

EM

bollettino di *modena*

Bollettino dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena

- **IL RAGNO VIOLINO MEDITERRANEO (LEZIONE MAGISTRALE ARGINELLI, RIVASI)**
- **L'INFEZIONE DA COVID-19 DAL PUNTO DI VISTA PEDIATRICO (MARTONE)**
- **LA SOLIDARIETÀ DEGLI ODONTOIATRI MODENESI**

2020

Gennaio - Febbraio - Marzo - Aprile



SOMMARIO

bollettino di modena

ATTIVITA' DELL'ORDINE	04
DI PARTICOLARE INTERESSE	14
TACCUINO	26
L'OPINIONE	28
BIBLIOTECA	30
ARTE E DINTORNI	31
DIALETTO IN PILLOLE	34

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Dr. Mauro Zennaro

Vice Presidente

Dr. Nicolino D'Autilia

Consigliere Segretario

Dr. Carlo Curatola

Consigliere Tesoriere

Dr. Antonino Addamo

Consiglieri

Dr.ssa Letizia Angeli, Dr. Lodovico

Arginelli, Dr. Luca Carteri, Dr.ssa Laura

Casari, Dr.ssa Maria Teresa Donini,

Dr. Lauro Ferrari, Dr. Salvatore Lucanto,

Dr. Paolo Martone, Dr.ssa Marinella Nasi,

Dr. Giampalolo Papi, Dr. Stefano Reggiani

Consiglieri Odontoiatri

Dr. Mario Caliandro, Dr. Roberto Gozzi

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Presidente

Dr. Raffaele Bruni

Componenti

Dr.ssa Giovanna Calzolari,

Prof. Luca Giannetti

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente

Dr. Roberto Gozzi

Segretario

Dr. Mario Caliandro

Componenti

Dr.ssa Francesca Braghiroli, Dr. Vincenzo

Malara, Prof. Mario Provvisionato

BOLLETTINO

Direzione e Amministrazione

Modena, p.le Boschetti, 8

Tel. 059/247711 Fax 059/247719

ippocrate@ordinemedicimodena.it

www.ordinemedicimodena.it

Direttore Responsabile

Dr. Lodovico Arginelli

Iscr. Trib. MO N° 83 del 28/6/52

Editore

Ordine dei Medici Chirurghi e

Odontoiatri di Modena

Comitato di Redazione

Dr. Lodovico Arginelli, Dr.ssa Giovanna

Calzolari, Prof. Luca Giannetti, Dr. Paolo

Martone, Dr. Mauro Zennaro.

REALIZZAZIONE EDITORIALE

MC Offset

Via Capilupi, 31 - Modena

Tel. 059/364156 - Fax 059/3683978

Fotocomposizione

Fotoincisa Modenese 2 s.r.l.

Via J.F. Kennedy, 6 - Modena

Tel. 059/250033 - Fax 059/250175

Grafica

KRHEO GRAPHIC DESIGN

info@krheodesign.it | Tel. 059/285398

IL SILENZIO ASSORDANTE DELLA POLITICA, MANCANO LE RISPOSTE

Troppi colleghi deceduti ad ora, troppi sono risultati positivi al Covid 19 e nonostante questo i professionisti continuano ad affrontare quotidianamente, spesso a mani nude, la malattia dei nostri pazienti. In un momento in cui i Medici sono considerati eroi le polemiche non mancano. Crearne di aggiuntive non è il ruolo Istituzionale degli Ordini, che è quello di evidenziare, risolvere i problemi relativi alla professione, in tutti i campi in cui questi si presentano.

Abbiamo ripetutamente sollevato il problema dei dispositivi di sicurezza individuale, il problema dei tamponi, dell'incertezza delle certificazioni e della responsabilità professionale nel particolare momento in cui stiamo vivendo. In Senato venerdì scorso nella discussione sulla conversione del decreto legge Cura Italia (il dl n. 18 del 17 marzo) sono stati presentati alcuni emendamenti che prevedono una sostanziale immunità per le strutture sanitarie e per i soggetti

preposti alla gestione della crisi sanitaria, in relazione agli eventi avversi accaduti durante la pandemia da Covid-19 e in particolare "in caso di danni agli operatori". Ricordiamo come siano deceduti pazienti perchè non disponibili strutture, dispositivi di supporto ventilatorio e dispositivi di protezione per i colleghi. Conoscere le motivazioni delle carenze appare giusto, dovuto a chi antepone il proprio dovere alla sua persona.

Per questo motivo l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Modena conferma la propria posizione al fianco dei Medici chiedendo un'azione decisa e chiara anche in questo contesto, appoggiando l'azione della Federazione Nazionale che ha richiesto chiarimenti e confronti alla politica.

*Il Consiglio dell'Ordine dei medici chirurghi
e odontoiatri di Modena*

6500 MASCHERINE DONATE ALL'AUSL DALL'ORDINE DEI MEDICI ANDRANNO A MEDICI DI MEDICINA GENERALE, PEDIATRI E MEDICI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

“In questa fase particolarmente complessa per la nostra sanità sono stato felice di consegnare all'AUSL a nome del Consiglio dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Modena 6.500 mascherine FFP2 indirizzate ai nostri professionisti dalla Federazione Nazionale”. Così Mauro Zenaro, presidente dell'Ordine di Modena, alla consegna di questi importanti presidi, avvenuta nella giornata di ieri presso Piazzale Boschetti, sede dell'Ordine. L'Azienda USL di Modena li distribuirà in questi giorni ai colleghi Medici di Medicina Generale, Pediatri e di Continuità Assistenziale. Si tratta, come tutti sanno, di dispositivi indispensabili che vanno a integrare quanto messo a disposizione dall'Azienda USL

e che, prosegue Zenaro, “vogliono essere un aiuto concreto ed efficace da parte nostra, sottolineando la vicinanza a chi sul campo quotidianamente si confronta con la malattia dei pazienti a domicilio, per permettere di svolgere al meglio il proprio lavoro”.

Sono 580 i Medici e Pediatri attivi sul territorio, 25 le sedi di Continuità assistenziale. Azienda USL e Ordine dei Medici ringraziano tutti i colleghi che con grande



senso di responsabilità, dedizione e professionalità quotidianamente si impegnano nella gestione dell'emergenza sanitaria.

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - martedì 14 gennaio 2020 – ore 21.00 presso la sede di P.le Boschetti, 8 - Modena

Il giorno martedì 14 gennaio 2020 – ore 21,00 - presso la sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Sono presenti:

Presidente Dott. Mauro Zennaro
Vice presidente Dott. Nicolino D'Autilia
Segretario Dott. Carlo Curatola
Tesoriere Dott. Antonino Addamo

Consiglieri: Dott. Lodovico Arginelli, D.ssa Letizia Angeli, Dott. Luca Carteri, D.ssa Laura Casari, Dott. Lauro Ferrari, Dott. Salvatore Lucanto, Dott. Paolo Martone, Dott.ssa Marinella Nasi, Dott. Giampaolo Papi, Dott. Stefano Reggiani.

Consiglieri odontoiatri: Dott. Mario Caliandro, Dott. Roberto Gozzi.

Assenti giustificati: Dott.ssa Maria Teresa Donini.

Revisori dei conti: Assenti giustificati: Dott. Raffaele Bruni, D.ssa Giovanna Calzolari, Prof. Luca Giannetti.

per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio del 16.12.2019;
2. Variazioni agli albi;
3. Aggiornamenti relativi all'eventuale acquisto nuova sede;
4. Varie ed eventuali.

Albo Medici Chirurghi

Cancellazione	N. iscrizione
BRUNO FULVIO	3376
CLO' EMANUELE	6926
ZINFONIA MICHELE	6703
RUFFA MARIA LETIZIA	5028
BADIALI REMO	1285
PETRELLI MARIA	2753
VENTURA EZIO	1238
Inserimento elenco speciale Psicoterapeuti ai sensi della L. 56/89	
GALLI GIACOMO	6882
SARACENI SERENA	6893

Albo Odontoiatri

Prima iscrizione	N. iscrizione
ANGELINI YLENIA	0865
BARBARI FRANCESCO	0866
LICCARDI FRANCESCO	0867
LONGHI BEATRICE	0868
MALOVO ANASTASIYA	0872
PANARI LUCIA	0869
ROSI ELISA	0870
VIGNUDINI GIORGIA	0871
Iscrizione per trasferimento	
MARTINI FILIPPO	0864

Cancellazione

RUFFA MARIA LETIZIA 0383

Modifica dati anagrafici (ottenimento cittadinanza italiana)

MARCHUK IRINA 0753

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - martedì 28 gennaio 2020 – ore 21.00 presso la sede di P.le Boschetti, 8 - Modena

Il giorno martedì 28 gennaio 2020 – ore 21,00 - presso la sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Sono presenti:

Presidente Dott. Mauro Zennaro
Vice-Presidente Dott. Nicolino D'Autilia
Consigliere Segretario Dott. Carlo Curatola
Tesoriere Dott. Antonino Addamo

Consiglieri: Dr.ssa Letizia Angeli, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Luca Carteri, Dr.ssa Laura Casari, Dott.ssa Maria Teresa Donini, Dott. Lauro Ferrari, Dott. Salvatore Lucanto, Dott. Paolo Martone, Dott.ssa Marinella Nasi, Dott. Giampaolo Papi, Dott. Stefano Reggiani.

Consiglieri odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi, Dott. Mario Caliandro.

Collegio revisori dei conti: Dott. Bruni Raffaele (presidente collegio revisori dei Conti), Dr.ssa Calzolari Giovanna.

Assente giustificato: Prof. Giannetti Luca.

per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio del 14.01.2020;
2. Variazioni agli albi;
3. Comunicazioni del presidente;
4. Report dal Comitato Centrale del 23.1.2020 (D'Autilia);
5. Definizione data Assemblea Ordinaria e relative delibere;
6. Approvazione del Piano triennale trasparenza e prevenzione della corruzione 2020-2022 e presa d'atto della relazione annuale del Responsabile della prevenzione corruzione e trasparenza (Reggiani);
7. Delibere amministrative (Addamo);
8. Varie ed eventuali.

Albo Medici Chirurghi

Iscrizione per trasferimento

GERMINARIO SIMONA
LOMBARDO CARMINE

N. iscrizione

7629
7630

Cancellazione

CALCATERRA FRANCESCO MAURIZIO
Di GENOVA GIUSEPPE
FRANCAVILLA ROSALBA
ABU FARAH ALI
BERTONI MARIA VITTORIA
CODIFAVA ANGELA MARINA
DANELATOS EPAMINONDAS
MAKOMI LEUNDJIE CLARISSE MARIE
MARTINELLI MARIO

5353
1691
2458
6374
7187
2463
1793
6872
2786

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

NGANDOU	GABRIELLE VANESSA	6993
JAOUICHE	MOUSTAFA	5830
<i>Inserimento elenco speciale Psicoterapeuti ai sensi della L. 56/89</i>		
LUCARINI	VALERIA	6535

Albo Odontoiatri

<i>Prima iscrizione</i>	<i>N.iscrizione</i>
PRESTI SARA	0873
<i>Cancellazione</i>	
SCOLAVINO ALESSANDRO	0784
<i>Cancellazione per morosità contemporanea iscrizione</i>	
JAOUICHE MOUSTAFA	0513

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - martedì 25 febbraio 2020 – ore 21.00 presso la sede di P.le Boschetti, 8 - Modena

Il giorno martedì 25 febbraio 2020 – ore 21,00 - presso la sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Sono presenti:

Presidente	Dott. Mauro Zennaro
Vice-Presidente	Dott. Nicolino D'Autilia
Consigliere Segretario	Dott. Carlo Curatola
Tesoriere	Dott. Antonino Addamo

Consiglieri: Dr.ssa Letizia Angeli, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Luca Carteri, Dr.ssa Laura Casari, Dott.ssa Maria Teresa Donini, Dott. Salvatore Lucanto, Dott. Paolo Martone, Dott.ssa Marinella Nasi, Dott. Giampaolo Papi.

Consiglieri odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi.

Assente giustificato: Dott. Lauro Ferrari, Dott. Stefano Reggiani, Dott. Mario Caliandro.

Collegio revisori dei conti: Dott. Bruni Raffaele (presidente collegio revisori dei Conti), Prof. Giannetti Luca,

Assente giustificata revisori: Dr.ssa Calzolari Giovanna.

per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio del 28.1.2020;
2. Variazioni agli albi;
3. Comunicazioni del presidente;
4. Approvazione Conto Consuntivo 2019 (Addamo);
5. Approvazione Bilancio di previsione 2020 (Addamo);
6. Delibere amministrative (Addamo);
7. Delibere del personale (Curatola);
8. Varie ed eventuali.

Albo Medici Chirurghi

<i>Iscrizione per trasferimento</i>	<i>N. iscrizione</i>
FARI' ROBERTO	7631
GUERRIERO MARTINA	7632
SHAHIDUR SANZIDA RAHMAN	7633
SPINZO GIOVANNA	7634

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale di cui all'art. 29, comma 3, dlgs 17/8/99 n. 368 e succ. modificazioni

LO CASTRO FLAVIA 7061

Inserimento elenco Medici Competenti in Medicina del Lavoro (inserita elenco naz.le Medici Competenti)

FLORAMO MARIA 7140

Cancellazione

MOHAMED YUSUF ABDULRASCID 4572

Albo Odontoiatri

Iscrizione per trasferimento

KHAMIS NADIA

N. iscrizione

0874

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - martedì 3 marzo 2020 – ore 21.00 presso la sede di P.le Boschetti, 8 - Modena

Il giorno martedì 3 marzo 2020 – ore 21,00 - presso la sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Sono presenti:

Presidente	Dott. Mauro Zennaro
Vice-Presidente	Dott. Nicolino D'Autilia
Consigliere Segretario	Dott. Carlo Curatola
Tesoriere	Dott. Antonino Addamo

Consiglieri: Dr.ssa Letizia Angeli, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Luca Carteri, Dott.ssa Maria Teresa Donini Dott. Salvatore Lucanto, Dott. Paolo Martone, Dott.ssa Marinella Nasi, Dott. Giampaolo Papi, Dott. Stefano Reggiani.

Consiglieri odontoiatri: Dott. Mario Caliandro, Dott. Roberto Gozzi.

Assente giustificato: Dott. Lauro Ferrari, Dr.ssa Laura Casari.

Collegio revisori dei conti: Dott. Bruni Raffaele (presidente collegio revisori dei Conti), Prof. Giannetti Luca, Dr.ssa Calzolari Giovanna.

per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio del 25.2.2020;
2. Aggiornamenti emergenza coronavirus;
3. Delibere amministrative;
4. Varie ed eventuali.

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - lunedì 23 marzo 2020 – dalle ore 20.00 alle ore 23,00 in modalità videoconferenza

Il giorno lunedì 23 marzo 2020 si è svolta la riunione di Consiglio Direttivo che, in considerazione dell'emergenza coronavirus, è stata gestita in modalità informatica (via e.mail)

Hanno partecipato alla convocazione on line:

Presidente	Dott. Mauro Zennaro
Vice-Presidente	Dott. Nicolino D'Autilia
Consigliere Segretario	Dott. Carlo Curatola
Tesoriere	Dott. Antonino Addamo

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

Consiglieri: Dr.ssa Letizia Angeli, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Luca Carteri, Dr.ssa Laura Casari, Dott.ssa Maria Teresa Donini, Dott. Lauro Ferrari, Dott. Salvatore Lucanto, Dott. Paolo Martone, Dott.ssa Marinella Nasi, Dott. Giampaolo Papi, Dott. Stefano Reggiani.

Consiglieri odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi, Dott. Mario Caliandro.

per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Variazioni agli Albi professionali

Albo Medici Chirurghi

Elenco richieste di prima iscrizione all'albo medici dei colleghi indicati all'art. 102 del D.L. n. 18 del 17 marzo 2020

<i>Prima iscrizione</i>		<i>N. iscrizione</i>
AFFRONTE	LEONARDO	7635
AGUZZOLI	MARTINA	7636
AMATI	GABRIELE	7637
ANDREOLI	FRANCESCO	7638
ARGENZIANO	GIACOMO	7639
ARTANIDI	CHIARA	7640
BALBARINI	ANDREA	7641
BARACCHI	ALESSANDRO	7642
BARBIERI	LUCREZIA	7643
BARCHI	ALBERTO	7644
BARONI	FRANCESCO	7645
BATTILANI	ELEONORA	7646
BATTIPAGLIA	CHRISTIAN	7647
BAVIERI	ALBERTO	7648
BELLELLI	ALESSIO	7649
BENEDETTI	ELENA	7650
BONFATTI	MARCO	7651
BORRACCINO	GIULIO	7652
BOZZOLA	CHIARA	7653
BRUNI	FRANCESCO	7654
CAFFARI	EUGENIA	7655
CAPITANO	KEVIN	7656
CAPPELLI	CLELIA	7657
CARBONE	ANNA	7658
CASINI	FRANCESCA	7659
CASSANELLI	LUCA	7660
CASTELLANI TARABINI	GIULIA ISHA	7661
CHEN	JIAQI	7662
CHILETTI	GIACOMO	7663
CIOLI PUVIANI	FILIPPO	7664
CORGHI	ELEONORA	7665
COSTANTINI	LUIGI	7666
CUOGHI	FRANCESCO	7667
DE BONA	FILIPPO	7668
DELVECCHIO	SIMONA	7669
D'IMPRIMA	FRANCESCA	7670
DUSSIAS	NIKOLAS	7671
FABBRONCINI	LUDOVICA	7672
FACCHINI	LAURA	7673

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

FANTINI	SARA	7674
FASANO	MARCO	7675
FERRARI	CATERINA	7676
FERRARI	FRANCESCA	7677
FERRARO	VANESSA	7678
FIANDRI	GIULIA	7679
FORNACIARI	LORENZO	7680
GALAVOTTI	FRANCO	7681
GARUTI	CATERINA	7682
GAVIOLI	LETIZIA	7683
GIACOBAZZI	LAURA	7684
GRANDI	CLAUDIA	7685
GUERRA	GABRIELE	7686
IANNICELLI	ANGELO	7687
INDULTI	FEDERICA	7688
LANCELOTTI	MARTINA	7689
LEMBO	LAURA	7690
LEONI	VIRGINIA	7691
LOSITO	THOMAS	7692
LUGLI	CAMILLA	7693
MATTIOLI	IRENA	7694
MORINI	DENISE	7695
MORSELLI	MARTINA	7696
NAVAB DANESHMAND	SORAYA	7697
PARMEGGIANI	LORENZO	7698
PASINI	ROBERTO	7699
PETRELLA	MATTEO	7700
PIAZZA	FRANCESCA	7701
PIOLI	STEFANO	7702
POLI	MARIA LUISA	7703
POLITANO	FABIO	7704
PRECI	CECILIA	7705
QUERZOLI	ANNA	7706
RIPA	CLAUDIO	7707
ROSINI	MARIA	7708
ROSSINI	GIANLUCA	7709
RUIU	RICCARDO	7710
RUOLI	LETIZIA	7711
SANTORO	ANDREA	7712
SCARAVAGLIO	MIKI	7713
SELMI	IVAN	7714
SPELTA	ELEONORA	7715
TAGLIAZUCCHI	CHIARA	7716
TESTONI	SOFIA	7717
TIOLI	ILEANA	7718
TORDONI	VIRGINIA	7719
TORNESE	LORENZO	7720
TORRICELLI	CHIARA	7721
TOSCHI	MARTINA	7722
VALERIO	EDOARDO MARIA	7723

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

VANDELLI	SARA	7724
VIGNUDELLI	ELISA	7725
VINCENZI	FRANCESCO	7726
VIOLA	LORENZO	7727
VOLPI	LAURA	7728
ZANINI	ANNALISA	7729
Reiscrizione albo medici chirurghi		
RIGHI	ALBERTO	7730

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - sabato 28 marzo 2020 – alle ore 16.00 in modalità videoconferenza

Il giorno sabato 28 marzo 2020 alle ore 16 si è svolta la riunione di Consiglio Direttivo che, in considerazione dell'emergenza coronavirus, è stata gestita in modalità videoconferenza

Hanno partecipato alla riunione:

Presidente Dott. Mauro Zennaro
Vice-Presidente Dott. Nicolino D'Autilia
Tesoriere Dott. Antonino Addamo

Consiglieri: Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Luca Carteri, Dr.ssa Laura Casari, Dott.ssa Maria Teresa Donini, Dott. Lauro Ferrari, Dott. Salvatore Lucanto, Dott. Paolo Martone, Dott.ssa Marinella Nasi, Dott. Giampaolo Papi, Dott. Stefano Reggiani.

Consiglieri odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi, Dott. Mario Caliandro.

Assenti giustificati: Dott. Carlo Curatola, Dr.ssa Letizia Angeli.

Collegio revisori dei conti: Prof. Giannetti Luca, Dr.ssa Calzolari Giovanna.

Assente giustificato: Dott. Bruni Raffaele

Accertata la presenza della maggioranza dei consiglieri per la validità della riunione si procede con la trattazione dell'ordine del giorno. In assenza del Consigliere segretario verbalizza il Dott. Paolo Martone.

Ordine del giorno:

2. Approvazione verbali seduta di Consiglio del 3.3.2020 e 23.3.2020;
3. Variazioni agli albi;
4. Comunicazioni del Presidente
5. Report dal Comitato Centrale (D'Autilia);
6. Raccolta dispositivi Dott. Carteri;
7. Delibere amministrative;
8. Varie ed eventuali.

Albo Medici Chirurghi

	<i>N. iscrizione</i>	<i>data iscrizione</i>	<i>n. prot. domanda</i>
FONTANESI FRANCESCA	7731	28/03/2020	1027
GUIDETTI GIORGIA	7732	28/03/2020	1026
SCHENETTI CECILIA	7733	28/03/2020	1025
SOLMI CHIARA	7734	28/03/2020	1024
VENTOURI VALSILIKI	7735	28/03/2020	1023

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI - Seduta del 04.02.2020 – ore 21.00

Il giorno **04.02.2020** – ore 21.00 – presso la sede dell'Ordine P.le Boschetti, 8 Modena

Sono presenti:

Dott. Roberto Gozzi (Presidente)
Dott. Mario Caliandro (Segretario - verbalizzante)
Dott.ssa Francesca Braghioli
Dott. Vincenzo Malara
Prof. Mario Provvisionato

Ordine del giorno:

1. Approvazione verbale CAO del 02.12.2019;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Giudizio disciplinare avverso il Dott. M.M;
4. Eventuale apertura procedimenti disciplinari;
5. Iniziative culturali anno 2020;
6. Sede Ordine medici: valutazione eventuale acquisto;
7. Opinamento eventuali parcelle odontoiatriche;
8. Varie ed eventuali

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI - Seduta del 15.04.2020 – ore 19.00

Il giorno **15.04.2020** – ore 19.00 – in modalità videoconferenza

Sono presenti:

Dott. Roberto Gozzi (Presidente)
Dott. Mario Caliandro (Segretario - verbalizzante)
Dott.ssa Francesca Braghioli
Dott. Vincenzo Malara
Prof. Mario Provvisionato

Ordine del giorno:

1. Approvazione verbale CAO del 04.02.2020;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Eventuale apertura procedimenti disciplinari;
4. Varie ed eventuali.

NOTE TRISTI:

*La Direzione del Bollettino, a nome di tutti i medici della provincia, formula le più sentite condoglianze:
alla famiglia per il decesso del collega dott. Badiali Remo
alla famiglia per il decesso del collega dott. Di Genova Giuseppe
alla famiglia per il decesso del collega dott. Mohamed Yusuf Abdurascid
alla famiglia per il decesso della collega dott.ssa Petrelli Maria
alla famiglia per il decesso del collega dott. Ventura Ezio*

LOXOSCELISMO DA *L. REFUSCENS* (RAGNO VIOLINO MEDITERRANEO), PATOLOGIA MISCONOSCIUTA IN ITALIA?

LEZIONE MAGISTRALE A CURA DI **LODOVICO ARGINELLI E FRANCESCO RIVASI**

L'uomo, può venire colpito, talora frequentemente, dal morso di ragno, pur non rappresentandone una preda abituale, infatti i ragni si cibano generalmente di artropodi (ragni, acari, insetti ecc.), che catturano con caccia diretta o mediante trappole costituite dalla tela di seta che producono con questo scopo. Il morso, per l'uomo, rappresenta di solito un fatto accidentale che si verifica quando il ragno, viene disturbato, toccato o schiacciato, altrimenti questi artropodi tendono a nascondersi o a fuggire.¹

In generale il morso nell'uomo, si risolve rapidamente senza lasciare esiti; solo un esiguo numero di specie di ragni, circa 200 appartenenti a 20 generi diversi su 45000 specie descritte nel mondo, è considerato importante da un punto di vista medico perché il veleno iniettato con il loro morso può causare anche gravi patologie.²⁻⁴ Le caratteristiche farmacologiche dei veleni di ragno, inoltre, sono altamente variabile tra le specie,⁵⁻⁶ infatti la maggior parte dei ragni di interesse medico come per esempio: *Latrodectus* (ragni vedova nera), *Steatoda* (ragni vedova falsa), *Atrax* (ragno imbuto di Sydney), *Phoneutria* (ragno banana), *Cheiracanthium* (ragni del fogliame), inocula dei veleni contenenti dei peptidi neurotossici che causano manifestazioni prevalentemente neurologiche e poche lesioni dermatologiche, mentre altri ragni come quelli appartenenti al genere *Loxosceles* producono dei veleni⁷⁻¹¹ citotossici. Alcune specie di ragni appartenenti a questo ultimo genere, in particolare, sono emblematiche sotto il profilo medico, essendo responsabili di una condizione patologica nota come loxoscelismo, caratterizzata sia da sintomi lievi eritematosi, sia da lesioni necrotiche cutanee a lenta guarigione (loxoscelismo cutaneo) sia, seppur raramente, da quadri clinici sistemici (loxoscelismo cutaneo-viscerale), finanche mortali.^{12,13,16}

Le specie di ragni appartenenti al genere *Loxosceles* più importanti di interesse sanitario sono: *L. reclusa* (nota anche come ragno recluso) diffusa per lo più negli Stati Uniti del Sud, dove rappresenta un importante problema di sanità pubblica, essendo ritenuta responsabile di più di 2500 casi

di avvelenamento ogni anno, talora con esito infausto; *L. laeta*, *L. intermedia*, *L. gaucho* diffuse in alcuni stati del Sud America: Cile, Perù, Argentina e in Brasile dove sono responsabili nel 20 % dei casi di forme cutaneo-viscerali che possono talora portare al decesso dei pazienti ed infine *L. rufescens*, (Dufour 1820), di origine africana ora considerata a diffusione cosmopolita, presente anche nelle regioni che si affacciano sul bacino del mediterraneo, Africa del Nord, Turchia, Israele, Malta, Grecia, Spagna, Portogallo, sud della Francia, Croazia, ed Italia dove è presente in particolare nelle regioni costiere e nelle Isole.¹⁶⁻¹⁷

Più recentemente, alcuni casi di loxoscelismo, attribuiti al morso di ragni appartenenti alla specie *L. rufescens*, conosciuto anche come ragno violino mediterraneo, unica specie appartenente al genere *Loxosceles* presente nelle nostre regioni, sono stati segnalati nel continente europeo, in particolare nelle regioni che si affacciano sul mare Mediterraneo Grecia, Malta, Portogallo, Turchia, nel sud della Francia, ed anche in Italia.¹⁸⁻³⁰

Riportiamo un caso di una paziente ricoverata nel reparto di malattie infettive di un ospedale della regione Liguria nel mese di giugno 2019, con una lesione cutanea necrotica ulcerativa a lenta risoluzione attribuita inizialmente ad infezione cutanea e successivamente invece diagnosticata presumibilmente come loxoscelismo cutaneo.

Caso Clinico

Donna di 67 anni, all'anamnesi patologica remota si rileva mastectomia totale sinistra all'età di 52 anni, per carcinoma mammario, trattata per 5 anni con terapia adiuvante (Femara), senza segni di recidiva o metastasi, inoltre ipertensione di grado lieve e diabete di tipo 2, trattati positivamente con farmaci (cotareg 160, vascoman 20 e suguam m.). La paziente, residente in una città della costa tirrenica, attualmente in buone condizioni di salute, si era recata dal medico curante per la comparsa di una lesione cutanea eritematosa associata a dolore, intenso prurito, limitata sulla parte mediana dell'alluce destro, comparsa durante il giorno dopo aver espletato nelle ore del mattino puli-

zie in una abitazione rimasta chiusa per più di un anno. Con il passare delle ore, riferiva che il dolore era viepiù ingravescente con comparsa di brividi e di febbre, l'eritema si era inoltre esteso all'arto inferiore destro divenuto decisamente edematoso. La paziente veniva indirizzata al pronto soccorso dell'Ospedale di zona, dove giunse nelle prime ore pomeridiane, e dimessa verso le ore 20 dopo un apparente deciso miglioramento. Il giorno successivo per il peggioramento della patologia, infatti il dolore persisteva ed era molto intenso, localmente erano inoltre comparsi ematomi, bolle nerastre ed una sensazione di bruciore, viene di nuovo ricoverata e nella notte si verifica la spontanea rottura di una grossa bolla con fuoriuscita di abbondante liquido siero-ematico. La paziente è stata dimessa con diagnosi di infezione cutanea (erisipela) e prescritto trattamento antibiotico e terapia locale. La paziente veniva seguita a domicilio dal medico di base, da un dermatologo privato e da una infermiera che eseguiva medicazioni locali. La paziente durante una medicazione aveva notato la comparsa di una piccola bolla nerastra nell'alluce (parte mediale). Dopo due settimane visto che la sintomatologia persisteva la paziente decise di andare al pronto soccorso. I medici del pronto soccorso constatando astenia, febbre ed un esantema scarlattiniforme generalizzato, indirizzavano la paziente alla clinica dermatologica dove eseguivano fasciatura dell'arto e subito dopo veniva dimessa. Per il peggioramento delle condizioni cliniche, il giorno successivo veniva ricoverata in un altro ospedale nel reparto grandi ustionati, dove è stata posta diagnosi di fascite necrotizzante da sospetta puntura da ragno violino e sottoposta a tre successivi interventi chirurgici. Il primo subito dopo il ricovero il 23 luglio per pulizia della necrosi, il secondo il 2 agosto per posizionamento di Integra fino al 18 settembre ed infine il terzo 19 settembre, per trapianto di cute. Attualmente esegue cicli di riabilitazione per rinforzare la muscolatura residua della gamba colpita.

Discussione

Il genere *Loxosceles* Heineken and Lowe, 1832 (Araneae: Sicariidae) comprende attualmente 133 specie diffuse in varie parti del mondo, soprattutto nelle aree temperate e tropicali, con prevalente diffusione nel continente americano: nel Sud degli Stati Uniti, nell'America centrale compresi i Caraibi, nel Sud America,^{13,31-32} ma anche in Cina, Asia, Africa,³⁴ Australia ed Europa.^{14,34-36}

Quasi tutte le specie appartenenti al genere *Loxosceles* hanno una portata limitata e sono endemiche di un'isola o di un paese. Solo alcune di queste specie si sono diffuse per l'influenza umana in numerose parti del mondo, in ha-

bitat non autoctoni, per esempio: *L. amazonica*, (Gertsch 1967) di origine africana rinvenuta in Brasile, *L. laeta* (Nicolet 1849), di origine del Sud America rinvenuta in Nord America, Finlandia e Australia, *L. gaucho* (Gertsch 1967) di origine del Brasile, rinvenuto in Tunisia, il *L. rufipes* (Lucas 1834) di origine nel Sud America si trova anche nell'Africa Occidentale e nel Mediterraneo ed infine, la specie più ampiamente distribuita, *L. rufescens* (Dufour 1820), di origine africana è ora considerata a diffusione cosmopolita (Platnick 2012) e quindi presente anche in Europa ed in Italia.¹⁷

Questa ultima specie ha avuto la propria origine evolutiva, al contrario della maggior parte delle altre specie di *Loxosceles* originarie nelle Americhe, nel Nord Africa, probabilmente nel Marocco, e si è diffusa direttamente e attraverso il trasporto umano in un primo tempo nel bacino del Mediterraneo³⁷⁻³⁸ e successivamente, in seguito alla globalizzazione iniziata con la scoperta dell'America da parte di Colombo nel 1492, e l'inizio di una nuova era di commercio globale veloce ed agli spostamenti della popolazione per migrazioni, commerci, viaggi, in altre regioni quali in particolare il Nord e Sud America, l'Asia, l'Australia, e molte altre.¹⁷ La presenza di *L. rufescens* è stata segnalata anche nel continente europeo, in particolare in paesi che si affacciano sul mediterraneo quali Francia, Portogallo, Grecia, Malta ed Italia dove si estende su tutto il territorio nazionale.^{14,16-20,24-30} I ragni appartenenti a questa specie (*L. rufescens*) sono sedentari, solitari, ad attività prevalentemente notturna, mostrano una forte propensione a rimanere nello stesso luogo anche per lunghi periodi o per tutta la vita, di solito costruiscono ragnatele irregolari in zone riparate. In generale essendo attratti dal calore vivono all'interno delle abitazioni, nascosti in luoghi asciutti, secchi e bui, soffitte, cantine, sui muri, nelle scatole per scarpe, negli armadi, dietro ai quadri ed ai mobili, nella biancheria, mentre negli ambienti esterni si trovano nel terreno, sulle foglie morte e pietre.^{21,39-40} Questa specie è di solito associata agli habitat urbani, e mostra una alta affinità per i locali dove si svolgono attività umane. All'interno degli edifici questi ragni possono raggiungere alte densità,⁴¹ e talora passare inosservati per lungo tempo senza che gli abitanti vengano morsi.^{15,42-43} I morsi di solito avvengono, a causa delle loro abitudini, in genere durante le ore notturne, quando i ragni si sentono attaccati per esempio intrappolati tra i vestiti e la pelle, oppure quando il paziente si veste o dorme.^{27,39-40,44} Le aree per lo più colpite sono cosce, tronco e braccia.^{39,45-46} I morsi infine si verificano di solito durante i mesi più caldi dell'anno che coincidono con il picco della popolazione della specie e con il periodo di riproduzione che va da maggio ad agosto).^{27,46}

DI PARTICOLARE INTERESSE

Loxosceles rufescens è un ragno di medie dimensioni, il corpo misura da 7 a 9 mm di lunghezza, il maschio è più piccolo (7 mm) della femmina (9 mm), il diametro medio è di 8 mm con zampe lunghe e snelle sino a raggiungere la misura di 1-5 cm comprese le zampe.⁴⁶⁻⁴⁷ Le caratteristiche morfologiche che permettono di identificare i ragni come appartenenti alla specie *L. rufescens* sono la presenza di tre paia di occhi (anziché otto a differenza della maggior parte degli altri ragni), disposti in coppie, una anteriore e due laterali che non si toccano in uno schema a forma di U.^{6,47} Una macchia scura sulla superficie dorsale del cefalotrace, spesso a forma di violino, di solito di colore uniformemente marrone, ma con diverse sfumature, è peculiare di questa specie; tuttavia questa macchia non è sempre presente e pertanto basarsi solo su questo reperto può portare talora a errori di diagnosi.^{4,14,40,48}

Tutti i ragni appartenenti al genere *Loxosceles* sono considerati di importanza medica perché il loro morso può portare ad un quadro patologico noto come loxoscelismo che consiste in lesioni cutanee modeste (loxoscelismo cutaneo), talora in quadri clinici più gravi sino ad avere forme sistemiche, più frequentemente osservate in età pediatrica, talora anche seppur raramente ad evoluzione fatale.^{12,14,49-50} Ciò si correla al fatto che questi ragni, possiedono un veleno citotossico al contrario della maggior parte dei veleni degli altri ragni di interesse medico che hanno generalmente composti neurotossici.^{12,14,39,46,50-54}

Il composto più attivo presente nel veleno di questi ragni, è costituito infatti da sfingomielinasi D, la cui azione tossica si esplica in particolare sui tessuti cutanei che sono particolarmente sensibili alla sua azione, ma può anche dare degli effetti sistemici. Da un punto di vista fisiopatologico le sfingomielinasi D causando una attivazione del complemento, dei neutrofili, delle piastrine, una trombosi vascolare e una emolisi, determinano una attività necrotizzante sui tessuti coinvolti. Altri enzimi sono presenti come le fosfatasi alcaline, le lipasi, le proteasi o anche le ialuronidasi che possono facilitare la diffusione delle tossine nei tessuti profondi e circostanti, aggravare e aumentare le dimensioni della lesione.^{12,46,53} I fattori che influenzano la reazione al morso e quindi la gravità delle lesioni dipendono dal ragno interessato, a causa della variabilità tra le varie specie, (alcune specie come per esempio: *L. reclusa*, *L. laeta* e *L. intermedia* possono dare delle forme più aggressive cutaneo-viscerali e talvolta condurre alla morte dei pazienti, rispetto per esempio a *L. rufescens*) ed all'interno della stessa specie, dal sesso e dallo stadio di sviluppo del ragno, inoltre anche dalla quantità di veleno inoculato,^{14,55} dalla sede cutanea interessata dal morso, dalle condizioni cliniche del paziente quali età, stato di salute, presenza o

meno di malattie debilitanti, di terapie immunosoppressive ecc.).^{15,22}

La maggior parte dei morsi avvengono nei mesi caldi, periodi in cui questi ragni sono più attivi. I morsi si verificano di solito nelle ore notturne quando il paziente dorme o indossa degli indumenti. Le aree più frequentemente colpite sono il tronco, l'addome, la coscia e le braccia, ma qualsiasi area del corpo può essere interessata.^{15,39,56} Il morso è inizialmente di solito del tutto indolore e quindi può passare inosservato, il ragno pertanto non viene quasi mai osservato e/o catturato, qualora esso venga catturato deve essere esaminato morfologicamente, per permetterne la identificazione.⁴⁶ La diagnosi di loxoscelismo in assenza di questa documentazione, è fatta per esclusione, e quindi presuntiva essendo basata solo sulle caratteristiche cliniche ed epidemiologiche.⁴⁶

Clinicamente sono descritti differenti quadri di loxoscelismo che vanno da casi innocui, che possono passare inosservati, caratterizzati solo da una modesta reazione di tipo orticaria senza vescica centrale e necrosi a lesioni dermo-necrotiche e più raramente a sintomi sistemici.²⁷ Nei casi meno gravi o lievi il danno è insignificante o molto modesto, si caratterizza per arrossamento, prurito e lieve lesione ma generalmente si ha una auto-guarigione, nei casi così detti dermo-necrotici (considerati come la reazione tipica),¹⁴ il primo sintomo molto comune, che compare alcune ore dopo il morso (da 2 a 8 ore) è il dolore che aumenta di intensità durante le prime ore o dal primo giorno al terzo giorno ed è associato ad un intenso prurito, a bruciore e l'area cutanea interessata sviluppa una area centrale rossastra, eritematosa, pruriginosa tutto attorno a due segni di morso di solito mascherati da punti emorragici. Dopo qualche ora si forma una coccarda scura (necrosi tessutale più o meno profonda) centrale circondata da una coccarda bianca (ischemica) e più perifericamente un esteso eritema rosso locoregionale esteso con edema (infiammatorio), l'estensione è centrifuga e gravitazionale,¹⁴ l'aspetto patognomonico è "blu / bianco / rosso".²⁵ Nei casi di questa entità la lesione guarisce spontaneamente, infatti l'eritema e l'edema scompaiono completamente entro 2-3 settimane, occasionalmente con la formazione di un'escara nera, che si stacca di solito da sé, in seguito. Nelle lesioni invece, di grado moderato, l'evoluzione del quadro clinico si caratterizza, nell'arco delle 48-72 ore successive dopo il morso, per la comparsa anche di sintomi sistemici quali: febbre, brividi, affaticamento, nausea e talvolta un eritema generalizzato petecchiale, scarlattiniforme o morbilliforme,^{14,45,57} la lesione va quindi incontro a necrosi, può ulcerare ed estendersi fino a coinvolgere i tessuti adiposo e muscolare sottocutanei.^{14,58} Nei casi an-

cora più gravi (loxoscelismo sistemico o viscerocutaneo), che colpisce il sistema vascolare, molto raro e potenzialmente fatale, oltre a febbre, brividi, eritema cutaneo compaiono in uno o due giorni dopo il morso, mialgia, artralgia, petecchie, rash cutaneo generalizzato, eruzione morbilliforme, convulsioni, ittero, diarrea, emolisi, tachicardia, rhabdomiolisi, insufficienza renale, coagulazione intravascolare disseminata, emorragie, coma e shock³⁹ ed in rari casi la evoluzione è fulminante.²⁸ A livello biologico, si possono osservare: trombocitopenia, iperleucocitosi, anemia emolitica, coagulazione intravascolare disseminata, insufficienza renale acuta, insufficienza epatocellulare che come accennato possono, seppur raramente, portare alla morte del paziente.⁴⁸

In Europa il loxoscelismo, secondo alcuni autori, non viene diagnosticato correttamente, essendo questa patologia generalmente misconosciuta dalla maggioranza dei medici e dunque non viene considerata, pertanto si può ritenere che casi reali vengano erroneamente diagnosticati e non adeguatamente trattati.²⁹ La diagnosi è talora difficoltosa essendo molto complessa. La necrosi cutanea, peculiare di questa patologia, è una lesione aspecifica, che si può osservare in diverse patologie e sindromi, causate anche da differenti agenti.^{14,40,56,60} La diagnosi differenziale infatti comprende numerose altre lesioni sia ad eziologia infettiva sia non infettiva. Le forme correlate a cause infettive comprendono patologie da batteri (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus sp.* [impetigine], *Gonococcemia*, *Bacillus anthracis*, [antrace cutaneo], *Francisella tularensis*, [tularemia], da spirochete (*Borrelia burgdorferi*, [malattia di Lyme], *Treponema pallidum*, [sifilide]), da virus (*herpes simplex*, *herpes-zoster*) e da miceti (*Sporothrix schenckii*, [sporotricosi], *Aspergillus sp.* [aspergillosi]). Altre patologie e sindromi hanno un quadro simile: una varietà di ulcere del sistema vascolare (vasculiti), tumori (carcinoma basocellulare e squamocellulare della cute) e metastasi, malattie correlate come per esempio, l'ulcera diabetica, il pioderma gangrenoso, lesioni localmente indotte, papulosi linfomatoide, traumatismi, Toxicodendron dermatitis, tossidermia, e anche manifestazioni cutanee da avvelenamento da warfarin, *chemical burn*, sindrome di Stevens-Johnson (necrosi epidermica o necrosi epidermica tossica, variante dell'eritema polimorfo), erythema nodosum, purpura fulminans.^{5,17,44}

Anche altri ragni, inoltre, possono dare delle manifestazioni dermatologiche, come i grandi ragni dei generi *Phoneutria* (ragno di banana) e *Atrax* (ragno imbuto di Sydney), che si trovano, rispettivamente, nel sud America e in Australia che posseggono un potente veleno neurotossico,⁶¹ ed anche il morso del ragno *Tegenaria agestis*,

(cosiddetto hobo spider), può causare lesioni dermo-necrotiche simili anche se meno gravi di quelle osservate nel loxoscelismo.⁵⁷

Tutte queste patologie debbono quindi essere prese in considerazione ed eliminate prima di formulare la diagnosi di loxoscelismo cutaneo.

Per una corretta diagnosi di una puntura di ragno in generale, si ritiene essere necessario un processo di verifica declinato in quattro fasi: il ragno deve essere (1) osservato mordere; (2) catturato durante o subito dopo il morso, (3) identificato da un esperto e (4) il morso deve causare sintomi tipicamente associati a un ragno di quella specie, solo in queste situazioni è giustificato chiamarlo morso di ragno verificato⁶²⁻⁶³, nel caso dei morsi *Loxosceles*, la situazione è più complessa. *Loxosceles* sono infatti ragni notturni, quindi la maggior parte dei morsi avviene di notte, inoltre il morso è generalmente descritto come indolore,^{15,56} al contrario del morso dei ragni appartenenti ad altre specie che è associato ad un dolore acuto ed improvviso.⁶⁴ La maggior parte dei morsi di *Loxosceles*, non verranno quasi mai notati fino a qualche ora dopo, quando compare il dolore o il paziente nota qualche alterazione cutanea, infine il ragno non viene quasi mai catturato e correttamente identificato. Si può ritenere che il numero di morsi di ragno verificati per *Loxosceles* sia di gran lunga inferiore rispetto a quelli in effetti veramente accaduti.

Per i morsi di *L. reclusa* è stato sviluppato un metodo diagnostico immuno-enzimatico molto specifico per il veleno *Loxosceles*.⁶⁵ Questo test ELISA contro il veleno di *L. reclusa*, potrebbe essere utilizzato anche nei casi da morso di *L. rufescens*, in quanto si ritiene che il veleno di *L. rufescens* sarebbe identico a quello di *L. reclusa*, ma attualmente questo test non è disponibile in commercio e non in uso clinico di routine.^{14,17}

È da tener presente il fatto, anche se spesso trascurato, che ci sono molti sintomi che escludono la diagnosi di loxoscelismo quali: la presenza di pus nella ferita che è in favore di un'infezione batterica, i linfonodi ingrossati e il drenaggio di materiale fluido dalla ferita nella prima settimana sono anche un argomento contrario, così come la formazione dell'ulcera in meno di una settimana, l'area centrale della lesione prominente e rossa, un'ulcera più grande di 10 cm di diametro o 0,5 cm di profondità, più di due lesioni separate o lesioni persistenti per più di 3 mesi.⁶⁶ Per aiutare la diagnosi di loxoscelismo, da Stoecker et al. (2017)⁶⁷ è stata coniata la definizione "RED, NOT RECLUSE" per evidenziare alcuni segni di lesioni cutanee che non si osservano nei morsi da ragni reclusi ma sono confusi come tali, dove l'acronimo RED di *NOT RECLUSE* indica Red, Elevated e Chronic. Se una lesione cutanea è rossa o elevata

DI PARTICOLARE INTERESSE

(prominente) o richiede più di 3 mesi per la guarigione, devono essere prese in considerazione diagnosi diverse da loxoscelismo, infatti le lesioni cutanee correlate a morso di ragni *Loxosceles* sono bluastre bianche o viola, piatte e guariscono entro 3 mesi, inoltre non tutte le alterazioni cutanee: rosse, bianche, blu indicano un morso *Loxosceles*, che per esempio possono essere osservate anche nei casi di malattia di Lyme, trasmessa dalle zecche. Insomma, a meno che non si venga morsi e non si riesca a catturare il ragno vivo, integro e non schiacciato e reso irriconoscibile, è poco probabile che si possa stabilire con certezza, che responsabile della sintomatologia sia effettivamente il ragno violino. La diagnosi di loxoscelismo è di esclusione e di solito presuntiva, come nel nostro caso. La maggior parte degli autori che si sono occupati di loxoscelismo riferiscono che *L. rufescens* causa sintomi più lievi rispetto a *L. reclusa*, e non rappresenta un pericolo serio per la salute pubblica,¹⁷ inoltre che il loxoscelismo sia “una condizione in Europa generalmente non riconosciuta” e spesso diagnosticata erroneamente per cellulite.²⁹

L'esame istologico dei prelievi bioptici delle lesioni cutanee necrotiche, benchè possa aiutare alla formulazione di una diagnosi corretta, ha mostrato dei quadri aspecifici caratterizzati da una dissociazione dermo-epidermica, una vasodilatazione, un infiltrato infiammatorio da moderato ad intenso, polimorfo per la presenza di leucociti neutrofili e di abbondanti eosinofili, un quadro di vasculite neutrofila associata a necrosi della parete delle arteriole e trombotosi vascolari, aree di emorragia e di necrosi ischemica. Il risultato è una, un'ulcera coperta da escara e talora una necrosi del tessuto sottocutaneo.⁵⁷

Nel nostro caso non è stato eseguito alcun esame istologico delle lesioni cutanee.

In Italia, di tutte le specie di ragni appartenenti al genere *Loxosceles* è presente solo *L. rufescens*. Ad oggi, sono stati segnalati nella letteratura scientifica solo alcuni casi di morsi di interesse medico da ragno violino mediterraneo nel nostro Paese.^{24, 28, 30, 68} Nella maggior parte di questi casi, come anche nel caso da noi segnalato, il ragno non è stato catturato, e la diagnosi è stata formulata in modo di grande probabilità in relazione alla storia clinica, alla morfologia della lesione cutanea, alla sua evoluzione (progressione della necrosi, interessamento dei tessuti molli sottocutanei, in particolare i tessuti muscolari e adiposi), sintomi generali (febbre, astenia..), talora suffragata, almeno in un caso, anche dalla presenza di colonie di ragni *L. rufescens* nelle aree circostanti l'abitazione della paziente interessata, ed alla diagnosi differenziale con tutte quelle patologie che presentano dei sintomi simili. In Italia è stato descritto un unico caso ad evoluzione fa-

tale, da Pezzi e coll. 2016,²⁸ diagnosi tuttavia confutata da Netwing et al., che in un recente studio di revisione della letteratura inerente casi di loxoscelismo da *L. rufescens*, ad evoluzione infausta, hanno sostenuto che “questo primo caso fatale descritto in Europa non è supportato dai fatti e, quindi, non è giustificato”.¹⁷

In diverse Regioni d'Italia comprese anche alcune del Nord quali l'Emilia Romagna, la Lombardia sono stati segnalati negli ultimi anni numerosi casi sospetti di morso di ragno violino, verificatesi in particolare nel periodo estivo, dai mass media generando nella popolazione una forte preoccupazione, quasi una psicosi come si trattasse di una epidemia. In effetti si tratta di casi riportati dagli organi di stampa, per lo più non scientificamente provati o documentati, che comunque sono guariti, spontaneamente o dopo opportuna terapia, ma nessun caso è stato mortale. In alcune aree d'Italia sono presenti anche altri ragni di interesse medico, appartenenti alle specie: *Latrodectus tredecimguttatus*, *Steatoda paykulliana*,⁶⁹ ed alle specie *Cheiracanthium puncturium* e *Cheiracanthium mildei*, questi ultimi considerati meno pericolosi e comunemente noti come ragni del sacco giallo, della famiglia Miturgidae.^{69,70} L'avvelenamento dal morso dei ragni appartenenti a queste specie pur essendo estremamente raro, deve essere correttamente riconosciuto al fine di evitare errori diagnostici e per poter instaurare una idonea terapia.⁷¹

Di tutte le specie di ragni appartenenti al genere *Latrodectus*, è presente in Italia solo *L. tredecimguttatus*, i ragni appartenenti a questa specie sono conosciuti volgarmente come ragni vedova nera, sono velenosi,⁶² si trovano nelle regioni che si affacciano sul mar Mediterraneo, sono neri e lucidi, le femmine più grandi dei maschi hanno un corpo delle dimensioni di 7-15 mm mentre i maschi hanno un corpo di 4-7 mm, hanno un addome globoso che nella parte ventrale presenta un segno rosso a forma di clessidra.³⁹ Questi ragni vivono solitamente in ambienti esterni, caldi, asciutti, aridi, nei ruderi o tra la vegetazione, si possono rinvenire talora negli ambienti interni, al chiuso, nei climi freddi.⁶² Gli esemplari giovani di *L. tredecimguttatus* presentano una linea rossa prominente nel mezzo del corpo e delle linee trasversali che attraversano l'addome e la schiena.¹¹ Questi ragni di solito colpiscono nei mesi primaverili ed estivi, le aree maggiormente interessate dai morsi sono le gambe e le braccia, il morso di solito non viene avvertito, oppure si manifesta come una leggera parestesia, in seguito compare durante la prima ora un dolore che dalla zona della puntura si diffonde verso le estremità (regioni inguinali o ascellari a seconda della sede del morso, con comparsa di dolore ai linfonodi entro pochi minuti). Nel sito di inoculazione compaiono due

segni corrispondenti alle zanne del ragno, circondati da eritema di circa 5 mm che con il passare del tempo (alcune ore) può arrivare a misurare sino a 5 cm di diametro, l'area interessata appare pallida, dolente e circondata da un anello rosso-bluastro. Il veleno prodotto contiene peptidi neurotossici (principalmente alfa-latrotossina) che nei casi gravi, peraltro poco frequenti, causa sintomi sistemici che includono intenso dolore, contrattura dei muscoli addominali (spesso diagnosticati come addome acuto, specialmente nei bambini), crampi muscolari generalizzati, mal di testa, parestesie, sudore freddo, rash cutaneo, febbre elevata, shock, nausea, vomito, dolori articolari, dispnea, fotofobia, tachicardia, aritmie cardiache e ipertensione. I morsi di *L. tredecimguttatus* possono anche causare, seppur eccezionalmente miocardite con elevazione degli enzimi cardiaci.¹¹

Il morso di *L. tredecimguttatus* anche per le caratteristiche cliniche sopraesposte non viene di norma confuso con quello di *L. rufescens*.

In Italia, dei ragni appartenenti al genere *Steatoda*, è presente la specie *S. paykulliana*. I generi *Steatoda* e *Latrodectus*, appartengono alla stessa famiglia delle *Therididae*, i ragni di questi generi producono un veleno simile neurotossico, ed i morsi dei ragni del genere *Steatoda* danno un avvelenamento nell'uomo noto come steatodismo, simile al latrodectismo, ma la cui sintomatologia è molto più blanda tanto che i casi di interesse medico legati al morso di questi ragni nelle nostre regioni, sono eccezionali, infatti un solo caso è stato descritto recentemente in Europa, e precisamente in Languedoc da Pommier et coll. nel 2006,⁷² ma nessuno in Italia.

Di tutti i ragni appartenenti al genere *Cheiracanthium* in Italia sono presenti solo *Cheiracanthium puncturium* e *Cheiracanthium mildei*, noti comunemente come ragni dal sacco giallo, essi non producono ragnatele, bensì costruiscono una sacca bianca setosa di circa 5 cm di diametro.⁷³ Questi ragni nelle ore diurne prediligono vivere negli ambienti esterni, come campi, aree verdi, terreni incolti, alberi, nascosti in tane a forma di sacco, le sacche si trovano in luoghi riparati nel fogliame, in cespugli, in arbusti, nella bassa vegetazione, in erba alta o altri detriti, sotto la corteccia degli alberi o sotto le pietre, infatti la maggior parte dei casi di morsi descritti si è verificato quando le persone stavano svolgendo attività all'aperto.⁷³⁻⁷⁵ Tuttavia, sia *C. puncturium* che *C. mildei* possono essere presenti anche se solo causalmente all'interno di abitazioni, dove le sacche si possono trovare in tutti i tipi di angoli: lungo i battiscopa, dove il soffitto incontra la parete, sotto e dietro i mobili, lungo gli intradossi, sotto i davanzali delle finestre e intorno ai telai delle porte. I morsi si verificano tra maggio

e settembre, a causa del fatto che solo i ragni adulti sono in grado di mordere (i giovani sono troppo piccoli), essi sono attivi durante la notte, quando vagano per cacciare le loro prede, di solito costituite da piccoli insetti, tuttavia nei casi umani i morsi sono generalmente riferiti come avvenuti durante le ore diurne. I morsi segnalati in Italia si sono verificati principalmente nell'Italia centrale e molto meno nelle regioni settentrionali. I ragni *C. puncturium* che *C. mildei* hanno un corpo che può raggiungere le dimensioni di circa 15 millimetri, la cui parte posteriore è di colore giallo-ambrato solcato da una linea bruna e quella anteriore di colore marrone. Il loro morso è molto doloroso, urente che compare quasi subito dopo il morso stesso. Sono infatti dotati di un veleno che causa nella zona del morso una sensazione istantanea, intensa, pungente e dolorosa analoga a quella della puntura di una vespa, ape o calabrone.⁷³⁻⁷⁶ Ciò può essere seguito da gonfiore, eritema associato a bruciore, prurito, diminuzione della sensibilità, in rari casi, è stato riportato che le manifestazioni si estendevano dal sito del morso ad altre parti del corpo ed è stata anche documentata la formazione nella sede del morso di una lesione necrotica di circa 15 mm di diametro.⁷⁵⁻⁷⁷ Nei casi più gravi, in particolare nei soggetti sensibilizzati, sono stati riscontrati sintomi sistemici quali nausea, vomito, febbre, emicrania, vertigini e oppressione toracica, che sono regrediti di solito in uno o due giorni, mentre quelli cutanei dopo qualche giorno; non sono stati registrati incidenti mortali dovuti al morso di questi ragni.⁷⁴⁻⁷⁷

Terapia del loxoscelismo

La terapia del loxoscelismo è molto controversa e non vi sono linee guida codificate.^{21,40} In un primo tempo di solito vengono praticate misure sintomatiche, cura delle ferite locali, profilassi antitetanica,^{27,40} terapia del dolore²⁹ ed a seconda dell'intensità, viene somministrata una varietà di analgesici, inclusa la morfina.²⁹ Vengono inoltre praticate misure per limitare la necrosi, come l'elevazione e l'immobilizzazione dell'arto interessato, l'applicazione del ghiaccio,⁶¹ che sarebbe utile per limitare la diffusione del veleno mediante vasocostrizione;^{27,40} gli antibiotici pur non sembrando indicati in assenza di una sovrainfezione vengono spesso somministrati sin dall'inizio della sintomatologia, prima della comparsa della necrosi, o perché il morso è stato diagnosticato erroneamente come una infezione batterica, o per prevenire infezioni secondarie.^{17,44} Gli antibiotici prevalentemente le penicilline, le tetracicline (amoxicillina), anche in combinazione con clavunato, ciprofloxacina cefuroxima vengono somministrati per via orale, per via intramuscolare o endovenosa,¹⁷ gli antibiotici debbono poter essere efficaci contro gli *Streptocoques* spp., gli

DI PARTICOLARE INTERESSE

Staphylocoques spp., i batteri anaerobi e anche il *Clostridium perfringens* che talora si ritiene venga trasportato dal veleno e dal morso di *Loxosceles*.⁴⁴ Vengono riportate inoltre delle terapie considerate specifiche che includono: antistaminici, dapsone, destrano, colchicina, ossigeno iperbarico, glucocorticoidi, vasodilatatori, eparina, nitroglicerina, corticosteroidi, elettroshock, antiveleno, impacchi di ghiaccio.^{40,44} Questi trattamenti medici sono stati praticati in modo del tutto empirico senza essere stati sottoposti a studi randomizzati controllati,²⁷ inoltre alcuni di questi trattamenti vengono attualmente considerati talora come discutibili, in quanto possono essere costosi, dolorosi e o addirittura tossici, la maggior parte dei morsi, infatti, guarirà senza alcuna terapia.^{40,78} Dei casi che sviluppano necrosi, alcuni guariscono spontaneamente, gli altri, clinicamente più gravi, che rappresentano solo una esigua parte dei pazienti affetti da loxoscelismo cutaneo richiedono un intervento chirurgico per la rimozione del tessuto necrotico ed innesto cutaneo,⁷⁸ come nel caso da noi segnalato (Fig.1-4) in quanto l'estensione della lesione necrotica ed ulcerata era molto profonda ed interessava i tessuti molli sottocutanei e non guariva spontaneamente. Sebbene le tecniche chirurgiche varino, sembra esserci un consenso tra i vari Autori sul fatto che la chirurgia non debba essere eseguita se non sono passate almeno 6-8 settimane fino a quando la lesione non si sia stabilizzata.^{29,79}

Da quanto esposto si evince che non esiste un trattamento generalmente accettato o ottimale. Non sono mai stati eseguiti, a nostra conoscenza, studi controllati che dimostrino quale terapia sia superiore a un'altra, quindi al momento nessuna raccomandazione è possibile. Nel caso da noi riportato la terapia instaurata è stata all'inizio sintomatica, compressione, immobilizzazione dell'arto e riposo e solo in un secondo tempo, quando il quadro clinico è diventato preoccupante per la comparsa di sintomi gravi quali ulcere necrotiche profonde all'arto inferiore colpito dal morso che tendevano ad aumentare di estensione e interessare i tessuti sottocutanei associato ad una sintomatologia clinica sistemica ingravescente (iperpiressia, astenia, mialgia), ed inoltre si è addivenuti ad una diagnosi di probabile loxoscelismo di grado moderato-grave, è stata instaurata una terapia consistita in terapia antibiotica ad alto spettro per prevenire eventuali sovra-infezioni batteriche, terapia iperbarica e successivamente, a distanza di alcune settimane dall'inizio della sintomatologia, detersione chirurgica delle lesioni ulcero-necrotiche con exeresi dei tessuti necrotici, ed infine innesto cutaneo in quanto la profondità e l'estensione della lesione necrotica impedivano la guarigione spontanea, ciò ha permesso di circoscrivere la necrosi e di aumentare il risparmio di

tessuti. Inseguito è stata instaurata una fisioterapia atta a recuperare per quanto possibile la funzionalità muscolare.

Conclusioni

Il loxoscelismo cutaneo causato dal morso del ragno *L. rufescens* è una patologia, nelle aree endemiche che interessano i Paesi che circondano il Mediterraneo, compresa quindi anche l'Italia, generalmente misconosciuta agli operatori sanitari, ma verosimilmente più frequente, anche se non comune, di quanto ritenuto. Questa patologia dovrebbe invece essere nota ai medici, in quanto è una possibilità da considerare nella diagnosi differenziale, di fronte ad una lesione dermo-necrotica che si sviluppa in modo sfavorevole malgrado il trattamento con gli antibiotici. La diagnosi di morso da *L. rufescens*, tuttavia è certamente indaginosa, il morso venendo nella maggior parte dei casi non rilevato dai pazienti, in quanto non produce dolore e di solito avviene nelle ore notturne, e pertanto il paziente non riferisce alla anamnesi di aver percepito la puntura riferibile a quella di un ragno che di solito viene riconosciuta perché paragonata a una puntura di vespa con un dolore acuto e improvviso. Il ragno, molto raramente viene catturato, e nei rari casi in cui ciò avvenga, né i medici né i pazienti sono in grado di identificarlo con certezza per la mancanza di formazione in questo settore. La diagnosi di loxoscelismo pertanto il più delle volte avviene per eliminazione e tardivamente, a posteriori. L'evoluzione del quadro clinico dipende dal numero dei morsi, dalla quantità di veleno iniettato e dalle condizioni di salute del paziente. Trattamenti specifici sono controversi e talvolta inutili in quanto la maggior parte delle lesioni guarisce spontaneamente, ma in caso di ampie ulcere necrotiche, la chirurgia deve essere eseguita quando la lesione si è stabilizzata.

In conclusione, *L. rufescens* è una specie di ragno originario delle regioni del Nord Africa e diffusosi a livello globale dall'attività umana, presente in Europa e quindi anche in Italia; raramente morde l'uomo, e i morsi che provocano lesioni ulcero-necrotiche cutanee o sistemiche sono molto rari, mentre prevalgono quadri meno dannosi di quanto spesso descritto caratterizzati da lieve dermatite ad evoluzione spontanea, non sono stati documentati casi certi ad evoluzione fatale e quindi non rappresenta attualmente un problema di sanità pubblica.



Bibliografia

1. Boyer LV, Binford GJ, Degan JA. Spider bites. Chapter 52. In: Auerbach PS. ed Wilderness Medicine. 6th edn. Philadelphia: Elsevier Mosby, 2012:975–95.
2. Diaz HJ. The global epidemiology, syndromic classification, management, and prevention of spider bites. *Am J Trop Med Hyg.* 2004;71: 239–250.
3. Shahi M, Shahi A, Khademi Z, Zamani AR, Nakhaii AR, Rafinejad J. Loxoscelism: a case report from Bandar Abbas in south of Iran. *Hormozgan Med J.* 2013;18: 5.
4. Sadeghi S, Dashan M, Javad Malek-Hosseini M. Mediterranean Recluse Spider, *Loxosceles rufescens* (Araneae: Sicariidae) from Charkhab Cave, Southern Iran. *J Arthropod-Borne Dis.* 2017;11: 156–160.
5. Bilgili SG, Karadag AS, Karadag R, Cecen I, Calka O. A case of Spider bite localized to the eyelid. *Cutan Ocul Toxicol.* 2013;32: 83-5.
6. Vetter RS, Visscher PK. Bites and stings of medically important venomous arthropods. *Int J Dermatol.* 1998;37: 481-96.
7. Moss HS, Binder LS. A retrospective review of black widow spider envenomation. *Ann Emerg Med.* 1987;16: 188-92.
8. Patel KD, Modur V, Zimmerman GA, Prescott SM, McIntyre TM. The necrotic venom of the brown recluse spider induces dysregulated endothelial cell-dependent neutrophil activation. Differential induction of GM-CSF, IL-8, and E-selectin expression. *J Clin Invest.* 1994;94: 631-42.
9. Binford BJ, Bodner MR, Cordes MHJ, Baldwin KL, Rineron MR, Burns SN, Zobel-Thropp PA. Molecular evolution, functional variation, and proposed nomenclature of the gene family that includes sphingomyelinase D in Sicariid spider venoms. *Mol Biol Evol.* 2009;26: 547– 566.
10. Williams ST, Khare VK, Johnston GA, Blackall DP. Severe intravascular hemolysis associated with brown recluse spider envenomation. A report of two cases and review of the literature. *Am J Clin Pathol.* 1995;104: 463-7.
11. Kara H, Ak A, Bayir A, Avci A. Reversible myocarditis after spider bite. *BMJ Case Rep.* 2013; 2013: bcr2013008957. Published online 2013 Apr 8.
12. Hogan CJ, Barbaro KC, Winkel K. Loxoscelism: old obstacles, new directions. *Ann Emerg Med.* 2004; 44: 608-24.
13. Tambourgi DV, Gonçalves-de-Andrade RM, van den Berg CW. Loxoscelism: from basic research to the proposal of new therapies. *Toxicon.* 2010;56: 1113-9.
14. Swanson DL, Vetter RS. Loxoscelism. *Clin Dermatol.* 2006;24: 213–221.
15. Vetter RS. Spiders of the genus *Loxosceles* (Araneae, Sicariidae): a review of biological, medical and psycho-

DI PARTICOLARE INTERESSE

- logical aspects regarding envenomations. *J. Arachnol.* 2008;36: 150–163.
16. Planas E, Zobel-Thropp PA, Ribera C, Ribera C, Binford G. Not as docile as it looks? *Loxosceles* venom variation and loxoscelism in the Mediterranean Basin and the Canary Islands. *Toxicon* 2015; 93: 11–19.
 17. Nentwig W, Pantini P, Vetter RS. Distribution and medical aspects of *Loxosceles rufescens*, one of the most invasive spiders of the world (Araneae: Sicariidae). *Toxicon.* 2017;32: 19–28.
 18. Cohen N, Sarafian DA, Alon I, et al. Dermonecrotic Loxoscelism in the Mediterranean Region. *J Toxicol: Cutan Ocul Toxicol.* 1999;18: 75–83.
 19. Dandria D, Mahoney P. First record of spider poisoning in the Maltese Islands. *The Central Mediterranean Naturalist.* 2002;3: 173–5.
 20. Stefanidou MP, Chatzaki M, Lasithiotakis KG, et al. Necrotic arachnidism from *Loxosceles rufescens* harboured in Crete, Greece. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006; 20: 486–7.
 21. Akdeniz S, Green JA, Stoecker WV, et al. Diagnosis of loxoscelism in two Turkish patients confirmed with an enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) and non-invasive tissue sampling. *Dermatol Online J.* 2007; 13: 11.
 22. Yigit N, Bayram A, Ulasoglu D, et al. *Loxosceles* spider bite in Turkey (*Loxosceles rufescens*, Sicariidae, Araneae). *J Venom Anim Toxins Trop Dis.* 2008;14: 178–87.
 23. Boissiere F, Masson R, Fluieraru S et al. Le loxoscelisme cutané à propos d'une observation exceptionnelle de 9 cas consécutifs. *Ann Chir Plast Esthet.* 2016T; 61: 811-9.
 24. Ribuffo D, Serratore F, Famiglietti M, et al. Upper eyelid necrosis and reconstruction after spider bite: case report and review of the literature. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2012;16: 414–17.
 25. Hubiche T, Delaunay P, del Giudice P. A case of loxoscelism in southern France. *Am J Trop Med Hyg.* 2013;88: 807–8.
 26. Coutinho I, Rocha S, Ferreira ME, et al. [Cutaneous loxoscelism in Portugal: a rare cause of dermonecrosis]. *Acta Med Port.* 2014;27 :654–7.
 27. Cachia M, Mercieca L, Mallia Azzopardi C, Boffa MJ. Rare case of dermonecrosis caused by a recluse spider bite in Europe. *BMJ Case Rep.* 2016 Jul 20;2016. pii: bcr2016215832. doi: 10.1136/bcr-2016-215832.
 28. Pezzi M, Giglio AM, Scozzafava A, Filippelli O, Serafino G, Verre M. Spider bite: a rare case of acute necrotic arachnidism with rapid and fatal evolution. *Case Rep Emerg Med.* 2016; 2016:7640789. Doi: 10. 1155 / 2016/7640789.
 29. Rubenstein E, Stoebner PE, Herlin C, et al. Documented cutaneous loxoscelism in the south of France: an unrecognized condition causing delay in diagnosis. *Infection.* 2016; 44:383–7.
 30. Abbott DM, Brunetti E, Barruscotti S, Brazzelli V. Brown recluse (*L. rufescens*) can bite in Northern Italy, too: first case report and review of the literature. *BMJ Case Rep.* 2019, 9; 12. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2019-230000>.
 31. Gertsch WJ, Ennik F. The spider genus *Loxosceles* in North America, Central America and the West Indies (Araneae, Loxoscelidae). *Bull Am Mus Nat Hist.* 1983;175: 264–360.
 32. Canali M, Taucare-Rios A, Brescovit AD, Peña-Gomez F, Bizama G, Canals A, Moreno L, Bustamante R. Niche modelling of the Chilean recluse spider *Loxosceles laeta* and araneophagic spitting spider *Scytodes globula* and risk for loxoscelism in Chile *Med Vet Entomol.* 2016; 30: 383-391.
 33. Taucare-Ríos A, Nentwig W, Bizama G, Bustamante RO. Matching global and regional distribution models of the recluse spider *Loxosceles rufescens*: to what extent do these reflect niche conservatism? *Med Vet Entomol.* 2018; 32: 490-496.
 34. Platnick NI. The World Spider Catalogue. Version 6.0. 2005. <http://research.amnh.org/entomology/spiders/catalog/INTROI.html>.
 35. Southcott RV. Spiders of the genus *Loxosceles* in Australia. *Med J Aust.* 1976;1: 406-8.
 36. World Spider Catalog (2018) Natural History Museum Bern, version 19.0 <http://wsc.ch>
 37. Duncan RP, Rynerson MR, Ribera C, Binford GJ. Diversity of *Loxosceles* spiders in Northwestern Africa and molecular support for cryptic species in the *Loxosceles rufescens* lineage. *Mol Phylogenet Evol.* 2010;55: 234-48.
 38. Planas E, Saupe EE, Lima-Ribeiro MS, Townsend PA, Ribera C. Ecological niche and phylogeography elucidate complex biogeographic patterns in *Loxosceles rufescens* (Araneae, Sicariidae) in the Mediterranean Basin. *BMC Evol Biol.* 2014;14: 195.
 39. Isbister GK, Fan HWLancet. Spider bite. *Lancet.* 2011;378(9808): 2039-2047.
 40. Swanson DL, Vetter RS. Bites of brown recluse spiders and suspected necrotic arachnidism. *N Engl J Med.* 2005;352: 700-7.
 41. Vetter RS, Barger DK. An infestation of 2,055 brown recluse spiders (Araneae: Sicariidae) and no envenomations in a Kansas home: implications for bite diagnoses in nonendemic areas. *J Med Entomol.* 2002;39: 948-51
 42. Greene A, Breish NL, Boardman T, Pagae BB Jr., Kunicks

- E, Howes BK, Brown PV. The Mediterranean recluse spider, *Loxosceles rufescens* (Dufour), an abundant but cryptic inhabitant of deep infrastructure in the Washington, D.C. area (Arachnida: araneae, Sicariidae). *Ann Entomol.* 2009; 55: 159-167.
43. Cramer KL, Are brown recluse spiders, *Loxosceles reclusa* (Araneae: Sicariidae), scavengers? The influence of predator satiation, prey size, and prey quality. *J Arachnol* 2008;36: 104- 144.
 44. Boissiere F, Masson R, Fluieraru S, Vitse J, Dessena L, Lefevre M, Bekara F, Herlin C. Le loxoscelisme cutané, à propos d'une observation exceptionnelle de 9 cas consécutifs. *Ann Chir Plast Esthet.* 2016;6: 811-819.
 45. Dyachenko P, Ziv M, Rozenman D. Epidemiological and clinical manifestations of patients hospitalized with brown recluse spider bite. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006;20: 1121- 5.
 46. Gremski LH, Trevisan-Silva D, Ferrer VP, Matsubara FH, Meissner GO, Wille AC, Vuitika L, Dias-Lopes C, Ullah A, de Moraes FR, Chávez-Olórtegui C, Barbaro KC, Murakami MT, Arni RK, Senff-Ribeiro A, Chaim OM, Veiga SS. Recent advances in the understanding of brown spider venoms: from the biology of spiders to the molecular mechanisms of toxins. *Toxicon.* 2014;83: 91-120.
 47. Zamani A, Rafinejad J. First record of the Mediterranean Recluse spider *Loxosceles rufescens* n(Araneae: Sicariidae) from Iran. *J Arthropod Borne Dis.* 2014;8: 228-231.
 48. Futrell JM. Loxoscelism. *Am J Med Sci.* 1992;304: 261-7.
 49. Elbahlawan LM, Stidham GL, Bugnitz MC, Storgion SA, Quasney MW. Severe systemic reaction to *Loxosceles reclusa* spider bites in a pediatric population. *Pediatr Emerg Care.* 2005;21: 177-80.
 50. Nentwig W, Kuhn-Nentvig L. Spider venoms potentially lethal to humans. In *Spider Ecophysiology*, Nentwig W.; Ed.; Springer; Berlin/Heidelberg, Germany: 2013; pp. 253-64.
 51. Tambourgi DV, Morgan BP, de Andrade RM, Magnoli FC, van Den Berg CW. *Loxosceles intermedia* spider envenomation induces activation of an endogenous metalloproteinase, resulting in cleavage of glycoporphins from the erythrocyte surface and facilitating complement-mediated lysis. *Blood.* 2000;95: 683-91.
 52. Senff-Ribeiro A, Henrique da Silva P, Chaim OM, Gremski LH, Paludo KS, Bertoni da Silveira R, Gremski W, Mangili OC, Veiga SS. Biotechnological applications of brown spider (*Loxosceles* genus) venom toxins. *Biotechnol Adv.* 2008;26: 210-8.
 53. da Silva PH, Bertoni da Silveira R, Appel MH, Mangili OC, Gremski W, Veiga SS. Brown spider and loxoscelism. *Toxicon.* 2004;44: 693-709.
 54. Nentwig W, Kuhn-Nentvig L. Main components of spider venoms. In *Spider Ecophysiology*, Nentwig W.; Ed.; Springer; Berlin/Heidelberg, Germany: 2013; pp. 191-202.
 55. Gomez, HF, Greefield DM, Miller MJ, Warren JS. Direct correlation between diffusion of *Loxosceles reclusa* venom and extent of dermal inflammation. *Acad Emerg Med.* 2001;8: 309-314.
 56. Vetter RS. The brown recluse spider. 2015 Cornell University Press, Ithaca.
 57. Prieto-Granada CN, Lobo AZC, Mihm MC jr. Skin infection: Arthropod-induced diseases. In *Diagnostic pathology of infectious disease*. Kradin RL.; Ed.; Saunders; Philadelphia, USA: 2010; p. 591.
 58. Delasotta LA, Orozco F, Ong A, Sheikh E. Surgical treatment of a brown recluse spider bite: a case study and literature review. *J Foot Ankle Surg.* 2014;53: 320-3.
 59. Vetter RS, Bush SP. The diagnosis of brown recluse spider bite is overused for dermonecrotic wounds of uncertain etiology. *Ann Emerg Med.* 2002;39: 544-6.
 60. Vetter RS, Cushing PE, Crawford RL, Royce LA. Diagnoses of brown recluse spider bites (loxoscelism) greatly outnumber actual verifications of the spider in four western American states. *Toxicon;* 2003;42: 413-418
 61. Sams HH, Dunnick CA, Smith ML, King LE Jr. Necrotic arachnidism. *J Am Acad Dermatol.* 2001;44: 561-73.
 62. Isbister GK, White J. Clinical consequences of spider bites: recent advances in our understanding. *Toxicon.* 2004;43: 477-92.
 63. Vetter RS, Isbister GK Medical aspects of spider bites. *Annu Rev Entomol.* 2008;53: 409-29.
 64. Nentwig W, Gnädinger M, Fuchs J, Ceschi A. A two years study of verified spider bites in Switzerland and a review of the European spider bite literature. *Toxicon.* 2013;73: 104-10.
 65. McGlasson DL, Green JA, Stoecker WV, Babcock JL, Calcara DA. Duration of *Loxosceles reclusa* venom detection by ELISA from swabs. *Clin Lab Sci.* 2009;22: 216-22.
 66. Rader RK, Stoecker WV, Malters JM, Marr MT, Dyer JA. Seasonality of brown recluse populations is reflected by numbers of brown recluse envenomations. *Toxicon.* 2012;60: 1- 3.
 67. Stoecker WV, Vetter RS, Dyer JA. NOT RECLUSE-A Mnemonic device to avoid false diagnoses of brown recluse spider bites. *JAMA Dermatol.* 2017;153: 377-8.
 68. Farace F, Lissia M, Mele A, Masia DR, Rubino C. Local cutaneous arachnidism: a report of three cases and their management. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2006;59: 197-201.

DI PARTICOLARE INTERESSE

69. Trotta A. Introduzione ai ragni italiani (Arachnida Araneae). Mem Soc Entomol It. 2005;83: 3-178.
70. Platnick NI. The world spider catalog, version 12.5.2012 American Museum of Natural History. <http://research.amnh.org/iz/spiders/catalog>.
71. Papini R. Documented bites by a yellow sac spider (*Cheiracanthium punctorium*) in Italy: a case report. J. Venom. Anim. Toxins incl Trop Dis. 2012; 18 On-line version ISSN 1678-9199.
72. Pommier P, Rollard C, de Haro L. Un cas de stéatodisme observé en Languedoc après morsure d'araignée du genre *Steatoda* *Steatoda* spider envenomation in southern France Presse Med. 2006;35: 1825-7.
73. Bisconti M, Silvi E, Carnieri E, de Loewenstern AB. Segnalazione di *Cheiracanthium punctorium* Villers, 1769 (Arachnida, Araneae, Miturgidae) tra Livorno e Pisa. Quad Mus St Nat Livorno. 2006; 19:57-64.
74. Trentini M, Canestri Trotti G. Un caso di aracnidismo da *Cheiracanthium punctorium* (Villers 1798) (Araneae, Clubionidae). Biol Oggi. 1990;4: 55-7.
75. Principato M, Polidori GA, Ubertini S. *Cheiracanthium punctorium* Villers (Araneae: Clubionidae): first note in Umbria on four cases of human envenomation. Parasitologia. 1994;36(Suppl 1): 120.
76. Stingeni L, Giorgi M, Principato M. Aracnidismo da *Cheiracanthium punctorium* (Aranea: Clubionidae): descrizione di un caso. Ann Ital Dermatol Clin Speriment. 1998;52: 79-81.
77. Pepe R, Trentini M. Un caso di aracnidismo necrotico da *Cheiracanthium mildei* L. Koch 1864 (Araneae, Clubionidae) nel Salento. Thalassia Salent. 2002;26: 45-51.
78. Wright SW, Wrenn KD, Murray L, Seger D. Clinical presentation and outcome of brown recluse spider bite. Ann Emerg Med. 1997;30: 28-32.
79. Andersen RJ, Campoli J, Johar SK, Schumacher KA, Allison EJ Jr. Suspected brown recluse envenomation: a case report and review of different treatment modalities. J Emerg Med. 2011;41: 31-7.

L'INFEZIONE DA COVID-19 DAL PUNTO DI VISTA PEDIATRICO

È indubbio che l'infezione da Covid-19 si manifesti nei bambini con caratteristiche assolutamente diverse da quelle della popolazione adulta. Pertanto ritengo opportuno sottolineare le specificità che la pandemia presenta dal punto di vista pediatrico, senza avere la pretesa di scrivere un articolo "scientifico". Come fonti di documentazione mi sono servito di quanto hanno scritto e detto la Protezione Civile, la Società Italiana di Pediatria, l'Unicef Italiana, l'Associazione Culturale Pediatri.

I dati si riferiscono al giorno 11 aprile, ma, anche se la malattia è in continua evoluzione, fotografano bene il quadro peculiare in campo pediatrico.

Una premessa è opportuna e necessaria: in generale i virus appartenenti alla famiglia dei coronavirus sono responsabili di circa 1/5 delle polmoniti virali e la polmonite è tuttora la prima causa diretta di mortalità infantile a livello globale, con 800.000 decessi annui circa fra i bambini di età da 0 a 5 anni. A causa della immaturità del sistema immunitario la polmonite è veramente pericolosa, un killer dell'infanzia, specialmente sotto i 2 anni. Tuttavia nell'epidemia da Covid-19 si rileva un numero di infezioni di gran lunga inferiori rispetto a quanto avviene in altri contesti epidemici. Si ricorda che in Italia l'età media dei contagi è di 62 anni e l'età media dei decessi è 79 anni. Considerando la fascia 0-9 anni si contano circa 1000 infezioni (0,7% dei totali) e nella fascia 10-19 anni si contano circa 1500 infezioni (1,1% dei totali). Importante è poi sottolineare che ad oggi non risulta alcun decesso nella fascia 0-20 anni, come ha sottolineato il Presidente della Società Italiana di Pediatria. Purtroppo ciò non è avvenuto in altri paesi europei (Belgio, Regno Unito, Francia). La spiegazione di questa "anomalia" non è ancora chiara. Non ci sono poi prove che il virus possa essere trasmesso da una gravida infetta al nascituro o da una mamma infetta che allatta al neonato. Restano necessarie e tassative le misure di contenimento valide anche per gli adulti, anche se l'uso delle mascherine viene consigliato dai 2 anni in poi, per l'evidente difficoltà a far accettare da parte dei bambini un presidio che chiude naso e bocca. Un'altra caratteristica tipica dei bambini è che spesso l'infezione è assolutamente asintomatica o con pochi o scarsi sintomi, tuttavia capace lo stesso di far ammalare i familiari, con pericolo maggiore per le persone anziane, i nonni. Da più parti, senza voler fare un commento politico, si sottolinea lo scarso interesse per la popolazione pediatrica, sia per quanto riguarda

i diritti e i doveri dei bambini, sia per la preoccupazione di molte famiglie alla luce di una prossima, anche se graduale, riapertura. Con le scuole chiuse, con la necessità di tenere lontani i nonni, quando i genitori dovessero riprendere il lavoro, dove andranno i bambini?

Da ultimo, ma ritengo assolutamente importante per completare il quadro, vorrei informarvi su quanto stanno facendo i miei colleghi, Pediatri di Libera Scelta, e l'Ufficio Vaccinazioni Pediatriche. Sempre facendo riferimento come data al 13/04/2020 i colleghi dichiarano di aver ricevuto 3 mascherine ffp2 (al momento in cui scrivo si ha notizia che riceveranno ancora mascherine ffp2, omaggiate dall'Ordine dei Medici), 50 mascherine chirurgiche e una confezione da 100 ml. di gel disinfettante. Sono in attesa di essere chiamati dall'Azienda per eseguire i test diagnostici, ma ancora la data non è stabilita. Una richiesta pressante è rivolta ad ottenere test anche per i bambini sospetti, per le motivazioni di cui sopra. Il segretario della Federazione Italiana Medici Pediatri di Modena mi ha riferito della necessità di attivare USCA pediatriche e a tal scopo vi sarebbero già 15 Pediatri disposti, su base volontaria, a far parte di questa struttura, qualora venisse attivata.

Per quanto riguarda l'Ufficio Vaccinazioni Pediatriche, la situazione è la seguente: come da delibera regionale sono stati ridotti gli ambulatori vaccinali (attualmente sono quindi solo 2), vengono eseguite, solo fino al 13^a mese, la 1^a e la 2^a dose del vaccino esavalente e la dose del vaccino trivalente. È pertanto rimandata la 3^a dose dell'esavalente. Possono fare eccezione solo i cronici conosciuti. L'iter vaccinale è così proposto: i bambini sono contattati telefonicamente, invitati agli uffici con un solo genitore munito di mascherina, controllati all'ingresso dal personale infermieristico, sottoposti ad un triage per verificare la fattibilità o meno della vaccinazione, eventualmente vaccinati e lasciati poi in sala di attesa per 15 minuti invece dei canonici 30 minuti. Il personale sanitario, munito di mascherine chirurgiche, occhiali, guanti, cuffie e camici provvede, dopo ogni vaccinazione a disinfettare l'ambiente con ipoclorito al 5-10%. Si spera, come mi ha confermato una collega, che tutto possa lentamente ritornare alla normalità dai primi giorni di maggio. Grazie per l'attenzione, certi che c'è la faremo!

Paolo Martone



SOLIDARIETÀ ODONTOIATRICA A.N.D.I. MODENA

Carissimi colleghi, è inutile ricordare che l'epidemia che sta interessando il nostro paese ha chiesto e sta chiedendo molto alla nostra professione sia in termini di impegno ed abnegazione, sia, purtroppo, in termini di vite umane, che oggi tutti noi abbiamo il dovere di ricordare.

L'emergenza conseguente all'epidemia di coronavirus ha messo, mette e metterà tutto il paese di fronte a serie difficoltà sia nella vita quotidiana che nel comparto lavorativo/ professionale. Nelle scorse settimane abbiamo ricevuto continue richieste di aiuto da parte di numerosi colleghi in questo momento drammatico per tutto il paese, soprattutto per cercare di sopperire, almeno in parte, alla difficoltà di reperire sul mercato idonei strumenti e mezzi per lavorare in sicurezza. A



fronte di tale situazione, in qualità di Presidente A.N.D.I. di Modena, l'associazione che raccoglie la maggior parte dei dentisti, ho organizzato, coinvolgendo i soci di Modena e provincia, una raccolta di dispositivi di protezione individuale (DPI) da destinare ai colleghi che lavorano in condizioni spesso molto complicate e rischiose. Devo ricordare che anche le scorte dei dentisti liberi professionisti cominciarono a scarseggiare, e quindi è stata ancora più meritoria la solidarietà dimostrata in concreto da molti colleghi A.N.D.I. Per garantire trasparenza e correttezza a questa operazione di solidarietà è stata chiesta la supervisione e l'aiuto dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Modena nella figura del suo Presidente il dr. Mauro Zennaro. Il suo coinvolgimento è stato fondamentale per superare il problema della limitazione degli spostamenti

necessari per la donazione del materiale; è stato importante il continuo e non sempre facile coordinamento con la Prefettura e le Forze dell'ordine.

Nonostante la ridotta disponibilità di dispositivi presenti nei nostri studi dentistici siamo riusciti a raccogliere una quantità notevole di materiale: più di 22.000 guanti, 2000 mascherine chirurgiche, numerosi camici monouso assieme ad altri dispositivi. Il tutto è stato consegnato, per decisione del Consiglio dell'Ordine, direttamente alla dr.ssa Ascari Stefania Dirigente Asl e Direttrice del distretto di Carpi, in modo che ci potesse essere una distribuzione in base ai bisogni e alle necessità, sia verso i

colleghi ospedalieri, sia verso i medici del territorio.

Al di là del risultato materiale dell'operazione penso sia stato importante mostrare e far sentire la propria vicinanza e solidarietà ai colleghi che hanno lavorato in condizioni rischiose. Rivolgo il mio personale ringraziamento a tutti i colleghi odontoiatri A.N.D.I. che hanno preso parte all'iniziativa.

*Dr. Luca Carteri
Presidente A.N.D.I. Modena*

RINGRAZIAMENTO AGLI ODONTOIATRI DA UN PEDIATRA

Negli ultimi giorni l'emergenza COVID 19 sta costringendo molti colleghi pediatri di famiglia a lavorare in ambulatorio senza alcuna protezione, poichè l'azienda sanitaria locale, dopo aver prontamente distribuito ai medici attivi sul territorio un kit SARS COVID 19, non riesce a far fronte alle richieste, per esaurimento del materiale e difficoltà di rifornimento.

Io ho la fortuna di lavorare in un gruppo composto da più pediatri, e questo ci permette, avendo anche un'infermiera di mantenere sempre un minimo di scorta di magazzino.

Ormai da settimane lavoriamo con mascherina chirurgica, per limitare l'eventuale contagio agli assistiti e tra i colleghi. Da quando il livello di allerta si è alzato, per visitare i pazienti febbrili e/o che presentano sintomi respiratori utilizziamo la mascherina FFP2 fornita dall'azienda, (che dovrebbe garantire una protezione di 8 ore di utilizzo).

Uno di noi a turno, visita gli assistiti malati di tutto lo studio ed in questo modo ottimizziamo l'utilizzo del materiale e limitiamo il rischio di contagio.

Lavorare senza un minimo di protezione mette a rischio la propria salute e quella dei propri famigliari e potrebbe far crescere esponenzialmente il numero dei contagiati e di conseguenza la diffusione del virus.

Abbiamo quindi pensato di metterci in contatto con alcuni dentisti per chiedere loro di dividere con noi parte delle mascherine che hanno in dotazione.

I colleghi odontoiatri spesso hanno un po' di scorta in magazzino ed in questo momento di emergenza infettiva hanno drasticamente ridotto se non sospeso l'attività ambulatoriale.

In poche ore siamo stati contattati da un paio di odontoiatri, che a loro volta ci hanno messo in contatto con altri colleghi, in una specie di catena della solidarietà, che oggi dopo meno di 24 ore dall'invio della richiesta di aiuto, ha permesso di distribuire ai pediatri di base 700 mascherine.

Un gesto che noi pediatri modenesi abbiamo davvero molto apprezzato.

Un aiuto che ci permetterà nei prossimi giorni di proteggerci e proteggere i nostri assistiti, nell'attesa che arrivino le forniture ordinate.

Questo gesto di solidarietà, oltre ad avere importanti risvolti pratici, ha anche un grande altro valore: ci fa sentire meno soli, in questo momento di isolamento forzato.

Già in passato abbiamo sperimentato che è nei momenti di maggiore difficoltà che emerge il forte spirito di solidarietà che caratterizza i nostri concittadini; questo abbraccio virtuale è un grande sostegno per tutti noi.

Grazie colleghi odontoiatri per il vostro prezioso aiuto.

RESPONSABILITÀ E NON SOLO ALCUNE RIFLESSIONI A MENTE LIBERA (O QUASI)

La perdurante pandemia COVID 19 ha imposto tra le altre cose una seria riflessione sul concetto di Responsabilità professionale. Termine questo utilizzato in vari ambiti per differenti figure professionali e oggetto di numerosi convegni organizzati a Modena anche dal nostro Ordine già alcuni anni fa con la partecipazione di giuristi, medici legali, dirigenti di aziende sanitarie, ordinisti. Cerchiamo di fare chiarezza.

I medici

Hanno subito l'onda d'urto dell'avanzata del virus e si sono trovati privi dei più elementari dispositivi di protezione: mascherine, camici, guanti etc. Senza usare mezzi termini sono stati mandati allo sbaraglio e anzi sono stati invitati a restare sul campo anche quando era evidente che si erano ammalati, cioè contagiati. Naturalmente sono stati consigli "suggeriti" verbalmente ed è mancata per molto tempo ogni disposizione scritta. Poi una "vocina" ha consigliato un cambio di rotta e qualcosa è cambiato. Forse. Certamente non era mai successo che così tanti colleghi perdessero la vita "sul campo". Ho perso così un grande amico di Varese, Roberto Stella che sedeva accanto a me in Comitato Centrale a Roma. Anche lui è stato vittima non eroe come in tanti continuano a declamare riferendosi ai colleghi che ci hanno lasciato, vittime di uno Stato impreparato che vive di espedienti giornalieri e capace solo di istituire le ormai famose "commissioni di inchiesta" o i "gruppi di lavoro" dilatando i tempi delle decisioni che servono invece al Paese. Meritiamo di più!

Le direzioni

Non erano preparate e questo è del tutto ovvio. Ma non è stato altrettanto ovvio che non si siano approntate subito le necessarie misure protettive in primo luogo ai sanitari in prima linea contro il virus e si sia adottato il sistema degli annunci senza date certe su un eventuale arrivo degli stessi. I medici assistevano impotenti allo spettacolo di un numero rilevante di persone munite di mascherine, spesso le più sofisticate: forze dell'ordine, vigili urbani, volontari della Protezione civile, militari, personale delle ambulanze, tutte ampiamente giustificate dalle funzioni svolte da quelle figure così importanti per la vita civile di una comunità, ma si sono chiesti: e noi? Non raramente negli ospedali le mascherine sono state fornite ai medici con il "suggerimento" di impiegarle per più giorni... Sul territorio poi sono fiorite le più stravaganti forme di auto sostegno da parte dei medici di famiglia; le ma-

scherine sono state acquistate on line, pagate e spesso non pervenute al mittente, i pazienti ne hanno donato alcune al proprio medico, sono intervenute associazioni di volontariato che hanno trovato non si sa come le ormai mitiche mascherine, l'Azienda sanitaria da par suo si è attivata per fornirne ai medici di famiglia in numero sufficiente a coprire il fabbisogno di un giorno o due. Diciamo la verità senza vergogna: la mascherina indossata dal medico per giorni e giorni è stata spesso un oggetto di arredamento senza alcuna utilità sanitaria.

I cittadini

Bisogna dirlo ad alta voce, si sono comportati in modo esemplare. Hanno subito una limitazione della propria libertà senza precedenti, hanno visto stravolto il rapporto personale con i medici che hanno dovuto privilegiare la cura di questa nuova emergenza sanitaria, hanno osservato silenziosi lo scorrere delle loro patologie croniche alle quali erano (e sono) tanto affezionati in fondo alla classifica degli interessi dei sanitari impegnati in una guerra più grande di loro. Si sono adattati a non poter accedere negli studi dei medici se non per vere e proprie urgenze, hanno disertato in massa i pronto soccorso degli ospedali per il timore del contagio e su questo credo che si possa aprire con la dovuta cautela una seria riflessione. Ma quello che più mi ha colpito in questo periodo è stato un fenomeno che potremmo definire linguistico: è scomparso dal vocabolario dei mass media l'odiato termine di "utente" riferito al malato per riscoprire la definizione utilizzata per secoli di "paziente". Tutti hanno parlato di pazienti e di medici come è sempre stato.

I politici

La tentazione sarebbe quella di non scrivere nulla perché si farebbe più bella figura. Diciamo solo che qualche buon-tempone sta raccogliendo i video con le dichiarazioni rese da alcuni di loro (o molti?) in occasioni pubbliche, sedute parlamentari per esempio o talk show, e private come interviste rese a piene mani affermando tutto e il contrario di tutto. In questa occasione, va detto per inciso ma non certo per autoassoluzione, praticamente tutti i leader politici europei e non solo hanno fatto la figura dei cioccolatai. Consolazione misera a pensarci bene.

N. G. D'Autilia

NIENTE SARÀ PIÙ COME PRIMA

Questa insieme a *“ma questa è come una guerra!”* è stata sicuramente l'espressione più utilizzata dalle persone in questo frangente storico connotato dalla pandemia COVID 19.

Ed è francamente difficile non condividere tali dichiarazioni. L'evento, o sarebbe meglio dire gli eventi che si sono abbattuti sulla nostra Società intesa nella sua forma accezione più ampia non hanno precedenti se non rintracciabili in secoli precedenti e con una sicuramente minore consapevolezza della dimensione “globale” dei fenomeni.

Di non secondaria importanza è stata la spettacolarizzazione di un fenomeno squisitamente sanitario ma con risvolti sociali, economici, politici ed etici da parte dei mass media. La progressione galoppante dell'epidemia prima e della pandemia poi, raccontata giorno per giorno se non ora per ora, ha avuto costantemente la pressoché totale attenzione dell'informazione rigettando ai margini della stessa problematiche di altrettanto rilievo sociale e politico. Tutto è stato messo a tacere da una prorompente macchina informativa che ha invaso le nostre case dove per la prima volta ci è stato chiesto di rinunciare alla nostra libertà in nome di una guerra al virus e di un principio di solidarietà sociale che in molti avevamo riposto in un qualche cassetto mai aperto.

Tutti naturalmente si sono sentiti in dovere di esprimere opinioni, in prima fila gli esperti: attrici dalle labbra prorompenti e cantanti non più in auge, frequentatori di salotti riservati solo a loro, sociologi, giornalisti, politici (vorrei vedere che

mancassero questa ghiotta occasione di esternare), opinionisti di ogni tipo. Poi certo ci sono stati anche i medici. Puntuali, chiari, esaustivi impegnati a fornire risposte a domande spesso imbarazzanti la più frequente e originale delle quali è stata senza dubbio: “secondo lei quando finirà?”.

La verità purtroppo è stata piuttosto semplice ed amara: nessuno era preparato ad una simile evenienza. Però... Ecco dobbiamo però dire che in ogni paese occidentale e non solo (vedi Russia) esiste un Piano Nazionale strategico per combattere gli eventi “catastrofici” e in Italia non è mancata una commissione ministeriale che stava affrontando il problema. Appunto una commissione ministeriale. È la solita vecchia storia italiana intrisa di una burocrazia dura a morire ma soprattutto orfana di veri decisori.

In questo frangente temporale così lungo, punteggiato dal triste resoconto giornaliero dei medici deceduti, si sono sprecati gli aggettivi per definire i colleghi sul campo: eroi, vittime del dovere e così via. La realtà è che questi medici sono stati mandati a curare i loro pazienti senza i dispositivi di protezione che avrebbero salvato la loro vita. Non solo, ma molti dirigenti medici e infermieristici hanno intimato ai loro colleghi che avevano indossato le prime mascherine disponibili a toglierle per non creare “un inutile allarmismo” nei pazienti. Così va il nostro bel Paese !

N. G. D'Autilia

RECENSIONE DEL ROMANZO "NICOLAUS MACHELLA MEDICO RINASCIMENTALE"

DI MORANDI ULIANO

Lidea di ricostruire in un romanzo la vita di Nicolaus Machella, nacque dal caso, scrive l'amico Uliano Morandi.

Da quel giorno, quando si accorse, che in Spilamberto (Modena), c'era una via intitolata a tal Machella, con una lapide con scritto:

"Via Niccolò Macchella, Medico Spilamberto 1494-1554, nato quindi in pieno Rinascimento.

Pensa un po', anch'io caro Uliano, iniziai per caso "Pittori modenesi dal 500 ad oggi, 1° e 2°, con il terzo in fabbricazione, ispirandomi inizialmente ai nomi degli artisti nelle diverse vie modenesi; ma questa è un'altra storia.

Un romanzo nato da documenti e testimonianze dell'epoca, che racconta la storia di questo illustre Medico, che sboccia attraverso diverse peripezie e tenta di affermarsi come fece il Rinascimento sul Medioevo, nel periodo in cui gli Este governavano Modena.

Infatti, in questo libro, si legge volentieri la storia di Modena di quei tempi.

Nel periodo descritto, diversi Papi guidarono la Chiesa: nel 1492, Papa Rodrigo Borgia (Alessandro VI), poi Papa Pio III (Todeschini Piccolomini), quindi Giulio II della Rovere, poi ancora il Cardinale Giovanni de' Medici (Leone X), nel 1522 Adriano VI, nel 1523 Clemente VII (Giuliano de' Medici), cugino di Leone X, nel 1534 Papa Paolo III Farnese, che nonostante i trascorsi si rivelò un grande Papa.

L'ultimo Papa che eserciterà il pontificato, durante la vita del nostro protagonista, sarà Giulio III (Giovanni Mario Ciocchi del Monte), dal 1550 al 1555.

Il periodo è anche quello del Monaco Agostiniano Martin Lutero, che in parte influenzerà Nicolaus, o quantomeno lo interesserà e lo porterà a dover lasciare Modena per un periodo di tempo.

Ricordiamo che a quel tempo c'era il Tribunale dell'Inquisizione.

Attraverso l'aiuto economico del Conte Guido Rangoni nel 1514, a 20 anni, entra come metricola presso l'Università Patavina (Padova), per seguire le lezioni per il conseguimento della laurea in Medicina Fisica.

Ma, lo studente Machella, non si accontentava, cercava ceuratici, natomisti per apprendere le tecniche pratiche di incisione flebotomica per i salassi, per medicare ferite, immobilizzare fratture, suturare, al contrario del Medico Fisico che non si sporcava le mani, lui voleva capire, toccare, fare; e qui

mi ricorda un po' l'amico Uliano.

Quindi un carattere forte, deciso, che gli darà delusioni, soddisfazioni e innovazioni, che lo renderanno sempre più famoso.

Nel 1519 quando arriva a Modena verrà ostacolato dal Collegio Medico, perchè venivano accettati solo i Medici provenienti dalle famiglie della nobiltà cittadina.

Oltre alla famiglia, gli amici Crispino e l'oste Biagio, con la loro simpatia, sono sempre disponibili ad elargire buoni consigli a Nicolaus.

La descrizione che fa l'autore, dei luoghi, delle attività, della vita e della salute della Modena di quei tempi fa vivere in modo reale quei momenti al lettore.

Un volume fatto di diversi capitoli, ma intrecciati fra loro, in un romanzo che sorprende in ogni sua riga.

Credo che il piacere di leggere questo libro, per noi medici, vada oltre la storia della medicina, in quanto questo personaggio, questo collega, ci spinge continuamente ad operare contro i limiti

imposti dalle leggi del tempo e dalla morale condivisa, rischiando per il bene della conoscenza e per il bene dei malati. Scrisse in uno dei tanti suoi appunti: "Non esiste la malattia in quanto tale, ma esiste l'uomo ammalato, ed essendo gli esseri umani unici e diversi l'uno dall'altro, anche la stessa malattia in soggetti diversi potrà avere evoluzioni diverse ed esito opposto". Ricordiamo che siamo nel 1500. Vorrei scrivere tanto di più, perchè questo romanzo mi ha molto coinvolto.

Mi fermo, altrimenti rischio di svelare le tante sorprese che il racconto serba.

Bravo Uliano, so che hai speso diversi anni alla minuziosa costruzione della vita di Nicolaus Machella, ma credimi, ne è valsa veramente la pena.



Lodovico Arginelli



A cura di Lodovico Arginelli

AZEGLIO BABBINI

Nacque a Verzanella di Pavullo nel Frignano (Modena), il 19 agosto 1933, e morì a Pavullo nel Frignano (Modena), il 31 ottobre del 2003.

Si diplomò nel 1953 all'Istituto Statale d'Arte A.Venturi di Modena, dove in seguito ha insegnato discipline plastiche fino al 1994.

Nel 1959 si diplomò all'Accademia

delle Belle Arti di Bologna per la sezione scultura, dove ebbe fra i suoi maestri: **Mario Quartieri, Ercole Drei ed Umberto Mastroianni.**

Le sue sculture in pietra, bronzo e terracotta sono raccolte soprattutto in collezioni private, ed è autore di molti monumenti sparsi in varie località della provincia di Modena.

Non meno importanti sono le opere realizzate come pittore figurativo: dipinti di paesaggi e ritratti. L'artista tiene sempre presente

la storia locale, anche nelle sue forme di dimessa quotidianità.

Per questo le figure in terracotta vengono modellate con adesione così intima, sentita, e con spontanea forza espressiva da cogliere la pienezza di ogni esperienza vitale.

Babbini sente che il modo più vero per rispondere alla sua necessità di essere scultore è quello di costruire instancabilmente corpi, figure umane ed animali ripresi nei loro gesti quotidiani e vitali (Edizioni Melania Arte 1995, sculture in bronzo di Azeglio Babbini).

Le opere pubbliche sono gli elementi più visibili della sua attività, che è sempre stata "discreta, appartata, priva di clamori".



L'ubriaco – terracotta – 18x20x35 – anno 1990

Senza i "monumenti", la figura dell'artista, sarebbe stata meno nota, perchè non ha mai cercato insistentemente di fare mostre.

Dopo l'insegnamento all'Istituto d'Arte Venturi di Modena, l'artista ha continuato a trasmettere agli altri le sue conoscenze presso la Galleria



Spaccalegna – terracotta – 13x21x51,5 – anno 2000



Il Vangatore – bronzo – 21x19x53 – anno 1990



Monumento Cristo – ferro – 139x146x162

d'Arte Contemporanea di Palazzo Ducale di Pavullo, dove erano stati istituiti laboratori di manipolazione della creta.

Tantissime sono le sue opere, dal "San Francesco", sul sagrato della Chiesa dei Cappuccini, alla "Sacra Famiglia", all'interno della Chiesa di San Bartolomeo, ed alla "Fontana del Vescovo", nei pressi del Cimitero. Prima di continuare con la vita artistica di Azeglio, desidero ricordare la sua ultima opera: "San Bartolomeo", collocata davanti al piazzale dell'omonima Chiesa di Pavullo.

Una scultura in bronzo, alta due metri e venti centimetri, che l'artista ha realizzato qualche mese prima della sua morte.

Una morte "annunciata", per un male che lo consumava giorno dopo giorno, e che Babbini ha affrontato con coraggio, senza venir meno al suo ruolo di Artista.

Negli anni settanta, la sua scultura, pare riflettere anche se con sensibilità diversa, alcuni elementi della pittura di Walter Mac Mazzieri.

Ricordiamo a tal proposito "Il Sognatore", "L'uomo della notte" e "Donna dal collo lungo".

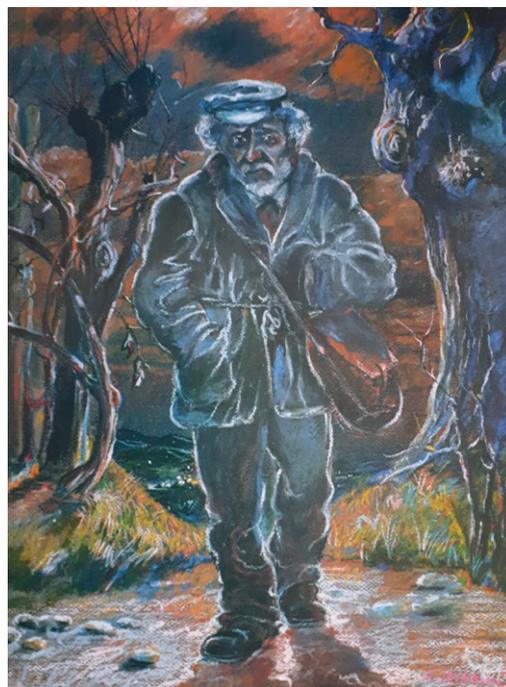
Inoltre Babbini rende omaggio al Mazzieri in due terrecotte della fine degli anni novanta, con l'artista a cavallo, quasi a ricordare la venerazione che Mac nutriva per il nobile animale, come travestimento delle qualità umane.

In Azeglio nasce anche una scultura che vive nelle grazie del racconto; vivere l'arte per l'artista è non solo esperienza della realtà e di accadimenti interiori, ma anche curiosità culturale, che "L'omaggio ai pittori metafisici", sempre negli anni settanta, evidenzia negli aspetti della pratica della pittura, dove non mancano riferimenti surreale-metafisici come in: "L'albero della vita", "Ricordo d'infanzia", "Centaurio"; e ancora "Paesaggio di Pavullo", "La Verzanella", "Ponte vecchio d'Olina", "Ritratto della moglie", "Il collezionista", "Bambino che gioca con la fionda", "Lite tra gatti".

La pittura, anche nelle componenti talvolta trasgressive, corre negli anni parallela alla scultura.

Ma nella pittura (olii, pastelli, tempere), altre sono le suggestioni.

E' invece il piacere fisico della materia ad esaltare il lavoro di Babbini, le cui mani non denunciano mai la fatica, se solo si considera l'enorme quantità di sculture che egli ha lasciato. All'artista interessa un contatto immediato, anche di vicinanza affettuosa, con personaggi semplici, soprattutto quando egli **"SCAVA" nella fatica quotidiana dello: Zappatore, Falciatore, Spacca- pietre, Taglialegna, Vangatore, Mietitore, Tagliatore di grano, Ciabattino, Massaia.**



Il Postino –pastelli a olio su cartoncino – 50x70 – anno 1980

L'opera riesce a configurare l'asprezza del loro lavoro e la dolcezza della cultura locale, rivelato attraverso, sempre rispondenti variazioni plastiche.

La vena religiosa torna, nel tempo, con una incisività più matura nella figura di "Papa Giovanni XXIII", nella "Sacra Famiglia", nella "Madonna con Bambino" e nel "Mosè".

Narrativamente viva e fresca è la raffigurazione di Totò e di Eduardo.

Motivo ricorrente è il nudo femminile, "donna in piedi", "donna che cammina", "Donna che ride", "Donna che si pettina", "Donna con veste", "Donna in scatola", anche di conturbante presenza e persino senza particolare pudore, che palpita di forze impulsive nella materia che si fa energia.

L'aderenza dell'artista alle storie umane è riscontrabile nel "Disperato", del 1946, fino al "Vecchio che balla", al "Suonatore di trombone", ed all'"Uomo seduto", che mostra i muscoli, della fine degli anni novanta.

Altre sue opere:

"**Zebra**", terracotta, cm. 13x27x33, 1980

"**A cavallo dell'asino**", terracotta, cm. 14x29x30, 2000

"**Autoritratto**", terracotta, cm. 14x39x37, 2000

"**Donna che corre**", bronzo, cm. 8x9x27,5, 1980

"**I pugili**", bronzo, cm. 43x21,5x40, 1980

"**Il contadino**", pastelli a olio su cartoncino, cm. 50x70, 1970

"**La spiaggia**", olio su tela, cm. 50x70, 1970

"**I cavalieri dell'Apocalisse**", olio su tela, cm. 120x100, 1982

"**Crocifissione**", pastelli a olio su cartoncino, cm. 50x70, 1980

Monumenti:

"**San Francesco d'Assisi**", bronzo, 1958

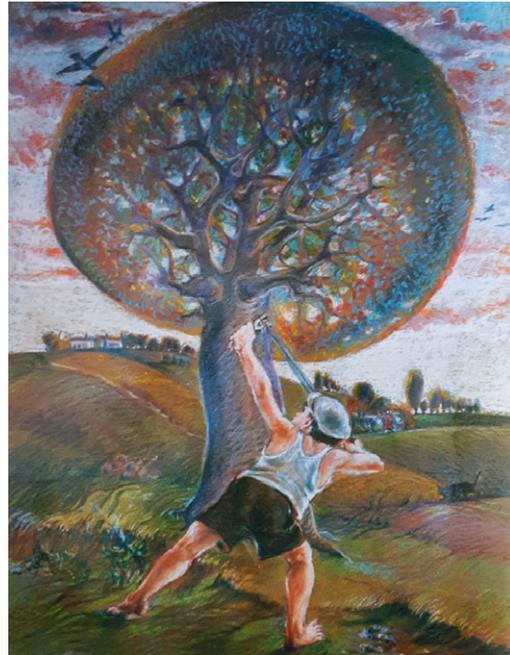
"**L'alpino**", bronzo, 1977

Altri materiali:

"**Santa Rita**", metallo annodato, 1984

"**Cristo**", ferro, cm. 79x20x116

"**Nudo di donna**", gesso pettinato, cm. 30x16x84



Bambino che gioca con la fionda – pastelli a olio su cartoncino – 70x70 – anno 1990

DIALETTO IN PILLOLE

A cura di Lodovico Arginelli

Lettori di "Dialecto in pillole", come annunciato la volta precedente si continua con:

"L'OCULISTICA"

"**Fèr i òc' dolz**", (fare gli occhi dolci). manifestare con lo sguardo un sentimento amoroso; corteggiare una persona e cercarne i favori.

"**Fèr l'òc' dal porch**", (fare l'occhio del maiale).

Guardare di sfuggita. E' sinonimo di "**Guardèr cun la càvva dl'òc**", (guardare con la coda dell'occhio).

"**Orb**", (orbo, cieco).

"**Al le v'drèv anch un òrb**", (lo vedrebbe a che un cieco). Quando qualcosa è particolarmente evidente.

"**Eser òrb, mòtt e mat**", (essere cieco, muto e matto). Il massimo della disgrazia.

"**Fèr l'òrb éd Milàn**", (fare lorbo di Milano). Si dice di chi si fa pregare per iniziare a far qualcosa, ma poi non smette più.

Direi che questo detto è rivolto a dei "ciechi" (Non Vedenti), di Milano; alcuni dei quali, sino a prima dell'ultima guerra, indossavano la cappa scarlatta di una confraternita; e suonavano il violino in attesa di elemosina.

Si diceva scherzosamente: "Occorrono due soldi per farli suonare e quattro per farli smettere".

"**Parèr dù òrb chi fàn él bastunèd**", (sembrare due non vedenti che fanno le bastonate). Si dice di due che discutono senza sapere cosa fanno e cosa dicono.

"**Andèr a lòrba**", (andare alla cieca, al buio).

"**Cumprèr a l'òrba**", (comprare alla cieca). A scatola chiusa.

"**Làtra òrba**", (lettera anonima), voce gergale.

"**Per gnint l'òrb a-n cànta e s'al cànta, al cànta mèl**", (per niente il non vedente non canta e se canta, canta male).

"**Ch'a dvèinta òrb!**", (che io diventi cieco, non vedente). Esclamazione che vuole rafforzare un'affermazione. Voce gergale.

"**Eser a l'òrba**", (essere al buio). Non sapere.

"**Vàdder éd bòn òc**", (vedere di buon occhio).

Provare simpatia per qualcuno, approvare una decisione o un'iniziativa.



ARCMANDAZIÒUN PER CAL VIRUS MALEDÀTT

Stèe a cà, stèe a cà, piò ch'a psi.
Lè, lizii, studièe, zughèe, fè quall ch'a vli
Stèe luntan da la gèint almeno un méter
Gninta bès, abràz, striched éd man ai èter
Lavèv él man spàss cun aqua e savòun
Sovratótt dàp avér supièe al nasòun
E se per chès a-v vin da starnudèr
m'arcmànd, in dal gàmmet, al duvì fèr.

Dott. Lodovico Arginelli



SECÀNDA ARCMANDAZIÒUN

Stèe in cà, l'a-n'è ancàrra finida
Stèe in cà, ch'a vinzaràmm sta partida
Sól a cà vòstra a srì al sicùr dabòun
A m'arcmànd a-n fèdi ménga i caiòun

Dott. Lodovico Arginelli



