



AINATnews

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

XIII CONGRESSO NAZIONALE



In cerca dell' Araba Fenice

LA NEUROLOGIA DEL TERRITORIO NEL TERZO MILLENNIO
ATTUALITÀ, CONTROVERSIE, PROSPETTIVE

NAPOLI 17-19 OTTOBRE 2019

ATTI DEL CONGRESSO

IN QUESTO NUMERO

L'editoriale

Il Congresso Nazionale: un ponte tra passato e futuro
di R. Tramutoli, pag. 5

Il XIII congresso nazionale AINAT

Condividere “*virtute e canoscenza*”
D. Cassano, pag. 7

Abstracts

Le forme della solitudine: aspetti fenomenologici
D. Cassano, pag. 8

La solitudine nell' immaginario letterario e antropologico
F. Salerno, pag. 11

Nei meandri della solitudine: il corpo malato
N. Iacovino, pag. 14

Andamento epidemiologico delle malattie neurologiche
R. Tramutoli, pag. 16

Expert opinion on classification of primary headache in childhood and adolescence
A. Özge, pag. 17

Episodic syndromes that may be associated with migraine
M. Valeriani, pag. 21

Report dei primi 5 anni di attività di un ambulatorio dedicato alle cefalee dell'ASL
ROMA 1
T. Catarci, pag. 22

La depressione nel XXI secolo
U. Volpe, pag. 26



L'esperienza "solitaria" di uno psicoanalista nel mezzogiorno: Marco Levi Bianchini
G. Salomone, pag. 28

Lo spettro della degenerazione lobare fronto-temporale: dall'eterogeneità clinico-
patologica alle basi genetiche
C. Coppola, pag. 32

L'epistemologia neurologica nel mondo delle emozioni
C.A. Mariani, pag. 36

La malattia di Alzheimer e la sindrome del caregiver: un nuovo allarme sanitario
Vincenzo Mascia, pag. 38

Il fascicolo sanitario elettronico (FSE): prospettive per la rete della neurologia
territoriale
F.R. Rodolico, pag. 41

In copertina:

Allegoria della Città di Napoli - Bacco, Cerere e le Sirene Partenope, Ligea e
Leucosia con il dio Sebeto
Olio su tela
Paolo De Matteis,
Museo Nazionale di San Martino (NA)

In allegato

Il programma del XIII congresso



L' EDITORIALE

Il congresso nazionale: un ponte tra passato e futuro

Roberto Tramutoli

Il Congresso Nazionale AINAT di Napoli si configura al contempo come punto di arrivo e di partenza.

Non si può infatti ignorare il percorso fin qui compiuto, dalla sua costituzione, da una associazione di pochi Specialisti votati al lavoro prevalentemente pratico sul territorio, a valenza quasi esclusivamente regionale, che faticavano a trovare collegamenti e rapporti con le Società scientifiche universitarie e con le rappresentanze ospedaliere. Una diversa formazione, diverse aspettative, una ignorata visione comune della missione cui erano chiamati i Neurologi di ogni estrazione, ci ha per troppo tempo relegati al ruolo di comprimari se non, come a volte accaduto, alla irrilevanza culturale e scientifica nell' ambito delle principali manifestazioni neurologiche. Il lavoro tenace, assiduo, non scevro da sacrifici ma soprattutto costante di Colleghe e Colleghi che si sono avvicendati nel tempo nei ruoli rappresentativi dell' Associazione ed il contributo di idee e scientifico degli iscritti, via via sempre più numerosi, ha comportato una crescita ed una strutturazione che ha permesso di trovare e realizzare una nostra identità. Dal più piccolo seminario o incontro locale fino ai Congressi Nazionali, la qualità del lavoro svolto si è andata perfezionando e arricchendo, richiamando l' attenzione delle altre Società ed Associazioni. Non vi è dubbio che i mutamenti della Medicina e della Neurologia, soprattutto con la crescente richiesta di prestazioni ambulatoriali e assistenziali dettata da fattori demografici quali l' invecchiamento della popolazione e la denatilità, abbiano favorito il riconoscimento degli Specialisti Ambulatoriali, ma per l' AINAT credo abbia contato molto più il sapersi porre come Associazione integrativa al problema sanitario nazionale, grazie soprattutto alla propria crescita culturale e non solo al mero riconoscimento di un ruolo tecnico-istituzionale. Ne è riprova che questo percorso non è avvenuto per altre branche specialistiche territoriali.

Se questo è il percorso fin qui svolto e di cui essere fieri, è ancora più impellente la necessità di aprirsi ai nuovi scenari e sviluppi della Medicina del terzo millennio, di confrontarsi con valori e con idee di sempre maggior spessore scientifico, di plasmare la nostra cultura ed il nostro lavoro a forme partecipate di collaborazione, in altri termini di crescere ancora in una visione nazionale dei fini e delle strategie.

Da tale angolazione il Congresso di Napoli costituisce una base nuova di partenza.

La ricchezza del programma, ben articolato nelle varie sessioni didattiche, gli argomenti meritevoli di Letture Magistrali come quella sulla Neurologia del III Millennio, i corsi e seminari integrativi, la partecipazione di autorevoli studiosi dall' estero, la ben ponderata e maggiore partecipazione dei nostri iscritti alle sessioni scientifiche, l' adesione massiva delle più importanti Società Scientifiche lo configurano come un evento degno delle maggiori espressioni congressuali della Neurologia, cioè un qualcosa di cui essere orgogliosi.

Va dato merito ai Colleghi campani di aver saputo spendere tempo ed energie nel migliore dei modi per il felice risultato e soprattutto nell' interesse dell' Associazione, con nuovo lustro e visibilità. Il loro impegno costituirà l' impegno dell' Associazione tutta per il futuro, perché un tale risultato di



cultura, bellezza e ,mi sia consentito, dedizione non vada disperso ma,al contrario, incrementato e, se possibile, perfezionato. Non sarà facile, visto il livello raggiunto.

Un sentito grazie ed un abbraccio caloroso , pertanto, va al Presidente, al Comitato Scientifico ed a tutti i Collaboratori ed artefici del Congresso ed un auspicio ed un invito alla massima partecipazione da parte di tutti, iscritti e non. Lo meritano!



CONDIVIDERE “VIRTUTE E CANOSCIENZA”

Domenico Cassano

Parlare di un ruolo centrale del Territorio nell'ambito di un panorama sanitario *complesso*, quale quello odierno, non è un discorso da visionari ma un'assoluta necessità: nuovi criteri di sostenibilità e sviluppo impongono la messa in atto di modelli di cura che riconoscono nel Territorio non più un'Araba Fenice - il mitico uccello della cui esistenza tutti son certi ma che nessuno ha giammai visto - bensì l'anello di congiunzione mancante tra due grandi protagonisti della scena sanitaria: l'Ospedale e l'Università.

Numerosi sono, a tutt'oggi, gli ostacoli che si oppongono alla realizzazione di progetti condivisi che consentano di rilanciare il Territorio in maniera uniforme su scala nazionale. Purtroppo, un passo fondamentale da compiere riguarda i Neurologi che operano nei vari settori clinico-assistenziali. Parafrasando Dante, essi devono condividere “*virtute e canoscenza*”: non più rivendicare l'appartenenza a una categoria gerarchicamente differenziata ma riconoscersi in un'unica famiglia che, pur operando in luoghi diversi, condivide univocamente i profondi avanzamenti della specialità e coopera sintonicamente con l'obiettivo di migliorare l'assistenza alle persone affette da patologie altamente disabilitanti.

In tale temperie, un ruolo primario può essere svolto dall'AINAT. A distanza di 25 anni dalla sua nascita, l'associazione, pur nei suoi numerosi avanzamenti, presenta ancora nell'agenda molteplici ruoli e compiti da svolgere: di rilevanza primaria quello di fungere da collante tra i vari interlocutori della scena per realizzare percorsi condivisi tra i luoghi ove viene trattata l'acuzie e la complessità - ovvero l'Ospedale e l'Università - , e i luoghi ove viene curata la cronicità e la disabilità - ovvero il Territorio.

Di fondamentale importanza, il dialogo e l'intesa con le più importanti Società scientifiche con l'obiettivo di mettere a punto protocolli che mirino a dare forma alle diverse possibilità di cooperazione e di intervento, ad attuare progetti di studio e di ricerca sì da incidere significativamente sulle cure e sulla qualità di vita dei pazienti affetti da patologie neurologiche croniche.

Espressione di una tale vivacità di interessi e intenti è l'organizzazione del XIII Congresso nazionale che ci accingiamo con vivo piacere a presentarvi, con la sua esaltante corale di studiosi provenienti dalle più importanti istituzioni universitarie, ospedaliere e territoriali, italiane e straniere. A riprova di una nostra ferma convinzione: solo se uniti potremo fronteggiare le innumerevoli sfide che il futuro prossimo ci pone; solo se uniti potremo tutelare appieno, da una parte la dignità professionale di una categoria che si è vista sottrarre, nel corso degli ultimi due decenni, spazi vitali di competenza, dall'altra la dignità ferita di chi soffre.



Domenico Cassano

Neuro-Psichiatra, ASL SA, info@domenicocassano.it

Introduzione

La solitudine rappresenta una delle condizioni esistenziali più difficili da descrivere nella sua ricchezza e problematicità.

Obiettivo di questa esposizione è analizzare le varie forme della solitudine e i modi con cui esse si articolano nelle esperienze del dolore e della malattia.

Una condizione fondamentale della vita

Alcune riflessioni di Romano Guardini sugli aspetti psicologici, umani e spirituali della solitudine ci spingono a una comprensione più profonda: “*La vita umana rimane sana solo quando continuamente si rinnova l’esperienza della solitudine...*”. In essa “*l’uomo inserito strettamente nella trama dei rapporti della comunità si desta alla consapevolezza della sua persona*” [1].

In realtà, molti sono i modi d’essere della solitudine: vi è quella *positiva*, creativa, fonte di conoscenza di sé e meditazione, in cui si cela una domanda di serenità e di speranza; vi è quella *negativa*, dolorosa, che isola e separa dal mondo, che si genera nella malattia, nel dolore dell’anima e del corpo, nella perdita della speranza.

La solitudine non è l’isolamento

La solitudine rappresenta la *dimensione diastolica* della vita che rischia di essere divorata dall’*homo faber* che si nasconde in ciascuno di noi [2]. Un aspetto caratterizzante è rappresentato dalla relazione con l’io-l’altro: ci si apre al dialogo interiore, alla trascendenza; si travalicano i confini della propria individualità e si continua ad essere aperti al mondo delle persone e delle cose, al desiderio, alla nostalgia di mantenersi in una relazione significativa con gli altri.

Nell’isolamento, di contro, ci si allontana dal mondo e ci si immerge in esperienze divorate dall’indifferenza e dal rifiuto di ogni comunicazione, finendo col pietrificarsi in un *io* che diventa monade chiusa che soffoca qualunque speranza che si apra al futuro.

La solitudine sta al silenzio come l’isolamento sta al mutismo

Stretti sono i rapporti col silenzio. Non c’è solitudine senza silenzio: silenzio è tacere ma anche ascoltare. Rientrando nel silenzio dischiudiamo i sentieri della riflessione e della meditazione, meglio distinguendo le cose essenziali della vita da quelle che non lo sono e che non di rado sopravvalutiamo nei loro significati; meglio comprendendo l’importanza di valori quali la sensibilità e la carità, le attese e la speranza, la contemplazione e la preghiera - che sono quelli a cui dovremmo affidare i nostri pensieri e le nostre azioni. Nel confronto con gli altri è fondamentale ricercare e intravedere le possibili ombre del dolore e della sofferenza, gli smarrimenti interiori e il grido silenzioso della disperazione che è in loro.

Un film-documentario *Il grande silenzio*, girato nel 1995 dal regista Philip Groning in un monastero certosino dell’Alta Savoia, ci dice come, nell’incontaminato silenzio di quelle montagne incantate, si possa scoprire l’infinitudine della vita e trasformare l’apparente isolamento dei luoghi nell’esperienza di una solitudine che si fa comunione e dialogo.



L'esperienza del tempo

Quando la sofferenza, quella senza fine, scandisce la nostra esistenza si realizza la sconfitta del *tempo della clessidra*. Inspiegabilmente, passato, presente e futuro si intrecciano e si frantumano. Memoria e speranza si mescolano l'una all'altra senza che sia possibile distinguerle. In tal modo crollano le certezze storiche, della *nostra* storia e della storia come scansione della vita e non si sa nemmeno più se ci confrontiamo con qualcosa che è realmente accaduto o con qualcosa che non è mai accaduto. Di fatto, nella solitudine si realizza, rispetto all'isolamento, una diversa declinazione temporale: la vittoria del tempo vissuto e l'apertura al futuro, all'avvenire, alle attese, alla speranza; l'isolamento, di contro, è congelato su un *presente agostiniano*, staccato dal passato e dal futuro: una miseria imperitura e una sofferenza senza fine invade ogni anfratto della nostra esistenza.

L'importanza dell'introspezione

Ci si avvia a liberarsi da una condizione fenomenologica di isolamento quando si riesca a trasformarlo in solitudine.

Etty Hillesum, ebrea olandese, è riuscita a modificare la condizione di atroce isolamento, a cui era stata consegnata nel campo di concentramento di Westerbork, in una condizione interiore di solitudine creatrice e spiritualmente salvifica. Pur nella consapevole attesa di essere avviata alla morte ad Auschwitz, ella scrive parole di una straordinaria bellezza, suscitanti emozioni intense e laceranti, che lasciano stupefatti per il coraggio e la speranza contro ogni speranza: *“Le minacce e il terrore crescono di giorno in giorno. M’innalzo intorno la preghiera come un muro oscuro che offra riparo, mi ritiro nella preghiera come nella cella di un convento, ne esco più ‘raccolta’, concentrata e forte. Questo ritirarmi nella chiusa cella della preghiera diventa per me una realtà sempre più grande, e anche un fatto sempre più oggettivo”* [3].

Il cammino della cura

La psicoterapia, la farmacoterapia sono in grado di ricreare questo passaggio, dalla maschera della solitudine, che è l'isolamento, a una condizione che abbia a riempirsi di contenuti emozionali autentici.

Colui che vive nel fragile guscio di una condizione dolorosa e segreta, va aiutato a riconoscerne le tracce invisibili, ricercando altresì le possibili motivazioni di fondo.

Fondamentale è l'educazione all'ascolto: decodificare il linguaggio delle parole recise e di quelle inesprese; interpretare il linguaggio dei volti e dei gesti che si sostituisce a quello delle parole; vestirsi sempre della *“mimica dello spirito”*, vale a dire il sorriso; usare tutto ciò che è in nostro possesso per mantenere tenere sempre accesa la fiaccola della speranza: per ridare una luce a chiunque sia immerso negli oscuri meandri della propria solitudine.

Concludiamo con alcune parole tratte dal Diario di Agnese, delicata figura del film *Sussurri e grida* di Bergman, vittima di un male che la relega in una solitudine immobile e pietrificata: *“Ho avuto il regalo più bello che una persona possa ricevere in vita sua. Il regalo ha molti nomi: solidarietà, amicizia, calore umano, affetto. Credo che la grazia sia proprio questo!”* [4].

Bibliografia essenziale

[1] Romano Guardini, *Virtù*, Morcelliana, 1972

[2] Eugenio Borgna, *La solitudine dell'anima*, Feltrinelli, 2014



[3] Etty Hillesum, *Diario 1941-1943*, Adelphi, 1996

[4] Ingmar Bergman, *Sussurri e grida*, 1972



LA SOLITUDINE NELL' IMMAGINARIO LETTERARIO E ANTROPOLOGICO

Solitude in the literary and anthropological imagery

Franco Salerno

scrittore e socio-antropologo

Via De Liguori, 25, 84087 Sarno (SA) franco.salerno3@gmail.com

Parole chiave: solitudine, infinito, altro, infelicità e felicità

Introduzione: significato e etimologia del termine “solitudine”

Lo spunto iniziale per la trattazione del tema “La solitudine nell’immaginario letterario e antropologico” è rappresentato da una poesia di Emily Dickinson (1830-1886), che dopo il 1855 visse per più di 30 anni senza uscire di casa, convinta che la solitudine e il rapporto con sé stessa fossero veicoli per la scoperta dell’autenticità dell’esistenza: *Ha una sua solitudine lo spazio,/ solitudine il mare/ e solitudine la morte – eppure/ tutte queste son folla/ in confronto a quel punto più profondo,/ segretezza polare,/ che è un’anima al cospetto di sé stessa:/infinità finita* [1].

L’etimologia della parola “solo” è rivelatrice: deriva dal latino “solus”, variante di “sollus”, che significa “a sé stante”, ma anche “intero”. Infatti “solus” non contiene solo il concetto di separazione (“se-parare” ha come prefisso la particella “se” che può indicare “scissione ed esclusione”), ma rinvia a un concetto di “divisione” che porta però a un significato opposto (non dimentichiamo che una “divisione” di soldati indica un gruppo ferreamente compatto). Quindi la separazione allude concettualmente anche all’unione e all’inclusione (e l’individuo, per entrare in un codice *altro* da sé, deve attraversare una formazione propedeutica). Insomma, per pre-parare sé stessi, bisogna compiere un Viaggio: e un Viaggio di tal fatta è quello che noi compiremo nei Territori della Letteratura e dell’Antropologia.

Materiali e metodi della Relazione

I materiali e i metodi della presente ricerca fanno riferimento alla esegesi testuale -secondo le leggi della comunicazione linguistica da Roman Jakobson [2] a Umberto Eco [3]-, alla ricerca antropologica codificata da Ernesto de Martino [4] e alle caratteristiche della comunicazione 3.0 fondata sulla contaminazione dei codici (il nostro procedere si avvarrà di riferimenti biblici e di notazioni musicali, oltre che naturalmente di testi poetici e di eventi della cultura popolare). Il tutto illustrato attraverso slide esplicative e riassuntive.

Risultati della Relazione

I risultati della Relazione prendono l’avvio da uno dei testi fondati relativi al “pre-pararsi”: il cosiddetto “canto della Sentinella” (Isaia 21,11) a cui qualcuno chiede “Quanto resta della notte?”. La sentinella non lo sa e risponde «Se vi piace interrogare, tornate...». Non importa sapere; quel che importa è che non smarriamo il desiderio di interrogare e di interrogarci per sapere quando finirà la notte. Il non far domande, invece, presuppone lo smarrimento del senso stesso della nostra vita.

I poeti fanno della loro solitudine il punto di partenza della loro esperienza visionaria. Ogni Poeta è «solo» nella sua avventura di Uomo e di Scrittore, «trafitto da un raggio di sole» nel suo intimo,



mentre «è subito sera» fuori della sua mente. Questa è la “condicio animi” del Sommo Poeta Dante, che usa l’aggettivo «solo» come una parola-chiave della «Commedia» [5]. Dante è «solo» nel ritrovarsi nella selva oscura del Peccato, da cui inizia il suo Viaggio come *agens*: «...e io sol uno/ m’apparecchiava a sostener la guerra/ sì del cammino e sì de la pietate...» (*Inf.*, II, 3-5). Ma il suo “itinerarium mentis atque corporis” è compiuto con una Guida (Virgilio prima e Beatrice poi), che lo assistono nella “pre-parazione” intellettuale e spirituale: Dante, durante il suo Viaggio, esce dalla sua solitudine e parla a nome dell’Umanità e di Dio. I dannati, invece, sono soli, perché in vita si sono posti fuori della Comunità dei fedeli rifiutando il messaggio divino del «destino significativo».

Tra i dannati scegliamo Paolo e Francesca. Il colore della loro solitudine e del loro peccato è il rosso: a Dante che va «per l’aere perso» Francesca si presenta così: «noi che tignemmo il mondo di sanguigno» (*Inf.*, V, 89-90). Paolo e Francesca sono soli quando peccano («Soli eravamo»). Ma c’è una terza presenza (Gianciotto) e soprattutto una quarta presenza (eterea, impalpabile, cosificata). Chi è? O che cosa è? E’ il libro, che funge da “intermediario disviante”.

Un altro grande Poeta, Giacomo Leopardi, parte dalla solitudine, dalla sofferenza dell’uomo e del genere umano. Il suo pessimismo cosmico si incardina sin dal 1824 sulla inevitabilità della infelicità, causata dalla Natura. L’intellettuale, però, consola le altre persone (soprattutto “coloro che non sanno”) con la sua pietà attiva. Due tappe di questa consolazione sono: il *Dialogo di Plotino e Porfirio* 1827 (in cui Plotino riesce a convincere Porfirio a non suicidarsi e viceversa a “tenersi compagnia l’un l’altro”) e poi *La ginestra* (1836). La tesi di questa lirica “sinfonica” è la seguente: siamo soli fin dalla nascita dinanzi al dolore e siamo destinati alla morte, ma l’uomo -ammettendo il proprio esser *frale*- deve combattere contro la Natura matrigna, insieme a tutti gli uomini, la più titanica delle sue battaglie con una *social catena* [6].

E, infine fra i poeti, va citata l’esperienza di Cesare Pavese, che sperimentò una forma straniante di solitudine al confino a Brancaleone Calabro, nel 1935. Qui scrive uno dei suoi capolavori: la poesia

Lo steddazzu, il cui protagonista è «l'uomo solo», il quale «si leva che il mare è ancor buio» e «le stelle vacillano»: «pende stanca nel cielo una stella verdognola». Il paesaggio fisico diventa paesaggio dell’anima: Pavese è un esploratore degli abissi dell’animo umano, in cui si avventura senza una Guida, compiendo la parabola inversa rispetto a Dante [7].

E spostiamoci nel campo dell’antropologia culturale. Scegliamo come argomento monografico il rapporto fra il tarantismo e la danza della pizzica. Il fenomeno del tarantismo, che è localizzato in talune aree pugliesi (come il Salento), consiste in un offuscamento dello stato di coscienza (dopo il morso della tarantola) in modo non dissimile dall’epilessia o dall’isteria. Fu Ernesto de Martino il primo ad affermare che la “tarantola” era un animale simbolico. Il “morso della tarantola”, secondo lui, rappresentava conflitti psichici individuali che rimordono nell’oscurità dell’inconscio [8]. Il dolore delle tarantate si manifestava non solo nell’agitarsi convulsamente, ma anche nell’affrontare stoicamente il momento della guarigione a suon di musica (eseguita da altre persone presenti). Nel testo di una pizzica salentina («Nun era da vini») l’innamorato, ormai solo, è travagliato e a lui giungono i sospiri della donna: egli prova un desiderio profondo dell’amata, che è stata “pizzicata sotto l’orlo della gonnella”. Grazie alla pizzica ella può vivere attimi di liberazione dalla repressione secolare della sua femminilità [9].



Discussione e conclusioni

In conclusione, testi aulici e testi popolari sono intrisi del nero della solitudine, del rosso del sangue, ma anche del verde della speranza. La solitudine, tipica dei profeti e dei mistici, dei poeti e dei musicisti, esprime, a differenza dell'isolamento, una condizione esistenziale che pone la vita umana in rapporto dialettico con l'Infinito e con il mondo degli altri.

Bibliografia

- [1] Emily Dickinson, *Tutte le poesie*, a cura di Marisa Bulgheroni, Meridiani Mondadori, Milano, 1997
- [2] Roman Jakobson, *Saggi di linguistica generale*, a cura di Luigi Heilmann, Feltrinelli, Milano 1966
- [3] Umberto Eco, *Trattato di semiotica generale*, Milano, Bompiani, 1975
- [4] Ernesto de Martino, *Sud e magia*, Feltrinelli, Milano, 1959; n. ed. 2002 (con introduzione di Umberto Galimberti)
- [5] Franco Salerno, *Il Labirinto e l'Ordine*, commento integrale alla "Divina Commedia", Simone, Napoli, 2012
- [6] Sebastiano Timpanaro, *Classicismo e illuminismo nell'Ottocento italiano*, Nistri-Lischi, Pisa, 1965.
- [7]. G. Ferraro, F. Salerno e A. Zulati, *Nuovo Millennio*, Storia e antologia della letteratura italiana, vol. III, Simone, Napoli, 2012
- [8]. Ernesto de Martino *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, Il Saggiatore, Milano, 1961
- [9] Franco Salerno, Ugo Maiorano e Viridiana Myriam Salerno, *Eros e Tammorra*, Buonaiuto, Sarno, 2019



NEI MEANDRI DELLA SOLITUDINE

Nicla Iacovino

“Mi dicevo che a Roma mi attendevano due soli affari importanti, uno era la scelta del mio successore che interessava tutto l’impero, l’altro era la mia morte, e concerneva me solo”.

(Memorie di Adriano, *Margerita Yourcenauer*)

“E quel corpo dimenticato torna a languire quando la morte comincia a sussurrargli di prepararsi. Ma il punto è che non si è mai abbastanza pronti per partire. Per lasciare tutto senza sapere dove dover andare, e perché. Qualunque sia la destinazione di Ivan, dovrà andar via solo”.

(La morte di Ivan Illich, *Lev Tolstoj*)

Sapere di avere una malattia cronica espone il corpo malato alla vulnerabilità della condizione umana, rende di colpo consapevoli di essere soli con la propria malattia, rende tangibile la linea di demarcazione tra le persone sane che continuano a vivere la propria esistenza quotidiana e quelle che non hanno più futuro, se non la morte, spesso auspicata come fine delle proprie sofferenze; altra linea di confine è quella rappresentata dalla condizione del malato cronico, compresso in un tunnel senza sbocco: non si muore ma si va avanti senza mai guarire, senza mai uscire dal corpo malato .

La morte e la malattia oggi sono eventi rigorosamente privatizzati rispetto a quanto avveniva in passato; in un mondo produttivistico e consumistico che si muove sempre più veloce, la malattia è una colpa che isola ed esclude; in particolare i bambini vengono *protetti* e quindi allontanati dai malati e dai moribondi mentre “sarebbe auspicabile che essi familiarizzassero con l’evento naturale della morte, con la finitezza della propria vita e di quella altrui”. Si muore da soli perché nel nostro tempo si tende a vivere anche da soli. Ma la solitudine, poter vivere da soli senza dipendere, è un privilegio che non può permettersi il malato non autosufficiente.

Una malattia cronica, rispetto ad una malattia acuta, comporta una sofferenza psichica a causa delle caratteristiche stesse della cronicità: l’obiettivo non è la cura per il superamento della malattia ma un limitato miglioramento; la cura è continua e raramente risolutiva, la diagnosi è multipla e non sempre diagnosticabile. L’aumento delle malattie croniche è connesso a differenti fattori come l’invecchiamento della popolazione e l’allungamento dell’età media di vita.

A questo fenomeno in crescita, nonostante ci sia negli ultimi anni una maggiore attenzione da parte delle istituzioni, non si danno risposte adeguate. Il Coordinamento nazionale delle associazioni di malati cronici rileva come la prima difficoltà che incontra un malato cronico è la mancanza di sostegno psicologico a cui si accompagnano i problemi economici dovuti alle spese che le famiglie non riescono a sostenere, quali quelle necessarie ad adattare l’abitazione, il costo per badanti e rette per strutture residenziali o semiresidenziali, i costi per protesi e ausili non rimborsati dalle Aziende Sanitarie e non compresi nel Nomenclatore, le liste di attesa. A questo si aggiunga la perdurante confusione tra malattie rare, congenite e complesse, la mancata inclusione nei LEA di malattie che richiederebbero invece particolare sostegno.



Nei sistemi di cura la persona umana passa in secondo piano rispetto alla cura dei singoli organi. I sentimenti, il mondo interiore, i sogni, le esperienze, la memoria unica della persona malata o morente, non hanno valore, diventano un rifiuto da differenziare nella discarica delle cose inutili. Il malato cronico tende ad isolarsi perché assorbito dalla paura, dalle difficoltà connesse alla gestione della malattia e perché teme di essere un peso ingombrante per gli altri. D'altro canto, ricerche epidemiologiche hanno evidenziato come la solitudine sia un fattore di rischio di malattie croniche e di morte. La mancanza di legami sociali accelera il decadimento e aumenta la sofferenza. È quindi importante che la famiglia e le reti sociali non lascino sola la persona affetta da malattia cronica ma che siano sostenute nel ruolo di caregiver. Anche in Italia pertanto si diffondono reti, gruppi di mutuo aiuto per malati cronici, che aiutano ad uscire dalla percezione di solitudine. Si afferma la medicina narrativa, il potere della scrittura come strumento terapeutico che aiuta a vivere e a condividere l'esperienza personale di solitudine. "Ci sono momenti in cui si avverte il desiderio di raccontare la propria storia di vita. Per fare ordine dentro di sé e capire il presente, per ritrovare emozioni perdute e sapere come si è diventati, chi dobbiamo ringraziare o dimenticare. Quando questo bisogno ci sorprende, il racconto di quel che abbiamo fatto, amato, sofferto, inizia a prendere forma. Diventa scrittura di sé e alimenta la passione di voler lasciare traccia di noi a chi verrà dopo o ci sarà accanto. Sperimentiamo così il "pensiero autobiografico", attraverso la scrittura si ricostruisce la propria identità mettendo insieme le parti di sé che la malattia ha prepotentemente frammentato". E allora si sfuma la linea di confine tra persona sana e corpo malato perché, di fronte alla straordinaria avventura di stare al mondo, sentiamo di essere tutti "a scadenza", programmati per morire, come nell'agghiacciante libro di Ishiguro "Non lasciarmi", che è un invito a vivere, finché si è in vita, la gioia degli affetti sinceri, l'amicizia, l'amore. Superare l'isolamento e condividere un destino comune. "Rifugiarsi in giardino. In un luogo ove morire non sia aspro. Ove morire faccia un po' meno paura. Dove sia possibile non darsi troppa importanza per l'inevitabile non esserci più, un giorno. Accettando con calma di essere qualcosa di piccolo e indefinito, un puntino nel paesaggio..." "Vale sempre la pena di piantare un giardino, anche se di tempo ne resta poco, se tutto vacilla e la morte avanza. Vale sempre la pena di trasformare un angolo di terra in un posto accogliente, un luogo dove ci sia più vita".

Il riferimento al giardino è anche metafora del coltivare, sempre, anche quando il corpo malato rallenta o impedisce le azioni fisiche: ciò che conta è la relazione di cura, la capacità di ricevere e dare cura: nel prendersi cura di altro da sé si esce dalla solitudine interiore, la mente acquista una nuova forza vitale, il corpo malato fa meno male.

Referenze

1. La solitudine del morente, N.Elias
2. Raccontarsi, D. Demetrio
3. Il giardino ancora non lo sa, P. Pera



L'ANDAMENTO EPIDEMIOLOGICO DELLE MALATTIE NEUROLOGICHE

Roberto Tramutoli

La recente conferenza organizzata a Roma dalla FNOMcEO sugli Stati Generali della Professione Medica ed Odontoiatrica ha sottolineato come tre macro tendenze influenzeranno nel prossimo futuro la formazione dei medici. Macro tendenza demografica che vede un allarmante aumento della popolazione anziana collegato all' invecchiamento ma anche alla denatalità in alcuni Paesi europei, tecnologica, legata alla digitalizzazione ed allo sviluppo dell' intelligenza artificiale e quella della globalizzazione, con sempre nuovi bisogni emergenti e riduzione delle distanze economico-sociali.

Alcune patologie, come quelle neurodegenerative, mostreranno un incremento della prevalenza, un impatto sui costi e più in generale una esplosione del loro peso complessivo (GBD: Global Burden Disease)ricollegabile alla tendenza demografica. In particolare per le demenze già si è assistito ad un raddoppio della prevalenza mondiale nell' arco di 25 anni (1990-2016)(1) e nello stesso arco di tempo il Parkinson ha mostrato un incremento ancora maggiore (da 2.6 milioni a 6.3 milioni con un una fase di triplicazione prevista per il 2040, con quasi 18 milioni di persone affette). Tali dati e previsioni hanno portato, nell' ultimo anno, a parlare di una vera pandemia della Malattia di Parkinson, da ricercare anche nel fatto che, a differenza delle demenze e di tutte le altre malattie neurodegenerative, tale malattia correla con l' incremento dello stato economico e sociale delle popolazioni (2). Un incremento ben inferiore ma certamente simile mostreranno la SLA (3) ed anche questa non solo per problematiche demografiche, come sembrano mostrare le proiezioni tra USA e Cina, e la Sclerosi Multipla (4) che pur con un incremento del solo 10% comporterà un sensibile aumento dei costi assistenziali per un numero elevato di anni.

Accanto alle classiche macro tendenze bisognerà ancora valutare il fenomeno migratorio, come già segnalato dal World Migration Report 2010 (5) che prevede nel 2050 un flusso migratorio di 405 milioni di persone. Tale fenomeno, in associazione a quello del turismo di massa, comporta il riemergere di vecchie patologie nel Continente Europeo, come la Malaria e le sue manifestazioni cerebrali, se non proprio l' arrivo di nuove malattie spesso sconosciute al Neurologo come la Febbre del West Nile o la Dengue.

Reference:

- Global, regional, and national burden of Alzheimer' Disease and other dementia, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 – The Lancet Neurology – January 1, 2018
- The Emerging Evidence of the Parkinson Pandemic - Dorsey E. Ray et al. Journal of Parkinson Disease Vol 8-2018
- Projected increase in amyotrophic lateral Sclerosis from 2015 to 2040 – Karissa C. Arthur et al – Nature Communication – Art 12408, 2016
- Global, regional and national burden of multiple sclerosis 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 – The Lancet Neurology – March 1, 2018
- World Migration Report 2010 the future of Migration: Building Capacities for Change



EXPERT OPINION ON CLASSIFICATION OF PRIMARY HEADACHE IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE

Prof. Dr. Aynur Özge

Professor of Neurology, Mersin University School of Medicine, Mersin, Turkey
aynurozge@gmail.com

On behalf of the Expert opinion team in order to appearance on the paper, Aynur Özge¹, Noemi Faedda², Ishaq Abu-Arafeh³, Amy A. Gelfand⁴, Peter James Goadsby⁵, Jean Christophe Cuvellier⁶, Massimiliano Valeriani^{7,8}, Alexey Sergeev⁹, Karen Barlow¹⁰, Derya Uludüz¹¹, Osman Özgür Yalın¹², Richard B. Lipton¹³, Alan Rapoport¹⁴ and Vincenzo Guidetti¹⁵

¹ Department of Neurology, Mersin University Medical Faculty, Mersin, Turkey.

² Department of Paediatrics and Child and Adolescent Neuropsychiatry, Sapienza University of Rome, Rome, Italy.

³ Royal Hospital for Sick Children, Glasgow UK.

⁴ UCSF Headache Center and UCSF Benioff Children's Hospital, Pediatric Brain Center San Francisco, USA.

⁵ NIHR-Wellcome Trust King's Clinical Research Facility, King's College London, England. ⁶ Division of Paediatric Neurology, Department of Paediatrics, Lille Faculty of Medicine and Children's Hospital, Lille, France.

⁷ Division of Neurology, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Piazza Sant'Onofrio 4, Rome, Italy.

⁸ Center for Sensory-Motor Interaction Aalborg University, Aalborg, Denmark.

⁹ Department of Neurology and Clinical Neurophysiology, University Headache Clinic, Moscow State Medical University, Moscow, Russia.

¹⁰ Faculty of Medicine, University of Calgary, Alberta Children's Hospital, Canada. ¹¹ Cerrahpaşa Medical Faculty, Department of Neurology, İstanbul University, Kocamustafapaşa, İstanbul, Turkey.

¹² İstanbul Research and Education Hospital, Kocamustafapaşa, İstanbul, Turkey. ¹³ Department of Neurology Montefiore Headache Center, Albert Einstein College of Medicine, Louis and Dora Rousso Building, NY, USA.

¹⁴ The David Geffen School of Medicine at UCLA, Los Angeles, CA, USA.

¹⁵ Department of Pediatrics and Child and Adolescent Neuropsychiatry, Sapienza University, Rome, Italy

Key words: headache, childhood, adolescence, primary, secondary, diagnosis, classification

Background: Headache is a frequent cause of pain and of significant disability in children and adolescents. Its varying presentations, etiologies, triggers and methods of management can pose diagnostic and therapeutic dilemmas. Owing to the high prevalence of childhood headache and the absence of specific objective diagnostic criteria for children, accurate clinical diagnostic criteria are needed. The 2013 International Classification of Headache Disorders-3 (ICHD-3) was published in a beta version to allow the clinicians to confirm the validity of the criteria or to suggest improvements based on field studies. The aim of this work was to review the Primary Headache Disorders Section



of ICHD-3 beta data on children and adolescents (age 0-18 years), and to suggest changes, additions, and amendments.

Methods: Several experts in childhood headache across the world applied different aspects of ICHD-3 beta in their normal clinical practice. Based on their personal experience and the literature available on pediatric headache, they made observations and proposed suggestions for the primary headache disorders section of ICHD-3 beta data on children and adolescents. The primary source of literature was Pubmed, and the paper also benefited from other widely used search engines, such as Google Scholar, and reference lists from single articles, reviews and editorials.

Results: Some headache disorders in children have specific features which are different from those seen in adults and which should be acknowledged and considered. Some features in children were found to be age-dependent: clinical characteristics, risks factors and etiologies have a strong bio psycho-social basis in children and adolescents making primary headache disorders in children distinct from those in adults.

Main Recommendations for Migraine diagnosis in children and adolescents

1. Recognition of the short duration of migraine attacks should be emphasized and highlighted.
2. Frontal Headache is common in children with migraine without aura and should be acknowledged.
3. Severity of headache is best described by the effect of headache on daily activities. Mild; if no interference, severe; if it stops all activities, moderate; if it interferes with some, but not all activities.
4. Presence or absence of light and noise intolerance can be inferred from change in behavior and reactions to light and noise, rather than by asking a direct question.
5. In a child with a normal neurologic examination and a headache phenotype consistent with migraine, an occipital location of the head pain without any additional red flag does not seem to increase the likelihood of a secondary cause.
6. It should be emphasized that the character of pediatric migraine changes over time. The distinction between migraine and tension-type headache is far less sharp in children than adults. Additional criteria may be needed, such as presence of motion sickness or osmophobia.
7. Vertiginous symptoms and motion sickness seem to be supporting features of pediatric migraine.
8. A sense of aural fullness should be added as a cranial autonomic symptom of pediatric migraine.

Table 1 Proposed criteria for migraine in children age 5 years and younger

- A. At least five headache attacks fulfilling the criteria from B to D
- B. The headache lasts for 30 min or longer (untreated or treated)
- C. The headache has at least one of the following characteristics:
 1. Pain of at least moderate severity
 2. Unilateral or bilateral headache
 3. Throbbing or pounding nature of pain,
 4. Exertion intolerance; avoidance of walking or playing;
- D. The headache is associated with at least one of the following:
 1. Loss of appetite, stomach discomfort or dizziness
 2. Sensitivity to light and sounds as indicated by inability to watch TV or play on the computer or on electronic games



3. Having one cranial autonomic symptom associated with headache attacks E. Not better accounted for by other diagnoses

Key point 1 for clinical practice: In a child with a normal neurologic examination and a headache phenotype consistent with migraine, an occipital location of the head pain should lead to caution in diagnosis, but a secondary cause may not be found.

Key point 2 for clinical practice: In young children the diagnosis of migraine can be particularly challenging due to their inability to verbalize symptoms; so it is essential to pay attention to behavioral clues rather than verbal reports, such as exertion intolerance and avoidance of walking or playing.

Key point 3 for clinical practice: The duration of headache attacks in children should be changed to 30 min to 48 h. Reducing the time duration could increase the number of children diagnosed with migraine.

Specific recommendations for primary headache disorders in children and adolescents;

The autonomic symptoms associated with children and adolescent migraine should not be considered as exceptions because there are substantiated data that suggest that they can be observed in the presence of reported aura or without aura symptoms, on its own.

CM is a growing problem of children and adolescents, as is the case with adults [31]. Risk factors and predisposing medical problems should be revealed by physicians.

The following comment should be added on the text of the Episodic syndromes that may be associated with migraine:

1. The clinical phenotype of childhood periodic syndromes changes with the developing brain and childhood periodic syndromes may present before migraine headache.
2. The definition of benign paroxysmal torticollis should include recurrent episodes of one-sided head tilt with slight rotation, with onset in the first year.
3. Infant colic should be moved from the appendix to the main body of ICHD-3 in the final version.
4. Familiarity with these disorders and their association with migraine headache may help clinicians reach the correct diagnosis and guide their selection of therapy.

The overlap of some symptoms between migraine and tension-type headache may make it difficult for clinicians to distinguish between them.

We need more cases of Trigeminal autonomic Cephalgias in children and adolescents to make good recommendations.

Conclusions:

1. Children are not simply small adults; they have distinct biopsychosocial attributes that play a clear role in the pathogenesis and presentation of headache disorders, with important differences from adults.
2. Different characteristics of headaches between children, adolescence and adults reflect the degree of brain maturation including myelination, brain plasticity, new synapse formation and synaptic reorganization.
3. Different characteristics of headaches between children, adolescence and adults reflect the degree of cognitive development.



4. At around two-six years of age, children may be unable to completely differentiate themselves from their environment, so they explain their experience through cause-effect relations.
5. It is important for physicians to be alert to the specific characteristics of pediatric headache for effective diagnosis and management.
6. The next version of the ICHD should include specific subtopics of pediatric headaches.

Reference:

Özge A, Faedda N, Abu-Arafeh I, Gelfand AA, Goadsby PJ, Cuvellier JC, Valeriani M, Sergeev A, Barlow K, Uludüz D, Yalın OÖ, Lipton RB, Rapoport A, Guidetti V. Experts' opinion about the primary headache diagnostic criteria of the ICHD-3rd edition beta in children and adolescents. J Headache Pain. 2017 Nov 23;18(1):109. doi: 10.1186/s10194-017-0818-y. Review.



EPISODIC SYNDROMES THAT MAY BE ASSOCIATED WITH MIGRAINE

Massimiliano Valeriani

Episodic syndromes that may be associated with migraine are defined as a group of disorders affecting patients with migraine or with an increased risk of presenting it. They are considered as an early life expression of migraine. The new ICHD-3 classification includes recurrent gastrointestinal disturbance (previously known as chronic abdominal pain), cyclic vomiting syndrome (CVS), abdominal migraine, benign paroxysmal vertigo, benign paroxysmal torticollis (BPT), infantile colics, alternating hemiplegia of childhood, and vestibular migraine. Additional conditions are motion sickness and periodic sleep disorders (such as sleep walking, sleep talking, night terrors and bruxism). Common clinical features of these conditions are a periodic or paroxysmal pattern, an association with subsequent diagnosis of migraine (26%) and a high rate of positive familial history for migraine. Episodic syndromes should be sought in children and adolescents with headache since they could support the diagnosis of a primary headache. Though in most cases they do not need any treatment, some conditions, such as cyclical vomiting syndrome, may have a huge impact on the quality of life and represent a challenge for the clinician.



REPORT DEI PRIMI 5 ANNI DI ATTIVITÀ DI UN AMBULATORIO DEDICATO ALLE CEFALEE DELL'ASL ROMA 1

(Report of the first five years of a headache out-patient clinic in the Azienda Sanitaria Locale (ASL) Roma 1)

Teresa Catarci

Poliambulatorio Luzzatti, ASL Roma 1, Roma

teresa.catarci@aslroma1.it

Parole chiave: ambulatorio, cefalee, ricerca clinica

Introduzione

L'ambulatorio cefalee è stato inaugurato nell'ottobre 2014 in seguito alla assegnazione di un turno vacante di neurologia, tramite un esame scritto comprovante le competenze in materia.

Dal giorno dell'inaugurazione è stato utilizzato un questionario di autosomministrazione in sala d'attesa [1], ideato per la raccolta delle caratteristiche della cefalea e per permettere una più veloce valutazione durante la visita in ambulatorio. Difatti, la raccolta dell'anamnesi della cefalea è di importanza fondamentale per la corretta gestione delle cefalee [2] e di norma occupa gran parte del tempo di visita. Il nostro ambulatorio può essere considerato un centro cefalee di II livello (centro SISC certificato dal 2015), collocato nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale che è cronicamente afflitto dalla insufficiente disponibilità di tempo per visita (range 15-30 minuti per paziente). Altri strumenti hanno tentato di ovviare a questa difficoltà, quali un diario della cefalea consegnato al momento della prenotazione o da compilare retrospettivamente in sala d'attesa, oppure scale di disabilità tipo Midas o Hit-6. Tuttavia, secondo la nostra opinione, tali strumenti danno una rappresentazione frammentaria dell'intero e complesso quadro clinico del paziente cefalalgico e sono più utili per il followup clinico o per portare la cefalea alla attenzione di un più vasto pubblico.

Secondo scopo del questionario – ma non per importanza – è stato quello di porre l'attenzione dei pazienti sulla descrizione dei sintomi chiave, previsti dalla classificazione delle cefalee.

Successivamente, sono stati valutati il primo anno e il secondo anno di attività del centro in base alla frequenza dei drop-out alle visite di controllo e la raccolta di informazioni relative alle motivazioni, tramite intervista telefonica [3, 4]. E' noto difatti che la gestione del paziente cefalalgico è molto complessa, in quanto deve tener conto non solo della raccolta accurata della storia clinica, ma anche di altri fattori quali la relazione medico-paziente, l'esame fisico e neurologico, il counseling e la futura presa in carico tramite puntuali programmazioni del followup.

Il terzo anno è stato presentato il primo case report relativo ad un paziente con fenomeno di visual snow transitorio, secondariamente permanente in seguito a stroke occipitale controlaterale, che pone degli interessanti quesiti sulla fisiopatogenesi del cosiddetto "stroke emicranico" [5].

Durante il terzo anno di attività inoltre l'ambulatorio ha partecipato allo studio epidemiologico SISC sulle emicranie croniche e ad uno studio multicentrico sulla pseudo-diagnosi di "cefalea da cervicale".

Materiali e metodi

Si tratta di un ambulatorio che dedica una mattina a settimana alle cefalee (30 minuti sia per prime visite che controlli) e che prevede: un servizio di accettazione tramite un desk di accoglienza infermieristica (per lo più amministrativa) e una visita neurologica generale più la valutazione dei trigger point e la mobilità della colonna. Viene poi raccolta l'anamnesi generale e valutato il



questionario sulle caratteristiche della cefalea con approfondimento degli item necessari per la diagnosi. Si comunica al paziente la diagnosi del tipo di cefalea, si fornisce counseling e si propone la terapia dell'attacco e di eventuale prevenzione, si consegna il diario della cefalea (app su cellulare o cartaceo o entrambi in base alla preferenza) e si invita il paziente a prendere l'appuntamento di controllo al desk dell'accoglienza e ad accomodarsi in sala, in attesa del referto da consegnare al curante e le relative prescrizioni di esami o di farmaci.

Il questionario autosomministrato è stato ideato usando i criteri ICDH-II [6] con la formulazione di domande sia in lingua italiana che inglese, vista la frequente presenza di pazienti provenienti dal centro rifugiati della nostra ASL (supplementary file al sito <http://anaesthesia-painmedicine.imedpub.com/archive/ipapm-volume-4-issue-1-year-2018.html>). Sono stati valutati i questionari di tutti i pazienti consecutivamente visitati dal mese di ottobre 2014 al mese di giugno 2015, in particolare sono stati raccolti i seguenti item: sesso, età, aderenza al questionario, qualità dell'informazione raccolta.

Per lo studio sui followup abbiamo analizzato retrospettivamente i piani di lavoro e le schede ambulatoriali di 328 pazienti consecutivi, in cui le visite di controllo erano state programmate tra gennaio 2016 e la fine di Dicembre 2017 e la relativa prima visita era stata eseguita nel corso dei 6 mesi precedenti. Venivano raccolti i seguenti dati: diagnosi della cefalea e frequenza degli attacchi, barriere linguistiche e nazionalità, data della prima visita e del follow up mancato, tipo di annullamento della visita (cancellazione o mancata presentazione alla visita), tempistica del followup e data di annullamento. Tutti i pazienti che non avevano effettuato il primo followup e non si erano mai più ripresentati all'ambulatorio, venivano contattati telefonicamente (dopo approvazione da parte della direzione sanitaria) dall'infermiera, per capirne la motivazione.

Risultati

Dal 1 ottobre 2014 AL 30 settembre 2019 sono stati visitati 805 pazienti inviati per cefalea di cui 36 in priorità B (10 giorni) 65 in priorità D (30-60 gg) e 702 programmati (entro 6 mesi). Solo 15 sono stati gli invii nell'agenda dedicata alle emicranie croniche. Il numero totale di accessi per visita di controllo sono stati 676, è presumibile che i pazienti attualmente presi in carico siano un centinaio. Le prime visite neurologiche generali sono state 1661, che comprendono anche pazienti con cefalea. In totale nell'arco di 5 anni sono stati effettuati 5153 accessi.

Le caratteristiche dei pazienti studiati per il questionario sulla cefalea sono riportate nella tabella 1, la cefalea primaria era di tipo emicranico nel 66%, tensiva nel 14% e nel 3% cefalea a grappolo.

(N =120) AGE (mean + SD)	41 + 14.7	
GENDER	Males 30 (25%)	Females 90 (75%)
DIAGNOSIS	Primary H/A 106 (88%)	Secondary H/A 14 (12%)
	Episodic 90 (75%)	Chronic 30 (25%)



La frequenza di risposta al questionario è stata del 77,5% (93 su 120 pazienti) due pazienti su 26 non avevano compilato a causa di barriera linguistica. I pazienti che compilavano il questionario erano statisticamente più giovani (39.5 ± 14.3 anni versus 46.2 ± 15.4 anni, $p < 0.05$). Tra i 93 pazienti che rispondevano al questionario non vi erano differenze di genere (80% del totale degli uomini e 77% del totale delle donne), o di frequenza di attacchi (80% delle cefalee episodiche e 70% delle croniche), mentre vi erano più pazienti con cefalee primarie che secondarie (81% versus 50% $p < 0.001$). L'item meno informativo era il n. 12 "descrive il tipo di mal di testa" dove il 52% dei pazienti riportava caratteristiche del dolore quali "grave" "fermo" "acuto" o "costante".

Nello studio del followup, dei 328 pazienti 45 non si presentavano alla prima visita di controllo (13,7%) 11 uomini 34 donne età media $39,2 + 12,5$ anni, 57,8% era straniero ma barriere linguistiche erano presenti in soli due pazienti. Ventisei pazienti non si presentavano alla visita mentre 19 avevano cancellato. Non vi era differenza nella distanza dell'ambulatorio dalla residenza dei pazienti (23 <10 km 22 >10 km), per quanto riguarda il tipo di pagamento della visita 5 erano esenti e 40 pagavano il ticket. E' stato possibile raccogliere le motivazioni del mancato followup in 32 dei 45 pazienti ed erano: logistica (8 pazienti), mancata soddisfazione dell'accoglienza (0), mancata soddisfazione della visita medica (2 pazienti), altre motivazioni (22 pazienti di cui 8 per remissione o miglioramento della cefalea).

Discussione

In 5 anni di attività nel nostro ambulatorio sono stati effettuati 1481 accessi per cefalea, di cui 805 per prime visite e 676 per controlli (senza calcolare i pazienti con cefalea inviati all'ambulatorio generale). Sono stati effettuati 3 studi epidemiologici (di cui due pubblicati e uno in forma di abstract), uno studio multicentrico (in press), un case report (in forma di abstract).

Il questionario pre-visita, utilizzato dall'apertura dell'ambulatorio, è stato ben accettato dai pazienti (75% di risposta) e viene tutt'ora utilizzato con notevole risparmio sul tempo di visita, valutabile considerando il tempo trascorso per quei pazienti che sporadicamente non riescono a compilarlo (primariamente per bassa scolarità o per barriere linguistiche). Le caratteristiche per sesso ed età della popolazione studiata erano molto simili a quelle riportate da altri centri cefalee come anche le caratteristiche della cefalea. L'item che era stato compilato con più difficoltà (descrive il tipo di dolore) è stato successivamente modificato per consentire una risposta più appropriata, inserendo degli esempi. E' da sottolineare, inoltre, che il questionario è stato disegnato non per l'utilizzo come screening, bensì come un supplemento per il paziente per meglio focalizzare le caratteristiche della sua cefalea che poi saranno utili al clinico per formulare la diagnosi.

Lo studio sulla percentuale di abbandono dopo la prima visita al nostro ambulatorio (relativo ai primi due anni di attività) ha rilevato una prevalenza del 13,7%, le motivazioni erano disponibili in più della metà dei pazienti e soprattutto da ascrivere a fattori logistici e altre di vario tipo tra le quali una buona gestione della cefalea dopo la prima visita. Questi risultati sono diversi da quelli riportati da uno studio simile effettuato in un centro di III livello a Boston, il cui il motivo principale di abbandono da parte dei pazienti era la scarsa soddisfazione per il medico [7]. E' stata recentemente suggerita una definizione multidimensionale della qualità di cura per le cefalee, per la quale alcuni criteri devono essere soddisfatti: diagnosi accurata e gestione individualizzata, percorsi di cura appropriati, educazione dei pazienti, comodità e convenienza, soddisfazione dei pazienti, efficienza ed equità, valutazione dei risultati e sicurezza [8]. Riteniamo che nell'analisi della soddisfazione dei pazienti debba essere considerata anche la percentuale e le motivazioni di abbandono dopo la prima visita.



Conclusioni.

L'attività clinica e di ricerca del nostro ambulatorio dedicato alle cefalee rappresenta un esempio di come, anche sul territorio, sia possibile fornire assistenza di qualità e allo stesso tempo effettuare studi clinici e epidemiologici. Fattore determinante per il raggiungimento di tale obiettivo, a nostro avviso, è stata la lungimiranza degli amministratori che hanno consentito l'apertura di un ambulatorio dedicato alle cefalee tramite selezione dello specialista e permesso un tempo di visita appropriato.

Riferimenti bibliografici

- 1) 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
- 2) Sances G, Catarci T. Management of headache patients. G. Nappi and M. Moskowitz editors. In: *Handbook of Clinical Neurology: Headache volume.* Elsevier. 2010; 127-135.
- 3) 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(1): 1131
- 4) Catarci T, Falomi I, Batistoni R. Non-Compliance with Follow-up Visits: Analysis of two years attendance to a Second Level Headache Centre in Italy. *H Head and Pain.* 2018;19(suppl1);P95
- 5) Catarci T. Visual snow in a patient with occipital stroke: do we have to rethink migrainous infarction pathophysiology? *The Journal of Headache and Pain* 2017, 18(Suppl 1):P40
- 6) The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition. *Cephalalgia* 2004;24:1-160.
- 7) Spierings EL, Miree LF. Non-compliance with follow-up and improvement after treatment at a headache center. *Headache.* 1993; 33: 205-209.
- 8) Schramm S, Uluduz D, Gouveia RG et al. Headache service quality: evaluation of quality indicators in 14 specialist-care centres. *J Headache Pain.* 2016; 17: 111.



LA DEPRESSIONE NEL XXI SECOLO

Umberto Volpe

Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Neuroscienze Cliniche/DIMSC, Università Politecnica delle Marche, Ancona.

PAROLE CHIAVE: depressione, clinica, trattamento, modernità.

La depressione, pur essendo la sindrome psichiatrica forse meglio caratterizzata nell'arco del lungo sviluppo delle scienze cliniche, rappresenta ad oggi il disturbo associato a maggior carico di disabilità in assoluto, tra tutte le possibili condizioni di malattia dell'essere umano. Inoltre, sebbene siano disponibili da varie decadi molti e differenti farmaci antidepressivi, circa un terzo dei pazienti affetti da depressione non rispondono adeguatamente ai trattamenti farmacologici standard. I possibili motivi del divario tra conoscenze sulla depressione e efficacia dei trattamenti sono probabilmente molteplici. In primo luogo, va considerata la complessità diagnostica dei quadri depressivi, spesso appiattiti da approcci classificativi rigidamente categoriali e ridotti ad un mero elenco di sintomi, in cui alcune entità nosografiche tradizionalmente afferenti alle patologie della sfera affettiva, non trovano adeguata collocazione. D'altra parte, la perdita della centralità della dimensionalità e della formulazione fenomenologica nella diagnosi di depressione ha paradossalmente prodotto anche un effetto opposto, ovvero l'eccessiva medicalizzazione di episodi, talora lievi e transitori, di flessione del tono dell'umore con il rischio di sovra-diagnosi e trattamento improprio. Inoltre, la depressione maggiore esordisce tipicamente in età giovanile e quindi può condizionare significativamente il funzionamento dell'individuo per molta parte della propria esistenza, se non adeguatamente e tempestivamente trattata. D'altro canto, negli ultimi anni, le forme depressive dell'anziano tendono sempre più a delinearci come quadri clinici polimorfi e non sempre sovrapponibili a quelli del giovane e dell'adulto, lasciando emergere un'esigenza di maggiore specificità sia in ambito diagnostico che terapeutico. Negli ultimi anni, infine, sta emergendo nella letteratura scientifica una maggiore attenzione alle forme depressive nei soggetti di sesso femminile, per i quali il carico di malattia sembra essere significativamente maggiore che per il sesso maschile; se a ciò si aggiungono i rischi che la depressione comporta quando insorge nelle donne nel periodo del *peripartum* nei termini di un peggior sviluppo dei figli di madri affette da depressione, si può facilmente intendere come il rischio sociale della depressione sia magnificato da tale effetto intergenerazionale. Infine, il rapido sviluppo di nuove tecnologie e modalità di comunicazione sociale pure ha determinato la comparsa di fenomeni psicopatologici specifici, che non di rado esitano in depressione e necessitano di programmi di intervento specifici. Per tali motivi, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, all'inizio del XXI secolo, ha lanciato un programma specifico per la riduzione del carico di malattia associato alla depressione, con una forte connotazione clinica ed operativa, volta anche a rafforzare il ruolo della medicina generale nell'identificazione e nel trattamento della depressione. Nel corso delle ultime decadi, infine, sono emerse nuove opportunità di intervento sulla depressione (che includono campagne anti-stigma e di sensibilizzazione; impiego di psicoterapie "brevi"; modelli di relazione medico-paziente più paritari; interventi sullo stile di vita e sull'esercizio fisico; uso delle nuove tecnologie e di strumenti terapeutici digitali), di cui verrà fornita una sintesi, rispetto alle indicazioni ed ai limiti dei principali nuovi approcci di cura.



BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

1. Firth J, et al. World Psychiatry 2017; 16(3): 287-298.
2. Goldberg D. World Psychiatry 2011; 10(3): 226-228.
3. World Health Organization. mhGAP intervention guide. LXV World Assembly, Geneva, 2012.



L'ESPERIENZA "SOLITARIA" DI UNO PSICOANALISTA NEL MEZZOGIORNO: MARCO LEVI BIANCHINI

The "lonely" experience of a psychoanalyst in the south: Marco Levi Bianchini

Giuseppina Salomone

SSD Neurofisiologia – DSM ASL SALERNO

Fondazione CeRPS

Nocera Inferiore via Federico Ricco 50

Email pinasalo@virgilio.it

Parole Chiave psicoanalisi,

Marco Levi Bianchini, (Rovigo 1875 - Nocera Inferiore 1961), psichiatra, neurologo, direttore di due grandi ospedali psichiatrici, Teramo e Nocera Inferiore, conosce la psicoanalisi, la studia, ne diviene il maggior divulgatore in Italia in anni bui e la applica, anche se in maniera non ortodossa «...il temerario psichiatra tardo positivista che fu uno degli antesignani sostenitori della scienza freudiana in Italia (2). Si mise in contatto con Freud con il quale avrà un ininterrotto rapporto epistolare che continuerà fino alla morte del maestro. Diffonde attivamente la nuova scienza con lavori propri, traduzioni di lavori psicoanalitici, recensione di opere. Nel 1913 traduce le prime due conferenze sulla psicoanalisi, tenute da Freud alla Clark University. Nel 1915 fonda a Nocera Inferiore la collana *Biblioteca Psichiatrica Intenazionale*, che nel 1921 si trasforma in *Biblioteca Psicoanalitica Italiana*, che pubblica opere, tradotte da Levi Bianchini di Freud ed opere di altri autori. "...da molti anni conosco il bel paese dell'Italia, ogni anno sento il bisogno di soggiornarvi per ritemprare le mie forze a nuovi lavori. Oggi, grazie alle fatiche del traduttore, acquisto diritto di cittadinanza anche presso la letteratura scientifica. La distinta intelligenza del prof. Marco Levi Bianchini dà garanzie per la scrupolosa fedeltà della versione ed è fortuna che non capita a tutti gli autori"(3). Nel 1920 fonda la rivista *Archivio Generale di Neurologia e Psichiatria*, che nel 1921 diviene *Archivio Generale di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi*, dal 1925 al 1931 organo ufficiale della *Società Psicoanalitica Italiana*, da lui fondata a Teramo nel 1925. Egli, come dice Musatti nel suo necrologio, ha avuto una posizione di primo piano per lo sviluppo della psicoanalisi nel nostro Paese, però, ha dovuto affrontare e superare notevoli difficoltà e, spesso, isolato per questa sua battaglia"...assumendo fra i colleghi psichiatri, scettici e beffardi nei suoi confronti, la figura di un don Chisciotte della scienza, fattosi paladino, di dottrine che si ritenevano assurde"(6). E solo nel dopoguerra, quando si ricostruì la Società Psicoanalitica Italiana, di cui divenne, membro onorario"...gli Psicoanalisti Italiani hanno voluto riconoscere la funzione culturale che Egli ha esercitato nel nostro Paese, introducendovi la conoscenza dell'opera di Freud in un tempo in cui Freud era pressoché del tutto ignorato, e quando la psichiatria italiana, ancorata su posizioni organicistiche, considerava ancora la psicoanalisi un cumulo di nebulose sciocchezze"(6). Per una giusta valutazione dell'opera del Bianchini, così complessa e non solo come documento storico, è molto interessante lo studio di manoscritti inediti di suoi tre trattamenti psicoanalitici, ricchi di annotazioni e di considerazioni. Lo stesso Bianchini con le sue fedeli trascrizioni, l'annotazione dei silenzi e della loro durata crea un'atmosfera transferiale. Dei



tre casi solo di uno vi è la trascrizione completa del trattamento. Riguarda una paziente di Biella, che, su consiglio di un medico viennese, si mette in contatto con il prof. Levi Bianchini, considerato un esperto di psicoanalisi in Italia. Il trattamento ha inizio il 21 Novembre 1932 e termina, alla 48 seduta, il 27 Gennaio 1933. Tutte le sedute si svolgono allo stesso orario, nel primo pomeriggio, presso lo studio del Bianchini a Nocera Inferiore. Dalla lettura della trascrizione delle sedute, si evincono le problematiche della paziente, i suoi rapporti familiari e coniugali, le ansie e le incertezze. Ella mostra discrete capacità di introspezione, ma anche molte resistenze, indicate dalle lunghe pause, diligentemente segnate dal Bianchini. Numerose sono, ai margini dei fogli, le osservazioni del Bianchini (molto spesso scritte in tedesco), i rimandi agli psicotraumi infantili con le annotazioni delle situazioni transferiali che si verificano sia in senso positivo che in senso negativo. Il trattamento ha inizio il 21 Novembre 1932 e termina, alla quarantottesima seduta, il 27 Gennaio 1933; tutte le sedute si svolgono allo stesso orario, nel primo pomeriggio, presso lo studio del Bianchini a Nocera Inferiore. Il quadro clinico della paziente è caratterizzato da uno stato disforico e da disturbi della sfera sessuale che il Bianchini inquadra in una *nevrosi di frigidity sessuale*. Gli elementi che, secondo il Bianchini, la hanno determinato sono:

1. **Un ambiguo e difficile rapporto con la madre**, caratterizzato da ostilità della madre verso la figlia e dal continuo bisogno di amore da parte della paziente. Questo rapporto viene molto analizzato dalla paziente nel corso delle sedute; i ricordi della madre, della sua morte sono interrotti da lunghi silenzi, la cui durata viene accuratamente annotata dallo psicoanalista.

2. **Un evento psicotraumatico**. All'età di sei anni la paziente ha assistito all'adulterio della madre. Con la psicoanalisi attiva si scopre il nucleo del conflitto, causa della nevrosi. Il riaffiorare alla coscienza di tale evento, definito dal Bianchini *Scena Primaria*, rappresenta il punto centrale dell'analisi. La narrazione di questo evento richiede molte sedute; è preceduto da silenzi rigorosamente annotati, da molte resistenze che vengono superate grazie anche a quella atmosfera transferiale che si era creata con lo scambio epistolare.

3. **Difficoltà coniugali. Il marito, che aveva sposato per fare un dispetto alla madre, determina una riattivazione del primo psicotrauma. Infatti la tradisce, deruba il padre, molto caro alla paziente. Egli, inoltre, la respinge sessualmente per cui diviene responsabile anche di un altro psicotrauma della paziente, che diviene definitivamente del tutto frigida.**

La maggior parte della terapia viene attuata con la tecnica dell'interpretazione dei sogni. Durante il trattamento la paziente riferisce 21 sogni, di cui l'ultimo è quello che preannuncia la fine della terapia essendo la paziente guarita. D'altra parte sono propri i sogni che trasformano tutto il materiale inconscio in una storia che sembra legata da un filo conduttore, che lentamente travolge il lettore e con i sogni finali si arriva alla fine della terapia.

Gli ultimi sogni sono definiti da Bianchini come sogno della liberazione, sogno della resurrezione e sogno della normalità riconquistata.

Il **Sogno della liberazione**, che si articola in tre fasi. La paziente sogna che nella sua camera vi è una conoscente morta, ma nessuno piange; in una seconda fase sogna sempre di una ragazza morta, che, però, all'improvviso rialza la testa e scompare assieme agli altri protagonisti (la sorella ed una cugina). Nella terza fase le si avvicina un'amica che le offre del granturco che sta sgranocchiando.

Interpretazione "...la paziente, si vede morta (la nevrosi è guarita) ... una sua amica cioè lo psicoanalista le offre il pasto della vita, che la paziente può assaporare sanamente"(4).

Il **Sogno della risurrezione**, rinascita. La paziente si trova in un paese vicino a Biella dove abita con il marito, ma ha l'impressione di non esserci mai stata, di essere indifferente a tutto. Appare una



ragazza con i capelli rossi, Poi la paziente si trova nella caffetteria dello stesso paese dove una donna dice che la ragazza incinta ma è stata lasciata dal ragazzo. Si succedono poi diverse scene apparentemente slegate tra loro, ma in cui prevale un piatto rotto "...io, capisco che spezzando il piatto la signorina spezzasse la casa, il piatto mi pareva tutto...un piatto che aveva ogni famiglia), che, però, alla fine " ..la loro mamma aggiusterà tutto"(4). Bianchini così descrive l'analisi del sogno. La paziente si identifica con la ragazza dai capelli rossi, che è effettivamente la figlia dell'albergatore presso cui attualmente risiede. Si sente rinata, guarita psicologicamente, vorrebbe ritornare anche vergine fisicamente (piatto rotto ed aggiustato), per distruggere tutto il passato matrimoniale e rivivere fisicamente e moralmente la nuova vita. La madre simboleggia la psicoanalisi di cui la paziente ha fiducia cieca.

Infine il ***Sogno della normalità*** della vita riconquistata.

Sogna di stare nella sua casa di Biella, dove sta rassettando la cucina, buttando l'immondizia nella stufa. Per tali motivi viene rimproverata dalle sorelle, ma c'è anche la mamma, viva, che le sorride, le dà ragione "... e pare dica... è vero: hai sempre avuto ragione,...esco dalla cucina... vedo mio marito... compare mio fratello che mi porta un biglietto di pacco postale che debbo andare a ritirare speditomi dal mio innamorato di Bari, contenente la grammatica italiana, che io desideravo e un grembiule per coprire tutta la cameriera... il sogno finisce"(4)

Bianchini così interpreta questo sogno "... In casa propria o dello psicoanalista la paziente spazza tutti i debiti psicologici della sua nevrosi. La madre è viva nella memoria e nell'affetto (le sorride) cioè la situazione di antagonismo con lei, che generò la nevrosi, è scomparsa: ugualmente è pacificata con le sorelle (sue identificazioni), scherza con loro: il marito compare senza destare più alcun sentimento, l'innamorato di Bari, che l'ha trattata come una cameriera, le restituisce la grammatica, cioè la sintassi, cioè il comando di se stessa: vale a dire scomparire dai suoi rapporti logici ed affettivi e "copre tutta la cameriera" cioè la dimentica, la sotterra ed è a sua volta dimenticato e sotterrato. Il sogno dice: io sono guarita definitivamente. Tutte le persone del dramma della mia vita hanno acquistato il loro vero peso nel mio cuore e nel mio giudizio. Io sono libera e padrona di me stessa in pieno" (4).

Questo caso inedito, dimostra come Levi Bianchini non fu soltanto un divulgatore della psicoanalisi ma ne fu anche un conoscitore e un utilizzatore, considerandola un' importante possibilità terapeutica per lo psichiatra, nei limiti e con le modalità del tempo nel quale egli operò.

Concludo con le parole del Bianchini, tratte dalla sua relazione *Libertà e Psicoanalisi* al primo congresso postbellico della Società di Psicoanalisi, tenutosi a Roma nel 1946, "... La psicoanalisi ridà all'uomo neurotico, che l'ha perduta, la propria libertà: tanto più grande e potente in quanto essa è basata sulla situazione psicologica del paziente di fronte allo psicoanalista, fondata sulla fiducia spontanea e sull'amore della verità,...Libertà assoluta, sorella gemella della verità. Se la nevrosi non è altro che la malattia della schiavitù del sentimento degli istinti e della condotta, la psicoanalisi è a sua volta la medicina e l'unica medicina capace di restituire all'uomo neurotico la guarigione, cioè, in ultima analisi, la sua redenzione, la sua liberazione"(5).



BIBLIOGRAFIA

- 1 ARNONE R., SALOMONE G. *Il lavoro psicoanalitico di Marco Levi Bianchini* in Moschetta f.s. *Marco Levi Bianchini e le origini della psicoanalisi in Italia*, 2000
- 2 CORSA R. *Marco Levi Bianchini. Lo psichiatra temerario che fondò la Società Psicoanalitica Italiana*, in " Riv. Psicoanal.", n. 3, 2015, pp. 751–782.
- 3 FREUD S. Cinque conferenze sulla psicoanalisi tenute nel settembre 1909 alla Clark University di Worcester Mass. in occasione del 20. anniversario di fondazione – prima traduzione italiana sulla seconda edizione tedesca del 1912, del prof. M. Levi Bianchini. Biblioteca Psichiatrica Internazionale, n. 1; Il Manicomio “Archivio di Psichiatria e Scienze Affini”, Nocera Superiore, 1915. 4
- LEVI BIANCHINI M. *Manoscritto inedito del trattamento psicoanalitico di una paziente di Biella, 1932* Fondazione CeRPS
- 5 LEVI-BIANCHINI M. *Libertà e Psicoanalisi* – Atti del primo congresso della Società Nazionale di Psicoanalisi. Psicoanalisi applicata alla medicina, pedagogia, sociologia, letteratura ed arte – anno II, n°3, Editrice Scienza Moderna, Roma 1946
- 6 MUSATTI C. *Necrologio. Marco Levi Bianchini*. Rivista di psicoanalisi - vol. 7, 1961



LO SPETTRO DELLA DEGENERAZIONE LOBARE FRONTO-TEMPORALE: DALL'ETEROGENEITÀ CLINICO-PATOLOGICA ALLE BASI GENETICHE

Frontotemporal lobar degeneration spectrum: clinical-pathological heterogeneity and genetic bases

Cinzia Coppola

II Neurologia – Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Avanzate - Università degli Studi della Campania “L.Vanvitelli”- via Pansini,5 Ed. 10 - Napoli
e-mail: cinzia.coppola@unicampania.it

Parole chiave: 1. Degenerazione lobare fronto-temporale (Frontotemporal Lobar Degeneration) 2. Demenza (Dementia) 3. Malattie neurodegenerative (Neurodegenerative Diseases)

La Degenerazione Lobare Fronto-temporale (FTLD) rappresenta un gruppo di patologie eterogenee sotto vari aspetti: clinici, genetici e neuropatologici. Il comune denominatore è rappresentato dall'interessamento primario delle regioni frontali e temporali del cervello. Queste forme rappresentano la seconda causa di demenza, dopo la malattia di Alzheimer, nelle persone con età inferiore ai 65 anni. L'età di esordio è anch'essa eterogenea essendoci una variabilità demografica. L'esordio è precoce, intorno ai 60 anni, ma ci sono casi descritti con comparsa dei primi sintomi intorno ai 20 anni (1). In modo alquanto poliedrico, nel 25-30% dei casi vi è un esordio dopo i 65 anni (2). La prevalenza stimata è di circa 10.8/100000 (3). In un recente articolo è stata analizzata l'incidenza della FTLD in Italia, nello specifico sulla popolazione di 2 province italiane, e gli autori hanno osservato che la FTLD è la forma più comune di demenza con interessamento di un'ampia fascia di età (4). Lo spettro clinico delle FTLD è eterogeneo comprendendo disturbi comportamentali, differenti alterazioni del linguaggio e delle funzioni esecutive, disordini del movimento (parkinsonismi), patologia del motoneurone. Le principali forme cliniche sono: la variante comportamentale della demenza fronto-temporale (bvFTD); il gruppo delle afasie primarie progressive (PPA) che comprendono la variante semantica (svPPA), la forma non fluente (nfPPA) e la logopenica (lvPPA) (5); la sindrome cortico-basale (CBS); la sindrome con paralisi sopranucleare progressiva (PSPS) e la FTD con associata malattia del motoneurone (FTD-MND). La bvFTD rappresenta più del 50% dei casi di FTLD ed è la forma che più frequentemente ha una base genetica. L'età di esordio in genere è prima dei 65 anni e da un punto di vista clinico è caratterizzata da alterazioni comportamentali con cambi di personalità, disinibizione, apatia, impulsività, perdita di empatia, comportamenti stereotipati. Si possono avere anche cambi delle abitudini alimentari con iperalità e aumento del peso corporeo. Le funzioni esecutive sono alterate sin nelle prime fasi di malattia, a differenza della memoria e delle funzioni visuo-spaziali che si alterano solo con il progredire della malattia. Secondo i criteri diagnostici la bvFTD va distinta in 3 livelli: bvFTD possibile, probabile e definitiva (6). Tra le PPA, la nfPPA, in termini di prevalenza, rappresenta la seconda forma di FTD con il 25% dei casi. Clinicamente è caratterizzata da un eloquio stentato e con errori grammaticali, pur rimanendo intatta la comprensione e la cognitività non-linguistica (7). Un



sintomo di accompagnamento di questa forma è l'aprassia del linguaggio o l'aprassia oro-buccale. Il decorso di questa afasia porterà ad un linguaggio sempre più telegrafico fino al mutismo. L'apatia è il disturbo comportamentale che più spesso si associa (5). La svPPA è caratterizzata dalla progressiva perdita della semantica e quindi del significato delle parole. Secondo le linee guida, l'anomia ed il deficit di comprensione di singole parole rappresentano il core diagnostico di questa forma di afasia, anche se l'eloquio è fluente con sintassi corretta (5). Le alterazioni comportamentali presenti sono caratterizzate da perdita di empatia e flessibilità mentale. La lvPPA è prevalentemente associata con una diagnosi neuropatologica di malattia di Alzheimer (8). I deficit nel recupero delle parole e nella ripetizione sono i cardini diagnostici di questa afasia. Un'altra sindrome che rientra nello spettro delle FTLD è la CBS che è caratterizzata clinicamente da sintomi extrapiramidali con associate alterazioni delle funzioni corticali quali perdita della sensibilità corticale, sindrome dell'arto alieno, eminegligenza e mioclono. Vi è spesso una sovrapposizione con altri quadri clinici come ad esempio la nfPPA o la bvFTD, così come queste due forme di FTD possono presentare lungo il decorso una CBS o una PSPS. Quest'ultima, come la CBS, può presentarsi inizialmente come tale e successivamente sovrapporsi ad altre forme di FTD. La MND comprende una serie di sindromi in cui il comune denominatore è rappresentato dalla progressiva degenerazione dei motoneuroni. La sclerosi laterale amiotrofica (SLA) è la forma che più frequentemente si associa ad una FTLD. I sintomi della SLA possono precedere, manifestarsi in contemporanea, o seguire i sintomi/segni della FTLD (9). Dal punto di vista neuropatologico le FTLD sono caratterizzate da atrofia di vario grado nelle regioni frontali e temporali il cui aspetto è differente a seconda degli aggregati proteici presenti. I principali marcatori eziologici e neuropatologici sono rappresentati dagli aspetti istologici delle principali inclusioni (inclusioni neuronali citoplasmatiche, neuriti distrofiche, inclusioni intranucleari) e dalla deposizione di particolari proteine (tau, TDP-43, FUS, UPS). Sono state fatte numerose correlazioni tra i fenotipi clinici di FTLD e le proteine coinvolte, ma una stretta relazione per singolo fenotipo non è possibile evidenziarla (10, 11). Le FTLD hanno un'importante componente familiare: infatti il 25-50% dei pazienti con FTLD hanno almeno un familiare con sintomi simili a quelli del probando ed almeno il 10-30% hanno un tipo di trasmissione autosomica dominante (10). Finora sono stati evidenziati 10 loci causativi o che in qualche modo partecipano alla sintomatologia delle FTLD: il gene che codifica per la proteina tau (MAPT), progranulina (GRN), l' "open reading frame 72" sul cromosoma 9 (C9ORF72), la proteina contenente valosina (VCP), la proteina 2B che modifica la cromatina (CHMP2B), la proteina che lega la TAR del DNA (TARDBP), la proteina "fused in sarcoma" (FUS), l'ubiquilina 2 (UBQLN2), il fattore stimolante il recettore espresso sulle cellule mieloidi (TREM2) e sequestosoma (SQSTM1) (10). Alcune di queste mutazioni vengono ritrovate con maggiore frequenza, ma non in senso assoluto, in alcuni specifici fenotipi di FTLD. Un esempio è rappresentato dalla correlazione tra il fenotipo SLA-FTD e l'espansione di C9ORF72 (12). Il gene GRN (17q21.31) codifica per un fattore di crescita multifunzionale (progranulina) coinvolto in vari processi di riparazione, infiammazione ed altri non ben noti. In questo gene sono state identificate oltre 60 mutazioni in eterozigosi che danno conto del 5-20% dei casi familiari di FTLD e dell'1-5% delle forme sporadiche. Nel complesso, le mutazioni di GRN costituiscono il 5-10% delle FTLD (13, 14). La conseguenza delle mutazioni in questo gene e, quindi la causa della malattia, è un'aploinsufficienza. Quest'ultima determina ridotti livelli di proteina funzionale nel plasma, nel siero e nel liquor. Il dosaggio plasmatico della progranulina è predittivo di una mutazione del gene GRN. Queste mutazioni sono associate, dal punto di vista clinico, ad una notevole variabilità fenotipica non solo nell'ambito interindividuale ma anche nell'ambito dello stesso pedigree. Uno



studio, condotto presso la II Neurologia dell'Università della Campania "L. Vanvitelli", ha portato alla descrizione di una coorte di individui con sospetto FTLD, apparentemente non imparentati tra di loro, provenienti dalla stessa area geografica, portatori della mutazione *null*, GRN C157KfsX97. Tutti i casi sono stati sottoposti ad un protocollo diagnostico ad hoc, dosaggio plasmatico della progranulina ed allo studio dell'aplotipo. I risultati hanno confermato l'eterogeneità fenotipica delle mutazioni di GRN nell'ambito delle FTLD e di conseguenza una mancanza di correlazione genotipo-fenotipo. D'altro canto, hanno permesso di ipotizzare un probabile effetto fondatore della mutazione nel sud-Italia. Attualmente è in corso un ulteriore studio per la verifica di questa ipotesi attraverso la stima dell'età della mutazione (15). In conclusione, molti passi avanti sono stati fatti sulla conoscenza dei meccanismi patogenetici, grazie all'interazione tra le osservazioni neuropatologiche e quelle genetiche. Nonostante ciò, le FTLD rappresentano un campo di studio, nell'ambito delle malattie neurodegenerative dementigene, i cui confini restano ancora da definire.

Referenze

- Snowden JS, Neary D, Mann DMA (2004) Autopsy proven, sporadic frontotemporal dementia, due to microvacuolar histology, with onset at 21 years of age. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 75:1337–1339
- Knopman DS, Roberts RO (2011) Estimating the number of persons with frontotemporal lobar degeneration in the US population. *J Mol Neurosci* 45:330–335
- Coyle-Gilchrist IT, Dick KM, Patterson K, Vazquez-Rodriguez P, Wehmann E, Wilcox A et al. Prevalence, characteristics and survival of frontotemporal lobar degeneration syndromes. *Neurology* 86:1736–1743, 2016)
- Logroscino G, Piccininni M, Binetti G, Zecca C, Turrone R, Capozzo R, Tortelli R, Battista P, Bagoj E, Barone R, Fostinelli S, Benussi L, Ghidoni R, Padovani A, Cappa SF, Alberici A, Borroni B. Incidence of frontotemporal lobar degeneration in Italy. *Neurology*. 2019 May 14;92(20): e2355-e2363
- Gorno-Tempini ML, Hillis AE, Weintraub S, Kertesz A, Mendez M, Cappa SF, Grossman M. Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology*. 2011; 76(11):1006– 1014
- Rascovsky K, Hodges JR, Knopman D, Mendez MF, Kramer JH, Neuhaus J, et al. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain* 134(9): 2456–77, 2011
- Grossman M, The non-fluent/agrammatic variant of primary progressive aphasia. *Lancet Neurol* 11(6): 545–55, 2012
- Rabinovici GD, Jagust WJ, Furst AJ, Ogar JM, Racine CA, Mormino EC, et al. Abeta amyloid and glucose metabolism in three variants of primary progressive aphasia. *Ann Neurol* 64(4): 388– 401, 2008
- Strong MJ, Grace GM, Freedman M, Lomen-Hoerth C, Woolley S, Goldstein LG, et al. Consensus criteria for the diagnosis of frontotemporal cognitive and behavioural syndromes in amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotroph Lateral Scler*. 10(3):131–46, 2009
- Sieben A, Van Langenhove T, Engelborghs S, Martin J-J, Boon P, et al. The genetics and neuropathology of frontotemporal lobar degeneration. *Acta Neuropathol*.124(3): 353–72, 2012



Josephs KA, Hodges JR, Snowden JS, Mackenzie IR, Neumann M, Mann DM, et al. Neuropathological background of phenotypical variability in frontotemporal dementia. *Acta Neuropathol* 122(2): 137–53, 2011

Morita M, Al-Chalabi A, Andersen PM, Hosler B, Sapp P, Englund E, et al. A locus on chromosome 9p confers susceptibility to ALS and frontotemporal dementia. *Neurology* 66(6): 839–44, 2006

Le Ber I, van der Zee J, Hannequin D, Gijssels I, Campion D, Puel M, et al. Progranulin null mutations in both sporadic and familial frontotemporal dementia. *Hum Mutat* 28(9): 846–55, 2007

Cruts M, Theuns J, Van Broeckhoven C, Locus-specific mutation databases for neurodegenerative brain diseases. *Hum Mutat* 33(9): 1340–4, 2012

Coppola C, Saracino D, Puoti G, Lus G, Dato C, Le Ber I, Pariente J, Caroppo P, Piccoli E, Tagliavini F, Di Iorio G, Rossi G. A cluster of progranulin C157KfsX97 mutations in Southern Italy: clinical characterization and genetic correlations. *Neurobiol Aging*. 2017 Jan;49: 219.e5-219.e13



L'EPISTEMOLOGIA NEUROLOGICA NEL MONDO DELLE EMOZIONI

Neurological epistemology in emotional field

Carlo Alberto Mariani

Medico Neurologo specialista ambulatoriale/territoriale ASP di Palermo, Responsabile di Branca
Via G. Ventura 15, Palermo – carloalb.mariani@alice.it

Parole Chiave : emozioni, neurologia, timologia

Introduzione.

Il mondo delle emozioni è stato spesso al centro della produzione di varie personalità artistiche (scrittori e poeti o musicisti), di professionalità pedagogiche (filosofi e sociologi o psicologi), di professionalità mediche (psicoanalisti e psichiatri). Definendo la gnoseologia [1] come branca filosofica che si occupa della «teoria della conoscenza», essa si distingue in scienze particolari a seconda delle forme di conoscenza a cui si riferisce: si parla quindi di epistemologia quando ci si riferisce alla dottrina della conoscenza scientifica (in senso fisico-matematico), potendola definire come filosofia della scienza [2]. Il campo della emozioni è stato avvicinato anche da pochi, ma brillanti, neuroscienziati, come Antonio Damasio [3], che applicando a questo mondo il rigore scientifico neurologico, ha offerto una chiave di lettura di tali fenomeni, definendoli come “marcatori somatici” che precedono i sentimenti, funzionali alla comunicazione dei nostri stati mentali agli altri, diventando anche una guida nei processi decisionali.

Discussione

Questo carrefour culturale/scientifico diventò, venti anni fa circa, oggetto di dissertazione teorico-pratica da parte di un maestro di scuola elementare, Carluccio Bonesso, psicopedagogo e psicoterapeuta, che definendo le emozioni [4] come “funzioni dell’adattamento, che nascono dall’interazione tra i bisogni dell’organismo e l’ambiente, secondo i due momenti fondamentali della relazione e dell’azione”, comincia a studiarne la dinamica, provando a tracciarne una affascinante teoria epistemologica. La Timologia, “scienza delle emozioni”, diventa quindi una mappa epistemologica che descrive la struttura e le funzioni delle emozioni.

La Timologia, quindi, a mio modesto parere, può considerarsi come un software funzionale, che permette all’hardware “cervello-mente” [5] di far funzionare, in maniera pragmatica e matematica, un campo relazionale fondamentale alla vita dell’uomo.

Ma per conoscere il funzionamento del software, dobbiamo prima ricordare sommariamente la struttura dell’hardware e quindi, ricordare la anatomia e fisiologia delle strutture cerebrali coinvolte in tali processi [6]: dovremmo quindi, conoscerne la base neurobiologica, identificarne i circuiti neurali specializzati, comprendere come sono organizzate le risposte emozionali nel cervello [7].

Saranno presentati, quindi, i neurotrasmettitori ed i neuromediatori, e narrata l’evoluzione rigorosamente “scientifica” in tale mondo, che dimostra l’esistenza di sistemi neurali complessi e specifici per ogni tipo di emozione: da un sistema cerebrale subcorticale unico per tutte le emozioni, passando per la dogmatica dicotomia subcorticale – corticale, con le successive teorie “lesionali” che lateralizzavano le emozioni, fino ad arrivare più recentemente a considerare la presenza di



circuiti cerebrali complessi e specifici per tipo di emozione, accettando l' integrazione cervello-mente-emozioni-corpo [8].

Il software timologico dunque , definendo le emozioni primarie come segnali espressivi universali costituiti dalla rapida insorgenza, dalla breve durata, e dalla valutazione cognitiva automatica, consta di due caratteristiche portanti : il tropismo (spinta attrattiva o repulsiva di avvicinamento od allontanamento) e la edonia (piacere o dispiacere), che, matematicamente, disegnano in un asse cartesiano ascisse/ordinate quattro campi emotivi : quello Eutimico o della sussistenza, in cui troviamo la soddisfazione, curiosità, gioco, l'eccitazione, la consumazione; il campo Liminale o della fatica, in cui si trovano esplorazione e ricerca ; il campo Cacotimico, in cui regnano la preservazione, la repulsione, e l' allontanamento; ed il campo della Stasi o del riposo in cui si trovano inattività ed evitamento. Il sistema timico, quindi, si compone di un sistema tropico-edonico della relazione, e di un'altro della azione, in cui la prima precede sempre la seconda.

Conclusioni

Per cui, se definiamo il nostro comune campo culturale della neurologia come la disciplina medica che ha per oggetto lo studio morfologico, fisiopatologico e clinico del Sistema Nervoso, ed abbiamo sviluppato all'interno di essa la neuropsicologia, disciplina che ha come obiettivo lo studio dei processi cognitivi e comportamentali correlati con i meccanismi anatomo- fisiologici che ne sottendono il funzionamento, potremmo cominciare a considerare la Timologia come una mappa culturale che descrive, a partire da considerazioni teoriche affiancate da dati scientifici a supporto, la struttura e le funzioni delle emozioni, passioni, atteggiamenti. motivazioni

BIBLIOGRAFIA

- 1) *Carlo Sini*, Filosofia, Jaca Book, Milano 1992.
- 2) *D. Gillies e G. Giorello*, La filosofia della scienza nel XX secolo, Roma, Laterza, 1995,
- 3) *A. Damasio* Il sé viene alla mente – La costruzione del cervello cosciente, Adelphi 2012
- 4) *C. Bonesso, A. Sartori*. – La Timologia. Scienza delle emozioni, Rubettino, 2013
- 5) *Mortari L.* Aver cura della vita della mente, La nuova Italia Milano, 2005.
- 6) *Joseph L Doux* : Il cervello emotivo, Baldini & Castoldi, 1999
- 7) *M. Mancina* . Psiconalisi e neuroscienze, Springer-Verlag, 2007
- 8) *Candace B. Pert*. Molecole di emozioni. Il perché delle emozioni che proviamo, Tea, 2016



LA MALATTIA DI ALZHEIMER E LA SINDROME DEL CAREGIVER: UN NUOVO ALLARME SANITARIO

Alzheimer disease and caregiver syndrome: a new health alarm

Vincenzo Mascia

Centro di riabilitazione S. Lucia Cagliari. AINAT Sardegna. Alzheimer Cagliari

Lo scopo dello studio è di valutare nel tempo le condizioni psicofisiche e più in generale di salute del caregiver familiare nella malattia di Alzheimer.

La malattia di Alzheimer rappresenta la forma più comune di demenza con andamento progressivo ed inaggravante che coinvolge i principali domini cognitivi e spesso si complica con disturbi comportamentali.

La patologia del caregiver rappresenta uno dei principali rischi per chi assiste persone affette da malattia di Alzheimer e spesso non è diagnosticata. L'assistenza di questi pazienti può essere devastante sia sul piano fisico che psichico.

Attualmente la gran parte di questi pazienti è assistito a domicilio da un familiare.

Sono stati selezionati 122 pazienti consecutivi ed il loro caregiver con un periodo di osservazione di quattro anni e valutazioni intermedie del paziente e del caregiver dopo 12, 24, 36 e 48 mesi.

Durante le valutazioni 8 pazienti e 2 caregiver sono deceduti per cui lo studio ha valutato i rimanenti 114 pazienti ed altrettanti caregivers. Tutti i pazienti tranne 4 erano assistiti a domicilio, gli altri erano istituzionalizzati.

I caregivers sono femmine nel 72 % dei casi, coniugate nel 64 % dei casi.

L'età media dei pazienti è di 71 anni mentre quella del caregiver di 54.

L'evoluzione della malattia dei pazienti è stata valutata utilizzando il MMSE.

Sono state utilizzate per valutare i caregivers le seguenti scale :

Beck depression inventory (BDI)

Caregiver burden inventory (CBI)

Multidimensional scale for perceived social support (MSPSS)

Kingston caregiver stress scale (KCSS)

Hamilton rating scale for anxiety (HRSA)

La diagnosi di Malattia di Alzheimer è stata fatta secondo i criteri NINCDS – ADRDA ed il DSMV

Si è inoltre valutata l'eventuale insorgenza negli ammalati di disturbi comportamentali e psicotici. I caregivers venivano inoltre valutati secondo i criteri del DSM V per l'eventuale insorgenza di un disturbo post traumatico da stress.

Le valutazioni statistiche sono state effettuate utilizzando il chi quadro, la regressione lineare, l'analisi della varianza ed il test t di student. Il valore di $p < 0.05$ è considerato significativo

Risultati :

I pazienti presentavano una lenta evoluzione della malattia con valori medi del MMSE di 20 all'inizio dello studio, e 14 dopo 48 mesi.



I disturbi comportamentali comparivano nel 38 % dei pazienti con una durata complessiva di almeno 3 mesi ed erano trattati con basse dosi di antipsicotici.

Status sociale, sesso ed età non influiscono sui parametri studiati.

Sono state osservati score più alti nelle scale per la depressione e per l'ansia in base ai rapporti di parentela. I figli presentavano, all'end point dei 48 mesi, valori della Beck depression inventory (BDI 35 v 23 $p < 0.05$) e della scala per l'ansia (HRSA 55 v 43 $p < 0.05$) decisamente più alti mentre nelle scale che valutano lo stress non si percepivano differenze significative in rapporto al grado di parentela.

La comparsa di disturbi comportamentali o psicotici non influiva significativamente così come l'utilizzo degli inibitori del re-uptake di serotonina. Si notava invece, sempre all'end point di 48 mesi una differenza degli score della scala della depressione (BDI = 33 v 25 $p < 0.05$).

Nessuna differenza era presente negli score dei care giver confrontando pazienti istituzionalizzati ed assistiti a domicilio.

Sintomi correlati ad un disturbo post traumatico da stress erano presenti in 12 caregivers dopo 12 mesi di osservazione, 20 dopo 24 mesi 33 dopo 36 mesi mentre solo in 32 all'end point di 48 mesi.

Cefalee sporadiche ad esordio tardivo erano presenti nel 50 % dei caregivers mentre in 12 si presentavano crisi emicraniche subentranti.

A margine dello studio risulta interessante la presenza di lesioni vascolari allo studio rnm in 38 caregivers.

Discussione e conclusioni :

L'analisi dei dati evidenzia una importante correlazione tra disturbi psico cognitivi e la condizione di care giver. I parametri sono particolarmente elevati per la condizione di depressione del tono dell'umore presente nella gran parte dei soggetti e soprattutto di un disturbo d'ansia che colpisce tutti i soggetti esaminati.

Il disturbo post traumatico da stress risulta invece poco rappresentato (28,5 % dei pazienti).

Il grado di parentela ha influito positivamente sui valori della scale della depressione e dell'ansia mentre non ha influenzato le scale dello stress correlato alla condizione di care giver.

Risulta quindi importante effettuare costantemente tutte le valutazioni cliniche che consentano di individuare precocemente l'insorgenza di una condizione di stress e delle sue conseguenze per evitare un punto di non ritorno di difficile gestione clinica.

A questo proposito risulta rilevante che solo il 15 % ha accettato una terapia, farmacologica o psicologica e solo dopo tre anni di osservazione.

Bibliografia essenziale.

5. CA Ripamonti et als : Caregiving familiare e malattia di Alzheimer. Effetti del luogo di cura sul benessere psicofisico del care giver. G. Gerontol 2015



6. Skaff el als. Transitions in the caregiving career. Effect on sense of mastery Psychol Aging 1996
7. Schultz R et als. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates and causes. Gerontologist 1995
8. Haley WE et als. Stress, appraisal, coping and social support as predictot of adaptation-al outcome among dementia caregivers. Psychol Aging 1987
9. Schultz R et als. Understandind the intervention process : a theoretical/conceptual framework for intervention approaches to caregiving. In Schultz R (eds). Handbook on dementia caregiving. New York: Springer 2000
10. Epstein-Lubow G et als. Differences in depression severity in famili caregivers of hospitalized individuals with dementia and family caregivers of outpatients with dementia. Am J Geriatric Psych 2012
11. Pinna S. et als. Caregivers burden in nursing homes for patients with dementia: the importance og psychological support. Prevention Res 2012
12. World Healt Organization/OMS (2012). Dementia a public healt priority. Geneva World Healt Organizations



IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE): PROSPETTIVE PER LA RETE DELLA NEUROLOGIA TERRITORIALE

Dott. Francesco Rosario Rodolico

specialista ambulatoriale territoriale per la branca di neurologia
ASP 203 Catania - PTA Giarre - Ambulatorio di neurologia

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) rappresenta già uno strumento assai efficace per la comunicazione delle diagnosi al Paziente e tramite il Paziente agli operatori Sanitari che a vario titolo lo prenderanno in carico. Il paziente resta al centro di tutto il processo che regola il FSE attraverso il consenso informato al trattamento dei dati ed alla concessione di fruizione dei dati stessi. Abbiamo in più occasioni caldeggiato l'intensificazione dei rapporti con i medici di base e con i medici dell'ospedale, sia nella fase di ricovero che in quella di dimissione, ciò al fine di rendere al paziente un migliore servizio di assistenza.

Il FSE può diventare in questo caso mezzo prezioso per facilitare tali contatti con la rete dei Neurologi Territoriali, sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico. Il consenso alla visione dei dati contenuti nel FSE, espresso dal paziente, dovrà comprendere anche lo specialista Territoriale.

Quest'ultimo ha necessità di conoscere dati dell'Anamnesi, Neuro Radiologici; Neuro Fisiologici, di Patologia Clinica, di tipo Assistenziale ed altri aspetti primi fra tutti quelli di Medicina Interna.

I referti compilati da parte dello Specialista saranno integrati nel FSE e potranno o meno essere inviati al Paziente in via esclusiva per mezzo telematico, oppure qualora il paziente non dia il consenso alla spedizione esclusiva sul FSE, sempre attraverso copia cartacea del referto. Il paziente conserva sempre la possibilità di avere il dato cartaceo a sua disposizione e consultazione, senza che questo sia inserito nel FSE e questa scelta non compromette il suo diritto alle cure.

Nel caso specifico dei dati strumentali EEG, EMG e di Neuro Radiologia, il FSE rappresenta anche la possibilità della condivisione ed il confronto di ipotesi diagnostiche all'interno di un tele consulto fra specialisti, che a distanza, che prendono in esame un determinato esame oppure un quadro clinico ai fini della formulazione di una diagnosi di precisione.

Pertanto lo Specialista Neurologo Territoriale potrà interagire con un più vasto contesto potendo fornire e ricevere elementi diagnostico-terapeutici più circostanziati, precisi e tempestivi più di quanto non avvenisse prima.

Bibliografia

Fascicolo Sanitario Elettronico, Regione Siciliana, versione online, al 30.settembre.2019

Fascicolo Sanitario Elettronico, Salute Lazio sistema sanitario Regionale, versione online, 2007-2013

Ministero della Salute, Fascicolo Sanitario Elettronico, versione online, pubblicato nel 2011, ultimo aggiornamento 2015



AINAT NEWS

COMITATO DI REDAZIONE

Roberto Tramutoli (Direttore)

Gennaro Cascone

Domenico Cassano

Salvatore Dieli

Carlo Alberto Mariani

Vincenzo Mascia

Francesco Rodolico

Renato Sambati





Associazione Italiana Neurologi Ambulatoriali Territoriali

XIII Congresso Nazionale AINAT



In cerca dell'Araba Fenice
La Neurologia del Territorio nel terzo millennio
Attualità, controversie, prospettive

Grand Hotel Excelsior
Napoli, 17-19 ottobre 2019



In copertina: *Paolo De Matteis*, *Allegoria della città di Napoli - Bacco, Cerere e le Sirene Partenope, Ligea e Leucosia con il dio Sebeto*, 1717, olio su tela, Museo Nazionale di San Martino (NA)

**...nei mitici luoghi di una Città millenaria,
i suoi ammaliati colori, i profumi, i suoni, i sapori,
il divino incanto dei sensi...**

**...in the mythical places of a millenary City,
its bewitching colors, scents, sounds, tastes,
the divine enchantment of the senses...**

Benvenuti, Welcome



Con gli occhi di un antico viaggiatore

Sognavo sempre una grande città come Napoli,
in cui c'erano palazzi, chiasso, frastuono, vita...
Sì, erano forse poche le cose che sognavo?



With the eyes of an ancient traveler

I had always dreamed of a big city like Naples,
in which there were buildings, noise, din, life...
Yes, were there few things I dreamed of?

Fedor Dostoevskij, 1868



AINAT

Associazione Italiana Neurologi Ambulatoriali Territoriali



Presidente

Domenico Cassano

Comitato organizzatore

Pasquale Alfieri
Rossana Arlomedea
Gennaro Cascone
Giacomo Visco

Coordinamento

Fausto Sorrentino

Responsabile scientifico

Umberto Ruggiero

Comitato Scientifico

Francesco Rodolico
Renato Sambati
Roberto Tramutoli

Vice-presidente

Fortunata Tripodi

Segretario

Salvatore Dieli

Consiglieri

Vincenzo Mascia
Sandra Paglionico
Francesco Rodolico
Giovanna Trevisi

Tesoriere

Grazia Cavallo

Collegio dei probiviri

Matteo De Bartolo
Carlo Fattorello Salimbeni
Enrico Volpe

Revisore dei conti

Antonello Zorcolo

Past-President

Pasquale Alfieri
Gennaro Barbato
Sergio Allocca
Grazia Cavallo
Claudio Capra

Vuoi sapere quale fuoco arda nel tuo intimo? Allora vola a Napoli per ascoltare i capolavori di Leo, Durante, Jommelli, Pergolesi!... Allorchè i tuoi occhi si riempiranno di lacrime, quando le tue emozioni ti faranno venir meno il respiro, allora lascia pure che il tuo cuore palpiti: affidati a Metastasio e ai suoi lavori, il suo genio illuminerà il tuo...

Jean Jacques Rousseau, 1767

Condividere “virtute e canoscenza”



E' con viva soddisfazione che presentiamo il ricco e articolato programma che si svolgerà nel corso del XIII Congresso nazionale della nostra Associazione: ampio spazio è stato dedicato agli aggiornamenti scientifici nelle varie aree di pertinenza del Neurologo clinico; approfondite *lectures* saranno svolte su argomenti di fondamentale valore teorico e pratico; particolare enfasi è stata altresì conferita all'analisi delle modalità gestionali di alcune tra le principali patologie neurologiche, nell'ottica del network Territorio-Ospedale-Università.

Aprirà i lavori un Simposio dedicato al tema della Solitudine, di cui quest'anno ricorre la giornata mondiale, analizzata nelle sue profonde significazioni, umana e trascendente, a ribadire lo stretto legame esistente tra Scienze umane e Neuroscience. Un corso avanzato di Robotica in Neuroriabilitazione è destinato a tecnici del settore.

Una corale esaltante che vede studiosi provenienti dalle più importanti istituzioni, italiane e straniere, affiancati in un confronto nuovo e costruttivo, preludio a più proficue e stimolanti collaborazioni: parafrasando Dante, per condividere “virtute e canoscenza”.

Fanno da cornice gli esaltanti colori di una Città millenaria, autentico *luogo dell'anima*, nelle vibranti testimonianze di illustri viaggiatori dei tempi andati.

Animati da autentica passione, vi diamo il benvenuto, augurandovi di trascorrere nella nostra terra giornate indimenticabili, sì da poter imprimere nelle vostre memorie tracce indelebili delle nostre radici, della nostra cultura.

Benvenuti al nostro Congresso, benvenuti a Napoli!

Napoli, la splendida, ci accolse con il suo rumor di popolo e le sue bellezze naturali, il suo cielo risplendente della luce del sole, i suoi monti che la cingono come un anfiteatro, rigogliosi di piante multicolori, la sua baia ridente piena di vele, le sue deliziose case di fronte alle isole - quanto di più bello e di più grandioso avessi fino allora mai visto.
Johann Nepomuk von Rigeis, 1817

Sharing “virtue and knowledge”



It is with great satisfaction that we present the rich and articulated program that will take place during the XIII National Congress of our Association: ample space has been dedicated to scientific updates in the various areas pertaining to the clinical Neurologist; in-depth *lectures* will be carried out on topics of fundamental theoretical and practical value; particular emphasis was also given to the analysis about management of some of the main neurological pathologies, from the perspective of the Territory-Hospital-University network.

The conference will open with a symposium on the theme of Solitude, which this year marks the world day, analyzed in its profound human and transcendent significance, to reaffirm the close link between Human Sciences and Neurosciences. An advanced course on Robotics in Neurorehabilitation is intended for technicians in the sector.

An exhilarating choir that sees scholars, coming from the most important institutions, Italian and foreign, supported in a new and constructive confrontation, a prelude to more profitable and stimulating collaborations: paraphrasing Dante, sharing “virtue and knowledge”.

The bewitching colors of a millenary City, authentic *place of the soul*, are framed in the vibrant testimonies of illustrious travelers of the past.

Animated by authentic passion, we welcome you, wishing you to spend unforgettable days in our land, so as to be able to imprint in your memories indelible traces of our roots and culture.

Welcome to our Congress, welcome to Naples!

Ho trascorso sei settimane a Santa Lucia. Quando mi affacciavo al balcone della mia finestra, vedevo di fronte a me il Golfo, il Vesuvio con ai suoi piedi le bianche città, la costa di Castellammare, di Sorrento fino al capo della Minerva dell'isola rocciosa di Capri. Era il Golfo che mi svegliava all'alba, appena il chiarore roseo delle sue onde lisce irradiava la mia stanza, ed ogni mattina ammiravo il miracolo del levar del sole e lo splendore di luci sui monti e sul mare che sembrava voler infiammare e destare questa immensa città.

Ferdinand Gregorovius, 1853

Corso teorico-pratico per Fisioterapisti, Fisiatri, Medici prescrittori



09.00-13.00 **Nuove frontiere in Fisioterapia: la Robotica in Neuroriabilitazione**

09.00-09.15 Apertura dei lavori

I parte

09.15-11.00 **A ciascun (robot) il suo (compito)**

Moderatrice **Maria Elena Porciello**

09.15-09.45 Introduzione ad elementi di Robotica: i vantaggi dei nuovi robot nel migliorare la qualità di vita nel paziente neurologico
Maria Robustelli

09.45-10.15 Presentazione di alcuni strumenti di alta tecnologia: descrizione dettagliata, indicazioni e controindicazioni: *Lokomat, Vibra, RT200/300, Andago, Armeo*
Gianluca Sepe

10.15-10.45 Riabilitazione robotica del cammino: evidenze e prospettive future
Rocco Salvatore Calabrò

10.45-11.00 Discussione

11.00-11.30 Coffee break

II parte

11.30-12.45 **Storie di ordinaria robotica**

Conduttore **Aurelio Crespantini**

11.30-12.30 Presentazione di casi clinici trattati combinando Riabilitazione Neuro-motoria e Robotica, con supporto di video e dei dati registrati dai Robot (*Paralisi cerebrale Infantile, Trauma Midollare, Sclerosi Multipla, Atassia di Friedreich*)

12.30-12.45 Discussione

12.45-13.00 Verifica dell'apprendimento con test finale

Non conosco altro posto che offra un panorama come questo al tramonto del sole. Immaginate l'effetto in una strada, o forse sul declivio di una collina dove le case sono a sei o sette piani, le finestre si aprono tutte sui cardini e con i balconi, e questi balconi pieni di gente che si gode il fresco. Non ho visto quasi mai una strada con un balcone non occupato. Immaginate anche il piacere di sedere in un posto simile, a quell'ora, e affacciarsi su una città come Napoli.

James Fenimore Cooper, 1838

Simposio satellite

- 09.00-13.30** **Rosso scarlatto. I colori della Solitudine.**
Un percorso entro le Scienze umane
- 09.00-09.10** Apertura dei lavori
- 09.10-09.40** **Letture**
Presentazione **Alfonso Tortora**
La solitudine come oggetto storico
Aurelio Musi
- Moderatori** **Carlo Montinaro (Salerno), Anna Maria Mugnano (Napoli), Maria Tagliamonte (Salerno)**
- 09.40-10.50** **Le forme della solitudine**
- 09.40-10.00** Aspetti fenomenologici
Domenico Cassano
- 10.00-10.20** La solitudine nell'immaginario antropologico e letterario
Franco Salerno
- 10.20-10.40** Il lessico della solitudine nella produzione letteraria francofona del XVIII-XX secolo: uno studio corpus-based
Nicla Mercurio
- 10.40-10.50** Discussione
- 10.50- 12.30** **L'infinito è in noi**
- 10.50-11.10** La grazia della solitudine
Luigino Rossi
- 11.10-11.30** Coffee break
- 11.30-11.50** La solitudine di Alfonso Maria de' Liguori tra storia e fede
Alfonso Tortora
- 11.50-12.10** L'esperienza *solitaria* di uno psicoanalista nel Mezzogiorno d'Italia:
Marco Levi Bianchini
Giuseppina Salomone
- 12.10-12.20** Discussione
- 12.20-13.00** **Voci dall'ombra**
- 12.20-12.40** Nei meandri della solitudine: il corpo malato
Nicla Iacovino
- 12.40-13.00** La cura nella solitudine
Giacomo Visco
- 13.00** Discussione e chiusura dei lavori



E tutte le fontane di Napoli sono lagrime: quella di Monteoliveto è formata dalle lagrime di una pia monachella che pianse senza fine sulla Passione di Gesù; quella dei Serpi sono le lagrime di Bellocchia, una serva fedele innamorata del suo signore; quella degli Specchi è fatta delle lagrime di Corbussone, cuoco di palazzo e folle di amore per la regina cui cucinava gli intingoli; quella del Leone è il pianto di un principe napoletano, cui unico e buon amico era rimasto un leone che gli morì miseramente; e quella di fontana Medina sono le lagrime di Nettuno, innamorato di una bella statua cui non arrivò a dar vita.



- 13.45-14.00** **Apertura dei lavori**
Domenico Cassano, Fausto Sorrentino
- 14.00-15.30** **Letture**
Moderatori **Simona Bonavita (Napoli), Gioacchino Tedeschi (Napoli)**
- 14.00-14.30** La Neurologia nel terzo Millennio
Gioacchino Tedeschi (Napoli)
- 14.30-15.00** How cortical spreading depression may contribute to the activation of CGRP
Rami Burstein (Boston)
- 15.00-15.30** Nuovi target epigenetici nel trattamento del dolore neuropatico
Diego Fornasari (Milano)
- 15.30-16.30** **La Fibromialgia: un update**
Moderatori **Vincenzo Busillo (Salerno), Fortunata Tripodi (Reggio Calabria)**
- 15.30-15.55** Aspetti neurofisiologici della fibromialgia
Marina de Tommaso (Bari)
- 15.55-16.20** I trattamenti farmacologici e non farmacologici
Filippo Brighina (Palermo)
- 16.20-16.30** Discussione

Questo popolo napoletano ha, nella sua vivacità, un non so che di dolce e di gradevole... Passeggiando sulle lastre di lava della strada ammira facchini, pescatori che vanno, parlano, cantano, gesticolano, si bisticciano e si abbracciano con una sorprendente rapidità. Vivono al tempo stesso con tutti i sensi e, saggi senza saperlo, commisurano i propri desideri alla brevità della vita.

Anatole France, 1881



16.30-17.30 Fibrillazione atriale e prevenzione delle malattie cerebro-vascolari

Moderatori **Bruno Ronga (Napoli), Umberto Ruggiero (Napoli)**

16.30-17.00 Un Device domiciliare per la rilevazione della fibrillazione atriale: l'esperienza londinese

Lucio D'Anna (Londra)

17.00-17.30 Con il contributo non vincolante di A. B. Pharm

Recenti acquisizioni sulla prevenzione delle patologie cerebrovascolari: la Nattokinasi

Luca Gallelli (Catanzaro)

17.30-19.00 La depressione nel XXI secolo

Moderatori **Carmine Fuschillo (Napoli), Fausto Sorrentino (Napoli), Giacomo Visco (Sorrento)**

17.30-18.00 Con il contributo non vincolante di Lundbeck

Aspetti farmacologici dell'utilizzo dei nuovi antidepressivi nel paziente depresso con comorbidità neurologiche

Ferdinando Nicoletti (Roma)

18.00-18.25 La Depressione nel XXI secolo

Umberto Volpe (Ancona)

18.25-18.50 La patogenesi della depressione: una visione integrata

Silvestro La Pia (Napoli)

18.50-19.00 Discussione

20.00 Cocktail inaugurale

Tutta la città è pavimentata di lava. Anche le case sono costruite con materiali di origine vulcanica: tufo, pomice, etc. Perciò il Vesuvio è vita e anima, attrazione e incessante pericolo.

Napoli appartiene al Vesuvio! Il vulcano è l'essenziale, la città l'accessorio.

Pedro Antonio de Alarcon, 1861



15.30-16.30 La Medicina di genere nelle Neuroscienze: un update

Moderatori **Maria Gabriella de Silvio** (Napoli), **Giovanna Trevisi** (Lecce)

15.30-15.55 Epilessia e medicina di genere

Ermio Caterina (Lamezia Terme)

15.55-16.20 Malattia di Parkinson: differenze di genere

Maria Rosaria Pellecchia (Salerno)

16.20-16.30 Discussione

Ovunque si osserva, con la più grande simpatia, una gaiezza straordinaria. Tutti i variopinti fiori, e tutte le frutta, delle quali si orna la natura, sembrano invitar l'uomo a fregiar sè e ciò che gli appartiene, co' più vivi colori. I fazzoletti, i nastri di seta, i fiori su' cappelli ornano chiunque se ne può procurare; le sedie e i cassettoni, nelle case più povere, sono abbelliti di fiori screziati su fondo dorato; i calessi sono dipinti di amaranto co' fregi in oro, e i cavalli carichi di fiori artificiali, di fiocchi rossi e di orpelli... Noi altri siamo soliti chiamare di cattivo gusto la preferenza per i colori carichi; ma sotto un azzurro serenissimo cielo non v'ha niente che si possa dir carico perchè non è possibile vincere lo splendore del sole e del suo riflesso sul mare.



16.30-19.00 Comunicazioni libere

I PARTE

Moderatori **Francesca Basciu** (Cagliari), **Sandra Paglionico** (Cosenza)

16.30-16.50 Evoluzione epidemiologica delle malattie neurologiche
Roberto Tramutoli (Roma)

16.50-17.10 Aura emicranica: aspetti fisiopatologici e nel vissuto di personaggi famosi
Giovanna Trevisi (Lecce)

17.10-17.30 L'epistemologia neurologica nel mondo delle emozioni
Carlo Alberto Mariani (Palermo)

17.30-17.40 Discussione

II PARTE

Moderatori **Gennaro Cascone** (Napoli), **Salvo Dieli** (Catania)

17.40-18.00 Internet Game Disorder: il caso Fortnite
Patrizia Balsamo (Sassari)

18.00-18.20 SLA familiare: un caso aperto
Matteo De Bartolo (Corigliano Rossano)

18.20-18.40 Nuove strategie terapeutiche nella sclerosi multipla
Stefania Barone (Vibo Valentia)

18.40-19.00 Neuropatia da chemioterapici
Mariassunta Urciuolo (Praia a Mare)

19.00 Discussione e chiusura dei lavori

19.00-20.00 **Assemblea dei Soci**

Dopo aver costeggiato il lungomare di Chiaia, ricco da un lato di belle navi e ornato dall'altro di splendide fontane, si trova il Castel dell'Uovo, posto sul mare e al quale si arriva attraverso un piccolo molo, bella e grandiosa fortificazione che difende tutta questa parte. Qui sorgevano un tempo i giardini di Lucullo. Si vedono ancora alcune volte che sembrano annunciare antiche costruzioni...



09.00-10.30 Le nuove stagioni dell'emicrania

Moderatori **Pierangelo Geppetti** (Firenze), **Cristina Tassorelli** (Pavia)

Lecture

09.00-09.30 Le stagioni dell'emicrania tra memorie e attese

Cristina Tassorelli (Pavia)

09.30-10.00 The role of CGRP in migraine and cardiovascular system

Lars Edvinsson (Lund)

10.00-10.30 Why blocking CGRP in migraine is effective and safe

Pierangelo Geppetti (Firenze)

La partecipazione della natura in ogni cosa, l'amore della vita e un ampio respiro degli spazi, delle terre e del mare, che circondano l'uomo, formavano la felicità del mondo antico. Questa felicità non ha ancora del tutto abbandonato Napoli. Le abbaglianti strade bianche conducono a Posillipo, e la veduta che si apre sulle forme vulcaniche del capo Miseno e dei campi Flegrei si fondono col sapore della polvere sottile e dell'umidità amaro-salata del vento del mare.

Pavel Pavlovic Muratov, 1911



10.40-15.30 **La malattia di Parkinson: un update**

Moderatori **Rossana Arlomedea (Napoli), Giuseppe Di Iorio (Napoli), Francesco Rodolico (Catania)**

10.40-11.10 **Lettura**

Familiarità per malattie neurodegenerative: il caso Parkinson
Paolo Barone (Salerno)

11.10-11.30 Coffee break

11.30-11.55 La diagnosi clinica della malattia di Parkinson
Alessandro Tessitore (Napoli)

11.55-12.20 La diagnosi differenziale dei parkinsonismi
Roberto Erro (Salerno)

12.20-12.45 Parkinsonismi monogenici: come riconoscerli?
Anna De Rosa (Napoli)

12.45-13.10 Terapia farmacologica della malattia di Parkinson: cosa bolle in pentola?
Carmine Vitale (Napoli)

13.10-13.35 Nuove frontiere della stimolazione cerebrale profonda
Marina Picillo (Salerno)

13.35-14.00 Malattia di Parkinson avanzata e riabilitazione intensiva
Marano Pietro (Catania)

14.00-14.10 Discussione

14.10-15.00 Lunch

15.00-15.30 **Con il contributo non vincolante di Bial**

Il ruolo di Opicapone nella gestione delle fluttuazioni motorie nella malattia di Parkinson
Mariangela Pierantozzi (Roma)

Si dica, si racconti o si dipinga quel che si vuole ma qui ogni attesa è superata. Queste rive, golfi, insenature... Siano perdonati tutti coloro che a Napoli escono di senno!



15.30-17.00 Malattie rare

Moderatori Maddalena Terracciano (Napoli), Roberto Tramutoli (Roma)

15.30-16.00 Con il contributo non vincolante di Biogen

Atrofia muscolare spinale (SMA): il ruolo del Neurologo del Territorio alla luce dei nuovi scenari terapeutici

Marina Melone (Napoli)

16.00-16.25 Le neuromieliti ottiche

Salvatore Monaco (Verona)

16.25-16.50 Neuropatie disimmuni croniche

Francesco Habetswallner (Napoli)

16.50-17.00 Discussione

Non posso tacere dei venditori ambulanti... Alcuni vanno in giro con barilotti di acqua gelata, limoni e bicchieri, per potere fare su due piedi una limonata; altri mettono in mostra certi vassoi con sopra bottiglie di liquori diversi e bicchierini; altri ancora portano dei panieri di paste, dolciumi, agrumi ed altre frutta. Si direbbe che tutti vogliono partecipare e rendere ancora più grandiosa la festa del piacere che a Napoli si celebra tutti i giorni.

Johann Wolfgang Goethe, 1787



17.00-19.30 **Le epilessie farmaco-resistenti: i nuovi orizzonti**

Moderatori **Angela Caporella (Napoli), Francesco Habetswaller (Napoli), Enrico Volpe (Napoli)**

17.00-17.30 **Con il contributo non vincolante di UCB**

Nuovo paradigma per l'approccio terapeutico nella gestione del paziente con epilessia focale

Carlo di Bonaventura (Roma)

17.30-17.45 Coffee break

17.45-18.10 **La farmaco-resistenza: meccanismi di base e aspetti clinici e strategie farmacologiche**

Leonilda Bilo (Napoli)

18.10-18.40 **Nuovi farmaci antiepilettici: esperienze a confronto**

I - Lacosamide e Brivaracetam: esperienze personali e revisione della letteratura

Francesca Conte (Napoli)

II - Eslicarbazepina e Perampnel: esperienze personali e revisione della letteratura

Clotilde Ciampa (Napoli)

18.40-19.05 **Cannabis: lo stato dell'arte**

Alfonso Giordano (Napoli)

19.05-19.30 **Strategie non farmacologiche: per quali pazienti, in quale momento?**

Bernardo De Martino (Napoli)

19.30 **Discussione e chiusura dei lavori**

La cosa più eccitante che mi è capitato di vedere a Napoli è stato un bagliore rossastro che di tanto in tanto solcava il cielo quando a tarda notte sostavo nella terrazza di un locale situato nei pressi di Castel Sant'Elmo, che è il punto più alto della città.

Walter Benjamin, 1931



11.30-12.30 **Dieta e Nutraceutici nelle cefalee**

Moderatori **Teresa Catarci** (Roma), **Giovanni Mellino** (Cagliari)

11.30-11.55 La dieta chetogenica nel paziente emicranico
Cherubino Di Lorenzo (Latina)

11.55-12.20 Il ruolo dei nutraceutici nel paziente emicranico
Vincenzo Pizza (Vallo della Lucania)

12.20-12.30 Discussione

12.30-14.00 **Malattia cerebrovascolare e rischio tromboembolico: un update**

Moderatori **Paolo De Campora** (Napoli), **Antonino Pavone** (Catania), **Michela Quarantiello** (Caserta)

12.30-12.55 Efficacia dei NAO: la prevenzione degli eventi tromboembolici protegge dalla demenza vascolare?
Raffaele Rotunno (Eboli)

12.55-13.20 Nuove strategie di riperfusione dell'ictus cerebrale in fase acuta
Vincenzo Andreone (Caserta)

13.20-13.45 Doppler transcranico con bubble test: applicazioni cliniche
Maria Grazia Gargiulo (Eboli)

13.45-14.00 Discussione

Rimasi a lungo sulla terrazza di San Martino appoggiato al parapetto ad ascoltare le voci che salivano da Napoli... Qui, mare, cielo e terra danzano nella luce e l'anima diventa ebbra dal profumo dei fiori.

Ferdinand Gregorovius, 1850



15.00-19.30 **Le demenze degenerative primarie: un update**

Moderatori **Pasquale Alfieri** (Napoli), **Vincenzo Canonico** (Napoli), **Cinzia Coppola** (Napoli)

I PARTE *Lettere*

15.00-15.30 Large Scale Brain Network e sindromi neuropsicologiche
Dario Grossi (Napoli)

15.30-16.00 Malattia di Alzheimer in fase prodromica: quale diagnosi, quale intervento
Amalia Cecilia Bruni (Reggio Calabria)

16.00-16.30 Ipotesi amiloidea tra dubbio e realtà
Alessandro Padovani (Brescia)

16.30-17.00 Il ruolo delle cellule non neuronali nella malattia di Alzheimer: nuovi paradigmi interpretativi per strategie terapeutiche
Luca Steardo (Roma)

17.00-17.30 Coffee break

II PARTE

Moderatori **Vincenzo Mascia** (Cagliari), **Carlo Fattorello Salimbeni** (Venezia), **Renato Sambati** (Lecce)

17.30-17.50 MCI: oltre la cognitività
Alessandro Iavarone (Napoli)

17.50-18.10 Lo spettro della Degenerazione lobare Fronto-Temporale: dall'eterogeneità clinico-patologica alle basi genetiche
Cinzia Coppola (Napoli)

18.10-18.30 Demenza a corpi di Levy e malattia di Alzheimer: clinica ed insidie della diagnosi differenziale
Mariano Oliva (Napoli)

18.30-18.50 La stimolazione elettrica transcranica nel trattamento dell'apatia nel paziente con demenza
Gennaro Della Rocca (Napoli)

18.50-19.10 Efficacia di un metodo di stimolazione cognitiva-riabilitativa in un centro diurno Alzheimer
Gerardo Rotella, **Umberto Ruggiero** (Napoli)

19.10-19.30 Discussione e chiusura dei lavori

Restammo seduti fino a mezzanotte sul murale contro cui vengono a infrangersi le onde. Non potevamo stancarci di guardare quel mare limpido e azzurrino.



17.30-19.00 Incontro con l'esperto

Moderatori **Carlo Alberto Mariani** (Palermo), **Vito Napolitano** (Monopoli)

17.30-18.30 Le incombenze fiscali dello Specialista Ambulatoriale
Francesco Paolo Cirillo (Napoli)

17.30-18.00 Il nuovo contratto dello specialista ambulatoriale
Gabriele Peperoni (Napoli)

18.00-18.30 La certificazione neurologica in ambito medico-legale
Salvatore De Feo (Napoli)

18.30-19.00 Discussione

La pizza è una specie di schiacciata, è di forma rotonda e si lavora con la stessa pasta del pane: varia nel diametro secondo il prezzo. Una pizza da due centesimi basta a un uomo, una pizza da due soldi deve satollare un'intera famiglia.

A prima vista la pizza sembra un cibo semplice: sottoposta ad esame, apparirà come cibo complicato. La pizza è all'olio, al lardo, alla sugna, al formaggio, al pomodoro, ai pesciolini. È il termometro gastronomico del mercato: aumenta o diminuisce di prezzo secondo il costo degli ingredienti suddetti, secondo l'abbondanza o la carestia dell'annata. Quando la pizza ai pesciolini costa mezzo grano, vuol dire che la pesca è stata buona; quando la pizza all'olio costa un grano, significa che il raccolto è stato cattivo.



08.30-11.30 Headache in childhood and adolescence

Moderatori **Ishaq Abu Arafah** (*Glasgow*), **Salvatore Buono** (*Napoli*), **Vincenzo Guidetti** (*Roma*)

08.30-09.00 Classification of primary headache in childhood and adolescence: expert opinion
Aynur Özge (*Turchia*)

09.00-09.30 Pharmacological treatment in childhood and adolescent headache: an update
Ishaq Abu-Arafah (*Glasgow*)

09.30-10.00 Headache in Emergency Department in childhood and adolescence
Luigi Titomanlio (*Parigi*)

10.00-10.25 Episodic syndromes that may be associated with migraine
Massimiliano Valeriani (*Roma*)

10.25-10.50 Headaches and sleep disorders in childhood
Marco Carotenuto (*Napoli*)

10.50-11.00 Discussione

11.00-11.30 *Lettura*

L'emicrania tra genetica ed epigenetica
Vincenzo Guidetti (*Roma*)

11.30-11.40 Coffee break

Mi attirava nella vicina Santa Chiara il suo chiostro.
Volevo entrare in quel recinto dove le viti germogliavano
assieme ai rampicanti figurati sulle maioliche dei pilastri...
Nel chiostro c'era una grande pace, le panchine di maiolica dipinta a
paesaggi e fregi davano freschezza...



11.40-14.00 Dalla fisiopatogenesi al trattamento dell'emicrania: le nuove frontiere

Moderatori **Francesco Pierelli** (Latina), **Giorgio Zanchin** (Padova)

11.40-12.05 Patofisiogenesi dell'emicrania: dalla funzione alla struttura e viceversa
Gianluca Coppola (Latina)

12.05-12.30 Il neuroimaging nell'emicrania
Antonio Russo (Napoli)

12.30-12.55 La target therapy per il paziente emicranico
Francesca Moschiano (Napoli)

12.55-13.20 Gepanti, Ditani e Anticorpi monoclonali anti-CGRP nell'emicrania
Maria Pia Prudenzano (Bari)

13.20-13.45 Trattamenti di neuromodulazione non invasiva nelle cefalee primarie:
cosa c'è di nuovo
Anna Ambrosini (Pozzilli)

13.45-14.00 Discussione e chiusura dei lavori

Appena arriva la piccola ampolla col sangue, le preghiere e la musica si raddoppiano per poi cedere il posto al più grande silenzio; e nel momento che l'arcivescovo prende il sangue tra le mani, tutti si mettono in ginocchio, dentro e fuori del palco.

Un santo terrore s'impadronisce di tutta la folla, non si sente che sospiri e singhiozzi, la calma e l'attenzione di tutti è al massimo, nell'attesa del momento sospirato quando si produrrà il miracolo. Generalmente è questione di 8 o 10 minuti, ma se tarda più di tanto la gente comincia a lasciarsi prendere da una furia incontrollabile, lacerandosi, strappandosi i capelli, come presi da una disperazione terribile per poi passare di colpo agli eccessi della gioia più sfrenata appena uno degli stessi lazzaroni grida: "è fatto!".

11.40-14.00 In cerca dell'Araba Fenice: la Neurologia del Territorio tra mito e realtà

Moderatori **Claudio Capra** (Cagliari), **Grazia Cavallo** (Torino), **Antonello D'Attoma** (Bari)

11.40-12.00 AINAT tra reti e percorsi: analisi comparata fra Sicilia ed Emilia Romagna
Fortunata Tripodi (Reggio Calabria)

12.00-12.20 Il fascicolo sanitario elettronico (FSE): prospettive per la rete della Neurologia Territoriale
Francesco Rodolico (Catania)

12.20-12.40 La Neurologia del Territorio nei paesi in via di sviluppo
Vito Napolitano (Bari)

12.40-13.00 Report dei primi 5 anni di attività di un ambulatorio dedicato alle cefalee dell'ASL Roma1
Teresa Catarci (Roma)

13.00-13.20 La malattia di Alzheimer e la sindrome del caregiver: un nuovo allarme sanitario
Vincenzo Mascia (Cagliari)

13.20-13.40 Progetto Alcmeone: pianificazione e gestione clinica integrata del paziente cefalalgico
Sandra Paglionico (Cosenza)

13.40-14.00 Discussione e chiusura dei lavori



Non entrate in una casa napoletana appena aristocratica senza che il primo oggetto che vi colpisca in anticamera non sia un paio di corna: più le corna sono lunghe più sono efficaci... Ne ho vedute che avevano fino a tre piedi di lunghezza e costavano cinquecento franchi il paio.

Oltre queste corna a domicilio, che per il loro volume non si possono portare facilmente sulla persona, vi sono altri piccoli cornetti che si portano al collo, al dito, alla catena dell'orologio. Si comprano ad ogni angolo della strada, in ogni bottega di cianfrusaglie.

Alexandre Dumas, 1835



11.40-13.50 La vertigine acuta: periferica o centrale?

Un percorso comune tra Vestibologia e Neurologia

Sessione interattiva

Moderatori Giuseppe Liguori (Napoli), Sabato Leo (Salerno)

11.40-12.10 La vertigine acuta: i più frequenti errori diagnostici

Domenico Cassano (Salerno)

12.10-13.50 Dalla fisiopatologia dei movimenti oculari lenti e rapidi alla diagnosi bedside

Vincenzo Marcelli (Napoli)

13.50-14.00 Discussione e chiusura dei lavori

In Napoli le qualità più pregiate dei pesci si vendono a caro prezzo, e solo presso la gente agiata. Il popolo "minuto" consuma vavose, ruonchi, marvizzi, e, arrostiti, gli sgombri, il pesce castagna, e gli sparagliuni, pesci assai modesti per l'immensa quantità delle spine. La fravaglia viene consumata dalle persone agiate. I meno agiati si accontentano della mazzamma, una miscela di pesciolini maltrattati e di poco confo. *O cuoppo e mazzamma* è un misto di pesce fritto che si può comprare a poco prezzo in ogni bettola e comprende il *guarracino rosso* e quello nero, *sauri* e *saurielli*, i *mazzuni*, i *cazzilli del re*, le *suace*, simili alla sogliola, e le *fiche*. Molto spesso si sentono i nostri pescivendoli gridare: "fiche e suace". Dei pesci salati si fa un consumo grandissimo, ma le alici salate adornano per lo più le mense degli agiati, mentre le persone del volgo si accontentano di aringhe e baccalari.

Faculty



Ishaq Abu-Arafah, *Glasgow*
Pasquale Alfieri, *Napoli*
Anna Ambrosini, *Pozzilli (IS)*
Vincenzo Andreone, *Caserta*
Rossana Arlomede, *Napoli*
Patrizia Balsamo, *Sassari*
Paolo Barone, *Salerno*
Stefania Barone, *Vibo Valentia*
Francesca Basciu, *Cagliari*
Leonilda Bilo, *Napoli*
Simona Bonavita, *Napoli*
Filippo Brighina, *Palermo*
Amalia Cecilia Bruni, *Lamezia Terme*
Salvatore Buono, *Napoli*
Rami Burstein, *Boston*
Vincenzo Busillo, *Eboli*
Vincenzo Canonico, *Napoli*
Angela Caporella, *Napoli*
Claudio Capra, *Cagliari*
Marco Carotenuto, *Napoli*
Gennaro Cascone, *Napoli*
Domenico Cassano, *Salerno*
Teresa Catarci, *Roma*
Grazia Cavallo, *Torino*
Clotilde Ciampa, *Napoli*
Francesco Paolo Cirillo, *Napoli*
Francesca Conte, *Napoli*
Cinzia Coppola, *Napoli*
Gianluca Coppola, *Latina*
Lucio D'Anna, *Londra*
Antonello D'Atoma, *Bari*
Matteo De Bartolo, *Cosenza*
Paolo De Campora, *Napoli*
Salvatore De Feo, *Napoli*
Cherubino De Lorenzo, *Roma*
Bernardo De Martino, *Napoli*
Anna De Rosa, *Napoli*
Marina de Tommaso, *Bari*
Gennaro Della Rocca, *Napoli*
Carlo Di Bonaventura, *Roma*

Giuseppe Di Iorio, *Napoli*
Salvo Dieli, *Catania*
Lars Edvinsson, *Lund (Svezia)*
Caterina Ermio, *Lamezia Terme*
Roberto Erro, *Salerno*
Carlo Fattorello Salimbeni, *Venezia*
Diego Fornasari, *Milano*
Carmine Fuschillo, *Napoli*
Luca Gallelli, *Catanzaro*
Maria Grazia Gargiulo, *Eboli*
Pierangelo Geppetti, *Firenze*
Alfonso Giordano, *Napoli*
Dario Grossi, *Napoli*
Vincenzo Guidetti, *Roma*
Francesco Habetswallner, *Napoli*
Nicla Iacovino, *Napoli*
Alessandro Iavarone, *Napoli*
Silvestro La Pia, *Napoli*
Sabatino Leo, *Salerno*
Giuseppe Liguori, *Napoli*
Pietro Marano, *Catania*
Vincenzo Marcelli, *Napoli*
Carlo Alberto Mariani, *Palermo*
Vincenzo Mascia, *Cagliari*
Giovanni Mellino, *Cagliari*
Marina Melone, *Napoli*
Nicla Mercurio, *Salerno*
Salvatore Monaco, *Verona*
Carlo Montinaro, *Salerno*
Franca Moschiano, *Napoli*
Anna Maria Mugnano, *Napoli*
Aurelio Musi, *Salerno*
Vito Napolitano, *Monopoli (BA)*
Ferdinando Nicoletti, *Roma*
Mariano Oliva, *Napoli*
Aynur Özge, *Mersin (Turchia)*
Alessandro Padovani, *Brescia*
Sandra Paglionico, *Cosenza*
Antonino Pavone, *Catania*

Nunzio Peci, *Catania*
Maria Teresa Pellecchia, *Salerno*
Gabriele Peperoni, *Napoli*
Marina Picillo, *Salerno*
Mariangela Pierantozzi, *Roma*
Francesco Pierelli, *Latina*
Vincenzo Pizza, *Vallo della Lucania*
Carlo Privitera, *Caltanissetta*
Maria Pia Prudenzano, *Bari*
Michela Quarantiello, *Caserta*
Francesco Rodolico, *Catania*
Bruno Ronga, *Napoli*
Luigino Rossi, *Salerno*
Gerardo Rotella, *Napoli*
Raffaele Rotunno, *Salerno*
Umberto Ruggiero, *Napoli*
Antonio Russo, *Napoli*
Franco Salerno, *Sarno (SA)*
Giuseppina Salomone, *Salerno*
Renato Sambati, *Lecce*
Giuseppe Sanges, *Napoli*
Fausto Sorrentino, *Napoli*
Luca Steardo, *Roma*
Maria Tagliamonte, *Salerno*
Cristina Tassorelli, *Pavia*
Giacchino Tedeschi, *Napoli*
Maddalena Terracciano, *Napoli*
Alessandro Tessitore, *Napoli*
Luigi Titomanlio, *Parigi*
Alfonso Tortora, *Salerno*
Roberto Tramutoli, *Roma*
Giovanna Trevisi, *Lecce*
Fortunata Tripodi, *Reggio Calabria*
Mariassunta Urciuolo, *Praia a Mare*
Massimiliano Valeriani, *Roma*
Giacomo Visco, *Sorrento (NA)*
Carmine Vitale, *Napoli*
Enrico Volpe, *Napoli*
Umberto Volpe, *Ancona*
Giorgio Zanchin, *Padova*

Il popolo napoletano, che è sobrio, non si corrompe per l'acquavite, non muore di "delirum tremens"; esso si corrompe e muore pel otto. Il lotto è l'acquavite di Napoli.

Informazioni generali



Crediti ECM

N. 16 Crediti formativi per Neurologi, Neuro-Psichiatri Infantili, Psichiatri, Psicologi, Anestesisti, Farmacisti, Farmacologi, Fisiatri, Geriatri, MMG, Otorini, Fisioterapisti, Infermieri, Assistenti sanitari, Tecnici di Neurofisiopatologia, Tecnici di Audiometria.

Quota di iscrizione

Soci AINAT € 250; Non-Soci AINAT € 300 (comprensiva di iscrizione all'AINAT).

Iscrizione in sede: Soci AINAT € 280; Non-Soci AINAT € 330 (comprensiva di iscrizione all'AINAT).

Per Neurologi under 35, Psicologi, Fisioterapisti, Infermieri, Assistenti sanitari, Tecnici di Neurofisiopatologia, Tecnici di Audiometria: quota di iscrizione € 100. Le quote sono IVA inclusa.

Per Specializzandi in Neurologia: iscrizione gratuita.

La quota di iscrizione comprende: materiale congressuale, Coffee break, Colazione di lavoro, Attestato di partecipazione.

Il pagamento può essere effettuato mediante Bonifico bancario intestato a:

Concilia Qui s.r.l. presso CREDEM Dipendenza 575 – Salerno AG. 2 – IBAN IT29 T030 3215 2010 1000 0004 681 – ABI 03032 ; CAB 15201; CIN T; Conto 010/000004681- 4; BIC code: BACRIT21575, indicando la causale “Iscrizione Congresso AINAT 2019”.

N. 5 Crediti formativi per il Corso *La Robotica in Neuroriabilitazione* (Giovedì 17 ottobre, ore 9.00-13.00, sala Partenope) per Fisiatri, Fisioterapisti e Medici prescrittori. Quota di iscrizione € 100 (Iva inclusa). Indicare la causale “**Iscrizione Corso di Neuroriabilitazione AINAT 2019**”.

Per il *Simposio sulla Solitudine* (Giovedì 17 ottobre, ore 9.00-13.00, sala Posillipo A): **ingresso gratuito**.

Appena ha due soldi il popolo napoletano compra un piatto di maccheroni cotti e conditi; tutte le strade dei quattro quartieri popolari hanno di queste osterie che installano all'aria aperta le loro caldaie, dove i maccheroni bollono sempre, i tegami dove bolle il sugo di pomodoro, le montagne di cacio grattato, un cacio piccante che viene da Crotone. Anzitutto quest'apparato è molto pittoresco, e dei pittori lo hanno dipinto, ed è stato da essi reso lindo e quasi elegante, con l'oste che sembra un pastorello di Watteau.

Informazioni generali



Addetto Stampa

Viridiana Myriam Salerno

Comunicazione Multimediale

Giovanni De Angelis

AINATNews

Gennaro Cascone

Sede del Convegno

Grand Hotel Excelsior, Via Partenope, 48 - Lungomare Caracciolo, 80121 Napoli

Cena sociale

Venerdì 18 ottobre ore 20.30. Location con vista panoramica sul Golfo. Prezzo **€ 100** (Iva inclusa). Prenotazione obbligatoria. Per informazioni contattare la Segreteria organizzativa.

Spazi istituzionali

Riunione Consiglio Direttivo

Giovedì 17 ottobre 2019
Sala Megaride (I piano)
ore 13.00

Assemblea dei Soci

Giovedì 17 ottobre 2019 - Sala Posillipo B
Prima convocazione: ore 8.00
Seconda convocazione: ore 19.00

Agenzia organizzativa

Concilia Qui
info@conciliaqui.com
Tel. 333 2282491- 338 7940232
Fax 0828 211147

Orari di apertura Segreteria

Giovedì 17 ottobre ore 8.00-20.00
Venerdì 18 ottobre ore 8.00-20.00
Sabato 19 ottobre ore 8.00-14.00

Una schiera di rosticceri che allestiscono principalmente maccheroni, di friggitori che friggono nell'olio ogni sorta di frittiture, di camerieri di caffè, di gente che arrostitisce castagne, pigne e pannocchie di granoturco, hanno pure nella strada i loro bracieri e le loro fornaci. Tutta questa gente ha il suo pubblico, che mangia e beve, che chiacchiera e sta a guardare...

Immagina l'indicibile frastuono che fa tutta questa gente, il grido dei venditori stabili o ambulanti: - "Oh che bella cosa! - Pesci, pesci! - Oh che bella pizza! - Gelati, signori, gelati, un grano al bicchiere! - Galli, galli!". Tutti strillano in tal modo che le loro corde vocali dovrebbero spezzarsi.

Schema del programma scientifico



Giovedì 17 ottobre

Mattina

Sala Partenope

09.00-13.00 Nuove frontiere in Fisioterapia: la Robotica in Neuroriabilitazione.
Corso teorico-pratico per Fisiatri, Fisioterapisti, Medici prescrittori

Sala Posillipo A

09.00-13.00 *Simposio satellite*. Rosso scarlatto. I colori della solitudine.
Un percorso entro le Scienze umane

Sala Megaride

13.00-14.00 Riunione Consiglio direttivo

Pomeriggio

Sala Partenope

13.45-14.00 Apertura del Congresso

14.00-15.30 Letture

15.30-16.30 La fibromialgia: un update

16.30-17.00 Un device domiciliare per la rilevazione della fibrillazione atriale:
l'esperienza londinese

17.00-17.30 Con il contributo non vincolante di A.B. Pharm

17.30-18.00 Con il contributo non vincolante di Lundbeck

18.00-19.00 La Depressione nel XXI secolo

Sala Posillipo A

15.30-16.30 La Medicina di genere nelle Neuroscienze

16.30-19.00 Comunicazioni libere

19.00-20.00 Assemblea dei Soci

20.00 **Cocktail inaugurale**

Tra i diversi modi di preparazione delle carni, i napoletani sono ghiotti di uno stufato che essi volgarmente chiamano "ragù".

Achille Spatuzzi, 1863

Schema del programma scientifico

Venerdì 18 ottobre

Mattina

Sala Partenope

09.00-10.30 Le nuove stagioni dell'emicrania

10.30-14.00 La malattia di Parkinson: un update

Sala Posillipo A

11.30-12.30 Dieta e nutraceutici nelle cefalee

12.30-14.00 Malattia cerebrovascolare e rischio tromboembolico

Pomeriggio

Sala Partenope

15.00-15.30 Con il contributo non vincolante di Bial

15.30-16.00 Con il contributo non vincolante di Biogen

16.00-17.00 Malattie rare

17.00-17.30 Con il contributo non vincolante di UCB

17.30-19.30 Le epilessie farmaco-resistenti: i nuovi orizzonti

Sala Posillipo A

15.00-19.30 Le demenze degenerative primarie: un update

Sala Megaride

17.30-19.00 Incontro con l'esperto

Sabato 19 ottobre

Mattina

Sala Partenope

08.30-11.30 Headache in childhood and adolescence

11.40-14.00 Dalla fisiopatogenesi al trattamento dell'emicrania: le nuove frontiere

Sala Posillipo A

11.40-14.00 In cerca dell'Araba Fenice: la Neurologia del Territorio tra mito e realtà

Sala Megaride

11.40-14.00 La vertigine acuta: periferica o centrale?

14.00 Chiusura dei lavori



La massima golosità per i napoletani è il soffritto: dei ritagli di carne di maiale cotti con olio, pomodoro, peperone rosso, condensati, che formano una catasta rossa, bellissima all'occhio, da cui si tagliano delle fette. Costano cinque soldi. In bocca sembra dinamite.

Matilde Serao, 1903

Si ringraziano



ALFASIGMA

almirall



Bial

Biogen



Chiesi

CRISTALFARMA
scientificamente naturale

ecupharma



epitech
group



FARMA PLUS

ITALFARMACO



GRUPPO RIABILITAZIONE

NAPOLI

LABOREST®

Renzullo
Centro di Riabilitazione
LARS

Lilly

Lundbeck



Napoli, senza il Vesuvio, sarebbe soltanto un punto in più sulla carta geografica.

Alfredo de Lafitte, 1817

Si ringraziano



LUSOFARMACO

MAVEN
PHARMA

mdm

Minerva Medica®
NUTRACEUTICI

Mylan®

NEOPHARMED
GENTILI

NEURAXPHARM®

NOVARTIS

NUTRICIA

Pfizer

PIAM

Polifarma e lode

RIVER
PHARMA

SAVIO
Pharma
Italia

ucb

Zambon

A ogni eruzione la lava veniva nascosta dal fumo, e allora era notte fonda... vedevamo intorno l'abisso di fiamme, dal cratere saliva un rombo come quando si leva da un bosco un grosso stormo di uccelli.

Hans Christian Andersen, 1884

Illustrazioni



- Pag. 2 - Domenico Gargiulo (Micco Spadaro), *L'eruzione del Vesuvio del 1631*, olio su tela, XVII secolo
Pag. 3 - Giovan Battista Lusieri, *Napoli da Mergellina*, olio su tela
Pag. 4 - Pierre Auguste Renoir, *La baia di Napoli*, olio su tela, 1881
Pag. 5 - Anton Sminck van Pitloo, *Napoli dalla spiaggia di Mergellina*, olio su tela
Pag. 6 - Giovan Battista Lusieri, *Il golfo di Napoli da Portici*, olio su tela
Pag. 7 - Filippo Palizzi, *Giovane fanciulla di fronte alle Rovine di Pompei*, olio su tela
Pag. 8 - Carl Wilhelm Götzloff, *Danzatori a Mergellina*, olio su tela
Pag. 9 - Giovan Battista Lusieri, *Il Palazzo reale di Portici alle falde del Vesuvio*, olio su tela
Pag. 10 - Giovan Battista Lusieri, *Veduta di Napoli dalla villa di William Hamilton*, olio su tela
Pag. 11 - William Turner, *Castel dell'Ovo with Capri in the distance*, acquerello, 1819
Pag. 12 - Jacob P. Hackert, *Veduta dei Campi Flegrei dall'Eremo dei Camaldoli in Napoli*, olio su tela, 1797
Pag. 13 - Jacob P. Hackert, *Il golfo di Pozzuoli*, olio su tela, 1799
Pag. 14 - Saverio della Gatta, *L'acquaio*, tempera su carta, 1823
Pag. 15 - Jacob P. Hackert, *Eruzione del Vesuvio al chiaro di luna*, olio su tela
Pag. 16 - William Turner, *Naples and Vesuvius from the Hill*, acquerello, 1819
Pag. 17 - Federigo Cortese, *Marina*, olio su tela
Pag. 18 - *Venditore di pane*, affresco pompeiano, Museo Archeologico Nazionale (NA)
Pag. 19 - *Il Chiostro di Santa Chiara, (part.)*, flash d'arte
Pag. 20 - *La liquefazione del sangue di San Gennaro*, flash d'arte
Pag. 21 - Ignoto del XIX secolo, *Due Pulcinella*, tempera su carta
Pag. 22 - Luca Forte e Aniello Falcone, *Marina con pescatori e mostra di pesci*, olio su tela
Pag. 23 - Gaspare Traversi, *Giocatori di carte*, olio su tela, (part.)
Pag. 24 - Saverio della Gatta, *Mangiatori di maccheroni*, tempera su carta
Pag. 25 - Saverio della Gatta, *Festa con danzatori a Mergellina*, tempera su carta
Pag. 26 - Jusepe de Ribera, *Il gusto*, olio su tela
Pag. 27 - Jusepe de Ribera, *L'olfatto*, olio su tela
Pag. 28 - William Turner, *La furia del Vesuvio*, acquerello, 1817
Pag. 29 - Pierre Jacques Volaire, *Eruzione del Vesuvio al chiaro di luna*, olio su tela, 1771
Pag. 30 - *Memento mori*, mosaico pompeiano, Museo Archeologico Nazionale (NA)
Pag. 31 - Jean-Baptiste Camille Corot, *Chiaro di luna a Napoli*, olio su tela, 1828
Pag. 32 - Gonsalvo Carelli, *Marina di Napoli*, olio su tela, 1850
Retro copertina: *Maschera di Pulcinella Giancola*, Museo Nazionale di San Martino (NA)

Restai colpito dallo spettacolo che si offriva ai miei occhi... Il pauroso e pittoresco ossario delle Fontanelle in due enormi cave di tufo, custodiva, disposti con macabro senso architettonico, migliaia e migliaia di crani e altre ossa, illuminati da migliaia di candele, i resti dell'epidemia colerica del 1836.



La magnificenza di una notte di plenilunio, quale la godemmo noi errando per le strade e per le piazze, a Chiaia lungo il passeggio infinito, e poi su e giù sulla riva del mare. Si è sopraffatti veramente dalla sensazione dell'infinità dello spazio. Val pure la pena sognare così.

The magnificence of a night in the full moon, like the one we enjoyed strolling the streets and piazzas, along the infinite waterfront of Chiaia, and then up and down along the shore. One is really overcome by the sensation of the infinity of space. To dream like this is worth while.

Johann Wolfgang Goethe, 1787



Arrivederci



**Ecco che ti lascio, bella Napoli mia,
dove i mattoni sono di zucchero, le mura di pasta reale,
dove le pietre sono di manna, le travi di cannamele,
dove porte e finestre sono di pasta sfogliata...**

**Addio zeppole e migliacci, cavoli e tarantello,
addio caionze, piccatigli e ingratinati,
addio pignate maritate e cento figliole...**

**Chi sa se mi sarò dato vedervi più!
Me ne parto, sfratto da questo bel casale...
Bella Napoli mia, addio!**

Giovan Battista Basile, *Lu cunto de li cunti*, 1639



**Dedicato a
Sergio Allocca, Antonello Crisci, Paolo Rossi**





www.ainat2019.it