



N. 11 – OTTOBRE 2021

AINATnews

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

TRADITORI DI IERI E DI OGGI

Il bilancio di un triennio di Presidenza AINAT



In questo numero

Focus sul Nusinersen, La cefalea nummulare, Demenza ed epilessia,
Responsabilità civile del medico, L'impatto psicologico della pandemia,
La fragilità: la lezione di Antonio Genovesi, Donne contro il dolore

Scritti di

Domenico Cassano, Clotilde Ciampa, Mariano Ciarletta,
Antonello D'Attoma, Marina de Tommaso, Vincenzo Galatro,
Nicla Iacovino, Carlo Alberto Mariani,
Lucia Ruggiero, Franco Salerno, Roberto Tramutoli,
Giovanna Trevisi, Marco Trucco

www.ainat.it

IN QUESTO NUMERO

LA LETTERA DI SALUTO DEL PRESIDENTE

Il bilancio di un'esperienza triennale

Domenico Cassano, pag. 5

L'EDITORIALE

La scomparsa di Gino Strada, un medico di buona volontà

Roberto Tramutoli, pag. 7

NEUROSCIENZE

Atrofia muscolare spinale (SMA): focus sul Nusinersen, primo farmaco approvato per il trattamento di tutte le forme di SMA

Lucia Ruggiero, pag. 9

Demenza ed epilessia: un rapporto ambiguo. Revisione della letteratura.

Clotilde Ciampa, pag. 17

Cefalea nummulare: aggiornamento e rassegna della letteratura

Marco Trucco, pag. 22

LA RUBRICA

LA LEGGE NELLA MEDICINA

Responsabilità civile del medico e legge Gelli-Bianco (L. n. 24/2017): prima e dopo la riforma. Focus sull'interpretazione sistematica del "doppio binario" di tutela e il significato normativo delle novità legislative

Vincenzo Galatro, pag. 30

CULTURA E SOCIETA'

L'impatto psicologico della pandemia

Solitudine, melanconia e alienazione. Dai nostri giorni all'Età Moderna.

Mariano Ciarletta, pag. 47

Dalla fragilità alla logica del bene comune: la lezione di Antonio Genovesi

Nicla Iacovino, pag.53

Donne contro il dolore

Marina de Tommaso, pag. 58



NOVITA' DAI CONGRESSI AINAT

Al di là del faro, il congresso di AINAT Campania

I simboli: Il nostalgico fascino del faro

Domenico Cassano, pag. 60

Il resoconto del Congresso AINAT Sicilia

Carlo Alberto Mariani, pag. 63

LA RUBRICA

FUORI DAL PRISMA

Se Prometeo ci indica il futuro

Domenico Cassano, pag. 65

LETTERE AL DIRETTORE

La testimonianza di Giovanna Trevisi, Consigliere uscente Direttivo Nazionale AINAT, pag. 68

La Cefalea post vaccinazione anti-COVID evocando “il sublime” di kantiana memoria

Antonello D'Attoma, pag. 69

DUE INSERTI SPECIALI

DANTE, IL CINEMA DELLA MENTE

"Il Conte Ugolino come in un film *noir*"

Franco Salerno

SALERNO, COSTIERA AMALFITANA, PAESTUM

Breve viaggio nella provincia di Salerno

A cura dell'Ente Turismo

In copertina

Anonimo, *Ritratto di Jago*, emblema del traditore per antonomasia, e della *marchesa de Merteuil*, un perfetto mix di intelligenza, crudeltà e perversione.



IL BILANCIO DI UN TRIENNIO DI PRESIDENZA AINAT

Domenico Cassano

Cari lettori, soci, amici

come avrete notato la copertina di questo numero è dedicata a quelle figure che Dante annovera tra i peccatori più gravi: i traditori. Il sommo poeta colloca costoro nel IX cerchio dell'Inferno, prossimi a Lucifero, incarnazione dell'umana perfidia.

L' "attitudine" al tradimento affonda le sue radici nelle malevoli passioni che albergano nell'animo umano: in primis un'invidia distruttiva legata a un sentimento di profonda inferiorità verso l'altro.

La storia e la letteratura abbondano di personaggi di tal genere: tra i più noti annoveriamo il losco Jago, magistralmente descritto nell'Otello di Shakespeare, il traditore per antonomasia, emblema del male fine a se stesso, colui che agisce apportando distruzione e rovina laddove albergano amore e armonia.

E ancora Uriah Heep, viscido personaggio del David Copperfield di Dickens, sempre intento a torcersi le mani, umide e appiccicaticce, che non guarda mai negli occhi del suo interlocutore, costantemente proteso a carpire i segreti del proprio benefattore e a "mescolare le carte" dell'inciucio.

Tra le "eroine" letterarie di tal genere, spicca la Marchesa de Merteuil, ritratta in copertina in forma caricaturale: figura chiave del romanzo *Le relazioni pericolose* di Choderlos de Laclos (1782), ella è in grado di fondere mirabilmente doti di intelligenza, crudeltà e perversione. Da abilissima burattinaia, manipola i personaggi con fini maniere, spingendo le malefatte del tradimento al massimo grado.

Lo spunto di trattare di un argomento di tal genere nel momento del commiato - laddove sarebbe d'uopo usare formule ben diverse - è legato al personale bisogno di esplicitare l'esperienza di questo male assoluto vissuto sulla mia pelle, nel triennio in cui ho rivestito la carica di Presidente dell'AINAT.

Sin dall'inizio del mio insediamento ho compreso, con sommo sgomento, di dover fronteggiare un muro di gomma, tant'è che mi era stato consigliato di rinunciare da subito al mandato: ogni mia entusiastica, costruttiva proposta veniva inspiegabilmente vanificata ad opera di evanescenti, pretestuose motivazioni: capivo che avrei dovuto costantemente navigare contro corrente.

Così è stato: la *mission* è stata magistralmente condotta con strenua tenacia, perennemente animata da uno sconfinato quanto irragionevole sentimento distruttivo:



costantemente esposto al pubblico - e talora compiaciuto - ludibrio, confesso di aver vissuto momenti di profondo sconforto, senso di solitudine e indicibile amarezza.

Non c'è stato un solo direttivo o assemblea che si siano potuti svolgere in maniera serena o che siano giunti a buon fine senza passare per la strada dell'ingiuria e della provocazione a ogni costo: a tutt'oggi, a mandato scaduto, non siamo stati ancora in grado di approvare il bilancio.

Giammai, in passato la nostra Associazione aveva vissuto un clima così torpido, all'insegna di cotanta umana miseria.

Di contro, va sottolineato che, nel tempo dei bilanci, giammai in precedenza erano stati ottenuti risultati e riconoscimenti quali quelli realizzati sotto la mia guida. E di questo il merito va dato anche e soprattutto ai preziosi collaboratori che voglio citare in prima persona: Pasquale Alfieri, Rossana Arlomede, Gennaro Cascone, Carlo Alberto Mariani, Vincenzo Mascia, Umberto Ruggiero, Fausto Sorrentino, Roberto Tramutoli, Giovanna Trevisi, Giacomo Visco, Enrico Volpe.

Ai tanti, che mi hanno amorevolmente incoraggiato e sostenuto, e fattivamente contribuito con onestà morale, lealtà e perspicacia, giunga il plauso personale e dell'intera comunità, congiuntamente alla consapevolezza di aver agito nell'esclusivo interesse della nostra AINAT e della categoria dei Territoriali, costantemente bistrattata e sminuita nei suoi ruoli dai potentati di turno.

Altresì ringrazio i miei detrattori per aver reso tangibile un'esperienza dapprima a me tanto sconosciuta quanto inimmaginabile, ricordando loro - citando Hannah Arendt - che "il male è sempre banale" perché non agisce mai in profondità: i loro immani sforzi non hanno minimamente scalfito il mio entusiasmo né impedito di realizzare appieno il "nostro" programma: un Congresso Nazionale a Napoli in una location da sogno, che si è avvalso della partecipazione di numerosi ospiti internazionali e nazionali; la creazione di una rivista *AINATNews*, a costo zero (dagli stessi svilita a "un giornalino"), la partecipazione a tavoli tecnici regionali, l'affiliazione a importanti Società scientifiche. Ciò che non è stato fatto è esclusivamente attribuibile ai loro impegni disattesi.

Credo che il fine ultimo della conoscenza sia semplicemente la capacità di discernere il bene dal male: impossessarsi di un'Associazione con manovre da corridoio e giochini sottobanco non serve a nulla se manca la corallità e, soprattutto, il senso di responsabilità, che altro non è che la ricerca del bene comune. Parafrasando un'opera di Verdi: "Bello il potere non è, se ad incorrotta gloria non mira!". Chi vivrà, vedrà!

Mimmo Cassano



La scomparsa di Gino Strada, un medico di buona volontà

Roberto Tramutoli

“Quel che facciamo per loro, noi e altri, quel che possiamo fare con le nostre forze, è forse meno di una gocciolina nell’oceano. Ma resto dell’idea che è meglio che ci sia, quella gocciolina, perché se non ci fosse sarebbe peggio per tutti. Tutto qui. È un lavoro faticoso, quello del chirurgo di guerra. Ma è anche, per me, un grande onore.” (Lettera da un chirurgo di guerra, trascrizione da “Pappagalli Verdi”)

La scomparsa di Gino Strada coincide, quasi un segno ineluttabile del destino, con la caduta dell’ Afghanistan sotto le orde dei talebani. L’uomo che nel 1998 raggiungeva per la prima volta il Paese e dove sarebbe rimasto per circa 7 anni, dando vita a tre ospedali e centri di maternità e numerosi primo soccorso, aveva pubblicato il 13 Agosto scorso un articolo sulla Stampa dal titolo “Così ho visto morire Kabul” che può considerarsi quasi un testamento per quel paese ma anche per le sue speranze.

Al di là degli encomi e delle lodi che tutto il mondo ha espresso, mi sono chiesto come potrebbe essere definito Gino Strada e non ho trovato migliore definizione che quella di un uomo, o meglio, un medico di “buona volontà”. Dote o caratteristica più rara di quanto si possa pensare.

La volontà di battersi sempre e comunque per l’allestimento degli Ospedali, combattendo infinite guerre diplomatiche contro tutte le burocrazie internazionali e le opposizioni e gli interessi della fazioni politiche locali e internazionali. Una battaglia ardua se non impari ma che comunque deve essere portata avanti in trattative estenuanti, nella ricerca di tutti i fondi possibili e che va continuata e ripresa ogni volta da capo, anche quando i risultati non sono proporzionati alle attese. Molti avrebbero desistito dopo anni di lotte o di insuccessi continui, ma non Gino Strada.

La volontà di operare sempre e comunque, per ore e ore, notti e giorni, di continuo, nelle condizioni più pericolose e ostili, sotto bombardamenti e in condizioni precarie, nella convinzione che salvare anche una sola vita o una vita in più è il maggior dono che un uomo può fare per il suo simile ed è la migliore testimonianza della pace. Molti sarebbero crollati sotto un tal peso, ma non Gino Strada.

La volontà di proseguire quando vedi i feriti che muoiono durante e nonostante l’ intervento chirurgico, quando vedi i tuoi sforzi vanificati da una sepsi o da



complicanze che in condizioni più normali sarebbe state agevole controllare. Quante volte, immagino, lo sconforto avrà avuto la meglio sulla speranza, e quanti medici avrebbero mollato dal punto della tenuta psicologica. Ma tutte queste cadute non hanno fiaccato, nel tempo, la volontà di Gino Strada.

La volontà di esserci sempre e comunque, perenne testimone dei massimi orrori che si perpetrano nella guerra. Dal Ruanda all' Irak, all' Afghanistan, al Sudan, alla Bosnia, sono molti i Paesi che testimoniano della sua presenza. Una presenza ancora oggi viva e pulsante, anche dopo la sua scomparsa, grazie ai presidi ospedalieri e ai sanitari che continuano la sua opera, in quanto frutto di un progetto e di una volontà visionaria maturati molti anni fa.

Quanta volontà ha dovuto spendere nel sostenere e incoraggiare i propri collaboratori nel continuare a sperare, nel proseguire nella missione quando mancano i mezzi o la situazione sul campo di guerra peggiora e sarebbe più agevole l' evacuazione se non proprio l' abbandono.

La volontà di regalare un sorriso, una speranza, anche un niente quando non hai più nulla di materiale da dare alle vittime civili della guerra, ai bambini ed alle donne.

Non so se Gino Strada fosse credente o meno, religioso o ateo. Poco importa. E' certo invece che la sua opposizione alla guerra, in qualunque forma e portata, è stato l' elemento caratterizzante della sua vita. La guerra intesa come l' esatto contrario di quei principi e valori che la professione del Medico richiede, senza possibilità di compromessi o di visioni al ribasso.

In questo egli ha onorato, al massimo, la nostra professione.



ATROFIA MUSCOLARE SPINALE (SMA)

Focus sul Nusinersen, primo farmaco approvato per il trattamento di tutte le forme di SMA

Lucia Ruggiero, MD, PhD

Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Riproduttive ed Odontostomatologiche
Università degli Studi di Napoli Federico II

Le atrofie muscolari spinali o SMA (Spinal Muscular Atrophy) sono un gruppo di malattie ereditarie in gran parte ad esordio nelle prime due decadi di vita, caratterizzate da una progressiva degenerazione dei motoneuroni inferiori (o di II ordine). La forma di malattia più comune è a carattere autosomico recessivo. Il difetto genetico è costituito da una delezione omozigote a carico del gene SMN 1, situato sul cromosoma 5 (5q13.2-q13.3), codificante per la proteina nucleare Survival of Motor Neuron (SMN) che promuove l'assemblaggio di altre proteine per formare lo spliceosoma. Funzionalmente tali processi sono cruciali per il trofismo e la sopravvivenza neuronale (Rouzier C et al. 2015). La funzione di SMN1 può essere parzialmente vicariata da un altro gene che si trova nello stesso locus che è SMN2 che produce una forma troncata e parzialmente funzionante della proteina SMN. Quest'ultimo è generalmente identificato in letteratura come "pseudogene". SMN2 è simile per più del 99% al gene SMN1, ma ha un importante cambiamento nell'esone 7, ovvero una sostituzione in posizione 840 del cDNA di una citosina con una timina (c.840C>T). Questa piccola mutazione comporta che l'esone 7 venga escisso per splicing. L'assenza dell'esone 7 nelle proteine SMN si traduce in una rapida degradazione. Quindi la proteina prodotta dal gene SMN2 riesce a compensare la mancanza della proteina completa prodotta da SMN1 solo parzialmente ed in maniera variabile in rapporto al numero di copie di SMN2 presenti. Infatti, per esempio, nei portatori di una o due copie di SMN2 si determina una forma molto grave della malattia (SMA- I). Forme meno gravi si hanno invece nei portatori di copie multiple di SMN2 (SMA-II-III-IV) (Feldkotter M et al. 2001).

La **SMA I** o malattia di Werdnig-Hoffmann è la forma infantile e quella più grave. Esordisce entro i primi 6 mesi dalla nascita ed è caratterizzata da un decorso rapidamente progressivo e fatale. Il quadro classico è quello del "floppy infant", associato a gravi difficoltà della respirazione, della suzione e deglutizione. I riflessi



profondi sono assenti. Talora a livello della lingua sono apprezzabili fascicolazioni. La vigilanza e le funzioni cerebrali superiori sono conservate. L'atteggiamento del neonato è caratteristico: posizione supina, braccia e gambe abdotte e flesse; pianto debole. Durante la fase inspiratoria, si osserva abbassamento del torace e spiccata protrusione dell'addome (aspetto a "pallone"), indice di una grave difficoltà respiratoria. Per la precisione una più recente classificazione prevede una forma ancora più grave ad esordio prenatale definita come **SMA 0** con spesso morte alla nascita (*D'Amico A et al. 2011*).

La **SMA II** o malattia di Dubowitz è la forma più frequente, con esordio tra i 6-18 mesi, ed è caratterizzata da una ritardata e parziale acquisizione della funzione motoria. È possibile l'acquisizione della posizione seduta ma non della deambulazione. L'ipostenia e l'amiotrofia sono inizialmente a prevalenza prossimale, poi diffuse; in fase avanzata è colpita la muscolatura di pertinenza bulbare. Presentano una grave scoliosi che rende molto difficoltosa la respirazione (*Concès C. et al. 2020*).

La **SMA III** o malattia Wohlfart-Kugelberg-Welander è una forma meno grave. Si manifesta fra i 18 mesi e i 3 anni (IIIa), o dopo i 3 anni fino all'adolescenza (IIIb). Viene acquisita la capacità di deambulazione autonoma ma permangono le difficoltà motorie. La **SMA IIIa** è caratterizzata da ipostenia ingravescente dei muscoli del cingolo pelvico e prossimali degli arti inferiori tali da causare instabilità con rischio di cadute e difficoltà nel salire le scale, saltare e correre. Successivamente l'ipostenia si estende anche al cingolo scapolare, ai segmenti prossimali degli arti superiori e alle porzioni distali degli arti e si associa ad atrofia muscolare. I riflessi profondi sono assenti e eccezionalmente esiste una compromissione bulbare. Con la crescita sono evidenti le deformità della colonna e la conseguente difficoltà respiratoria. La **SMA IIIb** rappresenta una forma più benigna con ipostenia e ipotrofia prevalente agli arti inferiori, che progredisce più lentamente. Spesso la possibilità di deambulare è mantenuta per alcune decadi dall'esordio e l'aspettativa di vita è pressoché normale. Due sintomi sono quasi sempre presenti: il tremore a scosse irregolari presente a riposo e accentuato con la motilità volontaria, specie nelle mani, e la tendenza alla deformità dei piedi in piatto-valgismo (*Salort-Campana E et al. 2020*).

La **SMA IV** è la forma tipica dell'adulto. Inizia nella seconda-terza decade di vita con un quadro deficitario simile ma meno grave della SMA-IIIb manifestandosi con marcia incerta, difficoltà a sollevare le braccia ed impaccio con tremore ipostenico nei movimenti fini delle dita. Possono essere presenti fascicolazioni (*Querin G et al. 2021*).



In mancanza di trattamento farmacologico, le persone con SMA tendono a peggiorare nel tempo. Se non trattata, la maggior parte dei bambini con diagnosi di SMA di tipo I non raggiungono i 4 anni, i problemi respiratori ricorrenti sono la causa principale di morte. Nella SMA di tipo II non trattata, il decorso della malattia progredisce più lentamente ma l'aspettativa di vita è inferiore a quella della popolazione sana. La morte prima dei 20 anni è frequente, sebbene molti pazienti affetti da SMA vivano fino a diventare genitori. Se vengono seguiti gli standard di cura, pazienti con SMA di tipo III e IV possono avere un'aspettativa di vita quasi normale tuttavia presentano una disabilità crescente la cui gravità è inversamente proporzionale all'età di esordio.

Dal punto di vista diagnostico se si ha il sospetto clinico è indispensabile confermare la diagnosi mediante l'analisi genetica. Nelle forme di tipo III e IV può essere di supporto anche l'elettromiografia che mostra una sofferenza neurogena e talora la biopsia muscolare. La diagnosi differenziale varia a seconda del tipo di SMA. Nelle forme di tipo I o II si pone verso le distrofie muscolari congenite o la miastenia gravis. Nella forma di tipo IIIa con varie forme di miopatie infine nelle forme ad esordio più tardivo, come la tipo IIIb o la tipo IV, anche verso la sclerosi laterale amiotrofica. Data la sempre maggiore disponibilità di trattamenti che sembrano più efficaci nelle prime fasi della malattia è importante effettuare una diagnosi precoce e in tale ottica sono stati avviati anche in Italia programmi pilota di screening neonatale (*Dangouloff T et al. 2021*).

Dal punto di vista terapeutico tutti gli studi dimostrano che seguire gli standard of care permette non solo di migliorare il tenore di vita dei pazienti ma soprattutto di rallentare il progressivo peggioramento dei sintomi con il conseguente allungamento dell'aspettativa di vita. E' pertanto indispensabile che il paziente venga seguito da un'equipe multidisciplinare presso un centro di riferimento per malattie rare neuromuscolari. Tuttavia, nella gestione dei pazienti affetti da SMA si sta assistendo ad una vera rivoluzione dal punto di vista terapeutico.

Nusinersen, commercializzato con il marchio di Spinraza®, è il primo farmaco approvato per il trattamento di tutte le forme di SMA quindi sia pediatriche che adulte e con diversi gradi di gravità. Sono passati ormai 5 anni dalla sua introduzione in commercio, infatti ha ricevuto l'approvazione da parte dell'FDA nel Dicembre 2016 e, nel Maggio 2017 dalla EMA (European Medicines Agency), successivamente è stato approvato dall'AIFA per la distribuzione in Italia, in tempi relativamente rapidi, grazie ad un percorso accelerato riservato ai farmaci innovativi indicati per le malattie gravi. Nusinersen è un oligonucleotide antisense. Per oligonucleotide antisense si intende un breve frammento di DNA, che contiene la sequenza nucleotidica complementare del



filamento di DNA codificante (senso) o di RNA messaggero (mRNA). Perciò l'antisenso, grazie a questa sua "specularità" rispetto al DNA senso, si appaia ad esso o all'mRNA, annullandone l'attività biologica. Nusinersen aumenta la percentuale di inclusione dell'esone 7 nei trascritti di mRNA di SMN2, legandosi a un sito ISS-N1 (Intronic Splice Silencing) presente nell'introne 7. In seguito a questo legame è in grado di reprimere lo splicing dello stesso esone 7 che verrà quindi incluso nell'mRNA di SMN2 e, di conseguenza, darà la possibilità di produrre una proteina SMN funzionante di lunghezza completa (*Chiriboga CA et al. 2017*).

Il primo studio che ha permesso di valutare la sicurezza e l'efficacia di Spinraza è stato lo studio ENDEAR. Uno studio di fase 3, randomizzato, in doppio cieco, condotto in 121 neonati sintomatici di età <7 mesi, con diagnosi di SMA1 (ovvero con insorgenza dei sintomi prima dei 6 mesi) per una durata di trattamento compresa tra 6 e 442 giorni. All'analisi finale, una percentuale di pazienti maggiore, in misura statisticamente significativa, ha raggiunto la definizione di responder per tappe di sviluppo motorio nel gruppo Spinraza (51%), rispetto al gruppo di controllo ($p < 0,0001$). Inoltre nei pazienti trattati si è osservato un miglioramento medio di 4 punti rispetto al basale nel punteggio dell'Infant Test for Neuromuscular Disease del Children's Hospital of Philadelphia (CHOP INTEND). Infine differenze statisticamente significati su sopravvivenza libera da eventi e sopravvivenza globale sono stati osservati nei pazienti del gruppo Spinraza, rispetto a quelli nel gruppo di controllo (*Finkel RS et al 2017*).

Lo studio CHERISH era uno studio di fase 3, randomizzato, in doppio cieco, condotto in 126 pazienti sintomatici con diagnosi di SMA a insorgenza tardiva (esordio dei sintomi dopo i 6 mesi di vita). I pazienti sono stati randomizzati per una durata di trattamento compresa tra i 324 e 482 giorni. La maggior parte dei pazienti (88%) aveva 3 copie del gene SMN2. Come misure di outcome in questo studio sono state utilizzate la scala Hammersmith Functional Motor Scale Expanded (HFMSE) e la RULM (Revised Up per Limb Module). All'analisi finale, è stato osservato un miglioramento statisticamente significativo nel punteggio HFSME, dal basale al mese 15, nel gruppo trattato con Spinraza rispetto al gruppo di controllo (rispettivamente 75% vs 41%) e una percentuale inferiore di soggetti trattati con Spinraza ha registrato un peggioramento (rispettivamente 23% vs 44%) nel punteggio HFMSE totale, rispetto ai pazienti di controllo (*Mercuri E et al. 2018*).

Per avere dati di follow-up a lungo termine sulla sicurezza ed efficacia di Spinraza, al termine dello studio ENDEAR e CHERISH, rispettivamente 89 e 125, pazienti sono stati arruolati nello studio SHINE [2], un studio in cui tutti i pazienti avevano ricevuto Spinraza per una durata di trattamento variabile dai 65 ai 592 giorni (mediana 289



giorni). Lo studio oltre a confermare i dati di safety ha confermato il miglioramento della funzione motoria. Infatti la maggioranza dei pazienti trattati ha sperimentato stabilizzazione o miglioramento della funzione motoria, con il maggiore beneficio osservato tra coloro che avevano iniziato prima il trattamento (*Finkel RS et al. 2019*). Infine lo studio NURTURE è uno studio in aperto, attualmente in corso, condotto su neonati pre-sintomatici con diagnosi genetica di SMA, di età <6 settimane, con maggiore probabilità di sviluppare una SMA di tipo I o II. L'età mediana alla prima dose era 22 giorni. All'analisi ad interim tutti i 25 pazienti hanno raggiunto la capacità di stare seduti senza supporto e 22 pazienti deambulano con assistenza e tutti i pazienti hanno raggiunto la capacità di succhiare e deglutire (*De vivo DC et al. 2019*).

Ai dati provenienti dai trial clinici in questi 5 anni si sono affiancati i risultati di numerosi studi di "real world" su popolazioni con età media sempre più elevata. Di notevole rilevanza, in questo senso, sono i dati recentemente pubblicati dal gruppo di studio Italiano per la SMA. Si tratta di una ampia popolazione prevalentemente adulta di SMA III che ha avuto accesso al farmaco dopo la sua immissione in commercio. Nello specifico i pazienti inclusi sono 13 SMA II e 103 SMA III con età media alla prima somministrazione di 34 anni (range 18-72). Il punteggio alla scala HFMSE nei pazienti con SMA3 è aumentato significativamente e in maniera cumulativa e progressiva per tutta la durata del periodo di osservazione rispetto a quello basale. Ovvero a T6 cambiamento mediano +1 punto ($p<0,0001$), a T10 +2 ($p<0,0001$) e T14 +3 ($p<0,0001$). Nei pazienti con SMA III anche il punteggio alla RULM è migliorato significativamente tra T0 e T14 ($p=0,012$). Il tasso di pazienti che mostrano miglioramenti clinicamente significativi (come definito durante gli studi clinici) è aumentato dal 53% al 69% da T6 a T14 (*Maggi L. et al 2020*). In questa scia si inseriscono anche i dati dei pazienti trattati presso la Neurologia Federico II dove i risultati migliori sono stati evidenziati proprio per i pazienti SMA III che hanno iniziato il trattamento più precocemente.

La dose raccomandata di Spinraza è di 12 mg (5 ml) per somministrazione con 4 dosi di carico ai giorni 0, 14, 28, 63. Successivamente, una dose di mantenimento deve essere somministrata una volta ogni 4 mesi. Spinraza va somministrato per via intratecale tramite rachicentesi. La somministrazione intratecale consente al farmaco di distribuirsi a tutto il sistema nervoso centrale diluendosi nel liquor cefalorachidiano. In questo modo il farmaco raggiunge direttamente l'organo bersaglio in quantità maggiori ed è quindi possibile massimizzare l'effetto terapeutico e minimizzare gli effetti collaterali. Gli effetti collaterali osservati infatti sono essenzialmente legate alle complicanze post-puntorie e quindi sono la cefalea ortostatica, che si verifica in circa 20-30% dei casi, dolore in sede lombare e sintomi radicolari.



Nusinersen è il primo farmaco approvato ma senza dubbio è possibile affermare che la SMA, nell'ambito delle neuroscienze, è tra le patologie per le quali sono stati individuati degli approcci terapeutici davvero innovativi e promettenti. Avere diverse armi a disposizione è incoraggiante tuttavia, come è giusto che sia, ci pone davanti alla necessità di sviluppare sempre più una medicina di precisione che ci permetta di individuare il giusto farmaco per il giusto paziente nel momento giusto.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Cancès C, Richelme C, Barnerias C, Espil C. Clinical features of spinal muscular atrophy (SMA) type 2. *Arch Pediatr.* 2020 Dec;27(7S):7S18-7S22. doi: 10.1016/S0929-693X(20)30272-4.
- 2) Chiriboga CA. Nusinersen for the treatment of spinal muscular atrophy. *Expert Rev Neurother.* 2017 Oct;17(10):955-962. doi: 10.1080/14737175.2017.1364159. Epub 2017 Sep 8. PMID: 28884620.
- 3) D'Amico A, Mercuri E, Tiziano FD, Bertini E. Spinal muscular atrophy. *Orphanet J Rare Dis.* 2011 Nov 2;6:71. doi: 10.1186/1750-1172-6-71.
- 4) Dangouloff T, Vrščaj E, Servais L, Osredkar D; SMA NBS World Study Group. Newborn screening programs for spinal muscular atrophy worldwide: Where we stand and where to go. *Neuromuscul Disord.* 2021 Jun;31(6):574-582. doi: 10.1016/j.nmd.2021.03.007.
- 5) De Vivo DC, Bertini E, Swoboda KJ, Hwu WL, Crawford TO, Finkel RS, Kirschner J, Kuntz NL, Parsons JA, Ryan MM, Butterfield RJ, Topaloglu H, Ben-Omran T, Sansone VA, Jong YJ, Shu F, Staropoli JF, Kerr D, Sandrock AW, Stebbins C, Petrillo M, Braley G, Johnson K, Foster R, Gheuens S, Bhan I, Reyna SP, Fradette S, Farwell W; NURTURE Study Group. Nusinersen initiated in infants during the presymptomatic stage of spinal muscular atrophy: Interim efficacy and safety results from the Phase 2 NURTURE study. *Neuromuscul Disord.* 2019 Nov;29(11):842-856. doi: 10.1016/j.nmd.2019.09.007.
- 6) Feldkötter M, Schwarzer V, Wirth R, Wienker TF, Wirth B. Quantitative analyses of SMN1 and SMN2 based on real-time lightCycler PCR: fast and



highly reliable carrier testing and prediction of severity of spinal muscular atrophy. *Am J Hum Genet.* 2002 Feb;70(2):358-68. doi: 10.1086/338627.

- 7) Finkel RS, Mercuri E, Darras BT, Connolly AM, Kuntz NL, Kirschner J, Chiriboga CA, Saito K, Servais L, Tizzano E, Topaloglu H, Tulinius M, Montes J, Glanzman AM, Bishop K, Zhong ZJ, Gheuens S, Bennett CF, Schneider E, Farwell W, De Vivo DC; ENDEAR Study Group. Nusinersen versus Sham Control in Infantile-Onset Spinal Muscular Atrophy. *N Engl J Med.* 2017 Nov 2;377(18):1723-1732. doi: 10.1056/NEJMoa1702752.
- 8) Finkel RS, Diana Castro, Michelle A. Farrar, Mar Tulinius, Kristin J. Krosschell, Kayoko Saito, Yiwei Zhang, Ishir Bhan, Wildon Farwell, Sandra P. Reyna. Interim Report on the Safety and Efficacy of Longer-Term Treatment With Nusinersen in Infantile-Onset Spinal Muscular Atrophy (SMA): Updated Results From the SHINE Study. *Neurology* Apr 2019, 92.
- 9) Maggi L, Bello L, Bonanno S, Govoni A, Caponnetto C, Passamano L, Grandis M, Trojsi F, Cerri F, Ferraro M, Bozzoni V, Caumo L, Piras R, Tanel R, Saccani E, Meneri M, Vacchiano V, Ricci G, Soraru' G, D'Errico E, Tramacere I, Bortolani S, Pavesi G, Zanin R, Silvestrini M, Politano L, Schenone A, Previtali SC, Berardinelli A, Turri M, Verriello L, Coccia M, Mantegazza R, Liguori R, Filosto M, Marrosu G, Siciliano G, Simone IL, Mongini T, Comi G, Pegoraro E. Nusinersen safety and effects on motor function in adult spinal muscular atrophy type 2 and 3. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2020 Nov;91(11):1166-1174. doi: 10.1136/jnnp-2020-323822.
- 10) Mercuri E, Darras BT, Chiriboga CA, Day JW, Campbell C, Connolly AM, Iannaccone ST, Kirschner J, Kuntz NL, Saito K, Shieh PB, Tulinius M, Mazzone ES, Montes J, Bishop KM, Yang Q, Foster R, Gheuens S, Bennett CF, Farwell W, Schneider E, De Vivo DC, Finkel RS; CHERISH Study Group. Nusinersen versus Sham Control in Later-Onset Spinal Muscular Atrophy. *N Engl J Med.* 2018 Feb 15;378(7):625-635. doi: 10.1056/NEJMoa1710504.
- 11) Querin G, Lenglet T, Debs R, Stojkovic T, Behin A, Salachas F, Le Forestier N, Amador MDM, Bruneteau G, Laforêt P, Blancho S, Marchand-Pauvert V, Bede P, Hogrel JY, Pradat PF. Development of new outcome measures for adult SMA type III and IV: a multimodal longitudinal study. *J*



Neurol. 2021 May;268(5):1792-1802. doi: 10.1007/s00415-020-10332-5. Epub 2021 Jan 2.

- 12) Rouzier C, Chaussenot A, Paquis-Flucklinger V. Molecular diagnosis and genetic counseling for spinal muscular atrophy (SMA). Arch Pediatr. 2020 Dec;27(7S):7S9-7S14. doi: 10.1016/S0929-693X(20)30270-0.
- 13) Salort-Campana E, Quijano-Roy S. Clinical features of spinal muscular atrophy (SMA) type 3 (Kugelberg-Welander disease). Arch Pediatr. 2020 Dec;27(7S):7S23-7S28. doi: 10.1016/S0929-693X(20)30273-6.



DEMENZA ED EPILESSIA: UN RAPPORTO AMBIGUO. REVISIONE DELLA LETTERATURA.

Clotilde Ciampa

Neurologo, U.O.C. Neurologia - P.O. 'S.G. Bosco' - ASL-Na1, Napoli

Da anni i ricercatori si chiedono se l'epilessia aumenta il rischio di sviluppare demenza o se piuttosto le modifiche patologiche dei pazienti con demenza siano alla base del rischio di sviluppare epilessia.

Alla fine del diciannovesimo secolo era diffusa l'idea che l'epilessia fosse la causa di un progressivo declino cognitivo e di modificazioni della personalità, sebbene fossero ben riconosciuti i danni transitori e reversibili post-ictali e gli effetti collaterali comportamentali negativi causati dal trattamento farmacologico con bromuro: astenia, sonnolenza e problemi mnesici. Nel 1899 E. Kraepelin e successivamente, nel 1919, Bumke coniarono il termine di 'demenza epilettica' descrivendo una «strana demenza» caratterizzata da sonnolenza e riduzione delle capacità psichiche nel 50% dei pazienti epilettici. [1,2]

Nel 1911, lo stesso Alois Alzheimer descrisse alcune crisi epilettiche in un uomo di 56 anni con demenza come a decretare la stretta correlazione esistente tra epilessia e demenza. [3]

Nel corso degli anni la visione unidirezionale ed epiletto-centrica secondo cui la presenza di crisi ricorrenti rappresenta implicitamente la principale causa dei problemi cognitivi è stata considerata obsoleta e messa in discussione.

Nel lavoro di Helmstaeder e Witt del 2017 viene sottolineato che i deficit cognitivi, i disturbi dell'umore e comportamentali sono comorbidità molto comuni nell'epilessia e che il termine "comorbidità" non implica, né esclude un'associazione causale. [4]

Gli autori affermano che nelle epilessie croniche i deficit cognitivi sono osservati in circa il 70-80% dei pazienti e sembrano avere una causa multifattoriale che non può prescindere dalla eventuale presenza di lesioni cerebrali strutturali, di un'epilessia in fase attiva, del background cognitivo individuale di partenza e del trattamento farmacologico effettuato. È stato, inoltre, sottolineato che le comorbidità, come i deficit mnesici e comportamentali, spesso precedono l'insorgenza dell'epilessia.

Ulteriore attenzione è stata posta sulla necessità di distinguere il "sintomo" dalla "malattia" sottolineando che esistono condizioni cliniche in cui sia l'epilessia che le sue comorbidità cognitivo-comportamentali rappresentano sintomi o espressioni di una patologia comune sottostante.



Helmstaeder e Witt concludono sottolineando l'aspetto obsoleto della visione unidirezionale epilessia vs demenza e proponendo la possibilità di un possibile rapporto bidirezionale. Inoltre, alla luce di queste osservazioni, sottolineano che nell'analisi del rapporto demenza/epilessia è necessario spostare l'attenzione dall'epilessia cronica all'epilessia di nuova insorgenza, di origine sconosciuta per eliminare la serie di bias segnalati poc'anzi.

A dicembre u.s. sono stati pubblicati 2 articoli su *Neurology* che affrontano proprio l'ostico rapporto tra demenza ed epilessia e ne decretano la bi-univocità.

Questi studi che esplorano approfonditamente la relazione tra demenza ed epilessia traggono forza da una lunga serie di dati prospettici inizialmente utilizzati per valutare i fattori di rischio per le malattie cardiovascolari. [5,6]

Il primo studio di Stefanidou et al. utilizza i dati dello studio Framingham Heart (FHS), uno studio prospettico longitudinale dei residenti di Framingham, Massachusetts, iniziato nel 1948. Nel 1971 è stata reclutata anche la prole per indagare sui fattori familiari coinvolti nelle malattie cardiovascolari. Gli autori hanno selezionato 4906 partecipanti con informazioni su epilessia e demenza. Di questi 660 presentavano diagnosi di demenza e sono stati comparati con 1980 controlli sani; 43 presentavano epilessia e sono stati comparati con 129 controlli sani. Tutti hanno effettuato un follow-up periodico per la valutazione dello stato cognitivo negli ultimi 40 anni per la coorte originale e negli ultimi 30 anni per la prole. Negli ultimi 30 anni è stato effettuato anche uno screening periodico per la valutazione dell'epilessia. Dall'analisi dei dati gli autori concludono che si evidenzia un aumento doppio del rischio di sviluppare demenza tra i casi di epilessia tardiva rispetto ai controlli ed un aumento simile, del doppio, del rischio di sviluppare successivamente epilessia tra le persone con diagnosi di demenza. Pertanto l'associazione tra epilessia e demenza nello studio di Stefanidou appare essere quindi bidirezionale. [5]

Il secondo studio di Johnson et al. utilizza i dati dello studio sul rischio di aterosclerosi nelle comunità (ARIC). L'ARIC è uno studio prospettico longitudinale iniziato nel 1987-1989 e realizzato su 15.792 partecipanti raccolti da quattro comunità degli Stati Uniti. Gli autori hanno estrapolato 9033 partecipanti con informazioni su epilessia e demenza per i quali sono stati effettuati follow-up periodici per la valutazione dello stato cognitivo fino al 2017. In questo gruppo di partecipanti sono stati identificati e selezionati i casi di epilessia tardiva di nuova diagnosi: 671 presentavano LOE (Epilessia ad esordio tardivo di origine sconosciuta). 279 partecipanti con LOE e 1408 senza LOE hanno sviluppato negli anni successivi una demenza. [6]

Dall'analisi di questi dati gli autori riscontrano un aumento di tre volte del rischio di demenza tra i pazienti con epilessia di nuova insorgenza rispetto a soggetti senza epilessia. [6]



Questi stessi autori nel 2018 in uno studio pubblicato su *Jama neurology* avevano segnalato un aumento di tre volte del rischio di comparsa di epilessia di nuova insorgenza tra le persone con una diagnosi di demenza nello stesso gruppo di pazienti. [7]

Appare evidente che entrambi gli autori, Stefanidou e Johnson, supportano l'idea di un'associazione robusta e bidirezionale tra demenza ed epilessia pertanto, nell'editoriale dello stesso numero di *Neurology*, Hauser et al. rafforzano il concetto che non solo le persone affette da demenza hanno un rischio maggiore di comparsa successiva di epilessia, ma le persone con epilessia corrono un rischio notevolmente maggiore di sviluppare la demenza e decretano che tra epilessia e demenza non esiste "una strada a senso unico" ma un rapporto biunivoco. Gli autori offrono, inoltre, alcuni spunti di riflessione di tipo fisiopatologico proponendo l'accumulo di peptide β -amiloide come potenziale meccanismo fisiopatologico comune ad entrambe le patologie, sebbene appaia verosimile che siano implicati anche meccanismi aggiuntivi. [8]

L'aumentato interesse per l'analisi di questa correlazione è legato all'ampio numero di studi che hanno dimostrato che alterazioni del metabolismo del peptide β -amiloide ed il meccanismo tau-mediato sembrano associarsi alla comparsa di network aberranti "epilettiformi" che nel modello animale precedono i meccanismi neurodegenerativi.

In particolare si è visto che l'accumulo di peptide β -amiloide ($A\beta$) in modelli animali di demenza di Alzheimer porta ad attività epilettica ricorrente e le crisi epilettiche e, di conseguenza, la risposta fisiologica alle stesse, contribuisce alla disfunzione dell'ippocampo e, successivamente, al deterioramento della memoria in questi modelli animali. [9]

Tai et al. in un lavoro del 2016 pubblicato su *Brain*, dimostrano che meccanismi tau-mediati sono alla base dell'epilessia del lobo temporale ed evidenziano l'esistenza di una taupatia epilessia-correlata in questa forma di epilessia, la quale contribuisce ad accelerare il declino cognitivo in questi pazienti e presenta implicazioni diagnostiche e terapeutiche. [10]

Inoltre, recenti lavori collegano forme di epilessia ad esordio tardivo di origine sconosciuta (LOEU) allo sviluppo negli anni successivi di demenza come, ad esempio, il lavoro di Costa del 2019 che, in aggiunta, identifica nel liquor di un'elevata percentuale di pazienti con LOEU alti livelli di peptide β -amiloide ed il lavoro di Tsai del 2021 che, in più propone come ipotesi patogenetica comune l'infiammazione. [11,12]

Alla luce di queste recenti evidenze scientifiche appare chiaro che sono necessari ulteriori studi per meglio comprendere e delineare la relazione tra demenza ed epilessia ma la consapevolezza che esiste un alto rischio di comorbidità dovrebbe incrementare



gli sforzi per effettuare una diagnosi precoce ed il trattamento per l'altra eventuale condizione associata.

Bibliografia

1. Kraepelin E. In: *vollständig überarbeitete Auflage*, editor. **“Psychiatrie Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte”**, 6. Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth; 1899;
2. Bumke O. In: Bergmann FJ, editor. **“Die Diagnose der Geisteskrankheiten”**. Wiesbaden: Verlag von; 1919;
3. Alzheimer A., **“Über eigenartige Krankheitsfälle des späteren Alters. (On certain peculiar diseases of old age). Zeitschrift für die gesamte”** Neurologie und Psychiatrie. 1911; 4:356–85;
4. Helmstaedter C, Witt JA., **“Epilepsy and cognition - A bidirectional relationship?”**, *Seizure*. 2017 Jul;49:83-89. doi: 10.1016/j.seizure.2017.02.017;
5. Stefanidou M., Beiser A.S. et al, **“Bi-directional association between epilepsy and dementia: The Framingham Heart Study.”**, *Neurology*. 2020 Dec 15;95(24):e3241-e3247. doi: 10.1212/WNL.0000000000001107;
6. Johnson EL, Krauss GL, et al., **“Dementia in late-onset epilepsy: The Atherosclerosis Risk in Communities study.”**, *Neurology*. 2020 Dec 15;95(24):e3248-e3256. doi: 10.1212/WNL.00000000000011080;
7. Johnson EL, Krauss GL, et al., **“Association Between Midlife Risk Factors and Late-Onset Epilepsy: Results From the Atherosclerosis Risk in Communities Study.”**, *JAMA Neurol*. 2018 Nov 1;75(11):1375-1382. doi: 10.1001/jamaneurol.2018.1935;
8. Hauser WA, Lleo A, Schmolck H, **“Dementia and epilepsy: Not a one-way street.”**, *Neurology*. 2020 Dec 15;95(24):1074-1075. doi: 10.1212/WNL.00000000000011084;
9. Palop JJ, Chin J, et al, **“Aberrant excitatory neuronal activity and compensatory remodeling of inhibitory hippocampal circuits in mouse models of Alzheimer's disease.”**, *Neuron* 2007, 55(5):697-711;
10. Tai X.Y., Koeppe M., et al., **“Hyperphosphorylated tau in patients with refractory epilepsy correlates with cognitive decline: a study of temporal lobe resections”**, *Brain*. 2016 Sep;139(Pt 9):2441-55. doi: 10.1093/brain/aww187;



11. Costa C, Romoli M, et al, “ *Alzheimer's disease and late-onset epilepsy of unknown origin: two faces of beta amyloid pathology.*”, Neurobiol Aging. 2019 Jan;73:61-67. doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2018.09.006;
12. Tsai ZR, Zhang HW, et al., “*Late-onset epilepsy and subsequent increased risk of dementia.*”, Aging (Albany NY). 2021 Jan 10;13(3):3573-3587. doi: 10.18632/aging.202299.



CEFALEA NUMMULARE AGGIORNAMENTO E RASSEGNA DELLA LETTERATURA

Marco Trucco

Già Responsabile Centro Cefalee, Centro di Neuroscienze
ASL 2 Savonese, Ospedale S. Corona, Pietra Ligure, SV
Segretario Sezione Interregionale SISC Nord-Ovest

Introduzione

La grande maggioranza delle cefalee che arrivano all'osservazione degli specialisti e che vengono descritte dai pazienti con dovizia di particolari e talvolta con espressioni immaginifiche, condividono generalmente una notevole intensità o comunque caratteristiche in qualche modo disabilitanti.

Una particolare e inconsueta forma di cefalea, che viceversa ha in genere caratteristiche molto attenuate sia come diffusione sia come intensità, è stata riconosciuta e descritta per la prima volta nel 2002 dal gruppo spagnolo di Juan Pareja (1), e denominata Cefalea Nummulare (Nummular Headache – NH). Tale particolare denominazione, che prende spunto dal termine latino “nummus”, indica una “cefalea a forma di moneta”.

La NH è stata inserita nell'Appendice della Classificazione ICHD-2 al punto A13.7.1 in quanto presentata all'epoca nel solo articolo citato, che curiosamente conteneva un errore nel titolo (“Numular” invece del termine “Nummular”, in seguito universalmente accettato). In seguito alla pubblicazione di altre numerose casistiche e case report, questa cefalea è stata riconosciuta come entità clinica autonoma e inclusa nel corpus principale della Classificazione a partire dalla versione ICHD-3 beta del 2013. Nella versione definitiva della ICHD-3 (2018) compare tra le Altre Cefalee Primarie al punto 4.8 (2).

Caratteristiche cliniche

La limitata area del capo a forma più spesso rotonda (o in rari casi ellittica) e a diametro di 1-6 cm, a bordi ben definiti, in cui viene avvertito il dolore nella NH, potrebbe essere coperta da una moneta di vecchio conio. Tale area, descritta in genere in sede parietale, ma anche temporale od occipitale, più spesso monolaterale senza prevalenza di lato, raramente bifocale o a cavallo della linea mediana ma mai anteriore, non risulta in relazione ad un territorio innervato da uno specifico nervo cranico. L'area in cui viene avvertito il dolore in genere permane stabile nel tempo, anche per lunghi periodi. L'intensità è descritta nella maggior parte dei casi come lieve o moderata, per lo più a carattere gravativo, raramente pulsante o trafittivo. Il dolore è



a decorso cronico (nel 75% dei casi descritti) o con spontanee temporanee remissioni; possibile la presenza di ipoestesia, disestesia, parestesia, allodinia, senso di tensione ed esacerbazioni sovrapposte al dolore di base nell'area affetta. Nella forma primaria non sono presenti lesioni associate o sottostanti l'area interessata dal dolore.

Epidemiologia

A tutt'oggi sono stati descritti, tra raccolte e case report pubblicati o presentati a congressi, più di 380 casi di questa cefalea. Secondo le ultime osservazioni epidemiologiche, è stata riscontrata in Spagna un'incidenza annuale di 6.64 casi per 100.000 abitanti e una prevalenza dello 0.03% (3). Le osservazioni depongono per un rapporto F:M di 1.8:1 (4), che nell'ultima casistica pubblicata tende a ridursi a 1.03:1. L'età media all'esordio è di 45.4 anni con un ampio range di 4-86 anni e distribuzione uniforme nelle varie età. Si conclude che tale cefalea non predomina in nessun periodo della vita. Quasi la metà dei pazienti con NH presentano una diagnosi concomitante o pregressa di un'altra cefalea (emicrania, cefalea di tipo tensivo, cefalea da uso eccessivo di farmaci o cefalea trafittiva primaria; più raramente nevralgia trigeminale) (5). Nel 12.8% dei casi si rileva un trauma cranico in anamnesi (6).

Casi idiopatici

I primi lavori sono stati dedicati alla caratterizzazione clinico-sintomatologica, tra cui una seconda casistica di Pareja et al. comprendente 14 casi (7), a cui ben presto si sono aggiunti altri case report, dedicati prevalentemente ai primi tentativi di terapia.

Altri lavori trattano di casi particolari: casi con focolai dolorosi multipli o bilaterali (8-9-10), o con lesioni trofiche, quali alopecia o colorazione della cute o dei capelli, nell'area affetta (11). Da altri lavori sono emersi sintomi diversi da quelli descritti nelle prime osservazioni, tra cui dolore di intensità elevata con esacerbazioni a carattere lancinante (12). Vengono descritte remissioni temporanee o definitive del dolore, spontanee o dopo trattamento efficace. Alcuni casi sono stati studiati con algometro a pressione per valutare la soglia al dolore da pressione nella zona affetta e in altre regioni del capo, che risulta ridotta nell'area sintomatica (13).

Casi sintomatici

La Cefalea Nummulare, così come descritta nelle prime osservazioni, è stata inclusa tra le cefalee primarie. Come tale, per perfezionare la diagnosi, risulta obbligatorio escludere una patologia sottostante, possibilmente causale della sindrome dolorosa. Tuttavia, a partire dal 2007, una serie di lavori sono stati dedicati a vari casi sintomatici, a sintomatologia compatibile con la forma primaria (se ne contano 14 fino al 2020, esclusi i casi post-traumatici). Le diagnosi associate a cefalea con caratteristiche compatibili con NH sono rappresentate in prevalenza da processi espansivi extra- o intracranici od ossei, tra cui meningiomi (14), cisti o granulazioni aracnoidee (15), aneurismi (16), lesioni pituitarie (17), malformazioni craniche o



cutanee (18-19), calcificazioni (20) o granulomi ossei (21); vengono inoltre riportati anche alcuni casi secondari a manipolazioni chirurgiche (22-23). Una recentissima review presenta 8 nuovi casi (tra cui emangiomi ossei o corticali, cisti infiammatorie o colesteriniche superficiali, osteomi) e discute le precedenti osservazioni di NH sintomatica (24). E' stata pubblicata anche una review dedicata ai non rari casi scatenati da trauma cranico finora descritti, in numero di 29 (25). Secondo tali osservazioni i pazienti con NH secondaria a trauma cranico presentano un'età media più alta rispetto alle forme idiopatiche e sono più spesso affetti da allodinia cutanea.

Patogenesi

La patogenesi della NH primaria è tuttora sconosciuta. Tuttavia, la ricerca si è focalizzata su alcune interpretazioni fisiopatologiche di questa cefalea. L'osservazione che i sintomi e segni della NH siano confinati in una ristretta area dello scalpo, in assenza di diffusa ipersensibilità delle strutture pericraniche come nell'emicrania e nella cefalea di tipo tensivo, fa escludere l'ipotesi centrale e da attivazione del sistema trigemino-vascolare. Un'ipotesi sostenuta per anni dal gruppo spagnolo di Pareja, la descrive come una "epicrania", legata ad una disfunzione molto localizzata dei rami sensitivi terminali del nervo trigemino, analogamente ad altre forme dolorose derivanti dai tessuti pericranici (nevralgia sovraorbitaria, nevralgie occipitali, trocleite, epicrania fugax, cefalea trafittiva primaria). A dimostrazione di tale ipotesi, viene riportata l'osservazione che nella NH non è presente tensione muscolare alla palpazione come nella cefalea di tipo tensivo (26), mentre, come segnalato, è presente ridotta soglia al dolore da pressione unicamente nell'area sintomatica (13). Anche la presenza di possibili alterazioni trofiche della cute e degli annessi cutanei risulta a favore dell'ipotesi periferica, stante l'importanza della normale innervazione per la conservazione del trofismo cutaneo (11). L'efficacia di alcuni farmaci per il dolore neuropatico (gabapentin) conferma ulteriormente tale ipotesi. E' stata però osservata la sostanziale inefficacia del blocco anestetico dell'area affetta, che deporrebbe contro l'ipotesi periferica. In proposito, in una review del 2012 (27) Pareja osserva che alcuni rami nervosi responsabili del dolore potrebbero decorrere in sede transdiploica o intradiploica, inaccessibili all'azione degli anestetici.

L'ipotesi periferica (epicranica), da disfunzione delle fibre C dei soli rami terminali dei nervi pericranici, è stata ripresa da una recente review del gruppo spagnolo (28), che propone l'esistenza di anomalie strutturali localizzate in vari piani tissutali, analogamente alla quasi totalità delle forme sintomatiche, che risultano secondarie a lesioni extracraniche, ossee e intracraniche adiacenti alla volta cranica, o da pregresso trauma che possa aver danneggiato tali fibre nervose (25). E' stato ipotizzato anche un meccanismo di tipo autoimmunitario. Nelle forme classificate



come idiopatiche tali lesioni potrebbero essere non rilevabili ad un'osservazione macroscopica.

Un lavoro dello stesso gruppo (29) esclude inoltre che entrino nella patogenesi della NH componenti psichiche quali depressione ed ansia.

Trattamento

Dopo i primi casi del gruppo di Pareja non trattati o trattati solo con comuni analgesici o FANS, spesso scarsamente efficaci, sono stati pubblicati vari case report in cui sono stati proposte varie terapie: gabapentin (30-31-32), tossina botulinica (33-34-35), antidepressivi triciclici (36), indometacina (37) con risultati non univoci. In altri casi sono state tentate terapie non farmacologiche quali agopuntura (38) e TENS (39). Più recentemente sono reperibili in letteratura casi trattati con palmitoiletanolamide, in monoterapia (40) o in associazione a topiramato (41), Neurotropin, un estratto di cute animale usato in Giappone come analgesico (42), carbamazepina (5), metoprololo (43). Il trattamento medico dei casi sintomatici, quando non praticabile l'escissione chirurgica della lesione, ricalca a grandi linee quello utilizzato per i casi idiopatici. Sono stati comunque proposti trattamenti chirurgici micro-invasivi anche nelle forme primarie (44-45). Manca comunque in tutti questi studi un'analisi statistica, per la scarsa numerosità dei campioni esaminati. In considerazione della numerosità dei casi presentati e dell'esito clinico riportato, gabapentin e tossina botulinica sembrano a tutt'oggi i trattamenti più utilizzati ed efficaci.

Conclusioni

La NH può essere definita come una patologia organica, primaria, con una sintomatologia chiaramente definita, a localizzazione limitata, invariabile nel tempo, anche se sono stati descritti rari casi di localizzazioni multiple. Sono pretesi in letteratura numerosi casi sintomatici o comunque associati ad altre patologie. La particolare distribuzione topografica e le caratteristiche associate suggeriscono una patogenesi periferica, quale la disfunzione delle fibre C di un ramo terminale cutaneo innervante lo scalpo. I farmaci più largamente utilizzati ed efficaci per la NH sono attualmente il gabapentin e la tossina botulinica.

BIBLIOGRAFIA

1. Pareja JA, Caminero AB, Serra J, Barriga FJ, Dobato JL, Barón M, Vela L, Sánchez del Río M. Numular headache: a coin-shaped cephalgia. *Neurology* 2002; 58: 1678-1679



2. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd Edition. *Cephalalgia* 2018; 38 (1): 1-211
3. Clar-de-Alba B, Barriga FJ, Rodríguez-Caravaca G. Descripción clínica y fisiopatológica de la cefalea numular: serie de casos. *Rev Neurol* 2020; 70 (5): 171-178
4. Wilhour D, Ceriani CEJ, Nahas SJ. Nummular Headache. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2019; 19:26
5. Pavão-Martins I, Abreu L. Nummular Headache: Clinical features and treatment response in 24 new cases. *Cephalalgia Rep* 2018; 1: 1-8
6. Schwartz DP, Robbins MS, Grosberg BM. Nummular Headache Update. *Curr Pain Headache Rep* 2013; 17: 340
7. Pareja JA, Pareja J, Barriga FJ, Barón M, Dobato JL, Pardo J, Sánchez C, Vela L. Nummular headache: a prospective series of 14 new cases. *Headache* 2004; 44: 611-614
8. Cuadrado ML, Valle B, Fernández-de-las-Peñas C, Barriga FJ, Pareja JA. Bifocal nummular headache: the first three cases. *Cephalalgia* 2009; 29: 583-586
9. Guerrero ÁL, Cuadrado ML, García-García ME, Cortijo E, Herrero-Velázquez S, Rodríguez O, Mulero P, Porta-Etessam J. Bifocal nummular headache: a series of 6 new cases. *Headache* 2011; 51: 1161-1166
10. Rodríguez C, Herrero-Velázquez S, Ruiz M, Barón J, Carreres A, Rodríguez-Valencia E, Guerrero ÁL, Madeleine P, Cuadrado ML, Fernández-de-las-Peñas C. Pressure pain sensitivity map of multifocal nummular headache a case report. *JHP* 2015; 16:38
11. Pareja JA, Cuadrado ML, Fernández-de-las-Peñas C, Nieto C, Sols M, Pinedo F. Nummular headache with trophic changes inside the painful area. *Cephalalgia* 2008; 28: 186-190
12. Ruscheweyh R, Buchheister A, Gregor R, Jung A, Evers S. Nummular headache: six new cases and lancinating pain attacks as possible manifestation. *Cephalalgia* 2010; 30: 249-253
13. Fernández-de-las-Peñas C, Cuadrado ML, Barriga FJ, Pareja JA. Local decrease of pressure pain threshold in nummular headache. *Headache* 2006; 46: 1195-1198
14. Guillem A, Barriga FJ, Giménez-Roldán S. Nummular headache secondary to an intracranial mass lesion. *Cephalalgia* 2007; 27: 943-944
15. Guillem A, Barriga FJ, Giménez-Roldán S. Nummular headache associated to arachnoid cysts. *J Headache Pain* 2009; 10: 215-217



16. López-Ruiz P, Cuadrado ML, Aledo-Serrano A, Alonso-Oviés A, Porta-Etessam J, Ganado T. Superficial artery aneurysms underlying nummular headache – 2 cases and proposed diagnostic work-up. *Headache* 2014; 54(7): 1217-1221
17. Chui C, Chen WH, Yin HL. Nummular headache and pituitary lesion: a case report and literature review. *Ann Indian Acad Neurol* 2013; 16(2): 226-228
18. López-Mesonero L, Porta-Etessam J, Ordás CM, Muñiz-Castrillo S, Cuadrado ML. Nummular headache in a patient with craniosynostosis: one more evidence for a peripheral mechanism. *Pain Med* 2014; 15(4): 714-716
19. Camacho-Velasquez JL. Nummular headache associated with Linear Scleroderma. *Headache* 2016; 56: 1492-1493
20. Ulivi M, Baldacci F, Vedovello M, Vergallo A, Borelli P, Nuti A, Bonuccelli U. Localized calcific hematoma of the scalp presenting as a nummular-like headache. A case report. *Headache* 2014; 54(2): 370-372
21. Silva-Rosas C, Angus-Leppan H, Lemp MB, Rozas JP, Quijada AH. Langerhans cell histiocytosis (eosinophilic granuloma) of the skull mimicking nummular headache. Report of two cases. *Cephalalgia* 2018; 38(4): 794-797
22. Álvaro LC, García JM, Areitio E. Nummular Headache: a series with symptomatic and primary cases. *Cephalalgia* 2009; 29: 379-383
23. Yin HL, Chui C, Tung WF, Chen WH. Nummular headache after transsphenoidal surgery; a referred pain-based headache syndrome. *Neurol Neurochir Pol* 2013; 47(4): 398-401
24. García-Iglesias C, Martínez-Badillo C, García-Azorín D, Trigo-López J, Martínez-Pías E, Guerrero-Peral AL. Secondary Nummular Headache: a new case series and review of the literature. *Pain Med* 2021 May 22; pnab174. Online ahead of print
25. Trigo J, García-Azorín D, Martínez-Pías E, Sierra Á, Chavarría A, Guerrero AL. Clinical characteristics of nummular headache and differentiation between spontaneous and posttraumatic variant: an observational study. *J Headache Pain* 2019; 20:34
26. Fernández-de-las-Peñas C, Cuadrado ML, Barriga FJ, Pareja JA. Pericranial tenderness is not related to nummular headache. *Cephalalgia* 2007; 27: 182-186
27. Pareja JA, Montojo T, Álvarez M. Nummular headache update. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2012; 12: 118-124
28. Cuadrado ML, López-Ruiz P, Guerrero AL. Nummular headache: an update and future prospects. *Expert Rev Neurotherapeutics* 2018; 18 (1): 9-19
29. Fernández-de-las-Peñas C, Peñacoba-Puente C, López-López A, Valle B, Cuadrado ML, Barriga FJ, Pareja JA. Depression and anxiety are not related to nummular headache. *J Headache Pain* 2009; 10: 441-445
30. Evans RW, Pareja JA. Nummular headache. *Headache* 2005; 45: 164-165



31. Trucco M, Mainardi F, Perego G, Zanchin G. Nummular headache: first Italian case and therapeutic proposal. *Cephalalgia* 2006; 26: 354-356
32. Trucco M. Nummular headache: another case treated with gabapentin. *J Headache Pain* 2007; 8: 137-138
33. Seo MW, Park SH. Botulinum toxin treatment in nummular headache. *Cephalalgia* 2005; 25 (10): 991
34. Mathew NT, Kailasam J, Meadors L. Botulinum Toxin Type A for the treatment of Nummular Headache: Four Case Studies. *Headache* 2008; 48: 442-447
35. García-Azorín D, Trigo-López J, Sierra Á, Blanco-García L, Martínez-Pías E, Martínez B, Talavera B, Guerrero AL. Observational, open-label, non-randomized study on the efficacy of onabotulinumtoxinA in the treatment of nummular headache: the pre-numabot study. *Cephalalgia* 2019; 39(14): 1818-1826
36. Grosberg BM, Solomon S, Lipton RB. Nummular Headache. *Curr Pain Head Rep* 2007; 11: 310-312
37. Baldacci F, Nuti A, Lucetti C, Borelli P, Bonuccelli U. Nummular Headache dramatically responsive to indomethacin. *Cephalalgia* 2010; 30: 1151-1152
38. Zhu KY, Huang Y, Zhong S, Bao YQ, Tian XL. Nummular Headache: eight new cases and therapeutic results in China. *Cephalalgia* 2007; 27: 688
39. Tayeb Z, Hafeez F, Shafiq Q. Successful treatment of nummular headache with TENS. *Cephalalgia* 2008; 28: 897-898
40. Dalla Volta G, Trucco M, Carli D, Zavarise P, Ngonga G. Nummular headache: peripheral or central pain? A pathogenetic hypothesis. *J Headache Pain* 2014; 15(Suppl): S50
41. Chirchiglia D, Della Torre A, Signorelli F, Volpentesta G, Guzzi G, Stroschio CA, Deodato F, Gabriele D, Lavano A. Administration of palmitoylethanolamide in combination with topiramate in the preventive treatment of nummular headache. *Int Med Case Rep J* 2016;9: 193-195
42. Yamazaki Y, Kobatake K. Successful treatment of nummular headache with Neurotropin®. *J Headache Pain* 2011; 12: 661-662
43. Jiang L, Li M, Liu Q, Liu C, Zhou J. Nummular headache: 2 cases with good beta-blocker responses and a narrative review. *Headache* 2019; 59: 593-602
44. Guyuron B, Gatherwright J, Reed D, Ansari H, Knackstedt R. Treatment of dopplerable nummular headache with minimally invasive arterectomy under local anesthesia. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2018; 71(7): 1010-1014
45. Baldelli I, Mangialardi ML, Salgarello M, Raposio E. Nummular headache and its surgical treatment. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2020 Jul 28;8(7):e2989



Tab. 1

Criteria diagnostici della Classificazione ICHD-3 per <u>4.8 Nummular Headache</u>
A. Continuous or intermittent head pain fulfilling criterion B
B. Felt exclusively in an area of the scalp, with allows the following four characteristics:
<ol style="list-style-type: none">1. sharply contoured2. fixed in side and shape3. round or elliptical4. 1-6 cm in diameter
C. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.



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

La rubrica affronta tematiche sulla Responsabilità medico-sanitaria e sulla Medicina Legale, argomenti che interessano la salute e la sanità, oggetto di normative e disciplinati dalla legge. Commenti e interpretazioni normative sulla base della più accreditata dottrina e aggiornata giurisprudenza. La trattazione affronta le più importanti ed attuali questioni relative alla tutela legale del diritto alla salute, al diritto sanitario e alla responsabilità medico-sanitaria (Responsabilità medica civile e penale, responsabilità del medico strutturato e dell'ente ospedaliero, danno alla salute e danno da perdita di chance, responsabilità omissiva, violazione del consenso informato, responsabilità medica di équipe, ecc.), riportando i maggiori orientamenti teorici e giurisprudenziali in materia di responsabilità medica e sanitaria.



Vincenzo Galatro è docente e ricercatore presso Università in Italia e all'estero, ha svolto attività di ricerca e di divulgazione scientifica, a livello nazionale e internazionale, intervistato dai più importanti mass media e ospite in programmi e trasmissioni radiofoniche e televisive della RAI. Avvocato, Digital Lawyer, Consulente Legale, Negoziatore e Mediatore Professionista abilitato (Ministero della Giustizia), specializzato in Bioetica, Neurobioetica, Psicologia Legale e Forense, Psicologia della Salute, Neuroscienze Cognitive, Diritto Sanitario e Responsabilità Medica e Sanitaria, Alternative Dispute Resolution (ADR) e Mediazione in ambito Medico-Sanitario.

Responsabilità civile del medico e legge Gelli-Bianco (L. n. 24/2017): prima e dopo la riforma, focus sull'interpretazione sistematica del “doppio binario” di tutela e il significato normativo delle novità legislative.

La responsabilità civile del medico – alla luce delle novità normative legate alla riforma sanitaria inaugurata dalla legge Gelli-Bianco (L. n. 24/2017, “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”) – è oggi definita nella sua natura giuridica da specifiche disposizioni normative, che in qualche modo cercano di fugare possibili dubbi sull'annosa e discussa questione della responsabilità professionale - contrattuale o extracontrattuale - del medico.





Fig. 1 – La legge n. 24/2017 (Gelli-Bianco), relativa a “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, entrata in vigore il 1 aprile 2017.

In linea di principio, guardando a quanto avviene in altri Paesi, in particolare negli ordinamenti di “common law” (per esempio, in Inghilterra), la tendenza normativa è quella di radicare la responsabilità civile del medico nell’ambito della responsabilità extracontrattuale o aquiliana; mentre, invece, nei paesi dell’area romanistica come l’Italia, in cui vige l’ordinamento di “civil law”, la responsabilità civile del medico viene generalmente inquadrata nell’alveo della responsabilità contrattuale, soluzione tra l’altro adottata dalla recente legge Gelli-Bianco (L. 24/2017).

Il nuovo articolo 7 della L. 24/2017 pone alcuni principi relativi alla responsabilità civile della struttura e dell’esercente la professione sanitaria.



In primis, come già rappresentato, l'art. 7 prevede la responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, mentre per quanto concerne la posizione di responsabilità dell'esercente la professione sanitaria, questi risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile (norma cardine in materia di responsabilità extracontrattuale o aquiliana), salvo che abbia agito nell'adempimento di un'obbligazione contrattuale assunta con il paziente (articolo 7, comma 2, L. 24/2017).

È corretto sottolineare che tale disposizione normativa si colloca – come già accennato – in netta controtendenza rispetto agli orientamenti giurisprudenziali che hanno dominato l'ultimo ventennio. Si pensi, ad esempio, alla tesi posta a partire dalla sentenza della Suprema Corte di Cassazione n. 589/1999, secondo la quale la responsabilità del medico ha natura contrattuale in virtù di un rapporto contrattuale di fatto originato dal “contatto sociale”.

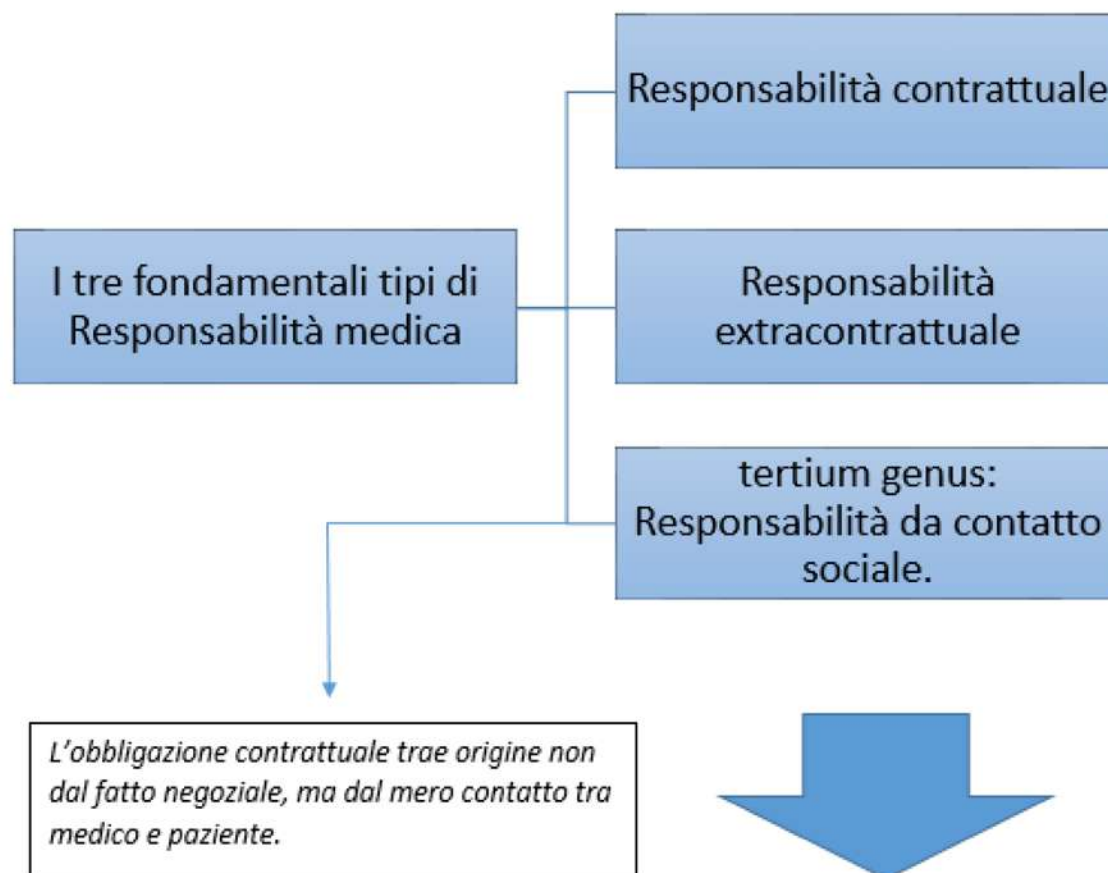
Sull'istituto giuridico del contatto sociale abbiamo già detto, seppure in parte, ma qui occorre comunque ribadire come per “contatto sociale” si intenda una sorta di obbligazione contrattuale che trae origine non dal fatto negoziale, ma dal mero contatto tra medico e paziente. Una sorta di “contratto atipico” non scritto che viene in essere dal contatto tra il medico ed il paziente e dall'affidamento che quest'ultimo ripone nel medico e nella cura terapeutica predisposta. Più che una nuova tipologia di contratto, la figura del contatto sociale è un *escamotage* giuridica sorta al solo fine di ricondurre ed applicare alla responsabilità del medico le regole statuite ex art. 1218 del codice civile.

La giurisprudenza, a partire dalla sentenza n. 589 del 1999, ha abbracciato la tesi che collega la responsabilità contrattuale alla violazione di obblighi nascenti da situazioni non già di contratto, ma di semplice contatto sociale, assimilando le obbligazioni derivanti dalla violazione di specifici obblighi contrattuali a quelle derivanti dal mero contatto sociale tra due soggetti, collocando tali ipotesi nelle residue fonti di obbligazione previste dall'articolo 1173 del codice civile, secondo cui le obbligazioni possono derivare, oltre che da contratto o da fatto illecito, anche da ogni altro atto o fatto idoneo a produrle in conformità dell'ordinamento giuridico.

Il contatto sociale deve ravvisarsi in tutti i casi in cui la legge imponga a un soggetto di tenere un determinato comportamento nei confronti di una categoria di soggetti nel cui interesse quelle regole di comportamento sono poste.

Dunque, secondo tale impostazione – oggi superata dalla legge Gelli-Bianco - al paziente bastava allegare in giudizio il mero inadempimento dell'obbligazione generata da contatto sociale mentre il medico, a suo discarico, aveva l'onere di provare il corretto adempimento della prestazione sanitaria oppure l'inadempimento come mero effetto di una causa ad esso non imputabile ed ascrivibile.





Con la legge n. 24/2017 (legge Gelli-Bianco) niente più “contatto sociale”: nell’esercizio della propria professione, il medico risponde del proprio operato ai sensi dell’articolo 2043 del codice civile, quindi in conformità alle norme sulla responsabilità extracontrattuale

Fig. 2 - I tre fondamentali tipi di responsabilità civile del medico: archiviata la tesi del c.d. “contatto sociale”.

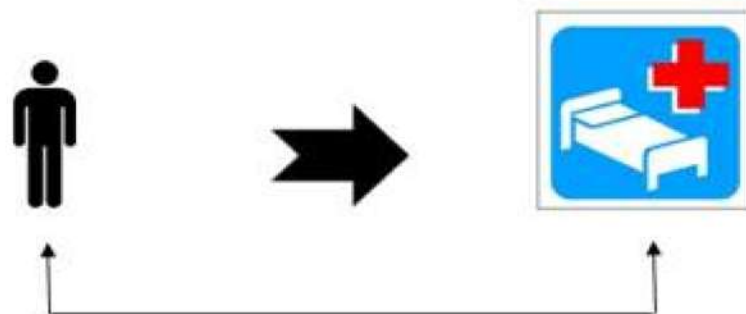


La [legge Gelli-Bianco](#) ha definitivamente archiviato la suddetta teoria del cd. “contatto sociale”, confermando che, nell’esercizio della propria professione, il medico risponde del proprio operato ai sensi dell’articolo 2043 del codice civile, quindi in conformità alle norme sulla responsabilità extracontrattuale (con la conseguenza che l’onere della prova circa la colpa ricade, questa volta, sul paziente danneggiato, e che l’azione risarcitoria si prescrive in cinque anni, e non in dieci anni come accade per la responsabilità della Struttura ospedaliera).

Ciò vale, naturalmente, per i medici del Servizio Sanitario Nazionale che si trovano ad assistere i pazienti nella loro ordinaria attività professionale; è fatto salvo, infatti, il caso del medico che abbia agito nell’adempimento di una obbligazione contrattuale specificamente assunta con il paziente, sia se esercente la libera professione, sia se medico dipendente che eserciti in regime “intramurario” (*intra moenia*) o “extramurario” (*extra moenia*); in tal caso, essendo intercorso un vero e proprio contratto tra medico e paziente, la responsabilità tornerà ad avere natura – per l’appunto – contrattuale.

L’art. 7 della legge n. 24/2017 prevede un regime di doppia responsabilità, ossia una responsabilità di tipo contrattuale per la struttura, con onere della prova a carico della struttura stessa e termine di prescrizione di dieci anni; un tipo di responsabilità extracontrattuale per il medico, con onere della prova a carico del soggetto che si ritiene lesa e termine di prescrizione di cinque anni.

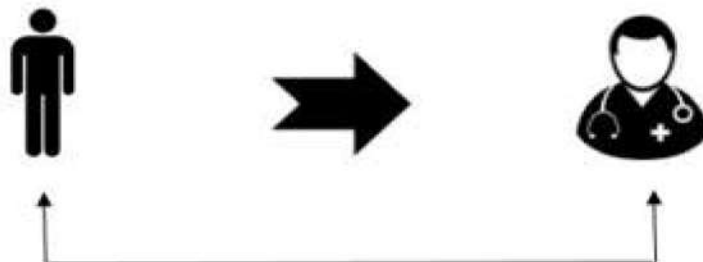




"Contratto di ospitalità" tra medico e paziente.



Responsabilità contrattuale



Nessun "Contratto di ospitalità" tra medico e paziente.



Responsabilità extracontrattuale (o aquiliana)

Fig. 3 - Il sistema a doppio binario della nuova responsabilità medica secondo la legge Gelli-Bianco (L. n. 24/2017): struttura sanitaria (responsabilità civile contrattuale), medico (responsabilità civile extracontrattuale).



Le novità introdotte con la legge Gelli pongono il nostro Paese in linea con il resto d'Europa.

Un simile sistema è attivo già dal 2000 in Paesi come l'Inghilterra, la Francia, il Belgio e altri Stati della Unione europea, dove gli effetti di una norma siffatta hanno portato ad una consistente diminuzione della percentuale di contenziosi legali, con conseguente risparmio economico per lo Stato e la spesa pubblica.

La salute è e rimane – anche dopo la legge Gelli Bianco - un diritto fondamentale di ogni individuo, oltre che un interesse di tutta la collettività. Lo Stato deve naturalmente adoperarsi per fare in modo che i servizi sanitari siano sicuri e non arrechino pregiudizio ai pazienti.

Il nuovo articolo 1 della legge 24/2017 (legge Gelli-Bianco) sancisce che la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.

Tale disposizione normativa conferma un principio già presente nel nostro tessuto costituzionale, che all'art. 2 Cost. stabilisce che “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività”.



Costituzione della Repubblica italiana

art. 32

"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge".

Art. 1, legge 24/2017 (legge Gelli-Bianco)

"La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività".



Fig. 4 - La salute come diritto fondamentale: articolo 32 della Costituzione e articolo 1 della legge Gelli-Bianco (L. 24/2017).



In ogni caso, la novella legislativa, diversamente da quanto auspicato da molti, non ha segnato affatto una svolta epocale in materia di responsabilità sanitaria.

La responsabilità della struttura sanitaria per somministrazione di cure inadeguate o non sicure era, e rimane dopo la legge Gelli Bianco, di tipo contrattuale.

La responsabilità della Struttura discende, infatti, dal cd. “contratto di ospitalità”, un accordo di assistenza sanitaria che si instaura con il paziente contestualmente alla sua accettazione in reparto.

Come già detto, questo comporta, per il paziente, una serie di vantaggi: primo fra tutti, il fatto che non sia lui a dover provare la colpa della struttura, ma sia quest’ultima a dover provare di aver operato bene. Il diritto del paziente al risarcimento del danno da *malpractice* sanitaria, inoltre, si prescrive dopo 10 anni dal fatto, invece dei soliti 5 anni previsti in materia di responsabilità extracontrattuale.

La natura contrattuale della responsabilità comporta, per il soggetto eventualmente danneggiato dall’attività sanitaria, una serie di privilegi in sede processuale, in particolare quello relativo all’onere della prova dell’inadempimento: non sarà il paziente a dover provare specificamente l’errore sanitario, ma sarà la Struttura a dover dimostrare di aver fatto tutto il possibile per evitare il danno. Ove restasse un dubbio sulla qualità dei servizi sanitari erogati, dunque, questo dubbio si tradurrà processualmente in una affermazione di colpevolezza dell’Ospedale.





Fig. 5 - La nuova legge Gelli-Bianco (L. n. 24/2017): prima e dopo la riforma.

Tra le principali innovazioni della riforma, la legge Gelli-Bianco ha scoraggiato l'azione civile contro il singolo operatore del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La responsabilità del medico, infatti, ha assunto natura extracontrattuale, perciò il paziente è incentivato a chiamare in causa soltanto la struttura sanitaria, contro la quale



potrà giovare di una presunzione di colpa, oltre che di un termine più lungo di prescrizione.

Dal canto suo, la struttura sanitaria che abbia pagato un risarcimento potrà rivalersi sul medico responsabile e farsi rimborsare di quanto versato al paziente.



Fig. 6 - Responsabilità medica e della Struttura Sanitaria: onere della prova e prescrizione secondo la nuova legge Gelli-Bianco (L. 24/2017)

Cerchiamo di chiarire meglio i dettami e il significato normativo della riforma, per poter trovare la giusta soluzione ermeneutica nel momento in cui è necessario applicare la legge e renderla operativa.



In primis, un'interpretazione sistematica della disposizione, che tenga in giusta considerazione il riferimento alla responsabilità extracontrattuale ad opera dell'art. 7 della legge Gelli-Bianco, porterebbe a considerare l'ultimo inciso del citato articolo come riferito solo alle ipotesi in cui il medico abbia concluso un contratto d'opera professionale.

Tuttavia, bisogna fare i conti con l'espressione linguistica utilizzata dalla norma, che parla di «obbligazione contrattuale». Questo porterebbe ad una diversa interpretazione, inquadrando la responsabilità del medico dipendente nell'alveo della responsabilità contrattuale, in linea con la tesi della giurisprudenza di legittimità, che in diverse occasioni a collegato tale tipo di responsabilità al concetto di “contatto sociale”.

Tuttavia, come accennato in precedenza, la novella legislativa (L. 24/2017) sembra condurre verso un modello dualistico di responsabilità: id est, responsabilità contrattuale per la struttura sanitaria e responsabilità extracontrattuale o aquiliana per il medico dipendente.

Però, nonostante tutto, non rimane chiaro l'ultimo inciso dell'art. 7, nella parte in cui fa salva l'ipotesi in cui il medico «abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente».

Secondo il modello di responsabilità medico-sanitaria appena delineato, il paziente ha l'onere di provare:

1) la connessione naturalistica fra la lesione della salute – in termini di aggravamento della situazione patologica o insorgenza di nuove patologie – e la condotta del medico (c.d. causalità materiale). La prova della causalità materiale da parte del creditore può naturalmente essere raggiunta anche mediante presunzione;

2) le conseguenze pregiudizievoli derivate dalla lesione alla salute (c.d. causalità giuridica).

Una volta che il paziente abbia provato, anche mediante presunzioni, il nesso fra la condotta del medico o del sanitario, nella sua materialità, e l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie, sorgono gli oneri probatori del medico, il quale deve:

1) provare l'adempimento, nel rispetto delle regole dell'ars medica, oppure
2) provare che l'inadempimento è stato determinato da impossibilità della prestazione a lui non imputabile.

Il nesso di causalità materiale che il paziente deve provare è quello fra intervento del sanitario e danno evento in termini di aggravamento della situazione patologica o di insorgenza di nuove patologie; il nesso eziologico che invece spetta al medico di provare, dopo che il creditore abbia assolto il suo onere probatorio, è quello fra causa esterna, imprevedibile e inevitabile alla stregua dell'ordinaria diligenza di cui all'art.



1176, co. 1, e impossibilità sopravvenuta della prestazione di diligenza professionale (art. 1218).

Se la prova della causa di esonero è stata raggiunta, vuol dire che l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di una nuova patologia è sì eziologicamente riconducibile all'intervento sanitario, ma il rispetto delle *leges artis* è nella specie mancato per causa non imputabile al medico.

Di conseguenza, ne discende che:

a) se la causa dell'evento di danno resta ignota anche mediante l'utilizzo di presunzioni, le conseguenze sfavorevoli ricadono sul paziente creditore della prestazione professionale;

b) se resta ignota la causa di impossibilità sopravvenuta della prestazione di diligenza professionale, o resta indimostrata l'imprevedibilità ed inevitabilità di tale causa, le conseguenze sfavorevoli ricadono sul medico debitore.

Si tratta della regola residuale di giudizio grazie alla quale la mancanza, in seno alle risultanze istruttorie, di elementi idonei all'accertamento, anche in via presuntiva, della sussistenza o insussistenza del diritto in contestazione, determina la soccombenza della parte onerata della dimostrazione rispettivamente dei relativi fatti costitutivi o di quelli modificativi o estintivi (Cass. 21-3-2003, n. 412).

Sul paziente-creditore incombe l'onere di provare il nesso di causalità fra la condotta del sanitario e l'evento di danno, quale fatto costitutivo della domanda risarcitoria, sia nel caso di responsabilità da fatto illecito, sia nel caso di responsabilità contrattuale (Cass. 26-2-2019, n. 5487; 17-1-2019, n. 1045.).

In conclusione, laddove sia dedotta la responsabilità contrattuale del sanitario per l'inadempimento della prestazione di diligenza professionale e la lesione del diritto alla salute (Cass. 11-11-2019, n. 28991):

- è onere del danneggiato provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica, o l'insorgenza di nuove patologie, e la condotta del sanitario;
- è onere della parte debitrice provare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, che una causa imprevedibile ed inevitabile ha reso impossibile l'esatta esecuzione della prestazione.

Un'ultima riflessione: il legislatore ha stabilito che la responsabilità del medico è di natura extracontrattuale soltanto se non sia possibile individuare un rapporto contrattuale. Secondo la Suprema Corte di Cassazione, invece, il rapporto contrattuale



è sempre presente nel rapporto medico-paziente: “anche un contatto sociale meramente fortuito e informale tra medico e paziente è idoneo a far scattare i presidi della responsabilità contrattuale” (Cass. n. 19670/2016). Seguendo tale tesi giurisprudenziale significa che in tutti i casi in cui il medico interviene, l’esercizio dell’attività sanitaria e il rapporto con il paziente devono necessariamente avere come fonte un comune “contratto d’opera professionale”. Dunque, ciò che rappresenta una novità rispetto alla passata disciplina sembrerebbe essere il meccanismo di “automatico” riconoscimento dell’esistenza del vincolo contrattuale. In altre parole, la presunzione di responsabilità civile extracontrattuale o aquiliana dovrà essere superata ad opera del paziente, in quanto incombe su quest’ultimo un più gravoso onere probatorio. Il medico non può essere considerato un *quisque de populo*, sarebbe un assurdo e si cadrebbe nel ridicolo. È vero che grava sul paziente dimostrare questo “rapporto qualificato” con il medico che è intervenuto nell’esercizio della sua attività sanitaria, ma sulla scorta dei principi enunciati dalla giurisprudenza della Suprema Corte di Cassazione, sarà difficile negare l’evidenza di un mancato perfezionarsi di un rapporto contrattuale, secondo l’*id quod plerunque accidit* della maggioranza dei casi. La legge Gelli-Bianco ha avuto il ruolo di mitigare in qualche modo la disputa interpretativa e di sancire e codificare una netta separazione tra responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e responsabilità extracontrattuale o aquiliana del medico, fugando i principali dubbi sulla natura giuridica della responsabilità medica ed uniformando le interpretazioni giurisprudenziali in materia. Precisati i contorni della configurazione, della distribuzione dell’onere della prova e della natura giuridica della responsabilità civile medico-sanitaria, il prossimo passo è quello di analizzare i nuovi strumenti deflattivi del contenzioso medico ed effettuare una ricognizione dei possibili esiti negativi della prestazione sanitaria, enucleando i danni risarcibili – di fonte contrattuale o extracontrattuale – derivanti dalla malpractice medica.

BIBLIOGRAFIA

1. AA.VV., Problemi di responsabilità sanitaria, Giuffrè Editore, 2007.
2. AA.VV., La responsabilità medica - Questioni processuali, Giuffrè, 2010.
3. Alpa G., La responsabilità civile, in Trattato di diritto civile, IV, Milano, 1999.
4. Angelici M., Principi di diritto sanitario, vol. I, Parte generale, Milano, 1974.
5. Bianca C.M., Diritto Civile - La responsabilità civile, V, Giuffrè Editore, Milano, 2012.
6. Bilancetti M., La responsabilità penale e civile del medico, Padova, Cedam, 2006.



7. Blaiotta R., La causalità ed i suoi limiti: il contesto della professione medica, in Cass. pen., 2002, 181 ss.
8. Cafaggi F., voce « Responsabilità del professionista », in Digesto IV ed., Disc. priv., sez. civ., XVII, Torino, Utet, 1998, 181 ss.
9. Cattaneo G., La responsabilità del professionista, Giuffrè Editore, Milano, 1958.
10. Catorini P., Bioetica, Metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici, Masson, Mi, 2000.
11. Chindemi D., Responsabilità del medico e della struttura sanitaria pubblica e privata, Altalex Editore, 2018.
12. Cinotti R., La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie, Pensiero Scient. Ed., Roma, 2004.
13. De Matteis R., Responsabilità e servizi sanitari. Modelli e funzioni, Padova, Cedam, 2007.
14. Fiandaca G., Musco E., Diritto penale, Parte generale, 5° ed., Bologna, 2007.
15. Galatro V., La procedura civile. Manuale operativo, Maggioli Editore, 2008.
16. Galatro V., Diritto processuale civile, Maggioli Editore, 2008.
17. Galatro V., Rapporti tra azione civile e penale: prescrizione ed effetti civili, Altalex Editore, 2009.
18. Galatro V., Come risolvere i problemi legali, Mind Edizioni, Milano, 2013.
19. Galatro V., Il nuovo processo civile di cognizione, di esecuzione e cautelare, Edizioni giuridiche Esselibri - Simone, 2006.
20. Galatro V., Consulenza tecnica preventiva ai fini della composizione di una lite e reclamo, Altalex Editore, 2008.
21. Galatro V., La responsabilità medica, sanitaria e odontoiatrica, in Trattato sulla Responsabilità Sanitaria, Medica e Odontoiatrica, Sistemi di Alternative Dispute Resolution e Mediazione delle controversie legali; Direzione Scientifica ed Editoriale: Prof. Avv. Vincenzo Galatro, Bologna, vol. I, 2014.
22. Galatro V., La responsabilità civile, in Trattato sulla Responsabilità Sanitaria, Medica e Odontoiatrica, Sistemi di Alternative Dispute Resolution e Mediazione delle controversie legali; Direzione Scientifica ed Editoriale: Prof. Avv. Vincenzo Galatro, Bologna, vol. I, p. 3 e ss., 2014.
23. Galatro V., Il rapporto di causalità, in Trattato sulla Responsabilità Sanitaria, Medica e Odontoiatrica, Sistemi di Alternative Dispute Resolution e Mediazione delle controversie legali; Direzione Scientifica ed Editoriale: Prof. Avv. Vincenzo Galatro, Bologna, vol. I, p. 29 e ss., 2014.
24. Galatro V., La colpa professionale, in Trattato sulla Responsabilità Sanitaria, Medica e Odontoiatrica, Sistemi di Alternative Dispute Resolution e Mediazione



- delle controversie legali; Direzione Scientifica ed Editoriale: Prof. Avv. Vincenzo Galatro, Bologna, vol. I, p. 47 e ss., 2014.
25. Galatro V., L'errore nell'attività medico-sanitaria, in Trattato sulla Responsabilità Sanitaria, Medica e Odontoiatrica, Sistemi di Alternative Dispute Resolution e Mediazione delle controversie legali; Direzione Scientifica ed Editoriale: Prof. Avv. Vincenzo Galatro, Bologna, vol. I, p. 71 e ss., 2014.
 26. Galatro V., Processi di gestione del rischio e della sicurezza, in Trattato sulla Responsabilità Sanitaria, Medica e Odontoiatrica, Sistemi di Alternative Dispute Resolution e Mediazione delle controversie legali; Direzione Scientifica ed Editoriale: Prof. Avv. Vincenzo Galatro, Bologna, vol. I, p. 76 e ss., 2014.
 27. Galatro V., Il diritto alla salute e la responsabilità medico-sanitaria, in Trattato sulla Responsabilità Sanitaria, Medica e Odontoiatrica, Sistemi di Alternative Dispute Resolution e Mediazione delle controversie legali; Direzione Scientifica ed Editoriale: Prof. Avv. Vincenzo Galatro, Bologna, vol. I, p. 99 e ss., 2014.
 28. Galatro V. La responsabilità medica, sanitaria e odontoiatrica: principi, legislazione, giurisprudenza, Roma, 2015.
 29. Galatro V., Il diritto alla salute come bene fondamentale dell'individuo, in La legge nella Medicina, Argomenti e materiali delle interviste radiofoniche e televisive a cura del Dr. Prof. V. Galatro, a.a. 2013-2015.
 30. Galatro V., La responsabilità medica dopo la legge n. 189/2012, di conversione del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 (c.d. Decreto Balduzzi), in La legge nella Medicina, Argomenti e materiali delle interviste radiofoniche e televisive a cura del Dr. Prof. V. Galatro, a.a. 2013-2015.
 31. Galatro V., Gli illeciti nelle attività mediche e sanitarie, in La legge nella Medicina, Argomenti e materiali delle interviste radiofoniche e televisive a cura del Dr. Prof. V. Galatro, a.a. 2013-2015.
 32. Galatro V., L'errore medico, in La legge nella Medicina, Argomenti e materiali delle interviste radiofoniche e televisive a cura del Dr. Prof. V. Galatro, a.a. 2013-2015.
 33. Galatro V., I gradi della colpa medica, in La legge nella Medicina, Argomenti e materiali delle interviste radiofoniche e televisive, a cura del Dr. Prof. V. Galatro, a.a. 2013-2015.
 34. Galatro V., La colpa professionale in ambito medico-sanitario, in La legge nella Medicina, Argomenti e materiali delle interviste radiofoniche e televisive a cura del Dr. Prof. V. Galatro, a.a. 2013-2015.
 35. V. Galatro, La responsabilità sanitaria, in La legge nella Medicina, Argomenti e materiali delle interviste radiofoniche e televisive a cura del Dr. Prof. V. Galatro, a.a. 2013-2015.



- 36.V. Galatro, Il danno alla salute, in La legge nella Medicina, Argomenti e materiali delle interviste radiofoniche e televisive a cura del Dr. Prof. V. Galatro, a.a. 2013-2015.
- 37.V. Galatro, La responsabilità civile del medico, in La responsabilità medica, sanitaria e odontoiatrica: principi, legislazione, giurisprudenza, Roma, 2015.
- 38.V. Galatro, La responsabilità penale del medico, in La responsabilità medica, sanitaria e odontoiatrica: principi, legislazione, giurisprudenza, Roma, 2015.
- 39.V. Galatro, Il danno nella medicina, in La responsabilità medica, sanitaria e odontoiatrica: principi, legislazione, giurisprudenza, Roma, 2015.
- 40.Mantovani F., Diritto Penale, Parte generale, Cedam, 2015.
- 41.Reason J., Human Error, Cambridge University Press, Edizione italiana: L'errore umano, Il Mulino, Bologna, 1990.
- 42.Rossetti M., Responsabilità medica, colpa ed onere della prova, Dir. e Formazione, 2001, pag. 627.



L'impatto psicologico della pandemia. *Solitudine, melanconia e alienazione.* *Dai nostri giorni all'Età Moderna.*

Mariano Ciarletta

Dottore di ricerca in Studi Storici presso il Dottorato di Studi Letterari, Linguistici e Storici dell'Università degli Studi di Salerno.

Nel *Novissimo Dizionario* di Candido Ghiotti (1967)¹ e nel precedente *Dictionnaire Italien – Français* del medesimo autore (1936)² non viene riportata una definizione esplicita ai termini *melanconia* e *alienazione*. Nonostante ciò, tra il XIX e il XX secolo essi hanno trovato ampio spazio in specifiche ricerche presentate da celebri storici, antropologi e psicoanalisti. Tra questi non possiamo non ricordare l'intramontabile figura di Sigmund Freud con la sua opera *Trauer Und Melancholie*³ e le affini ricerche di George Minois, Ernesto de Martino⁴, F. Saxl, E. Panofsky e R. Klibansky⁵. Tornando al nostro dizionario una maggiore attenzione sembra essere stata riservata al concetto di «solitudine» (indicato nella versione del 1967 come: «scelta di vita volontaria»)⁶. Partendo dalla nostra contemporaneità (mi riferisco alle vicende legate all'epidemia di Sars Covid-19) tale definizione potrebbe apparire riduttiva tanto più che, dal 2020, numerosi studi hanno contribuito a sviluppare nuove interpretazioni – come ha affermato lo storico Paolo Luca Bernardini⁷ – su un tema di non facile definizione. Ne *La solitudine tra scelta e condanna* Bernardini richiama non solo le più recenti indagini degli anglosassoni David Vicent e Fay Bound Alberti (sull'ipotetica

¹CANDIDO GHOTTI, *Novissimo Ghiotti. Vocabolario italiano francese e francese italiano*, a cura di GIULIO CUMINO, G.B. Petrini, Torino 1967, p.40.

²CANDIDE GHIOTTI, *Dictionnaire Italien-Français, à l'usage des écoles et des gens d'étude*, GB. Petrini – éditeurs, Turin 1936, p.564.

³S. FREUD, *Trauer Und Melancholie*, trad. It. *Lutto e Melanconia*, in OSF, vol. 8, p.103, in A. GORRESE, *I Volti della Tristezza, un'analisi psicologica*, Liguori Editore, Napoli 2005.

⁴E. DE MARTINO, *Morte e pianto rituale, dal lamento funebre di Maria*, in "Introduzione" a cura di CLARA GALLINI, Universale Scientifica Boringhieri, Torino 1975

⁵F. SAXL, ERWIN PANOFSKY, R. KLIBANSKY, *Saturno e la Melanconia*, traduzione di Renzo Federici, Einaudi, Torino 1983

⁶CANDIDO GHOTTI, *Novissimo Ghiotti. Vocabolario italiano francese e francese italiano*, cit., p.1069.

⁷PAOLO LUCA BERNARDINI, *La solitudine tra scelta e condanna: dall'antichità classica ai tempi del Covid*, in «Nazione Futura», 5 marzo 2021 (ultima consultazione 18/04/2021).



interpretazione della solitudine-melanconia tramite le prospettive⁸ della recente *Global History*) ma punta i riflettori sulle ultime ricerche di Aurelio Musi concentrate nel volume *Storia della Solitudine da Aristotele ai Social Network*. Dello storico napoletano è possibile rintracciare (in riferimento ai temi citati) alcune stimolanti riflessioni edite su riviste specializzate (mi riferisco all'interessante contributo *Covid-19 il dramma della solitudine*⁹ nel quale viene messo in risalto *il bisogno ineliminabile della comunicazione*¹⁰) alle quali si associano quelle comparse su varie testate giornalistiche, dove è stato proposto un intrigante parallelismo tra le epidemie passate e quella odierna. Il già citato testo di Musi¹¹ può essere definito, a tutti gli effetti, come un'efficace «mappatura delle epoche» utile per approfondire i temi sopra menzionati che, ad oggi, risultano quanto mai attuali proprio perché pilastri di un binomio che fa della solitudine elemento volutamente scelto per alcuni e inteso, per altri, come *maledizione*¹². Quest'ultima visione ci proviene dalle contemporanee e difficili condizioni di emergenza (le cui conseguenze sono state il distanziamento forzato e l'inevitabile dissociarsi dalla quotidianità). Tutto ciò, come è noto, ha inoltre determinato la caduta di numerosi individui in un significativo stato melanconico ma, allo stesso tempo, ha suggerito anche delle importanti riflessioni. A tal proposito, non possiamo ignorare l'utilissima parentesi che Adriano Prosperi ha aperto, di recente, nel saggio *Un tempo senza Storia. La distruzione del passato*, intorno al processo della «valorizzazione della vita umana». Questo elemento è da ritenersi come il frutto dell'attuale pandemia la quale ha costretto l'uomo ad andare oltre i *vitali elementi* della finanza, della produzione e della ricchezza. L'essere umano ha dovuto, inaspettatamente, rifare i conti con la propria finitudine e il proprio limite biologico entrambi messi in relazione con un nemico ignoto (eppure esistente). Tutto ciò lo ha indotto a riscoprire tanto l'importanza del vivere all'interno di una comunità, quanto a valorizzare (come afferma Prosperi) un fattore, fino a questo momento, certamente sottovalutato: «la tutela della semplice e nuda vita

⁸SANJAY SUBRAHMANYAM, *Mondi connessi. La storia oltre l'eurocentrismo*, Carocci Editore, Roma 2017, p.10. L'autore fa riferimento proprio all'osservazione tramite "prospettive" la quale è uno dei metodi principali attraverso il quale opera la Storia Globale.

⁹AURELIO MUSI, *Covid-19: Il dramma della solitudine*, in «Ainat News. Periodico Scientifico e di informazione dell'associazione italiana neurologi ambulatoriali territoriali», N.6, giugno 2020, p.52.

¹⁰AURELIO MUSI, *La gestione dei poteri nel tempo storico delle pandemie*, in «l'identità di Clío. Insegnare comunicare, informare», 24 giugno 2021, (ultima consultazione 18.04.2021).

¹¹AURELIO MUSI, *Storia della solitudine. Da Aristotele ai Social Network*, Neri Pozza Editore, Vicenza 2021.

¹²AURELIO MUSI, *Storia della solitudine*, cit.,p.8.



umana» dinanzi alla quale le differenze ideologiche, politiche, sociali e religiose sembrano passare in secondo piano¹³. Questo delicato passaggio veniva messo già in risalto nel saggio di Francesco Abba (dedicato a Edward Jenner) quando, a proposito delle frequenti epidemie di vaiolo, egli analizzava come lo *status* sociale delle diverse classi veniva drasticamente a ridursi poiché: «ad un'equità patologica» corrispondeva lo stesso stato di melanconia e rassegnazione verso un male incurabile¹⁴. L'importanza della comunicazione, più precisamente *dell'essere in comunità* veniva confermata, già durante il IV secolo d.C., nel celebre testo di Giovanni Crisostomo: a *Stagirio tormentato da un demone*.¹⁵ Nonostante il vescovo e teologo d'Antiochia riconoscesse *nel deserto un suo fascino* (e dunque un invito a darsi ad una vita totalmente ascetica) egli non poteva fare a meno di constatare, prendendo ad esempio la depressione (*athymia*) che affliggeva il compagno Stagirio¹⁶ il male fisiopsicologico generato tanto dall'isolamento quanto dall'alienazione (seppur scelte deliberatamente).

Per l'età moderna, un dettagliato resoconto sull'epidemia di peste del XVII secolo ci viene restituito dal medico e scrittore italiano Salvatore De Renzi. A questo si associa sia l'organico lavoro del patologo Alfonso Corradi (per quanto riguarda l'Italia Settentrionale) e nel quale egli afferma che rischiavano di *patire la peste* coloro che: «erano già vestiti di abito melanconico»¹⁷ sia ciò che scriveva Cesare Cantù quando affermava che: «aiutanti in campo nell'epidemia son la paura e la melanconia»¹⁸. In seguito all'epidemia del 1656, al di là delle descrizioni e dei dettagli che riguardano tanto l'origine del morbo quanto i sintomi manifestati dai napoletani, fondamentale mi pare l'accento posto dallo storico sull'interruzione o sospensione di ogni forma comunicativa (tanto sociale quanto economica).¹⁹

¹³ ADRIANO PROSPERI, *Un tempo senza storia. La distruzione del passato*, Einaudi Editore, Torino 2021, p.6.

¹⁴ FRANCESCO ABBA, *Edoardo Jenner. Nel primo centenario della sua morte*, Tipografia San Bernardino, Siena 1924, p.11.

¹⁵ GIOVANNI CRISOSTOMO, *a Stagirio tormentato da un demone*, Città Nuova, Roma 2002, p.17-23.

¹⁶ Ibidem, p.24. Il riferimento viene fatto ai demoni meridiani che agiscono dall'ora quarta all'ora ottava. Questi hanno il potere di far sembrare al monaco che il sole proceda lentamente cosicchè, quest'ultimo, affacciandosi continuamente dalla sua cella (luogo dove egli è recluso volontariamente) vada avanti e indietro nella speranza di veder comparire qualche fratello. Egli, inoltre, inizia a sviluppare odio sia per il luogo sia per la stessa vita e per ogni tipo di lavoro.

¹⁷ ALFONSO CORRADI, *Annali delle Epidemie Occorse in Italia. Dalle prime memorie fino al 1850*, Tipi Gamberini e Parmeggiani, Bologna 1870, p.61.

¹⁸ CESARE CANTÙ, *Buon Senso e Buon Cuore. Conferenze Popolari*, Editore Giacomo Agnelli, Milano 1879, p.112.

¹⁹ SALVATORE DE RENZI, *Napoli nell'anno 1656*, Tipografia di Domenico di Pascale, Napoli 1867, p.79. «I tribunali chiusi perché le liti cessate, i commerci onninamente sospesi, le Chiese vuote di fedeli; le porte de' palagi chiuse, barrate anche le Chiese, avendo innanzi la porta l'acqua lustrale; le vie deserte e le maggiori con rarissimi vivi (...) le famiglie dissipate, molte le eredità nulli gli eredi, le successioni abolite, le dignità cessate, le case mancanti di posterì (...).»



Tale aspetto rientra in quegli effetti devastanti che la pestilenza generò inevitabilmente sulla popolazione (non solo in termini di calo demografico) ma specialmente dal punto di vista umorale.

«Napoli, che prima era la sede dell'allegria, pel carattere lieto e gioviale de' suoi abitanti, per i molteplici passatempi, per l'abbondanza di tutti i generi commestibili, in quello infelice tempo, per lo squallore, per l'orrore che presentava e per la calamità che l'affliggeva era divenuta la sede della tristezza».²⁰

Tristezza che si ripeté durante l'epidemia di colera che colpì il napoletano nel 1854 e della quale, sempre il De Renzi, ci fornisce un accurato resoconto storico-sociale. Dal punto di vista psicologico, egli specifica come ai medici fosse stato imposto di mantenere la tranquillità d'animo (dunque respingere per primi ogni richiamo verso un possibile stato melanconico) per far sì che la popolazione (isolata in rioni e consumata dal timore di contrarre il morbo) non cedesse né alla collera né ai vizi. Il suggerimento, onde evitare possibili episodi di isteria collettiva, venne prospettato nel non abbandono delle consuete attività (soccorso degli infelici e opere pie) le quali servivano - specialmente agli individui delle classi più agiate - al fine di non perdere quel prezioso contatto con la *comunità partenopea*²¹. Tale soluzione, come si può ben immaginare, rappresentò la causa di nuovi focolai infettivi confermati anche da Ottavio Andreucci nel suo *Cenni storici sul colera Asiatico* (1855)²² contro il quale gli unici rimedi erano visti nella quarantena e nell'isolamento indotto²³. Melanconia ed alienazione non sono, però, gli unici elementi dell'impatto pandemico passato e presente. Il marcato scetticismo verso una possibile cura serpeggiava già verso la fine del XVIII secolo tramite la celebre frase contenuta nell'*ode all'innesto del vaiuolo* del Parini: «sempre il novo ch'è grande appar menzogna»²⁴ fino al XIX secolo. In questo periodo il medico italiano Luigi Sacco (definito come un prosecutore degli studi avviati da Jenner) dovette infatti fingere che la somministrazione del nuovo innesto antivaioloso fosse stato autorizzato dal vescovo di Goldstat (personaggio mai esistito) per sedare la folla riottosa alla cura.²⁵ Ci appare chiaro come, in tutte le epoche, i concetti di

²⁰ Ibidem, p.93.

²¹ SALVATORE DE RENZI, *Intorno al Colera di Napoli dell'anno 1854*, Stabilimento Tipografico di Gaetano Nobile, Napoli 1854, pp.92-93.

²² OTTAVIO ANDREUCCI, *Cenni storici sul Colera Asiatico*, Per la Società Tipografica, Firenze 1855, p.145.

²³ Ibidem, p.153.

²⁴ GIACOMO ZANELLA, *Della letteratura italiana nell'ultimo secolo*, Lapi Editore, Città di Castello 1887, p.72.

²⁵ FRANCESCO ABBA, *Edoardo Jenner. Nel primo centenario della sua morte*, cit., p.18.



alienazione, melanconia e solitudine (generati da un improvviso stato pandemico) siano correlati all'indispensabile espletarsi della comunicazione. Al mancato soddisfacimento di quest'ultima (seppur per ragionevoli cause) si verifica una drastica rottura con quel celebre equilibrio sul quale Carlo Darwin costruisce il suo *essere sociale* che: «ha desiderio della società al di fuori della sua stessa famiglia» e «ripugnanza per ogni forma di solitudine»²⁶.

A conclusione di questo breve articolo, si può prendere come riferimento l'intervento della sociologa Carla Collicelli pubblicato su *Il Sole 24 ore*. Quest'ultima ha messo in evidenza le sì nefaste conseguenze dell'odierna pandemia (solitudine e melanconia vengono ora indicati come *recipienti* per ogni forma di ansia e paura dinanzi ad un tempo apparentemente immobile) ma, specialmente, viene prestata particolare attenzione all'isolamento forzato (che, in alcuni casi, può essere condiviso con membri dello stesso nucleo familiare, ma con i quali, si è più "costretti" a stare). Inoltre, in un altro contributo apparso su *Avvenire*, tramite un accurata ricerca statistica, l'accademica romana ha spiegato che a risentire maggiormente degli effetti provocati dalla solitudine (qui ella introduce il concetto di *caos emozionale*) siano proprio i giovani contemporanei. Ciò, ovviamente, non preclude che il medesimo *status* tanto interiore quanto esteriore si estenda agli anziani del nostro paese²⁷. All'isolamento indotto si associa, infatti, un altro drammatico problema: l'intenso disagio economico per tutti quei lavoratori costretti a sospendere le loro attività e per i quali, certamente, la solitudine ha dei risvolti che vanno oltre l'aspetto psicologico. Per il Mezzogiorno (e nello specifico per le province napoletane) un'interessante mappatura della situazione economica odierna è stata portata a termine da Emma Ferulano e Barbara Pierro. Entrambe hanno poi presentato sulla rivista *Il Mulino* i

²⁶CARLO DARWIN, *L'origine dell'uomo. La scelta in rapporto con il sesso*, a cura di MICHELE LESSONA, Società Tipografica Editrice, Napoli-Torino 1871, p.67.

²⁷CARLA COLLICELLI, *Disagio psichico e dipendenze. L'altro lato della crisi sanitaria*, in «Avvenire», Avvenire Nuova Editoriale Italiana S.p.A, giovedì 11 marzo 2021 (ultima consultazione 20/04/2021). Si faccia riferimento soprattutto all'analisi statistica riportata dalla Collicelli sull'impatto della pandemia: «Un'analisi condotta su un campione nazionale tra i 18 e i 75 anni da un gruppo di psichiatri dell'Università Cattolica di Roma, ha evidenziato che se il 62% degli italiani ha affrontato il confinamento senza subire significativi contraccolpi a livello psicologico, il 38% ha registrato chiari segnali di disagio, e che per metà si è trattato di un disagio moderato ma per un'altra metà (quasi un italiano su 5) di un disagio severo. Ciò si rispecchia nelle evidenze raccolte dal Tracciato emotivo del Radar SWG del 21 febbraio 2021, secondo le quali continua ad aumentare tra gli italiani la percezione dell'incertezza, che sale dal 50% del dicembre 2020 al 57%, e che risulta l'emozione di gran lunga maggioritaria, seguita dal 30% della speranza, dal 28% della tristezza, dal 26% della rabbia, dal 24% della paura».



risultati poco rassicuranti della loro indagine²⁸ dove, i figli dell'odierna pandemia (solitudine, melanconia, privazioni economiche), stanno diventando il veicolo di frequenti atti estremi. Come ha chiosato Paolo Giorgi, in un articolo comparso su Repubblica, non è infatti da escludere l'intensa correlazione che potrebbe esserci tra il Covid-19 e il suicidio (tema sul quale, accanto a quello più generale della morte, si sono concentrate le recenti ricerche di Marzio Barbagli²⁹, riprese poi da Giuseppe Bonazzi, Luisa Leonini e Franco Rositi)³⁰. Non manca però, come è stato poi chiarito dalla Collicelli, un riscontro psicologico sostanzialmente positivo da parte di chi ha visto nella solitudine un'opportunità (se non quasi una scelta volontaria) per rinnovarsi. Così, riportando alcuni esempi che ci vengono restituiti dalla Collicelli, la solitudine diventa per alcuni un modo di: «apprezzare il valore del silenzio contro i rumori della vita, riflettere in maniera tranquilla intorno al valore della propria esistenza» o ancora «un'occasione per rivedere i contenuti e le forme dei propri rapporti familiari»³¹.

²⁸EMMA FERULANO, BARBARA PIERRO, *Cartolina da Napoli. L'impatto del Covid sui vulnerabili*, 18 novembre 2020, Editore il Mulino, Bologna 2021 (ultima consultazione 20.04.2021).

²⁹MARZIO BARBAGLI, *Alla fine della vita. Morire in Italia e in altri paesi occidentali*, Il Mulino, Bologna 2018.

³⁰GIUSEPPE BONAZZI, LUISA LEONINI, FRANCO ROSITI, *Congedarsi dal mondo. Il Suicidio in Occidente e in Oriente. Di Marzio Barbagli*, in «Rassegna Italiana di sociologia», 50, n.4, Il Mulino, Bologna 2009, pp.2-10.

³¹CARLA COLLICELLI, *Solitudine e Silenzio nella vita quotidiana durante il Covid-19*, in «Sanità 24 ore – Il Sole 24 ore», Gruppo 24 ore, 23 settembre 2020 (ultima consultazione 19/04/2021).



DALLA FRAGILITÀ ALLA LOGICA DEL BENE COMUNE: LA LEZIONE DI ANTONIO GENOVESI

Nicla Iacovino

Responsabile del Settore socio-formativo e culturale del comune di Nocera Inferiore
Coordinatrice dell'Ambito S01-1

“ Scriverò come penso e parlerò come tra noi si parla perché amo di essere inteso, non ammirato”
(Antonio Genovesi).

1. Sulla fragilità umana e sociale

*“Lungi dal proprio ramo, povera foglia frale, dove vai tu? Dal faggio là dov'io nacqui, mi divide il vento. Esso, tornando, a volo dal bosco alla campagna, dalla valle mi porta alla montagna. Seco perpetuamente vo pellegrina, e tutto l'altro ignoro. Vo dove ogni altra cosa, dove naturalmente va la foglia di rosa, e la foglia d'alloro”.*³²

La fragilità estrema della condizione umana è rappresentata da Leopardi in questa malinconica lirica, “Imitazione”, ispirata a quella di Gian Vincenzo Arnault, « La foglia ».

Nessun altro forse come o più di Leopardi ha trattato il destino dell'uomo, pellegrino errante nel deserto della vita che, arrivato in fondo al proprio cammino, dopo essere stato in balia del vento, troverà la morte che tutto travolge, anche la bellezza e la gloria, simboleggiate nella foglia di rosa e d'alloro. Ma l'uomo, ci sollecita lo stesso Leopardi, è un viandante che può accettare la propria condizione di fragilità esistenziale solo se si sente parte della natura, se diventa consapevole della propria finitezza.

Antonia Pozzi si innamora “senza misura”. L'assenza di un limite è la prima vulnerabilità a cui si espone, esistenza fragile come una foglia, impossibile da arginare, incanalare in un sentiero, in quanto sensibilità estremamente libera, tanto libera da desiderare la morte piuttosto che essere sottoposta all'autorità altrui. Antonia è sottile, fatta di un materiale che si sbriciola. Non regge di un solo grammo in più il peso che porta. Ma quale peso porta? La sua anima.³³

Il concetto di vulnerabilità ci rimanda al rischio e alla possibilità di errore; al confronto con le macchine gli uomini sono vulnerabili perché possono commettere errori, a differenza delle macchine che sono perfette. Programmate per non commettere errori. Ma c'è *qualcosa* che accomuna uomini, macchine e umanoidi. Lo leggiamo nello straordinario libro di Ishiguro: Klara e il sole, dove i robot sono accomunati agli uomini dal fatto che modelli nuovi e più avanzati soppiantano rapidamente i vecchi. Ciò che rende quindi davvero vulnerabili, macchine e uomini è la vecchiaia. Un fattore

³² Giacomo Leopardi, *Imitazione*, lirica contenuta in *Canti*, a cura di Giorgio Ficara con uno scritto di Giuseppe Ungaretti, Milano, Mondadori, 2018

³³ Elisa Ruotolo, *Una grazia di cui disfarsi. Antonia Pozzi: il dono della vita alle parole*. Palermo, Editore Rueballu, 2018



esistenziale ineluttabile che Marguerite Yourcenar pone tra le sciagure provocate dalla natura divina delle cose:

*“Quando si saranno alleviate sempre più le schiavitù inutili, si saranno scongiurate le sventure non necessarie, resterà sempre, per tenere in esercizio le virtù eroiche dell’uomo, la lunga serie dei mali veri e propri: la morte, la vecchiaia, le malattie inguaribili, l’amore non corrisposto, l’amicizia respinta o tradita, la mediocrità di una vita meno vasta dei nostri progetti o più opaca dei nostri sogni, tutte le sciagure provocate dalla natura divina delle cose”.*³⁴

Negli suoi splendidi versi, Enza Silvestrini fa riferimento alla distruzione di Troia, al racconto che Enea fa a Didone di questa tragedia immane in cui Enea vede sparire un intero mondo, così amato, così vanamente difeso. E’ ciò che prova chi ha un genitore affetto da Alzheimer, che perde il suo mondo. E’ un andare “controtempo”, in uno stato esistenziale in cui il tempo non ha un andamento verso il futuro ma va a ritroso. Enea è nell’atto di cercare salvezza in un mondo in rovina, mentre Troia brucia, e l’autrice scrive: *“non voglio più vedere il presente e il presente è questo rogo ardente che dilania la città...Ma l’autrice scrive anche: “Mi porto qualcosa che non sia perfettamente franato, c’è bisogno di una radice da piantare in esilio”.* *“Ognuno reagisce come può al freddo incalzante d’inverno...organizziamo ronde per tenere il fuoco vivo.”*³⁵

La malattia, in particolare la malattia inguaribile rende fragili chi vive la condizione di malato ma anche i caregiver che spesso vivono per necessità solo in funzione del malato di cui hanno cura, vivono immersi in una situazione di profonda fragilità sociale; assistono quotidianamente e progressivamente alla distruzione inevitabile di un mondo, quello appartenuto alla persona di cui hanno cura, che una volta era sana e che sono costretti a vedere sfiorire a poco a poco, come la gloriosa città di Troia, dilaniata e distrutta pezzo per pezzo dalle fiamme. Per essi, *la radice da piantare in esilio* è il ricordo della persona amata, dei suoi insegnamenti, della relazione affettiva che permane viva nella scatola dei ricordi.

2. Fragilità, protezione sociale e bene comune nel pensiero di Antonio Genovesi

E’ la consapevolezza della propria vulnerabilità che spinge le persone a cooperare, a sostenersi a vicenda per superare malattie, ostacoli, epidemie, difendersi da calamità e guerre; la necessità di tutelarsi ha portato le società ad organizzarsi; l’individuo da solo non avrebbe potuto sviluppare il sapere tecnico del mondo attuale: se questo è stato possibile è perché la vulnerabilità umana, di fronte ai pericoli, mettendo a rischio l’incolumità, il benessere delle persone, è stata, dai primordi dell’umanità e soprattutto nelle catastrofi e nei periodi di crisi, la molla che ha generato la capacità organizzativa dei sistemi. L’odierna strutturazione del welfare, il sistema di protezione sociale sviluppatosi nelle società avanzate dagli anni ‘30, al di là delle aporie e contraddizioni sulla qualità e pervasività delle risposte effettivamente date, al di là dei successi, fallimenti o delusioni nei confronti del modello di stato sociale, è una conquista dovuta anche al pensiero etico-filosofico di Antonio Genovesi, primo teorico e fautore dell’economia civile.

Nel suo puntare alla felicità pubblica e all’armonia nella giustizia, Genovesi ha inteso l’economia e la politica come scienze del bene comune: *“Quella insegna a conoscere il loro paese e le arti che*

³⁴ Marguerite Yourcenar, Memorie di Adriano, Torino, Einaudi, 2014

³⁵ Enza Silvestrini, Controtempo, Salerno, Oedipus, 2018



possono arricchirlo. Questa a regolarlo di dentro e di fuori in modo che possa vivere tranquillo e felice". E l'autore non manca di sottolineare che tutte le scienze hanno senso se sono finalizzate al bene dell'umanità.³⁶ Questa impostazione trova forse il suo frutto più originale nella messa in campo di una economia politica non ristretta ad aggressiva *téchne* ma investita di un discorso filosofico sui fini dell'uomo e sulle sue virtù specie quelle dell'uomo pubblico. *Quella economia civile, cioè, che, lontana dall'analisi economica concentrata sul profitto, inaugurata con straordinario ma forse non imperituro successo, da Ricardo a Smith rappresenta un'altra economia politica con al centro l'idea sicuramente di ispirazione anche cristiana, che non può esservi benessere se esso riguarda solo alcuni.*³⁷ "La legge civile – scriveva Genovesi - se non serve ad assicurare i diritti delle persone, delle famiglie, delle città, né a promuovere il bene degli uomini è inutile: e se offende quei diritti o nuoce all'avanzamento del bene, è cattiva."³⁸

Se gli uomini quindi per la loro condizione esistenziale sono sottoposti alla vulnerabilità, è possibile fronteggiare le difficoltà e le fragilità cooperando per il bene comune; nell'impianto teorico di Genovesi è anzi proprio la fragilità una *opportunità* per esercitare il bene. Tuttavia, perseguire il bene comune non è attitudine innata ma frutto della *volontà della ragione*, che richiede allenamento, esercizio, un'educazione specifica per esercitare il bene e comportarsi in senso etico per perseguire il bene comune.

Se l'agire umano non è mai incondizionato e quindi la sua scelta è sempre limitata, tuttavia l'intervento attivo negli eventi, da parte dell'uomo, non è votato al fallimento necessariamente, per natura: le probabilità di successo dipendono comunque anche dalla virtù di chi agisce. "L'intelligenza può forzare la natura, anche quella umana, arginando il corso della fortuna e dirigendo gli eventi verso fini da noi stessi predeterminati".³⁹ Dalla centralità che assume la volontà umana, dall'idea di *vir faber* di Coluccio Salutati, ne consegue che per Antonio Genovesi la politica non può non coincidere con l'etica in quanto perseguire il bene comune come principio unico ed essenziale, bisogna volerlo, è frutto cioè di un impegno morale a cui tutti gli individui devono essere educati.

La condotta umana, secondo Smith, è determinata da sei impulsi: egoismo, simpatia, desiderio di libertà, senso della proprietà, abitudine al lavoro, e tendenza al baratto; l'uomo deve essere lasciato libero di soddisfare queste proprie inclinazioni; lasciato a sé stesso egli non realizzerebbe solo il proprio interesse ma anche il bene collettivo in virtù del fatto che la provvidenza ha ordinato la società in un sistema in cui prevale l'ordine naturale. La realizzazione dell'interesse personale pertanto renderebbe possibile il bene comune. L'identificazione degli interessi particolari con quelli generali fu incorporata da Smith in un modello teorico, che intendeva avere una validità universale, basato su una concezione della società e dello Stato tesa a promuovere i valori individuali di libertà ovvero degli interessi privati. Nessuno dipende dalla generosità degli altri, sosteneva Smith, poiché tutto ciò che un individuo riceve da un altro rappresenta l'equivalente di un bene dato in cambio.⁴⁰

³⁶ Roberto Mancini, *La logica del bene comune*. Nuova edizione commentata dell'opera di Antonio Genovesi, *La logica per i giovanetti*, a cura di Riccardo Milano, Verona, Il Segno dei Gabrielli editori, 2020, p. XXVII

³⁷ Lucio D'Alessandro, *ibidem*, p. XXXVII

³⁸ Antonio Genovesi, *Logica per i giovanetti del 1766*, Milano, Editore Silvestri, 1830

³⁹ Niccolò Macchiavelli, *Il Principe*, Roma, Donzelli 2013

⁴⁰ Eric Roll, *Storia del pensiero economico*, Torino, Bollati Boringhieri, 1973



Il pensiero economico del Genovesi ha invece una chiarissima impostazione etico-politica, e si riporta al principio generale per il quale ogni scienza deve avere come presupposto l'uomo nella realtà della sua natura, nei suoi concreti bisogni, nelle sue ineliminabili aspirazioni. *“Ogni scienza deve proporsi non di “sbarbicare” ma di “regolar la natura”. D’altro canto l’accettazione della natura umana nella sua realtà non comporta per il Genovesi la giustificazione dell’egoismo come norma del vivere sociale: questo deve poggiare sull’equilibrio tra le due forze fondamentali dell’uomo, la concentrica e l’espansiva, l’egoismo e l’amore per il prossimo. Pertanto la fede etica viene assunta come fondamento dei rapporti politico-sociali e conseguentemente anche dei fatti economici che sono inestricabilmente connessi con la politica, arte “agelotrofica” cioè arte di provvedere alla vita e ai bisogni delle comunità umane”.*⁴¹

Mentre in Smith il bene comune è affidato alla mano invisibile e impersonale del mercato e l'uomo è mosso dall'egoismo, Genovesi non crede che l'uomo sia di per sé egoista e il libero mercato sia sufficiente a creare benessere sociale, anzi, egli è convinto che senza un principio regolatore il libero gioco del mercato può creare diseguaglianze e ingiustizie. *“Il fondo della natura umana – così scrive Genovesi – è la pietà e compassione inverso i mali dell’altro uomo a sé simile. Ella si manifesta per certi moti simpatici, più che per riflessione: anzi, la riflessione, come il soffio delle bocce elettrizzate, l’estingue, se viene ad essere soverchia. Ma tuttavolta affinché questa pietà sia virtù, e non un moto inconsiderato, e una debolezza, si vuol regolare con la sapienza e prudenza”.*⁴²

A parlare di comunità nell'attuale contesto di liquefazione dei legami relazionali si rischia di portare il discorso nel linguaggio retorico. Eppure non si può non appellarsi a una ricerca urgente di una nuova forma di regolazione della dimensione sociale in grado di superare l'individualismo estremo in cui versa l'umanità. Vulnerabile è una società in cui oggi tutti possono scivolare nella povertà, perdere il lavoro, la dignità, dove è diffuso il rischio di non entrare mai nel mercato del lavoro perché non si è abbastanza adeguati, perché colpevoli di essere malati, o troppo giovani, o troppo vecchi.

In particolare i problemi legati alla sostenibilità ambientale, pongono interrogativi sul futuro prossimo delle nuove generazioni, in una situazione assolutamente inedita per il nostro Paese e non solo, in cui non sappiamo per quanto tempo ancora si potrà continuare a consumare senza produrre ricchezza.

Il consumo di beni pervade ogni aspetto dell'esistenza individuale e sociale; valori quali l'etica del lavoro e la gratitudine sono rari; il merito non viene considerato in nessun caso un talento, ricevuto in dono, e che può a sua volta essere donato, essere messo a disposizione di altri meno fortunati.

La gratuità non ha valore e non viene pertanto reputata importante neanche in una dimensione privata mentre viene cancellata nei rapporti tra lavoratori e impresa. La solitudine del nostro tempo cresce insieme al nostro desiderio di comunità, il cui elemento costitutivo è appunto il dono⁴³.

⁴¹ Antonio Genovesi, Autobiografia e lettere, a cura di Gennaro Savarese, Milano, Feltrinelli, 1962 p. XXII

⁴² Della Diceosina o sia della filosofia del giusto e dell'onesto dell'abate Antonio Genovesi, Tomo I, Napoli, Domenico Terres, 1777, pagg. 246-247

⁴³ Luigino Bruni, Capitalismo infelice, Firenze, Giunti, 2019



Da queste riflessioni si coglie l'attualità del pensiero di Antonio Genovesi, illuminista del settecento che ha ancora oggi da insegnare come sia necessario agire secondo la logica del bene comune: cooperazione, responsabilità e solidarietà, per fornire risposte efficaci alla vulnerabilità umana e sociale. Gli uomini da soli non possono che vivere al presente, è invece nella socialità che progettano il futuro, affrontando rischi, pericoli e calamità, diventando non più esposti alla fragilità ma forti perché uniti.



DONNE CONTRO IL DOLORE WOMEN AGAINST THE PAIN

Una nuova opportunità per focalizzare l'interesse scientifico e mediatico verso il dolore di genere, nella sua più ampia accezione

Marina de Tommaso

Responsabile UO Neurofisiologia applicata e Dolore, Università di Bari Aldo Moro

Il 2 ottobre sarà presentato per la prima volta su piattaforma zoom il gruppo di studio inter societario fondato dalla SISC. Si tratta di un approccio innovativo di tipo integrato e traslazionale ad una tematica di forte e attuale interesse.

Il gruppo infatti si costituisce con socie SISC da sempre impegnate sui temi clinici di ricerca delle cefalee e del dolore cronico, e con altre professioniste di diversa estrazione culturale ed esperienza nel campo delle tematiche scientifiche, sociologiche e giuridiche del dolore di genere.

Le patologie dolorose croniche presentano infatti una forte connotazione di genere, le più rappresentate e invalidanti interessando prevalentemente il sesso femminile nell'intero arco della vita.

I complessi fattori di cronicizzazione, sono favoriti da influenze ormonali, genetiche e variabili psicopatologiche spesso correlate a problematiche sociali, lavorative e relazionali.

Inoltre, le mai superate tematiche di disagio sociale e professionale che connotano il genere femminile, conferiscono al "dolore di genere" un significato più ampio in ambito psicologico, sociologico e giuridico.

Con la costituzione di questo gruppo, ci proponiamo di stimolare l'interesse di donne con dimostrata esperienza professionale e di ricerca in ambito multidisciplinare, medico, psicologico, sociologico e giuridico, sulle tematiche del "Dolore di genere" ampiamente inteso, di attirare e promuovere l'interesse di giovani ricercatrici negli stessi ambiti sui temi sopra riportati, di creare occasioni di studio e riflessione mediante creazioni di gruppi e forum, di stabilire rapporti con le Associazioni laiche e favorire studi collaborativi e progetti, atti a migliorare la conoscenza e la cura delle patologie a forte connotazione di genere e l'approfondimento delle tematiche del disagio femminile.



La caratteristica inter societaria è legata alla possibilità di associazione da parte di donne impegnate sui soprariportati temi di ricerca, indipendentemente dall'iscrizione SISC

Attualmente il gruppo "Donne contro il dolore" ha ricevuto l'adesione della scrivente, delle Prof. Sarchielli e Sacco e delle dr.sse Prudenzeno e Sances per la SISC, delle dr.sse Cevoli e Grazzi dell'ANIRCEF, della Prof.ssa Aloisi, fisiologa dell'Università di Siena, della Prof.ssa Sara Invitto, psicologa dell'Università del Salento, delle Prof.ssa Curci e Lanciano, psicologhe dell'Università di Bari, della dr.ssa Mastrogiovanni, giornalista e docente dell'Università di Bari. Ogni socia senior promuoverà l'adesione di giovani ricercatrici e professioniste, in parte già individuate: dr.sse Delussi, Gentile, Laporta, Fallacara, Casini, Favoni, Leucci, Corbelli, Pistoia

Il prossimo anno ci riuniremo a Lecce per un primo confronto in presenza. Speriamo davvero, come donne, di poter contribuire anche in minima parte ad alleviare il peso fisico, morale e sociale del dolore femminile.



I SIMBOLI

IL NOSTALGICO FASCINO DEL FARO

Domenico Cassano



*“Son notturno diamante
che gira avvertendo gli uomini
pei quali vivo, anche se non li vedo.
Così, lungi da essi,
scordati i loro nomi, li amo in moltitudini”.*

Luis Cernuda

Dalla terraferma veglia, quale indomita sentinella, gli sconfinati orizzonti del mare. Provvida guida per i naviganti, col suo fascino ha ammaliato la fervida fantasia di letterati e artisti, evocando immagini scolpite nelle nostre memorie: metafora della luce che rischiarava le tenebre, della conoscenza; emblema della solitudine, dell'interiorità, della ricerca di libertà.



Il suo nome deriva dall'isola greca di Pharos, su cui fu edificata una delle prime costruzioni della storia; termini simili - *Pharos, Phare, Faro* - vengono utilizzati dai popoli che vivono lungo le sponde del Mediterraneo (rispettivamente Grecia, Francia, Italia e Spagna); nei paesi anglosassoni lo chiamano *Lighthouse (Casa della luce)*.

Già Omero nell'Iliade racconta di falò situati in cima a torri “*brillanti come lo scudo di Achille, sprigionanti un bagliore lunare che sale fino al cielo*”. Virginia Woolf lo assurge a protagonista di un suo romanzo, *Gita al faro*, del 1927; Edgar Allan Poe gli dedica un racconto, rimasto incompiuto perché colto da morte prematura; Edward Hopper, il pittore della solitudine, lo immortala in un suggestivo dipinto *Il faro di Two Lights* del 1929; il gruppo rock dei Van der Graaf Generator compone una solenne suite musicale in tema, *A Plague of Lighthouse Keepers* del 1971; *Il mare d'inverno*, una canzone interpretata dalla Bertè, lo avvolge in un'aura di solitudine e malinconia, tra “*punti invisibili rincorsi dai cani e stanche parabole di vecchi gabbiani*”.

Vi sono fari leggendari, come quello di Alessandria d'Egitto, meraviglia architettonica e tecnologica per i tempi: era alto 135 metri e il suo fuoco avvistabile fino a 56 km di distanza, distrutto da due terremoti nel corso del 1300; o anche come la *Lanterna del Molo*, ubicata nel porto di Napoli, costruita nel 1497 da re Ferdinando I, abbattuta agli inizi del secolo scorso a seguito dei lavori di ristrutturazione dell'area.

Col suo ritmo intermittente - luce, eclissi, luce - il faro “si svela e si nasconde”, come racconta Italo Svevo. Vi sono anche fari a luce fissa, come quello della Statua della Libertà a New York, inaugurato nel 1866, che per decenni ha acceso le speranze dei nostri connazionali, ivi giunti coi loro carichi di disperazione e una valigia di cartone.

La penisola italiana ne è diffusamente costellata: dal *Faro della Vittoria* di Trieste, ancora in funzione dall'alto dei suoi 67 metri, alla iconica *Lanterna di Genova*, eretta nel 1321, che nella metà del XV secolo ebbe come guardiano Antonio Colombo, zio del marinaio Cristoforo Colombo; dal *Faro di Punta Palascia*, a capo d'Otranto, il punto più orientale d'Italia, alla *Lanterna di Montorsoli* di Messina, una torre di tre piani edificata nel XVI secolo.

Una specie in via di estinzione, soppiantata dalla moderna tecnologia digitale: la sua sorte è andare in disuso o svolgere nuove funzioni. Così il *Faro di Montauk Point* nel Long Island, il primo nella storia degli Stati Uniti, fatto edificare da George Washington, è diventato di recente un museo; di contro, quello di *Corsewall*, nella Scozia meridionale, costruito nel 1815, è stato trasformato in un lussuoso hotel. E con esso è tramontata anche la mitica figura del guardiano del faro, immortalata nei versi di poeti quali Luis Cernuda o in romanzi, quale *Il faro in capo al mondo* di Jules Verne, pubblicato postumo nel 1905.

Nel nostro immaginario, il faro è luce che ispira, l'orientamento di cui ciascuno ha bisogno - parafrasando Dante - per non dover “*negare l'esperienza*”, vale a dire la



conoscenza. La parola “*esperienza*” ha un doppio significato: “*provare*” (lett. “*uscire fuori di sé*”) ma anche “*mettersi alla prova*”, dalla radice “*per*” (dove il termine *pericolo*), in riferimento alla possibilità di “*perdersi*” nel vagare “*per l’alto mare aperto*”.

Accogliendo l’invito di Ulisse, “*uniti in un sol legno*” siamo pronti a compiere il “*folle volo*”. Dalla terraferma, lampi di luce fendono l’aere bruno, a dirci che il faro è certezza, nostalgia, ricordo, attesa. E’ direzione, non punto di arrivo. L’idealità: ciò che ci muove verso l’imperscrutabile e lo rende chiaro ai nostri occhi.



Ainat Sicilia, il resoconto del Congresso regionale

Carlo Alberto Mariani
Neurologo Territoriale, Responsabile di Branca, Referente Aziendale Parkinson
ASP di Palermo
Coordinatore AINAT Sicilia



Si è svolto nella prestigiosa e rinnovata cornice del Circolo Ufficiali dell'Esercito di Palermo, il Congresso Regionale AINAT Sicilia 2021. In un parterre limitato nelle presenze dei partecipanti in virtù delle vigenti limitazioni pandemiche, l'incontro, suddiviso in tre giornate, è stato impreziosito dalla presenza di esperti provenienti dal mondo universitario di rilevanza nazionale, da personalità prestigiose in ambito accademico-assistenziale, e non da ultimi da vari "ainatiani" votati anche ad una attività divulgativa che sta permeando sempre di più l'associazione.



Le presenze fisiche, ridotte per cause preventive, sono state bilanciate dalla frequenza in streaming di colleghi e di altre professionalità sanitarie vicina ai numeri delle esperienze congressuali del trascorso biennio - quindi di tutto rispetto per un evento di carattere regionale.

Introdotta dai saluti istituzionali del Direttore Generale del Dipartimento per la pianificazione strategica dell'Assessorato della Salute, ing. La Rocca, che ha riconosciuto e apprezzato l'attività di supporto alle Istituzioni svolta da Ainat Sicilia in quest'ultimo triennio, il Congresso ha dato spazio a temi scientifici di interesse neurologico, approfonditi e aggiornati dalla presenza dei relatori provenienti dalle maggiori scuole accademiche neurologiche del meridione d'Italia.

Alla presenza, condivisa con me nei panni di "hospes" - parlo del Presidente Ainat "Mimmo" Cassano - si è quindi definitivamente consolidato il ruolo dell'Associazione siciliana nel contesto del panorama professionale di settore, come riportato nella mia relazione sui "successi" ottenuti, riconosciuti e incontestabili, coerenti al programma di intenti sottoscritto ad inizio mandato. Ainat Sicilia, per la prima volta, è dunque divenuta, come confermato dallo spazio concesso da alcune testate giornalistiche, stabile punto di riferimento "istituzionale" delle stanze governative di settore, prospettando un sempre maggiore impegno anche nel campo della programmazione legislativa e governativa relative all'assistenza.



SE PROMETEO CI INDICA IL FUTURO

Domenico Cassano



Fig. - *Heinrich Fueger*, Prometeo porta il fuoco all'umanità, 1817

Vi sono grandi testi del passato che continuano a brillare come luci di stelle per la loro struggente attualità. Rileggere il mito di Prometeo nelle opere di grandi tragici greci, quali Eschilo e Sofocle, significa gettare uno sguardo sulla nostra contemporaneità per trovare una risposta ai tanti interrogativi che la affliggono: nella fattispecie, cosa accadrà domani, e, soprattutto, da chi dipende la costruzione del nostro futuro?

Prometeo, personaggio acuto e preveggenete (*promētheios: colui che sa, che vede prima*), nel donare il fuoco all'umana progenie le consente di intraprendere il cammino della civiltà. L'uomo, sostiene Sofocle, "*possiede l'inventiva della tèchne, che è saggezza*" e può rivolgerla in due direzioni: farne un uso giusto, se sceglie la via del bene; o un cattivo uso, se il suo coraggio diventa arroganza.

Quella di Sofocle è un'etica laica che pone l'uomo davanti alla sua responsabilità: in un'epoca senza più dei, il valore morale del progresso dipende dall'uso che l'essere umano ne fa.

A rinforzare l'idea che il futuro dipende da noi si aggiungono altri due grandi pensatori. Karl Popper esprime una visione determinista: il futuro sarà un percorso lineare *"che dipende da ciò che noi tutti facciamo e faremo, oggi, domani e dopodomani"*; di contro, un cammino *"che segue una linea curva, la cui direzione muta costantemente"* è la visione rassegnata di Ludwig Wittgenstein in quanto sovrastata da ineluttabili forze del male.

Di certo, la pandemia ha introdotto nelle nostre vite un elemento fino ad allora ignorato - *l'imprevedibile* - che ha stravolto programmi e abitudini, slatentizzando tutte le nostre fragilità. *L'imprevedibile* ci ha resi consapevoli di *"ciò che non siamo e ciò che non vogliamo"* e ha svelato come, dietro alle *"magnifiche sorti e progressive"*, si celino arcane paure: tempi nei quali si avverte, forte più che mai, il bisogno di assicurazione e la necessità di sperare in un futuro che sia non solo migliore ma che sopraggiunga il più rapidamente possibile.

Purtuttavia in una tale temperie di incertezza, nuovi orizzonti di luce si sono dischiusi ai nostri occhi.

Abbiamo assistito in primis al risveglio di sensibilità che sembravano sopite. Parliamo della riscoperta della "comunità di cura" grazie al prezioso valore della solidarietà messa in atto da quell'esercito silenzioso composto dai tanti eroi del mondo sanitario, del quotidiano, della porta accanto, dai docenti, dalle donazioni.

In uno sguardo alla categoria più duramente colpita dal COVID - gli anziani - , valore fondamentale è stato riconosciuto al loro sapere con la conseguente consapevolezza di non rottamare quel patrimonio di esperienze perché ivi risiede "l'anima" delle nostre comunità e le connota in senso socio-culturale.

Significativa altresì è stata l'apertura alla trascendenza, vale a dire la necessità di dare un senso alla umana precarietà attraverso la riscoperta del "valore antropologico" della religione. Emblematica al proposito è l'immagine di papa Francesco in una piazza San Pietro vuota, battuta dalla pioggia, a ricordarci il crollo dell'illusione individualista e che *"una svolta è necessaria: siamo fratelli tutti"*.

Infine, la disillusione della scienza: l'aver compreso che essa non ha una risposta pronta per ogni male ma è in grado di fornire solo certezze parziali, momentanee e discutibili. Antonio Calabrò, illustre pensatore, afferma che *"la scienza non è un oracolo e lo scienziato non è né un indovino né un taumaturgo"*; ma, aggiunge, *"deve essere un uomo buono, amante della vita, animato dalla tensione di operare per il bene di tutti"*. Affinchè ciò si verifichi è necessario che la scienza si affianchi a tutti gli altri settori della vita sociale - politica, tecnologia, economia, industria, lavoro - in un



rapporto di *alleanza attiva* che funga da saldo collante tra le parti. E' il fondamento della "cultura dell'interdipendenza", un atteggiamento che va coltivato, curato, promosso.

In conclusione, per vincere questa sfida bisogna abbattere lo spettro dell'individualismo e imparare a camminare insieme, contando gli uni sugli altri, in un richiamo alla umana responsabilità, che, parafrasando Romano Guardini, altro non è che la ricerca del bene comune.

Oggi più che mai abbiamo bisogno di uomini lungimiranti in grado di agire nel rispetto dei valori umani. Il solo proclamarli senza seminarli è pura retorica. I germogli che ne derivano vanno coltivati da tutti, ciascuno per la propria parte: solo così il futuro si colora di speranza e, citando Lev Tolstoj, "*la primavera sarà sempre primavera*".

Ci riusciremo?



LETTERE AL DIRETTORE

La testimonianza di Giovanna Trevisi

Consigliere uscente Direttivo Nazionale AINAT

Gentile Direttore,

sento il dovere, a conclusione dei tre anni di mandato come Consigliere Nazionale AINAT, di dedicare qualche pensiero a questa mia esperienza e di farne partecipe chi mi farà l'onore di leggermi.

È stato certamente un periodo difficile a causa della pandemia che ha bloccato la nostra attività per quasi due anni. Nonostante ciò, anche se in misura ridotta e negli ultimi tempi solo *on line*, siamo riusciti a discutere, a volte in modo anche “vivace” (il contraddittorio è sempre sintomo di partecipazione democratica) di svariati argomenti riguardanti soprattutto la nostra crescita culturale mediante anche l'intensificarsi dei rapporti con Società Scientifiche e giornali.

A quest'ultimo proposito mi piace sottolineare come il nostro giornale abbia visto l'intensa collaborazione di tanti soci e l'effetto trainante del nostro Presidente, dr. Mimmo Cassano, figura di spicco sia come Neurologo che come Giornalista iscritto all'Albo, vera locomotiva di *AINATNews*, trovando grande gradimento da parte di Società Scientifiche e di altre pubblicazioni scientifiche.

Tutto questo mi ha spinto a tentare la bellissima avventura della mia candidatura a Consigliere Nazionale SIN che, anche se non avuto l'effetto sperato, si è comunque conclusa con un successo personale di consensi che considero non solo miei ma di tutti coloro i quali mi hanno sostenuto.

Ritengo importante questa affermazione che è mia e pertanto di tutta l'AINAT, in virtù anche dell'apprezzamento da parte della SIN per il fatto che un “territoriale” avesse ritenuto utile testimoniare la presenza fondamentale della nostra realtà.

Voglio, infine, fare un ringraziamento personale al Presidente dr. Cassano per avermi stimolato ad usare un po' di più “la penna”, mettendomi in condizioni di poter esprimere al meglio le mie idee attraverso questo mezzo per me finora non molto usuale.

Concludo dicendo che sono stati anni per me davvero belli e voglio fare ad AINAT l'augurio, che mi viene dal cuore, di continuare nella crescita culturale, scientifica ed associativa che, ne sono certa, troverà nuovi stimoli ed entusiasmo con l'uscita dall'emergenza pandemica.

Ancora grazie di cuore.

Giovanna Trevisi



La Cefalea post vaccinazione anti-COVID evocando “il sublime” di kantiana memoria

Antonello D’Attoma

Ambulatorio per le cefalee DSS 14, Putignano, ASL BA

Molte mattine, viaggiando in auto per raggiungere la sede di lavoro (circa 50 km da casa), mi capita di ripensare alle angoscianti giornate del lockdown, quando percorrevo questi lunghi tratti di strada, spesso senza incrociare anima viva, immerso in sentimenti di solitudine e paura, come chiunque può immaginare.

Anche l'ingresso in ospedale era carico di tensioni, nonostante la nostra attività ambulatoriale fosse ridotta ai minimi termini: abbiamo cominciato “a seguire” on line molti o quasi tutti i nostri pazienti cefalalgici, utilizzando i canali più svariati, il più delle volte in modo adeguato, garantendo controlli e monitoraggio addirittura più frequenti del passato, con loro grande soddisfazione e nostro compiacimento.

A fine marzo tutti ricorderanno scolpita la preghiera solitaria del Santo Padre in una piazza San Pietro drammaticamente e straordinariamente vuota, sotto un nubifragio che rendeva ancor più significativo il senso di quel "sublime", di kantiana memoria.

Dopo di che abbiamo con la riapertura degli ambulatori sono comparsi i primi "reduci" dal Covid, che lamentavano un peggioramento del loro mal di testa per cui diventava necessario interrogarsi sulle probabili cause di tutto ciò. D'altro canto anche il solo utilizzo delle mascherine sembrava essere associato, oltre a misure elevate di stress, all'insorgenza della cefalea, particolarmente nei soggetti emicranici.

Pochi mesi con l'introduzione dei vaccini e l'intensa campagna vaccinale abbiamo ridimensionato le nostre paure e ripreso a lavorare a ritmi pieni negli ambulatori.

In questi ultimi mesi, però, non è infrequente imbattersi in pazienti di età diverse che ci raccontano nuove storie di cefalea e ci descrivono crisi anche di severa intensità, a partire già dalle prime ore dalla somministrazione della prima dose di vaccino; tali cefalee spesso tendono ad intensificarsi nei giorni o nelle settimane successive. Alcuni di loro, per tali motivi, hanno addirittura rifiutato di sottoporsi alla seconda dose di vaccinazione anti Covid.

Si tratta di uomini e donne che, in alcuni casi non presentavano all'anamnesi storie pregresse di cefalea e che, nella maggior parte dei casi, avevano sofferto di mal di testa e di emicrania in particolare, anche se in modo sporadico o a bassa frequenza di crisi.

Per questi pazienti sembrerebbe proprio la vaccinazione anti Covid il fattore scatenante di aggravamento di una condizione emicranica preesistente.

Nella casistica del nostro ambulatorio non è possibile tracciare un identikit univoco di questo paziente, viste le ampie differenze di età e quadri clinici.



Tre di loro (2 donne e 1 uomo, tutti over 60), avevano sofferto anche in modo intenso di emicrania, ma negli ultimi anni si erano convinti di aver chiuso i conti con il mal di testa, presentando un numero molto ridotto di crisi.

Altri cinque sono di età compresa fra i 20 e i 50 anni, 2 uomini e 3 donne, con storie molto povere di cefalea. Descrivo la storia di uno di loro, un uomo di 40 anni, operaio vetraio: poche crisi di cefalea nella sua storia personale, quasi sempre collegate all'assunzione di alcool in compagnia di amici, una dubbia familiarità per cefalea e un grande amore per i viaggi in Brasile. Ha iniziato a presentare crisi severe e quasi quotidiane di cefalea, con caratteristiche simil emicraniche, subito dopo la prima dose di vaccino: da segnalare, un titolo anticorpale molto elevato già in seconda giornata (aveva eseguito test sierologico di sua iniziativa) che lascerebbe pensare ad una infezione da covid precedente alla stessa vaccinazione. Non dandosi pace per questa condizione, ha eseguito controlli ed esami di ogni tipo, compresa RM e angio-RM encefalo, tutti negativi: è giunto presso il nostro ambulatorio, in una condizione di grande sconforto anche nel timore, che tutto ciò possa mettere a rischio i suoi viaggi in sud America... E' stato sottoposto a profilassi emicranica che sta sortendo effetti favorevoli, così come per il trattamento sintomatico ha mostrato una risposta discreta ai triptani).

Segnalo, fra gli altri, anche il caso di una ragazza di 15 anni: anche qui, una chiara storia di emicrania senz'aura, a bassa frequenza di crisi e familiarità emicranica. La giovane adolescente ha registrato sul suo diario, a partire dalla seconda dose di vaccino, una tendenza ad aumentare rapidamente la frequenza delle sue crisi, anche se dubbio rimane il rapporto di causalità tra le due condizioni.

Interessante al proposito è il lavoro comparso lo scorso luglio su Cephalalgia da Sekigushi e Takizawa dal titolo "Incidence of headache after Covid-19 vaccination in patients with history of headache".

Un invito a non abbassare la guardia e a una più approfondita osservazione dei nostri pazienti con mal di testa, vista la molteplicità nonché complessità di situazioni legate alla pandemia.



COMITATO DI REDAZIONE

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





N. 11 - Ottobre 2021

AINATnews

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

INSERTO SPECIALE

OMAGGIO A DANTE A 700 ANNI DALLA MORTE



DANTE, IL CINEMA DELLA MENTE
Il Conte Ugolino come in un film *noir*

FRANCO SALERNO

www.ainat.it

In copertina: Joseph Anton Koch, inferno, 1825-28

Commento

Gerione è un mostro dal volto umano, corpo di serpente, zampe di leone, coda di scorpione e ali demoniache.

Le prime descrizioni di questa chimera si ritrovano nell'Apocalisse (vv. 7-11) nei quali l'apostolo Giovanni descrive delle locuste con facce di uomini, capelli di donna, denti di leone e code simili a scorpioni.

Dante e Virgilio, posti a cavallo del mostro, scenderanno nelle Malebolge, nome dato all'ottavo cerchio dell'Inferno, nel quale sono puniti i fraudolenti (lett., persona che abitualmente mira a carpire la buona fede altrui e a imbrogliare, ingannare il prossimo).

Gerione è allegoria della falsità.

La faccia d'uomo rappresenta il fraudolento che vuole passare per innocente:

*"La faccia sua era faccia d'uom giusto,
tanto benigna avea di fuor la pelle"* (Canto XVII, vv.10-11).

Il corpo da serpente rappresenta la malvagità, che è propria dei fraudolenti

*"e d'un serpente tutto l'altro fusto:
due branche avea pilose infin l'ascelle;
lo dosso e 'l petto e ambedue le coste
dipinti avea di nodi e di rotelle"* (Canto XVII, vv.12-15).

NdR

CHI E' FRANCO SALERNO



Laureato in Lettere classiche e in Sociologia, Docente di Italiano e Latino nei Licei, ha insegnato Linguaggio giornalistico all'Università di Salerno.

E' autore, tra l'altro, di due storie della letteratura italiana ("Proiezioni d'autore" e "Millennio") e de "Il Labirinto e l'Ordine" (Commento integrale alla "Divina Commedia").

E' stato due volte insignito del "Premio della Cultura-Presidenza del Consiglio (1986 e 2003). Il suo manuale "Le tecniche della scrittura giornalistica" è citato nella Bibliografia della voce "Giornalismo" dell'Enciclopedia Treccani, VII appendice del 2007.

Ha pubblicato di recente due romanzi, La Città che urla segreti e Le ombre non mentono (Guida Editori), molto apprezzati dalla critica e dal pubblico.

DANTE, IL CINEMA DELLA MENTE

"Il Conte Ugolino come in un film *noir*"



Illustrazione di Gustave Doré, 1861

Le visioni della *Commedia* come proiezioni cinematografiche. Il XXXIII canto dell'*Inferno*, che ha come protagonista nella sua prima parte il Conte Ugolino della Gherardesca, è il canto in cui la geografia del Male celebra la sua epifania più tremenda e raccapricciante. Noi cercheremo di proporne una lettura nuova, che tenderà a scoprire la tetra aura che lo ammantava e a fare di esso un esempio che anticipa il moderno linguaggio filmico.

Presenteremo, infatti, il canto dedicato al Conte Ugolino come una serie di ***flash cinematografici***, in quanto (come scrisse Italo Calvino nelle sue *Lezioni americane*, 1988) “le visioni della *Commedia* si presentano a Dante come proiezioni cinematografiche”. Il piano dell’Opera di Dante è, infatti, tutto già nella sua mente ed egli ce lo fa vedere e auscultare (non semplicemente “ascoltare”: l’auscultazione, tipica del medico, comporta la percezione diretta sul corpo della realtà). Perciò, commenteremo i valori fonico-timbrici di vocali e consonanti e le tecniche, modernissime, del racconto dantesco presentato come un film dal Sommo Poeta.

La tremenda trama. Riassumiamo i contenuti dei vv. 1-75 del XXXIII canto. Il protagonista è Ugolino della Gherardesca, conte di Donoratico, che, nato nel 1220, divenne vicario di Sardegna nel 1252. Sebbene di stirpe ghibellina, si accordò con il genero, il guelfo Giovanni Visconti, per mettere al riparo dalle mire del Comune guelfo di Pisa i propri possedimenti sardi: questo e gli altri repentini cambiamenti di parte politica sono i motivi per cui Dante lo colloca nell'Antenòra fra i traditori della patria e del partito, condannato a rodere il cranio dell'arcivescovo Ruggieri, podestà di Pisa, che lo fece arrestare e rinchiudere insieme a due figli e a due nipoti nella torre della Muda, dove essi morirono nel 1289. Dante nel suo racconto per bocca di Ugolino passa dal livello realistico a quello onirico: narra, infatti, un sogno premonitore, a cui segue la triste realtà della condanna -per i cinque reclusi- a morire di fame. Colpo di scena finale, su poi ci soffermeremo. La Morte diventa il *fil rouge*, anzi *noir*, di questo canto. Morte che Dante nell'intera *Commedia* declina in modalità diverse: dallo strazio della morte fisica al dramma della "morte secunda" (cioè dello spirito peccatore), dalla "morte alla Grazia" (allontanamento dalla Grazia) alla "morte al peccato" (pentimento e allontanamento dal Peccato), dalla morte biologica alla morte simbolica.

Lo scenario del *noir*. Ma diamo la parola a Dante stesso, che ci introduce nel luogo infernale della punizione (*Inf.*, XXXIII, vv. 1-21):

*La bocca sollevò dal fiero pasto
quel peccator, forbendola a' capelli
del capo ch'elli avea di retro guasto.* 3

*Poi cominciò: «Tu vuo' ch'io rinovelli
disperato dolor che 'l cor mi preme
già pur pensando, pria ch'io ne favelli.* 6

*Ma se le mie parole esser dien seme
che frutti infamia al traditor ch'i' rodo,
parlar e lagrimar vedrai insieme.* 9

*Io non so chi tu se' né per che modo
venuto se' qua giù; ma fiorentino
mi sembri veramente quand'io t'odo.* 12

*Tu dei saper ch'ì' fui conte Ugolino,
e questi è l'arcivescovo Ruggieri:
or ti dirò perché i son tal vicino.* 15

*Che per l'effetto de' suo' mai pensieri,
fidandomi di lui, io fossi preso
e poscia morto, dir non è mestieri;* 18

*però quel che non puoi avere inteso,
cioè come la morte mia fu cruda,
udirai, e saprai s'e' m'ha offeso.* 21

Il passo è pregno di dolore, un dolore lancinante e feroce, che spoglia della sua dignità Ugolino, il quale -non si dimentichi- è anche lui un traditore della sua parte politica. I versi sono tristemente segnati dai temi della violazione e dell'eccesso. Perciò, questo tragico e splendido *incipit* potrebbe avere come suo commento musicale una **colonna sonora** tratta dai *Carmina Burana* di Carl Orff (1835-36). Nel testo si fa strada un concetto di morte che va al di là della consunzione del corpo, una morte ben più terribile, la “morte alla Grazia”, che si dispiega sul truce personaggio del conte Ugolino, a cui non resta nient'altro che la dannazione dell'Inferno.

Il brano è pervaso anche dalla lugubre musica delle parole: ossessiva e martellante è, infatti, l'insistenza del ricorso da parte del Dante-poeta ai **valori fonico-timbrici** di quattro vocali: “a”, “o”, “i”, “u”. La ripetizione della vocale “a” nei primi versi (*La bocca.../...capo...avea... guasto*, vv. 1-3) rappresenta l'apertura stessa della bocca, espressa anche dalla rotondità della vocale “o”. E', questo, un **dettaglio** (elemento filmico), che ha un senso molto diverso dalla “bocca” di Francesca”. Nel V canto dell'*Inferno* la “bocca” (che innesca, come scrisse Umberto Saba, il verso più sensuale della letteratura italiana: *la bocca mi basciò tutto tremante*, v. 136) è il *pendant* del *riso*. La bocca riguarda, infatti, il livello reale, mentre il *riso*, termine della letteratura cortese indicante anch'esso la bocca, esprime il livello letterario: nel caso di Francesca il libro “galeotto”, cioè la letteratura, condiziona la realtà del peccato. Nel XXXIII canto, invece, non c'è la sublimazione della bocca: essa è l'organo della bestialità ed è una manifestazione della dannazione. Ma la “a” genera anche meraviglia, da parte sia di Dante-personaggio sia del lettore, che provano sorpresa di fronte alle scene choc (tipo quelle del film *Il silenzio degli innocenti*) che si squadernano -dall'inizio alla fine del passo- dinanzi ai loro occhi.

Le 5 "i", poi, che figurano nel v. 8 (*che frutti infamia al traditor ch'i' rodo*) trasmettono un suono sottile, come uno stridio, che ben esprime lo scricchiolio delle ossa sotto i denti bestiali di Ugolino. La "u", infine, dell'aggettivo *cruda* (v. 20) rimarca la macabra ambiguità del termine: letteralmente significa "crucele" ("morte crudele"), ma allusivamente rinvia al manducare da parte del Conte le carni "crude" del nemico.

E la "u" ritorna nelle domande che Ugolino rivolge ossessivamente, attraverso il ricorso alla funzione conativa (del "tu"), a Dante. A cominciare dal *Tu vuo'* del v. 4, da cui emerge la volontà di dialogo di Ugolino con Dante, per dar voce alla sofferenza della sua anima.

Il sogno come *flash-back* e *flashforward*. Ma continuiamo ad ascoltare la cruda narrazione di Dante, che dal v. 22 diventa un *flash-back* di Ugolino, con il quale egli sintetizza in pochi versi il lungo arco temporale della vicenda (dal luglio 1288 al marzo 1289). Ma, dentro la storia narrata dal Conte il racconto si configura anche come *flashforward*, cioè come proiezione verso il futuro. Ascoltiamo da Dante i vv. 22-39, cioè il passo del sogno fatto da Ugolino e dai suoi figli-nipoti:

*Breve pertugio dentro da la Muda
la qual per me ha 'l titol de la fame,
e che conviene ancor ch'altrui si chiuda,* 24

*m'avea mostrato per lo suo forame
più lune già, quand'io feci 'l mal sonno
che del futuro mi squarciò 'l velame.* 27

*Questi pareva a me maestro e donno,
cacciando il lupo e' lupicini al monte
per che i Pisan veder Lucca non ponno.* 30

*Con cagne magre, studiose e conte
Gualandi con Sismondi e con Lanfranchi
s'avea messi dinanzi da la fronte.* 33

*In picciol corso mi parieno stanchi
lo padre e' figli, e con l'agute scane
mi pareva lor veder fender li fianchi.* 36

*Quando fui desto innanzi la dimane,
pianger senti' fra 'l sonno i miei figliuoli
ch'eran con meco, e dimandar del pane.* 39

Il ricordo si apre con la messa a fuoco di un **dettaglio spaziale**: la nostra attenzione si concentra, infatti, sulla finestrella della torre della Muda (v. 22), che rinvia all'altrettanto angusta stanza dei prigionieri: da qui e attraverso il *breve pertugio* il lettore-spettatore insieme ad Ugolino guarda la Luna, azione compiuta per molte notti. Dopo il *dettaglio spaziale* l'autore della *Commedia* passa ad un **dettaglio temporale**. All'interno, infatti, del lungo periodo di detenzione, Ugolino (grazie al Dante-scrittore) predilige un brevissimo momento, che dura quanto un **sogno**, nel corso del quale egli e i suoi immaginano di vedere l'arcivescovo a capo di una battuta di caccia sul monte di San Giuliano con cagne magre, ammaestrate e fameliche contro un lupo e i suoi lupicini, cioè contro Ugolino e i suoi congiunti.

Il terribile sogno che -per un'originale e surrealistica invenzione narratologica e filmica- tutti insieme i cinque reclusi fanno nella "torre della Muda", si presta almeno a tre letture. Una prima potrebbe essere quella proposta da Francesco D'Ovidio, che considera tale esperienza onirica come una trasfigurazione simbolica del modo in cui Ugolino fu catturato con i figli e nello stesso tempo mette a nudo la triste storia del Conte e quella dei figli-nipoti attraverso le similitudini del lupo e dei lupicini braccati dalle cagne. La "u" di *lupo*, *lupicini* e *Lucca* (vv. 29-30) ingenera nel lettore la sensazione di un che di cupo, funereo, lugubre, così come lo è il sogno stesso descritto da Ugolino.

Ma accanto a questa lettura più immediata della vicenda sognata se ne affianca un'altra, secondo cui attraverso questo sogno Ugolino tende a sottolineare l'innocenza dei figli e dei nipoti braccati dall'arcivescovo Ruggieri. Interessante, infatti, non è tanto la spiegazione del sogno (i cacciatori sono i Gualandi, i Sismondi e i Lanfranchi, importanti famiglie di Pisa -che Ruggieri trae dalla sua parte e aizza contro Ugolino- mentre le cagne affamate indicano il popolo minuto), quanto il fatto che in questo sogno si verifica un **capovolgimento** (tipico del *noir*) della condizione animalesca. Ugolino, essere bestiale e immondo che rode come un avvoltoio il cranio di Ruggieri, è qui paragonato ad un lupo, animale per antonomasia aggressivo e famelico, che invece diventa, insieme ai lupicini, la vittima dei cacciatori e delle cagne.

Dante -e questa potrebbe costituire una terza lettura del sogno- evidentemente ha voluto sottolineare il fatto che molte volte le colpe dei padri ricadono sui figli. Infatti, i figli-nipoti di Ugolino, pur essendo innocenti, scontano le colpe del padre, proprio come i figli di Dante stesso sono innocenti e pagano per la scelta da parte del padre che -ingiustamente condannato- ha deciso di non venire a patti con il Comune di Firenze.

Ma quel che più ci interessa, a livello filmico, è che nell'ambito di questo *flashback* Dante colloca un *flashforward* (*il mal sonno/ che del futuro mi squarciò 'l velame*, vv. 26-27). Il tempo si deforma: il futuro viene letto attraverso il passato. Anche l'**inseguimento** è icasticamente cinematografico, perché ci “fa vedere” gli inseguitori che guadagnano terreno e gli inseguiti, che, stanchi, rallentano la corsa (il sogno suggerisce una tecnica filmica da *ralenti*) e cedono a coloro che li incalzano fino a soccombere fisicamente nei loro confronti.

Il crescendo del dramma. La tensione narrativa continua nei vv. 40-66:

*Ben se' crudel, se tu già non ti duoli
pensando ciò che 'l mio cor s'annunziava;
e se non piangi, di che pianger suoli?* 42

*Già eran desti, e l'ora s'appressava
che 'l cibo ne solea essere addotto,
e per suo sogno ciascun dubitava;* 45

*e io senti' chiavar l'uscio di sotto
a l'orribile torre; ond'io guardai
nel viso a' mie' figliuoi senza far motto.* 48

*Io non piangea, sì dentro impetrai:
piangevan elli; e Anselmuccio mio
disse: «Tu guardi sì, padre! che hai?».* 51

*Perciò non lacrimai né rispuos'io
tutto quel giorno né la notte appresso,
infìn che l'altro sol nel mondo uscìo.* 54

*Come un poco di raggio si fu messo
nel doloroso carcere, e io scorsi
per quattro visi il mio aspetto stesso,* 57

*ambo le man per lo dolor mi morsi;
ed ei, pensando ch'io 'l fessi per voglia
di manicar, di subito levorsi* 60

*e disser: «Padre, assai ci fia men doglia
se tu mangi di noi: tu ne vestisti
queste misere carni, e tu le spoglia».* 63

*Queta'mi allor per non farli più tristi;
lo dì e l'altro stemmo tutti muti;
ahi dura terra, perché non t'apristi?* 66

La terzina iniziale di questa sequenza del nostro film *noir* si apre con una disperata domanda. La situazione è paradossale: gli attori sono due (Dante e Ugolino), ma è il solo Ugolino che parla, inveisce, interroga, come se fosse lui il Pubblico Ministero del processo, in cui è invece lui ad essere imputato di alto tradimento. E, dunque, con un coinvolgente **poliptoto** (che in questo caso indica la ripetizione di uno stesso verbo in modi e tempi diversi), il Conte rivolge a Dante: *E se non piangi, di che pianger suoli?* (v. 42). Dante si avvale qui anche di un potente **straniamento**: è come se lo stesso Ugolino rimanesse sorpreso dal fatto che Dante non versi lacrime per la sua triste e atroce storia. Perciò, una delle parole-chiave, a livello di valore fonico-timbrico, è l'aggettivo *doloroso* (v. 56) riferito al carcere. Il ricorso al suono delle 4 “o” serve a rivelare l'orrenda cifra della vicenda in modo chiaro, come chiara e “solare” è la forma visiva della “o”, simile alla circonferenza del Sole.

In questo quadro a tinte fosche rientrano anche i suoi congiunti, che, spinti da forte amore, un amore struggente ed assurdo, offrono le loro *misere carni* (v. 63) innocenti al padre, affinché esse lo possano sfamare.

La *Spannung* e la conclusione del dramma. I vv. 67-75 costituiscono la terrificante *Spannung* (punto culminante della tensione), che poi si avvia verso la *sphraghis* (cioè il “sigillo” che funge da conclusione, realizzata attraverso l'epigrafico verso finale).

*Poscia che fummo al quarto di venuti,
Gaddo mi si gittò disteso a' piedi,
dicendo: «Padre mio, ché non mi aiuti?». 69*

*Quivi morì; e come tu mi vedi,
vid'io cascar li tre ad uno ad uno
tra 'l quinto di e 'l sesto; ond'io mi diedi, 72*

*già cieco, a brancolar sopra ciascuno,
e due di li chiamai, poi che fur morti.
Poscia, più che 'l dolor, poté 'l digiuno». 75*

Anche questa quarta e ultima parte del testo contiene una domanda, quella di Gaddo al Conte: *Padre mio, ché non mi aiuti?* (v. 69), che ricorda la domanda “Dio mio, Dio mio, perché mi hai abbandonato?” di Cristo sulla Croce (*Mc* 15,3 e *Mt* 27,46). Si tratta di un esempio di ulteriore e sommo straniamento, perché Dante, il più grande scrittore cattolico, crea un rapporto fra Dio e un peccatore come Ugolino. Con il ricorso al sottocodice scritturale, il Poeta certamente vuole non scrivere versi blasfemi, ma viceversa comunicare, attraverso un dannato e un traditore, un messaggio edificante: proprio lui, Ugolino (colui che, come ogni dannato, ha peccato dimenticando la sofferenza di Cristo, venuto sulla Terra per liberare l'uomo proprio dal peccato), è costretto -grazie alla struggente domanda del figlio- a comprendere il senso della sofferenza di Cristo-uomo e di ogni uomo.

Il testo dedicato ad Ugolino si conclude con una delle frasi più ambigue dell'intera *Commedia*, in cui molti hanno visto l'allusione da parte del Conte ad un suo atto di cannibalismo nei confronti dei figli e dei nipoti. Oscuro e sconcertante è il celeberrimo verso centrale del canto: *Poscia, più che il dolor, poté 'l digiuno* (v. 75). Non si capisce bene, infatti, se, più del dolore, la fame sopraffece fino alla morte Ugolino oppure se la fame ebbe la meglio sul dolore e spinse il Conte a cibarsi della carne dei suoi congiunti.

Oggi la scienza, che si è occupata del caso di presunto cannibalismo di Ugolino, sembra assolvere il Conte. Nel 2002, infatti, è stata effettuata una perizia scientifica dall'antropologo Francesco Mallegni, che ha analizzato quelli che vengono considerati i resti dei corpi di Ugolino e dei suoi quattro familiari. Le analisi del DNA delle ossa hanno confermato che si trattava di cinque persone di tre generazioni diverse della stessa famiglia (dunque, presumibilmente, padre, figli e nipoti). Le conclusioni della perizia hanno scartato l'ipotesi di cannibalismo da parte della persona più anziana nei

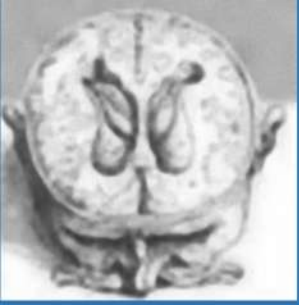
confronti del corpo di almeno uno degli altri quattro più giovani. Infatti, lo studio scientifico, effettuato sulle costole del presunto scheletro di Ugolino, hanno evidenziato tracce di magnesio, ma non di zinco, che si sarebbe invece dovuto trovare nel caso in cui egli si fosse cibato di carne nel periodo immediatamente precedente alla morte. Infine, Mallegni notò che il cranio di Ugolino era stato colpito in modo violento, il che vuol dire che forse non morì di fame, ma a causa di forti percosse. La questione resta però insoluta.

Le folgoranti ipotesi di De Sanctis e di Borges. E ci avviamo a concludere, ancora in relazione alla terribile frase del v. 75, con l'interpretazione di due grandi intellettuali: Francesco De Sanctis (1817-1883), il padre della critica letteraria italiana, e Jorge Luis Borges (1899-1986), scrittore argentino, ritenuto tra i più importanti del XX secolo.

De Sanctis ipotizza questa tesi: «E' questo un verso fitto di tenebre e pieno di sottintesi, per la folla de' sentimenti e delle immagini che suscita, pei tanti "forse" che ne pullulano, e che sono così poetici. Forse invoca la morte, e si lamenta che il dolore non basti ad ucciderlo, e deve attendere la morte lenta della fame; è un sentimento di disperazione. Forse non cessa di chiamare i figli, se non quando la fame più potente del dolore gliene toglie la forza, mancatagli prima la vista e poi la voce. E' un sentimento di tenerezza. Forse, mentre la natura spinge i denti sulle misere carni, in quell'ultimo delirio della fame e della vendetta **quelle sono nella sua immaginazione le carni del suo nemico.**»

Borges, invece, ha così immaginato la situazione di Ugolino: «Dante non ha voluto che noi ci convinciamo dell'atto di cannibalismo di Ugolino, bensì che lo sospettassimo. L'incertezza è parte del suo disegno. Ugolino rode il cranio dell'Arcivescovo. Ugolino sogna cani dalle zanne acuminate che lacerano i fianchi del lupo. Ugolino, spinto dal dolore, si morde le mani; Ugolino sente che i figli offrono inverosimilmente la loro carne; Ugolino, pronunciato l'ambiguo verso, torna a rosicchiare il cranio dell'Arcivescovo. Tali atti suggeriscono o simboleggiano il fatto atroce». E, allora, «nella tenebra della sua Torre della Fame, Ugolino **divora e non divora gli amati cadaveri**; e questa ondulante imprecisione, questa incertezza, è la strana materia di cui è fatto. Così, con due possibili agonie, lo sognò Dante, e così lo sogneranno le generazioni».

E' singolare che entrambi i critici abbiano fatto ricorso a un processo di *focalizzazione interna*, si siano messi dal punto di vista del personaggio, cioè si siano avvalsi della tecnica cinematografica della **soggettiva**, che ci fa immaginare e vedere quel che immaginano e vedono (o non vedono) i personaggi. Il nostro film, dunque, si conclude con una "rivelazione", non solo nel senso che abbiamo cercato di svelare qualcosa, ma soprattutto abbiamo "ri-velato qualcosa", cioè "rimesso il velo" sul mistero grande di Ugolino, sorprendente come sorprendente è l'Esistenza stessa.



N. 11 - Ottobre 2021

AINAT*news*

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

INSERTO SPECIALE

SALERNO, COSTIERA AMALFITANA, PAESTUM



Breve viaggio in provincia

www.ainat.it

In copertina: Veduta della Costiera amalfitana da Ravello

Salerno, Costiera amalfitana, Paestum

Breve viaggio in provincia



SALERNO

“Quant’è bello guardare, come Ulisse, in un giorno chiaro il Golfo di Salerno verso sud-est, con sullo sfondo la ripida costa afosa e le montagne cristalline. Si abbandonano gli dei di oggi e si scopre un nuovo se stesso perduto, mediterraneo...”

David H. Lawrence, 1920

Salerno è una sintesi affascinante di quanto il Mediterraneo possa offrire a coloro che vogliono conoscerlo più da vicino. La sua provincia è la più estesa della Campania: Essa include anche la divina Costiera Amalfitana e l’area archeologica di Paestum.

Dall’alto, nell’abbagliante cornice del mare e del cielo, Salerno è come aggrappata ai fianchi della montagna, in una posizione spettacolare sul golfo.

La città divenne il centro più fiorente del Mezzogiorno con la conquista dei Longobardi nell’VIII secolo, in particolare con il duca Arechi II.

Sede del Principato, Salerno conobbe un periodo di splendore, diventando anche un importante centro di studi con la celebre Scuola Medica Salernitana, la più antica istituzione medica dell’Occidente.

Dopo i Longobardi, furono i Normanni e poi gli Svevi a favorire la crescita della città, che si arrestò solo nel XVI secolo, quando il potere passò nelle mani degli Spagnoli. Nel settembre 1943 Salerno fu teatro dello sbarco degli alleati.



Oggi Salerno è una città in piena rinascita, teatro di una trasformazione in città-laboratorio, modello di rilancio urbano di rilievo internazionale.

Cuore della città è il quartiere medievale, la cui arteria principale è via dei Mercanti. Le strade strette, oggi ricche di negozi, seguono le tracce dell'impianto urbanistico medievale conservando splendidi palazzi d'epoca e gran parte dell'architettura religiosa.



Il duomo (XI secolo)

Costruito intorno al 1080 per volere di Roberto il Guiscardo e dedicato a San Matteo, sorge in un'area molto stratificata: su una chiesa paleocristiana eretta a sua volta sulle rovine di un tempio romano. Ha subito nel corso dei secoli diversi interventi di ristrutturazione e l'aspetto attuale rispecchia il rifacimento di epoca barocca mentre, dell'originario impianto romanico restano elementi decorativi nella chiesa, il campanile e l'atrio. Quest'ultimo, circondato da un porticato retto da 28 colonne con archi a tutto sesto rialzato, custodisce sarcofagi romani e medievali. La chiesa è a pianta a croce latina con tre navate, transetto e abside. Decorata da resti di affreschi, reperti di epoca romana e amboni del XII secolo con sculture e mosaici bizantini, la

cattedrale è un vero Pantheon di Salerno. Dalla zona absidale si scende nella cripta ove si conservano le reliquie del santo patrono della città. Una scenografia architettonica di linee e curve intrecciate, progettata da Domenico e Giulio Cesare Fontana con stucchi e affreschi barocchi. Suggestiva la statua bifronte di San Matteo con doppio altare da dove posson essere celebrate due messe.

Da non perdere il vicino Museo Archeologico Provinciale, nel complesso monumentale di San Benedetto, uno dei musei topografici più interessanti della Campania.

Fulcro della vita commerciale cittadina sono i quartieri ottocenteschi nei pressi del bel lungomare Trieste, uno dei più lunghi d'Italia, fiancheggiato da palme, dal quale si può godere la bella vista sul golfo.

Il Teatro Verdi, inaugurato nel 1872, con ambienti traboccanti di decorazioni ispirate a motivi rinascimentali e ai modelli dell'antichità classica, è uno dei poli culturali della città.

Un'oasi di verde è la Villa Comunale, il bel giardino pubblico; alzando gli occhi verso le colline che sovrastano la città si vede l'imponente Castello di Arechi, da cui si gode di un incantevole panorama.



Il castello Arechi

Il castello, che si trova sul monte Bonadies che sovrasta la città, prende il nome dal condottiero longobardo Arechi II, che nell'VIII secolo fece costruire il poderoso sistema difensivo di cui il castello fa parte.

La fortezza non fu mai espugnata, anche se Gisulfo II, ultimo principe longobardo di Salerno, si arrese ai Normanni dopo un lunghissimo assedio.

In seguito il castello ha conosciuto alterne fortune, fino a quando, nel XVII secolo, mutati i sistemi di difesa, cominciò il suo declino. Dopo il restauro è stato aperto al pubblico il museo del castello di Arechi, al cui interno si possono trovare ceramiche e reperti provenienti dal castello stesso. In più, i lavori di restauro hanno permesso la realizzazione anche di sale per mostre, conferenze e congressi.

LA COSTIERA AMALFITANA

“Il giorno del giudizio, per gli amalfitani che andranno in paradiso, sarà un giorno come tutti gli altri”.

Renato Fucini, 1878



La bellezza incomparabile della Costiera Amalfitana ha incantato viaggiatori di ogni angolo della terra. Le terrazze di un verde rigoglioso, sospese sul mare scintillante, il patrimonio d'arte e le architetture caratteristiche ne fanno uno dei luoghi più celebri del mondo: selvaggia, ardita e romantica, la Costiera è una meta obbligata nel corso di un viaggio in Italia. Dal punto di vista geografico la “costa delle Sirene” costituisce il versante meridionale della Penisola Sorrentina, che chiude a nord il golfo di Salerno. Il paesaggio è caratterizzato da possenti scogliere che sprofondano nel mare, ricco di baie e insenature come la splendida Grotta dello Smeraldo a Conca dei Marini e il Fiordo di Furore. Tra pendenze vertiginose, strapiombi e rupi scoscese, vi sono luoghi dove la natura è quasi completamente incontaminata, come l'Oasi di Vallone di Porto. I paesini che costellano la “divina costiera” sono tutti da esplorare, godendone il mare blu, i panorami stupefacenti, le bellezze artistiche, la vivace vita mondana. Ma anche facendo acquisti nelle caratteristiche boutiques della “moda di Positano” e nelle botteghe della ceramica vietrese, o gustando la cucina tradizionale.

VIETRI SUL MARE

“Non ho veduto luoghi più graziosi. Il primo che s’incontra è Maiori... Le strade ed i sentieri solitari e tranquilli si addentrano nei monti dai quali scaturiscono acque limpide e fresche. Tanta solitudine romantica ricrea l’animo e fa nascere il desiderio di vivere colà tranquilli, o almeno di trascorrervi un’estate.”

Ferdinand Gregorovius, 1861



Alla base della Costiera Amalfitana, nella parte rivolta al golfo di Salerno, Vietri sul Mare domina dall’alto la piccola Valle di Bonea, ergendosi sui bastioni di roccia calcarea digradanti fino alla costa. Con le sue chiesette dalle cupole maiolicate e le piccole case dalle tegole di cotto, Vietri appare sospesa tra cielo e mare. Nell’antichità fu città etrusca, subì successivamente la dominazione dei Sanniti, Lucani e infine dei Romani. La chiesa di San Giovanni Battista, del XVII secolo, con la sua maestosa cupola e l’elevato campanile, è situata nel punto più alto del centro storico. L’industria della ceramica per cui Vietri è celebre nel mondo era fiorente già dal Medioevo. Artigiani e artisti nei secoli hanno realizzato pezzi preziosi, una parte dei quali si può ammirare nel Museo della Ceramica Vietrese, situato nella torretta-belvedere di Villa Guariglia, in località Raito.



La ceramica di Vietri

La felice posizione della città, la ricchezza d'acqua, le colline ricche di legname, sono tutti elementi che hanno favorito nel corso degli anni lo sviluppo delle fabbriche. Il giallo e il blu, i colori della natura e del mare, i limoni e i grappoli d'uva si ritrovano nelle vivaci decorazioni della ceramica di Vietri, piccoli capolavori. È divertente girare, cercare nei numerosissimi negozi, entrare nelle fabbriche, lasciare che in quel turbinio di idee e di colori qualcosa colpisca la fantasia. La scelta è quasi infinita e ogni bottega si distingue per stile e scelta di decori.

CETARA

Poco dopo Vietri s'incontra Cetara. È sempre stata un borgo di pescatori, e infatti il suo nome deriva dal latino cetaria, tonnara. Questo paesino dalla pittoresca architettura bianca, con la sua spiaggia raccolta, è uno dei gioielli della Costiera. Tra l'edilizia spontanea fatta di casette cubiche spicca la chiesa di San Pietro con la cupola maiolicata e il campanile duecentesco a bifore.



La colatura di alici di Cetara

Cetara è nota ai buongustai per questo "distillato", ottenuto attraverso un particolare trattamento di salatura delle alici pescate nel golfo di Salerno. La colatura pare sia una nobile discendente del garum, l'antica salsa di pesce utilizzata dai Romani per insaporire i loro piatti. Il prezioso liquido si ricava attraverso la pressatura delle alici.

ERCHIE



A pochi chilometri si trova Erchie, con la torre su una roccia che separa due spiaggette.

L'abbazia benedettina di Santa Maria de Erchie, fondata nel 980 e soppressa nel 1451, diede nome a questo luogo, oggi meta di turisti soprattutto d'estate.

Questo piccolo borgo, con le caratteristiche case bianche, le deliziose spiaggette e il mare cristallino è l'ideale per chi cerca un po' di relax a contatto con la natura.



MAIORI

Con la sua lunghissima spiaggia e il bel lungomare, Maiori vanta il patrimonio turistico-alberghiero più notevole della zona. Ruleri di castelli e torri testimoniano il suo splendore nel Medioevo, quando era circondata e difesa da mura e fortificazioni. Domina l'abitato la chiesa di Santa Maria a Mare: il 15 agosto qui si commemora con festeggiamenti un evento del 1204, quando dei marinai ripescarono una statua della Vergine che una nave proveniente da Costantinopoli, rifugiata per una tempesta a Maiori, era stata costretta a gettare in mare. Sull'altare maggiore una scultura lignea del '400 raffigura la Madonna col Bambino; una raccolta di opere d'arte è custodita nel Museo della Sacrestia e nella cripta sottostante. Di origine medievale è il popolare santuario dedicato alla Madonna delle Grazie, ricostruito nel '700. Da

vedere l'insolito complesso rupestre di Santa Maria de Olearia, una badia benedettina edificata nel mille. Negli edifici aggrappati alle rocce, in una delle grotte naturali della zona, si aprono sale, cappelle, piccoli portici affrescati. Con una gita in barca si possono visitare la Grotta Sulfurea e la Grotta Pandora. La prima è ricca di acqua sulfureo-magnesiaca con proprietà curative; nella seconda, lo scenario verde smeraldo, le stalattiti e stalagmiti creano uno scenario indimenticabile. Molte testimonianze del passato anche nei dintorni di Minori, graziosa località balneare, come una grande villa rustica.



MINORI

Località balneare incantevole, Minori, con le sue casette rosa a dominare la piccola spiaggia, offre al turista anche un paesaggio splendido. Per la posizione felice sulla costa fu scelta nell'antichità dai Romani come luogo in cui dedicarsi all'otium, come testimoniato da numerosi resti, tra cui la Villa Romana (I sec. D.C.), un grandioso complesso archeologico (2.500 metri quadrati): da ammirare il viridarium, il triclinio-ninfeo, gli splendidi mosaici. Al Museo dell'Antiquarium sono custoditi reperti risalenti al I secolo a.C. Nel centro, vicino al porticciolo, si erge la basilica di Santa Trofimena, patrona della città, costruita nel XII secolo. Molte altre chiesette e torri costellano il territorio comunale.

RAVELLO



“Assai presso a Salerno è una costa sopra ‘l mare riguardante, la quale gli abitanti chiamano la costa d’Amalfi, piena di picciole città, di giardini e di fontane, e d’uomini ricchi e procaccianti in atto di mercatantia sì come alcuni altri. Tra le quali città dette n’è una chiamata Ravello.”

Giovanni Boccaccio, 1351

Una delle gemme della Costiera Amalfitana è Ravello, a 350 metri di altezza, dove effetti di luce e architetture magiche creano una visione d’intensità rara. Il suo nome è già immortalato nel Decamerone di Boccaccio. Famosa per la sua atmosfera di tranquilla serenità, Ravello offre gioielli architettonici di rara eleganza. Basti pensare al Duomo (XI secolo) dedicato a san Pantaleone, ricco di tesori artistici, tra i quali la porta centrale di bronzo, adorna di 54 formelle.

Sulla destra del Duomo una torre quadrata segnala l’ingresso alla Villa Rufolo. Immerse in un vasto parco di flora mediterranea ed esotica, le strutture originarie della villa risalgono al XIII secolo; ancora oggi sono evidenti aspetti architettonici arabo-siculi. Splendido il colonnato policromo arabeggiante del chiostro. Il giardino è uno dei più belli della Campania. La natura e l’opera dell’uomo concorrono a creare un’atmosfera di estrema suggestione: viali fiancheggiati da tigli e cipressi, cascate di fiori. Dal belvedere appare sconfinato il mare. Nel giardino della villa si tengono ogni anno, d’estate, i concerti del Ravello Festival. Wagner trovò proprio nel giardino di Villa Rufolo ispirazione per il giardino di Klingsor del suo Parsifal. Villa Cimbrone in origine era un semplice fondo rustico. Venne acquistato nel 1904 da Ernest William Beckett, che lo trasformò in una villa di eccezionale fascino. Ospitò personaggi celebri, da Winston Churchill a Greta Garbo. Un’atmosfera particolare si respira nel chiostro della villa, che presenta elementi antichi di stile arabo-siculo. Il belvedere è una terrazza sull’infinito senza eguali nel mondo. Meritano una visita anche la chiesa di San Giovanni del Toro, costruita nel XII secolo, che accoglie un bellissimo pergamo adorno di ricchi mosaici, e quella di Santa Maria a Gradillo, del XII secolo. Interessante il Museo del Corallo, che espone manufatti in corallo, cammei,

madreperle incise e conchiglie, dall'epoca romana al secolo scorso. Vicinissima a Ravello è Scala, uno degli angoli più pittoreschi della costiera. Il suo Duomo custodisce una Deposizione lignea del '200.

ARTISTI A RAVELLO

Oltre a Wagner, musicisti, scrittori e artisti hanno trovato a Ravello un 'luogo dell'anima': le invenzioni del Peer Gynt di Grieg debbono molto ai boschi di Ravello. Toscanini, Leonard Bernstein, Rostropovich, Bruno Walter trascorsero qui giorni sereni. Ravello ha ospitato tra gli altri Mirò, Escher, e, all'inizio dell'Ottocento, Turner, le cui mirabili vedute della costiera sono alla Tate Gallery, e Ruskin, scrittore e critico d'arte. Forster, autore di Camera con vista, descrive scorci del paese; David Herbert Lawrence scrisse qui numerosi capitoli de L'amante di lady Chatterley e André Gide vi ambientò parte del romanzo L'immoralista. Molti altri vennero per godere di una bellezza irripetibile o per stabilirsi per sempre: Virginia Woolf, Paul Valéry, Graham Greene, Tennessee Williams, Rafael Alberti, Gore Vidal.

DA AMALFI A POSITANO

“Lo strapiombo aereo di Amalfi è immerso nelle reti di colori puri che non ripetono i contrasti pigri e nauseanti di certe stagioni tropicali famose nei tracciati dei grandi viaggi. Qui è il giardino che cerchiamo sempre e inutilmente dopo i luoghi perfetti dell'infanzia”.

Salvatore Quasimodo, 1966

ATRANI



Quasi unita ad Amalfi, Atrani conserva nell'intrico di stradine, scale e cavalcavia il suo tessuto medioevale. Al tempo della Repubblica Amalfitana, Atrani era abitata dalle famiglie più nobili. Qui i dogi venivano incoronati e seppelliti.

Tra vicoletti, archi, cortili, piazzali, con le sue "scalinate" tipiche, sembra un piccolo presepe lambito dal mare.

Atrani si affaccia sull'acqua con il caratteristico profilo della chiesa della Maddalena (1274) che culmina nel campanile e nella cupola decorati con maioliche di colori vivaci. La chiesa di San Salvatore de' Bireto, sulla piazzetta Umberto I, in stile neoclassico, fu fondata nel 940. In questa chiesa si svolgevano le cerimonie di elezione e di insediamento dei dogi della Repubblica.

La Grotta dei Santi è raggiungibile dalla strada statale. Qui sono visibili i ruderi dell'antico monastero benedettino dei Santi Quirico e Giulitta, fondato nel 986. La piccola grotta è decorata con affreschi in stile bizantino risalente al XII secolo.

Le scale della Costiera

Cosa sarebbe la Costiera Amalfitana senza le sue scale? Sono dappertutto: il tratto caratteristico dei suoi paesini, mezzo di comunicazione agile e indispensabile per superare dislivelli impervi. In poco tempo il turista fa l'abitudine a questo sforzo, apprezzandone l'aspetto pittoresco e soprattutto 'ecologico', utile a disintossicarsi dallo stress e dai rumori della città.

La Strada del vino Costa d'Amalfi

La Strada si snoda tra terrazze a strapiombo che sorreggono vigneti pensili e aprono improvvisi squarci di mare, tra i valloni e le rupi dove si inerpicano le splendide architetture dei paesini della costa. Qui vengono coltivati i vitigni tradizionali, dotati però di suggestivi nomi locali: la Falanghina è diventata Bianca Zita; la Biancolella, Bianca Tenera; lo Sciascinoso, Olivella.

I vini che si ricavano sono raccolti nella Doc Costa d'Amalfi e Ravello Doc.



AMALFI

Il centro principale e l'anima storica della Costiera è Amalfi. Nell'azzurra serenità del cielo e del mare, Amalfi, guardata dal porto, sembra racchiusa nel cavo di una mano. In alto lo scenario dei monti, articolato come un fondale, punteggiato da case; in basso, una trama pittoresca di vicoli e scale, fino alla grande piazza dove dall'alto della famosa scalinata il Duomo domina maestoso.

Una scenografia unica, dove le memorie storiche s'intrecciano a bellezze naturali indimenticabili. Sospesi tra le falde dei Monti Lattari e il mare, i pittoreschi vicoli di Amalfi ospitano oggi un gran numero di turisti, ma un tempo hanno vissuto i fasti della potente Repubblica Marinara che ebbe il suo momento di massimo splendore tra il X e il XII secolo, e che riusciva a tenere a bada Longobardi e Saraceni. Ricca e popolata, Amalfi intratteneva traffici attivissimi con l'Oriente. In ricordo dell'antica potenza, ogni quattro anni in giugno Amalfi ospita la "Regata storica delle antiche Repubbliche Marinare".

L'abitato di Amalfi, aggrappato al declivio della Costiera, è caratterizzato dal celebre Duomo (IX secolo). La sua posizione scenografica, alla sommità di una ripida scalinata che si apre tra le case raccolte attorno a una piccola piazza, conferisce una nota particolare al centro storico di Amalfi. Colpisce l'imponente facciata policroma della chiesa, illuminata da smalti e mosaici e dal timpano dorato.

Tracce del Medioevo si ritrovano nell'elegante Chiostro del Paradiso con le sue linee arabeggianti.

Dal chiostro si accede alla Cappella del Crocifisso, nella quale è stato allestito il Museo Diocesano.

Nella Cappella è l'ingresso alla Cripta risalente al '200. Il complesso architettonico è uno dei principali esempi del romanico amalfitano.

Un'esplorazione di Amalfi che voglia andare al di là dei luoghi più noti dovrà includere gli AntichiArsenali, dove venivano costruite le famose galee con oltre cento remi, destinate ai carichi di merci dai mercati orientali.

Palazzo Morelli, sede del Comune e del Museo Civico, è conservata la Tabula Amalphytana, il primo codice di diritto della navigazione fissato ai tempi della Repubblica e valido in tutto il Mediterraneo. Qui si possono ammirare anche i famosi cartoni di Domenico Morelli, pittore tra i più celebri nell'800, dai quali furono ricavati i mosaici che ornano il Duomo.



Amalfi è famosa anche come patria della lavorazione della carta a mano. Le prime cartiere sorsero lungo la Valle dei Mulini, dove si trova il Museo della Carta. Questa zona, attraversata dal torrente Canneto, e la vicina Valle delle Ferriere, un ambiente naturale incantevole, costituiscono una Riserva Naturale Biogenetica. La salita da Amalfi è impegnativa ma affascinante. Si scoprono i resti dei mulini che portavano l'acqua (indispensabile alla lavorazione della carta) alle vecchie cartiere, e una natura che nasconde incanti segreti: sorgenti e cascatelle, scorci sul mare che s'intravedono nella rigogliosa macchia mediterranea.

La carta di Amalfi

Non abbiamo documenti sull'inizio della produzione della carta, ma una testimonianza ci viene da Federico II: nel 1220 proibì ai notai del Regno, e principalmente agli amalfitani, di utilizzare carta "bambagina" (come allora veniva chiamata), per la redazione degli atti, perché ritenuta più deperibile della pergamena. Ma la sua diffusione non si arrestò, e l'arte della carta si diffuse ovunque in Costiera, soprattutto dopo che il Concilio di Trento decretò l'obbligo per le parrocchie di trascrivere gli atti dei sacramenti, delle morti e degli eventi religiosi.

Nel XV secolo, la carta di Amalfi raggiunse tale fama che molti autori stranieri pubblicavano le loro opere a Napoli pur di utilizzare il prezioso materiale.

Ancora oggi, pur se in maniera molto ridotta, nelle cartiere di Amalfi, le più antiche d'Europa, si produce carta pregiata lavorata a mano, per usi artistici o per edizioni di lusso.



CONCA DEI MARINI

La vicina Conca dei Marini è un borgo marinaro arroccato in un'ansa marina che offre uno scorcio panoramico di estrema bellezza.

I due estremi di questa meravigliosa baia sono Capo di Conca, dominato dalla Torre di Conca eretta nel '500, testimonianza delle terribili incursioni piratesche, e la Grotta dello Smeraldo.



Il mare irrompendo nella cavità assume un intenso tono verde, prodotto dalla luce filtrata dall'acqua. Questa grotta è ricca di stalattiti e stalagmiti, spesso unite a formare colonne calcaree alte più di dieci metri.

Da Conca si può salire all'altopiano di Agerola, a un'altitudine di 650 metri, tra boschi e prati. La zona, dotata di pascoli fiorenti noti fin dall'antichità, è celebre per la produzione di squisiti latticini e per l'eccezionale panorama dall'alto sulla costiera.

PRAIANO

Praiano, a mezza costa sul promontorio di Capo Sottile, era la residenza estiva del doge di Amalfi, a testimonianza di una vocazione precoce del paese alla villeggiatura rilassante. La parte bassa del paese si allunga verso la Marina di Praia, una spiaggia scavata tra due alte pareti di roccia. A guardia della marina si trova una delle imponenti torri di avvistamento che costellano la costiera.



Le “edicole votive” di Praiano

Numerose “edicole votive”, piccole cappelle in miniatura in mattonelle maiolicate o affrescate sui muri, sono disseminate sul territorio di Praiano. Sono una testimonianza di spontanea devozione popolare: venivano realizzate sui muri delle case o sui muretti di divisione delle proprietà per invocare la protezione divina.



FURORE

Su un pendio coltivato a viti e a ulivi si incontra Furore. Il nome antico di tutta la zona era Terra Furoris, per l’assordante frastuono che, nelle notti di tempesta, il mare e il vento producevano rimbombando contro le alte pareti del fiordo che scende quasi a picco dall’orlo dell’altopiano di Agerola. Una ripida scalinata conduce in basso. Il fascino di questo tratto di costa è irresistibile, con il fiordo incuneato tra viti e rupi, casette minuscole e il mare.

POSITANO

“Positano colpisce profondamente. È un posto di sogno che non vi sembra vero finché ci siete ma di cui sentite con nostalgia tutta la profonda realtà quando l’avete lasciato.

Le sue case si arrampicano su un pendio talmente ripido da sembrare unascogliera, se non fosse per le scale che vi sono state tagliate. ...

L’acqua della piccola baia ricurva, di un blu e verde incredibile, lambisce dolcemente una spiaggia di piccoli ciottoli”.

John Steinbeck, 1953



Incastonato nella montagna, avvolto dalla ricca vegetazione mediterranea, Positano è un borgo così pittoresco da sembrare una scenografia teatrale spontanea. Visto da mare appare come un grande presepe, una cascata di casette multicolori digradanti lungo il pendio.

Il paese si sviluppa in verticale. Le abitazioni, addossate le une alle altre, caratterizzate dai portichetti ad archi verso il mare, sono tinte in colori pastello, dando l'impressione di una pietra preziosa sfaccettata. Non a caso Positano viene chiamata "la gemma della divina costiera".

Le strette stradine, con le numerose boutiques, scendono ripide tra le case sfociando nella Marina Grande, un'ampia spiaggia. Da qui la veduta è bellissima sia verso il mare che verso il paese che si arrampica sulla montagna.

Sulla piazza principale di Positano è la chiesa parrocchiale di Santa Maria Assunta, esistente già nell'anno mille. La grande cupola rivestita di maioliche colorate la rende visibile da ogni angolo del paese. Incantevoli le spiaggette di Positano, raggiungibili a piedi in pochi minuti: Fornillo, Fiumicello, Arienzo.

Positano è una meta apprezzata per "vacanze da vip": nella Villa Sette Santi, intorno al 1940, visse la pittrice Irene Kowaliska, che s'ispirò a Positano per i suoi dipinti su stoffa; la Villa Stella Romana ha ospitato fra gli altri papa Giovanni Paolo II.

Personaggi illustri dell'arte, della moda e dello spettacolo amano passare qui giorni di relax.



A poche miglia di distanza dalla costa si trovano Li Galli o “Sirenuse”, minuscolo arcipelago composto da tre isolotti: il Gallo Lungo, la Rotonda e il Castelluccio, ritenuti da sempre mitica dimora delle Sirene ammaliatrici.

L’arcipelago delle Sirenuse (oggi Li Galli) davanti a Positano, tre isolette solitarie e rocciose, era ritenuto la sede delle Sirene, figure mitiche che attraevano i naviganti con il loro canto facendoli naufragare. Il mito serviva forse da avvertimento: le isole dovevano essere un punto di riferimento per i marinai, che però avvicinandosi troppo finivano sugli scogli.

Sull’isola del Gallo Lungo nel 1924 il ballerino e coreografo russo Léonide Massine si costruì una villa, (ristrutturata nel 1927 da Le Corbusier) poi acquistata da Rudolf Nureyev. Ogni anno in memoria di questi artisti si tiene a Positano il Premio Internazionale per l’Arte della Danza.

Ma Positano non è solo mare: piacevoli escursioni permettono di visitare suggestive zone dei Monti Lattari, come Montepertuso, così chiamato perché si dice che qui apparve la Madonna in un buco nella roccia. Attraverso una scalinata di 1700 scalini si giunge a Nocelle. Da questa frazione parte il famoso Sentiero degli Dei, con incantevoli panorami su tutta la Costiera. Oppure si raggiunge sulla costa la bella Punta San Pietro, dove sorge una chiesetta a strapiombo sul mare.



Shopping a Positano

Positano è sinonimo di moda estiva. Nel dedalo di viuzze si è realizzato il miracolo della moda “made in Positano”: decine di boutiques espongono capi estrosi ormai noti in tutto il mondo. Tessuti e colori dettano legge nell’ambito della moda mare: dai pareo ai bikini, dagli abiti da mare e da gran sera, fino ai caratteristici abiti da sposa. Le calzature in cuoio lavorate a mano si possono ordinare su misura.

Da acquistare anche le tipiche ceramiche variopinte, i quadri dei molti artisti che espongono vedute dell’incantevole golfo, e da assaggiare la gamma dei prodotti tipici.

PAESTUM



Ai margini della piana del Sele, all'inizio del Cilento, s'incontra Paestum, uno dei più preziosi gioielli archeologici d'Italia, celebre in tutto il mondo soprattutto per i suoi spettacolari templi dorici. La leggenda ne attribuisce il merito agli Argonauti, ma nella realtà furono gli abitanti di Sibari a fondare Paestum nel VII secolo a.C. La città, prima chiamata Poseidonia, divenne ben presto uno dei centri più floridi del Mediterraneo. La sua decadenza cominciò con la caduta dell'impero romano. Gli edifici furono spogliati per la costruzione di chiese e palazzi, e le rovine furono dimenticate fino al XVIII secolo, quando i viaggiatori ricominciarono a spingersi fin qui.

La grande meraviglia del Parco Archeologico sono i tre templi dorici del V secolo a.C., tra i meglio conservati dell'antichità, che si ergono maestosi sulla piana davanti al mare: il Tempio di Nettuno, la Basilica, il Tempio di Cerere. I primi due sono in realtà legati al culto della dea Hera.

Le mura costituiscono uno dei circuiti fortificati meglio conservati di tutta la Magna Grecia, lungo quasi 5 chilometri. D'estate le Passeggiate notturne tra i templi di Paestum permettono di visitare di sera l'area archeologica.

Nell'area della città romana, oltre al Capitolium, ci sono altri resti significativi: il Foro, l'Anfiteatro, e i resti di molti edifici religiosi. A ovest dei templi corre la via Sacra, la strada delle processioni, il cui tracciato risale all'epoca greca.



Non lontano dagli scavi c'è il Museo Archeologico di Paestum, che conserva alcune tra le opere più importanti dell'Italia meridionale. Il pezzo forte del museo sono gli affreschi della tomba del Tuffatore (fine del V secolo a.C.). È una tomba a cassa dipinta, costituita da quattro lastre laterali decorate con scene di banchetto. Il coperchio raffigura un giovane che si tuffa: la scena simboleggia probabilmente il passaggio al mondo dei morti. Importanti le metope scolpite, elementi decorativi dai templi dell'area, e gli affreschi delle tombe lucane del IV secolo, con la tipica scena del "ritorno del guerriero" in armi.

Sono conservati qui anche i corredi eneolitici della necropoli del Gaudio, oltre a reperti di epoca arcaica (la statua di terracotta raffigurante Zeus), classica ed ellenistica (la statua bronzea del Sileno Marsia). Nel Museo è ricostruita la tomba a camera di Agropoli, nella quale erano sepolti un uomo e una donna, del cui corredo fa parte un vaso famoso, l'hydria firmata da Assteas col mito di Bellerofonte. Sono conservati qui anche i materiali provenienti dal vicino santuario di Hera Argiva, l'Heraion del Sele.



Le rovine di Capaccio Vecchio dominano la piana di Paestum. La cittadina, florida in età normanna, fu distrutta nel 1248 da Federico II per aver ospitato dei cospiratori. Oltre ai ruderi del castello, è da visitare il santuario della Madonna del Granato, costruito nel XII secolo e restaurato nel '700, tuttora meta di un intenso pellegrinaggio di devoti.



La mozzarella di Bufala

La squisita mozzarella di bufala viene prodotta solo in Campania, secondo procedure artigianali immutate nei secoli. Oltre al casertano, la piana del Sele è l'altro polo di questa produzione caratteristica.

Ci sono molti caseifici artigianali nell'area della foce del Sele: in alcuni è possibile assistere alla fabbricazione della mozzarella ed assaggiarla appena fatta.