

**N. 10 – GIUGNO 2021**

# **AINAT** *news*

**PERIODICO SCIENTIFICO E DI INFORMAZIONE  
DELL' ASSOCIAZIONE ITALIANA NEUROLOGI AMBULATORIALI TERRITORIALI**



**Luci e ombre su Aducanumab  
Le comorbidity dell'emicrania  
Sonno e infiammazione  
La responsabilità civile del medico  
Non solo Scienza: Quattro virtù per combattere il COVID**

**Scritti di**

**Pasquale Alfieri, Gennaro Cascone, Domenico Cassano, Gianluca Coppola,  
Vincenzo De Stefano, Vincenzo Galatro, Carlo Alberto Mariani,  
Franco Salerno, Roberto Tramutoli, Giovanna Trevisi, Sofia Verderosa**

**ainat.it**

## IN QUESTO NUMERO

### **L'EDITORIALE**

#### **A 100 ANNI DA QUEL GRAMMO DI RADIO... UN ANNIVERSARIO POCO RICORDATO**

Dedicato a Marie Curie, prima donna ad ottenere ben due Premi Nobel, vera antesignana dell'emancipazione femminile

*Roberto Tramutoli, pag. 4*

### **LETTERE AL DIRETTORE**

#### **EPPUR SI MUOVE ... ANCORA!**

Quale futuro per la nostra Associazione dopo l'oscuro periodo del COVID: le prospettive, le attese

*Gennaro Cascone, pag. 7*

#### **AINAT SICILIA 2018-2021: TRAGUARDI RAGGIUNTI E PROGRAMMI FUTURI**

*Carlo Alberto Mariani, pag. 9*

### **NEUROSCIENZE**

#### **LE COMORBIDITA' DELL'EMICRANIA**

*Gianluca Coppola, pag. 10*

#### **SONNO E INFIAMMAZIONE**

Una breve riflessione sui rapporti fra sonno, infiammazione e sistema immunitario

*Vincenzo De Stefano, pag. 16*

#### **ADUCANUMAB**

Luci e ombre sul nuovo farmaco approvato dalla FDA contro l'Alzheimer (I parte: Le luci)

*Sofia Verderosa, pag. 20*



## **LA RESPONSABILITA' CIVILE DEL MEDICO**

### **IL NUOVO SISTEMA BINARIO DI RESPONSABILITÀ, TRA MEDICO E STRUTTURA SANITARIA (PARTE II)**

Guida sulla responsabilità medico-sanitaria, aggiornata alla riforma Gelli-Bianco (L. n. 24/107)

*Vincenzo Galatro, pag. 23*

## **PER UN'ANTROPOLOGIA DEL SACRO**

### **QUATTRO VIRTÙ PER COMBATTERE IL COVID**

In vetta alla classifica dei Santi più invocati nel corso della pandemia spicca la figura di Santa Rita, la santa dei "casi impossibili"

*Franco Salerno, pag. 38*

## **LA RUBRICA: LIBRIAMOCI**

**MANGIA SANO CHE TI PASSA** di Barbanti e Jirillo, pag. 47

## **XIII GIORNATA DELLA CEFALEA**

La cefalea, un disturbo invalidante che colpisce un miliardo di persone

*Intervista a Giovanna Trevisi, pag. 48*

## **UNA PARTNERSHIP CON L'ANIRCEF**

La lettera del prof. Piero Barbanti, pag. 55

## **NEWS DAI CONGRESSI AINAT**

### **CORSO DI PERFEZIONAMENTO SULLE DEMENZE**

Dalla medicina territoriale alla diagnosi di precisione: un percorso realistico, pag. 56

### **IV CONGRESSO REGIONALE AINAT SICILIA 2021**

AINAT Sicilia 2018-2021: Traguardi raggiunti e programmi futuri, pag. 57

### **AL DI LA' DEL FARO. NUOVI ORIZZONTI DI CONOSCENZA IN NEUROSCIENZE**

Meeting AINAT, Vietri Sul Mare, 15-16 ottobre 2021, pag. 58



## **IN MEMORIAM**

**IL TUO SORRISO CI MANCHERA'**

L'ultimo saluto a Dario Grossi, pag. 59

## **CARE MEMORIE**

**La nascita dell'AINAT e un ricordo del compianto Dario Grossi**

*Gennaro Cascone, pag. 60*

## **INSERTO SPECIALE**

**GEORGE HUNTINGTON: UN'EREDITA' DI RICERCA E DI SPERANZA**

*Domenico Cassano*

**DALLA DISFUNZIONE DELLA HUNTINGTINA ALLA MALATTIA DI HUNTINGTON**

*Cerrato Daniela*

***In copertina:* La più antica immagine conosciuta di Santa Rita (particolare della cassa che contenne il corpo, 1457, Santuario di Cascia)**

---



## L'EDITORIALE

### **A 100 anni da quel grammo di radio... un anniversario poco ricordato**

Dedicato a Marie Curie, prima donna ad ottenere ben due Premi Nobel, vera antesignana dell'emancipazione femminile

**Roberto Tramutoli**

Il 21 Maggio del 1921 il Presidente degli Stati Uniti Warren G. Harding consegnava a Marie Curie una scatola di legno che rivestiva una pesante scatola di piombo al cui interno era contenuta una fiala con un grammo di Radio del valore di 121.000 dollari. Fu proprio grazie a questa "consegna" che la scienziata francese poté continuare l'implementazione dell'Istituto del Radio a Parigi e le ricerche sulla radioattività, completate dalla figlia Irene, anch'ella Premio Nobel per la fisica, con la scoperta della radioattività artificiale nel 1935, un anno dopo la morte di Marie.

Sebbene Marie Sklodowska Curie fosse all'epoca famosa ed avesse ottenuto già i due Nobel per la fisica e la chimica, sarebbe stato proprio questo gesto a consentirle di progredire e ultimare la sua opera. La radioterapia (all'epoca nota appunto come Curieterapia) da questo momento in poi accelera nella sua messa a punto e nelle applicazioni pratiche di controllo dei tumori.

Il viaggio negli USA era avvenuto al termine di una martellante campagna pubblicitaria condotta dall'amica giornalista Marie Mattlingly Meloney e grazie alle donazioni delle donne americane aveva permesso di raccogliere i fondi necessari all'acquisto del radio. L'Istituto del Radio (oggi Istituto M. Curie) versava all'epoca in situazioni precarie, sia per l'oggettivo costo proibitivo del radio che per l'immagine stessa della scienziata, discredita 10 anni prima da una vicenda personale che aveva lasciato forti strascichi nell'opinione pubblica e nel mondo scientifico.

Durante la Conferenza di Solvey a Bruxelles nel 1911, la Curie aveva ricevuto la notizia della vincita del secondo premio Nobel per la chimica, ma quasi



contemporaneamente anche un secondo telegramma che la informava del furto di alcune lettere private nel suo appartamento poi consegnate alla stampa. Il giornalista Gustave Téry, pubblicandole su l’OEvre accusava la scienziata di essere “straniera”, oltre che ebrea e soprattutto della relazione con Paul Langevin, un allievo del marito Pierre, deceduto nel 1906.

Lo scandalo che seguì travolse la donna facendo crollare la fama che si era guadagnata nel tempo. Fu una rivolta non solo del popolo, che con atti vandalici costrinse la donna e le figlie a cambiare alloggio e rivolgersi a conoscenti, ma anche del mondo scientifico. Vari docenti della Sorbona (dove dal 1906 le era stata assegnata la cattedra di Fisica) le consigliarono di lasciare la Francia e Svante Arrhenius, per conto del Comitato Scientifico, le

suggerì di non presentarsi in Svezia per la consegna del Premio. Nessuno aveva chiesto al Langevin di lasciare il Paese o l’aveva condannato.

Ma la scienziata rifiutò, determinata a vedersi riconoscere i propri meriti. Come riporta Barbara Goldsmith nella biografia di Marie Curie: “Il peccato di Marie era soprattutto quello di non essere solo un’amante ma una donna emancipata, quando donne del genere erano considerate da entrambi i sessi una minaccia”. La stessa Marie decisamente affermava: “Il premio mi è stato assegnato per la scoperta del radio e del polonio e credo non vi sia alcun rapporto tra la mia opera scientifica e le vicende della mia vita privata... In linea di principio non posso ammettere che le calunnie e le maldicenze della stampa influenzino l’apprezzamento accordato al mio lavoro. (Monica Penetto: [ilbolive.unipd.it/it/marie-curie-il-ritratto](http://ilbolive.unipd.it/it/marie-curie-il-ritratto)).

La storia di Marie Curie induce quantomeno a due riflessioni.

La prima è che la carenza di sovvenzioni da parte degli Stati nei confronti della ricerca è da sempre uno dei grandi limiti del progresso. Eppure la Francia dei primi decenni del secolo scorso avrebbe potuto certamente sostenere il lavoro della scienziata più importante di cui disponeva all’epoca e i cui effetti benefici si erano già visti nel corso del primo conflitto mondiale. Era stata proprio lei che nel 1914 aveva intuito che serviva portare la scienza e il progresso direttamente al fronte e si era adoperata per trasformare un veicolo in una unità mobile per raggi X (poi denominato Petite Curie), incorporando anche una dinamo e un generatore elettrico. Inoltre, sempre di sua iniziativa, aveva raccolto un finanziamento dalle donne parigine per adattare venti di tali veicoli e addestrare altrettante volontarie. Grazie a lei, numerose amputazioni non necessarie erano state evitate.



La seconda riflessione è forse ancora più profonda e grave. Nella campagna denigratoria avviata nei suoi confronti è forse comprensibile, per l'epoca, la violenta reazione della popolazione. I pregiudizi morali calpestano le benemeritenze e la grandezza dell'essere in quanto più radicati nella coscienza e nell'istinto del popolo e pertanto più forti di qualsiasi ragione. Meno giustificabile appare invece la reazione del mondo scientifico di allora. Una buona dose di tornaconto che impedisce di schierarsi nel giusto, un istinto di conservazione dello status quo e, non ultima, probabilmente una discreta dose di invidia per il prestigio raggiunto da una donna: sono elementi che non dovrebbero appartenere alla Scienza ma che sistematicamente ritornano quando qualcuno raggiunge vette ai più precluse. E purtroppo non sarà Marie l'ultimo caso.



## LETTERE AL DIRETTORE

### EPPUR SI MUOVE... ANCORA!

**Quale futuro per la nostra associazione dopo l'oscuro periodo del COVID: le prospettive, le attese.**

**Gennaro Cascone**, neurologo ambulatoriale, segretario AINAT 2006-2018

Erano le ultime settimane di febbraio del 2020 quando cominciammo a sentire il primo brusio, le prime voci sparse, e spesso anche contraddittorie, che parlavano di un misterioso virus proveniente dall' Oriente e la cui crudeltà segnò poi l'animo di ciascuno di noi.

Per l'AINAT il 2020 si annunciava ricco di progetti e di sogni che apparivano facili da realizzare alla luce di quello che era già stato fatto l'anno precedente nonostante alcune iniziali incomprensioni che, personalmente, ho sempre considerato fisiologiche in ogni gruppo di persone che camminano insieme.

Nel 2019 questa rivista era già nata. Nell'ottobre dello stesso anno eravamo riusciti a realizzare un congresso nazionale che amalgamava in una chimica perfetta la ricchezza del programma scientifico con quella naturale, spettacolare e culturale della città ospitante, vale a dire Napoli. Significativa ed emblematica la presenza di tanti ospiti stranieri, tra cui citiamo personalità scientifiche del calibro di Remi Burstein e Lars Edvinsson.

Dal punto di vista societario ci fu la svolta dell'approvazione del nuovo Statuto più consono alle mutate esigenze legislative, grazie al quale fu possibile aderire alla SIN (Società Italiana di Neurologia), il che apriva la nostra Associazione a nuovi orizzonti, pur nel rispetto della nostra autonomia.

Poi ci fu l'eclissi. Il congresso nazionale 2020, programmato per Firenze e che doveva aprire la nostra associazione anche in regioni del Nord, laddove la Neurologia del Territorio è scarsamente rappresentata, svanì assieme a tanti eventi ed iniziative – cosa capitata non soltanto all'AINAT.





Alcuni obblighi statutari sono stati forzatamente disattesi. Non è stato possibile radunare il Consiglio Direttivo e nemmeno l'Assemblea dei Soci. Non è stato presentato all'Assemblea il bilancio annuale per la necessaria e obbligatoria approvazione. Non essendoci stati consigli direttivi, dal 2018 non è stata approvata l'iscrizione di nessun nuovo socio, nonostante le richieste pervenute, il che è drammatico in quanto deve essere chiaro e noto a tutti che se vogliamo continuare ad esistere abbiamo bisogno dei giovani.

Non conosco lo stato di salute dell'AINAT riguardo agli adempimenti fiscali, spero che il prof. Cirillo, che ci guida in tale ambito fin dalla fondazione, non si sia dimenticato di noi.

In base allo Statuto l'Associazione è amministrata dal Consiglio Direttivo, ma in tale situazione, potevano fare di più i vari Mimmo Cassano, Giovanna Trevisi e tutti gli altri consiglieri uno per uno?

Col vecchio statuto il Direttivo restava in carica 5 anni ma c'era sempre stata l'abitudine delle dimissioni al termine del terzo anno per dare onore e oneri a tutti. Non so quali siano le intenzioni degli attuali consiglieri, forse dovrebbero continuare per portare a termine la missione. Forse il Direttivo avrebbe bisogno dell'iniezione di nuova linfa, non tanto per occupare le poltrone libere ma per agire e spingere. Aspettiamo il Consiglio Direttivo e l'Assemblea dei Soci 2021. Ma prima di convocare le due assemblee occorre ricostituire i libri dei verbali legalizzati nonché ricomporre l'elenco dei soci in regola.

Infine, essendo questo un periodico trimestrale ed essendo questo il numero di giugno, come ogni anno vorrei porgere, in occasione del 25 giugno, gli auguri per il suo compleanno al nostro presidente Domenico Cassano che in questo oscuro periodo di COVID, nonostante tutto, ha tenuto in vita l'AINAT. Auguri Mimmo. Ti auguro di conservare ancora per anni e anni e anni la tua energia e ogni tua curiosità e interesse in modo da poterne trarre anche noi giovamento. Grazie.



## AINAT SICILIA 2018-2021: TRAGUARDI RAGGIUNTI E PROGRAMMI FUTURI

**Carlo Alberto Mariani**, neurologo territoriale, responsabile di Branca e referente Aziendale PDTA Parkinson ASP di Palermo, Coordinatore Regionale Ainat Sicilia

Anche quest'anno Ainat Sicilia incontra i neurologi e le altre professionalità di settore. Dopo aver organizzato il congresso residenziale di Agrigento del 2019 e il webinar "pandemico" del 2020, sperimenta la modalità ibrida, l'unica resa possibile grazie alle nuove normative ministeriali, scegliendo la città di Palermo come base logistica.

Su indicazione del Presidente, a causa della rivoluzione organizzativa indotta dal COVID-19, quest'anno non si terrà il Congresso Nazionale e di conseguenza verranno rinviati all'anno prossimo i rinnovi delle cariche direttive in scadenza sulla base di "normali" elezioni democratiche.

Finalmente quest'anno sarà possibile presentare un programma accreditato e articolato in cinque sessioni, di cui una composta da relazioni "carrefour", relative a quei settori culturali e governativi in cui Ainat Sicilia è entrata, inserendo "anche" la propria posizione organizzativa. E ciò in accordo con la nostra mission statutaria: siamo riusciti in questo triennio a conquistare spazi di operatività in quelle tematiche neurologiche orientate alla multidisciplinarietà e alla costituzione di reti operative e funzionali per il paziente. Per tale motivo ci siamo occupati, accanto alla componente scientifica, anche di tutti quegli aspetti operativi "pratici" con cui il neurologo territoriale ha quotidianamente a che fare, e la cui efficiente gestione rappresenta un plus per l'assistito.

La nostra partecipazione alla stesura del PDTA per la M. di Parkinson (patologia in cui abbiamo ottenuto dal 2019 pari potere prescrittivo rispetto ai colleghi universitari e ospedalieri), il nostro recente inserimento nel tavolo tecnico assessoriale per le demenze, la conquistata prescrivibilità per la nostra categoria di tutti i farmaci antiepilettici, il nostro avvio di percorso di inserimento nei tavoli tecnici per le cefalee e per le malattie neuromuscolari, "illustra" quindi, guardando al triennio trascorso, denso di traguardi raggiunti, e in proiezione ai prossimi anni, il programma congressuale di quest'anno.

Arricchito dall'inserimento tra i relatori di colleghi prestigiosi in ambito regionale e nazionale, speriamo di continuare a raccogliere consensi societari ed intersocietari, come è avvenuto di recente con la SIN, al fine di inserire la nostra figura professionale nei contesti culturali che merita.



## LE COMORBIDITA' DELL'EMICRANIA

### Gianluca Coppola

Sapienza Università di Roma Polo Pontino, Dipartimento di Scienze e Biotecnologie Medico-Chirurgiche, Latina

Negli ultimi anni, diversi autori hanno chiaramente osservato che i disturbi emicranici sono in comorbidity con una pletera di patologie, non solo del sistema nervoso centrale. Questa comorbidity è sempre bidirezionale, con i pazienti emicranici più frequentemente affetti da comorbidity, così come l'emicrania è frequentemente in comorbidity con la patologia in esame (Altamura et al., 2021). Le varie comorbidity possibili e i relativi meccanismi fisiopatologici condivisi possono essere riassunti come segue:

- I pazienti con emicrania, specialmente con aura, presentano un aumentato rischio a lungo termine di eventi cardiovascolari e cerebrovascolari. Sia la disfunzione endoteliale che lo stato pro-infiammatorio, sotto l'ombrello della cosiddetta attivazione endoteliale, collegano la malattia vascolare all'emicrania. Una peculiare espressione di geni legati ai tessuti vascolari e muscolari lisci, come quelli rivelati dagli studi GWAS (Gormley et al., 2016) e la co-occorrenza dell'emicrania con disturbi mitocondriali possono collegare la patologia emicranica con i disturbi vascolari. Tuttavia, acquisite o geneticamente determinate anomalie strutturali e funzionali all'interno del tronco cerebrale possono anche contribuire ad una anomala regolazione dell'accoppiamento neurovascolare che in congiunzione con il rilascio di peptidi vasoattivi come CGRP, PACAP e NO può modificare l'autoregolazione del calibro dei vasi e predisporre alla comorbidity.
- L'emicrania condivide una comorbidity bidirezionale con la sindrome metabolica, di cui fanno parte l'iperinsulinemia, il diabete e l'obesità (Rainero et al., 2018). La prevalenza dell'emicrania sembra essere inferiore nei pazienti con diabete di tipo 1, mentre la prevalenza del diabete di tipo 2 sembra essere inferiore nelle persone con emicrania. I pazienti con emicrania sono a più alto rischio di sviluppare ipotiroidismo e viceversa. Ulteriori studi sono necessari per capire la sequenza causale delle relazioni (predisposizione di base condivisa, causalità diretta o indiretta) tra emicrania, malattie metaboliche ed endocrine. Questi studi potrebbero aprire nuove strade interessanti nella prevenzione dell'emicrania.



- La frequenza dell'epilessia tra le persone con emicrania e la prevalenza di emicrania tra i pazienti con epilessia è superiore a quella della popolazione generale (Parisi et al., 2013). Una disritmia talamocorticale dovuta ad anomalie morfofunzionali del tronco encefalico, in combinazione con uno stato di diseccitabilità corticale può giocare un ruolo nell'associazione tra le due patologie. Le varianti genetiche di suscettibilità comuni, principalmente coinvolte nella neurotrasmissione glutamatergica e nella plasticità sinaptica, possono collegare l'emicrania e l'epilessia. Inoltre, il fenomeno della cortical spreading depression (CSD) e la presenza di un focus epilettico possono facilitarsi a vicenda, con la CSD che può contribuire alla diffusione della crisi epilettica.
- C'è ampia letteratura sull'associazione tra disturbi psichiatrici ed emicrania, come ad esempio con il disturbo depressivo maggiore (MDD), il disturbo bipolare, il disturbo post-traumatico da stress ed i disturbi d'ansia. Meccanismi condivisi di comorbidità potrebbero essere l'attività di squilibrio anatomico e neurochimico dei nuclei monoaminergici (5-HTergici, dopaminergici) del tronco encefalico, l'alterazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, la disfunzione della rete "neurolimbica", una diatesi infiammatoria comune, ovviamente in presenza di determinanti genetici comuni.
- Molti studi hanno confermato l'alta prevalenza della fibromialgia (FM) tra i pazienti con emicrania e, viceversa, i pazienti con FM soffrono comunemente di emicrania cronica e cefalea di tipo tensivo cronica (De Tommaso et al., 2011). Sono necessarie ulteriori ricerche per capire perché l'emicrania episodica a bassa frequenza, come l'emicrania con aura, raramente condividono questa comorbidità. Il legame fisiopatologico comune potrebbe essere il meccanismo di sensibilizzazione centrale che può stabilirsi come risultato della plasticità sinaptica del sistema nervoso somatosensoriale in risposta a diverse cause, come quelle infiammatorie o di danno neuronale. Come per le altre comorbidità dell'emicrania, la genetica può predisporre a cambiamenti plastici corticali somatosensoriali che sottendono il processo di sensibilizzazione centrale (Di Lorenzo et al., 2015, 2012).
- Una grande quantità di dati epidemiologici mostra un'alta comorbidità bidirezionale tra i disturbi del sonno e l'emicrania, specialmente quando sono più frequenti e gravi



(Dodick et al., 2003). La privazione di sonno e una forza variabile del sistema neurobiologico del risveglio possono essere tra i vari fattori causali di un attacco di emicrania e della sua cronicizzazione (Della Marca et al., 2006). Il disturbo della respirazione durante il sonno, la sindrome delle gambe senza riposo, la narcolessia e le parasonnie sono tutti disturbi del sonno che possono associarsi all'emicrania. Diverse strutture sottocortico-corticali possono essere coinvolte nel meccanismo bidirezionale della comorbidità, come l'ipotalamo, il tronco encefalico e i circuiti talamo-corticali. I sistemi neurotrasmettitoriali certamente più coinvolti sono quelli orexinergici, serotoninergici e dopaminergici. Non si può escludere un coinvolgimento del sistema nervoso autonomo.

- Anche nel caso dei disturbi del tratto gastrointestinale alcuni autori hanno trovato chiare prove di comorbidità bidirezionale con l'emicrania. La parodontite, la malattia da reflusso gastroesofageo, l'infezione da *Helicobacter Pylori*, i disturbi del fegato, la celiachia, la sindrome dell'intestino irritabile, le malattie infiammatorie intestinali e la stipsi sono tutte frequentemente associate all'emicrania. Il rapporto meccanicistico tra l'emicrania e le malattie gastrointestinali include uno squilibrio del sistema nervoso autonomo, una maggiore attività del sistema delle citochine infiammatorie intestinali e uno squilibrio microbico intestinale. Sono necessari futuri studi randomizzati e controllati verso placebo per valutare l'efficacia clinica e la sicurezza dei probiotici nel trattamento di pazienti con emicrania.

- Come per altre comorbidità, i disturbi immunologici e autoimmuni e l'emicrania si influenzano fortemente a vicenda. Diverse malattie immunologiche autoimmuni durante le fasi attive possono esacerbare l'emicrania e l'emicrania può contribuire ad abbassare la qualità della vita del paziente se non adeguatamente trattata. Per esempio, l'emicrania è un sintomo rilevante nella sclerosi multipla soprattutto nelle prime fasi della malattia. Il possibile legame tra il lupus eritematoso sistemico e l'emicrania non è stato chiarito e quindi la comparsa di cefalea nei pazienti con lupus nella maggior parte dei casi non richiede di per sé ulteriori indagini. L'emicrania dovrebbe essere ricercata nei disturbi atopici compreso l'asma.

Nel complesso, possiamo sostenere che i meccanismi bidirezionali che probabilmente sono alla base di questa vasta comorbidità tra emicrania ed altre manifestazioni mediche sono molteplici. I fattori genetici non modificabili sono probabilmente i



protagonisti, con più geni che giocano un ruolo in diversi ambiti come la neurotrasmissione, la plasticità sinaptica, la regolazione del dolore, la funzione vascolare e il metabolismo energetico. Su questa base genetica, fattori additivi modificabili, come quelli che possono disturbare il normale equilibrio omeostatico cerebrale (disregolazione emotiva, alterazioni del ritmo sonno-veglia, regimi alimentari scorretti che possono aumentare il peso corporeo, squilibri ormonali, alterazioni muscolo-scheletriche, ritmi di lavoro anomali e abuso di sostanze) possono anche giocare un ruolo importante sia nel fissare la soglia ciclica dell'emicrania che nel favorire altre condizioni mediche. La combinazione variabile di diseccitabilità dei loop talamo-corticali, di stato pro-infiammatorio transitorio o persistente di più organi e di bisogni energetici sproporzionati indotti e promossi dalle patologie comorbide additive, possono essere fattori meccanici causativi dell'attivazione di un ampio e diffuso sistema difensivo che include il sistema trigeminovascolare in connessione con il sistema neuroendocrino ipotalamico. Quest'ultimo, attraverso i neuroni afferenti primari estrinseci vagali e spinali, è coinvolto nel coordinamento delle risposte comportamentali appropriate agli stimoli potenzialmente pericolosi per il sistema nervoso (Grafe et al., 2017; James et al., 2017). Il prodotto finale dell'attivazione di questo sistema difensivo è lo scatenamento dell'attacco di emicrania, che fa scattare l'allarme. Quindi, inserito in un sistema cibernetico come quello che è l'organismo umano, il dolore emicranico può essere considerato la valvola di sfogo che mantiene il sistema in equilibrio stabile e impedisce l'eccessivo esaurimento delle riserve energetiche. Su questa linea di pensiero, questa potrebbe essere considerata una strategia evolutiva del nostro cervello per cercare di ristabilire una condizione di normalità e invogliare o costringere il paziente alla ricerca del riposo, all'evitamento della sovrastimolazione sensoriale, all'astensione da cibo, bevande e altri comportamenti potenzialmente minacciosi ed emotivamente angoscianti che potrebbero continuare a compromettere il soggetto nella sua totalità. Questa strategia del cervello è progettata per mantenere la sua omeostasi regolando i bisogni omeostatici, come la normale eccitabilità sottocorticale, l'equilibrio energetico, l'osmoregolazione e la risposta emotiva (Coppola et al., 2021).

Questo implica che il trattamento dell'emicrania deve sempre prevedere un approccio multidisciplinare, volto a identificare e, se necessario, eliminare i possibili fattori di rischio e di comorbidità. Ciò significa necessariamente che si deve intervenire il più presto possibile nella vita, sia da bambini che da adulti quando l'emicrania è ancora



episodica. Questo al fine di evitare l'evoluzione verso una forma cronica prima e verso la resistenza farmacologica poi. Tale processo educativo-comportamentale potrebbe favorire non solo la risposta ai farmaci per l'attacco e la profilassi, ma potrebbe anche permettere di adattare meglio la terapia al singolo paziente.

### Bibliografia

1. Altamura C, Corbelli I, de Tommaso M, Di Lorenzo C, Di Lorenzo G, Di Renzo A, et al. Pathophysiological Bases of Comorbidity in Migraine. *Front Hum Neurosci* 2021;15:640574. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2021.640574>.
2. Coppola G, Pierelli F, Schoenen J, Wang S-J, Chen W-T. *Neurophysiological Model of Migraine Pathophysiology: Bringing the Past into the Future*, Springer, Cham; 2021, p. 223–36. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-56538-1\\_17](https://doi.org/10.1007/978-3-030-56538-1_17).
3. Dodick DW, Eross EJ, Parish JM. Clinical, anatomical, and physiologic relationship between sleep and headache. *Headache* 2003;43:282–92. <https://doi.org/10.1046/j.1526-4610.2003.03055.x>.
4. Gormley P, Anttila V, Winsvold BS, Palta P, Esko T, Pers TH, et al. Meta-analysis of 375,000 individuals identifies 38 susceptibility loci for migraine. *Nat Genet* 2016;48:856–66. <https://doi.org/10.1038/ng.3598>.
5. Grafe LA, Eacret D, Luz S, Gotter AL, Renger JJ, Winrow CJ, et al. Orexin 2 receptor regulation of the hypothalamic–pituitary–adrenal (HPA) response to acute and repeated stress. *Neuroscience* 2017;348:313–23. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2017.02.038>.
6. James MH, Campbell EJ, Dayas C V. Role of the Orexin/ Hypocretin System in Stress-Related Psychiatric Disorders. *Curr. Top. Behav. Neurosci.*, vol. 33, 2017, p. 197–219. [https://doi.org/10.1007/7854\\_2016\\_56](https://doi.org/10.1007/7854_2016_56).
7. Di Lorenzo C, Coppola G, Currà A, Grieco G, Santorelli FM, Lepre C, et al. Cortical response to somatosensory stimulation in medication overuse headache patients is influenced by angiotensin converting enzyme (ACE) I/D genetic polymorphism. *Cephalalgia* 2012;32:1189–97. <https://doi.org/10.1177/0333102412461890>. Di Lorenzo C, Coppola G, Grieco G, Santorelli FM, Pascale E, Pierelli F. O041. GRIA3 (glutamate receptor, ionotropic, ampa 3) gene polymorphism influences cortical response to somatosensory stimulation in medication-overuse headache (MOH) patients. *J Headache Pain* 2015;16:A49. <https://doi.org/10.1186/1129-2377-16-S1-A49>.
8. Della Marca G, Vollono C, Rubino M, Di Trapani G, Mariotti P, Tonali PA. Dysfunction of arousal systems in sleep-related migraine without aura. *Cephalalgia* 2006;26:857–64. <https://doi.org/10.1046/j.1468-2982.2002.00350.x-i1>.



9. Parisi P, Striano P, Verrotti A, Villa MP, Belcastro V. What have we learned about ictal epileptic headache? A review of well-documented cases. *Seizure* 2013;22:253–8. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2013.01.013>.
10. Rainero I, Govone F, Gai A, Vacca A, Rubino E. Is Migraine Primarily a Metaboloendocrine Disorder? *Curr Pain Headache Rep* 2018;22. <https://doi.org/10.1007/s11916-018-0691-7>.
11. De Tommaso M, Federici A, Serpino C, Vecchio E, Franco G, Sardaro M, et al. Clinical features of headache patients with fibromyalgia comorbidity. *J Headache Pain* 2011;12:629–38. <https://doi.org/10.1007/s10194-011-0377-6>.
11. De Tommaso M, Federici A, Serpino C, Vecchio E, Franco G, Sardaro M, et al. Clinical features of headache patients with fibromyalgia comorbidity. *J Headache Pain* 2011;12:629–38. <https://doi.org/10.1007/s10194-011-0377-6>.





## SONNO E INFIAMMAZIONE

### UNA BREVE RIFLESSIONE SUI RAPPORTI FRA SONNO, INFIAMMAZIONE E SISTEMA IMMUNITARIO

**Vincenzo De Stefano**, Internista, Cardiologo, Direttore Centro Synthesis, Medicina Clinica Integrata

Il sonno è una complessa funzione neurobiologica, apparentemente momento di pausa e riposo di molte funzioni. In realtà è una fase di intensa attività psico-neuro-endocrina.

Nel 1985 Fagioli e Salzarulo definivano il sonno come “uno stato dell’organismo caratterizzato da una ridotta reattività agli stimoli ambientali che comporta una sospensione dell’attività relazionale (rapporti con l’ambiente) e modificazione dello stato di coscienza: esso si instaura autonomamente e periodicamente, si autolimita nel tempo ed è reversibile”.

In realtà il sonno è programmato e regolato da numerose proteine sinaptiche fosforilate/fosforilabili e rappresenta una fase di intensa attività regolatrice e omeostatica.

I disturbi del sonno sono associati a un aumento di incidenza di numerose patologie: psichiatriche, metaboliche, cardiocircolatorie, immunitarie e infiammatorie.

#### **Sonno, infiammazione e sistema immunitario: quale relazione?**

I disturbi del sonno sono associati al rischio di malattie infiammatorie e mortalità per tutte le cause.

Molti studi hanno correlato e quantificato le modificazioni dei principali indici infiammatori ai disturbi del sonno e alla durata del sonno. Vi sono dimostrazioni sempre più numerose che l’insonnia contribuisce in modo indipendente al rischio di malattie infettive e infiammatorie.

Ci sono legami tra il sonno e il sistema immunitario innato, data la sostanziale evidenza epidemiologica che i disturbi del sonno (cioè insonnia, scarsa qualità del sonno e/o sonno insufficiente) contribuiscano al rischio di malattie infiammatorie.



I principali studi su sonno e infiammazione si concentrano sulla valutazione della **PCR** e della **IL-6**, due dei principali indici e determinanti infiammatori, correlati a molteplici condizioni patologiche. Spesso è stato valutato anche il TNF-alfa.

Negli studi, la durata del sonno normale è stata considerata quella di 7-8 ore. Quindi il sonno breve è stato definito come < 7 ore per notte e il sonno lungo è stato definito come > 8 ore per notte. Sono stati fatti anche studi con manipolazione sperimentale della durata del sonno per una notte o più notti, analizzando il sangue al mattino.

Complessivamente, quando tutti i metodi di valutazione sono stati combinati, i disturbi del sonno sono stati associati a livelli più elevati di **PCR** e con livelli più elevati di **IL-6**. Per il TNF-alfa non sono state evidenziate variazioni.

Va messo in evidenza che anche la eccessiva durata del sonno, > 8 ore, è stata associata ad incrementi degli indici di infiammazione: sono stati rilevati livelli più elevati di **PCR** e di **IL-6** ma non di TNF-alfa.

Vi è un numero crescente di prove che i disturbi del sonno sono associati al rischio di malattie infiammatorie e alla mortalità per tutte le cause, verosimilmente a causa degli effetti dei disturbi del sonno sui meccanismi infiammatori.

Sono state trovate maggiori correlazioni tra i disturbi del sonno e **IL-6** rispetto a quelle con **PCR**. Si pensa che i disturbi del sonno inducano primariamente aumenti di **IL-6** che a sua volta induce aumenti di PCR. Pertanto l'aumento della PCR potrebbe essere dovuto a disturbi del sonno più persistenti e gravi.

Gli effetti dei disturbi del sonno sull'infiammazione non sono associati all'età e le correlazioni sono comparabili negli uomini e nelle donne, sebbene qualche studio di alta qualità abbia mostrato che le donne, rispetto agli uomini, possono essere più vulnerabili agli effetti dei disturbi del sonno e mostrano maggiori aumenti di PCR e IL-6.

Complessivamente questi risultati hanno implicazioni per la comprensione del profilo di rischio differenziale per i disturbi infiammatori tra i sessi. Ad esempio, i sintomi soggettivi del sonno disturbato sono associati a un rischio maggiore di malattie cardiovascolari nelle donne rispetto agli uomini.

Nella valutazione degli estremi della durata del sonno, la lunga durata del sonno, ma non la breve durata, è stata associata ad aumenti di PCR e ad aumenti di IL-6.

Anche l'accorciamento della durata del sonno, mediante privazione sperimentale, non è stato associato ad aumento di PCR o IL-6.

È interessante notare che le associazioni tra la durata del sonno e l'infiammazione sono parallele ai risultati che collegano il sonno e la mortalità.



I meccanismi che potrebbero spiegare le associazioni tra disturbi del sonno e infiammazione sono relativamente inesplorati. Il sonno influenza due sistemi effettori primari, l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) e il sistema nervoso simpatico (SNS), che insieme spostano il profilo di espressione genica basale verso una maggiore inclinazione proinfiammatoria. L'attivazione della segnalazione  $\beta$ -adrenergica induce aumenti di NF- $\kappa$ B, espressione genica infiammatoria, produzione di citochine proinfiammatorie e marcatori di infiammazione sistemica. Dato che il normale sonno notturno è associato a un calo dell'attività simpatica, l'attivazione della via dell'effettore simpatico è un meccanismo biologicamente plausibile per spiegare le associazioni tra disturbi del sonno, breve durata del sonno e aumento dei marker di infiammazione. L'associazione tra sonno prolungato e infiammazione può essere il risultato di comorbidità sottostanti, che non sono state completamente controllate. Considerando che nessuno studio ha valutato sistematicamente se livelli elevati di infiammazione mediano l'associazione tra disturbi del sonno e malattie cardiovascolari o altre malattie che hanno una componente infiammatoria tra cui cancro e depressione, numerosi dati mostrano che i disturbi del sonno, così come gli estremi della durata del sonno, sono collegati a molteplici morbilità e alla mortalità. I disturbi del sonno e la lunga durata del sonno dovrebbero essere considerati fattori di rischio comportamentali aggiuntivi per l'infiammazione, che possono essere modificati attraverso trattamenti mirati ai comportamenti del sonno. In effetti, è stato scoperto che il trattamento dell'insonnia riduce l'infiammazione e, insieme alla dieta e all'attività fisica, rappresentano una terza componente nella promozione della salute del sonno.

### **Bibliografia**

*Irwin MR*: Sleep and inflammation: partners in sickness and in health. *Nat Rev Immunol*. 2019 Nov;19(11):702-71

*Irwin MR, Olmstead R, Carroll JE*: Sleep Disturbance, sleep duration, and inflammation: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies and Experimental sleep Deprivation. *Biol Psychiatry*. 2016 Jul 1;80(1):40-52

*Irwin MR, Vitiello MV*: Implications of sleep disturbance and inflammation for Alzheimer's disease dementia. *Lancet Neurol*. 2019 Mar;18(3):296



*Besedovsky L, Lange T, Haack M:* The Sleep-Immune Crosstalk in Health and Disease. *Physiol Rev.* 2019 Jul 1;99(3):1325-1380

*Atrooz F, Salim S:* Sleep deprivation, oxidative stress and inflammation. *Adv Protein Chem Struct Biol.* 2020;119:309-336

*Dolsen MR, Crosswell AD, Prather AA:* Links Between Stress, Sleep and Inflammation: Are there Sex Differences? *Curr Psychiatry Rep.* 2019 Feb 7;21(2):8

*Irwin MR, Opp MR:* Sleep Health: Reciprocal Regulation of Sleep and Innate Immunity. *Neuropsychopharmacology.* 2017 Jan;42(1):129-155



## ADUCANUMAB

### LUCI E OMBRE SUL NUOVO FARMACO APPROVATO DALLA FDA CONTRO L'ALZHEIMER

**Sofia Verderosa**, medico, Centro ANEMOS, Nocera Inferiore (SA)

#### Parte I – Le luci

Un faro di speranza si accende all'orizzonte per i tanti pazienti affetti da malattia di Alzheimer, una condizione che costituisce un enorme problema di salute pubblica. Nel 2016 erano stati stimati 600.000 casi solo in Italia, a cui si aggiungono 3 milioni di persone coinvolte in vario modo nella difficile assistenza a tali pazienti.

Aducanumab (nome commerciale Aduhelm) è frutto della ricerca della multinazionale bio-tecnologica Biogen e presenterebbe come carattere innovativo il fatto che trattasi del primo a focalizzarsi non solo sui sintomi bensì sul decorso della malattia nelle sue fasi iniziali, rallentandola.

In data 7 giugno 2021, la Food and Drug Administration (FDA) – l'ente statunitense che si occupa di verificare efficacia e sicurezza dei farmaci – ha approvato il farmaco in via accelerata, con vivo entusiasmo dalla comunità scientifica internazionale se si considera che tutte le sperimentazioni in merito sono fallite: nel 2019 si contavano oltre 200 studi clinici con esito negativo o abbandonati.

Purtuttavia va detto che l'approvazione è stata conferita nonostante il parere sfavorevole pressoché unanime (dieci voti contrari e uno incerto, su undici) della commissione scientifica indipendente convocata dall'FDA, in merito ai dati contraddittori derivati dagli studi clinici.

Per tale motivo, il via libera è stato subordinato all'impegno da parte di Biogen a condurre nuovi studi clinici che ne dimostrino i benefici, senza i quali il farmaco potrebbe essere ritirato in un successivo momento.

#### Che cos'è Aducanumab

È un anticorpo monoclonale IgG1 umano anti-A $\beta$  specifico per oligomeri  $\beta$ -amiloidi e fibrille implicati nella patogenesi dell'Alzheimer (AD). Secondo l'ipotesi della cascata amiloide, la tossicità correlata ai depositi della proteina  $\beta$ -amiloide (A $\beta$ ) è la prima causa di disfunzione sinaptica e della conseguente neuro-degenerazione nella malattia di Alzheimer.



### **Lo studio**

Nel 2016, un gruppo di ricercatori di Biogen, capitanati da Jeff Sevigny e Ping Chiao, annunciano alla comunità scientifica che Aducanumab è in grado di ridurre le placche di beta-amiloide, rimuovendone o ostacolandone l'accumulo: un risultato eccezionale anche se preliminare, trattandosi di studi preclinici e clinici di fase 1, tale da guadagnarsi la copertina della rivista *Nature*.

Lo studio in doppio cieco ha esaminato sicurezza, tollerabilità, farmacocinetica e farmacodinamica di iniezioni a cadenza mensile di Aducanumab in pazienti con prodromi o affetti da "mild AD". All'inizio dello studio essi presentavano placche di amiloide A $\beta$  confermate da indagini effettuate tramite PET.

Da ottobre 2012 a gennaio 2014 sono stati esaminati 165 casi con diagnosi clinica di AD a cui sono state somministrate iniezioni mensili di Aducanumab o placebo alle dosi di 1,3,6,10 mgkg<sup>-1</sup> per un anno.

Si è osservato che il trattamento con Aducanumab dopo 54 settimane riduce le placche di A $\beta$  come dimostrato da PET seriate (Vedi figura 1) mentre i pazienti che hanno ricevuto placebo non hanno mostrato cambiamenti.

### **Sicurezza e tollerabilità**

Gli effetti avversi più comuni riscontrati sono stati edema cerebrale, emicrania, infezioni del tratto urinario e infezioni delle vie respiratorie superiori. Nessun paziente è stato ospedalizzato per questi sintomi.

### **Risultati**

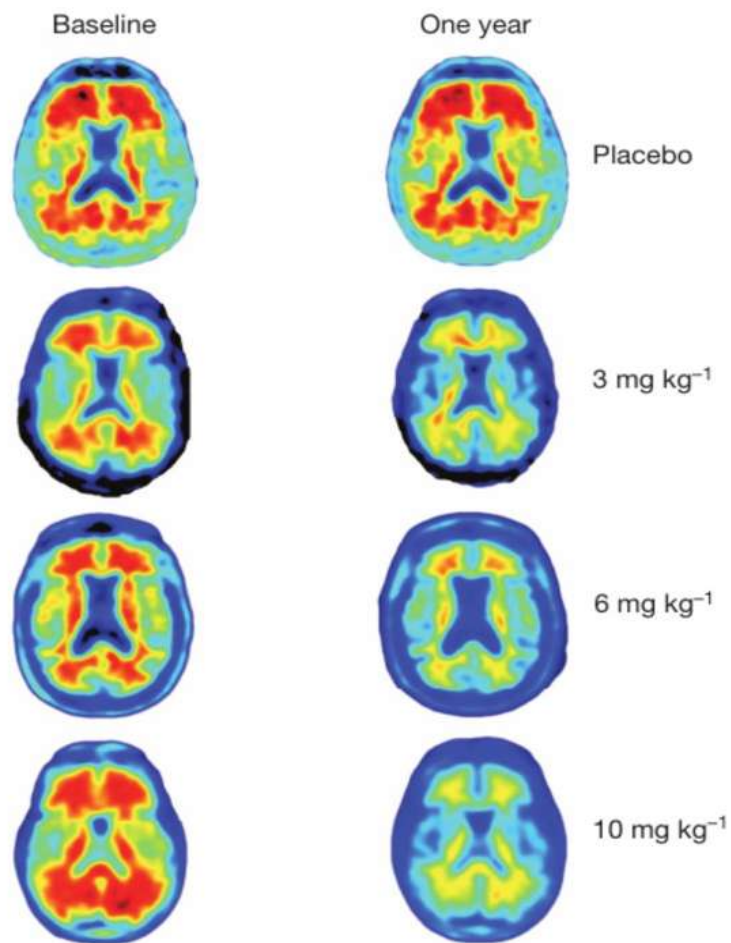
In definitiva, questo studio ha dimostrato che in un periodo di tempo di 54 sett., Aducanumab penetra all'interno dell'encefalo e diminuisce le placche di A $\beta$  in pazienti con AD in maniera dose e tempo-dipendente.

Se consideriamo che le placche di A $\beta$  sono espressione di un processo di accumulo durato almeno 20 anni nei pazienti selezionati per il suddetto studio, questi risultati sono molto incoraggianti perchè frutto di un trattamento durato relativamente poco, vale a dire un anno.

I dati clinici e preclinici confermano che la somministrazione di Aducanumab modifica in maniera significativa la malattia: non solo riduce le placche extraneuronali di A $\beta$  ma soprattutto conferisce benefici clinici.

### **Fine parte I**





**Figure 1 | Amyloid plaque reduction with aducanumab: example amyloid PET images at baseline and week 54.**

### Bibliografia essenziale

1. Alzheimer's Association National Office, 225 N. Michigan Ave., Fl. 17, Chicago, IL 60601
2. Sevigny J, Chiao P, Bussière T, et al. L'anticorpo aducanumab riduce le placche A $\beta$  nella malattia di Alzheimer. *Nature*. 2016; 537 (7618): 50-56



## RUBRICA: LA LEGGE NELLA MEDICINA a cura di Vincenzo Galatro

La rubrica affronta tematiche sulla Responsabilità medico-sanitaria e sulla Medicina Legale, argomenti che interessano la salute e la sanità, oggetto di normative e disciplinati dalla legge. Commenti e interpretazioni normative sulla base della più accreditata dottrina e aggiornata giurisprudenza.

La trattazione affronta le più importanti ed attuali questioni relative alla tutela legale del diritto alla salute, al diritto sanitario e alla responsabilità medico-sanitaria (Responsabilità medica civile e penale, responsabilità del medico strutturato e dell'ente ospedaliero, danno alla salute e danno da perdita di chance, responsabilità omissiva, violazione del consenso informato, responsabilità medica di équipe, ecc.), riportando i maggiori orientamenti teorici e giurisprudenziali in materia di responsabilità medica e sanitaria.



Vincenzo Galatro è docente e ricercatore presso Università in Italia e all'estero, ha svolto attività di ricerca e di divulgazione scientifica, a livello nazionale e internazionale, intervistato dai più importanti *mass media* e ospite in programmi e trasmissioni radiofoniche e televisive della RAI.

Avvocato, Digital Lawyer, Consulente Legale, Negoziatore e Mediatore Professionista abilitato (Ministero della Giustizia), specializzato in Bioetica, Neurobioetica, Psicologia Legale e Forense, Psicologia della Salute, Neuroscienze Cognitive, Diritto Sanitario e Responsabilità Medica e Sanitaria, *Alternative Dispute Resolution* (ADR) e Mediazione in ambito Medico-Sanitario.

### LA RESPONSABILITÀ CIVILE DEL MEDICO: IL NUOVO SISTEMA BINARIO DI RESPONSABILITÀ TRA MEDICO E STRUTTURA SANITARIA (PARTE II)

**Guida sulla responsabilità medico-sanitaria, aggiornata alla riforma Gelli-Bianco (L. n. 24/2017).**

L'inquadramento sistematico della responsabilità medico-sanitaria è stato definitivamente tracciato dalla recente legge n. 24/2017 (legge Gelli-Bianco).

Prima di tale intervento normativo, la natura della responsabilità civile medica è stata, per lungo tempo, uno degli aspetti più problematici e controversi della responsabilità dell'esercente le professioni sanitarie.





La responsabilità civile del medico può configurarsi come una responsabilità contrattuale o extracontrattuale.

In linea di principio, la responsabilità medica è di tipo contrattuale quando tra il medico ed il paziente esiste un rapporto obbligatorio pregresso.

Più precisamente, la responsabilità contrattuale nasce quando medico e paziente stipulano tra loro un contratto: per cui, nel rapporto contrattuale il medico – obbligato a fornire una determinata prestazione – assume la veste di debitore; mentre il paziente – che ha il diritto di ricevere la prestazione a fronte di corrispettivo – assume le vesti del creditore.

Viceversa, la responsabilità extracontrattuale del medico rileva nelle ipotesi in cui non si sia precedentemente instaurato un rapporto contrattuale con l'assistito, come ad esempio accade quando l'intervento sanitario sia richiesto nei casi d'urgenza, ed il paziente sia momentaneamente in uno stato che gli impedisce di avere piena coscienza.



Fig. 1 - Le fonti della responsabilità civile medico-sanitaria.



La responsabilità contrattuale trova la sua fonte giuridica nel contratto ed è collocata nell'art. 1218 del codice civile, laddove viene asserito che «il debitore che non esegue esattamente la prestazione dovuta è tenuto al risarcimento del danno, se non prova che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione da causa a lui non imputabile».

La responsabilità extracontrattuale invece, prevista dall'art. 2043 del codice civile, affonda le proprie radici nella commissione di un illecito e, in particolare, a livello codicistico viene statuito che «qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno».

La collocazione della condotta diagnostica e terapeutica del sanitario nell'ambito della responsabilità contrattuale o della responsabilità extracontrattuale (o aquiliana) oltre, ovviamente, a sottolineare una precipua differenziazione della fonte da cui sorge l'obbligazione, determina una serie di conseguenze già in parte analizzate, soprattutto in termini di onere probatorio e di termine prescrizione: l'azione risarcitoria, infatti, in caso di responsabilità contrattuale, è soggetta al termine di prescrizione di dieci anni; viceversa, in caso di responsabilità extracontrattuale, l'azione risarcitoria è soggetta al termine di prescrizione di cinque anni.

Per quanto riguarda la distribuzione dell'onus probandi:

- a) nella responsabilità contrattuale l'onere della prova ricade sul soggetto inadempiente l'obbligazione, dovendo dimostrare, con maggior aggravio, che l'inadempimento non è dipeso da causa a lui imputabile, mentre il soggetto danneggiato dall'altrui inadempimento dovrà esclusivamente allegare il titolo da cui discende l'obbligazione inadempita o adempiuta malamente.
- b) nella responsabilità extracontrattuale, invece, l'onere della prova è maggiormente sbilanciato a sfavore del soggetto danneggiato, essendo gravato della dimostrazione probatoria dell'esistenza dell'illecito, dell'evento dannoso, del nesso eziologico che lega l'illecito all'evento lesivo, e per concludere, dell'elemento soggettivo.

Ciò che emerge è che la responsabilità contrattuale ha una disciplina di maggior favore nei confronti della parte danneggiata (paziente) dall'altrui inadempimento, potendo dimostrare con maggiore facilità il danno patito ed avendo un lasso di tempo più ampio per agire in giudizio.



La giurisprudenza ammette la possibilità di concorso tra la responsabilità contrattuale e quella extracontrattuale nell'ipotesi in cui un medesimo comportamento consista a un tempo nell'inadempimento di un'obbligazione e nella lesione di un diritto primario, come quello alla vita, alla salute e all'incolumità personale.

Per quanto concerne la responsabilità del sanitario esercente la professione medica, la *querelle* sulla natura della responsabilità civile del medico ha portato spesso la giurisprudenza di merito e di legittimità a pronunciare orientamenti contrastanti nel tentativo estremo di colmare i vuoti normativi.

Le incertezze relative all'inquadramento giuridico della responsabilità civile medico-sanitaria sono state dovute al mancato intervento del legislatore, ragion per cui la disciplina della responsabilità medica, sia civile che penale, per lungo tempo è stata rimessa ad una serie di orientamenti giurisprudenziali mutevoli e non sempre così chiari e dirimenti. Infatti, nel tentativo di colmare il lacunoso impianto normativo, molto spesso la giurisprudenza era giunta a pronunciare orientamenti diversi e contrastanti.

In particolare, sempre la giurisprudenza di merito e di legittimità – ma anche la dottrina maggioritaria – tendeva a ricondurre la responsabilità della struttura medica nell'alveo della responsabilità contrattuale in forza dell'obbligazione sorta tra la struttura sanitaria ed il paziente che stipulavano pattiziamente un contratto, detto anche "contratto di ospitalità". Il medico, invece, scelto dalla struttura per effettuare la prestazione sanitaria al paziente, essendo del tutto estraneo alla venuta in essere del contratto, in caso di malpractice medica, non poteva essere ricondotto ad una responsabilità contrattuale ma solamente, ex art. 2043 del codice civile, ad una responsabilità extracontrattuale o aquiliana. Ciò ovviamente dove non fosse intervenuta *ab origine* una pattuizione individuale tra paziente e sanitario; in questo caso la responsabilità medica veniva ricondotta giocoforza alla responsabilità contrattuale, allineandosi a quella della struttura medica.



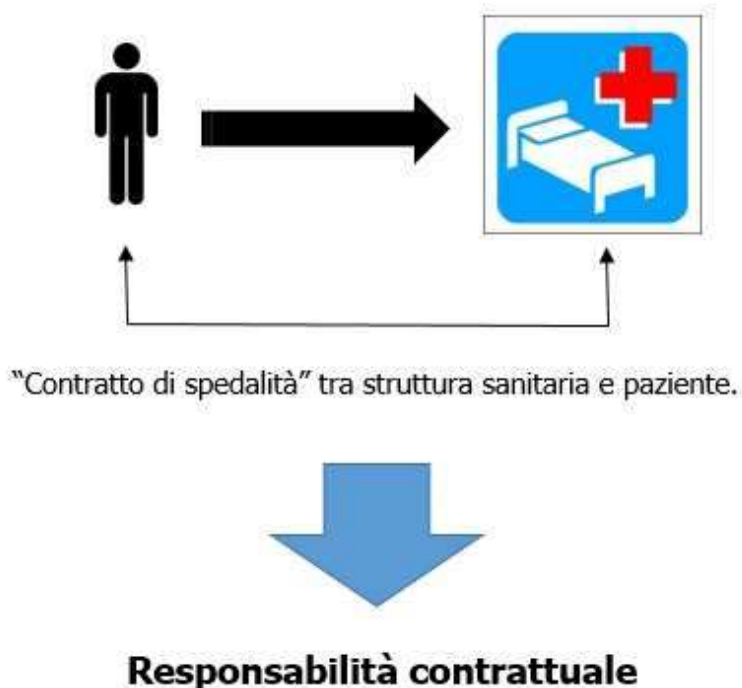


Fig. 2 - La responsabilità della struttura medica.

Per ricondurre la responsabilità civile del medico al regime giuridico della responsabilità contrattuale, ex art. 1218 del codice civile, si faceva spesso riferimento al rapporto contrattuale di fatto o da contatto sociale (detto anche "contatto sociale qualificato"), una sorta di obbligazione contrattuale che trae origine non dal fatto negoziale, ma dal mero contatto tra medico e paziente. Di conseguenza, venivano attribuiti al medico specifici obblighi di protezione nei confronti del paziente, la cui violazione imponeva il risarcimento del danno nelle forme dell'art. 1218 del codice civile.

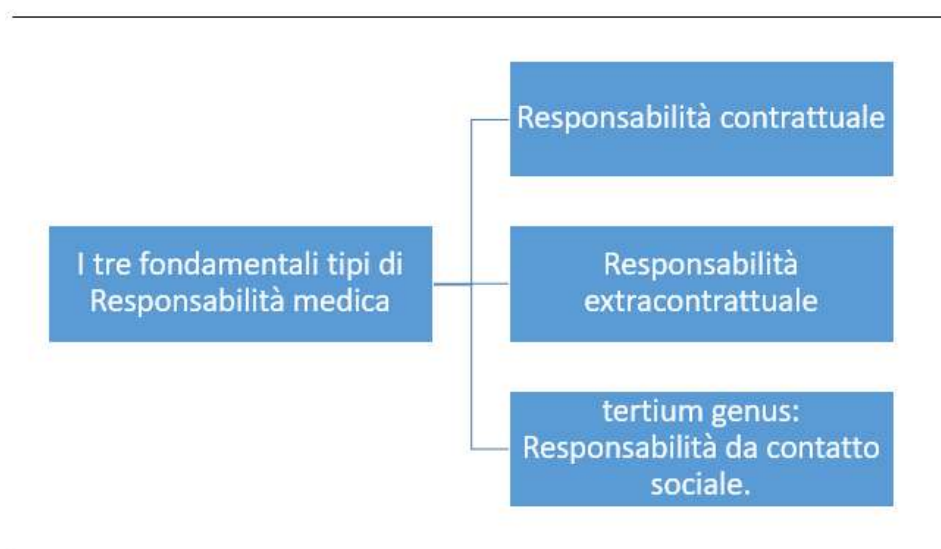
L'assetto giurisprudenziale, che in origine prevedeva la responsabilità contrattuale nei confronti della struttura medica e la responsabilità aquiliana nei confronti del medico, fu radicalmente stravolto proprio dalla storica sentenza della **Suprema Corte di Cassazione a Sezioni Unite n. 589/99**, che ha predisposto per ambedue le figure, struttura sanitaria e medico esercente, la responsabilità contrattuale.

Come appena accennato, fu escogitato, al fine di ricondurre nell'alveo della responsabilità contrattuale quella del sanitario esercente la professione medica, il cosiddetto istituto del **"contatto sociale"** ossia *latu sensu* una sorta di contratto atipico non scritto che viene in essere dal contatto tra il medico ed il paziente e dall'affidamento che quest'ultimo ripone nel medico e nella cura terapeutica predisposta. Più che una nuova tipologia di contratto, la figura del contatto sociale è un *escamotage* giuridica sorta al solo fine di ricondurre ed applicare alla responsabilità del medico le regole statuite ex art. 1218 del codice civile.

Dunque, secondo tale impostazione, al paziente spetterà allegare in giudizio il mero inadempimento dell'obbligazione generata da contatto sociale mentre il medico, a suo scarico, dovrà provare il corretto adempimento della prestazione sanitaria oppure l'inadempimento come mero effetto di una causa ad esso non imputabile ed ascrivibile.

<

Fig. 3 - I tre fondamentali tipi di responsabilità civile del medico.



Tale orientamento rimase costante per la giurisprudenza di merito e di legittimità sino all'avvento del **Decreto-Legge Balduzzi (D.L. n. 158/12)** convertito, con modificazioni, in Legge l'8 Novembre 2012 (**Legge n. 189/12**), che nel nuovo art. 3, così come modificato, predisponesse espressamente che «l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile».

Tale richiamo all'art. 2043 c.c., e quindi ad una natura aquiliana della responsabilità del sanitario, tuttavia non intaccò l'orientamento giurisprudenziale già formatosi, proprio perché ritenuto dalla giurisprudenza di legittimità un mero rinvio atecnico, che nulla ha a che vedere con la vera accezione di responsabilità extracontrattuale. La giurisprudenza, difatti, ha sempre inteso tale riferimento all'art. 2043 c.c. sulla responsabilità extracontrattuale come un richiamo alla più generica responsabilità civile, *ragion per cui* il sanitario esercente la professione medica dovrà continuare, secondo tale orientamento, ad essere assoggettata alla responsabilità contrattuale *ex art. 1218 del codice civile*, al pari della responsabilità della struttura medica. Completa il quadro normativo della responsabilità civile del medico – in chiave attenuante – l'applicazione dell'art. 2236 del codice civile, secondo cui “se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o colpa grave”.

Tale norma impone al giudice di valutare la condotta del sanitario tenendo conto delle peculiari difficoltà del caso concreto, dello stato emergenziale e della limitatezza di risorse e/o strumenti messi a disposizione del medico. Tuttavia, una tale limitazione, attiene esclusivamente le condotte connotate da imperizia, con esclusione dell'imprudenza e della negligenza.





Fig. 4 - Responsabilità medica e problemi tecnici di particolare difficoltà.

Per quanto concerne, invece, il regime giuridico della **responsabilità della struttura sanitaria**, il rapporto tra medico e struttura ospedaliera è stato ricondotto, dalla giurisprudenza di legittimità, ad “[...] *un autonomo e tipico contratto a prestazioni corrispettive (da taluni definito contratto di ospedalità, da altri contratto di assistenza sanitaria) al quale si applicano le regole ordinarie sull’inadempimento fissate dall’art. 1218 c.c.*” (Cass. Civ. SS.UU., n. 577, 20 novembre 2007).

L’annosa questione della natura giuridica della responsabilità medica – affrontata dapprima con l’avvio della stagione riformatrice della responsabilità medica, avvenuto nel 2012 con il decreto legge n. 158 (c.d. decreto Balduzzi), senza tuttavia grandi esiti – e poi stata successivamente affrontata e risolta a seguito della recente emanazione della legge Gelli-Bianco (legge n. 24/2017): infatti, grazie al nuovo impianto normativo, i connotati della responsabilità civile del sanitario sono stati definiti in maniera chiara e differente, tracciando un doppio binario di responsabilità, a seconda che la responsabilità per un determinato danno debba essere ascritta a coloro



che operano presso una struttura sanitaria (a qualsiasi titolo) o alla struttura sanitaria, sia essa privata che pubblica.

---

**Decreto legge n. 158/2012 (c.d. decreto Balduzzi),  
convertito in Legge n. 189/12**

“Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo  
del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”



**Legge n. 24/2017 (legge Gelli-Bianco)**

“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita,  
nonché in materia di responsabilità professionale  
degli esercenti le professioni sanitarie”.

---

Fig. 5 - Le tappe legislative della riforma della sanità e della responsabilità medica.

Il legislatore, attraverso questa legge di riforma (legge 8 marzo 2017, n. 24), recante *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”*, disciplina fondamentali aspetti del ruolo e delle funzioni del medico, principalmente *con l'intento di prevenire il rischio clinico, ridurre il contenzioso sulla responsabilità medica, arginare la fuga delle assicurazioni dal settore sanitario e contenere gli ingenti costi della cosiddetta medicina difensiva*, che da sempre ha gravato sui conti del sistema sanitario nazionale.

In particolare, la legge Gelli-Bianco (L. 27/2017), con riferimento alla natura della responsabilità delle strutture sanitarie e del personale medico-sanitario, all'art. 7, rubricato «Responsabilità della struttura e dell'esercente la professione sanitaria» stabilisce quanto segue: «la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la





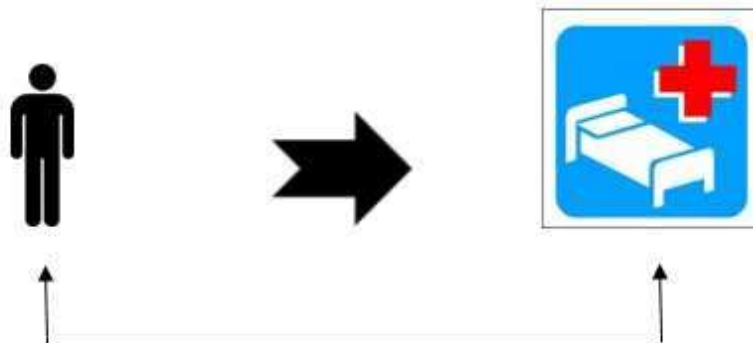
professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose».

Tale disposizione normativa sembra aver accolto e codificato gli orientamenti giurisprudenziali precedenti, confermando, infatti, la natura contrattuale della responsabilità civile della struttura sanitaria.

Il comma 2 aggiunge, inoltre, che «la disposizione di cui al comma 1 si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina».

Tale norma rappresenta l'elemento di maggior novità della nuova riforma della responsabilità medica, relativamente all'ambito civile.

Dal dettato normativo dell'art. 7 emerge chiaramente un sistema a doppio binario della responsabilità civile medica: l'esercente le professioni sanitarie che esercita la propria attività a qualsiasi titolo all'interno della struttura sanitaria, risponderà della propria condotta ex art. 2043; invece la struttura ospedaliera risponderà dei danni cagionati dal medico ex art. 1218, quindi a titolo di responsabilità contrattuale.



"Contratto di ospedalità" tra medico e paziente.

**Responsabilità contrattuale**

---



### **Responsabilità extracontrattuale (o aquiliana)**

Fig. 6 - Il sistema a doppio binario della nuova responsabilità medica: struttura sanitaria (responsabilità civile contrattuale), medico (responsabilità civile extracontrattuale).

Tale regime differenziato comporta delle notevoli differenze, come già accennato, sul piano dell'onere probatorio e del termine prescrizione. Nel caso dell'esercente le professioni sanitarie, che risponderà a titolo extracontrattuale della sua condotta, dovrà essere il paziente a dimostrare l'intero danno subito, essendo altresì obbligato a rispettare il termine prescrizione quinquennale ex art. 2947 del codice civile. Viceversa, la responsabilità della struttura sanitaria, posta nell'alveo della responsabilità contrattuale, soggiace a regole diverse: in tal caso l'onere della prova è posto a carico della struttura sanitaria, dovendo, il paziente, dimostrare solamente la prova del titolo contrattuale e dell'inadempimento; inoltre il termine dell'azione sarà quello ordinario, cioè quello decennale previsto dall'art. 2046 del codice civile.

Evidenti sono, in ultima istanza, gli scopi che il legislatore intende perseguire mediante una tale disciplina. Differenziare le posizioni risarcitorie della struttura sanitaria e del medico, in tal caso, ha come effetto quello di trasferire gran parte del rischio sulla struttura sanitaria, consentendo al medico di esercitare la propria professione con maggiore tranquillità, nell'ottica di arginare il fenomeno della cosiddetta "medicina difensiva".



La novella legislativa delinea, quindi, un modello di responsabilità medica così articolato:

- a) un modello di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, la quale risponde nei casi in cui l'inadempimento riguardi obbligazioni proprie dell'ente, nonché nei casi in cui l'inadempimento sia dipeso da un fatto del personale medico e paramedico che svolge la propria prestazione all'interno della struttura;
- b) un modello di responsabilità aquiliana per il medico dipendente. Il medesimo art. 7 infatti, al comma 3, precisa che "l' esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile". La norma, però, esclude in modo espresso dal regime di cui all'art. 2043 del codice civile l'ipotesi in cui il medico «abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente».

Dunque, laddove non vi sia un'obbligazione sorta da contratto tra paziente e medico, quest'ultimo risponderà sempre per responsabilità extracontrattuale.

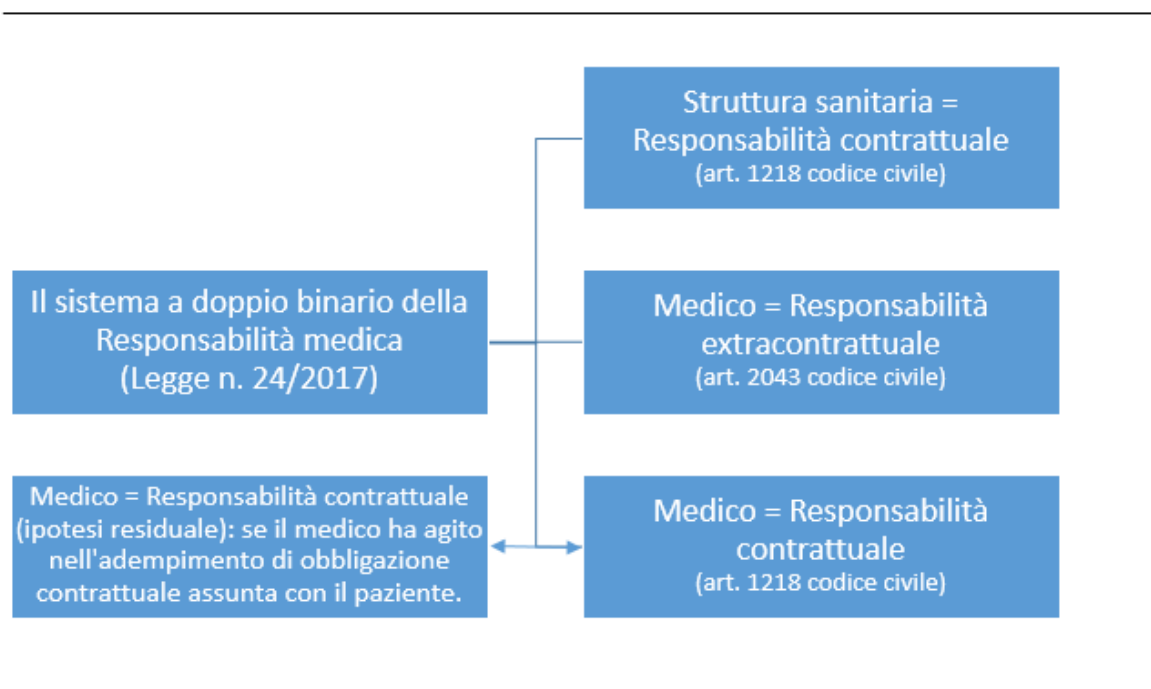


Fig. 7 - Il sistema a doppio binario della Responsabilità medica secondo la legge Gelli-Bianco (L. n. 24/2017).



La legge Gelli-Bianco ha avuto il ruolo di sancire e codificare una netta separazione tra responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e responsabilità extracon-trattuale o aquiliana del medico, fugando i principali dubbi sulla natura giuridica della responsabilità medica ed uniformando le interpretazioni giurisprudenziali in materia. Nel prossimo contributo, cercheremo di chiarire meglio i dettami e il significato normativo della legge, secondo un'interpretazione sistematica delle disposizioni normative, per poter trovare la giusta soluzione ermeneutica nel momento in cui è necessario applicare la legge e renderla operativa.

## BIBLIOGRAFIA

1. AA.VV., Problemi di responsabilità sanitaria, Giuffrè Editore, 2007.
2. AA.VV., La responsabilità medica - Questioni processuali, Giuffrè, 2010.
3. Alpa G., La responsabilità civile, in Trattato di diritto civile, IV, Milano, 1999.
4. Angelici M., Principi di diritto sanitario, vol. I, Parte generale, Milano, 1974.
5. Bianca C.M., Diritto Civile - La responsabilità civile, V, Giuffrè Editore, Milano, 2012.
6. Bilancetti M., La responsabilità penale e civile del medico, Padova, Cedam, 2006.
7. Blaiotta R., La causalità ed i suoi limiti: il contesto della professione medica, in Cass. pen., 2002, 181 ss.
8. Cafaggi F., voce « Responsabilità del professionista », in Digesto IV ed., Disc. priv., sez. civ., XVII, Torino, Utet, 1998, 181 ss.
9. Cattaneo G., La responsabilità del professionista, Giuffrè Editore, Milano, 1958.
10. Catorini P., Bioetica, Metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici, Masson, Mi, 2000.
11. Chindemi D., Responsabilità del medico e della struttura sanitaria pubblica e privata, Altalex Editore, 2018.
12. Cinotti R., La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie, Pensiero Scient. Ed., Roma, 2004.
13. De Matteis R., Responsabilità e servizi sanitari. Modelli e funzioni, Padova, Cedam, 2007.
14. Fiandaca G., Musco E., Diritto penale, Parte generale, 5° ed., Bologna, 2007.
15. Galatro V., La procedura civile. Manuale operativo, Maggioli Editore, 2008.
16. Galatro V., Diritto processuale civile, Maggioli Editore, 2008.
17. Galatro V., Rapporti tra azione civile e penale: prescrizione ed effetti civili, Altalex Editore, 2009.



18. Galatro V., Come risolvere i problemi legali, Mind Edizioni, Milano, 2013.
19. Galatro V., Il nuovo processo civile di cognizione, di esecuzione e cautelare, Edizioni giuridiche Esselibri - Simone, 2006.
20. Galatro V., Consulenza tecnica preventiva ai fini della composizione di una lite e reclamo, Altalex Editore, 2008.
21. Galatro V., La responsabilità medica, sanitaria e odontoiatrica, in Trattato sulla Responsabilità Sanitaria, Medica e Odontoiatrica, Sistemi di Alternative Dispute Resolution e Mediazione delle controversie legali; Direzione Scientifica ed Editoriale: Prof. Avv. Vincenzo Galatro, Bologna, vol. I, 2014.
22. Galatro V., La responsabilità civile, in Trattato sulla Responsabilità Sanitaria, Medica e Odontoiatrica, Sistemi di Alternative Dispute Resolution e Mediazione delle controversie legali; Direzione Scientifica ed Editoriale: Prof. Avv. Vincenzo Galatro, Bologna, vol. I, p. 3 e ss., 2014.
23. Galatro V., Il rapporto di causalità, in Trattato sulla Responsabilità Sanitaria, Medica e Odontoiatrica, Sistemi di Alternative Dispute Resolution e Mediazione delle controversie legali; Direzione Scientifica ed Editoriale: Prof. Avv. Vincenzo Galatro, Bologna, vol. I, p. 29 e ss., 2014.
24. Galatro V., La colpa professionale, in Trattato sulla Responsabilità Sanitaria, Medica e Odontoiatrica, Sistemi di Alternative Dispute Resolution e Mediazione delle controversie legali; Direzione Scientifica ed Editoriale: Prof. Avv. Vincenzo Galatro, Bologna, vol. I, p. 47 e ss., 2014.
25. Galatro V., L'errore nell'attività medico-sanitaria, in Trattato sulla Responsabilità Sanitaria, Medica e Odontoiatrica, Sistemi di Alternative Dispute Resolution e Mediazione delle controversie legali; Direzione Scientifica ed Editoriale: Prof. Avv. Vincenzo Galatro, Bologna, vol. I, p. 71 e ss., 2014.
26. Galatro V., Processi di gestione del rischio e della sicurezza, in Trattato sulla Responsabilità Sanitaria, Medica e Odontoiatrica, Sistemi di Alternative Dispute Resolution e Mediazione delle controversie legali; Direzione Scientifica ed Editoriale: Prof. Avv. Vincenzo Galatro, Bologna, vol. I, p. 76 e ss., 2014.
27. Galatro V., Il diritto alla salute e la responsabilità medico-sanitaria, in Trattato sulla Responsabilità Sanitaria, Medica e Odontoiatrica, Sistemi di Alternative Dispute Resolution e Mediazione delle controversie legali; Direzione Scientifica ed Editoriale: Prof. Avv. Vincenzo Galatro, Bologna, vol. I, p. 99 e ss., 2014.
28. Galatro V. La responsabilità medica, sanitaria e odontoiatrica: principi, legislazione, giurisprudenza, Roma, 2015.



29. Galatro V., Il diritto alla salute come bene fondamentale dell'individuo, in La legge nella Medicina, Argomenti e materiali delle interviste radiofoniche e televisive a cura del Dr. Prof. V. Galatro, a.a. 2013-2015.
30. Galatro V., La responsabilità medica dopo la legge n. 189/2012, di conversione del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 (c.d. Decreto Balduzzi), in La legge nella Medicina, Argomenti e materiali delle interviste radiofoniche e televisive a cura del Dr. Prof. V. Galatro, a.a. 2013-2015.
31. Galatro V., Gli illeciti nelle attività mediche e sanitarie, in La legge nella Medicina, Argomenti e materiali delle interviste radiofoniche e televisive a cura del Dr. Prof. V. Galatro, a.a. 2013-2015.
32. Galatro V., L'errore medico, in La legge nella Medicina, Argomenti e materiali delle interviste radiofoniche e televisive a cura del Dr. Prof. V. Galatro, a.a. 2013-2015.
33. Galatro V., I gradi della colpa medica, in La legge nella Medicina, Argomenti e materiali delle interviste radiofoniche e televisive, a cura del Dr. Prof. V. Galatro, a.a. 2013-2015.
34. Galatro V., La colpa professionale in ambito medico-sanitario, in La legge nella Medicina, Argomenti e materiali delle interviste radiofoniche e televisive a cura del Dr. Prof. V. Galatro, a.a. 2013-2015.
35. V. Galatro, La responsabilità sanitaria, in La legge nella Medicina, Argomenti e materiali delle interviste radiofoniche e televisive a cura del Dr. Prof. V. Galatro, a.a. 2013-2015.
36. V. Galatro, Il danno alla salute, in La legge nella Medicina, Argomenti e materiali delle interviste radiofoniche e televisive a cura del Dr. Prof. V. Galatro, a.a. 2013-2015.
37. V. Galatro, La responsabilità civile del medico, in La responsabilità medica, sanitaria e odontoiatrica: principi, legislazione, giurisprudenza, Roma, 2015.
38. V. Galatro, La responsabilità penale del medico, in La responsabilità medica, sanitaria e odontoiatrica: principi, legislazione, giurisprudenza, Roma, 2015.
39. V. Galatro, Il danno nella medicina, in La responsabilità medica, sanitaria e odontoiatrica: principi, legislazione, giurisprudenza, Roma, 2015.
40. Mantovani F., Diritto Penale, Parte generale, Cedam, 2015.
41. Reason J., Human Error, Cambridge University Press, Edizione italiana: L'errore umano, Il Mulino, Bologna, 1990.
42. Rossetti M., Responsabilità medica, colpa ed onere della prova, Dir. e Formazione, 2001, pag. 627.



## PER UN'ANTROPOLOGIA DEL SACRO

### QUATTRO VIRTU' PER COMBATTERE IL COVID

**Dai dati di un'indagine on line su "quali Santi pregheresti" per combattere il Covid è possibile rintracciare un elenco di valori che possono fornire energia e speranza durante e dopo la pandemia.**

**Franco Salerno**, antropologo e scrittore

#### **Introduzione**

Stiamo vivendo un tempo malato, in cui la pandemia ha avvinto le nostre vite e le nostre menti. Abbiamo sofferto fin dentro la carne del cuore e nei meandri del nostro inconscio. Non sappiamo quando e fino a che punto potremo dichiararci definitivamente guariti. Abbiamo cercato come comunità mondiale di usare lo strumento più forte della nostra storia di esseri pensanti: la scienza, che ha dovuto affrontare un nemico invisibile e sconosciuto. Non meraviglia pertanto il fatto che molti siano disposti a far ricorso anche alla fede e a votarsi ai Santi, epifania di un Altrove, che spesso ci dà la forza di resistere al Male.

Giunge, pertanto, congruente con i nostri tempi la ricerca di tre studiosi, Antonio Perciaccante, Alessia Coralli e Philippe Charlier, che hanno pubblicato un sondaggio-studio su 1158 adulti, italiani e francesi, consultabile on line su "Science Direct". L'indagine è stata basata sulle risposte fornite, tra il 21 e il 26 agosto 2020, su Facebook e Twitter alla domanda "Quale santo pregheresti per combattere un'infezione da Covid?".

Abbiamo ritenuto utile per la nostra indagine avvalerci di questa interessante graduatoria, scegliendo, nel lungo elenco dei Santi indicati, i primi quattro (partendo dal quarto e giungendo al primo). Ecco i nomi (tra parentesi il numero di preferenze): Sant'Antonio Abate (89), San Sebastiano (95), San Rocco (268) e Santa Rita (558). La nostra indagine, sviluppata nel presente articolo, parte da questi dati e prosegue poi in modo autonomo, tracciando gli elementi peculiari del culto di ognuno di questi



Santi, al fine di fare emergere da esso un valore fondante (potremmo dire una "virtù"), capace di infondere forza e speranza ai credenti e ai non credenti.

### **Sant'Antonio Abate: la positivizzazione del Negativo**

Iniziamo la nostra indagine antropologica da Sant'Antonio Abate, che nella ricerca su Santi e Covid è al quarto posto. La storia del Santo la traiamo da una "Vita di Antonio", scritta in greco forse intorno al 357 da Atanasio e tradotta in latino nel 388 da Evagrio di Antiochia. Antonio è un nobile egiziano, nato a Coma, in Egitto, verso il 250; convertitosi al Cristianesimo, si ritira, per condurre una vita ascetica, prima in una tomba, poi sulla cima di un monte. Qui viene tentato dal demonio, che gli si presenta sotto forma di maiale.

Complesso e interessante è il simbolismo iconografico del culto antoniano. Esso è caratterizzato dal segno del "tau", dal fuoco e dal maiale. La forza del "tau" (lettera greca che corrisponde alla "t" e indica la struttura del bastone a cui si appoggia il Santo) rappresenta la saldezza della fede nella premonizione della vita futura. Invece, il fuoco si collega al rito di accensione dei fuochi, che, diffuso in tutto il Meridione, serviva per allontanare le influenze invernali e la paura nei confronti dei morti, che si riteneva che non si avvicinassero alle fiamme.

Ancora più interessante è il significato del maiale. Quest' animale, ci ricorda Ernesto de Martino, è considerato nel folklore mediterraneo come uno dei "responsabili delle passioni vegetali": infatti, poiché gli antichi consideravano la mietitura una violenza fatta a una divinità presente nel grano, riversavano la colpa del delitto su un maiale, che, vittima incolpevole, veniva punito ed ucciso.





Probabilmente con il tempo questo gesto cruento è stato sostituito, nell'area campana, da una vendita all'asta di un maiale consacrato al Santo.

La rapida diffusione del culto di Sant'Antonio è dovuta alla sua fama di taumaturgo riguardo alla peste, allo scorbuto e soprattutto all'*herpes zoster* (chiamato comunemente "fuoco di Sant'Antonio"), una fastidiosa malattia della pelle diffusa in Europa agli inizi del Millennio. Per curarla, i frati antoniani istituiscono nell'XI sec. un Ordine ospedaliero, che, agendo con una fitta rete di priorati e lazzaretti, si dedica alla cura di vari mali dermatologici e di infezioni da virus con il grasso di maiale.

Il nesso con il mondo dei morti è evidente a Portico (Ce), dove la tradizione attesta l'esecuzione per fini apotropaici -su un carro costruito in onore del Santo- della cosiddetta "musica dei morti", che veniva realizzata percuotendo botti, barili e falci con delle bacchette di legno. Un rituale analogo, che richiama la matrice contadina del ritualismo antoniano, è quello antichissimo dei Carri folklorici di Macerata Campania (Ce), dove tini e ferraglie venivano percossi con battacchi dal suono assordante, a cui si univa quello delle orchestre o "battuglie".

Ma la santità antoniana contempla anche la gioia o addirittura lo scherzo, come si evince da questa strana storiella da noi raccolta a Cicciano (Na). Essa narra di una vecchietta, che, adirata contro il Santo Abate perché non le procura il cibo per il suo maiale, prende a bastonate la statua del Taumaturgo, che, però, sorridendo se la porta in cielo. Ebbene, in questo mito popolare vi è tutta un'arcana sapienza: da un lato, Antonio diviene vittima incolpevole come l'antico maiale (che non è più il diavolo) e, dall'altro, la Santità viene smitizzata. Certo, non si era mai visto un Santo preso a bastonate come un briccone, egli che ha riservato al diavolo, come sostiene Alfonso Maria di Nola, scherzi da briccone, per demistificarne la potenza! Come si vede, siamo al primo livello: la positivizzazione del negativo.

### **San Sebastiano: la sopportazione del male fisico**

San Sebastiano (al terzo posto nel sondaggio Covid), nato a Narbona nel 256 e morto a Roma il 20 gennaio 288, è stato un tribuno militare romano, divenuto martire per aver difeso e testimoniato la fede cristiana (in greco "màrtyr" significa sia "testimone" che "martire").

Il giovane militare, forte del suo ruolo prestigioso, si adoperava per sostenere la causa dei cristiani incarcerati. Emblematico fu il caso di due giovani cristiani, Marco e



Marcelliano, arrestati su ordine del prefetto. Il padre, spinto dall'amore verso i figli, cercava di convincerli a desistere dalla difesa della fede a cui si erano convertiti.



Mentre Sebastiano parlava con loro, il suo viso fu inondato da una luce, che spinse la moglie del capo della cancelleria imperiale a chiedere a Sebastiano la grazia per sua figlia, muta da sei anni. Grazia, questa, che si verificò in seguito ad un segno di croce fatto dal giovane tribuno. Questo miracolo guadagnò alla fede cristiana molti altri pagani, che furono torturati fino alla morte.

Per documentare il forte radicamento di questo Santo nell'immaginario collettivo, ci avvarremo della storia dell'arte, analizzando due capolavori, risalenti alla fine del 1400. Il primo è un dipinto (1476 circa) ad olio su tela, di Antonello da Messina. Il contesto dell'affresco è costituito da alcuni edifici, che hanno un doppio ruolo.

Da un lato, con la loro struttura, essi evidenziano la normalità della sofferenza che si iscrive in un ambiente caratterizzato dalla presenza umana. Lo sfondo è, infatti, animato da una serie di figure: due donne in alto affacciate ad una balaustra, un'altra donna con il figlio in braccio, due mercanti in conversazione e due riferimenti alla guerra (un soldato ubriaco e una coppia di armati): insomma, vari aspetti della realtà, su cui domina sovrana l'imperturbabilità del Santo, che tollera eroicamente e, potremmo dire, stoicamente il dolore (transcodificazione di un elemento della cultura antica e pagana).

Dall'altro lato, questa cornice architettonica inquadra il corpo del Martire che si accampa monumentalmente nella sua armonica grandezza.

Pochi anni dopo, un altro capolavoro ritrae il Santo durante il suo martirio. Questa volta è il magico pennello di Andrea Mantegna, che realizza un dipinto a tempera (risalente al 1481 circa), in cui l'immagine di San Sebastiano è più drammatica.

Innanzitutto, il volto ha perso quella olimpica tranquillità che gli ha assegnato Antonello: è, infatti, contratto in una smorfia di dolore, anche se il Martire soffre con grande eroismo.

In secondo luogo, è svanita quell'aura di luce che ammantava il Sebastiano di Antonello, sublimandolo e proiettandolo in un Olimpo cristiano.

Mantegna, invece, si affida a un registro duro, aspro, icastico, che sottolinea ogni particolare corporeo, attraversato da un dolore lancinante: dalle rughe che scavano il volto del Santo alla tensione dei muscoli, al panneggio dinamicamente gettato intorno ai fianchi del moriente.

Anche il cielo non è più raffigurato con quell'azzurro confortante di Antonello, ma è ammantato da un melanconico grigio. Il corpo del Santo, infine, è legato non al fusto di un albero, ma a due colonne vecchie e mozzate, che rendono cupamente la crisi del mondo antico, su cui si erge la compattezza della fede del Martire, che si configura come la sopportazione del male fisico: è, questa, la seconda virtù che emerge dalla presenza di San Sebastiano nell'immaginario collettivo.

### **San Rocco: l'eroismo del volontariato**

Colui che, nell'elenco dei Santi più invocati durante il Covid, è al secondo posto, nel sondaggio dei tre studiosi succitati, è San Rocco, pellegrino e taumaturgo francese, nato a Montpellier tra il 1345 e il 1350 e morto a Voghera, nella notte tra il 15 e il 16 agosto tra il 1376 e il 1379.

Vicino agli umili e ai sofferenti, egli fu considerato, già durante la sua vita, un esemplare protettore durante le epidemie e le grandi catastrofi come i terremoti. Durante un'un'epidemia di peste, a Piacenza, rimase contagiato dal morbo (Tintoretto ci ha lasciato un dipinto, realizzato nel 1559) e, per non mettere a rischio altre persone, si autorelegò in quarantena lungo il fiume Trebbia in un luogo isolato: forse una grotta o una capanna. Dilemma, questo, significativo: anche per la nascita di Gesù le fonti parlano di una grotta (simbolo del Mistero per la sua struttura



labirintica) o di una capanna (simbolo della capacità del credente di costruire la sua vita sul modello di Cristo).

E proprio questo dilemma fa di Rocco, al pari di Sebastiano, un “imitator Christi”. Altro elemento simbolico è, nell’iconografia, la presenza del cane, che, secondo la tradizione, portava al giovane -per sostenerlo- il pane, sottraendolo al suo ricco padrone.



Talvolta, in qualche immagine, il cane lecca addirittura le piaghe del Santo.

Che cosa significa? Innanzitutto, una visione del mondo in cui la stirpe umana coopera con l’intera Natura (qui rappresentata dal cane) al risanamento dal male o dalle epidemie. In secondo luogo, il cane è un animale “psicopompo”, cioè accompagnatore dell’anima nell’Aldilà: la sua fedeltà al padrone va oltre la morte.

A Roma, dove arrivò tra il 1337 e il 1368, si verificò il suo miracolo più eclatante: la guarigione di un cardinale dalla peste, dopo che egli tracciò sulla sua fronte il segno della Croce.

Tra storia e leggenda si dipana la vita di Rocco negli ultimi anni della sua vita. A Voghera fu vittima di un equivoco, alimentato dalla fede stessa del giovane pellegrino. Arrestato come persona sospetta, durante un interrogatorio, non volle rivelare la sua identità e si dichiarò solo “un umile servitore di Cristo”. Questo silenzio fu la causa della sua incarcerazione, che si protrasse per cinque anni. Solo dopo alcuni eventi prodigiosi, fu decretata la sua libertà. La sua identità fu confermata dalla nutrice, la quale riconobbe la croce vermiglia sul petto, che Rocco fin dalla nascita portò a segno della sua santità. San Rocco è stato un fulgido esempio (siamo al terzo livello) di solidarietà umana, anticipando il concetto moderno di volontariato.



### **Santa Rita: la speranza della rinascita e della salvezza**

Tutta fondata sulla dimensione interiore fu la vita della Santa più invocata durante la pandemia Covid: Santa Rita da Cascia, al secolo Margherita Lotti. Nata a Roccaporena nel 1381, si rivelò ben presto una persona speciale, come lo sono i grandi Santi, non per il suo potere ma per il suo carisma. Sposata con Paolo di Ferdinando di Mancino, ebbe due figli; ma il marito fu assassinato intorno al 1406. Rita riuscì ad arrivare sul luogo del delitto poco prima che il marito spirasse. Poi tre dettagli che hanno dell'incredibile. Innanzitutto nascose accuratamente la sua camicia sporca di sangue, per evitare che essa eccitasse i due figli alla vendetta; in secondo luogo, non rivelò il nome degli assassini per evitare una scia di sangue fra le famiglie del morto e dell'assassino; infine perdonò agli uccisori del marito.

Secondo la tradizione ufficiale, la sera del Venerdì Santo 18 aprile 1432 (o 30 marzo 1442, secondo un'altra ipotesi), dopo essersi ritirata in preghiera per la Passione di Gesù, ricevette una spina dalla corona del Crocifisso che si conficcò sulla sua fronte. Iniziò così il calvario delle sofferenze fisiche, che si conclusero con la morte avvenuta la notte tra il 21 e il 22 maggio dell'anno 1457. Particolare suggestivo: si narra che le campane del Monastero, quasi mosse da mani invisibili, si siano messe a suonare.



Il suo corpo riposa in una bara di vetro nella basilica di Cascia ed è ancora intatto. Durante la cerimonia di beatificazione, avvenuta nel 1627, alcuni testimoni hanno affermato di averla vista aprire gli occhi per qualche secondo. Tuttora i fedeli dicono

di avvertire un profumo di rose intorno al corpo di questa grande Taumaturga, chiamata la “Santa dei casi impossibili”.

Tre sono i dati simbolici della figura di questa Santa: la spina, la rosa e la Croce. La spina è una forma di ostacolo al raggiungimento di un compito che ci viene dato da una persona o da un piano imperscrutabile e superiore rispetto a noi. La spina circonda il fiore della rosa, la cui forma a mo’ di calice, simbolo dell’amore ivi racchiuso, ritorna nella Coppa del Sacro Graal. E una “candida rosa” è la forma in cui sono disposti i beati nel Paradiso dantesco: dunque la rosa richiama l’amore e la salvezza.

La Croce è il simbolo forte del culto di Santa Rita. La Croce, che è un simbolo ancestrale della civiltà umana, rappresenta i quattro punti cardinali: l’Est, che è il punto dove sorge il Sole, indica la vita, lo spirito e la conoscenza; il Sud, con l’alito caldo dei suoi raggi, incarna il soffio della vita; l’Ovest, che è il punto in cui tramonta il Sole, pone dinanzi agli occhi il mistero dello scivolare nell’oscurità; il Nord è l’esperienza delle tenebre e della morte momentanea, simbolo delle prove e delle difficoltà, materiali e spirituali, da cui usciamo temprati e migliorati.

Nella religione cristiana la Croce, con la morte e la resurrezione di Cristo, fu oggetto di una trasmutazione simbolica: da simbolo di infamia, in quanto strumento di tortura e di morte per i malfattori, divenne simbolo di purificazione e di resurrezione. Siamo così arrivati al quarto e ultimo livello del percorso che ci ha suggerito la Santa più invocata: il livello (a cui tutti aspiriamo) della rinascita e della salvezza.

### Conclusioni

Fin qui abbiamo squadernato le vite esemplari di 4 Santi, che sono l’incarnazione di 4 valori (o virtù): la positivizzazione del Negativo, la sopportazione del male fisico, l’eroismo del volontariato e la speranza della rinascita e della salvezza. Quattro valori, che insieme delineano una visione del mondo all’insegna dell’empatia, capace di fronteggiare lo stato emotivo della pandemia del Covid, che oggi gli studiosi descrivono come “languishing”, termine coniato da Adam Grant, psicologo della University of Pennsylvania e recentemente rilanciato da Carlo Bordini sul “7-Corriere della Sera” dell’11 giugno 2021. Questo neologismo, che letteralmente significa “languire”, indica un disagio sociale, caratterizzato da un mix di “abulia, intorpidimento, stato di vuoto, chiusura di fronte al mondo”, che “ci impedisce di star bene e di rifiorire”. Usando una metafora: “come se guardassi la tua vita da un finestrino appannato”. Le cause sono da rintracciare nelle anomalie che il lockdown



ha comportato: “l’abuso delle nuove tecnologie”, “la perdita di socializzazione” e “la chiusura delle scuole e dei luoghi di ritrovo e di scambio con gli amici”, che hanno prevalso sul positivo spirito combattivo, fatto di orgoglio e di senso della identità nazionale, tipico dei primi mesi dell’emergenza. Oggi siamo sulla via della ripresa delle relazioni e degli incontri in presenza: dunque, c’è bisogno di una vera e propria concezione del mondo, suggerita da personaggi carismatici, quali i Santi, che parlano al cuore, oltre che alla mente, della gente.



**LA RUBRICA: *LIBRIAMOCI***  
**CONSIGLIATI PER VOI**

***PIERO BARBANTI-EMILIO JIRILLO***  
**MANGIA SANO CHE TI PASSA. NUTRIZIONE E MAL DI TESTA**  
**Miti, Scienza, e novità, Ed. CIC, 2016**



La cefalea è una malattia che incide profondamente sullo stato di salute e sulla qualità di vita della popolazione con un impatto sociale ed economico di notevole dimensione. Si calcola infatti che almeno il 15% della popolazione mondiale soffra di attacchi di cefalea. La tematica delle cefalee è estremamente complessa. Lo testimonia il fatto che almeno 90 sono le forme classificate e che pur a fronte di nuove e importanti avanzamenti della conoscenza, non si ha ancora un quadro completo e univoco dei meccanismi di azione che portano allo scatenamento della cefalea.

Ancora più complessa diventa la materia del rapporto tra alimentazione e mal di testa che gli autori, i Professori Barbanti e Jirillo, hanno voluto affrontare avvalendosi dell'esperienza di qualificati medici e ricercatori.

La speranza è che il libro, volutamente accattivante nel titolo e nella veste grafica, rappresenti un passaggio da una visione tolemaica (cibo come causa del mal di testa) a una visione opposta, copernicana, di cibo inteso come strumento di cura del malato di cefalea.





## LA CEFALEA, UN DISTURBO INVALIDANTE CHE COLPISCE UN MILIARDO DI PERSONE

L'intervista svoltasi in occasione della XIII Giornata Nazionale delle Cefalee, celebrata il 21 maggio scorso, per la rubrica "Mi curo di te" a cura del direttore di Puglia Sanità, Antonio Soleti.

**Giovanna Trevisi**, neurologa territoriale, responsabile Centro cefalee e CDCD di Campi Sal.na (Le)

*D. Quali sono i dati che fanno considerare la cefalea una fra le condizioni neurologiche più frequenti?*

R. Si stima che nel mondo più del 10% della popolazione soffra di emicrania. Le cefalee rappresentano una fra le condizioni neurologiche più frequenti; i recenti dati ISTAT indicano che la prevalenza annuale delle cefalee nella popolazione italiana è del 29% circa.

*D. Tra le varie forme di cefalea quale è quella maggiormente invalidante?*

R. Esistono varie forme di cefalea, certamente fastidiose, ma, fra queste, l'Emicrania rappresenta quella più invalidante: recenti stime dell'OMS registrano più di un miliardo di emicranici nel mondo. Essa si colloca al 6° posto tra le malattie disabilitanti, mentre fra le patologie neurologiche risulta più invalidante della sclerosi multipla e dell'Alzheimer.

*D. Qual è la sua prevalenza?*

R. In base a dati dell'Organizzazione mondiale della sanità, la cefalea tensiva e l'emicrania rappresentano la II e la III cronicità più frequenti al mondo con percentuali rispettivamente del 20.8 % e del 14.7 %.

*D. Quale la situazione in Italia?*

R. In Italia in base ai dati ISTAT del 2005, l'emicrania ha una prevalenza del 7.7% ed è al IV posto fra le patologie croniche più diffuse dopo artrite/artrosi, ipertensione arteriosa e malattie allergiche.



D. *C'è differenza a seconda del sesso?*

R. La prevalenza è più elevata nel sesso femminile (10.5%) rispetto al maschile (4.7%), in entrambi i sessi massima fra i 45 ed i 54 anni.

D. *Essendo un dato ormai certo considerare la cefalea come "malattia sociale", qual è la misura della sua disabilità?*

R. I dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità registrano nel 2010 per l'emicrania oltre 22 milioni di anni di vita trascorsi con disabilità con un incremento del 40% rispetto al 1990. In Italia l'emicrania è al 14° posto fra le cause di anni di vita in buona salute persi, collocandosi davanti a patologie quali tumore della mammella, cirrosi epatica, cardiopatia ipertensiva, IRC, tumori dello stomaco ecc.

D. *Dai dati evidenzianziati, gli effetti negativi si ripercuotono sulle persone che ne risultano affette ma anche sui familiari?*

R. La cefalea ha effetti estremamente negativi sulle persone che ne soffrono sia per i sintomi dolorosi che per l'impatto sulla vita quotidiana, interessando anche coloro che se ne prendono cura come i familiari; la cefalea influisce sulla funzionalità fisica e sul benessere psicologico con ripercussioni su numerosi aspetti della vita quotidiana (attività lavorativa, vita sociale, vita familiare), effetti non dissimili da depressione, diabete, infarto anche nei periodi intercritici.

D. *Qual è il peso della sua disabilità?*

R. Uno studio pubblicato sul Journal of Headache and Pain nel 2018 ha evidenziato come l'emicrania costituisca in assoluto la condizione morbosa più disabilitante in soggetti di età inferiore ai 50 anni.

D. *La registrazione di cefalea su scala mondiale è identica in ogni parte del globo?*

R. La prevalenza è risultata relativamente bassa in Cina, Taiwan e Giappone, mentre il Nepal, Paese confinante con la Cina, ha presentato un tasso di prevalenza più elevato a livello mondiale. Sembra possa esserci correlazione tra incidenza dell'emicrania e altitudine; tuttavia, da ulteriori studi, è risultata essere una patologia diffusa in tutto il mondo ed indipendente dalle condizioni socio-economiche.



D. *L'impatto economico sarà certamente notevole, da quanto emerso?*

R. Negli Stati Uniti circa 300.000 persone rimangono a letto ogni giorno a causa delle cefalee e in Italia oltre il 50% delle persone affette da emicrania non si reca a lavoro. Si stima che ogni persona affetta perda in media 2.5 giorni per assenteismo e 4.1 giorni per ridotta produttività con un totale di 6.6 giorni l'anno. Se all'emicrania si aggiungono gli effetti delle altre forme di cefalea, il numero delle giornate di produttività perse raddoppia.

D. *Analizziamo l'impatto dell'emicrania cronica*

R. Se analizziamo l'emicrania cronica con una prevalenza, che come ricordato si attesta al 4% della popolazione adulta e in 2/3 riconosce una cefalea da abuso farmacologico, i costi socio-economici risultano evidenti. Sono presenti costi diretti per le cure mediche, costi indiretti per la riduzione e perdita di giorni di attività lavorativa e costi intangibili difficilmente quantificabili ma legati alla qualità di vita.

D. *Proviamo a quantizzare i costi sostenuti per la cefalea?*

R. Se per l'emicrania i costi incidono per meno del 10%, per le cefalee croniche complicate da abuso farmacologico si supera largamente questa percentuale. Fra i parametri responsabili dei costi diretti, influisce notevolmente l'automedicazione; nelle cefalee da abuso, quindi, un duplice intervento su un corretto inquadramento diagnostico e su un definito programma terapeutico porterebbe ad un miglioramento della qualità della vita e ad un contenimento della spesa sanitaria, grazie anche ad un auspicabile investimento in centri di alta specializzazione.

D. *Bisogna rimarcare l'importanza dei centri di specializzazione nella diagnosi e cura delle cefalee*

R. È sicuramente auspicabile un maggiore investimento nei Centri di alta specializzazione, in genere universitari a cui si ricorre per i casi di cefalee complesse, riferimento essenziale per i centri cefalee periferici territoriali ed ospedalieri.



D. *Riassumendo valutiamo i dati nel loro complesso*

R. Sommando costi diretti ed indiretti, l'emicrania incide in Italia per circa 3.5 miliardi di euro l'anno ed ogni emicranico costa 829 euro; solo il 25.5% dei pazienti si rivolge al proprio medico di base e solo il 14.7% a specialisti del settore. Se consideriamo il 4% di pazienti con emicrania cronica, la spesa annua pro capite diventa di 2648 euro. Si evince da quanto esposto la reale dimensione di una malattia sociale quale deve essere considerata l'emicrania.

D. *Acclarato come la emicrania cronica sia una patologia invalidante, responsabile del peggioramento della qualità della vita, che comporta perdita di giornate lavorative, chiedo se sia contemplata nelle tabelle ministeriali relative all'invalidità civile*

R. La regione Lombardia, tra le prime nel mondo, ha emanato un Decreto regionale dal titolo "Indicazioni operative per la valutazione delle cefalee nell'ambito dell'invalidità civile". Nonostante i problemi oggettivi causati da questa patologia, finora non si era riusciti ad ottenere il riconoscimento di invalidità, poiché trattasi di una malattia non di sicura verifica e quantificazione con riscontri strumentali. In realtà quasi sempre la diagnosi è solo clinica e basata su un adeguato periodo di osservazione e trattamento col rischio di prestarsi, quindi, a facili illeciti o abusi.



| CEFALEE PRIMARIE E NEURALGIE ESSENZIALI  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| 0-15%  | 16-30%   |  | 31-46%   |
| A)   | B1)  | B2)  | Q  |
| Forme episodiche a frequenza di attacchi medio-bassa e soddisfacente risposta al trattamento | Forme episodiche a frequenza di attacchi medio-alta e scarsa risposta al trattamento | Forme croniche con risposta parziale al trattamento                                  | Forme croniche refrattarie al trattamento                            |
| 1)Emicrania senza e con aura   | 1)Emicrania senza e con aura   | 1)Emicrania cronica  | 1)Emicrania cronica  |
| 2)Cefalea di tipo tensivo frequente  | 2)Cefalea di tipo tensivo  | 2)Cefalea cronica quotidiana con o senza uso eccessivo di analgesici                 | 2)Cefalea cronica quotidiana con o senza uso eccessivo di analgesici |
| 3)Cefalea a grappolo episodica   | 3)Cefalea a grappolo episodica   | 3)Cefalea a grappolo cronica   | 3)Cefalea a grappolo cronica   |
| 4)Emicrania parossistica episodica   | 4)Emicrania parossistica episodica   | 4)Emicrania parossistica cronica   | 4)Emicrania parossistica cronica                                     |
|  |  | 5)SUNCT (Short-lasting unilateral neuralgia with conjunctival injection and tearing) | 5)SUNCT  |
|  |  | 6)Emicrania continua   | 6)Emicrania continua   |
|  |  | 7)NDPH (New daily persistent headache)   | 7)NDPH   |
| 8)Neuralgia del trigemino classica ed altre neuralgie del capo                               | 8)Neuralgia del trigemino classica ed altre neuralgie del capo                       | 8)Neuralgia del trigemino classica ed altre neuralgie del capo                       | 8)Neuralgia del trigemino classica ed altre neuralgie del capo       |

D. *La Lombardia è stata quindi la prima regione a porre il problema?*

R. Certamente ed ha attivato un Gruppo di Lavoro che, dopo aver individuato i principali quadri clinici delle cefalee primarie ed averne analizzato e rappresentato le caratteristiche di frequenza, durata ed intensità, ha realizzato la tabella che possiamo analizzare. Dalla sua analisi appare evidente che le valutazioni previste siano riduttive. Sottostimata ad esempio (max. 46%) la cefalea cronica refrattaria al trattamento che sia presente 15 e più giorni al mese, costringendo spesso il soggetto a letto e che comunque lo renda assolutamente non idoneo non solo a lavorare ma anche a svolgere le normali attività della vita quotidiana.

D. *Nelle forme più gravi si potrebbe prevedere un giudizio di inabilità?*

R. Nelle forme più gravi si potrebbe ipotizzare un giudizio di inabilità, dopo diagnosi certa della malattia, ricorrendo magari ad elementi indispensabili quali per esempio la presenza di una adeguata documentazione clinica che ne dimostri la cronicità. La tabella illustrata non ha, comunque, valore di legge, può essere



disattesa dalle Commissioni, soprattutto in quelle sedi di regioni dove non è mai stata adottata (è in vigore solo in Lombardia ed in Val d'Aosta); essa, però, è da considerarsi uno strumento utile da cui partire per una definitiva stesura.

- D. *Sono stati tuttavia depositati numerosi disegni e proposte di legge per fare fronte al problema. Non staremo ad indicarli ma solo a sottolineare l'importanza che il problema cefalea venga posto all'attenzione del legislatore.*
- R. La cefalea cronica è "Malattia sociale" che richiede un giusto riconoscimento sul piano legislativo. Non è inserita nell'elenco nosologico delle malattie. L'anomalia è più evidente se si considera il grande numero di Centri per la diagnosi e la cura. L'auspicio che il legislatore, a partire dalla legge Lazzarini (presentata per la prima volta nel 2012, riproposta nel 2018 alla Camera dei Deputati e finalmente divenuta legge dello Stato nel 2020), vi ponga rimedio. Sarebbe così assicurata ai malati una risposta positiva ed attesissima in grado di garantire una tutela sociale ed assicurativa al pari di tutte le altre patologie riconosciute.
- D. *Qual è la risposta del territorio dove opera, alle aspettative dei pazienti cefalalgici? Devo dire che il territorio del nord Salento si distingue in questo.*
- R. A Campi Sal.na opera uno dei due Centri Pugliesi che, a livello territoriale, si dedicano a questa patologia. Il Centro Cefalee di Campi Sal.na, di cui sono responsabile, è un Centro riconosciuto dalla SISC (Società Italiana per lo Studio delle Cefalee) e lavora in stretto e continuo contatto col Centro Cefalee del Policlinico di Bari. Ad esso si accede mediante una prenotazione da effettuarsi presso il CUP con richiesta del MMG o del PLS, di visita neurologica per cefalea.
- D. *A quali fasce di età è rivolto?*
- R. E' dedicato sia a soggetti adulti che dell'età evolutiva. Voglio sottolineare il significativo aumento, in quest'ultimo periodo pandemico, delle cefalee in età evolutiva verosimilmente correlato con l'uso eccessivo di internet. A riguardo potremmo, in un prossimo appuntamento, sviluppare tale argomento davvero molto interessante e preoccupante.
- D. *Quindi, presso il Centro Cefalee di Campi Sal.na, si fa sia diagnosi che cura di cefalea.*
- R. Certamente, sia l'una che l'altra. Una volta diagnosticata correttamente la forma di cefalea, anche attraverso l'uso di appositi diari, si procede alla prescrizione di cure specifiche di profilassi non solo per le forme più frequenti (emicrania e



cefalea tensiva) ma anche per quelle meno frequenti e più resistenti quali l'emicrania cronica e la cefalea da abuso di sintomatici. Si fa presente che quello di Campi è uno dei pochi Centri autorizzati (con delibera regionale dell'agosto 2020) alla prescrizione di terapie innovative quali quella con anticorpi monoclonali nelle su citate forme di cefalea. Questo, a ribadire ulteriormente, il sempre più determinante e centrale ruolo del territorio nella gestione di patologie croniche e dal risvolto sociale quale l'emicrania che, se avviata giustamente allo specialista del settore, può determinare importanti miglioramenti alla qualità della vita del soggetto cefalalgico.



## UNA PARTNERSHIP AINAT-ANIRCEF

**Riceviamo e volentieri pubblichiamo la lettera inviata dal prof. Piero Barbanti in merito a una collaborazione scientifica tra le due Associazioni**

Roma, 31 maggio 2021

---

c/a Preg.mo Dott. Domenico Cassano – Presidente AINAT info@domenicocassano.it,  
info@ainat.it

Caro Presidente,

chiediamo di poter formalizzare un partenariato tra ANIRCEF e AINAT per garantire una migliore interazione tra i neurologi territoriali e la nostra Società Scientifica, da 20 anni protagonista della ricerca neurologica sulle cefalee.

La crescente considerazione del problema delle cefalee, culminata con il riconoscimento della cefalea primaria cronica come malattia sociale (Legge n. 81 del 14/7/2020 – GU n.188 del 28/7/2020) e l'avvento di terapie rivoluzionarie per l'emicrania, chiede di riorganizzare l'assistenza dei pazienti, favorendo un coinvolgimento più attivo degli ambulatori territoriali.

E' giunto dunque il momento di ripensare il governo clinico delle cefalee. Non a caso, le Regioni hanno autonomamente individuato oltre 210 centri prescrittori di anticorpi monoclonali anti CGRP, un numero ben superiore rispetto ai 160 centri cefalee italiani riconosciuti da ANIRCEF e SISC.

Ciò indica la necessità di cambiare passo e mentalità, riconoscendo l'attività pluriennale dei tanti colleghi che si dedicano quotidianamente con competenza e professionalità all'attività clinica territoriale in questo settore. Crediamo fortemente che debba anche essere superata la dicotomia tra assistenza e ricerca.

A questo proposito, l'istituzione da parte di ANIRCEF del primo registro nazionale dell'emicrania in ambito mondiale (I-GRAINE, Italian miGRAINE rEgistry) rappresenta non solo un passo significativo per la ricerca applicata in sanità pubblica, ma anche un'occasione formidabile per integrare il neurologo clinico territoriale con la comunità scientifica nazionale e internazionale.

Un saluto cordiale

Prof. Piero Barbanti Presidente ANIRCEF





## NEWS DAI CONVEGNI AINAT

### **CORSO DI PERFEZIONAMENTO SULLE DEMENZE**

**Dalla medicina territoriale alla diagnosi di precisione: un percorso realistico**

**Webinar 17-18 giugno 2021**

**Responsabili scientifici: *Pasquale Alfieri, Cinzia Coppola***

Tra i tanti webinar che si sono succeduti in questo periodo, segnaliamo quello recentemente organizzato dall'AINAT Campania.

Si è trattato di un corso di perfezionamento sulle demenze che ha visto la partecipazione di numerosi relatori, tra i più esperti a livello nazionale in questo campo, indicati nel programma accluso.

Obiettivo del corso è stato quello di rivendicare per gli specialisti del Territorio la capacità di fare una diagnosi di precisione, volta anche alla identificazione del substrato patogenetico sotteso.

Un susseguirsi di relazioni che hanno affrontato i momenti salienti del percorso diagnostico, dalla neuropsicologia alla medicina nucleare, non tralasciando le complesse problematiche legate alle comorbidità e alle politerapie.

Particolarmente rilevanti, sia per le tematiche trattate che per lo spessore scientifico dei relatori, le letture magistrali che hanno affrontato dei temi di grande attualità:

l'impatto del Covid sui pazienti; le caratteristiche cliniche del deterioramento cognitivo primario; il target terapeutico dell'amiloide anche alla luce dell'autorizzazione concessa dalla FDA all'utilizzo dell'aducanumab; e, per finire, il ruolo delle strutture non neuronali nella neurodegenerazione. L'evento è stato moderato con sapiente maestria dal professor Enrico Volpe e dal dottor Fausto Sorrentino.

Un altro momento che ha catalizzato l'interesse dei numerosi discenti collegati è stata la tavola rotonda che ha visto confrontarsi, sotto la regia esperta del dottor Umberto Ruggiero, politici, funzionari regionali e sindacalisti: tutti d'accordo sulla necessità di una indispensabile sburocratizzazione delle procedure prescrittive.

L'auspicio per tutti è di replicare al più presto in presenza.



## **IV CONGRESSO REGIONALE AINAT SICILIA 2021**

**AINAT SICILIA 2018/2021: TRAGUARDI RAGGIUNTI E PROGRAMMI FUTURI**

**Palermo, 23-25 settembre 2021, Grand Hotel Piazza Borsa**

**Responsabili Scientifici: Pietro Marano, Carlo Alberto Mariani**

Anche quest'anno Ainat Sicilia incontra congressualmente i neurologi, e grazie alle recenti e prudenti aperture del Governo agli eventi congressuali residenziali, abbiamo deciso di organizzarlo in modalità ibrida, con la sezione residenziale fissata a Palermo. Presentiamo un programma accreditato ed articolato in quattro sessioni scientifiche, nei cui ambiti culturali governativi siamo entrati, nonostante le difficoltà e priorità dall'emergenza pandemica, per aggiungere "anche" le nostre posizioni organizzative. D'altronde, coerentemente alla mission statutaria, siamo riusciti e stiamo cercando spazi di operatività in quelle tematiche neurologiche orientate alla multidisciplinarietà ed alla costituzione di reti assistenziali funzionali per il paziente, occupandoci anche, accanto alla componente scientifica, di tutti quegli aspetti operativi "pratici", con cui il neurologo territoriale ha quotidianamente a che fare, e la cui efficiente gestione rappresenta un plus per l'assistito. La nostra partecipazione alla stesura del PDTA per la Malattia di Parkinson ( patologia in cui abbiamo ottenuto dal 2019 pari potere prescrittivo dei colleghi universitari ed ospedalieri), il nostro recente inserimento nel tavolo tecnico assessoriale per le demenze, la prescrittibilità conquistata per la nostra categoria di tutti i farmaci antiepilettici, il nostro avvio di percorso di inserimento nei tavoli tecnici per le cefalee e per le malattie neuromuscolari, spiega quindi, guardando al 2020 denso di traguardi raggiunti ed in proiezione ai prossimi anni, il programma congressuale di quest'anno. Arricchito dall'inserimento tra i relatori di colleghi prestigiosi in ambito regionale e nazionale, speriamo di continuare a raccogliere consensi societari ed intersocietari, come è avvenuto di recente con la SIN, al fine di inserire la nostra figura professionale nei contesti culturali che merita.



## AL DI LÀ DEL FARO. NUOVI ORIZZONTI DI CONOSCENZA IN NEUROSCIENZE

Lloyd's Baia Hotel, Vietri Sul Mare (SA), 15-16 ottobre 2021

Segreteria scientifica: *Domenico Cassano*

---

### PRESENTAZIONE

#### “... non vogliate negar l'esperienza”

Gli anni recenti possono considerarsi, a ragione, un periodo aureo per l'emicrania. Basti pensare alla revisione nosografica contenuta nella terza edizione della Classificazione Internazionale delle Cefalee (ICHD-3), edita a distanza di 30 anni dalla prima; e soprattutto alla disponibilità di nuovi farmaci, altamente selettivi e di migliore efficacia, resa possibile grazie a una maggiore comprensione dei meccanismi fisiopatologici e biomolecolari che la sottendono.

Obiettivo di questo meeting è quello di fornire aggiornamenti sui nuovi strumenti diagnostici per l'inquadramento delle cefalee nonché sui più recenti trattamenti farmacologici. Uno spazio sarà dedicato alla discussione sulle possibili modalità di organizzazione ed implementazione di una rete in regione Campania che ottimizzi l'assistenza al paziente con cefalea nell'ottica delle innovazioni riguardanti il *Chronic care model*.

Saranno altresì illustrate le novità più recenti per patologie di primario interesse per il neurologo clinico, quali Parkinson, demenza, epilessia e depressione.

Immane il riferimento - come da prassi - a tematiche attinenti alle Scienze umane: un Simposio sul tema dell'umana fragilità esplorerà questa “virtù dimenticata” nelle sue principali fondazioni, etiche, esistenziali e sociali.

“Al di là del faro”: un titolo suggestivo per un evento altamente proficuo per l'aggiornamento professionale, che vede ri-uniti, in un esaltante mix, studiosi di varia formazione, umanisti, neuro-scienziati e clinici.

Parafrasando l'Ulisse dantesco, spingersi “per l'alto mare aperto” per “divenir del mondo esperto”: l'ardente invito a non doversi “negar l'esperienza”, vale a dire la conoscenza, che va sempre perseguita con slancio vitale e nobili intenti.



## IN MEMORIAM

### UN RICORDO DI DARIO GROSSI



#### IL TUO SORRISO CI MANCHERA'

Il 20 giugno scorso è venuto a mancare il prof. Dario Grossi, pochi giorni dopo aver compiuto 71 anni.

Esponente di spicco della scuola di neuropsicologia napoletana, dove si era laureato in Medicina nel 1974 e poi specializzato in Neurologia e Psichiatria. Già nel 1976 aveva organizzato il primo laboratorio di Neuropsicologia del sud Italia. Nella seconda Università di Napoli-Caserta fu prima professore associato nel 2001 e poi ordinario dall'anno seguente.

Fu direttore del Dipartimento di Psicologia dal 2012 al 2018, poi della Scuola di Specializzazione in Neuropsicologia, e dal 2013 al 2016 presidente della Società Italiana di Neuropsicologia, di cui nel 1997 era stato tra i soci fondatori.

Tra le sue tante pregevoli pubblicazioni ricordiamo quelle sull'afasia, la demenza, la aprassia, il neglect, i disturbi frontali e gli studi sul mental imagery nelle patologie e sul "clock test" e altri test di uso comune nella valutazione neuropsicologica. Spiccati interessi manifestava per gli aspetti riabilitativi dei deficit.

La sua scomparsa lascia un vuoto nel panorama scientifico e culturale, in particolare nel campo neuropsicologico.

Dario Grossi è stato sempre vicino alla nostra Associazione. Me è testimonianza la sua partecipazione in tantissimi convegni. Egli incantava la platea con un eloquio dotto e



nel contempo chiaro, accessibile anche ai non addetti ai lavori, sempre accompagnato da una battuta e un sorriso che, nel rievocare i tanti momenti, ritornano prepotenti alla memoria.

Aveva l'umiltà del vero scienziato, essendo dotato di grande competenza scientifica e professionale. Per la sua immensa signorilità e disponibilità conserveremo il suo ricordo perennemente nei nostri cuori.

**Ave atque vale!**

## CARE MEMORIE

### **La nascita dell'AINAT e un ricordo del compianto Dario Grossi** *Gennaro Cascone*

Tanti anni fa, il *Progetto Chronos* era da poco stato varato e in Campania si era stabilito che il neurologo, soprattutto se Territoriale, non era fondamentale per la gestione delle demenze. Ciò innescò una serie di reazioni, prima locali e poi nazionali, una delle quali sfociò nella nascita dell' AINAT. Ci furono tanti eventi sulla "cognitività" con la partecipazione di relatori di rilievo internazionale. Uno di questi è sempre rimasto al nostro fianco: parliamo di Dario Grossi, neurologo, psichiatra, ricercatore e docente universitario di neuropsicologia, che ci ha lasciati dopo aver sofferto di un male incurabile. Non posso dire di averlo conosciuto a fondo ma dalla platea ho sempre apprezzato la leggerezza e la chiarezza delle sue relazioni. Qualche anno fa a Paestum mi è capitato di moderare un dibattito in cui lui parlava di declino cognitivo, col suo solito fare semplice e nel contempo elegante. Nel ricordargli i passati incontri sulle demenze si era mostrato sinceramente riconoscente. Avevo anche pensato in passato di proporre di scrivere qualche suo contributo per "AINATnews" ma il destino ha deciso diversamente. La sua scomparsa mi fa pensare ad una foglia che si stacca dall'albero AINAT. La sua memoria evoca ricordi piacevoli... un piacere pieno di tristezza.



# AINAT NEWS



## COMITATO DI REDAZIONE

***Direttore editoriale:*** Roberto Tramutoli

***Direttore scientifico:*** Domenico Cassano

***Redattore capo:*** Gennaro Cascone

***Componenti:*** Carlo Alberto Mariani, Vincenzo Mascia, Francesco Rodolico, Renato Sambati

---

