarda estate e le epidemie tendono a verificarsi in grandi strutture edilizie come alberghi ed ospedali. La *Legionella* è un microrganismo molto diffuso in natura. Dal serbatoio naturale (laghi, fiumi, acque termali, stagni) la *Legionella* passa nei siti che costituiscono il suo serbatoio artificiale (impianti idrici dell'acqua potabile, sia calda sia fredda; fontane; sistemi di condizionamento dell'aria, prevalentemente nelle torri di raffreddamento). La presenza di incrostazioni e di sedimenti nelle tubature (biofilm), oltre alle alte temperature (35-45°C) che si possono riscontrare, ad esempio, nelle acque termali possono, inoltre, favorirne la moltiplicazione. Non è, quindi, infrequente riscontrare la presenza di *Legionella* in molti impianti idrici dell'acqua potabile, anche se la presenza del microrganismo non è sempre associata allo sviluppo della malattia. Il rischio di infezione è principalmente correlato alla suscettibilità del soggetto esposto, oltre che al grado di intensità dell'esposizione. Per questo motivo le probabilità di infezione aumentano negli ospedali, dove si trovano pazienti immunocompromessi, anziani, soggetti debilitati ecc. L'infezione avviene principalmente per via respiratoria e attraverso più comunemente: docce (che producono un effetto aerosol), rubinetti, idromassaggi, fontane, umidificatori, acque di condensa di condizionatori.

ASPETTI CLINICO-TERAPEUTICI

La polmonite si può verificare in ogni fase della vita, ma la maggior parte dei pazienti sono uomini di mezza età. I fattori di rischio per contrarre tale infezione sono rappresentati dall'abitudine al tabagismo, dall'abuso di alcol, dalla condizione di immunodepressione specialmente quella dovuta a terapie con corticosteroidi. La polmonite da *Legionella pneumophila* può essere considerata sporadica quando riguarda soggetti immunocompromessi o è causa di polmoniti nosocomiali; epidemica, se si diffonde per via aspirativa di aerosol contenenti legionelle da sistemi di distribuzione di acqua contaminata o da sistemi di aria condizionata: per contrastarla, importanti sono le misure di ordine preventivo. L'acqua è dunque il serbatoio ambientale naturale della legionella. Non è mai stata dimostrata la trasmissione interumana. La polmonite ha un'incubazione compresa tra 2 e 10 giorni e si manifesta con sintomi respiratori e complicanze extrapolmonari: il quadro clinico può essere molto vario, a volte asintomatico. La maggior parte dei pazienti ha una fase prodromica che può simulare uno stato influenzale con malessere generale, febbre, mal di testa e mialgie; inizialmente modesti i sintomi respiratori con tosse prima secca e successivamente produttiva. L'esordio della polmonite è graduale, brusco nell'immunodepresso. Accanto ai sintomi sopra citati sono in genere presenti diarrea, nausea e vomito. Fra i sintomi extrapolmonari, possono anche esservi pericardite, miocardite, insufficienza renale: brividi, febbre alta (sintomo caratteristico), sintomi neurologici e addominali (confusione mentale, ematuria, insufficienza renale, alterazioni epatiche); in più del 50% dei pazienti è rilevabile bradicardia: uno stato mentale alterato con confusione, letargia o delirio è meno frequente. La compromissione respiratoria si spinge frequentemente fino all'insufficienza respiratoria. È rilevabile una moderata leucocitosi, iponatremia, ipofosfatemica e alterazioni della funzionalità epatica: più raramente una microscopica ematuria che può essere associata a danno della funzione renale. Radiologicamente la polmonite da *Legionella p.* può presentarsi in forme diverse: impegno interstiziale, infiltrati segmentari o lobari, interessamento di uno o più lobi. Il quadro radiografico in fase avanzata mostra frequentemente un interessamento del parenchima bilaterale con versamento pleurico. Occasionalmente, alcuni pazienti sviluppano ascessi polmonari ed opacità polmonari definibili come emboli settici. Il trattamento prevede la somministrazione di macrolidi (eventualmente associati a rifampicina nei casi più gravi). Sono

stati impiegati anche i fluorochinoloni con risultati promettenti. E' consigliato sospettare una polmonite da legionella quando la polmonite si presenta enigmatica fino al ricovero in UTIR, in presenza di una epidemia di legionellosi, in caso di fallimento ai beta-lattamici. Generalmente il percorso della malattia non è breve e il periodo di convalescenza è lento e le alterazioni radiografiche possono persistere per più di un mese.

ESAMI DI LABORATORIO

Le indagini utili per la diagnosi di laboratorio comprendono l'esame microscopico in immunofluorescenza su materiale proveniente dall'apparato respiratorio, l'esame culturale dell'escreato, la ricerca dell'antigene urinario, test sierologici per la ricerca degli anticorpi in immunofluorescenza indiretta. I test sierologici hanno prevalente importanza epidemiologica in quanto gli anticorpi compaiono tardivamente e quindi clinicamente hanno minore validità. In linea generale, le IgM fanno la loro comparsa precocemente e si riducono durante il periodo della convalescenza quando sono sostituite dalle IgG che possono persistere per anni. Sinteticamente gli esami da richiedere nel sospetto di una polmonite da legionella sono: - all'inizio: ricerca dell'antigene urinario, esame microscopico e culturale delle secrezioni respiratorie, indagini sierologiche per ricerca anticorpi antilegionella IgM e IgG; - dopo due settimane dall'esordio clinico: ripetizione della ricerca dell'antigene urinario, ricerca anticorpi antilegionella per valutare la sieroconversione. La positività dell'antigene solubile urinario può essere assente e gli anticorpi positivizzarsi tardivamente: ecco perché è opportuna la ripetizione di questi esami. In caso di sospetta Legionellosi è utilizzata la ricerca in fluorescenza diretta degli anticorpi o degli antigeni urinari. Dunque, la diagnosi di laboratorio si basa su metodi tradizionali e su tecniche di biologia molecolare: determinazione dell'antigene nelle urine, coltura di legionella da campioni clinici (espettorato, lavaggio o aspirato bronchiale, tessuto polmonare, essudato pleurico, sangue) e ambientali (acqua, torri di raffreddamento, climatizzatori), indagini sierologiche (tipizzazione dei ceppi isolati) e molecolari (AFLP: Amplified Fragment Length Polymorphisms, PFGE: Pulsed Field Gel Electrophoresis, SBT: Sequence Based Typing), amplificazione del DNA (PCR: Polymerase Chain Reaction) da campioni clinici e ambientali. Il metodo diagnostico più frequentemente utilizzato è rappresentato dalla rilevazione dell'antigene solubile urinario di *L. pneumophila* (84%), seguito dall'isolamento del microrganismo da materiale proveniente dall'apparato respiratorio (4,4%), dalla sierologia (3,3% sieroconversione, 7,8% singolo titolo elevato) e dalla Polimerase Chain Reaction - PCR (0,5%). E' bene far presente che in alcune fasi dell'infezione l'antigene solubile non è rilevabile nelle urine. E' inoltre da considerare che l'utilizzo solo del test dell'antigene solubile urinario fa sì che polmoniti dovute a specie o sierogruppi non riconosciuti da questo metodo non vengano diagnosticate. Pur riconoscendo l'utilità di tale test, è pertanto necessario utilizzarne anche altri (coltura e/o sierologia: isolamento del microrganismo, aumento di almeno 4

volte del titolo anticorpale specifico verso *Legionella p.* sierogruppo 1, rilevato sierologicamente mediante immunofluorescenza o microagglutinazione tra due sieri prelevati a distanza di almeno 10 giorni). E' da considerare un caso fortemente sospetto di polmonite da legionella in presenza di un singolo titolo anticorpale elevato($\geq 1:256$) verso *L. pneumophila* sierogruppo 1 con un quadro clinico-radiologico di infezione acuta delle basse vie respiratorie (segni di polmonite focale rilevabili all'esame clinico e segni radiologici di interessamento polmonare). L'aumentato livello del titolo anticorpale rilevabile 3-6 settimane dopo l'esordio della malattia non è generalmente presente al momento delle decisioni terapeutiche. Anche con appropriato trattamento, la mortalità per questa patologia è $\geq 15\%$ tra le forme acquisite in comunità e ancora più alta se si tratta di polmoniti in soggetti immunodepressi o ospedalizzati. Tuttavia in via di valutazione l'alto livello di ferritina quale marker diagnostico per la polmonite da legionella.

MISURE PREVENTIVE

Per prevenire la diffusione di legionella, si può procedere attraverso l'iperclorazione degli impianti idrici e il riscaldamento dell'acqua a 60° C, unitamente a costanti interventi di pulizia meccanica dei tubi per rimuovere il biofilm. Questi metodi, però, così come l'impiego di sistemi sterilizzanti ad UV, oltre a non essere sempre definitivamente efficaci, presentano inconvenienti, poiché quantità di cloro molto elevate e il riscaldamento dell'acqua a temperature superiori ai 60° C possono danneggiare le tubature (specie se si tratta di impianti molto vecchi) costituendo, inoltre, un rischio di ustione. Date le notevoli difficoltà di eliminazione della legionella, sono quindi di primaria importanza i controlli atti a verificarne la presenza e il successivo monitoraggio, allo scopo di assicurare che la concentrazione si mantenga entro livelli accettabili nel tempo.

QUADRI CLINICO-RADIOLOGICI

Vengono di seguito presentati alcuni quadri clinico-radiologici di esperienza personale, emblematici di infezione respiratoria da legionella. Nella Fig.1 si tratta di una polmonite da legionella manifestatasi radiologicamente con un interessamento interstiziale, prevalente a ds, e insufficienza respiratoria. Nella Fig.2 la manifestazione radiologica, in forma di addensamento polmonare, avrebbe potuto suggerire, prima della conferma diagnostica, anche una polmonite di diversa eziologia (es. polmonite da klebsiella, che frequentemente predilige i lobi polmonari superiori ed è altrettanto grave). La Fig.3 riguarda un caso di polmonite sn da legionella con grave insufficienza respiratoria, circostanza non rara nelle infezioni sostenute da questo patogeno. La Fig.4 dimostra come la polmonite da legionella sia sempre in agguato, nonostante l'aspetto radiologico e l'esame anamnestico possano suggerire, come in questo caso, quantomeno in fase iniziale, infezioni polmonari di altro genere e più frequenti: addensamento medio-basale sn, apparente assenza della fonte di contagio. I segni di danno polmonare, il versamento pleurico e le complicazioni extrapolmonari sono presenti nel severo caso mostrato

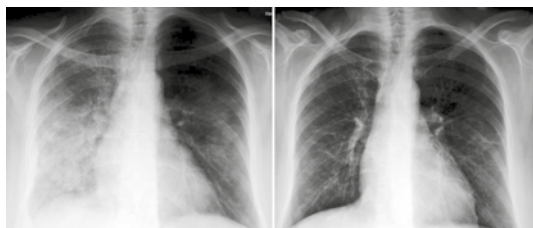


Fig.1 – Polmonite bilaterale da legionella. Anni 47, di sesso femminile. Paziente affetta da artrite reumatoide da vari anni. Da 10 giorni febbre, tosse e dispnea. Al ricovero, ipossiemia arteriosa, aumento delle transaminasi; all'esame obiettivo riscontro di crepitii in regione medio-basale bilaterale. Quadro radiologico: diffuso, tenue, disomogeneo opacamento del polmone ds con prevalenti aspetti di impegno interstiziale. Antibiotico terapia: Ceftazidime, Claritromicina. A sn radiografia iniziale, a ds radiografia a distanza di 12 giorni dopo terapia.

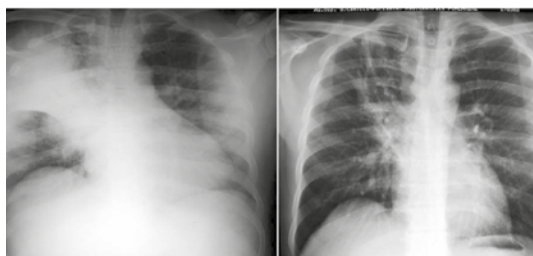


Fig.2 – Polmonite del lobo sup.ds da legionella. Anni 34, di sesso maschile. Non patologie degne di nota; febbre alta da 4 giorni. Leucocitosi, aumento delle transaminasi, disprotidemia, ipossiemia arteriosa. Quadro radiologico: area di consolidazione parenchimale a carico del lobo sup.ds, visibilmente ridotta nella radiografia di destra. Antibiotico terapia: Cefotaxime, Azitromicina. Le due radiografie sono state eseguite a distanza di un mese l'una dall'altra.

nella Fig.5. Per quanto riguarda la Fig.6, il quadro clinico riguarda una polmonite del lobo superiore ds da legionella in paziente con morbo di Crohn. L'evoluzione della polmonite da legionella in organizing pneumonia (presenza di aree di aumentata densità a vetro smerigliato e di frammenti di parenchima polmonare biotici con pattern a tipo organizing pneumonia) è in accordo, come in questo caso, con quanto riportato in letteratura, cioè la possibile associazione Morbo di Crohn – Organizing pneumonia. Nel caso della Fig.7, sebbene radiologicamente possa orientare, come quello della Fig.8, per una polmonite “tradizionale” (pneumococco), sono presenti patognomicamente i segni extrapolmonari della polmonite da legionella: sintomi neurologici, alterazioni epatiche e renali. La forma bilaterale della polmonite da legionella è rappresentata nella Fig.9; presenti insufficienza respiratoria, leucocitosi, alterazioni delle transaminasi. Infine, il caso rappresentato nella Fig.10 si riferisce ad un paziente con grave insufficienza respiratoria (evento presente non di rado nella polmonite da legionella), trasferito dal reparto in rianimazione.

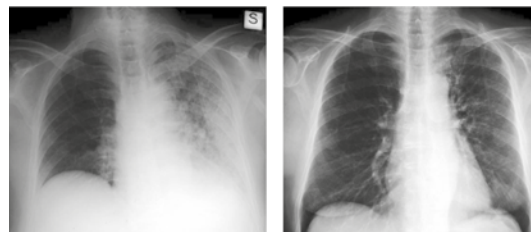


Fig.3 – Polmonite massiva del polmone sn da legionella in soggetto di sesso femminile e di anni 83. Intercorrono 11 giorni tra la prima e la seconda radiografia in cui è evidente un netto miglioramento.

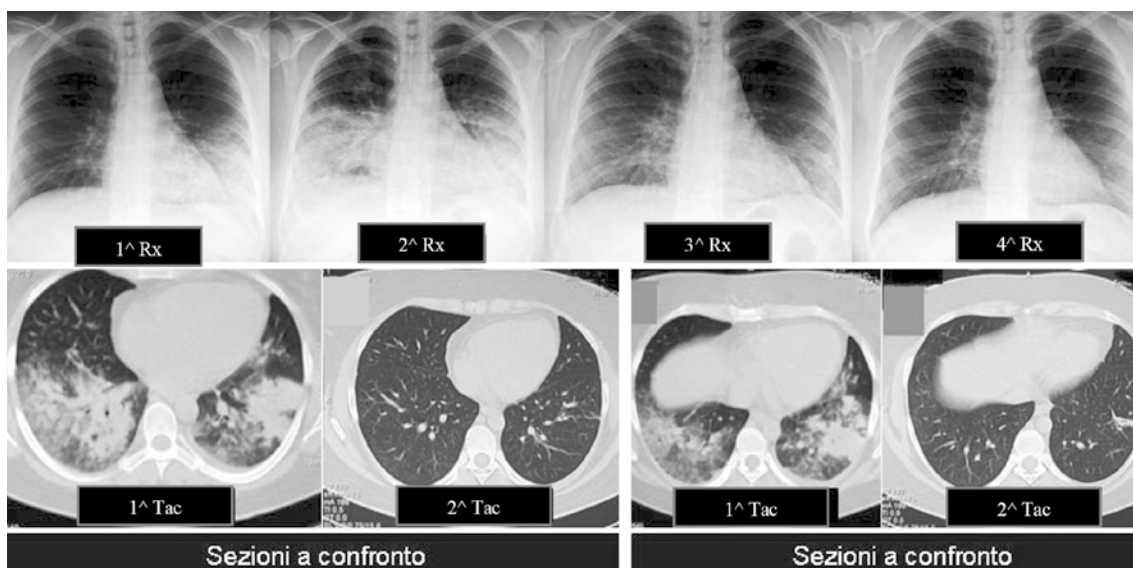


Fig.4 – Polmonite bilaterale da legionella. Anni 39, di sesso femminile. Febbre alta da alcuni giorni; tosse poco produttiva. Esaminata la prima radiografia del torace, veniva iniziata terapia con cefalosporine; le condizioni generali e respiratorie della paz. si aggravavano ulteriormente; notevole ipossiemia. Quadro radiografico (2^ Rx dopo 4 giorni) peggiorato; le alterazioni coinvolgevano anche il polmone ds; pervenuta positività dell'antigene urinario per legionella, veniva aggiunta alla terapia antibiotica Azitromicina e Rifampicina; graduale risoluzione del processo pneumonico bilaterale con progressivo miglioramento delle condizioni generali e respiratorie (3^ Rx dopo 12 giorni e 4^ Rx dopo 5 settimane). In basso la prima e seconda Tac del torace ad alta risoluzione (sezioni a confronto) eseguite rispettivamente all'inizio della malattia (addensamento parenchimale bilaterale) e dopo alcuni giorni di terapia con Azitromicina e Rifampicina (notevole miglioramento del quadro radiologico).

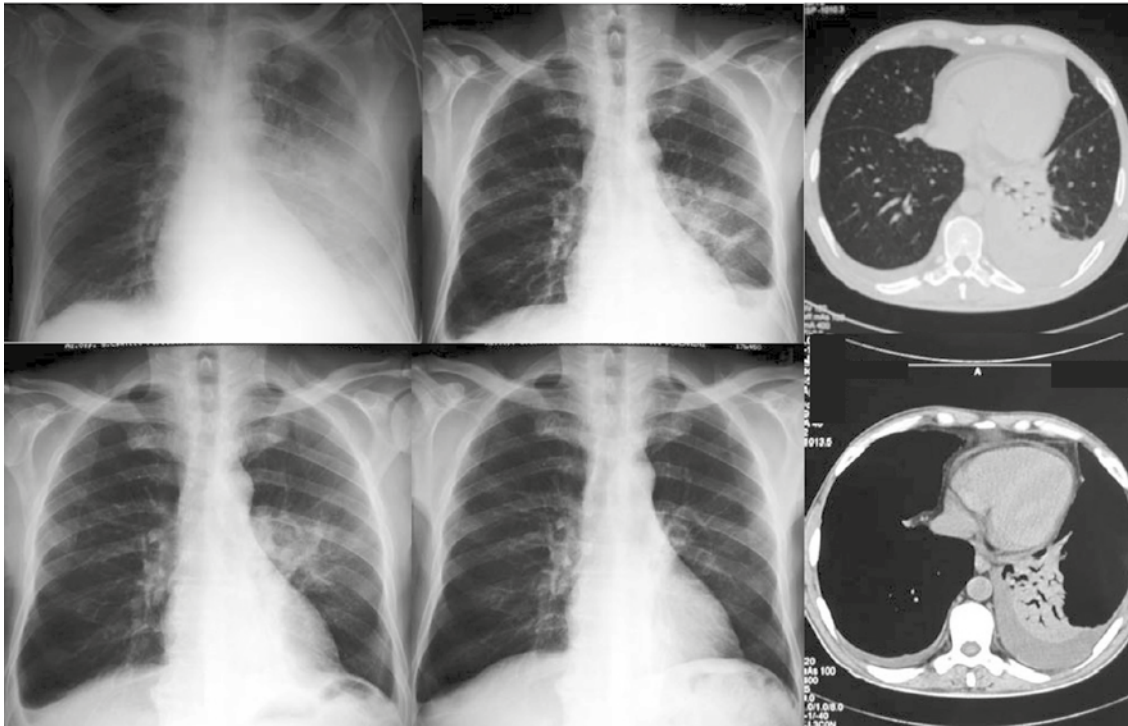


Fig.5 – Polmonite basale sn da legionella con pleurite omolaterale. Anni 58, di sesso maschile. Paziente in gravi condizioni generali, febbre elevata da 1 settimana, stato soporoso, dolore all'emittoce sn; dall'anamnesi raccolta dai familiari non patologie degne di nota. Durante la degenza insufficienza renale acuta, iperglicemia, leucocitosi, alterazione degli elettroliti, disprotidemia, stato anemico; ipossiemia arteriosa. Positiva la ricerca di antigene urinario e degli anticorpi sierici per legionella. Radiologicamente, esteso addensamento sfumato ed inhomogeneo del lobo inf. di sn con concomitante versamento pleurico. Tra la prima e l'ultima radiografia standard (in basso a destra in cui è presente la risoluzione del processo pneumonico) intercorrono 25 giorni. E' la Tac ad alta risoluzione, eseguita nei primi giorni, che mostra in modo particolareggiato, oltre al danno parenchimale, l'entità del versamento pleurico.

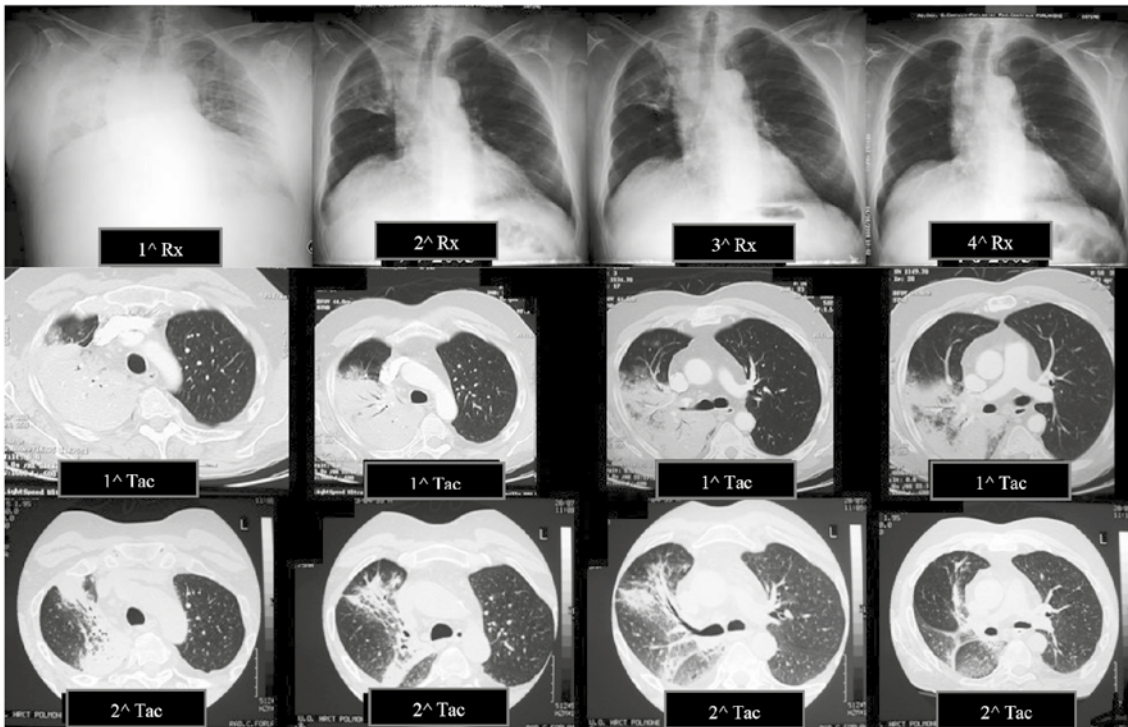


Fig.6 – Polmonite da legionella del lobo superiore ds in paziente di sesso maschile e di anni 50 affetto da Morbo di Crohn. Per ottenere una buona riduzione del processo infettivo sono stati necessari in questo caso 35 giorni (sequenza delle radiografie nella prima fascia di immagini in alto; riportate inoltre, nella seconda e terza fascia di immagini della presente figura, sezioni di due Tac a confronto eseguite nel corso della malattia a distanza di 3 settimane l'una dall'altra), durante i quali sono stati utilizzati diversi antibiotici (di cui in questa sede non vengono precisate sequenza e modalità di impiego): macrolidi, cefalosporine, rifampicina, antifungini).

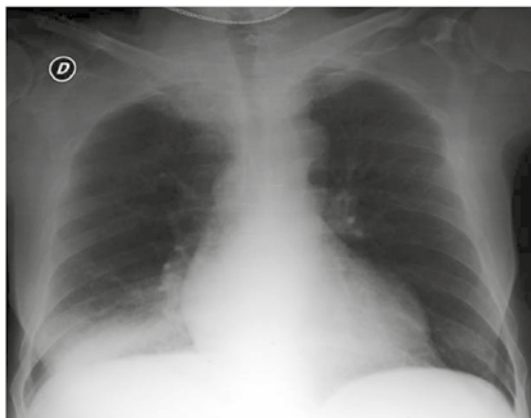


Fig.7 – Polmonite basale ds da legionella. Anni 63 di sesso maschile. Da 4-5 giorni astenia, inappetenza, brividi di freddo: episodio di retropulsione nella stazione eretta. Leucocitosi, alterazione degli enzimi epatici e dei parametri renali.

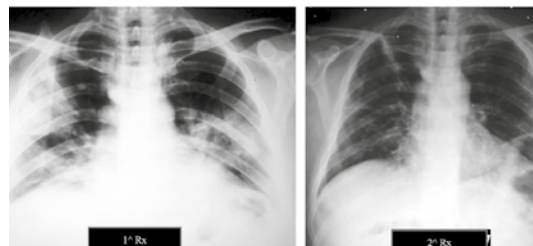


Fig.9 – Polmonite bilaterale da legionella anni 55 di sesso maschile (presenti insufficienza respiratoria, leucocitosi, alterazioni delle transaminasi). Nonostante la presenza di manifestazioni extrapolmonari, il netto miglioramento (Rx di destra) è avvenuto in un arco di tempo relativamente breve (a dieci giorni dalla prima radiografia).

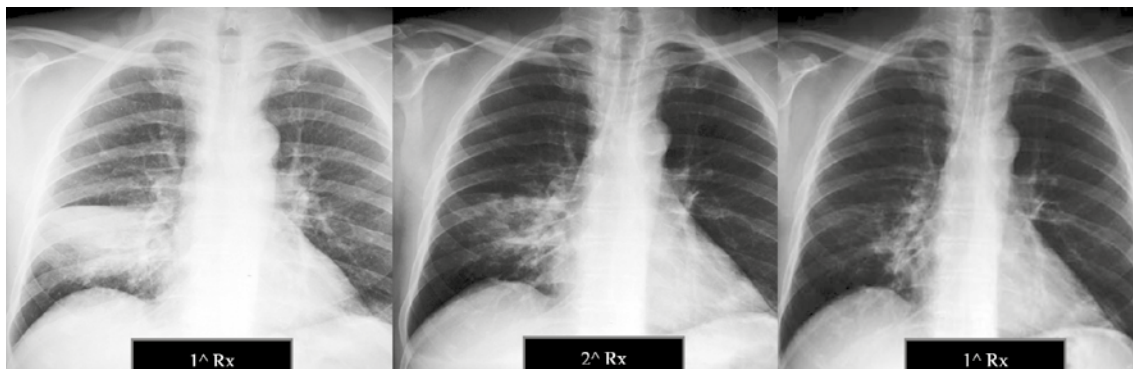


Fig.8 – Polmonite ds da legionella in paziente di sesso maschile e di anni 65 (singolare è la similitudine con una polmonite da pneumococco). La prima radiografia è quella iniziale, la seconda e la terza sono state eseguite rispettivamente dopo due settimane e dopo tre settimane dalla prima.

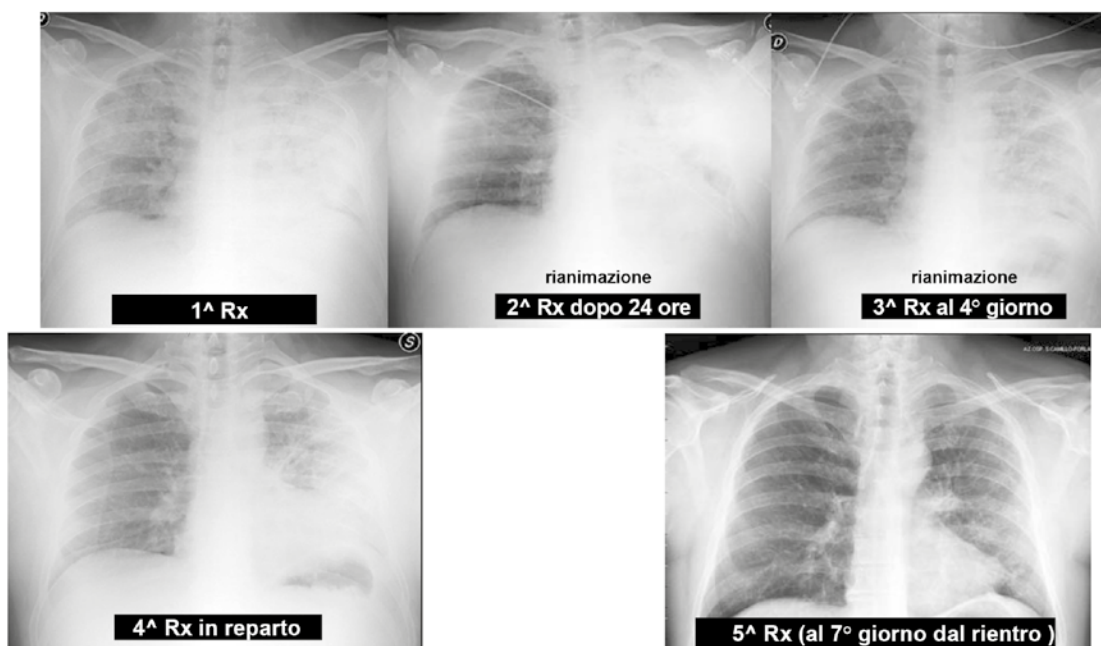


Fig.10 – Polmonite sn da legionella (Anni 44 di sesso maschile). Il paziente, per la grave insufficienza respiratoria, è stato trasferito dopo 24 ore in reparto di rianimazione, da cui è rientrato in reparto di degenza ordinario dopo 3 giorni, ove è rapidamente e nettamente migliorato in una settimana. Trattamento con Azitromicina, Rifampicina e Cefalosporine.

COMMENTI

Non potendo escludere associazioni polimicrobiche in corso di infezione respiratoria da legionella (i casi trattati riguardano polmoniti ospedalizzate acquisite in comunità e non polmoniti nosocomiali), accanto ai macrolidi (in particolare l'Azitromicina) e, quando necessario la Rifampicina, sono state somministrate anche betalattamine protette, in generale con buoni risultati. Il non raro riscontro di polmoniti da legionella (e, in generale, da patogeni atipici) che si manifestano frequentemente con modalità insolite e variabili deve indurci ad una ricerca in grado di identificarli sistematica, non più saltuaria, legata cioè solamente a casi selezionati di polmoniti. Nell'analisi e nel confronto, poi, delle polmoniti atipiche da legionella e da micoplasma, è interessante evidenziare quanto segue: aumento delle transaminasi (in egual misura in ambedue le polmoniti); ipossiemia arteriosa e alterazioni del quadro elettroforetico (molto frequentemente nella polmonite da legionella, sporadicamente nella polmonite da micoplasma); leucocitosi (pressoché regolarmente nella polmonite da legionella, raramente nella polmonite da micoplasma); insufficienza renale (esclusivamente e quasi sempre nella polmonite da legionella); alterazioni degli elettroliti (occasionalmente, solo nella polmonite da legionella).

CONCLUSIONI

Il percorso clinico-diagnostico riguardante la polmonite da legionella è spesso complesso e articolato; suggerisce inoltre per la sua frequente gravità di considerare sempre che una polmonite, comunque si manifesti, potrebbe essere una polmonite da legionella dal momento che la polmonite da legionella si presenta con caratteristiche differenti, non raramente proprie di altre polmoniti.

BIBLIOGRAFIA

1. American Thoracic Society Documents. Guidelines for the Management of Adults with Hospital-acquired, Ventilator-associated, and Healthcare-associated Pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med* 2005;171:388-416
2. Bartlett John G., Dowell Scott F., Mandell Lionel A., File Thomas M., Musher Daniel M., Fine Michael J. Practice guidelines for management of Community-Acquired Pneumonia in Adults. *Clinical Infectious Diseases* 2000; 31: 347-382
3. Cassiere HA, Fein AM. Severe community-acquired pneumonia. *Curr Opin Respir Med* 1996; 2:186-191
4. Cesari E, Ferrario A, Montanelli A. Prolonged effect of two combined methods for Legionella disinfection in a hospital water system. *Ann Ig.* 2007 Nov-Dec;19(6):525-32.
5. Cianciotto NP. Pathogenicity of Legionella pneumophila. *Int J Med Microbiol.* 2001 Nov;291(5):331-43
6. Cunha BA. Highly elevated serum ferritin levels as a diagnostic marker for Legionella pneumonia. *Clin Infect Dis.* 2008 Jun 1;46(11):1789-91
7. Cunha BA. Atypical pneumonias: current clinical concepts focusing on Legionnaires' disease. *Curr Opin Pulm Med.* 2008 May;14(3):183-94
8. Demello D, Kieriol-Andrews L, Scalise PJ. Severe sepsis and acute respiratory distress syndrome from community-acquired legionella pneumonia: case report. *Am J Crit Care.* 2007 May;16(3):320, 317.
9. Dionne M, Hatchette T, Forward K. Clinical utility of a Legionella pneumophila urinary antigen test in a large university teaching hospital. *Can J Infect Dis.* 2003 Mar;14(2):85-8.
10. Ditommaso S, Giacomuzzi M, Gentile M, Zotti CM. Antibody detection and cross-reactivity among species and serogroups of Legionella by indirect immunofluorescence test. *J Microbiol Methods.* 2008 Oct;75(2):350-3
11. Fine MJ, Auble TE, Yealy DM et al.: A prediction rule to identify low-risk patients with Community Acquired Pneumonia. *N Engl J Med* 1997; 336: 243-250
12. Garcia MT, Pelaz C. Effectiveness of disinfectants used in cooling towers against Legionella pneumophila. *Chemotherapy.* 2008;54(2):107-16.
13. Gleason PP. The emerging role of atypical pathogens in community-acquired pneumonia. *Pharmacotherapy* 2002;22(2):305-325.
14. Grau S, Antonio JM, Ribes E, Salvadó M, Garcés GM, Garau J. Impact of rifampicin addition to clarithromycin in Legionella pneumophila pneumonia. *Int J Antimicrob Agents.* 2006 Sep;28(3):249-52.
15. Haeuptle J et al. Prognostic value of procalcitonin in Legionella pneumonia. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2008 Aug 2
16. Joller N, Sporri R, Hilbi H, Oxenius A. Induction and protective role of antibodies in Legionella pneumophila infection. *Eur J Immunol.* 2007 Dec;37(12):3414-23.
17. Lynch JP 3rd. Hospital acquired pneumonia: risk factors, microbiology and treatment. *Chest* 2001;119(suppl 2):373S-384S
18. Mandell LA, Bartlett JG, Dowell SF, File TM, Musher DM, Whitney C. Update of practice guidelines for the management of Community Acquired Pneumonia in immunocompetent adult. *Clinical Infectious Diseases* 2003;37:1405-1433
19. Mandell LA et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. *Clin Infect Dis.* 2007 Mar 1;44 Suppl 2:S27-72.
20. Marrie TJ et al. Legionnaires' disease - Results of a multicentre Canadian study. *Can J Infect Dis.* 2003 May;14(3):154-8.
21. Mouchtouri V, Velonakis E, Hadjichristodoulou C. Thermal disinfection of hotels, hospitals, and athletic venues hot water distribution systems contaminated by Legionella species. *Am J Infect Control.* 2007 Nov;35(9):623-7.
22. Puglisi G, Farinelli G. Gestione e trattamento delle polmoniti comunitarie ospedalizzate. Le

- malattie dell'apparato respiratorio 2001; Giugno, numero speciale: 5-19
23. Puglisi G. Polmoniti acquisite in comunità da "Trattato di Pneumologia" C.M.Fiorani, F.Fiorucci, G.Munafò, F.Pasqua, G.Puglisi.Edizioni Verduci 2006 I Vol: 619-634
 24. Wadowsky RM, Castilla EA, Laus S et al. Evaluation of Chlamydia pneumoniae and Mycoplasma pneumoniae as etiologic agents of persistent cough in adolescents and adults. *J Clin Microbiol* 2000;40(2):637-640.
 25. Yu VL, Stout JE. Community-acquired legionnaires disease: implications for underdiagnosis and laboratory testing.*Clin Infect Dis*. 2008 May 1;46(9):1365-7
 26. American Thoracic Society Documents. Guidelines for the Management of Adults with Hospital-acquired, Ventilator-associated, and Healthcare-associated Pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med* 2005;171:388-416
 27. Bartlett John G., Dowell Scott F., Mandell Lionel A., File Thomas M., Musher Daniel M., Fine Michael J. Practice guidelines for management of Community-Acquired Pneumonia in Adults.*Clinical Infectious Diseases* 2000; 31: 347-382
 28. Cassiere HA, Fein AM. Severe community-acquired pneumonia.*Curr Opin Respir Med* 1996; 2:186- 191
 29. Cesari E, Ferrario A, Montanelli A. Prolonged effect of two combined methods for Legionella disinfection in a hospital water system. *Ann Ig*. 2007 Nov-Dec;19(6):525-32.
 30. Cianciotto NP.Pathogenicity of Legionella pneumophila.*Int J Med Microbiol*. 2001 Nov;291(5):331- 43
 31. Cunha BA. Highly elevated serum ferritin levels as a diagnostic marker for Legionella pneumonia.*Clin Infect Dis*. 2008 Jun 1;46(11):1789-91
 32. Cunha BA. Atypical pneumonias: current clinical concepts focusing on Legionnaires' disease.*Curr Opin Pulm Med*. 2008 May;14(3):183-94
 33. Demello D, Kieriol-Andrews L, Scalise PJ. Severe sepsis and acute respiratory distress syndrome from community-acquired legionella pneumonia: case report.*Am J Crit Care*. 2007 May;16(3):320, 317.
 34. Dionne M, Hatchette T, Forward K. Clinical utility of a Legionella pneumophila urinary antigen test in a large university teaching hospital.*Can J Infect Dis*. 2003 Mar;14(2):85-8.
 35. Ditommaso S, Giacomuzzi M, Gentile M, Zotti CM. Antibody detection and cross-reactivity among species and serogroups of Legionella by indirect immunofluorescence test.*J Microbiol Methods*. 2008 Oct;75(2):350-3
 36. Fine MJ, Auble TE, Yealy DM et al.: A prediction rule to identify low-risk patients with Community Acquired Pneumonia. *N Engl J Med* 1997; 336: 243-250
 37. Garcia MT, Pelaz C. Effectiveness of disinfectants used in cooling towers against Legionella pneumophila.*Chemotherapy*. 2008;54(2):107-16.
 38. Gleason PP. The emerging role of atypical pathogens in community-acquired pneumonia. *Pharmacotherapy* 2002;22(2):305-325.
 39. Grau S, Antonio JM, Ribes E, Salvadó M, Garcés GM, Garau J. Impact of rifampicin addition to clarithromycin in Legionella pneumophila pneumonia.*Int J Antimicrob Agents*. 2006 Sep;28(3):249- 52.
 40. Haeuptle J et al. Prognostic value of procalcitonin in Legionella pneumonia.*Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2008 Aug 2
 41. Joller N, Sporri R, Hilbi H, Oxenius A. Induction and protective role of antibodies in Legionella pneumophila infection.*Eur J Immunol*. 2007 Dec;37(12):3414-23.
 42. Lynch JP 3rd. Hospital acquired pneumonia: risk factors, microbiology and treatment. *Chest* 2001;119(suppl 2):3735-3845
 43. Mandell LA, Bartlett JG, Dowell SF, File TM, Musher DM, Whitney C. Update of practice guidelines for the management of Community Acquired Pneumonia in immunocompetent adult. *Clinical Infectious Diseases* 2003;37:1405-1433
 44. Mandell LA et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. *Clin Infect Dis*. 2007 Mar 1;44 Suppl 2:S27-72.
 45. Marrie TJ et al. Legionnaires' disease - Results of a multicentre Canadian study.*Can J Infect Dis*. 2003 May;14(3):154-8.
 46. Mouchtouri V, Velonakis E, Hadjichristodoulou C. Thermal disinfection of hotels, hospitals, and athletic venues hot water distribution systems contaminated by Legionella species. *Am J Infect Control*. 2007 Nov;35(9):623-7.
 47. Puglisi G, Farinelli G. Gestione e trattamento delle polmoniti comunitarie ospedalizzate. Le malattie dell'apparato respiratorio 2001; Giugno, numero speciale: 5-19
 48. Puglisi G. Polmoniti acquisite in comunità da "Trattato di Pneumologia" C.M.Fiorani, F.Fiorucci, G.Munafò, F.Pasqua, G.Puglisi.Edizioni Verduci 2006 I Vol: 619-634
 49. Wadowsky RM, Castilla EA, Laus S et al. Evaluation of Chlamydia pneumoniae and Mycoplasma pneumoniae as etiologic agents of persistent cough in adolescents and adults. *J Clin Microbiol* 2000;40(2):637-640.
 50. Yu VL, Stout JE. Community-acquired legionnaires disease: implications for underdiagnosis and laboratory testing.*Clin Infect Dis*. 2008 May 1;46(9):1365-7

Benessere e socializzazione tramite il rugby in carrozzina. Lo sport per tutti e il futuro dei giovanissimi

Romanes Wheelchair Rugby

Sede Legale: Piazzale delle Belle Arti, 2 - 00196 Roma
info@romanes.it - www.romanes.it



Lo sport, qualsiasi esso sia e a qualsiasi livello venga praticato, aiuta a tenersi in forma, ma anche ad autodeterminarsi, diventando artefici e non vittime del proprio presente, della propria condizione fisica e del proprio stato d'animo. Questo vale per lo sport in generale, ma nello sport destinato a persone con disabilità sentirsi protagonisti e non vittime assume un significato particolarmente importante.

Il rugby in particolare è un eccellente esempio di sport di squadra. Ci sono ruoli diversi a seconda del proprio fisico e avere caratteristiche diverse è essenziale per la buona riuscita del gioco. Quindi, sia che venga praticato in piedi che seduti, con un corpo normodotato o con disabilità, il rugby apre la porta a tutti e si fonda sulla diversità delle persone.

I Romanes sono un'associazione sportiva dilettantistica fondata nel 2015, che promuove il rugby in carrozzina a Roma e, anche grazie al sostegno di USI, sono recentemente riusciti a implementare le proprie attività e permettere che la squadra oggi possa viaggiare a due velocità. Si investono risorse per dare spazio e tempo all'impegno agonistico della prima squadra, che partecipa al campionato italiano e ai tornei internazionali, allenati sin dagli esordi da Roberto Convito per quanto riguarda la parte tattica e dal preparatore atletico e triatleta Alessio Parisi per massimizzare la resistenza e il controllo della carrozzina sportiva, supportati dall'immane staff composto dal meccanico Gabriele Corsi, da Martina Brandini, Fabio Peschi e Nicolò Carlieri. Allo stesso tempo si investono risorse per dare spazio a una squadra amatoriale, aperta a persone con ogni tipo di disabilità motoria, di tutte le età, con e senza esperienza di gioco, che sentono il bisogno di fare attività fisica per tenersi in forma, per il puro piacere personale di praticare un po' di sport e per sentirsi connesse ad altre persone. La squadra amatoriale si allena con il supporto di uno staff di volontari, che ha sempre bisogno di nuovi elementi, e seguendo le indicazioni dei giocatori più esperti, che per un giorno a settimana assumono a turno il ruolo di allenatori.

Il rugby in carrozzina è dedicato a persone con disabilità più gravi rispetto a quelle previste per esempio dal regolamento del basket in carrozzina. È prevista una disabilità, anche lieve, ma che coinvolga sia agli arti inferiori che superiori. In Italia tra l'altro la federazione sotto la quale ricade il rugby in carrozzina, la Fispes (Federazione Italiana Sport Paralimpici e Sperimentali), ha fatto una deroga al regolamento internazionale, consentendo di giocare anche a persone con disabilità ai soli arti inferiori. Quindi, il movimento del rugby in carrozzina a Roma è nato sì con il sogno di una squadra agonistica, ma principalmente con l'intento di offrire un'opportunità e per ampliare le possibilità di socializzazione a tutte quelle persone



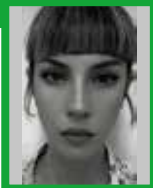
con una disabilità grave che tendono ancora oggi a isolarsi e a rimanere chiuse dentro casa.

Il primo reclutatore di questa campagna è stato Pietro Guerra, infermiere presso lo storico Centro Paraplegici di Ostia. Pietro ha seguito la nazionale italiana di rugby in carrozzina sin dagli albori nel 2010 e continua a essere un importante sostenitore e reclutatore dei Romanes, grazie al rapporto prima di tutto umano che riesce a stabilire con tutti i frequentatori, nuovi e di lunga data, del CPO di Ostia. Il passa parola e le reti sociali hanno fatto il resto ma con un bacino di possibili atleti che è stato calcolato aggirarsi intorno alle 5.000 persone a Roma e provincia, c'è evidentemente ancora molto da fare per riuscire a convincere le persone a uscire di casa e diventare protagoniste della propria vita cimentandosi in uno sport come il rugby in carrozzina.

Ultimamente i Romanes stanno riscontrando una limitata disponibilità in termini di palestra rispetto ai propri progetti, e le due squadre, quella agonistica e quella amatoriale si allenano per il momento in luoghi e in giorni diversi, con evidenti problemi logistici. I Romanes stanno concentrando i propri sforzi alla ricerca di un'unica casa, una palestra accessibile, con una buona disponibilità di giorni e orari, per permettere di moltiplicare le possibilità di allenamento per tutte le squadre, compreso il sogno di una squadra di rugby in carrozzina per bambini e adolescenti con disabilità. Un sogno nato dalla collaborazione in atto con la Bebe Vio Academy, dove Fabiano Lioi, giocatore di lunga data e artista a tutto tondo, insieme a Eleonora Iacopini, segretario generale dell'associazione e mamma lavoratrice, ogni settimana presso l'impianto sportivo della Sapienza Sport aiutano i bambini della BVA a prendere confidenza con le regole del gioco del rugby in carrozzina e imparare l'importanza di avere ciascuno un ruolo diverso in uno sport di squadra, ovviamente divertendosi.

Tanti obiettivi diversi, tante persone diverse, un'unica squadra.

Disturbo depressivo maggiore



Dott.ssa Giulia Marchiani

Psicologa Clinica, Forense e Psicoterapeuta
USI Pietralata - Via dei Durantini, 362



Il disturbo depressivo maggiore, incluso nei disturbi depressivi, si manifesta in modo inconfondibile: la tristezza invincibile, la mancanza di energie, l'anedonia (incapacità di godere dei normali piaceri), i disturbi vegetativi (problemi di alimentazione, sonno e autoregolazione) questa condizione può influire significativamente sulla vita di chi ne è affetto intaccando il lavoro, le relazioni e la qualità della vita.

I disturbi depressivi includono: il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, il disturbo depressivo persistente (distimia), il disturbo disforico premenstruale, il disturbo depressivo dovuto da sostanze/farmaci, il disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica, il disturbo depressivo con altra specificazione e il disturbo depressivo senza specificazione. (DSMV)

La causa del disturbo depressivo maggiore può derivare da una combinazione di fattori genetici, biologici, psicologici e ambientali è importante trattare questa condizione attraverso una combinazione di psicoterapia e in alcuni casi farmaci antidepressivi. Il trattamento può aiutare a migliorare la qualità della vita e a ridurre i sintomi.

Secondo il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali V edizione (DSMV) i criteri diagnostici sono:

A. Cinque (o più) dei seguenti sintomi sono stati contemporaneamente presenti durante un periodo di 2 settimane e rappresentano un cambiamento

rispetto al precedente livello di funzionamento; almeno uno dei sintomi è 1) umore depresso o 2) perdita di interesse o piacere.

1. Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, come riportato dall'individuo (per es., si sente triste, vuoto/a, disperato/a) o come osservato da altri (per es, appare lamentoso/a). (Nota: Nei bambini e negli adolescenti, l'umore può essere irritabile.)
2. Marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni (come indicato dal resoconto soggettivo o dall'osservazione).
3. Significativa perdita di peso, non dovuta a dieta, o aumento di peso (per es., un cambiamento superiore al 5% del peso corporeo in un mese) oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi tutti i giorni. (Nota: Nei bambini, considerare l'incapacità di raggiungere i normali livelli ponderali.)
4. Insonnia o ipersonnia quasi tutti i giorni.
5. Agitazione o rallentamento psicomotori quasi tutti i giorni (osservabile dagli altri; non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto/a o rallentato/a).
6. Faticabilità o mancanza di energia quasi tutti i giorni.
7. Sentimenti di autovalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati (che possono essere deliranti),

quasi tutti i giorni (non semplicemente autoaccusa o sentimenti di colpa per il fatto di essere ammalato/a).

8. Ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione, quasi tutti i giorni (come impressione soggettiva o osservata da altri).
9. Pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suici-daria senza un piano specifico o un tentativo di suicidio o un piano specifico per commettere suicidio.
 - I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.
 - L'episodio non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o a un'altra condizione medica.

Il disturbo depressivo maggiore è complesso e può derivare da diversi fattori:

- **Biologici:** squilibri nei neurotrasmettitori (serotonina, dopamina, noradrenalina)
- **Genetici:** una storia familiare di depressione può aumentare il rischio
- **Psicologici:** esperienze traumatiche, stress prolungato, personalità predisponente
- **Ambientali:** isolamento sociale, problemi lavorativi, economici o relazionali

Il suddetto disturbo, è caratterizzato da episodi distinti dalla durata di almeno due settimane che comportano nette modificazioni affettive, cognitive, nelle funzioni neurovegetative e remissioni inter-episodiche (DSMV) inoltre è fondamentale considerare la differenza tra la tristezza e il dolore fisiologico da una episodio depressivo maggiore in quanto il lutto può indurre grande sofferenza ma non induce a tale patologia.

L'umore, in un episodio depressivo maggiore, viene spesso descritto dall'individuo come depresso, triste, disperato, scoraggiato o "giù di corda" (Criterio A1). In alcuni casi, la tristezza può essere inizialmente negata ma può essere elicitata in seguito attraverso il colloquio clinico (per es., facendo notare che l'individuo sembra sul punto di piangere). In alcuni individui che lamentano di sentirsi "spenti" di non avere sentimenti o di sentirsi ansiosi, la presenza di umore depresso può essere dedotta dall'espressione del viso e dall'atteggiamento, enfatizzano i sintomi fisici (per es., fastidi e dolori corporei) anziché riferire sentimenti di tristezza. Le persone riferiscono o mostrano un aumento dell'irritabilità (per es., rabbia persistente, tendenza a rispondere agli eventi con accessi di ira o prendendosela con gli altri, esagerato senso di frustrazione per questioni irrilevanti). Nei bambini e negli adolescenti si può manifestare un umore irritabile o scontroso piuttosto che triste o abbattuto questa manifestazione clinica dovrebbe essere distinta da un pattern di irritabilità sotto frustrazione. (DSMV) La perdita di interesse o piacere è quasi sempre presente e i pazienti possono riferire di sentirsi meno interessati agli hobby, di "non curarsene più"

o di non provare alcun piacere in attività precedentemente considerate piacevoli (Criterio A2). I familiari notano spesso ritiro sociale o abbandono delle occupazioni piacevoli (per es., un giocatore di golf precedentemente appassionato non gioca più, un bambino cui piaceva il calcio trova scuse per non praticarlo). (DSMV)

Il disturbo depressivo maggiore è associato a numerose alterazioni nei sistemi neuroendocrini in particolare negli assi **ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA)**, **ipotalamo-ipofisi-tiroide (HPT)** e **ipotalamo-ipofisi-gonadi (HPG)** oltre a modificazioni nei livelli di neuropeptidi e neurotrasmettitori.

1. Asse Ipotalamo-Ipofisi-Surrene (HPA)

L'iperattività dell'asse HPA è una delle alterazioni neuroendocrine più studiate nella depressione e include: l'aumento della secrezione di **CRH (ormone di rilascio della corticotropina)** dall'ipotalamo, l'elevata produzione di **ACTH (ormone adrenocorticotropo)** da parte dell'ipofisi anteriore, ipercortisolemia (**aumento del cortisolo**), spesso associata a ridotta sensibilità del feedback negativo da parte dei glucocorticoidi sui recettori nel sistema limbico e nell'ipotalamo infine indebolimento della risposta al test di soppressione con desametasone indicativa di una disfunzione nel feedback negativo.

L'iperattivazione dell'asse HPA è correlata alla neurotossicità del cortisolo che può contribuire all'atrofia dell'ippocampo una struttura chiave nella regolazione dell'umore.

2. Asse Ipotalamo-Ipofisi-Tiroide (HPT)

L'ipofunzione dell'asse tiroideo riguarda: ridotti livelli di T3 e T4 liberi nonostante livelli normali di TSH, diminuzione della risposta del TSH alla stimolazione con TRH, suggerendo un decremento della sensibilità ipofisaria e ipotiroidismo subclinico che può contribuire ai sintomi depressivi.

3. Asse Ipotalamo-Ipofisi-Gonadi (HPG)

Nelle donne si osservano alterazioni nei livelli di estrogeni e progesterone che possono modulare la neurotrasmissione serotoninergica e dopaminergica invece negli uomini con depressione maggiore si riscontrano livelli più bassi di testosterone correlati con sintomi come anedonia e affaticamento.

4. Alterazioni in Neuropeptidi e Neurotrasmettitori:

Disfunzioni della serotonina (5-HT): livelli ridotti di serotonina e della sensibilità dei suoi recettori sono associati alla depressione, diminuzione della noradrenalina e della dopamina che contribuiscono ai sintomi di anedonia oltre alla diminuzione della motivazione e secrezione di ossitocina e vasopressina implicate nella regolazione dell'umore e nei legami sociali.

L'iperattivazione dell'asse HPA e le alterazioni degli altri sistemi endocrini giocano un ruolo cruciale nella patofisiologia della malattia, influenzando sia i sintomi sia la risposta ai trattamenti farmacologici.

Gli esosomi in Medicina Estetica: pro e contro



Dott. Stefan Dima

Responsabile Reparto di Medicina Estetica

Master Universitario di 2° livello in

“Medicina Estetica e Terapia Estetica”

(Università di Camerino - Università degli Studi di Torino)

Tel. 06/32868.288-32868.1 | Cell. 337/738696 | e-mail: medestetica@usi.it



Foto freepik.com

Negli ultimi anni la Medicina Estetica ha fatto grandi passi avanti grazie all'introduzione di tecnologie e trattamenti innovativi. Tra le novità più promettenti spiccano gli esosomi, piccole vescicole extracellulari che stanno guadagnando un ruolo centrale in molti protocolli di ringiovanimento e riparazione cutanea. Ma quali sono i pro e i contro del loro utilizzo? Inoltre, quale futuro possiamo immaginare per questi strumenti in un settore in continua evoluzione?

COSA SONO GLI ESOSOMI?

Gli esosomi sono microscopiche vescicole prodotte naturalmente da molte cellule del corpo, in particolare da cellule staminali mesenchimali. Hanno una dimensione di circa 30-150 nanometri e contengono una varietà di molecole bioattive, tra cui proteine, RNA messaggero, microRNA e lipidi. Queste sostanze agiscono come messaggeri cellulari, favorendo la comunicazione tra cellule e stimolando processi di rigenerazione e riparazione.

La peculiarità degli esosomi risiede nella loro capacità di trasferire informazioni biologiche, favorendo la rigenerazione tissutale e la risposta ai danni. In medicina estetica, gli esosomi sono estratti e purificati per essere utilizzati come trattamento in grado di migliorare la qualità della pelle, ridurre le rughe, stimolare la crescita dei capelli e accelerare la gua-

rigione delle ferite. Alcuni studi suggeriscono anche il loro potenziale nell'affrontare problematiche più complesse, come cicatrici o pigmentazioni irregolari.

I BENEFICI DEGLI ESOSOMI

Gli esosomi offrono numerosi vantaggi che li rendono un'opzione allettante nella medicina estetica:

1. **Rigenerazione cellulare:** Grazie al loro contenuto di molecole bioattive, gli esosomi possono stimolare la rigenerazione dei tessuti, favorendo la produzione di collagene ed elastina. Questo processo è fondamentale per contrastare i segni dell'invecchiamento e migliorare la qualità della pelle.
2. **Effetto anti-infiammatorio:** Gli esosomi hanno dimostrato di ridurre l'infiammazione, rendendoli ideali per trattamenti post-procedura o per pelli sensibili. Questa caratteristica li rende particolarmente adatti per pazienti con condizioni cutanee delicate o stressate.
3. **Miglioramento della texture e del tono della pelle:** Sono in grado di uniformare il tono cutaneo e migliorare l'aspetto generale della pelle, conferendo un aspetto più giovane e sano. Gli esosomi possono anche essere utilizzati per trattare macchie scure e altri segni di fotoinvecchiamento.
4. **Assenza di effetti collaterali gravi:** Essendo derivati da cellule umane, gli esosomi presentano un rischio estremamente basso di reazioni allergiche o rigetto. Ciò li rende un trattamento sicuro e accessibile a un'ampia gamma di pazienti.

5. Versatilità: Possono essere utilizzati in combinazione con altri trattamenti estetici, come micro-needling, laser e filler, per potenziarne gli effetti. Inoltre, alcuni professionisti li utilizzano come supporto per accelerare i tempi di recupero dopo interventi chirurgici.

I LIMITI E I RISCHI DEGLI ESOSOMI

Nonostante i benefici, l'utilizzo degli esosomi presenta alcune criticità che non possono essere trascurate:

1. Regolamentazione poco chiara: In molti paesi, incluso l'Italia, gli esosomi non sono ancora strettamente regolamentati, il che rappresenta un limite significativo per la loro adozione su vasta scala. La mancanza di normative precise comporta una serie di problemi, tra cui la variabilità nella qualità dei prodotti, la possibile presenza di contaminanti e l'incertezza sui reali benefici terapeutici. Inoltre, l'assenza di standard di produzione riconosciuti a livello internazionale complica la valutazione dell'affidabilità dei diversi fornitori. Questa lacuna regolamentare non solo rende difficile per i medici estetici scegliere prodotti sicuri ed efficaci, ma crea anche dubbi e diffidenza nei pazienti, che potrebbero essere riluttanti a sottoporsi a trattamenti non pienamente validati. Una regolamentazione chiara e rigorosa potrebbe non solo aumentare la sicurezza dei trattamenti, ma anche contribuire a una maggiore diffusione degli esosomi nel mercato della medicina estetica. Ciò richiede un impegno coordinato tra enti regolatori, comunità scientifica e aziende del settore, per definire linee guida standardizzate che garantiscano trasparenza, sicurezza e qualità.
2. Costi elevati: I trattamenti a base di esosomi sono spesso caratterizzati da costi molto elevati, che rappresentano una barriera significativa per la loro diffusione su larga scala. Il processo di produzione degli esosomi, dalla loro estrazione alla purificazione e al confezionamento, richiede tecnologie avanzate e una manodopera altamente qualificata. Ciò si traduce in prezzi elevati per i

consumatori finali, rendendo questi trattamenti accessibili solo a una ristretta fascia di pazienti con disponibilità economiche superiori alla media. Questo problema è ulteriormente aggravato dalla mancanza di standardizzazione e dalla presenza di pochi produttori qualificati, che contribuiscono a mantenere alti i costi. Nonostante i potenziali benefici degli esosomi, la loro applicazione potrebbe quindi essere limitata a causa dell'impossibilità per molti pazienti di permettersi tali trattamenti. Per rendere questa tecnologia più democratica, sarebbe necessario investire in ricerca per sviluppare metodi di produzione più economici e accessibili. Inoltre, i costi elevati potrebbero rallentare anche la diffusione tra i professionisti della medicina estetica, che potrebbero preferire opzioni più economiche o consolidate per i loro pazienti. La riduzione dei costi potrebbe non solo ampliare la base di utenti, ma anche stimolare ulteriori innovazioni e applicazioni degli esosomi in ambito estetico e medico.

3. Rischio di contaminazione: La purificazione degli esosomi richiede tecnologie avanzate, che includono processi complessi come l'ultracentrifugazione, la cromatografia e l'analisi molecolare per garantire l'assenza di impurità. Se questi passaggi non vengono eseguiti correttamente, esiste il rischio che i prodotti finali contengano contaminanti, come residui cellulari, proteine indesiderate o addirittura agenti patogeni. Queste impurità potrebbero non solo compromettere l'efficacia del trattamento ma causare anche effetti collaterali imprevedibili, come reazioni infiammatorie o allergiche. Il rischio aumenta ulteriormente se le procedure di produzione non sono sottoposte a rigorosi controlli di qualità o se vengono utilizzati materiali di partenza di origine incerta. Per esempio, la provenienza delle cellule da cui si estraggono gli esosomi è cruciale: cellule di bassa qualità o provenienti da fonti non affidabili possono introdurre variabili pericolose nel prodotto fi-



Foto freepik.com

nale. Inoltre, l'assenza di standard internazionali condivisi sulla purificazione rende difficile stabilire criteri uniformi per garantire la sicurezza. Una soluzione potrebbe essere rappresentata dall'adozione di linee guida regolatorie chiare e dall'introduzione di tecniche innovative per il controllo qualità, come la spettrometria di massa o il sequenziamento del DNA per identificare eventuali contaminazioni. Solo così si potrà ridurre il rischio di complicazioni e garantire trattamenti sicuri ed efficaci per i pazienti.

4. Evidenze cliniche limitate: Sebbene i risultati preliminari siano promettenti, gli esosomi devono ancora essere sottoposti a studi clinici su larga scala per confermare la loro efficacia e sicurezza a lungo termine nei trattamenti estetici. Attualmente, gran parte delle informazioni disponibili deriva da studi preclinici o da ricerche con un numero limitato di partecipanti. Questo rappresenta una significativa barriera per una loro adozione diffusa e per il consolidamento della fiducia sia tra i professionisti del settore sia tra i pazienti. La mancanza di dati solidi si traduce in un'incertezza generale sull'effettivo potenziale degli esosomi. Ad esempio, non sono ancora chiari gli effetti cumulativi di trattamenti ripetuti nel tempo o i possibili rischi associati all'utilizzo di esosomi derivati da diverse fonti cellulari. Inoltre, vi è una carenza di studi che confrontino direttamente l'efficacia degli esosomi con altre terapie estetiche già consolidate, come filler o trattamenti al laser. Per superare questa barriera, è essenziale investire in ricerca clinica rigorosa e ben progettata. Studi multicentrici, randomizzati e controllati potrebbero fornire le prove necessarie per stabilire linee guida e protocolli standardizzati per l'uso degli esosomi in medicina estetica. Solo con tali eviden-



Foto freepik.com

ze sarà possibile sfruttare appieno il potenziale di questa tecnologia innovativa, offrendo trattamenti sicuri ed efficaci a una vasta gamma di pazienti.

5. Aspetti etici: L'utilizzo di esosomi derivati da cellule staminali pone diverse questioni etiche che meritano un'attenzione approfondita. In primo luogo, la fonte delle cellule staminali utilizzate per l'estrazione degli esosomi rappresenta un elemento cruciale. Molte di queste cellule provengono da tessuti umani, come il cordone ombelicale o il midollo osseo, sollevando interrogativi sulla trasparenza e sull'informazione fornita ai donatori durante il processo di raccolta. I pazienti potrebbero avere dubbi legati alla tracciabilità di queste fonti e alla garanzia che i materiali utilizzati siano stati ottenuti in modo etico e legale. Un altro aspetto da considerare riguarda il consenso informato: i donatori devono essere pienamente consapevoli di come verranno utilizzate le loro cellule, compreso l'eventuale utilizzo commerciale. Questo elemento diventa particolarmente rilevante in un settore, come quello della medicina estetica, dove i trattamenti spesso si collocano in una zona grigia tra esigenze cliniche e desideri estetici. Inoltre, l'uso di esosomi derivati da cellule staminali potrebbe essere percepito da alcuni come moralmente controverso, specialmente se associato a fonti come gli embrioni umani, anche se attualmente questa pratica è rara. Questi aspetti evidenziano la necessità di regolamentazioni precise e di un dibattito pubblico trasparente che coinvolga scienziati, clinici, pazienti e rappresentanti della società civile. Solo attraverso un dialogo aperto sarà possibile garantire un utilizzo etico e responsabile degli esosomi in medicina estetica.

IL FUTURO DEGLI ESOSOMI IN MEDICINA ESTETICA

Nonostante le sfide, gli esosomi rappresentano una frontiera entusiasmante per la medicina estetica. Con il progresso delle tecnologie di produzione e una maggiore regolamentazione, è probabile che diventino un trattamento sempre più diffuso e accessibile. Inoltre, lo sviluppo di tecnologie più economiche potrebbe abbattere i costi, rendendo i trattamenti più democratici.

Gli esosomi potrebbero anche trovare applicazioni in campi diversi dalla medicina estetica, come la dermatologia clinica e la terapia rigenerativa. Le prospettive sono promettenti, ma richiedono ulteriori investimenti in ricerca e sviluppo.

Nel frattempo, è fondamentale che i professionisti del settore siano adeguatamente formati e che i pazienti siano informati sui benefici e sui rischi. Solo così sarà possibile sfruttare al meglio il potenziale degli esosomi, garantendo sicurezza e risultati ottimali. La comunicazione trasparente tra medici e pazienti sarà cruciale per creare fiducia e diffondere questa tecnologia in modo etico e responsabile.

In conclusione, U.S.I. (Unione Sanitaria Internazionale) procede sì con entusiasmo ma anche con estrema cautela, basandosi su dati scientifici solidi e affidandosi a professionisti qualificati. L'attenzione alla ricerca e allo sviluppo di linee guida chiare sarà determinante per il successo futuro degli esosomi.

Rinascita o fine del sogno americano?

La metamorfosi di un'idea di democrazia dai Kennedy a Trump

Vito Manduca*

scrittore, saggista, editore



Comunque la si pensi e a qualunque ideale ci si ispiri, non si trovano parole e concetti adeguati a rappresentare lo stupore, per tanto smarrimento, di fronte a prese di posizione così radicali e trancianti di uno degli uomini più potenti del mondo e del suo entourage nei confronti degli alleati storici rappresentati dagli stati europei, sia singolarmente sia nella nascente unione che, faticosamente, comunque tenta di nascere.

Per la verità, lo stupore nasce molto prima della presa del potere in USA da parte del 47° presidente; presa assolutamente democratica per quel che è dato conoscere ai comuni mortali osservatori a distanza come chi scrive.

Quel senso di stupore, infatti, si presentò al mondo già da quel nefasto (per la democrazia) giorno dell'assalto a Capitol Hill con l'inedita violazione di un tabù sacro in nome del quale i "sacri totem" della democrazia si ritenevano inviolabili sia dal partito al potere sia da quello all'opposizione.

La compartecipazione dell'uomo, se non la regia, dietro agli assaltatori, ritenuti all'epoca criminali e perciò condannati, e divenuti da un giorno all'altro eroi da ringraziare all'indomani dell'insediamento alla Casa Bianca, è stato indubbiamente il primo segnale di un'inversione di tendenza di ciò che L'America, meglio identificata come USA, diffondeva ovunque anche con la presunzione di esportare il prodotto (democrazia) nel mondo a qualsiasi mezzo, armi incluse. Non siamo anime belle, ovvero tanto ingenui da assumere come una sostanza allucinogena la favola del "buonismo americano", in verità scivolante troppo spesso verso il "bullismo americano". Sappiamo che non di rado dietro qualsiasi operazione, di amministrazioni democratiche o repubblicane, anche in passato si nascondevano mire economiche legate a interessi per materie prime o per territori ritenuti strategici per la propria difesa/ricchezza. Due esempi per tutti, tanto per ricordare, la guerra in Iraq avviata su informazioni di intelligence rivelatesi false ex post e dove la vera motivazione si è rivelata essere il petrolio. Ancor più indietro nel tempo, anni Sessanta, sotto il governo ritenuto il più democratico di tutti i tempi della storia americana di JFK, con la questione della Baia dei Porci, dove la posta in gioco era la posizione strategica dell'Havana sotto l'influenza russa. Almeno quella inquietante operazione, bisogna riconoscere, non fu portata all'estrema ratio proprio grazie al coraggio di quel presidente di non premere il pulsante a costo di apparire codardo, come per tanti dei suoi apparve. Non sapremo mai quale sarebbe stato l'esito se avesse dato retta ai falchi, ma di sicuro possiamo essere grati per avere evitato una nuova catastrofe appena agli albori della rinascita dopo la seconda guerra mondiale.

Quindi nulla di nuovo sotto le stelle: per divenire potenti nel mondo, e restarci, occorre non solo dichiarare di avere la forza ma dimostrare anche di saperla usare all'occorrenza e di saperla proporzionare alla situazione: non usi un missile contro un ladro per fame, così come non puoi usare i fiori per contrastare l'invasore di un paese sovrano.

Bastassero i fiori, la terra sarebbe cosparsa di vivai... Questo vale per qualsiasi gestore di potere, ancora di più per le grandi potenze nel mondo. E questo dalla notte dei tempi; ricordiamoci con che metodi fu possibile l'espansione dell'impero romano fino a raggiungere l'Estremo Oriente.

Quindi di che stupirsi?

Eppure in questi tempi turbinosi c'è qualcosa di più dell'aggressione fisica, ed è la spudoratezza e la crudeltà con cui si cambia il lessico abbandonando il politically correct, ogni forma di diplomazia e, peggio, di confronto con l'avversario o il vicino di casa o di confine di stato.

Non è peregrino affermare che siamo di fronte a un nuovo Medio Evo dell'era digitale quando sentiamo affermare che si governa non in nome del popolo sovrano, e del suo volere espresso col voto, ma per volere di Dio e in suo nome, misconoscendo di fatto perfino la generosità dei milioni di elettori, in buona fede o meno, che hanno reso possibile democraticamente l'ascesa.

Per restare all'uomo del secolo, noi comuni mortali a migliaia di chilometri di distanza non possiamo testimoniare sulle dinamiche di un attentato, per fortuna fallito, ma che lascia sgomenti perfino nella sua dinamica, prossima alla goffaggine nello svolgimento, ripreso e diffuso al mondo, praticamente sotto gli occhi, basiti ma non vigili, di chi doveva garantire la sicurezza. Di certo sappiamo che quel proiettile che ha lambito un orecchio dell'"obiettivo/bersaglio" ha dato la possibilità al fortunato sopravvissuto sia di vincere le elezioni al grido del miracolo, sia, una volta insediato al potere, di poter giustificare ogni comportamento, giusto o sbagliato, morale o immorale, segnalando che qualunque cosa faccia è per volontà di Dio che lo ha miracolato.

Sia chiaro. Non è certo né il primo "sovrano" né l'unico aspirante imperatore, a giustificare il proprio operato per volontà divina. Cultura orientale a parte, dove politica e religione coincidono, la storia mondiale degli stati laici, soprattutto in Occidente, sotto qualsiasi forma – monarchia, dittatura, repubblica – è pervasa da monarchi e governanti che hanno adottato il "divino" come strumento efficacissimo di governo. Non è da meno, in attualità, il nuovo zar aspirante tale per "tutte le Russie" che affida al patriarca Kirill il compito di legittimare/benedire l'insensata guerra in Ucraina e

spesso si offre alle telecamere mentre, solitario e raccolto, pratica il suo rito religioso, segnandosi con la croce, nella sontuosa cattedrale.

E allora perché definire il Medio Evo come secolo oscurantista, se in realtà non è mai finito ma si è soltanto evoluto e adeguato al progresso tecnologico dell'IA?

Torniamo al sogno americano che, in fondo, ha ispirato ideali di mezzo mondo, sicuramente in Occidente; non solo il sogno degli inizi con la costruzione del "nuovo mondo" ma, per venire più a noi, quello del Novecento quando la "potenza democratica americana" si è imposta come forza liberatrice dal male, soprattutto con la liberazione dell'Europa dalla stretta mortale del nazismo di Hitler.

A partire da quella data, 1945, in particolare per l'Italia, per l'Europa, Germania inclusa – e per gran parte del pianeta – con la intuibile iniziale riserva del Giappone, vittima sacrificale della bomba su Hiroshima – per gran parte dell'immaginario collettivo gli States hanno rappresentato "l'impero del bene" pronto a intervenire in qualsiasi parte del mondo fosse reclamata democrazia contro tirannide. Questo fil rouge ha attraversato i decenni e non si è mai infranto con qualsiasi governo, repubblicano o democratico. Neppure l'immane tragedia del Vietnam è riuscita a scalfire nel profondo tale convincimento. Seppur con le ampie e diffuse sacche di protesta e i popoli "nemici", reali o costruiti, che venivano liquidati come stati canaglia.

Il rapporto con l'Europa si manteneva sempre saldo a un livello tale da superare ogni divergenza e a trovare sempre la "quadra" sia in ambito commerciale sia in quello delle alleanze militari, garantendo con il Patto Atlantico e la Nato quasi un secolo di sostanziale pace in Europa.

Giustificato quindi il sentirsi "orfani" gli europei, o parte di essi, allorché il 47° presidente dell'impero del bene (che fu?) e i suoi sodali pronunciano pochi termini, stonatissimi quanto efficacissimi, che appaiono come sentenze inappellabili: europei parassiti degli Usa e lanciano la pretesa di un "risarcimento" per quanto indebitamente ricevuto (o sottratto) nel secolo scorso.

Ed ecco che quello che il Tycoon definisce la rinascita dell'America si interpreta da noi come "fine del sogno americano".

Punti di vista. Certo, ma il fatto dell'annunciato "abbandono" rimane, e rimane anche il cambio di paradigma del lessico per definire il Bene, sia in patria sia fuori dalla patria. Fenomeno che contamina anche persone il cui nome è stato associato in passato a politiche illuminate, rispettose del sociale e della democrazia. Anche questo è il segno dell'evoluzione del concetto di Bene e di Democrazia: dai Kennedy degli anni Sessanta, con i due fratelli vittime eccellenti di chi certamente non condivideva idee e operato, al Kennedy Jr. dell'era e della corte di Trump che risponde al fascino di un potere diverso e cambia casacca, da democratico (di famiglia) a trumpiano convinto, allineato ed esecutore di accanimento contro lo stato sociale, già spietato e iniquo nel paese più ricco del pianeta.

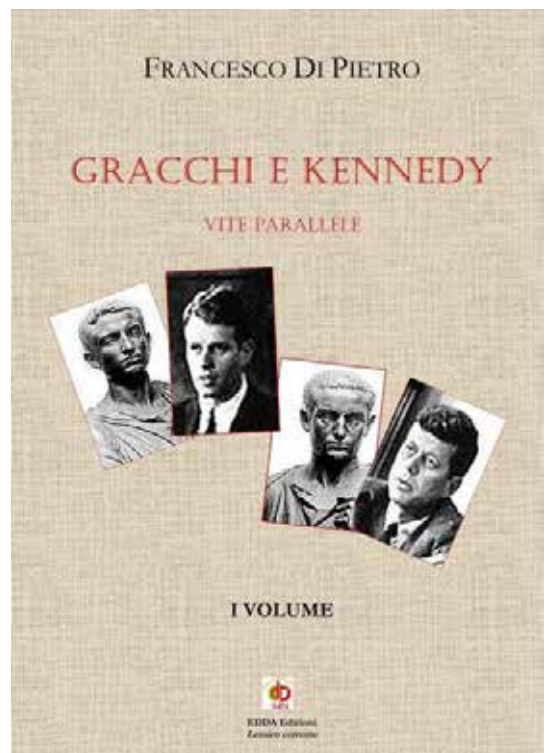
Visto che ci troviamo in ambito sanitario, vale la pena ricordare che la "Sanità" in America non è per i poveri. Ma nemmeno per i ricchi che non siano coperti da polizze assicurative, finanziate solo in parte dal datore di lavoro e per la maggior parte dai lavoratori dipendenti medesimi; mentre i lavoratori autonomi devono provvedere direttamente al 100%. Senza contare che le coperture sanitarie private non sono mai totalmente garantite da un ombrello al 100% e che lasciano ampi spazi di discrezionalità alle società assicurative su ciò che è da rimborsare e da escludere. Prova ne sono le notizie di cronaca recente che riferiscono perfino di omicidi di manager assicurativi e di un montante odio sociale verso le società assicurative. In questo brodo culturale, qual è la prima grande operazione del Kennedy Jr., in qualità di ministro della nuova amministrazione?

Lo facciamo dire al Sole24Ore:

KENNEDY JR. TAGLIA 20MILA DIPENDENTI AL MINISTERO DELLA SANITÀ

Il ministro Novax, protagonista di uscite strampalate anche su temi delicati come tumori e malattie, promette: «Invertiremo l'epidemia di malattie croniche».

C'è da essere certi che stavolta, per i pazienti americani, cambia il paradigma anche dei luoghi comuni "il mal tempo si vede dal mattino"! e possiamo essere certi che su quest'ultimo punto il nome dei Kennedy tornerà a far discutere nel bene e nel male. Ne è convinto l'autore Francesco Di Pietro che, non a caso, ha scelto questo periodo per riaccendere un focus sulle grandi famiglie che hanno, nel bene e nel male, caratterizzato le politiche "imperiali" nel tempo, po-



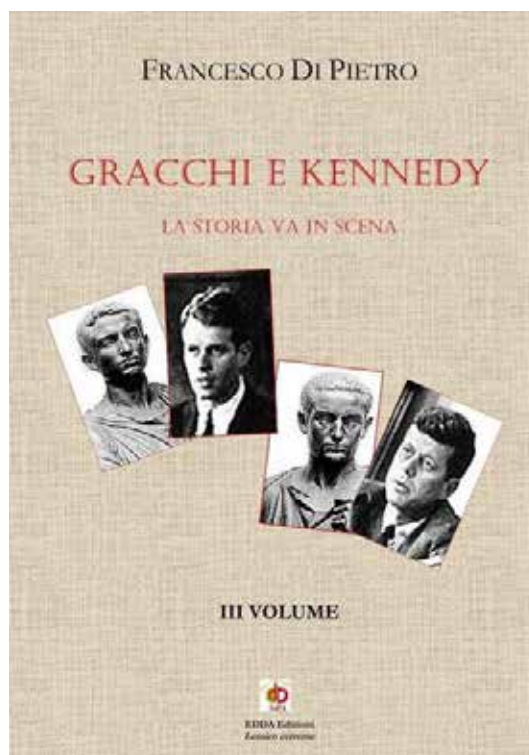
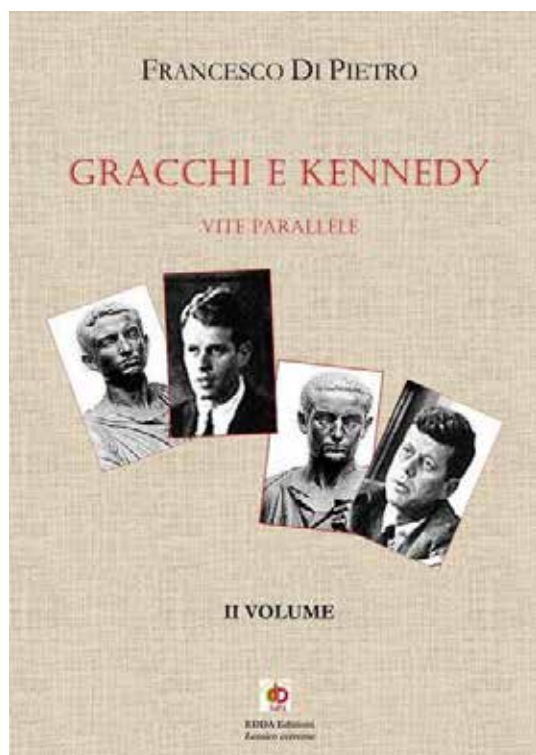
Rinascita o fine del sogno americano? La metamorfosi di un'idea di democrazia dai Kennedy a Trump

nendo intanto a confronto famiglie ed ere diverse: i **Gracchi** dell'antica gloriosa Roma e i **Kennedy** dell'impero del bene al suo massimo apogeo, anni Sessanta. Nei primi due libri, **Gracchi e Kennedy. Vite parallele – Volume I e II**, l'autore trova i punti di contatto, le similitudini, le analogie e le differenze fra i poteri esercitati dalle due famiglie e dai destini individuali dei quattro fratelli (John F. e Robert Kennedy e Caio e Tiberio Gracco). Mentre nel terzo libro, **Gracchi e Kennedy. La storia va in scena – Volume III** fresco di stampa per i tipi di EDDA edizioni di Daniela D'Agosto (<https://www.eddaedizioni.it/>), porta i quattro in scena in una sorta di teatro dell'assurdo insieme a personalità della storia e li fa disquisire sui concetti di democrazia, dai rispettivi punti di vista.



Chissà che il nostro autore, in futuro non ci riservi altri parallelismi con famiglie e potentati dell'attualità, sperando che possa narrare di inversione di tendenza e di ripristino, almeno nel lessico, di azioni mirate a salvare l'umanità e la democrazia, almeno quella ancora possibile, e non ad accelerare per sola sete di potere verso il baratro.

***Dott. Vito Manduca**, laureato in Scienze dell'Educazione presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza", studioso di educazione permanente e formazione continua, vive e lavora a Roma. Già middle manager del settore assicurativo e dirigente sindacale SNFIA, in attualità ricopre l'incarico di Caporedattore della rivista Notiziesnfia e quello di institore e direttore generale della casa editrice EDDA Edizioni di Daniela D'Agosto, della quale è stato cofondatore nel 2010. <https://www.eddaedizioni.it/> Ha pubblicato con Liocorno Editore *Vite Rubate* (2000); con Ediesse *Rottami eccellenti* (2004); con A&B Editrice *Il doppio gioco* (2007), *Figli di Santa Pupa* (2008), *La terza porta* (2009), *Morire di Sport* (2009) e *Onora il padre e la madre* (2010). Con Edda Edizioni *Kazimir* (2010-2011), *Cohiba* (2011), *L'era del cavallo* (2012) targa Premio Internazionale Montefiore 2017, *Il fante e la collina delle vette gemelle 1942* (2014) Premio UNUCI – Cerruglio 2015, *Labirinto. Naufragio nella Sanità* (2017), *NOVECENTO... Roma nel pallone. Il calcio romano di una volta* (2020), *CoronaVersus* (2020), *La peste gialla oltre la Grande Muraglia* (2021). *70 SeT-Tanta energia c'è, rinnoviamola oltre il limite* (2022), *Isola Sacra. I delitti. Un predone in ginocchio – Volume I della serie* (2023), *Isola Sacra. I delitti. Operazione Carotaggi – Volume II della serie* (2024) <https://www.facebook.com/edda.edizioni>





Fra scenari d'amore e di guerra, proiezioni preapocalittiche e fantascientifiche, colpi di scena magistrali e fulminanti incursioni morali, con i loro racconti Romain Gary e Martin Amis ci inchiodano con maestria alla pagina e arricchiscono la nostra vita di emozioni profonde e indelebili.

Due autori senza tempo per capire e amare il nostro tempo

di Michele Trecca

La grande letteratura è sempre prodiga di doni. Cerchi un libro, ne trovi due. Il mio amico Enzo - sempre sia lodato per i tanti consigli di lettura che mi ha dato - mi dice: Tempesta di Romain Gary è eccezionale, sei racconti, ognuno con un riferimento e uno stile diverso. Il primo, per esempio, quello del titolo, è Conrad.

Cerco Tempesta in libreria e mentre giro fra pile e scaffali mi cade l'occhio su... I mostri di Einstein di Martin Amis. Comincio a sfogliarlo. Ancora racconti, cinque. Leggo nella presentazione dell'autore: «Il saggio introduttivo, Pensabilità, è polemico, ma i racconti che seguono sono stati scritti al solito scopo: ovvero, senza alcuno scopo - eccetto, presumo, quello di dare piacere, vari tipi di piacere complicato».

Ottimo. Dice ancora Amis di aver scritto questi racconti in due anni mentre nei sedici precedenti ne aveva scritti solo quattro, e poi nessuno più. Il libro è stato già pubblicato in Italia da Mondadori nel 1988, traduzione come adesso di Andrea Kerbaker e Sarah Thorne.

Saggia e tempestiva la riedizione: Martin Amis, purtroppo, è morto nel 2023, settantaquattrenne, l'anno scorso ha avuto grande successo di critica e di pubblico il film La zona di interesse, tratto da un suo romanzo. Ma c'è di più: l'estrema, funesta, attualità del libro è nel tema dei racconti che il risvolto di copertina definisce «preapocalittici» perché raffigurano un mondo devastato non da una guerra nucleare ma da un'incombente minaccia atomica.

Lo prendo. Recupero anche Tempesta (traduzione di Riccardo Fedriga) e vado alla cassa. Tornando a casa, penso: in Tempesta echeggia un riferimento o uno stile diverso e questo ne moltiplica in modo esponenziale il fascino. Amis «alcuni debiti» li evidenzia e li salda subito nella breve introduzione. Nomi grossi, perlopiù: Saul Bellow, J. G. Ballard, Kafka, Nabokov, Borges, Rushdie; ma anche, gli sconosciuti per noi: Piers ed Emily Read, Jack e Florence Phillips.

Per certi scrittori - penso - davvero il Paradiso è una sorta di biblioteca (Borges) in cui essi passano ogni giorno da un libro all'altro come noi passeggiamo per le vie della nostra città. Noi, però, quando incontriamo qualcuno per strada, salutiamo, parliamo, facciamo qualche commento in testa nostra... e stop: loro, invece, quelli che in terra vivono nel Paradiso dei libri, quando leggendo incrociano qualcuno interessante, centrifugano e metabolizzano ogni suggestione e di quella roba lì fanno un trampolino per... tuffi acrobatici con coefficiente di difficoltà altissimo, anche 3,6, il massimo.

Elegante è il primo aggettivo che mi viene in mente non appena comincio a leggere I mostri di Einstein. Eppure il contenuto della riflessione iniziale e poi dei racconti è... esplosivo. La tesi del saggio è che prima ancora di un loro (nuovo) uso (solo «l'arsenale sovietico può uccidere 22 miliardi di uomini... potrebbe, se ci fossero... I nostri leader continuano a detenere i mezzi per far accadere l'impensabile. Contemplano l'impensabile, a nome nostro»), senza che ancora ce ne rendiamo conto, le armi nucleari hanno già stravolto la nostra psiche: «Un uomo con la canna di pistola ficcata in bocca può anche vantarsi di non pensare mai alla pistola. Ma ne sente in continuazione il gusto».



«Il mondo è invecchiato. Il mondo ha fatto e visto di tutto. Ragazzi, è messo male», dice Bujak nel primo, stupendo, racconto. Bujak è un gigante buono, una figura biblica. Evangelica. Ha la feroce possanza del Padre, l'innocenza del Figlio. È la scultorea, palpitante incarnazione di un'utopia. Quando dal profondo delle viscere la vita praticamente gli impone di scagliare contro altri la bomba atomica della sua violenza, lui ha la forza forte (il titolo è Bujak e la forza forte o Il dado di Dio) di fermarsi e dire No perché «bisogna pure che qualcuno faccia il primo passo. Il primo passo».

Com'è che con un contenuto così forte, mi torna continuamente in mente l'aggettivo elegante? Che vuol dire scrittura elegante? Mi rispondo al terzo racconto, La mal-

lattia del tempo. Stupendo anche questo. Eleganza è l'immediatezza, la raffinata disinvoltura, le fila serrate della coerenza, la naturalezza con cui in poche parole vengono dette cose ardue e controintuitive come fossero evidenti sotto gli occhi di tutti. Come fossero ovvietà.

Il racconto in questione è il rovesciamento di un paradigma: in un mondo fuori asse la malattia del tempo è la giovinezza. Si invecchia e si muore diventando giovani. Eppure, come un lampo, anche in questo grigiore di vecchiezza giovane c'è l'irrefrenabile impulso dell'amore: «Mi mossi, pronto a farle avere tutto quello che testa e mani potevano darle, finché non sentii anch'io la febbre nelle vene, il rigoglio e l'odore di gioventù e morte. È un suicidio, pensai, e me ne frego... Tesoro, dissi ad alta voce e andai a raggiungerla. Mi piace, pensai, e improvvisamente annuii. Cosa mi piace? Mi piace l'amore. È un suicidio e me ne frego». Nessuno è mai morto d'amore così.

Eleganza è un barbaglio nel buio più nero. Lo ritrovo in ogni racconto di Gary. Nel primo è l'amore che travolge come una tempesta tropicale la volontà morale di un uomo e la generosità incosciente di una donna. Nel secondo è un finale aperto di maestria assoluta che rimescola le carte della determinazione suicida del protagonista. Oppure è una giovane francese, bionda e minuta, nella foresta tropicale con barboncino e grammofo, fra un pugno di uomini impegnati nella costruzione della ferrovia. Eleganza è quando riesci a mettere in ogni pagina tanta vita domandone la tragedia con amare e brillanti sferzate di dolente ironia: «Sono gli ultimi e sono matti. Soffrono di un'allucinazione collettiva. Davvero, è una cosa folle. Credono tutti di essere... di essere eterni, di essere immortali... Aspettate, vorrei dire. Non ancora. Siate prudenti - vi farete male. Per favore provate a restare qui ancora un po'. Presto ve ne sarete andati tutti e sarò solo per sempre. Io... Io sono l'Immortale».

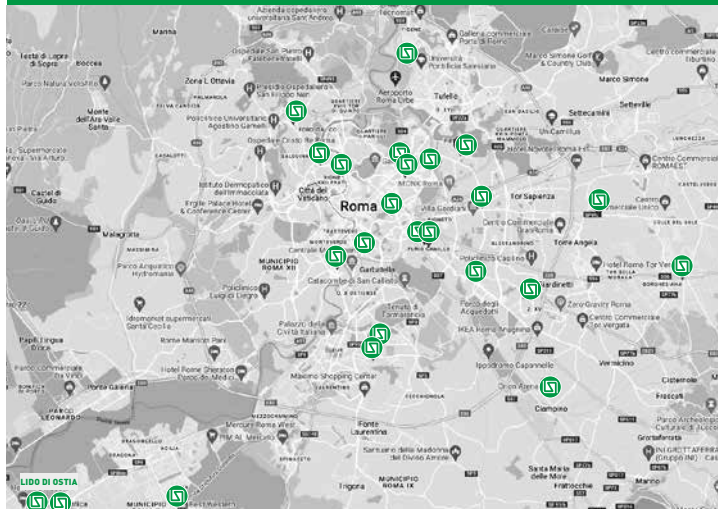
Loro, Amis e Gary, loro sono Gli Immortali, e ci saranno ancora quando ce ne saremo andati tutti. Prima del tempo. Nonostante l'accorata preghiera di Amis, nell'ultimo dei suoi cinque racconti che in pochissime pagine ripercorre la storia dell'universo e dell'uomo in moto accelerato come in un video time-lapse.

Martin Amis, *I mostri di Einstein*, Einaudi, pagg. 107, € 16
(traduzione di Andrea Kerbaker e Sarah Thorne)

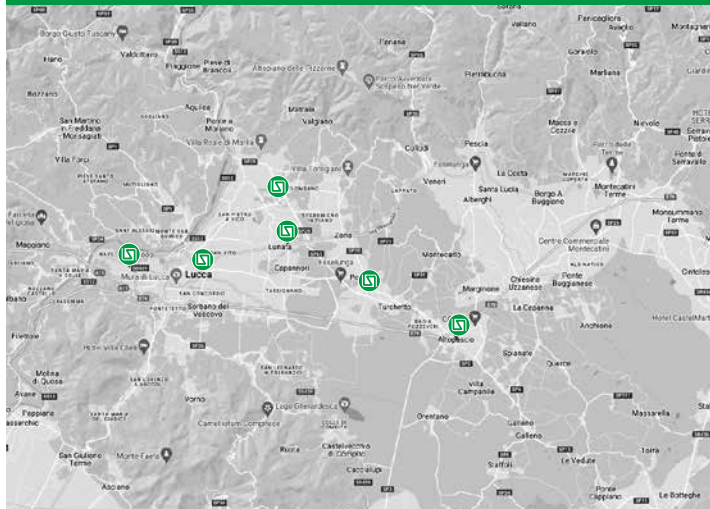
Romain Gary, *Tempesta*, Neri Pozza, pagg. 204, € 15
(traduzione di Riccardo Fedriga)



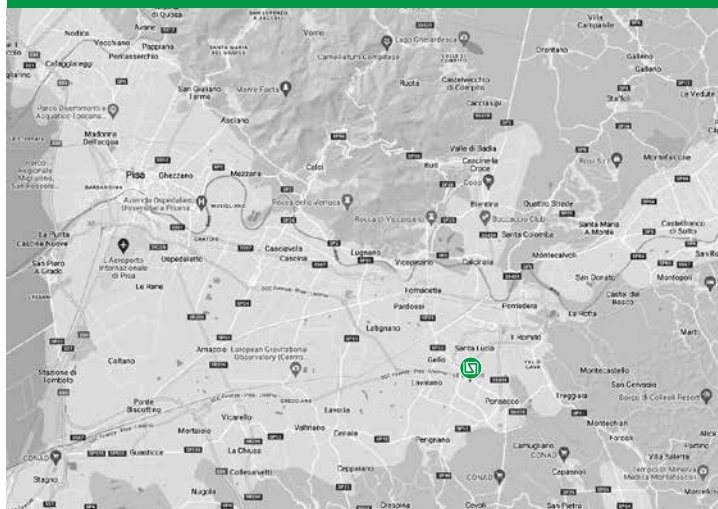
LAZIO ROMA



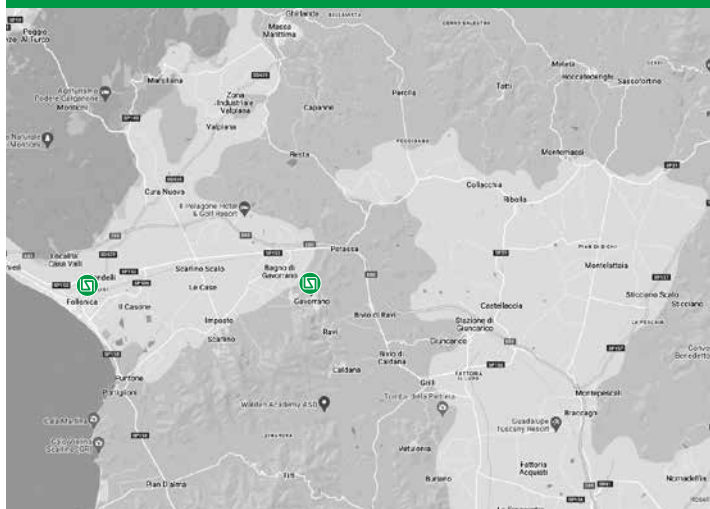
TOSCANA LUCCA



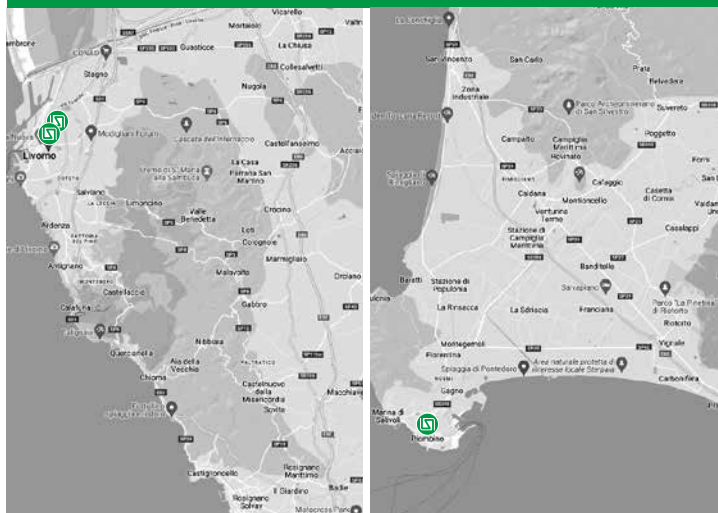
TOSCANA PISA



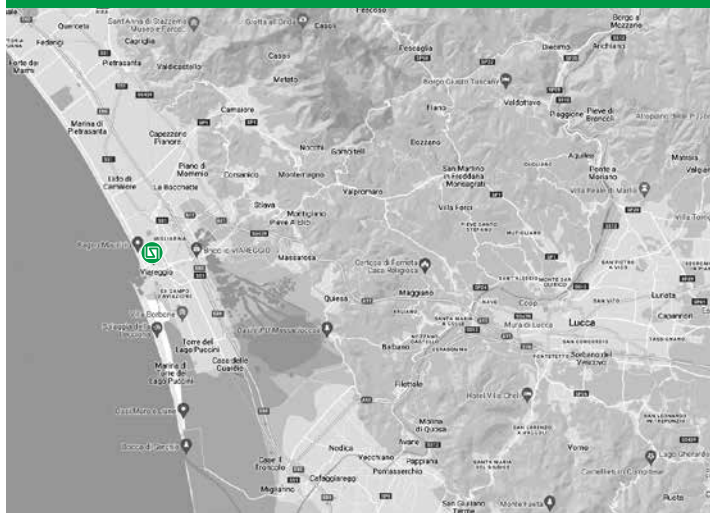
TOSCANA GROSSETO



TOSCANA LIVORNO



TOSCANA VIAREGGIO





**FALLE GIRÀ
'STE ROTEI!!!**

DAL 2015 IL RUGBY PARALIMPICO A ROMA

Romanes è il primo Club che sostiene e promuove la diffusione del **wheelchair rugby** a Roma.



Siamo una **impresa sociale**, sportiva e inclusiva, capace di dare ai disabili di Roma l'opportunità di praticare uno sport di squadra **accessibile ai tetraplegici!**

“ Nel rugby in carrozzina siamo in quattro contro quattro e forse in quattro non ne facciamo uno sano, nel senso che ciascuno mette le proprie capacità residue a frutto per cercare di comporre un quadro più completo. È quindi necessario essere una persona a cui manca qualcosa, perché ci sono gli altri che hanno un ruolo che aiuta a completare un quadro più grande.

Rufo Iannelli, Presidente e Giocatore



#DACCENASPINTA



+39.333.200.5883



info@romanes.it



@romanes_rugby



romaneswr