



N. 8 - DICEMBRE 2020

AINAT *news*

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

SOMOS LA LUZ **Un memoriale per i Sanitari morti di Covid**



AINAT NEWS COMPIE DUE ANNI

Con scritti di

**Domenico Cassano, Teresa Catarci, Lorenzo Cipriano,
Cinzia Coppola, Vincenzo De Stefano, Vincenzo Galatro,
Giuseppe Liguori, Carlo Alberto Mariani, Aurelio Musi,
Roberto Tramutoli, Giovanna Trevisi**

www.ainat.it

IN QUESTO NUMERO**L'EDITORIALE****Rudolf Virchow e l'origine multifattoriale delle malattie***Roberto Tramutoli, pag 5***Gestione delle cefalee sul Territorio: organizzazione e criticità di un ambulatorio di secondo livello nella regione Lazio***Teresa Catarci, pag. 7***L'ascesa della mutazione GRN C157KFSX97 nel Sud Italia: tornando indietro alla caduta dell'Impero romano d'Occidente***Cinzia Coppola, pag. 13***Nonostante COVID-19: AINAT-Sicilia cambia format ma continua a essere associazionismo professionale***Carlo Alberto Mariani, pag. 16***UNA NUOVA RUBRICA: LA LEGGE NELLA MEDICINA****La responsabilità medica: colpa, nesso di causalità ed evento***Vincenzo Galatro, pag. 19***La vitamina D: la reale identità e le molteplici funzioni nell'organismo umano***Vincenzo De Stefano, pag. 30***CULTURA E SOCIETA'****Riflessioni per una storia della pandemia da Coronavirus***Aurelio Musi, pag. 34***Un Natale in modalità NAD***Domenico Cassano, pag. 37***Storia delle Vaccinazioni: l'eterna lotta tra uomini e germi***Domenico Cassano, pag. 39***Caro Direttore ti scrivo***Una testimonianza di Giovanna Trevisi, pag. 42*

IN ALLEGATO, DUE INSERTI SPECIALI

Epilessia ed epilettici nella letteratura

Giuseppe Liguori

Le malattie da Prioni

Lorenzo Cipriano e Cinzia Coppola



In copertina

Jorge Rodríguez-Gerada, *Somos La Luz.*

E' un murale di 600 m² che ritrae un pediatra di New York, il Dott. Ydelfonso Decoo, morto di Coronavirus, dedicato a tutti i Sanitari del mondo impegnati nella lotta alla pandemia e caduti sul campo.



L' EDITORIALE

Rudolf Virchow e l'origine multifattoriale delle malattie

Roberto Tramutoli

Prendo spunto, per quest' ultimo editoriale, dagli articoli di Gavino Maciocco, medico e giornalista con esperienza pluridecennale della Medicina sociale, pubblicati su *SaluteInternazionale* del 31 Marzo 2009 e da un articolo di Natasha Daly su *NatGeo family* (National Geographic) del 10 Febbraio 2020, riaggiornato al 05 Novembre 2020. Ne riporterò alcuni stralci, commentandoli per il minimo indispensabile, perché penso che siano articoli che tutti i Medici dovrebbero leggere e conoscere, meditando sulle loro relazioni e parallelismi ad oltre un secolo di distanza l'uno dall'altro. L' articolo di Maciocco riporta l'esperienza di Rudolf Virchow, professore di Anatomia patologica a Berlino, quando nel 1848 fu inviato in Slesia per contrastare una epidemia di tifo. Da questa esperienza il famoso medico giunse alle conclusioni che l'alimentazione inadeguata e le repressioni imposte dallo Stato fossero i fattori determinanti dell'epidemia, piuttosto che il clima - ipotesi fino ad allora più accreditata. Su tali considerazioni Virchow sviluppò la tesi dell'origine multifattoriale delle malattie e giunse alla conclusione che un efficace sistema sanitario non poteva e non doveva limitarsi a trattare i disturbi clinici dei pazienti ma farsi carico di importanti cambiamenti sociali: *“Il miglioramento della medicina potrà alla fine prolungare la vita umana, ma il miglioramento delle condizioni sociali può raggiungere questo risultato più in fretta e con maggiore successo”*. La terapia proposta prevedeva quindi tre ingredienti principali: istruzione con i suoi figli diretti, libertà e prosperità.

Da allora, i determinanti sociali hanno assunto sempre più un riconoscimento quali vere basi del diffondersi delle malattie e, come sempre riporta l' articolo in questione, Rossi Doria, ginecologo del primo novecento, affermava: *“Come si può credere di riuscire a redimere il nostro paese dal triplice flagello (malaria, pellagra e tubercolosi) quando queste malattie hanno tutte la loro causa nella miseria?”*.

Tanta lungimiranza di vedute può a ragione adattarsi anche ai nostri giorni e la recente epidemia di Covid-19 ne è un esempio eclatante. Nel secondo articolo dal titolo *“Coronavirus: sempre più cinesi vogliono chiudere i mercati di animali selvatici”* si sottolinea come il commercio di animali selvatici vivi è una pratica molto diffusa in Cina. Retaggi culturali, ignoranza, credenze, pratiche religiose e non, ne hanno consolidato, nel corso dei secoli, l'uso e la sua radicalizzazione. In realtà essa ha aspetti variegati in un paese così vasto, e se in alcune zone mangiare animali selvatici appare una pratica comune, in altre, come a Pechino ad esempio, è molto rara. Non si sa quanti mercati di fauna selvatica esistano in Cina anche se si stima in varie centinaia, senza contare supermercati e magazzini che vendono carne di animali selvatici e anfibi vivi per il consumo.

Già nel 2003, all'apice dell'epidemia di SARS, che si ritiene abbia avuto origine negli zibetti, il Governo cinese aveva istituito un divieto temporaneo sul commercio degli animali selvatici, salvo revocarlo 6 mesi dopo con la ripresa dell'attività da parte degli allevamenti. Peter Li, specialista cinese dell'organizzazione animalista Humane Society International e professore di Politica asiatica



all'Università di Houston-Downtown afferma che sempre più transazioni, nel commercio della fauna selvatica, vengano svolte in modo sotterraneo per eludere le leggi e Caroline Dingle, biologa evolucionista del laboratorio ambientale forense della Hong-Kong University ritiene che “perché il divieto sia efficace nel lungo periodo è necessario che le persone capiscano che il consumo di animali selvatici nuoce alla loro salute personale”.

Un fenomeno epidemico, ma anche più in generale la prevenzione di tutte le patologie, anche di quelle degenerative o vascolari, non può essere efficacemente combattuto e prevenuto se mancano i requisiti sociali, prima di quelli medici, per tali risultati. Un piano vaccinale come quello che i vari stati si apprestano a lanciare nei prossimi mesi potrà arginare la diffusività del COVID, ma non azzererà il rischio che un fenomeno analogo “succeda ancora”, tra quindici o venti anni, così come avvenuto per la SARS. Soltanto lo sviluppo di una rete di protezione sociale e non solo medica porterà alla eradicazione delle cause e dei comportamenti sbagliati che sono alla base di nuove mutazioni virali, così come alla progressiva riduzione di abitudini e stili di vita incongrui, alla base delle patologie metaboliche, di ictus e tumori. Questa sorta di prevenzione sociale deve quindi avvalersi di una possente fonte di istruzione e non di solo conoscenze, di piani politici in grado di ridurre le differenze sociali, diffondere un miglioramento delle condizioni economiche e migliorare di conseguenza le istanze di libertà, aumentando la condivisione dei problemi e la partecipazione attiva ad essi da parte della popolazione. In altri termini, la ricetta di Virchow.

Voglio concludere questo editoriale con un doveroso riconoscimento alle capacità e agli sforzi dei colleghi che hanno permesso la crescita dell'AINAT in questi due ultimi anni. Penso che l'impegno del Presidente in primo luogo e di tutti i soci dei Comitati, Segreterie e Redazioni abbia portato non solo a una maggiore coesione degli iscritti ma a una vera crescita, come testimoniato dalla qualità organizzativa e scientifica dell'ultimo Congresso Nazionale di Napoli, a mio avviso il più riuscito e completo di quelli condotti, e dai successi in ambito nazionale, con riconoscimenti e incarichi scientifici prima impensabili. La dignità dell'AINAT, quale Associazione scientifica, non ha oggi nulla di meno e nulla da invidiare ad altre Società ben più antiche e blasonate. A tutti loro va il mio personale grazie, condiviso, spero, da voi tutti.

Buon Natale e sereno 2021.



GESTIONE DELLE CEFALEE SUL TERRITORIO: ORGANIZZAZIONE E CRITICITA' DI UN AMBULATORIO DI SECONDO LIVELLO NELLA REGIONE LAZIO

Teresa Catarci, Neurologo Territoriale, Aziende Sanitarie Locali Roma 1, 2, 4

teresa.catarci@aslroma1.it

Parole chiave: territorio, cefalee, percorsi di cura

Introduzione

Secondo le raccomandazioni della European Headache Federation (EHF) i pazienti cefalalgici dovrebbero essere presi in carico seguendo un modello organizzativo a tre livelli, in modo da gestire il 90% dei pazienti nelle cure primarie (primo livello) e il restante 10% nelle cure secondarie (secondo livello) che a sua volta può inviare un ulteriore 10% per le cure terziarie ultra-specialistiche. Questa gestione, organizzata per filtri successivi con uno schema 90:9:1, dovrebbe garantire un accesso appropriato alle cure ad un maggior numero di pazienti ed evitare l'ingolfamento dei centri cefalee ospedalieri-universitari [1].

Sempre secondo tali raccomandazioni, per far sì che il modello funzioni, l'assistenza di secondo livello presente nel territorio dovrebbe prevedere un medico cefalologo a tempo pieno ogni 200.000 abitanti. Pertanto, a fronte di una popolazione al 1° gennaio 2019 di 5.879.082 residenti [2], dovrebbero essere presenti sul territorio laziale almeno 29 specialisti full-time.

Nella regione Lazio non è presente al momento una mappatura degli ambulatori dedicati alle cefalee (sia di II che di III livello), è tuttavia disponibile una lista di 18 centri che afferiscono alla Società Italiana per lo studio delle cefalee (SISC) e alla società ANIRCEF. Nel primo caso sono 9 di cui 8 ospedalieri-universitari e solo uno sul territorio (il nostro), nel secondo invece, a fronte ugualmente di 9 centri associati, nessuno è extra-ospedaliero. Recentemente infine è stata stilata una lista di centri (tutti ospedalieri-universitari) dove poter effettuare i piani terapeutici per la prescrizione degli anticorpi monoclonali anti CGRP [3].

Oltre alla mancanza di una mappatura degli ambulatori di secondo livello, sul territorio non esiste attualmente una regolamentazione ad hoc: un singolo specialista può decidere di far inserire nelle sue agende visite per cefalea, in accordo con il proprio responsabile del poliambulatorio, senza nello specifico aver titoli o aver seguito corsi di aggiornamento. Inoltre nel nuovo anno, a seguito della riorganizzazione del sistema regionale di prenotazione (ReCUP) delle visite specialistiche, non sarà più possibile prenotare visite con una specifica patologia e pertanto scompariranno tutti i cosiddetti ambulatori dedicati.

In questo breve excursus sulla gestione delle cefalee nel Lazio, esporrò la mia esperienza presso un ambulatorio di II livello della ASL Roma 1 e le prospettive future degli ambulatori dedicati alle cefalee nella nostra ASL.



Storia dell'ambulatorio

L'attività inizia nell'ottobre 2014 in seguito alla assegnazione di un turno a tempo determinato di Neurologia, previa valutazione di titoli ed esame scritto, per la verifica delle competenze specifiche per la diagnosi e terapia delle cefalee e della malattia di Parkinson. Nel primo anno di attività l'ambulatorio ottiene l'affiliazione alla SISC, poi mantenuta fino ai nostri giorni. L'affluenza è subito numerosa con uno scarso numero di appuntamenti assegnati alla neurologia generale, prevista in caso di mancate prenotazioni. Il primo anno di attività, difatti, si registrano 120 nuovi pazienti nonostante il tempo dedicato alle cefalee sia di una sola mattina a settimana. Nei primi cinque anni di attività affluiscono un totale di 805 prime visite per cefalea (36 priorità B- urgenza breve, 65 priorità D - urgenza differibile e 702 priorità P – programmate) con 676 accessi per visite di controllo (tot 1481) a fronte di 1661 accessi di neurologia, su un totale di 5153 accessi. Nell'ultimo anno (ottobre 2019-2020) l'ambulatorio è stato chiuso alle visite differibili da marzo a luglio per la pandemia da SARS Cov 2, nonostante ciò ci sono state 129 prime visite per cefalea (28 priorità B, 37 priorità D e 63 priorità P) e 95 accessi di controllo, a fronte di un totale di 765 accessi. Risulta evidente il notevole aumento delle priorità B rispetto alla media annua dei cinque anni precedenti (28 vs 7) e la diminuzione delle P (63 vs 140) dovuto alla riorganizzazione delle agende già menzionata.

Nella figura 1 si può notare che la media delle visite negli ultimi 5 anni, confrontata a quella dell'ultimo anno, registra una diminuzione importante delle prestazioni soprattutto per le visite neurologiche generali, probabilmente da ascrivere al fatto che una patologia come la cefalea genera più visite non differibili di quelle neurologiche generali.

Nel primo anno di attività è stato organizzato un percorso interno per pazienti con emicrania cronica, in cui alcuni medici di medicina generale potevano inviare pazienti per la valutazione di eventuale terapia con tossina botulinica, da effettuare in un centro di III livello (Policlinico Umberto I). Purtroppo ci sono stati solo 15 invii in 5 anni e solo uno nell'ultimo anno, a conferma della scarsa validità di percorsi che coinvolgano un basso numero di medici invianti.

Organizzazione dell'attività

Le prenotazioni per le prime visite sono possibili tramite ReCUP regionale (numero verde), al momento attuale (dicembre 2020) alle visite per cefalea viene assegnato un codice interno (NE1.3 prime visite NE 2.3 controlli) che consente di inserire automaticamente i pazienti nella mattinata dedicata alle cefalee. Sono state inserite delle note operatore che richiedono ai pazienti di portare esami ematochimici e ECG più visita cardiologica eseguiti negli ultimi 6 mesi. I ritorni sono solo possibili su prescrizione interna o da parte dei medici di medicina generale della stessa ASL. In seguito, per migliorare la presa in carico dei casi urgenti, è stata istituita una agenda interna prenotabile solo internamente e non liberabile, in modo da poter inserire in agenda i pazienti anche il giorno stesso della visita. Inoltre, è stato dedicato un posto per prime visite urgenti (per es. cefalea a grappolo) in una giornata diversa da quella della dedicata alle cefalee. Il tempo di visita è di 30 minuti sia per le prime visite che per i controlli, in modo da poter gestire meglio il tempo nei casi più complessi. Attualmente, la lista di attesa è di due mesi per le visite programmabili, praticamente invariata nel corso dei 6 anni di ambulatorio, a fronte della media nazionale di 6 mesi per gli ambulatori ospedalieri.

Il personale si basa, come la maggior parte degli ambulatori sul territorio, di un unico specialista Neurologo mentre lo staff infermieristico svolge solo attività di accettazione al desk. Questo tipo di



organizzazione, che non prevede un “headache nurse”, di fatto taglia fuori la maggior parte delle attività di ricerca, quali ad esempio partecipazione ai registri nazionali e trial farmacologici. Nonostante ciò è stato possibile effettuare vari studi epidemiologici anche multicentrici [4-7] e la pubblicazione di un case report su stroke e visual snow [8].

Protocollo clinico

Il paziente che afferrisce all’ambulatorio per la prima volta riceve in sala di attesa un questionario autosomministrato sia in Italiano che in Inglese, con 15 domande a risposta aperta elaborate in base alla classificazione ICHD 3 beta, che consente di accorciare il tempo dedicato alla raccolta dell’anamnesi della cefalea e permette ai pazienti di focalizzare gli aspetti della cefalea che saranno poi rilevanti ai fini della diagnosi. Uno studio sulla accettazione del questionario su 120 pazienti ha rilevato una percentuale di risposta del 77.5% nel primo anno di utilizzo [4]. Una volta che il paziente entra nella sala di visita viene raccolta ed esaminata la documentazione clinica; eseguita una visita neurologica standard, una valutazione della articolazione temporo-mandibolare e la presenza di tender point. Successivamente viene riesaminato il questionario con il paziente e valutate le abitudini di vita e raccolta l’anamnesi patologica, quella relativa al sonno e ginecologica nelle donne. Viene poi comunicato l’orientamento diagnostico e discusse con il paziente le varie opzioni terapeutiche, viene offerto per quanto possibile un counseling per la prevenzione degli attacchi e concordata la visita di controllo.

Per quanto riguarda l’orientamento terapeutico il primo e fondamentale passo è la comunicazione della diagnosi anche se solo di probabilità. Molto spesso infatti, pazienti visti in precedenza da altri colleghi riportano una documentazione clinica approfondita per quanto riguarda l’esame neurologico e la prescrizione farmacologica, ma senza alcuna menzione dell’orientamento diagnostico. La diagnosi è soprattutto importante come rinforzo della relazione medico-paziente e per la futura aderenza a terapie anche impegnative. Altro passo fondamentale, spesso preso in scarsa considerazione, è l’ottimizzazione della terapia in acuto: sia per prevenirne un uso eccessivo che per la corretta somministrazione, allo scopo di migliorarne l’efficacia: un’emicrania che dura mezz’ora provoca una disabilità bassa anche in presenza di numerosi giorni di cefalea al mese.

La prescrizione della terapia di prevenzione dovrebbe iniziare solo dopo aver effettuato una diagnosi certa e aver accertato in modo accurato intensità, frequenza degli attacchi e risposta effettiva alla terapia in acuto. D’altro canto, raramente i pazienti si presentano alla prima visita con un diario già compilato, per ovviare a ciò viene proposta una terapia con nutraceutici nei primi due mesi di registrazione del diario, soprattutto quando è presente un alto grado di disabilità.

Il follow up viene concordato in genere a due mesi, per un eventuale inizio di una terapia preventiva farmacologica, in caso di insuccesso del protocollo terapeutico precedente. Se il paziente presenta una cefalea da uso eccessivo di sintomatici, il controllo viene stabilito più a breve termine, in genere 20 giorni, con una disponibilità telefonica o via mail, e impostata senza attendere, una terapia farmacologica preventiva insieme alla sospensione degli analgesici. In caso di sospetto di cefalea rara o secondaria viene fissato un appuntamento a breve con gli esami prescritti.



Nonostante l'alto numero di pazienti in carico, l'ambulatorio non è stato incluso dalla regione Lazio nella lista dei centri che possono prescrivere i piani terapeutici per i nuovi anticorpi monoclonali anti-CGRP, pertanto al momento i pazienti vengono inviati all'ospedale di riferimento (S Filippo Neri) e seguiti in tandem con il collega ospedaliero.

Nel periodo del lock down, l'ambulatorio è stato aperto alle sole visite non differibili dal mese di marzo a luglio, tutte le altre visite (sia prime visite che controlli) sono state svolte telefonicamente o via teleconferenza. E' stato possibile effettuare lavoro agile da casa in due giorni su tre, organizzato in questo modo: due-tre giorni prima dell'appuntamento invio del questionario autosomministrato e del diario (prime visite), in seguito visita telefonica o tele-visita e invio relazione via mail con suggerimenti terapeutici con farmaci da banco o nutraceutici, in caso di indicazione a terapie farmacologiche è stato previsto l'invio del teleconsulto al medico di base. Tutti i pazienti contattabili sono poi stati visitati in presenza, dalla riapertura dell'ambulatorio a luglio fino al mese di ottobre.

Indicatori

La validità del protocollo clinico descritto è stata testata valutando come indicatore la frequenza di drop out alle visite di controllo, durante il primo anno di attività. Lo studio ha mostrato una prevalenza di drop out complessivi del 45% (sovrapponibile a quanto riportano in letteratura [9]) e del 14% dopo la prima visita. Una importante percentuale di tutti i drop out era rappresentata da pazienti stranieri (39%) [5]. Successivamente abbiamo indagato la motivazione del drop out su 45 pazienti che erano per lo più per motivazioni logistiche, solo due erano insoddisfatti del medico e la maggior parte delle motivazioni di vario tipo includevano una buona gestione della cefalea (64%) [10].

Prospettive future

Un gruppo di lavoro misto ospedale-territorio è stato recentemente costituito presso la nostra ASL Roma 1 per la definizione di un percorso diagnostico terapeutico (PDTA) per le cefalee. E' difatti necessario migliorare la competenza degli specialisti territoriali e dei medici di base, che dovrebbero insieme gestire la quasi totalità dei pazienti cefalalgici, mediante la programmazione di corsi di aggiornamento aziendali diffusi. Gli ospedali dal canto loro dovrebbero occuparsi della gestione, congiunta con il territorio, dei casi resistenti alle terapie standard, delle cefalee rare o che necessitano di un lavoro di equipe ad esempio tra psichiatri, fisiatri e anestesisti. Trattamenti quali l'infiltrazione del grande nervo occipitale, radiofrequenza, deep brain stimulation o infiltrazione di tossina botulinica dovrebbero essere facilmente organizzati in tali strutture. I piani terapeutici per le terapie complesse quali gli anticorpi monoclonali dovrebbero essere permesse non solo in ambito ospedaliero ma anche in quei centri riconosciuti dalle società scientifiche e che abbiano un buon numero di pazienti in carico, per evitare numerosi e scomodi passaggi ospedale-territorio. Inoltre, sarebbe auspicabile l'inserimento dei livelli essenziali di assistenza (Lea) per alcune terapie che attualmente non possono essere somministrate nei nostri ambulatori quali la stimolazione vagale o del nervo sovraorbitale (Cefaly).



A fronte di questi ipotetici PDTA c'è l'attuale andamento in controtendenza della regione Lazio con l'aggiornamento del sistema ReCUP, che dal 2021 di fatto toglierà la possibilità ai pazienti di prenotare una visita presso ambulatori dedicati. Il territorio, a mio avviso, non è ancora pronto da un punto di vista culturale ad accogliere la massa dei pazienti cefalalgici che a quel punto afferrirà a tutti gli specialisti senza differenziazione e si perderà la possibilità di afferire ad ambulatori come il nostro che offre competenza e liste d'attesa brevi. Pertanto, sarà fondamentale l'avvio rapido dei PDTA aziendali per le cefalee.

Conclusioni

La gestione delle cefalee sul territorio della regione Lazio si basa attualmente su circa 18 centri che afferiscono a due società scientifiche e un numero imprecisato di ambulatori specialistici territoriali. Le linee guida europee per i PDTA per le cefalee prevedono 3 livelli di assistenza mentre nella regione Lazio attualmente esiste un primo livello gestito dalla medicina di base, che invia i pazienti più complessi direttamente ai centri cefalee di III livello. Sempre secondo le linee guida, nel territorio del Lazio dovrebbero esistere almeno 29 specialisti cefalologi che negli ambulatori di II livello si occupino full-time del 10% dei pazienti complessi inviati dai medici di base. Nella realtà esistono probabilmente un ristretto numero di ambulatori dedicati alle cefalee, con uno specialista part-time con formazione e aggiornamento sulle cefalee non noti. In effetti, la maggior parte del lavoro di II livello viene svolto attualmente dai centri ospedalieri/universitari con lunghe liste di attesa.

Nella nostra ASL (Roma 1) un PDTA dedicato è in via di costituzione. L'obiettivo è consentire agli ambulatori del territorio di funzionare come filtro per i pazienti da inviare ai centri di III livello. Prevederà l'organizzazione di corsi aziendali sia per i medici di base che per gli specialisti interessati, in modo da poter raggiungere la massa critica necessaria per la corretta gestione dei pazienti con cefalea. Si renderà necessario, probabilmente, effettuare delle differenziazioni nell'ambito degli ambulatori di II livello, in base al numero dei pazienti in carico, alle pubblicazioni, agli aggiornamenti effettuati e al riconoscimento da parte di società scientifiche, che consenta, ad esempio ad un ambulatorio come il nostro, di poter effettuare i Piani Terapeutici Regionali per la prescrizione degli anticorpi monoclonali anti CGRP e che funga da riferimento (tipo rete hub-spoke) come ulteriore filtro per l'invio ad una gestione ospedaliera multidisciplinare.

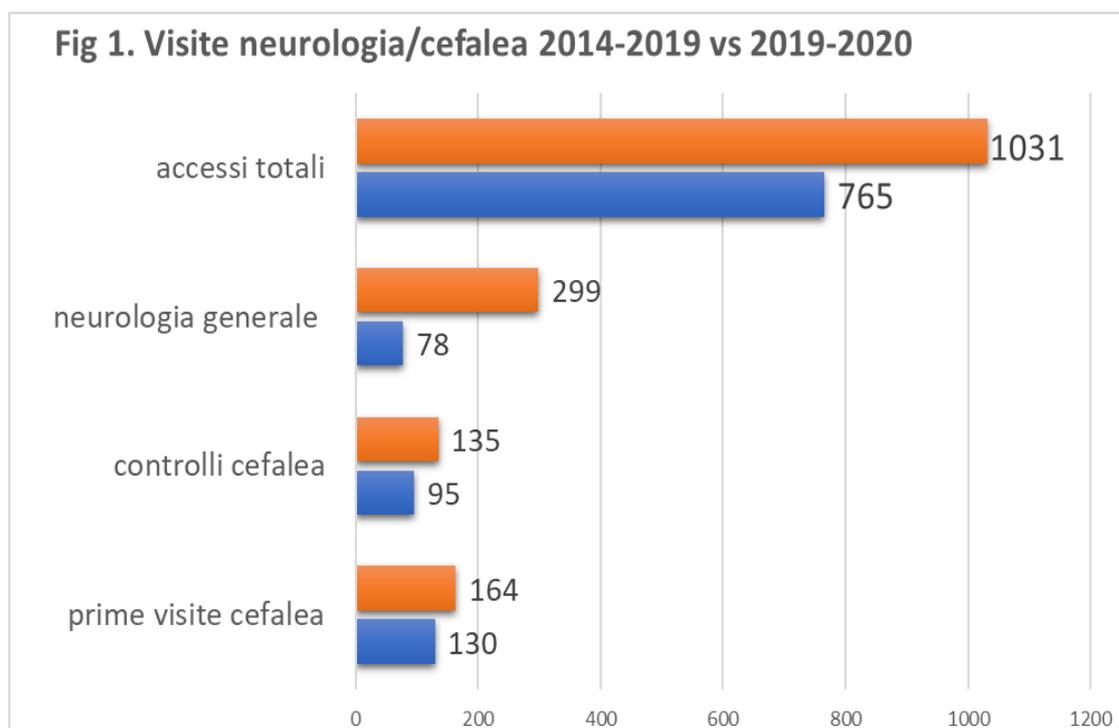
Il PDTA sarà infine fondamentale per permettere la gestione dei pazienti cefalalgici sul territorio, vista la cancellazione dei codici interni che permettevano di inviare i pazienti negli ambulatori dedicati che, di fatto, scompariranno.

Bibliografia

1. Steiner TJ, Antonaci F, Jensen R, Lainez MJ et al. European Headache Federation; Global Campaign against Headache. Recommendations for headache service organisation and delivery in Europe. *J Headache Pain*. 2011;12:419-26
2. <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=18544>
3. REGIONE.LAZIO.REGISTRO UFFICIALE.U.0686389.30-07-2020
4. Catarci T Self-Administration of A Headache Questionnaire in the Waiting Room Is Well Accepted By Patients and Useful For the Headache Specialist. *Int J Anesth Pain Med* 2018;4:1



5. Catarci T. Non-Compliance with Follow-up Visits: Analysis of the First Year of Patient's Attendance to a Second Level Headache Centre in Italy. *Austin J Clin Neurol* 2018;5:13
6. Rota E, Zucco R, Guerzoni S, Cainazzo MM, Pini LA, Catarci T, Granella F. Migraine Awareness in Italy and the Myth of "Cervical Arthrosis". *Headache* 2019;0:1-9
7. Catarci T. Paper or electronic headache diary, that is the question. *Cephalalgia* 2020, Vol. 40(1S): 31
8. Catarci T. Occipital ischaemic stroke after visual snow phenomenon - a case report. *Cephalalgia* 2020 in press
9. Spierings EL, Miree LF. Non-compliance with follow-up and improvement after treatment at a headache center. *Headache*. 1993; 33: 205-209
10. Catarci T, Falomi I and Batistoni R. Non-compliance with follow-up: analysis of two years attendance to a second level headache centre in Italy. *The Journal of Headache and Pain* 2018;19(Suppl 1):P95



N.B. Estratto dalla relazione "Gestione delle Cefalee sul Territorio" presentata il 20 Novembre 2020 al Convegno virtuale SIN REGIONE LAZIO - Emicrania: Aggiornamenti e nuovi approcci alla terapia; Emergenza Covid: esperienze della regione Lazio.



L'ASCESA DELLA MUTAZIONE GRN C157KfsX97 NEL SUD ITALIA: TORNANDO INDIETRO ALLA CADUTA DELL'IMPERO ROMANO D'OCCIDENTE

Cinzia Coppola, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Avanzate, Università della Campania "L. Vanvitelli" – Napoli

I risultati di un importante studio su una forma grave di Demenza neurodegenerativa familiare è stato pubblicato sull'autorevole rivista internazionale Journal of Alzheimer Disease. Lo studio ha avuto origine presso la Neurologia dell'Università della Campania "Luigi Vanvitelli" ed i risultati sono stati raggiunti grazie alla collaborazione con gruppi di ricerca nazionali quali la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta" – Milano, l'IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli – Brescia ed internazionali quale la Sorbonne Université (Francia). Il titolo dello studio è "*The Rise of the GRN C157KfsX97 Mutation in Southern Italy: Going Back to the Fall of the Western Roman Empire*" (Coppola C. et al J Alzheimers Dis. 2020;78(1):387-394. doi: 10.3233/JAD-200924). Di seguito troverete un estratto del suddetto articolo.

La Degenerazione Lobare Fronto-Temporale (FTLD) comprende un gruppo di malattie neurodegenerative eterogenee dal punto di vista clinico, patologico e genetico. Lo spettro clinico delle FTLD comprende varie forme: variante comportamentale di Demenza Fronto-Temporale (bv-FTD), l'Afasia Primaria Progressiva, la Demenza Fronto-Temporale con associata malattia del motoneurone o con sindrome della paralisi sopranucleare progressiva o con sindrome Cortico-Basale (CBS). Una storia familiare di malattia è presente nel 30-40% dei pazienti delle FTLD ed una mutazione patogenetica con trasmissione autosomica dominante, oggi, può essere identificata nella maggioranza di loro. I tre geni principali responsabili della genetica delle FTLD sono: il gene che codifica per la proteina tau associata ai microtubuli (MAPT), il gene che codifica per la progranulina (GRN) ed i geni dell'open reading frame 72 (C9orf72) sul cromosoma 9. Le mutazioni GRN sono tra le cause più ricorrenti di FTLD rappresentando più del 12% di tutti i casi di FTLD ed il 26% dei casi familiari. Sono state identificate circa 200 varianti GRN ed è stata dimostrata una chiara patogenicità per diverse mutazioni null in grado di determinare un'aploinsufficienza con parziale perdita della progranulina. In un precedente studio il nostro gruppo di studio ha riportato la mutazione GRN C157KfsX97 in sette pazienti apparentemente non imparentati tra di loro provenienti dal Sud Italia, ipotizzando l'esistenza di un verosimile effetto fondatore (Coppola C. et al. (2017) *A cluster of progranulin C157KfsX97 mutations in Southern Italy: clinical characterization and genetic correlations. Neurobiol Aging 49, 219.e5-219.e13*). Recentemente, abbiamo identificato la stessa mutazione in ulteriori quattro pazienti nativi della stessa area geografica (Sud Italia) ed abbiamo cercato di capire se la mutazione GRN C157KfsX97 si è presentata più volte oppure la presenza di un unico fondatore potrebbe spiegare la sua ricorrenza nel Sud Italia. In questo studio, abbiamo eseguito un'estesa analisi di condivisione dell'aplotipo per confermare l'ipotesi di un effetto fondatore per questa mutazione e stimare l'età del più recente comune antenato. Tutti gli 11 pazienti provenivano dal Sud Italia e sono stati sottoposti ad un completo protocollo diagnostico per i disordini cognitivi, ad eccezione di 2 casi, che si rivolgevano ai centri solo per una valutazione genetico-molecolare. L'analisi genetica su tutti i pazienti individuava la mutazione GRN C157KfsX97. Lo studio della condivisione degli aplotipi individuava un comune aplotipo con 8 marcatori STR consecutivi condivisi in sette pazienti mentre altri tre dividevano sette, sei e cinque marcatori consecutivi rispettivamente, del comune aplotipo. Un solo paziente mostrava l'aplotipo condiviso più breve che era comunque lungo 2,7 Mb ed ulteriori tre marcatori condivisi e consecutivi. Usando una



tecnica bioinformatica (software DMLE+) per stimare l'età del più recente comune fondatore, si è ottenuto un'età stimata di 62 generazioni (CI 95%: 52-82 generazioni). Nel grafico è possibile vedere la frequenza con cui ogni numero di generazioni è stato prodotto dalle iterazioni (Figura 1).

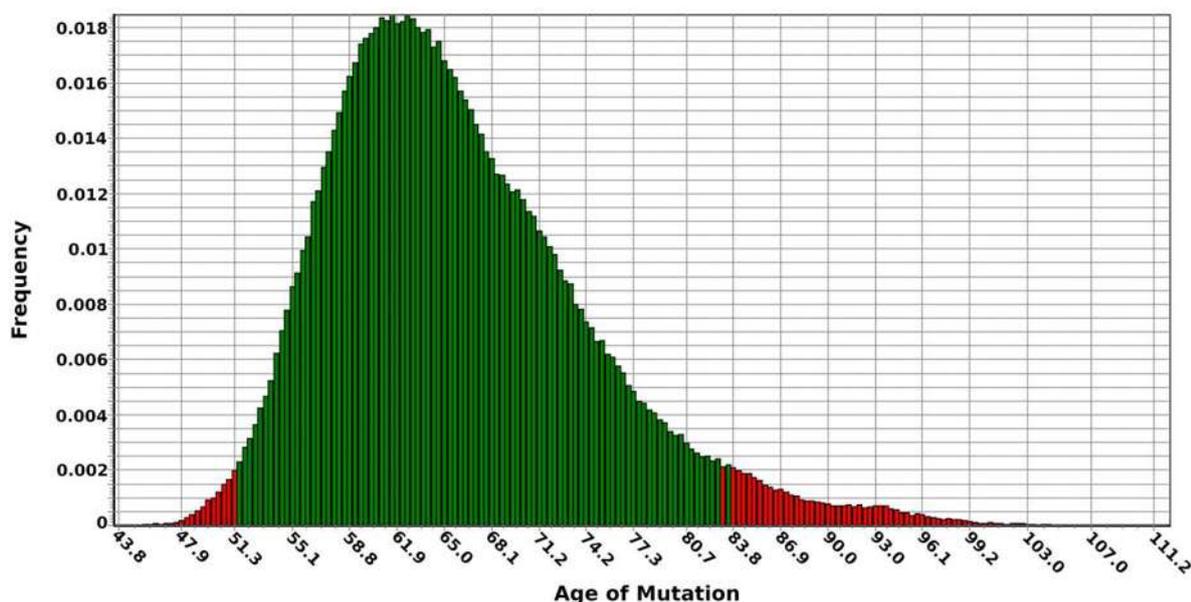


Figura 1. Stima dell'età del fondatore comune più recente della mutazione GRN C157KfsX97 (DMLE 2+ software). Viene mostrata la frequenza con cui ogni numero di generazioni è stato prodotto dalle iterazioni. Le barre verdi costituiscono l'intervallo di confidenza del 95% della distribuzione.

Le mutazioni GRN più comuni in tutto il mondo, IVS0+5G>C e R493X, sembrano avere avuto, rispettivamente, uno o al massimo due fondatori originali. La stessa situazione è stata descritta per la più frequente mutazione GRN in Italia, la T272fs (alias L271LfsX10): sebbene due diversi studi non abbiano effettivamente fornito risultati comparabili in termini di datazione delle mutazioni (probabilmente a causa del diverso numero di famiglie arruolate), hanno dimostrato l'esistenza di uno o al massimo due fondatori. Questo presupposto ci ha portato ad esplorare la presenza di un comune fondatore per la mutazione GRN C157KfsX97, presente in un cluster di pazienti apparentemente non imparentati tra di loro ed originari del Sud Italia. Vale la pena ricordare che il Sud Italia è un territorio che ha contribuito con diverse mutazioni localizzate nei geni coinvolti nelle demenze. Ad oggi altre mutazioni di GRN sono state riportate nella stessa area geografica, ma solo per casi appartenenti a singole famiglie o poche famiglie. La mutazione GRN C157KfsX97 rappresenta quindi la più frequente mutazione nel Sud Italia. Partendo da ciò abbiamo considerato importante studiare il potenziale effetto fondatore di questa mutazione, definendo in tal modo per la prima volta l'esistenza di un comune antenato per una mutazione causativa di FTLN nel Sud Italia. Al fine di stimare l'età del più recente fondatore comune abbiamo usato il metodo DMLE+, che si basa su dati genetici e prende in considerazione il tasso di crescita demografica. L'analisi suggerisce che il più recente fondatore è retrodatabile a 62 generazioni. L'età stimata di 62 generazioni è il centro della distribuzione delle stime ottenute durante le permutazioni. L'analisi mostra alcune limitazioni legate alla grandezza dell'intervallo di confidenza che cade nel range di 52-82 generazioni con il 95% di



confidenza, ovvero 750 anni. Questo ampio intervallo di confidenza ha le sue cause principali nel numero di permutazioni e nella dimensione del campione. Sebbene aumentare le permutazioni possa effettivamente aumentare il dettaglio della distribuzione, il punto chiave è la dimensione del campione: per ottenere stime più precise, l'analisi deve essere eseguita su più pazienti, aumentando i requisiti di reclutamento. Tuttavia, questo è ovviamente un problema complesso, a causa della rarità dell'FTLD associato a GRN. Attualmente, 62 generazioni costituiscono la migliore stima ottenibile con le tecniche e i dati disponibili. Considerando 25 anni per una generazione, abbiamo come risultato 1550 anni fa. Tale epoca approssimativamente corrisponde al periodo della caduta dell'Impero Romano d'Occidente (476 A.C.), un periodo storico in cui la regione Campania divenne un "crogiolo" tra gli abitanti locali di origine latina e greca e gli invasori provenienti dal Nord Europa. La datazione della mutazione in una popolazione geograficamente ristretta può essere utile per pianificare programmi di consulenza genetica e screening nel campo della salute pubblica. Ai portatori di mutazione, sia affetti che presintomatici, può essere offerta la partecipazione a studi clinici per nuovi farmaci che possono aumentare l'espressione della progranulina, che potrebbe essere un modo efficace per il trattamento o la modifica della malattia.



NONOSTANTE COVID-19

Ainat-Sicilia cambia format ma continua a essere associazionismo professionale

Carlo Alberto Mariani, Neurologo ambulatoriale ASP di Palermo, Coordinatore Regionale AINAT Sicilia

Gli eventi congressuali sono da sempre non solo luoghi di scambi culturali e professionali, ma anche occasioni di “incontro” umano tra conoscenti da molti anni, o tra conosciuti di recente. Quest’anno la pandemia da Covid-19, che ha rivoluzionato le nostre vite private e professionali, ha scardinato anche i piani congressuali di Ainat Sicilia . Nel nostro Direttivo regionale di gennaio, infatti, avevamo progettato di dar vita alla riunione annuale a Capo d’Orlando, splendida cittadina afferente alla prestigiosa Scuola Accademica Neurologica Messinese e avevamo fatto anche i sopralluoghi con il padrone di casa Carmelo Staropoli e con il provider: ma il virus e i relativi DPCM hanno annullato la possibilità di eventi residenziali. A quel punto la scelta che ci si presentava era quella di trasformare l’evento in webinar o di rinunciare: noi abbiamo scelto la prima possibilità, supportati anche dal presidente Cassano, che nel frattempo aveva soprasseduto alla organizzazione dell’evento nazionale di Firenze, e abbiamo fatto una scommessa nel provare la via incerta. Siamo stati fortunati nel continuare ad avere l’apporto scientifico dei relatori e moderatori (salvo rare defaillances), e abbiamo quindi adattato il programma al nuovo format, chiedendo all’agenzia Collage l’utilizzo di una piattaforma che avesse consentito anche agli sponsor di poter usufruire di uno spazio commerciale, cambiandone soltanto la forma: come risultato, la maggior parte delle aziende ci ha sostenuti.

Dunque come la SIN, a cui ci siamo affiliati statutariamente lo scorso anno e la Limpe-Dismov, in maniera del tutto gratuita AINAT Sicilia 2020 ha presentato un programma di sessioni e argomenti gestionali inerenti il paziente affetto da patologie di settore a vocazione territoriale, coerentemente alla mission statutaria rinnovata, orientate alla multidisciplinarietà e alla costituzione di reti operative e funzionali. Accanto alla componente scientifica, sono stati enfatizzati 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, coerentemente alla idea associativa dei padri-fondatori di AINAT come Pasquale Alfieri, che per l’occasione nostro relatore congressuale.

La partecipazione al perfezionamento dell’assistenza territoriale come percorso assistenziale prevede, ovviamente, la nostra partecipazione costante nei tavoli tecnici assessoriali in cui si progettano i piani operativi assistenziali territoriali con le relative linee-guida, come il tavolo tecnico assessoriale siciliano per il PDTA Parkinson, che ha licenziato un provvedimento legislativo pubblicato il 20 marzo scorso, disegnato anche grazie all’opera del nostro vice coordinatore Pietro Marano, e i tavoli tecnici in preparazione per le Demenze e le Cefalee, dove AINAT Sicilia è finalmente stata inserita. Il provvedimento sopracitato relativo al PDTA Parkinson, ha portato finalmente alla possibilità di



attivazione da parte delle singole ASP di ambulatori dedicati, cosa che è recentemente avvenuta a Palermo, come era già accaduto a Messina, e che ha già visto un riconoscimento formale provinciale interaziendale da parte delle ASP di Catania e Ragusa.

Ainat Sicilia, nonostante Covid-19, continua a lavorare in Assessorato della Salute in merito alla nostra “esclusione” dalla prescrivibilità di alcuni farmaci sottoposti a Piano terapeutico, inaccettabili professionalmente, viste le nostre competenze e svantaggiosi per i pazienti. Ci riferiamo al Brivaracetam, per cui abbiamo presentato da mesi una richiesta di revisione e al Perampanel, per il quale abbiamo fatto la medesima richiesta recentemente, sperando che la scia del successo ottenuto lo scorso anno per la Safinamide sia foriera di adeguamenti procedurali.

Nel nostro Webinar Regionale /Nazionale 2020, progettato con Pietro Marano e Carmelo Staropoli, abbiamo cercato nuovamente di avvicinare personalità accademiche, ospedaliere, territoriali, pubbliche e private, neurologiche e non, per creare un modello da seguire nei prossimi consessi in un campo professionale, quello neurologico, carrefour culturale e metodologico rivolto a un paziente che purtroppo non è quasi mai soltanto “neuroleso”.

Nella prima giornata di lavori, si sono affrontati argomenti legati alle malattie neurodegenerative, dove colleghi di tutte le estrazioni professionali ci hanno aggiornato su demenze e malattia di Parkinson, moderati dal neuropsicologo siciliano per eccellenza, Pippo Zappalà e dalla collega partenopea/calabrese Sandra Paglionico.

La seconda giornata è stata aperta dalla Scuola Neurologica Messinese, con update relativi ad alcune malattie neuromuscolari, affiancati dal collega palermitano Luca Vicari, che ci ha presentato lo stato dell’arte della diagnostica strumentale nelle Asp siciliane. Si è poi proseguito, dopo un virtual break (ovviamente senza catering), con una sessione moderata dalle due anime di AINAT, Mimmo Cassano e Gennaro Cascone, sulla fisiopatologia dell’emicrania e sugli aggiornamenti terapeutici più recenti.

Infine, il terzo giorno è stato dedicato agli aspetti medico-legali e organizzativi territoriali, stigma, in senso ortodosso, di AINAT, in cui ho avuto l’onore di avere come medotori il nostro fondatore Pasquale Alfieri e l’altro storico “mostro sacro” Vito Napoletano.

Il Congresso, che ha avuto una cabina di regia fisica presso la nostra sede operativa situata presso la Collage, in cui sono stato affiancato splendidamente dai collaboratori tecnici a noi dedicati, ha avuto molti feed-back positivi, giunti dai moltissimi colleghi che si sono collegati alla piattaforma virtuale fornita dal Provider (v. figg. 1 e 2) e dagli sponsor, che hanno avuto la possibilità di usufruire di spazi espositivi virtuali interattivi.

Vi diamo quindi appuntamento al 2021, con un Congresso da disegnare in tutti gli aspetti, innanzitutto quelli logistici legati allo sviluppo della pandemia, ma anche quelli scientifici, essendo pronti, come sempre, ad accogliere tutti coloro che continuano, nonostante tutto, a credere in una sana, creativa, generosa e condivisa attività associativa professionale e culturale, locale e nazionale.



Fig. 1



Fig. 2

10 OTTOBRE	
○ INGRESSI IN PIATTAFORMA	102
○ PARTECIPANTI AL WEBINAR (ECM E NO ECM)	84
○ CLICK SU AREA ESPOSITIVA	53
○ CLICK SU STAND VIRTUALI	32
○ BANNER VISUALIZZATI IN AREA ESPOSITIVA	31
○ CLICK SU SCHEDE TECNICHE	42
○ CLICK SU VIDEO PRESIDENTE CONGRESSO	21
○ CLICK SU LIBRARY	37



UNA NUOVA RUBRICA: LA LEGGE NELLA MEDICINA a cura di Vincenzo Galatro

Presentazione

La Redazione di AINAT ha il piacere di presentare ai lettori una nuova rubrica dal titolo: “la legge nella medicina” nella quale saranno affrontate 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.

I lettori troveranno in queste pagine una guida sulla responsabilità medico-sanitaria – aggiornata alla riforma Bianco-Gelli (L. n. 24/2017) - e un prezioso e valido aiuto per affrontare eventuali conflitti scaturiti dalle complesse relazioni sociali e interpersonali che si instaurano nel corso della propria attività, nel gestire e condurre la risoluzione delle controversie legali, personali e professionali.

Un profilo dell’Autore



VINCENZO GALATRO, plurilaureato, 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.

Ha insegnato in corsi per l’aggiornamento continuo in ambito sanitario (medico e odontoiatrico) e presso le Scuole di Specializzazione per l’Abilitazione all’Insegnamento delle Discipline Giuridiche ed Economiche (*SSIS Toscana* - Università di Siena, Università di Pisa, Università di Firenze); è docente in corsi di alta formazione e programmi di eccellenza professionale, per l’abilitazione all’esercizio della professione di avvocato, la pratica forense, i concorsi pubblici e la formazione e l’aggiornamento forense e medico-legale.

Dottore di ricerca (Ph.D.) in discipline giuridiche-processualistiche (Processo Civile, Penale, Amministrativo e Tributario), con specializzazione universitaria giudiziario-forense nelle professioni legali (Università degli Studi di Siena) e Master Universitario nell’insegnamento delle discipline giuridiche ed economiche, avvocato d’affari, è stato *legal manager*, giurista d’impresa e responsabile ufficio legale d’azienda.

Autore di numerosi libri e pubblicazioni scientifiche, scrive e collabora con importanti periodici e riviste specializzate. Direttore scientifico ed editoriale, oltre che autore del *Trattato sulla Responsabilità Sanitaria, Medica e Odontoiatrica e i Sistemi di Alternative Dispute Resolution e Mediazione delle controversie legali*, ha svolto la prima attività di studio e di ricerca sui modelli e le teorie per la soluzione delle controversie legali elaborati dalla prestigiosa Università di Harvard.



LA RESPONSABILITÀ MEDICA: COLPA, NESSO DI CAUSALITÀ ED EVENTO

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

Vincenzo Galatro

La salute - oltre ad essere interesse della collettività - costituisce un diritto fondamentale della persona, come prevede espressamente l'articolo 32 della Carta Costituzionale, approvata nel 1948.

Il concetto di salute si è evoluto nel corso del tempo, modificando le sue caratteristiche e connotazioni originarie ed ampliando notevolmente gli spazi di garanzia e di tutela. In particolare, ogni individuo ha diritto alla salute, intesa non più come assenza di malattie o infermità fisiche o psichiche, ma come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, secondo la moderna concezione elaborata e definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Pertanto, in stretta connessione con la tutela della salute, troviamo il miglioramento della qualità della vita a 360 gradi, che si traduce nell'adozione di particolari misure e tutele contro elementi nocivi, umani o ambientali, capaci di comprimere il bene-salute e di ostacolare il reale esercizio del diritto primario ed assoluto alla salute.

Le riforme sanitarie che si sono susseguite nel corso di questi anni si sono orientate verso la realizzazione di prestazioni positive ed interventi di difesa funzionali al godimento effettivo e globale della propria salute, intesa anche come benessere psico-fisico.

I principi ispiratori degli interventi legislativi sono stati, oltre allo spirito di universalità dei destinatari, l'uguaglianza di trattamento, il rispetto della libertà e della dignità della persona, la volontarietà dei trattamenti sanitari. Precisa infatti l'art. 32 della Costituzione della Repubblica Italiana che "Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizioni di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

Pertanto, la scelta libera e consapevole di accettare o meno interventi a salvaguardia del proprio stato di salute (c.d. diritto di autodeterminazione terapeutica), rappresenta un principio cardine di tutto il sistema che ruota intorno alle prestazioni sanitarie e al rapporto di fiducia che si instaura tra medico e paziente.

La difesa della salute ha un impatto diretto sulla vita e sul benessere del cittadino.

La lesione del diritto alla salute, come diretta conseguenza di un comportamento doloso o colposo posto in essere dal medico o dai sanitari, configura una responsabilità giuridica (civile e/o penale) e un conseguente danno risarcibile in termini monetari. In altre parole, chiunque subisca la lesione del proprio diritto alla salute - a prescindere dall'impatto diretto sulla sua capacità reddituale - ha diritto al risarcimento del danno subito a seguito della menomazione dell'integrità fisica o psichica della persona e del depauperamento del valore biologico dell'individuo (c.d. danno biologico).

Ricordiamo che la medicina, prima ancora di essere una scienza, è considerata una vera e propria arte (*ars medica o res medicina*): non ogni risultato può considerarsi univoco e i "rimedi" alla malattia danno origine a risultati statistici che non forniscono mai la stessa identica soluzione. Ogni essere umano è unico così come unica può rivelarsi la risposta a un intervento terapeutico.

La professione medica è da sempre inquadrata nella categoria codicistica delle professioni intellettuali. Il contratto col medico è quindi contratto col professionista intellettuale. La prestazione medica, definita come



prestazione d'opera intellettuale, è regolata nell'ordinamento italiano dall'art. 2230 e ss. del codice civile, che rinvia alle norme sul lavoro autonomo in quanto compatibili.

La responsabilità medica è, dunque, quel tipo di responsabilità che deriva dai danni cagionati ai pazienti da errori od omissioni dei sanitari.

La **responsabilità medica** è la responsabilità professionale di chi esercita un'attività sanitaria per i danni derivati al paziente da errori, omissioni o in violazione degli obblighi inerenti all'attività stessa.

Tale responsabilità si configura quando sussiste un nesso causale tra la lesione alla salute psicofisica del paziente e la condotta dell'operatore sanitario, in concomitanza o meno con le inefficienze e carenze di una struttura sanitaria.

Emerge chiaramente la centralità del delicato rapporto tra l'esercizio del diritto alla salute da parte del cittadino e l'espressione della professione medico-sanitaria in tutte le sue possibili declinazioni.

Il concetto di responsabilità medica si riferisce, in particolare, all'azione di un sistema composito in cui il soggetto è destinatario di prestazioni mediche di ogni tipo (diagnostiche, preventive, ospedaliere, terapeutiche, chirurgiche, estetiche, assistenziali, ecc.), svolte da medici e personale con diversificate qualificazioni, quali infermieri, assistenti sanitari, tecnici di radiologia medica, tecnici di riabilitazione, ecc.

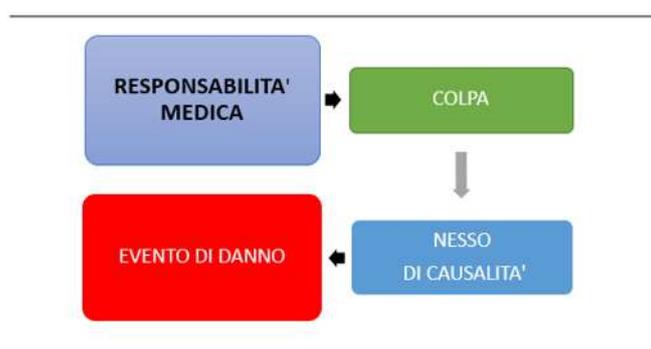
La casistica degli interventi medico-sanitari è comprensibilmente molto ampia: si va dal prevenire l'insorgenza di possibili patologie attraverso pratiche di natura sanitaria - dimostrate efficaci nell'esperienza e nell'osservazione quotidiana -, a tutte quelle metodiche finalizzate a lenire la condizione di un malato incurabile, nelle ipotesi più estreme.

Quando gli effetti conseguiti non sono quelli sperati è possibile che ai sanitari possano essere attribuiti, secondo le ipotesi più frequenti, errori diagnostici, terapeutici o da omessa vigilanza e conseguentemente la sussistenza di una responsabilità penale o civile per l'aggravamento della situazione del paziente o addirittura per la sua morte.

Prima di trattare i vari profili della responsabilità medico-sanitaria, oggetto delle recenti riforme in materia (a cominciare dal D.L. n. 158/2012, convertito con modificazioni nella L. n. 189/2012, la c.d. legge Balduzzi, fino alla recentissima L. n. 24/2017, c.d. legge Gelli-Bianco), è utile definire – in via generale - gli elementi costitutivi di questo particolare tipo di responsabilità professionale, che molto spesso evoca il concetto di “malpractice” medica.

In particolare, tra gli elementi che concorrono a determinare una non corretta pratica sanitaria, con i suoi possibili effetti nell'ambito della responsabilità medica, troviamo l'incidenza della colpa e del nesso causale tra la condotta posta in essere e l'evento dannoso.

Fig. 1 - Gli elementi costitutivi della Responsabilità Medica: colpa, nesso di causalità ed evento di danno



In primis, è necessario distinguere la responsabilità giuridica in senso stretto da altre tipologie di responsabilità in cui il medico o l'operatore sanitario può incappare. A seconda dei diversi ambiti operativi della norma stessa può trattarsi di una c.d. "responsabilità morale", quindi fuori dal giuridicamente rilevante, in cui è facile ravvisare la sospensione di principi etici, non meno importante dei principi legali e normativi, ma relegati ad un interiore e personale senso valutativo; oppure può trattarsi di una "responsabilità amministrativo-disciplinare", quando sono violati obblighi relativi al servizio prestato, ai doveri d'ufficio o a regole di deontologia professionale, con la conseguente comminatoria di sanzioni dell'Ente di appartenenza o dell'Ordine Professionale.

La responsabilità giuridica vera e propria, invece, si configura per la violazione di una norma civile o penale e, pertanto, la responsabilità medica sarà, a seconda della natura della norma violata, una responsabilità medica civile o penale, o allo stesso tempo, civile e penale.



Fig. 2 - Le diverse tipologie di Responsabilità Medico-Sanitaria

Il concetto di responsabilità attiene, dunque, all'obbligo di rispondere delle conseguenze derivanti dall'illecita condotta, commissiva od omissiva che sia, certamente posta in essere in violazione di una norma.

Quando dalla propria condotta colposa deriva una lesione personale o la morte della persona assistita il medico (o il sanitario in genere) è chiamato a rispondere del suo comportamento professionale sulla base del concetto di colpa come definito dall'art. 43 del codice penale, secondo cui deve ritenersi colposo (o contro l'intenzione) un evento che, anche se previsto, non è voluto dall'agente ma che si verifica a causa di negligenza, imprudenza o imperizia oppure per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline.

Tale norma contiene la classica distinzione, nell'ambito della responsabilità giuridica, tra colpa generica e colpa specifica.

In particolare, la colpa è generica se sussiste:

- la negligenza, ossia superficialità, trascuratezza, disattenzione. Esempi tipici possono riguardare il medico che prescrive un farmaco al posto di un altro o del chirurgo che non si accorge della mancata rimozione di corpi estranei durante un intervento operatorio;
- l'imprudenza, che può riferirsi alla condotta avventata o temeraria del medico che, pur consapevole dei rischi per il paziente, decide comunque di procedere con una determinata pratica;
- l'imperizia, infine, che coincide con la scarsa preparazione professionale per incapacità proprie, insufficienti conoscenze tecniche o inesperienza specifica.

La colpa specifica invece consiste nella violazione di norme che il medico non poteva ignorare e che era tenuto ad osservare, quali espressioni di legge o di un'autorità pubblica/gerarchica, disciplinanti specifiche attività o il corretto svolgimento delle procedure sanitarie.

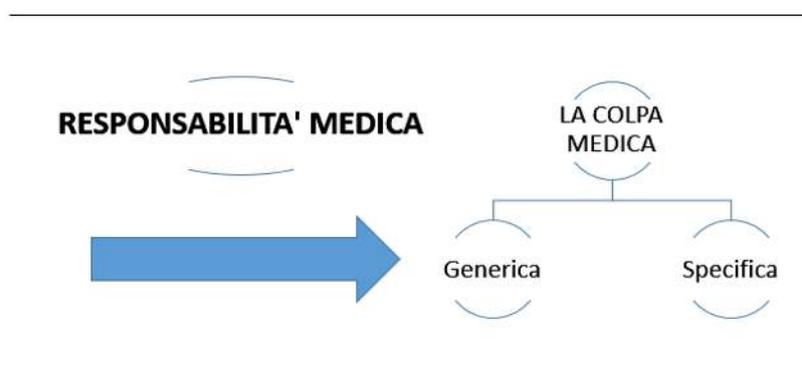


Fig. 3 - Responsabilità medica per colpa generica e colpa specifica

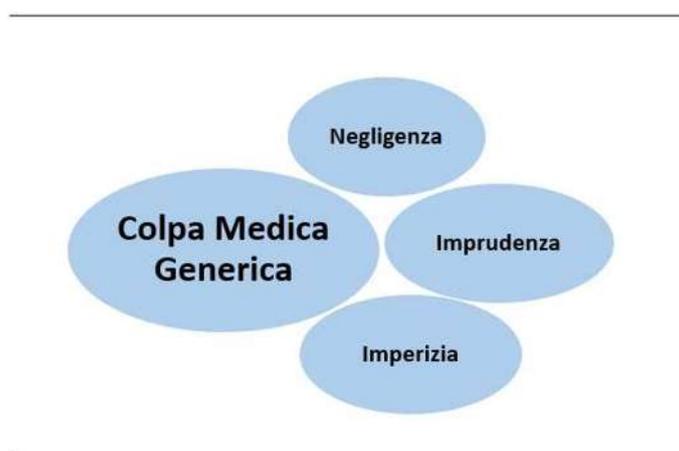


Fig. 4 - Responsabilità medica per colpa generica





Fig. 5 - Responsabilità medica per colpa specifica

L'accertamento di una condotta colposa o imperita non è autonomamente sufficiente a ricondurre alcuna responsabilità in capo al sanitario. Il passo successivo richiede che venga individuato un preciso legame, un nesso eziologico tra errore commesso e danno subito dal paziente, perché il secondo possa qualificarsi come diretta conseguenza del primo. In altre parole, il nesso di causalità lega l'azione all'evento.



Fig. 6 - Struttura ed elementi costitutivi della Responsabilità Medica.

Su un piano strettamente tecnico, la causalità tra condotta ed evento non è sempre pacificamente lineare per la complessità dei fenomeni clinici, spesso condizionati da variabilità soggettive o da un decorso atipico, senza contare che determinate patologie, pur opportunamente trattate, possono

comunque presentare complicanze proprie e non dipendenti dalla condotta medica. E' il caso, ad esempio, delle terapie dai possibili effetti collaterali "iatrogeni", che sono direttamente collegati alla terapia effettuata, ma non riconducibili ad errore medico.

Per il medico-legale, infatti, è davvero difficile pronunciarsi in termini di certezza assoluta; risulterà opportuno, in tali situazioni, l'applicazione del criterio statistico-probabilistico a cui comunque si richiede che, soprattutto in materia di colpa omissiva, consenta di indicare il legame tra condotta ed evento con un grado di probabilità molto elevato, se non molto prossimo alla certezza.

L'errore del medico può essere compiuto nella fase diagnostica, in quella prognostica e nella fase terapeutica.

L'errore diagnostico si realizza nel non corretto inquadramento diagnostico della patologia, a cominciare ad esempio dall'imprecisa raccolta dei dati anamnestici, laddove invece doveva essere esattamente eseguita e valorizzata per il completamento del quadro clinico (il paziente è allergico a varie sostanze ma il medico dimentica di annotarle o specificarle, predisponendo superficialmente proprio una terapia sulla base di quei principi attivi).

Altro errore diagnostico può realizzarsi nella sottostima o addirittura nel mancato rilievo di una certa allarmante sintomatologia, anche se grazie agli esami strumentali e di laboratorio a fini diagnostici e ai percorsi codificati in veri e propri protocolli, l'ipotesi di una diagnosi errata assume oggi una maggiore gravità. Un aspetto decisamente affine e non meno grave è quello del ritardo diagnostico, che procrastina a danno del paziente l'esecuzione di necessarie e indispensabili terapie.

L'errore prognostico deriva invece da un giudizio di previsione sul decorso e soprattutto sull'esito di un determinato quadro clinico, che però si rivela sbagliato magari perché correlato ad errore diagnostico, mentre l'errore in fase terapeutica attiene al momento della scelta del trattamento sanitario o a quello della sua esecuzione. Può verificarsi comunque l'ipotesi in cui, pur in presenza di una corretta diagnosi e di un percorso terapeutico congruamente definito, si sbaglia l'esecuzione dell'intervento chirurgico per imperizia o negligenza.

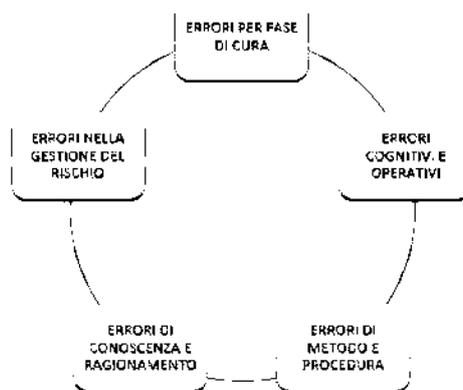


Fig. 7 – Categorie generali (Macrocategorie) di errori nell'ambito della Responsabilità Medico-Sanitaria



ERRORI PER FASE DI CURA

Errore di diagnosi
 Errore di prognosi
 Errore di terapia

ERRORI COGNITIVI E OPERATIVI

Errori cognitivi (errati processi decisionali)

- rifiutare un'ipotesi vera
- accettare un'ipotesi falsa

Errori operativi (azioni maldestre)

- fare troppo poco (inerzia, omissione)
- fare troppo (imprudenza)

Errori consequenziali

ERRORI DI METODO E PROCEDURA

Errori procedurali
 Errori metodologici
 Errori psicologici

ERRORI DI CONOSCENZA E RAGIONAMENTO

Errori di conoscenza
 Errori di ragionamento
 Errori di terapia

ERRORI E GESTIONE DEL RISCHIO

Fallimenti attivi individuali

- distrazioni operative
- fallimenti cognitivi
- violazioni intenzionali

Fallimenti organizzativi e di sistema

Fig. 9 - Classificazione tassonomica e differenti tipologie specifiche (Microcategorie) di errori in campo medico-sanitario.

L'evento dannoso può derivare da una varietà di comportamenti medici commissivi, ma non solo: anche un'omissione o un ritardo diagnostico-terapeutico può provocare un danno al paziente, con conseguenze che una tempestiva esecuzione avrebbe evitato o reso meno gravi. In tali ultime ipotesi, l'accertamento del nesso causale appare più complicato, perché occorre specularmente stabilire quale incidenza il trattamento doveroso omesso o ritardato avrebbe avuto nel preservare la salute del paziente, in considerazione di componenti imprescindibili, quali ad esempio la variabilità di decorso di una certa patologia che, per le sue caratteristiche, potrebbe comunque resistere ad una adeguata e tempestiva attività medica.

Il giudizio sul nesso causale richiede che si debba fare riferimento a consolidate leggi scientifiche e a criteri di attendibile probabilità statistica, da rapportare al caso concreto, per stabilire se la condotta omessa, se correttamente compiuta, avrebbe evitato l'evento dannoso.



Per esempio, una responsabilità penale del medico per comportamenti omissivi è, pertanto, da escludere quando non sussistano, siano contraddittori o incerti gli elementi probatori e ricorra invece un ragionevole dubbio che, in base all'evidenza disponibile, risulti fondato su specifiche risultanze.

A conclusione di queste prime riflessioni, sin qui svolte, sugli aspetti sostanziali e gli elementi strutturali e costitutivi della responsabilità medico-sanitaria – intesa come peculiare *species* di responsabilità professionale - si traggono alcune indicazioni operative importanti e fondamentali, in particolar modo per quel che riguarda i profili del nesso di causalità nella responsabilità medica.

In linea di principio, possiamo infatti definire alcuni postulati di base: in primis, il nesso di causalità deve essere sempre provato dal paziente che assuma di essere stato danneggiato da una determinata azione o omissione del medico.

Il nesso di causalità è una costruzione logica, dove la relazione tra due fatti (condotta illecita e danno) costituisce oggetto di un ragionamento logico-deduttivo.

Il nesso di causalità, in quanto relazione tra fatti, è tipicamente un giudizio e, pertanto, sarebbe improprio parlare di “accertamento fattuale”.

Ciò che deve essere provato sono i fatti materiali sui quali tale ragionamento si fonda e la prova di tali fatti può essere data con ogni mezzo, ivi comprese le presunzioni semplici.

Come vedremo meglio in prosieguo, affrontando ed esaminando la questione *funditus*, nella ricostruzione del nesso causale, sul piano probatorio, ciò che muta sostanzialmente tra il processo penale e quello civile è che nel primo vige la regola della prova “oltre il ragionevole dubbio”, mentre nel secondo vige la regola della preponderanza dell’evidenza o “del più probabile che non”.

La ragionevole probabilità è da intendersi non in base a regole astratte, bensì in relazione alle evidenze del caso concreto.

Tale differenziazione ha trovato la propria *ratio* giustificatrice nella circostanza che nel processo civile vi è pressoché equivalenza dei valori in gioco tra le due parti contendenti (attore e convenuto), mentre nel processo penale non vi è la stessa equivalenza.

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.



LA VITAMINA D: LA REALE IDENTITÀ E LE MOLTEPLICI FUNZIONI NELL'ORGANISMO UMANO

Vincenzo De Stefano, Internista e Cardiologo, Direttore Centro Synthesis - Medicina Specialistica Integrata

Introduzione

Il termine vitamina D è in realtà improprio perché trattasi di un ormone liposolubile. Le vitamine in genere svolgono funzioni di coenzima attivando le reazioni chimiche organiche. La vitamina D agisce legandosi a un recettore nel citoplasma cellulare. Il complesso vitamina-recettore va ad attivare la *trascrizione* di un gene con produzione di una proteina effettrice. Questo è un tipico meccanismo d'azione degli ormoni.

Ci sono 5 diverse forme di vitamina D: D₁, D₂, D₃, D₄, D₅. Le due più importanti forme sono la vitamina D₂ (Ergocalciferolo) e la D₃ (Colecalciferolo), con attività biologica simile. L'ergocalciferolo (D₂) è di provenienza vegetale, il colecalciferolo (D₃) è sintetizzato negli organismi animali. L'esposizione della cute ai raggi solari permette la trasformazione del 7-deidrocolesterolo in colecalciferolo (Vit. D₃): sintesi endogena. Il colecalciferolo è assunto anche attraverso gli alimenti che lo contengono.

Fatta questa premessa, esaminiamo in maniera chiara e concisa i concetti fondamentali per conoscere la multiforme attività della vitamina D.

Attivazione Metabolica

Sia la vitamina D₃ (colecalciferolo) che la D (ergo calciferolo) hanno bisogno di essere attivate per espletare la loro azione.

La prima fase dell'attivazione si svolge nel fegato. Qui il colecalciferolo subisce una reazione di idrossilazione con formazione di 25-idrossicolecalciferolo. Questo passa nella circolazione generale e si lega a una proteina trasportatrice specifica: *Proteina legante la Vitamina D* (DBP).

Il 25(OH)D, legato alla DBP, ritorna in circolo e arriva al rene dove avrà una ulteriore idrossilazione tramite l'azione dell'enzima 1.alfa-idrossilasi: avremo quindi la forma attiva: 1,25 idrossi-colecalciferolo (calcitriolo).

Meccanismo d'azione

La vitamina D ha un meccanismo d'azione simile a quello degli ormoni steroidei. La sua azione si esplica grazie al legame con un recettore endocitoplasmatico: **VDR** (Vitamin D Receptor).

Il complesso vitamina-recettore penetra nel nucleo e induce la sintesi di acido ribonucleico messaggero (mRNA) che codifica per una proteina responsabile dell'effetto biologico: la *Calcium Binding Protein*, ovvero CaBP.

Esistono parecchi tipi di CaBP: la CaBP intestinale, ossea, renale e cutanea che hanno strutture diverse.



Funzione centrale della vitamina D

Mantenere l'omeostasi fosfo-calcica: per questo scopo essa agisce a livello dell'intestino dell'osso e del rene. A livello intestinale favorisce l'assorbimento del calcio; a livello osseo provoca un riassorbimento osseo stimolando l'attività degli osteoclasti; a livello renale determina un riassorbimento del fosforo e del calcio.

Complessivamente la vitamina D lavora per garantire un'adeguata quantità di calcio e di fosforo nel sangue.

Dalla vitamina D all'ormone D

La presenza del recettore della vitamina D (VDR) in 36 tipi di cellule/organi diversi e il suo meccanismo d'azione di tipo ormonale ha determinato negli ultimi anni una nuova identità della vitamina D: quello di essere un ormone con complesse e molteplici funzioni regolatrici nel nostro organismo.

Come già detto, il recettore della vitamina D è stato trovato in 36 tipi di cellule/tessuti: adiposo, surrenale, osso, midollo osseo, cervello, rene, cellule cancerogene, cartilagini, colon, ovaio, epididimo, follicolo pilifero, intestino, rene, fegato, polmone, linfociti T e B, muscolo cardiaco, muscolo somatico, muscolo liscio, osteoblasti, cellule Beta del pancreas, paratiroidi, parotidi, ipofisi, placenta, prostata, retina, pelle, stomaco, testicolo, timo, tiroide, utero.

Va poi rilevato che la reazione finale 1-alfa idrossilazione che attiva la vitamina D, oltre che nel rene, può avvenire in molti altri tessuti: colon, cellule dendritiche, cellule endoteliali, cervello umano, ghiandola mammaria, isole pancreatiche, ghiandole paratiroidi, placenta, prostata, pelle.

Questo dimostra la capacità di molti organi di attivare in loco la 25-OH Vitamina D, per la regolazione di funzioni locali.

Il complesso di queste conoscenze ha portato a coniare l'espressione "**Sistema endocrino della vitamina D**" e a definire quest'ultima come *ormone D*.

Tutte le più recenti ricerche hanno dimostrato che la sfera di influenza biologica della vitamina D è molto più ampia di quanto i ricercatori pensassero inizialmente, come dimostrato dalla distribuzione tissutale del VDR, dalla mediazione della sola omeostasi del calcio (intestino, ossa, reni) al funzionamento come ormone pluripotente in 5 aree fisiopatologiche in cui i ricercatori hanno chiaramente identificato azioni biologiche aggiuntive di 1-alfa,25 (OH) D₃ attraverso il VDR. Queste aree fisiopatologiche sono: il sistema immunitario adattativo, il sistema immunitario innato, la secrezione dell'insulina da parte delle cellule pancreatiche, il funzionamento multifattoriale del cuore e la regolazione della pressione sanguigna, il cervello e lo sviluppo del feto.

La ricerca sta quindi ampliando la sfera di influenza nutrizionale della vitamina D originaria, da un focus sulla salute delle ossa a un'estensione a 5 sistemi fisiologici aggiuntivi.

Le linee guida nutrizionali per l'assunzione della vitamina D devono essere attentamente rivalutate per determinare la dose adeguata per ottenere una buona salute, coinvolgendo tutti i 36 organi bersaglio piuttosto che solo i primi 4 (intestino, rene, ossa, paratiroidi) che sono considerati per l'omeostasi del calcio.



Carenza di vitamina D

Uno stato carenziale di vitamina D può entrare nella patogenesi o comunque fra i fattori di rischio di molte malattie.

L'elenco è molto lungo.

- Deficit immunitari con maggiore incidenza di infezioni virali
- Malattie autoimmuni
- Alcuni tipi di cancro : al seno, al colon, al polmone, alla prostata.
- Malattie cardiovascolari
- Diabete di tipo 1 e di tipo 2.
- BPCO e asma bronchiale
- Osteoporosi
- Dolore cronico
- Sclerosi multipla
- Deterioramento cognitivo in età avanzata
- Sintomi depressivi
- Vitiligine, psoriasi e dermatite atopica
- Malattie reumatiche
- Malattie infiammatorie croniche intestinali

Una breve nota sulla pandemia da COVID-19

Senza entrare nello specifico, è importante evidenziare vari studi epidemiologici, pubblicati fra aprile e ottobre 2020, che hanno correlato con notevole evidenza statistica la relazione inversa tra incidenza e gravità dell'infezione da COVID 19 (SARS Cov2) e la concentrazione della vitamina D nel sangue dei pazienti.

Nelle fasce di popolazione con concentrazione di vitamina D nel sangue compresa fra 50-70 ng/ml l'infezione incideva in misura minima e con minima sintomatologia!!

Ricordo in breve il significato dei vari livelli di vitamina D nel sangue :

- Meno di 10 ng/ml: grave carenza
- 10-20 ng/ml: carenza
- 20-30 ng/ml: insufficienza
- 30 ng/ml e oltre: normale
- 40-70 ng/ml: ottimale
- Oltre 100 ng/ml: sovradosaggio
- Oltre 150 ng/ml: intossicazione.

Considerazioni conclusive

La conclusione generale è che ogni medico, nel gestire le indagini diagnostiche dei pazienti, non può prescindere da una valutazione dei livelli di vitamina D nel sangue e da un rapido e prioritario intervento per ottimizzarne i valori.



Bibliografia

- 1) Cynthia Aranow, Vitamin D and the Immune System, *J Investig Med*. 2011 Aug; 59(6): 881–886.
- 2) Nagpal S, Na S, Rathnachalam R. Noncalcemic actions of vitamin D receptor ligands. *Endocr Rev*. 2005;26(5):662–87
- 3) Holick MF. Vitamin D deficiency. *N Engl J Med*. 2007;357(3):266–81
- 4) Ben-Zvi I, et al. The impact of vitamin D on dendritic cell function in patients with systemic lupus erythematosus. *PLoS One*. 2010;5(2):e9193
- 5) Van Etten E, et al. Regulation of vitamin D homeostasis: implications for the immune system. *Nutr Rev*. 2008;66(10 Suppl 2):S125–34
- 6) Anthony W Norman, From vitamin D to hormone D: fundamentals of the vitamin D endocrine system essential for good health, *The American Journal of Clinical Nutrition*, Volume 88, Issue 2, August 2008, Pages 491S–499S
- 7) Charles Pierrot-Deseilligny, Jean-Claude Souberbielle. Vitamin D and multiple sclerosis. An update. *Mult Scler Relat Disor* 2017 May;14:35-45
- 8) Matías-Guío J, Oreja-Guevara C, Matias-Guiu JA, Gomez-Pinedo U. Vitamin D and remyelination in multiple sclerosis. *Neurologia*. 2018 Apr;33(3):177-186
- 9) Geng C, Shaikh AS, Han W, Chen D, Guo Y, Jiang P. Vitamin D and depression: mechanisms, determination and application.
- 10) Zhu M, Wang T, Wang C, Ji Y. The association between vitamin D and COPD risk, severity, and exacerbation: an updated systematic review and meta-analysis, *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2016 Oct 19;11:2597-2607
- 11) Sang-Min Jeon^{1,2}, Eun-Ae Shin, Exploring vitamin D metabolism and function in cancer, *Exp Mol Med* 2018 Apr 16;50(4):20



CULTURA E SOCIETA'

Riflessioni per una storia della pandemia da Coronavirus

Aurelio Musi



Professore ordinario di Storia Moderna presso la facoltà di Scienze Politiche dell'Università di Salerno. Membro del direttivo della Società Salernitana di Storia Patria. Giornalista pubblicista. Collaboratore del quotidiano "La Repubblica". Ha svolto ricerche sulla storia delle istituzioni europee nell'età moderna, sul Mezzogiorno spagnolo, su problemi di metodologia e storia della storiografia. Ha fatto parte di organismi di ricerca internazionale (ESF, GISEM, ecc).

Fase prima, fase seconda... e poi? L'incertezza del futuro scandisce la fine di questo 2020. Un anno vissuto pericolosamente, che ha lasciato macerie materiali, morali, psicologiche. La speranza del **vaccino** e la fiducia nelle sue "magnifiche sorti e progressive" non solo non cancellano gli effetti della prima pandemia nell'era della globalizzazione, ma non garantiscono sul futuro prossimo venturo.

Coronavirus e pandemia: raccontare l'anno del Covid-19

Il nostro *magazine* ha cercato di offrire ai lettori il suo contributo nei termini della conoscenza, dell'analisi, anche aprendo spazi intelligenti di evasione, di leggerezza, di curiosità.

Ma, a conclusione di quest'anno avvertiamo il bisogno di tornare alle origini, alla spinta che ha stimolato la creazione de *L'identità di Clio*. Torniamo alle radici per fare storia presente.

Storia presente significa analizzare il qui ed ora non attraverso lo sguardo ingannevole del frammento, dell'universo scomposto delle schegge impazzite, delle informazioni che si succedono e si sovrappongono nello spazio e nel tempo del disordine casuale. Bensì attraverso la lente della storicità: capace di osservare il presente come storia nella dimensione dello spazio-tempo, che non è certo quello della successione lineare, ma non è nemmeno quello privo di logica, inafferrabile, vuoto di senso, trasmesso dalla comunicazione quotidiana.

Quindi, storia presente non è "storia immediata" nel senso di eventi e situazioni che si collocano e si verificano in completa sincronia con il loro osservatore. Questo, per sua natura, è un tipo di osservazione privo di densità temporale e tende a dissociare la attualità più immediata dalla cadenza temporale dei fenomeni sotto osservazione.

Il presente è il centro di gravità del tempo storico: mette in circuito la spazialità con i suoi diversi strati temporali. La sincronia non come statica categoria ma come concetto storico attraverso cui



osservare le connessioni simultanee; la diacronia nell'attualità, la durata come intreccio fra continuità e discontinuità.

Il presente storico può configurarsi così anche come una nuova epoca rispetto al passato recente. Ma non è "presentismo", cioè assunzione del tempo dell'istante senza passato e senza futuro: piuttosto modernità attuale, suo svolgimento nella fase più recente, un "nuovo regime" di modernità. Tentiamo allora di proporre una, sia pure per ora assai approssimativa, storicizzazione della pandemia. Vi offriamo qui la prima puntata.

Coronavirus: la fase 1

I giorni drammatici della prima fase di diffusione del Coronavirus furono sconvolgenti per la difficile e assolutamente inedita gestione contemporanea della improvvisa comparsa dell'infezione.

Con la crescita esponenziale, nel brevissimo arco temporale, del contagio, con l'altissimo numero di vittime e di malati, con il mutamento profondo di abitudini e stili di vita, con l'angosciante incertezza derivante dall'impossibilità di prevedere l'uscita dall'emergenza. E, al tempo stesso, con la certezza sconvolgente dei suoi effetti di lunga durata sull'economia, i rapporti sociali, la vita civile, la psicologia individuale e collettiva.

Si capì subito subito che il Covid-19 non era democratico.

Le persone più colpite dal Coronavirus e dalla pandemia

Colpiva tutti, certo. Ma l'eguaglianza apparente non riusciva a nascondere le diseguaglianze sostanziali. Anzi ne costituiva un moltiplicatore, il fattore di drammatico aumento di tutti gli squilibri di diversa natura. Il virus ci metteva di fronte a due ordini di effetti.

Il primo era quello determinato dalle differenti condizioni di partenza. Era il "qui ed ora", per così dire, del divario tra chi era più esposto al contagio e chi lo era meno. Il secondo ordine era il "dopo": gli effetti di media e di lunga durata sulla scala economica, sociale, civile, psicologica, capaci di approfondire ulteriormente il solco tra ricchi e poveri, tra più agiati, meno agiati, disagiati, tra integrati ed esclusi.

In un perverso meccanismo cumulativo, i due ordini di effetti si presentavano fra loro strettamente intrecciati non solo a livello locale e nazionale, ma nella prospettiva globale, in quella che fu definita la prima vera guerra mondiale contro un nemico invisibile a diffusione capillare.

I medici nei reparti Covid

I più colpiti dall'infezione erano in primo luogo i soggetti in rapporto diretto e quotidiano con i contagiati: medici nei reparti Covid degli ospedali (alcuni, soprattutto al principio, costretti ad operare come in un "lazzaretto", privi dei necessari accorgimenti protettivi e degli strumenti più idonei e indispensabili per la diagnosi e la cura); personale sanitario e addetti al servizio trasporto dei pazienti, a contatto con effettivi o potenziali contagiati.

Le attività commerciali e la pandemia

Ma maggiore esposizione coinvolgeva anche operai e produttori di beni essenziali, trasportatori e addetti alla distribuzione, dipendenti dei centri commerciali in contatto con clienti spesso stressati e non sufficientemente consapevoli delle condizioni di duro lavoro svolto da chi si sacrificava per rendere più accettabile la vita dei cittadini al tempo del Coronavirus.



Le forze dell'ordine in prima linea contro il Coronavirus

E non potevano essere dimenticate le forze di polizia che stavano garantendo il controllo del territorio in una condizione assai difficile. Dunque in tutti questi casi era l'attività professionale a costituire il fattore principale di diseguaglianza tra i più fortunati e, in certo senso, privilegiati e i più esposti al contagio che svolgevano con responsabilità spinta a volte fino al sacrificio, con turni massacranti, il loro lavoro.

Pandemia e solitudine: gli anziani

L'altra categoria era costituita dagli anziani nelle case di cura e di riposo. Qui furono tanti i contagiati e i morti sia per le condizioni di prossimità in cui vivevano, sia per la non specifica preparazione degli operatori, che non potevano garantire adeguata assistenza, sia per i ritardi negli accertamenti e nei soccorsi.

Covid-19: le condizioni dei detenuti

E i detenuti? Stipati in numero sproporzionato in celle anguste incubatrici di virus, avevano attirato l'attenzione persino di Vittorio Feltri, che rimproverò il suo fedele e mitico amico, Matteo Salvini, verso il quale nutriva ammirazione e devozione quasi incondizionate. Il giornalista lo criticò per aver sottovalutato il problema e per non sostenere la decongestione delle carceri attraverso l'invio agli arresti domiciliari dei detenuti meno pericolosi.

I senzatetto e i precari tra solidarietà e paura

Ma anche altre diseguaglianze esplosero al tempo del Coronavirus: tra chi aveva una casa e i senzatetto; tra chi, anche nella limitazione dell'osservanza delle regole, poteva contare comunque sugli affetti familiari, sulla socialità del quartiere, e chi era costretto a vivere in solitudine; tra chi poteva disporre solo del medico di base e chi aveva la possibilità di ricorrere al medico privato; tra i precari, i piccoli commercianti e gli artigiani, i miserabili delle partite Iva e i tanti professionisti e percettori di altissimi redditi, gli evasori fiscali.

Covid-19: il dramma della solitudine

E poi c'era un dramma nel dramma su cui era necessario riflettere: quello della solitudine.

L'espressione, alquanto sinistra per la verità, "controlli anti-socialità", "distanziamento sociale" come dispositivo necessario e sacrosanto per fronteggiare l'emergenza virus, e il martellante slogan "io resto a casa" furono introiettati nella mentalità collettiva, nei comportamenti quotidiani della maggioranza e attivarono, a diversi livelli, meccanismi di reazione e autoregolazione.

Ma non tutti godevano di questi privilegi, non tutti potevano permetterseli. Donne e uomini soli sarebbero stati sempre più soli nell'emergenza pandemica. E molti compresero che per il Covid si poteva morire *in solitudine*, quando videro la lunga fila di camion che trasportavano le bare ai cimiteri o agli inceneritori dei morti della Bergamasca.

Ma a me venne anche da pensare che tra gli effetti di media durata del contagio avremo forse dovuto piangere ancora più morti *per solitudine*.

Continua...



UN NATALE IN MODALITÀ NAD

Domenico Cassano

Viviamo tempi all'insegna di una discontinuità che ha invaso ogni settore della nostra esistenza, non risparmiando neppure il Natale che sarà vissuto - ricorrendo all'orrendo lessico delle sigle - in modalità NAD (*Natale a distanza*). Ciò nonostante questa ricorrenza continua ad assumere profondi significati in ciascuno di noi, credente o laico che sia: evento testimoniale significativo ma anche momento privilegiato per l'insorgere di tensioni interiori e acute riflessioni che indulgono a una *ri-nascita* di uomini nuovi, rinnovati dalle fondamenta.

Il cambiamento non è mai indolore, anche se - sostiene un pensatore - ancor più dolorosa è la resistenza al cambiamento: una condizione che non risparmia nessun essere vivente perché essa rappresenta "la costante dell'universo".

Un aforisma scritto da Eraclito può essere considerato un perfetto vademecum su come tirar fuori il meglio di sé e rendere il vivere (e con esso il *con-vivere*) un'arte. L'arguto pensatore, anticipando di 2000 anni il famoso motto cartesiano, scrive: «ogni giorno, quello che scegli, quello che pensi e quello che fai è ciò che diventi».

Tre parole-chiave da analizzare brevemente:

1) *scegliere* (dal latino *ex-eligere*, scegliere da) indica la necessità di compiere di un percorso valutativo, di pro e contro, di confronti aperti e stimolanti, che portino a elaborare decisioni il più ampiamente "inclusive", sì da poter dire "ho scelto bene", vale a dire "*nell'interesse comune*";

2) *pensare* (dal latino *pendere*, pesare con precisione, ponderare), nel senso di esaminare con cognizione, competenza e senso di equità: difficile *ponderare* un pensiero se ci si muove nella palude stagnante della preclusione;

3) *fare* diventa, in tal modo, un agire in sintonia col pensiero e le scelte che lo sottendono.

Tre modalità *dinamiche* dell'essere che non sono innate ma si affinano nel corso della vita se siamo sanamente autocritici e coraggiosi nel confronto, in grado di condurci, se applicate, verso quei luminosi orizzonti di Conoscenza che Platone definiva "sapienziale", vale a dire che ha come punto di arrivo "il bene in sé".



L'*altra* strada che porta al cambiamento - ben più tortuosa ma per questo più alta e sublime - ci viene indicata dal Natale, coi suoi i profondi significati: parafrasando l'antropologo Franco Salerno, questa ricorrenza rappresenta non solo l'attesa dell'Evento della Nascita ma anche il superamento di una Morte metaforica, nel senso che *si muore* rispetto a ciò che era prima e *si rinasce* rinnovati. Per realizzare ciò l'uomo deve superare le prove del Labirinto (le oscurità del Profano) per giungere alla Grotta, elemento centrale in ogni presepe, eletta a Ombelico (Centro) del Mondo (*omphalòs tes ghes*), luogo di iniziazione al Mistero.

C'è un personaggio – tra i tanti che animano il tipico presepe napoletano – che riposa, disteso, "con gli occhi chiusi", come sottolinea Italo Sarcone: è Benino, il pastore dormiente (v. fig). Il suo sonno lo prepara al Viaggio verso la Conoscenza: l'Uomo nuovo nasce con il risveglio, sotto l'effetto della luce delle stelle, simbolo dell'Onniscienza divina. Quelle stesse stelle che in quella magica notte illuminano a giorno un mondo nuovo - come recita l'inno natalizio di S. Alfonso de' Liguori: "*Quando nasce il nino a Betlemme era notte e pareva mezzogiorno. Mai le stelle, lustre e belle, se vedettono accusì... Non c'erano nmemmice pe' la terra, la pecora pasceva co' lione*".

E il pastore incarna il prototipo dell'Uomo che ripercorre l'iter di Colui che è nato in una grotta, indi sepolto e da cui infine risorge, pronto ad affrontare la fatica dell'esistere su questa tragica, ma pur sempre splendida, Terra.

Buon Natale!

Fig.1 - Il pastore Benino



STORIA DELLE VACCINAZIONI

L'eterna lotta tra uomini e germi

Domenico Cassano

Le prime epidemie di cui si conservi memoria storica risalgono a circa 10.000 anni fa, sul finire dell'ultima glaciazione, allorché si assiste a un cambiamento radicale nella vita urbana dell'*homo sapiens*: il passaggio da isolati insediamenti tribali a centri ad ampia densità abitativa e con esso la domesticazione di piante e specie animali varie (bovini, ovini, avicoli). Ciò ha comportato il diffondersi degli agenti patogeni all'uomo e, conseguentemente, lo sviluppo delle prime epidemie.

Il vaiolo - malattia virale trasmessa all'uomo da bovini e cammelli - rappresenta una delle prime *zoonosi* ad emergere nell'antico continente, affliggendo con le sue cicliche ondate intere generazioni, con tassi di mortalità fino all'80% ed esiti nei sopravvissuti rappresentati da cecità, deturpazioni cutanee e deformità agli arti.

Nella storia dell'umanità, è stata la prima malattia ad essere debellata sulla terra, come dichiarato dall'OMS, nel 1979.

E' proprio nei confronti del vaiolo che sono descritte le prime forme di immunizzazione artificiale. Esse vengono praticate in Cina già a partire dal 1000 d.C.: i medici di corte proteggono le persone sane dal contagio insufflando nelle loro narici la polvere di croste di soggetti affetti da vaiolo. Tale pratica - detta *variolizzazione* - consente di acquisire "memoria" della malattia conferendo protezione a vita da eventuali nuovi contatti con l'agente patogeno, riducendo in tal modo, in maniera significativa, l'indice di mortalità.

Grazie agli scambi culturali e commerciali che caratterizzano la *via della seta*, la tecnica della variolizzazione si diffonde dapprima in Turchia e successivamente in Europa.

I medici ottomani praticano l'immunizzazione da vaiolo con differente modalità rispetto ai cinesi: prelevando frustoli di materiale dalle pustole di soggetti affetti e inoculandoli in corrispondenza della regione deltoidea della spalla del soggetto sano, mediante due aghi puntuti.

La diffusione della variolizzazione in Inghilterra avviene a partire dal 1721 per opera di *Mary Wortley Montagu*, consorte dell'ambasciatore britannico in Costantinopoli, sfigurata in gioventù dal vaiolo. Costei promuove tale metodica presso le autorità inglesi e dopo averla testata anche sul suo primogenito, la effettua sui due figli della



principessa Carolina di Brandeburgo. Da quel momento, la pratica della variolizzazione trova ampia diffusione presso l'intera popolazione europea.

Sul finire del XVIII secolo si assiste alla nascita di una tecnica innovativa di immunizzazione: la vaccinazione. Il medico di campagna, l'inglese *Edward Jenner*, nel 1798 dimostra che è più semplice ed efficace immunizzare la popolazione ricorrendo a materiale estratto dalle pustole di vaiolo di provenienza bovina (il *vaiolo vaccino*) anziché umana, sulla base di una presunta, ridotta virulenza della malattia nelle vacche rispetto all'uomo. L'arguto dottore, per dimostrare ciò ricorre a un esperimento oggi impraticabile, date le vigenti limitazioni etiche: inocula in un ragazzo di 8 anni, *James Phipps*, frammenti estratti dalle pustole di una mungitrice del luogo, *Sarah Nelmes*, provocando nel giovane una forma attenuata di vaiolo, rendendolo in tal modo immune a successivi contagi.

Un'ulteriore svolta si realizza grazie al chimico *Louis Pasteur* che tra il 1879 e il 1885 dimostra che è possibile attenuare non solo naturalmente ma anche *artificialmente* la virulenza di vari agenti patogeni per l'uomo, quali il carbonchio (1881) e la rabbia (1885).

Al grande scienziato è attribuibile il primo caso al mondo di vaccino artificialmente attenuato, testato sull'uomo. Siamo nel 1885: alle richieste di una madre disperata perchè il figlio di 9 anni, *John Meister*, è stato morso da un cane rabbioso, lo studioso decide di intervenire somministrando - e con successo - un vaccino antirabbico ancora in fase sperimentale.

Pasteur sviluppa anche un modello di vaccinazione veterinaria mettendo in atto il vaccino contro il colera dei polli e quello contro il carbonchio per bovini, equini e ovini - la qual cosa avrà riflessi economici e sociali notevoli. La definizione di un metodo, detto, appunto, "*di Pasteur*", basato su una serie di specifiche tappe concettuali nella preparazione di un vaccino (isolare, coltivare, attenuare, iniettare il germe patogeno) getta le basi della moderna scienza delle vaccinazioni e dell'immunologia.

Nel 1884 *Robert Koch* stila i postulati che definiscono l'*origine microbica delle infezioni*: le malattie infettive sono causate da agenti patogeni che infettano l'organismo ospite, per poi duplicarsi, fino a diffondersi alla popolazione circostante attraverso le secrezioni (saliva, lacrime), il sangue e le feci. Questa data sancisce la nascita ufficiale della microbiologia come scienza.

Nel 1957 l'immunologo australiano *Frank Mac Farlane Burnet*, per aver descritto i meccanismi biologici che sottendono le difese immunitarie e che si estrinsecano tramite la funzione degli anticorpi, viene insignito del Nobel per la Medicina.

Chiudo questo breve excursus citando due esempi di alta umanità e filantropia: i casi degli illustri virologi, *Jonas Salk* e *Albert Sabin*, creatori di due differenti, ma



egualmente efficaci, vaccini contro la poliomielite, malattia che ha provocato paralisi agli arti in migliaia di bambini, soprattutto negli anni '50 del secolo scorso e anch'essa debellata nel nostro paese nel 1982.

Entrambi gli scopritori, al fine di ridurre il prezzo del vaccino, sì da consentirne la più ampia distribuzione, hanno rinunciato ai proventi derivanti dal brevetto il cui valore all'epoca era stato stimato intorno ai 7 miliardi di dollari.

A essi va il nostro accorato plauso mentre ai tanti detrattori che alimentano teorie novax, prive di qualunque fondamento scientifico, il monito a una conoscenza ispirata ai dettami della scienza sì che la scelta di vaccinarsi o meno non diventi solo un fatto di libertà personale ma soprattutto un atto di responsabilità collettiva.



Caro Direttore, ti scrivo

Caro Direttore,

dal 28 al 30 novembre u.s. si è tenuto il 51° Congresso (virtuale) della SIN che ha visto la presenza di numerose personalità che hanno svolto interessanti e poliedriche relazioni.

Una delle sessioni, dedicata completamente alla nostra Associazione, ha avuto come protagonisti il nostro Presidente Domenico Cassano, Carlo Alberto Mariani, Francesco Rodolico e la sottoscritta.

E' stata per noi una grande occasione perché, per la prima volta nell'ambito della SIN, si dava voce anche agli specialisti territoriali e non nascondo l'emozione che ho provato nel vedere l'AINAT finalmente parte integrante della nostra Società Madre.

Come è giusto che fosse, le nostre relazioni erano tutte improntate a dare la maggior importanza possibile all'attività territoriale come elemento essenziale per la raccolta di un gran numero di informazioni dato il suo enorme bacino d'utenza.

Ognuno dei relatori ha offerto la propria esperienza in seno al Distretto in cui opera, come contributo, tra l'altro, per una maggiore e più proficua collaborazione ospedale-territorio.

Queste finalità hanno spinto la sottoscritta a proporre la propria esperienza sul ruolo del territorio nella gestione delle cefalee croniche e a raccontare le battaglie intraprese per dare dignità alla figura del neurologo ambulatoriale.

La caparbia e la passione sono state decisive nel giungere all'emanazione di una nota della Regione Puglia dell'agosto 2020 che apriva finalmente anche ai centri Cefalee territoriali (fino ad allora esclusi) la possibilità della prescrizione degli anticorpi monoclonali nelle cefalee croniche.

Il lavoro propedeutico a questo successo (raggiunto per solo impegno di un altro collega e mio personale, senza l'appoggio di nessun ente o associazione del settore, che in realtà avrebbe dovuto sostenerci) era consistito nella sofferta partecipazione a numerosi incontri, per circa un anno, ai tavoli tecnici regionali pugliesi per i PDTA cefalee.

Ho voluto dunque portare la mia esperienza come auspicio perché questi solchi, appena tracciati, diventino le necessarie strade sulle quali debba viaggiare la realizzazione della maggiore coesione possibile fra ospedale e territorio.

L'impegno deve essere di tutti noi perché nessuno mai ci regalerà niente, soprattutto se dovrà rinunciare a qualcosa di acquisito - e non è chiaro a che titolo.

Voglio, pertanto, ringraziare il mio Presidente Domenico Cassano e il Presidente della SIN prof. Gioacchino Tedeschi per l'opportunità datami di poter offrire il mio modesto contributo in questo percorso condiviso.

Un grazie particolare al prof. Mancardi, egregio ed entusiasta moderatore della sessione.

Giovanna Trevisi

Centro Cefalee, DSS Campi Salentina, ASL Lecce



AINAT

CONSIGLIO DIRETTIVO

- Domenico Cassano (presidente)
- Fortunata Tripodi (vice-presidente)
- Francesco Rodolico
- Sandra Paglionico
- Vincenzo Mascia
- Giovanna Trevisi

COMITATO SCIENTIFICO

- Francesco Rodolico
- Renato Sambati
- Roberto Tramutoli

REVISORI DEI CONTI

- William Scalzo
- Maria Assunta Urciuolo
- Antonello Zorcolo

COLLEGIO DEI PROBIVIRI

- Matteo De Bartolo
- Carlo Fattorello Salimbeni
- Enrico Volpe

COMITATO DI REDAZIONE AINATnews

- Roberto Tramutoli (Direttore editoriale)
- Gennaro Cascone (Redattore capo)
- Domenico Cassano (Direttore scientifico)
- Carlo Alberto Mariani
- Vincenzo Mascia
- Francesco Rodolico
- Renato Sambati

