N. 11 - GIUGNO 2013
ISSN 1124-1403

Bollettino

SNO SOCIETÀ NEUROLOGICHE SPEDALIERE

NOTIZIARIO UFFICIALE DELLA SNO

SOCIETÀ DEI NEUROLOGI, NEUROCHIRURGHI E NEURORADIOLOGI OSPEDALIERI

Bollettino - periodico di informazione
Nuova Serie N. 11 - GIUGNO 2013

Comitato Redazionale

CONSIGLIO DIRETTIVO SNO

PRESIDENTE: Giuseppe Neri
PAST PRESIDENT: Massimo de Bellis
VICE PRESIDENTI: Salvatore Mangiafico, Maurizio Melis, Angelo Taborelli
PRESIDENTE ELETTO: Enrico Cotroneo
SEGRETARIO: Bruno Zanotti
TESORIERE: Davide Zarcone
CONSIGLIERI: Marco Aguggia, Mauro Campello, Carmine Carapella, Erminio Costanzo, Massimo Del Sette, Franco Galati, Roberto Marconi, Stefano Ricci, Marina Rizzo, Luca Valvassori

CDA SNO SERVICE

PRESIDENTE: Domenico Consoli
CONSIGLIERI: Massimo de Bellis, Maurizio Melis, Gian Andrea Ottonello, Bruno Zanotti

Autorizzazione del Tribunale di Trento del 31.05.82 - Iscrizione Registro della Stampa n. 379 e Registro degli Operatori di Comunicazione (ROC) n. 3810 - Bimestrale.
Editore: new MAGAZINE s.r.l., via dei Mille 69, 38122 Trento. Direzione, Redazione, Pubblicità: new MAGAZINE edizioni, viale Rovereto 51, 38122 Trento. www.newmagazine.it
Stampa: Nuove Arti Grafiche, via dell'Òra del Garda 25, ZI settore A, 38121 Gardolo (TN). *Numero singolo: 1,00 euro.*
Direttore Responsabile: Angelo Gaccione
Responsabile Redazione: Angela Verlicchi

Redazione: redazione@bollettinosno.it

Il materiale ricevuto anche se non pubblicato non verrà restituito. Il contenuto degli articoli pubblicati non rispecchia necessariamente la posizione dell'Editore. Gli Autori scrivono e sviluppano liberamente le loro opinioni, delle quali assumono ogni responsabilità legale e morale. Utilizzazione libera dei testi, citando la fonte.

Il Bollettino è stampato su carta ecologica che non contiene acidi, cloro ed imbiancante ottico.

Periodico riservato ai soci. Distribuito agli iscritti alla SNO in regola con la quota sociale.

© Copyright 2013 by new MAGAZINE s.r.l.

Poste Italiane Spa – Spedizione in Abbonamento Postale – D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, NE/TN

EDITORIALE

RELAZIONE DEL SEGRETARIO NAZIONALE SNO

Il Congresso Nazionale della SNO del maggio 2013 ha rappresentato non solo un importante evento scientifico, ma ha anche comportato il rinnovo delle cariche sociali. Si è quindi concluso il biennio 2011-2013 delle attività del Consiglio Direttivo (CD) SNO, in merito a cui ha relazionato il Segretario Nazionale SNO, Bruno Zanotti.

"L'analisi sull'attività del CD SNO di quest'ultimo biennio ci porta subito a constatare che, sebbene molto sia stato fatto, ancora molto è in itinere e sarà quindi compito del nuovo CD portare a compimento soprattutto i progetti già avviati e non ancora conclusi. Compito sicuramente gravoso, in quanto molto è condizionato dal ridimensionamento delle risorse economiche a disposizione della Società.

Rapidamente affrontiamo alcuni punti essenziali toccati in questo ultimo mandato 2011-2013: *Attività del Consiglio Direttivo SNO, Attività Sezioni Regionali SNO, Gruppi di Studio, Iniziative nazionali SNO, Strumenti d'informazione*.

Il CD in questo biennio si è riunito 15 volte. 167 i punti in discussione che hanno portato a 62 delibere e 5 risoluzioni. Più una riunione ristretta di alcuni delegati del CD avvenuta nel 2012, resasi necessaria in preparazione del Congresso Nazionale di Roma. Il tasso di partecipazione dei Consiglieri è stato elevato. In merito alle

SOMMARIO

- Relazione del Segretario Nazionale SNO
- Il Presidente De Bellis inaugura il 53° Congresso Nazionale SNO
- Il Presidente De Bellis all'Assemblea Generale SNO
- Pari in tutto
- Premio poster "Giancarlo Scarda"
- Il cervello visivo tra percezione e arte
- Coordinamento SNO Sicila
- Coordinamento SNO Calabria
- Congresso SNO Sicilia
- Cellule staminali: il futuro della medicina rigenerativa o una promessa terapeutica utopistica?
- Donne in neuroscienze: rete stabile di dialogo tra professioniste
- Sanità militare: dalla bestialità all'umanità
- Le cifre sono queste
- Neurosifilide e disturbi psichici

deliberazioni, alcune non sono ancora a compimento nell'iter attuativo e sarà quindi compito del prossimo CD vigilare sulla loro effettiva applicazione.
Nel 2011 era stato dato l'avvio anche alle periodiche riunioni con i Coordinatori Regionali. Tali incontri, molto importanti per rinsaldare il centro con la periferia, hanno subito, purtroppo, un rallentamento nell'ultimo periodo, a causa del ridimensionamento delle risorse a disposizione per l'attività istituzionale. È auspicabile che il nuovo CD sia in grado di riprendere questi appuntamenti.
Vi è stato il rinnovo dei coordinamenti della Lombardia, della Toscana e della Sicilia. Il Coordinatore referente per la Lombardia è *Elio Clemente Agostoni* e per la Toscana è *Pasquale Palumbo*. Il nuovo Coordinamento Regionale della Sicilia vede quale referente *Emanuele Caggia*. Del tutto recentemente si è rinnovato anche il Coordinamento della Calabria, che ha posto quale referente *Domenico Bosco*.
Altre attività inerenti questo biennio sono state quelle del rinnovo del Comitato dei Probiviri: *Antonio Colombo*, *Luigi Curatola*, *Bruno Lucci*, nonché il rinnovo del CdA di *SNO Service* con la presidenza affidata nuovamente a *Domenico Consoli*.
Indubbiamente il focus principale è la realizzazione del Congresso Nazionale, ma, almeno per la Segreteria attuale, non può considerarsi in modo esclusivo. Infatti, il CD ha pianificato altri interventi, quali la realizzazione del nuovo portale web SNO, la creazione di Gruppi di Studio, una maggior interazione con i Coordinamenti Regionali, una sistematizzazione dell'Albo Soci SNO, nonché lo studio di "benefit" e/o servizi per i Soci.
Il rinnovo del sito web si è reso necessario ed è stato possibile grazie soprattutto all'impegno di *Giuseppe Neri*, che l'ha seguito, e lo sta seguendo, in prima persona. Un grazie dunque a Neri in quanto non va sottovalutato che il sito web è il primo e più importante biglietto da visita per la comunità.
Il CD ha anche promosso alcuni Gruppi di Studio. Per ora sono solo 3, ma si auspica che in un futuro non troppo lontano, se ne possano aggiungere altri. La Collega *Ebba Buffone* è già operativa con un progetto che vede la realizzazione di 3 momenti informativi e formativi sugli aspetti delle "Malattie Rare" da realizzarsi, da qui al prossimo anno, in ognuna delle macroaree italiane: sud, centro e nord. Questo va anche nella direzione auspicata in più occasioni dal Presidente *Massimo de Bellis* per una "scuola" di Neuroscienze targata SNO.
Per il Gruppo di Studio sugli "Stati Vegetativi" la Collega *Rachele Zylberman* sta approntando delle iniziative da sottoporre al CD.
Doveroso quindi un ringraziamento alle Colleghe che si sono rese disponibili per questo lavoro suppletivo in funzione del bene della SNO.
Del tutto recentemente si è aggiunto il Gruppo di Studio "Neuroestetica" che ha come referente *Enrico Grassi*, che sarà affiancato da *Marco Aguggia* e *Marco Ruini*.
Si invitano i Colleghi non solo a partecipare alle iniziative già in essere, ma a proporre altri Gruppi di Studio inerenti le Neuroscienze.
La SNO, come già ricordato, sebbene non abbia potuto dare continuità alle periodiche riunioni con i Coordinatori Regionali, ha deliberato di favorire la diffusione delle iniziative locali predisponendo, per chi ne vuole fruire, un mailing dedicato agli aventi regionali.
Inoltre, da rammentare che il *Bollettino SNO* può essere un veicolo informativo da utilizzare a disposizione di tutti i Soci. Ne hanno bene compreso la potenzialità i Coordinatori della Toscana e della Sicilia che hanno utilizzato fattivamente le pagine del Bollettino per informare i Soci sulle varie iniziative. Si ringraziano quindi soprattutto *Placido Bramanti* e *Pasquale Palumbo*, nonché la componente del CD *Marina Rizzo*, per avere avuto una stretta collaborazione con la Redazione del *Bollettino SNO*.
L'annoso problema della morosità dei Soci oltre ogni ragionevole elasticità sta per essere definitivamente sanata. Questo non solo è dovuto verso il Socio ligio che è in regola con i pagamenti, ma permetterà anche un risparmio, in quanto i Soci decaduti non riceveranno più le pubblicazioni SNO.
Oltre a questo, prosegue, comunque, l'aggiornamento delle schede personali dei Soci, in quanto anche fra i Soci in regola permangono degli errori, specie negli indirizzi ed e-mail.
Ma SNO è anche iniziative verso i giovani. In questo contesto preme ricordarne almeno 2:

- il finanziamento del primo premio Hipponion di Vibo Valentia lo scorso anno, «*in considerazione dell'importanza scientifica dell'evento* - IV edizione del Concorso Hipponion Stroke National Prize. Consensus Conference Nazionale "Le Aree Grigie nella Gestione delle Malattie Cerebrovascolari"». L'evento, che si è tenuta a Vibo Valentia dal 26 al 28 ottobre 2012, era soprattutto rivolta ai giovani Colleghi, per questo il CD ha deliberato «*di destinare un premio in denaro al primo classificato dell'Hipponion Stroke National Prize di Vibo Valentia 2012*». Il premio ha visto la classificazione al primo posto della Collega *Franca Orsini* dell'Istituto "Mario Negri" di Milano, premiata dal Dr. Neri e dal Dr. Consoli;
- il concorso per testi inerenti le neuroscienze, realizzato in collaborazione con la libera Università di Neuroscienze "Anemos" di Reggio Emilia. Alla Segreteria del premio sono giunti molti elaborati e fra questi il Comitato di Lettura ha scelto due testi di sicuro interesse, che saranno presentati però al Congresso Nazionale del 2014 e non, come previsto, al Congresso di Firenze 2013.

Fra gli strumenti d'informazione il *Bollettino SNO* è uscito regolarmente anche se, a fronte della ormai nota necessità di risparmiare sulle risorse, se ne è diminuita la frequenza e l'ultimo numero è stato realizzato solo per il web. In tutto sono comunque state prodotte ben 156 pagine informative per una diffusione cartacea complessiva di 14.000 copie.
Altro gravoso impegno per la SNO è la realizzazione del periodico ufficia-

le *Progress in Neuroscience* (PiN). Sono stati realizzati i primi 2 fascicoli nella nuova veste. Importante è stato il lavoro dei Revisori che hanno non solo selezionato i testi, ma inciso molto spesso sul testo stesso, consigliando chiarimenti o cambiamenti, al fine di rendere lo scritto più fruibile a tutti, portandolo ad una qualità più che buona. Si ritiene opportuno, non solo ringraziare gli Autori che hanno dato entusiastica adesione alla PiN inviando i loro elaborati, ma soprattutto i Revisori che hanno profuso un impegno ben oltre quello che è ritenuto prassi in analoghi contesti.

A conclusione, affrontiamo la questione dei Soci iscritti.

Quello che va sottolineato è il fatto che il trend di rinnovi ed iscrizioni ha fatto rilevare una costante crescita in questi ultimi mesi. Questo si ritiene anche dovuto al fatto che i Soci iniziano a percepire che il CD si sta sforzando di trovare nuove iniziative che possono essere di interesse per i Soci stessi. Dai dati elaborati dal Tesoriere SNO emerge che, ad oggi, il tasso di fidelizzazione del Soci è stato di 2 rinnovi su 3. Bisogna lavorare ancora di più, affinché la fidelizzazione sia il più possibile prossima al 100%. Il Tesoriere, *Davide Zarcone*, va dunque pubblicamente ringraziato, in quanto si è mostrato molto sensibile alla problematica della fidelizzazione dei Soci SNO. Non solo, è riuscito anche a dare ordine e rigore assoluto a tutta la contabilità della Società.

Nel ringraziarvi per l'attenzione, permettetemi di rivolgere un particolare attestato di stima al Presidente uscente *Massimo de Bellis*, che con me ha condiviso questo biennio nella gestione della Segreteria. Presidente sempre attento e propositivo che con discrezione mi ha accompagnato in questo impegno.

Formulo, inoltre, al nuovo *Presidente Giuseppe Neri* i migliori auspici, affinché possa, non solo, portare avanti quanto iniziato dall'attuale CD, ma ne migliori i risultati e ne potenzi l'efficacia.

Infine, ma non per ultimi, ringrazio tutti i membri del CD che hanno sempre supportato la Segreteria, nonché i Soci, che mi hanno permesso di essere uno dei partecipi a questa grande avventura che è la vita della SNO."

CONGRESSO NAZIONALE SNO 2013

IL PRESIDENTE DE BELLIS INAUGURA IL 53° CONGRESSO NAZIONALE SNO

Mercoledì 15 maggio, nella suggestiva cornice fiorentina, presso la storica sede del potere civile nell'imponente e monumentale Salone dei Cinquecento a Palazzo Vecchio, il Presidente SNO Massimo de Bellis ha inaugurato il Congresso Nazionale con queste parole: "In qualità di Presidente della SNO ho grande piacere di concludere il mio impegno e contemporaneamente l'onore di coordinare le attività della Società dei Neurologi, Neurochirurghi e Neuroradiologi nel corso di quest'ultimo biennio. Oggi siamo qui a Firenze, ospiti di una straordinaria città e di un gruppo di valenti amici: Salvatore Mangiafico, Roberto Marconi e Pasquale Palumbo. Spero, anzi sono certo, che il Congresso ribadirà le linee guida che abbiamo più volte sottolineate. Le moderne neuroscienze e la gestione dei nostri pazienti richiedono uno sforzo multidisciplinare tra neurologi, neurochirurghi e neuroradiologi che è, allo stato attuale, l'unica garanzia di buon risultato. Ho il piacere di salutare l'illustre collega Prof. Lamberto Maffei, Presidente dell'Accademia Nazionale dei Lincei e allievo del Prof. Giuseppe Moruzzi, sul cui testo la gran parte di noi ha iniziato ad appassionarsi allo studio del sistema nervoso. Non voglio rubare altro tempo. Solo un augurio affettuoso a tutti noi di una proficua e piacevole permanenza a Firenze per il 53° Congresso Nazionale della SNO".

CONGRESSO NAZIONALE SNO 2013

IL PRESIDENTE DE BELLIS ALL'ASSEMBLEA GENERALE SNO

Cari Colleghe e Colleghi,
sono trascorsi circa 780 giorni di mandato presidenziale, e Vi assicuro non mi sono pesati; il mio pensiero corre indietro nel tempo e corre a quella sera del maggio 2011 a Cagliari. Eravamo riuniti in un giardino e l'atmosfera era indubitabilmente diversa da quella che oggi qui stiamo respirando (ed anche il clima, per la verità).
Qualcuno vedeva nubi fosche all'orizzonte e la disaffezione di alcuni Soci rendeva il momento delicato.
I membri del Consiglio Direttivo e chi Vi parla erano gli interpreti di un sentire comune, volto al cambiamento.
Le tradizioni dovevano rimanere intatte, ma i valori rivisitati e possibilmente rivitalizzati.
Tutti eravamo consapevoli che non si trattava di un'operazione di restyling o di una semplice modernizzazione. La SNO aveva necessità di tornare ad esprimere quei buoni valori che in passato avevano destato stima, considerazione e prestigio.
Si doveva apportare un rinnovamento importante, incisivo. Un rinnovamento globale. E il rinnovamento c'è stato ed ha visto la sua realizzazione attraverso momenti-chiave, dei quali ricordiamo i più significativi.
Iniziamo con la riappropriazione dei ruoli: vi era, in quel momento, la necessità di assumere, di fatto, quei ruoli per i quali avevamo dato la nostra disponibilità ed eravamo stati indicati dal suffragio delle elezioni. Ogni membro del Consiglio si è realmente fatto carico del ruolo attribuito e per esso ha lavorato. Fin da subito la squadra si è rivelata ben motivata e molto attiva, sempre disponibile nel percepire e rilevare i problemi, efficace nel trovare le soluzioni.
Un altro momento, non meno importante del precedente, è stata la revisione della spesa: a taluno può essere sembrata un'operazione un poco rigida, ma per un valore condiviso è stata finalizzata a promuovere solide attività societarie e ad evitare l'effimero.
Da ultimo, perché conseguente alle precedenti fasi di rinnovamento, vi è da considerare il rinato interesse per la vita della Società nei suoi vari aspetti e plurime iniziative. Esso, ha indotto i nostri Soci ad una maggior attività ad iniziative scientifiche, sicura gioia di ogni Presidente. Di fatto l'interesse è ben visibile ai nostri occhi, ma in special modo un'amichevole armonia si estende fra i soci.
Voglio ancora ricordare alcuni punti di cui l'intero Consiglio Direttivo da me presieduto è particolarmente orgoglioso:

- la nascita del movimento "*Donne in Neuroscienze*", ad opera delle Colleghe Rizzo, Piscaglia ed altre, che attraverso la creazione di una "rete stabile di dialogo tra professioniste" ha avuto il merito di "gettare sul tavolo" le problematiche della presenza di un particolare gruppo di specialiste in medicina e nella società;
- la istituzionalizzazione di alcuni "*Gruppi di Studio SNO*", interdisciplinari, che sono il primo seme della Scuola di formazione della nostra Società;

- il restyling del nostro sito web, ancor più significativo in quanto espressione del nostro impegno continuativo ad adeguarci ai tempi e rinnovarci;
- la "rinascita" della nostra rivista, ora divenuta *Progress in Neuroscience*, Organo Ufficiale, che già dalla testata fa trasparire il respiro internazionale;
- la "ripubblicazione" del nostro notiziario informativo, il *Bollettino SNO*, sia in versione cartacea sia in quella informatizzata sul web.

È proprio la trasmissione delle informazioni che, all'interno di una Società come la nostra, riveste un ruolo chiave: l'aver favorito la crescita e lo sviluppo di un'organizzazione rigorosa e riproducibile di meccanismi di trasferimento d'informazione è e resta il vanto più grande di questa presidenza, che pure "brilla" (se così si può dire) per l'assenza di qualsiasi personalismo. E in quest'ottica, è stato tanto logico quanto inevitabile offrire uno spazio d'azione crescente alle giovani leve delle scienze neurologiche, che sole possono garantire, ad un compito arduo come quello che ci siamo affidati, il vigore e la fantasia per essere portato a termine. Sempre, beninteso, grazie al retto e virtuoso sostegno di chi ha forgiato la propria esperienza grazie ad una disciplina costante ed alle difficoltà affrontate e risolte. Perché se c'è un tempo irto di difficoltà, questo è il nostro, forse per la sanità più ancora che per altri settori. La politica, infatti, sembra non voler più governare la sanità, perché le conviene che siano altri a trarne vantaggi di vario tipo (economico, di casta,

ecc.): si è ritagliata per sé il solo compito di "tagliare le spese" (non necessariamente gli sprechi), perché è più redditizio trasferire i capitali disponibili dall'erogazione di servizi all'utente-Paziente (sottraendoli dunque anche alla valorizzazione del capitale umano) a quelle spese accessorie di gestione, senza aggredire le quali di fatto si consente ad un sistema inefficiente di sopravvivere. Tutto questo è facilitato in molti casi dall'assenza di un vero e trasparente "governo medico" della Sanità. Oggi, più che mai, abbiamo bisogno di buona politica, come di buon governo medico, per la gestione del sistema salute: e se per la parte che ci compete dobbiamo ulteriormente rimboccarci le maniche, dobbiamo sperare che anche la politica sia in grado di svolgere il suo ineludibile ruolo di indirizzo.

Ma bando alle polemiche!

Il rinnovamento della SNO, che ho ricordato per somme linee, ha portato alla sua rivitalizzazione. Rivitalizzazione, auspicata e desiderata all'inizio del mandato presidenziale, ma certamente non scontata. Eppure essa è arrivata ancor prima del prevedibile. Ciò è avvenuto per merito dei Consiglieri tutti. Di sicuro essi hanno avuto un ruolo importante; ma la rivitalizzazione si è realizzata perché ognuno di noi fonda l'appartenenza alla SNO su un valore profondo e condiviso con gli altri Soci. Questo valore si chiama Etica. Essa è il fondamento del nostro agire, del nostro essere. L'Etica è il collante che ci unisce ed accomuna ed è stata il motore del rinnovamento della nostra Società. È stato, infatti, sufficiente richiamare questo grande valore ed i membri del CD, ognuno nelle proprie responsabilità e ruoli, hanno risposto. Perché l'Etica è quella che ci ha fatto scegliere dalla SNO, perché l'Etica è quella che ci ha fatto scegliere la SNO. Questa sera, consegno in ottime mani la Società perché sono convinto che finché la luce dell'Etica ispirerà i nostri Soci, la SNO avrà un avvenire radioso.

Sento il dovere di esprimere a tutti i Soci il mio grazie per la fiducia con la quale hanno scelto a suo tempo la mia candidatura e nel biennio trascorso hanno sostenuto la mia attività. Desidero, inoltre, rivolgere un particolare ringraziamento ai Membri del Consiglio Direttivo sempre prodighi in consigli, opinioni, valutazioni ed iniziative. Un grazie all'amico Mimmo Consoli già nostro Presidente Nazionale ed ora Presidente della *SNO Service* per tutti i consigli che mi ha suggerito e per la dote di pacatezza "energica" che lo contraddistinguono. Per ultimo al mio amico Beppe Neri, a Lui formulo il mio augurio personale e di Presidente che abbia la fortuna e le soddisfazioni che la sorte ha riservato al mio mandato.

Grazie!

Firenze, 16 maggio 2013

Massimo de Bellis
Presidente Nazionale SNO

CONGRESSO NAZIONALE SNO 2013

PARI IN TUTTO

Il tema della conciliazione lavoro-famiglia è sempre più al centro di dibattiti perché coinvolge l'intera società. Un argomento di grande richiamo e di difficile soluzione.

Un confronto interessante è stato organizzato, a Firenze, all'interno della avvenieristica e funzionale sede dell'AOU "Careggi", in apertura del 53° Congresso Nazionale SNO. A volere la tavola rotonda dal titolo: "*Pari opportunità: Conciliazione lavoro, famiglia società*" sono state le Dottoresse Maria Grazia Piscaglia e Marina Rizzo, del Comitato scientifico di "Donne in Neuroscienze", che hanno avviato un progetto che mira ad essere al servizio di tutte le donne che operano nel settore.

Pochi mesi fa la notizia che il Parlamento europeo ha adottato la dichiarazione in cui si chiede la designazione del 2014 come "*Anno Europeo per la conciliazione tra vita lavorativa e familiare*". Dichiarazione firmata da 388 parlamentari.

Notizia che, dunque, sottolinea e testimonia ancora una volta la centralità del problema. A confrontarsi, scambiandosi dati e idee sono state sette donne, che hanno condotto studi sul problema.

Ad aprire i lavori la fiorentina Barbara Imbergamo, Presidente del sito Sociolab, che si occupa di ricerca sociale e partecipazione e di temi del lavoro. Ha presentato una serie di slide con i dati europei sulla conciliazione tra lavoro e famiglia che dimostrano come il nostro Paese sia tra i più arretrati a costruire un rapporto di collaborazione domestica. Ne è emerso, inoltre, che il tempo dedicato dalle donne alla cura della casa è di 3 ore in più rispetto agli uomini.

Federica Giuliani, Presidente della Commissione Pari Opportunità Comune di Firenze ha raccontato la sua

Maria Grazia Piscaglia, Marina Rizzo e Giuseppe Neri.

Da sinistra: Pierangelo Geppetti e Salvatore Mangiafico.

Scorcio di pubblico.

Tavola rotonda.

esperienza di donna genitore e impegnata in politica ed ha suggerito idee, favorendo anche nuovi interessanti incontri. Non è mancata la voce delle donne medico, professioniste che dividono il loro tempo e l'impegno quotidiano tra le corsie d'ospedale e le loro abitazioni. Da Antonella Vezzani, presidente del Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità (CUG), Ospedale di Parma, che ha condotto uno studio sulla Conciliazione nell'Azienda Ospedaliera dell'Università di Parma, a Senia Seno, referente della commissione pari opportunità dell'Ordine dei Medici di Imperia, che invece ha preparato un resoconto sul ruolo e la presenza femminile nella professione medica della sua Provincia.

Maria Pia Ganzer, referente della Commissione Conciliazione del CUG e responsabile INAIL della sede di Bassano del Grappa, ha parlato di un altro aspetto interessante, quello che riguarda gli infortuni delle donne dovuti a un carico familiare maggiore rispetto agli uomini. Le donne si ritrovano a ricoprire sempre più ruoli nell'arco delle 24 ore: mogli, madri, figlie, lavoratrici. La Ganzer ha presentato dati e parlato di metodologie che possono avviare al benessere e alla prevenzione degli infortuni.

Interessanti anche le schede preparate dalla Dottoressa Federica Zolfanelli, Direttore di Anatomia Patologica ASL 10 di Firenze e Presidente della Commissione Pari Opportunità del comune di Scandicci (Firenze), e le riflessioni della giovane nefrologa campana, Marilù Bartiromo, che ha spiegato l'importanza della comunicazione come base di una migliore medicina ed ha discusso con le colleghe di network al femminile.

Un confronto costruttivo che assicura una maggiore conoscenza del problema e può avviare a nuovi interessanti percorsi. (*Cristiana Matano*)

Il gruppo delle relatrici.

L'incontro di Donne in Neuroscienze si è aperto al mattino con una sessione dedicata a "Dolore e Donna", con l'introduzione del Prof. Pierangelo Geppetti, Direttore del Centro Cefalee dell'AOU "Careggi", del Dott. Salvatore Mangiafico, Presidente del Congresso, e del Dott. Giuseppe Neri, Presidente SNO. Sono intervenuti Cristina Mastronicola, responsabile Federdolore (Società Italiana dei Clinici del Dolore) dell'Emilia-Romagna e portavoce della Fondazione ISAL (che si propone con di promuovere l'approfondimento delle tematiche inerenti alla sofferenza), insieme a Renato Vellucci, membro della Commissione Ministeriale "Cure palliative e terapie del dolore" e Presidente Federdolore della regione Toscana, che hanno affrontato i diversi aspetti del dolore cronico al femminile.

L'emicrania nella donna è stata trattata invece da Silvia Benemei del Centro Cefalee dell'AOU "Careggi". Stefania Musco, Neuro-Urologa dell'Unità Spinale della stessa Azienda, ha relazionato sui complessi aspetti del dolore pelvico. Ne è seguito un animato dibattito a testimonianza dell'interesse dei temi trattati. Temi che saranno oggetto del progetto nazionale "Dolore e Donna", che sarà presentato il prossimo 26 settembre a Palermo e che prenderà avvio nel 2014. Tutte le interessate potranno trovare ulteriori informazioni sul sito www.donnein.com.

La lotta al dolore fa parte dei compiti primari della medicina e della società, eppure è gravata in Italia da molte insufficienze che limitano il diritto ad avere una terapia antalgica efficace, diritto di cui ciascuno dovrebbe godere. (*Angela Verlicchi*)

CONGRESSO NAZIONALE SNO 2013

PREMIO POSTER "GIANCARLO SCARDA"

Durante il recente Congresso SNO di Firenze, in occasione dell'Assemblea Generale, il Presidente Massimo de Bellis, ha presentato i vincitori del Concorso per i miglior poster del premio in ricordo di Giancarlo Scarda.
I Soci presenti in Assemblea, si sono associati con il Presidente per fare i complimenti ai rappresentanti dei gruppi di lavoro risultati vincitori, accolti con un caloroso applauso. Il Presidente ha poi sottolineato il fatto che tutti i premiati al primo posto per ogni sessione hanno come primo nome una Collega e questo è indicativo di dove stiano andando le neuroscienze. La stessa SNO dovrà tenerne conto. È stato, inoltre, ringraziato per il lavoro svolto Bruno Lucci, Coordinatore della commissione giudicatrice.

AREA NEUROLOGICA

Primo classificato

POSTER 67

IL TRATTAMENTO CON TOSSINA BOTULINICA TIPO A NELLA SPALLA PLEGICA DOLOROSA

Chiara Cesaretti[1,2], A. Pizzi[1], F. Sciarrini[3], C. Falsini[1], M. Martini[1], C. Baldini[1], F. Chiaravalloti[4], F. Posteraro[5], F. Dominici[5], S. Lori[2], F. Pinto[2], A. Grippo[1,2]

[1] *IRCCS Centro di Riabilitazione "Don Carlo Gnocchi", Firenze*
[2] *SOD Neurofisiopatologia, DAI Neuroscienze, AOUC "Careggi", Firenze*
[3] *Centro Ospedaliero Riabilitazione Intensiva (CORI), Passignano sul Trasimeno (PG), USL2 Umbria*
[4] *UO Riabilitazione Intensiva Neuromotoria, Trevi (PG), USL3 Umbria*
[5] *Riabilitazione Neurologica, Centro Clinico di Ribilitazione Multispecialistico "Auxilium Vita", Volterra (PI)*

La spalla dolorosa è una complicanza frequente (34-84%) nel paziente emiplegico da lesione del I motoneurone ed è associata ad una ridotta qualità della vita, ad un ridotto recupero funzionale e ad un rallentamento del processo riabilitativo. Può insorgere precocemente nelle prime due settimane dall'evento acuto o dopo alcuni mesi. Scopo del lavoro è stato quello di valutare l'efficacia della Tossina Botulinica (ToBo) nel trattamento della spalla plegica dolorosa.
Reclutati 31 pazienti con diverso grado di dolore e ipertono di spalla e sottoposti a blocco neuromuscolare con ToBo tipo A (150 Kd) priva di complesso proteico. Sono state valutati: la Franchay Arm Test (FAT), la scala di Ashworth modificata (MAS), il Range of motion (ROM) passivo, la Medical Research Council (MRC) e la Visual Analogic Scale (VAS) a riposo (R) e durante il nursing (N) al tempo 0, ad 1 mese (T1) e a 3 mesi (T2) dal trattamento.
Al T1 si è osservata una riduzione significativa della VAS (R e N) ($p < 0,0001$); della MAS ($p = 0,04$) e del ROM passivo ($p < 0,0001$) a livello di spalla, senza significativi cambiamenti a T2 e una iniziale ricomparsa dell'ipertono, ma non del dolore. Il grado di riduzione del dolore è risultato sovrapponibile nei due gruppi di pazienti con differente grado di spasticità iniziale. Non significativi cambiamenti alla valutazione della MRC e della FAT. I risultati supportano l'ipotesi di un meccanismo di azione antinocicettivo non correlato alla riduzione dell'ipertono.

Secondo classificato

POSTER 75

STUDIO ECOGRAFICO NEURO-MUSCOLARE IN SOGGETTI SANI DI ETÀ PEDIATRICA: DATI NORMATIVI

E. Molesti, V. Saia, M. Marinoni, E. Efimova, S. Gabbanini, M.E. Bastianelli, C. Poggesi, F. Lolli, F. Pinto, S. Lori
Laboratorio di Neurosonologia, SOD di Neurofisiologia Clinica, Dipartimento di Neuroscienze, AOU "Careggi", Firenze

La tecnica ecografica NeuroMUScolare (NMUS) è non invasiva, indolore ed economica e testa velocemente estese aree muscolari, consentendo una valutazione morfo-strutturale del muscolo, applicabile in età pediatrica. La letteratura è però scarsa riguardo ai fisiologici cambiamenti muscolari durante lo sviluppo. Stiamo conducendo uno studio normativo (Health-Technology-Assessment, approvato dal Comitato Etico locale), su 150 soggetti in età pediatrica (suddivisi in 5 fasce d'età) con NMUS, che prevede la valutazione qualitativa-quantitativa (muscolo: ecogenicità, spessore, pennazione; nervo: area) bilaterale dei muscoli: tibiale anteriore, estensore lungo dell'alluce, quadricipite, gemelli, soleo, flessori dell'avambraccio, bicipite brachiale e dei nervi ulnare-surale. Finora abbiamo valutato 100 soggetti (maschi 49 e femmine 51, tra 2-16 anni).
Risultati preliminari. I soggetti più giovani mostrano minor ecogenicità muscolare rispetto ai più grandi; gli spessori muscolari (MT) e le aree dei nervi (valutate su 50 soggetti) aumentano con l'età (particolarmente nell'adolescenza). L'MT delle femmine è minore rispetto ai maschi nelle età più basse, con una relazione tra (Body Mass Index (BMI) e MT.
Conclusioni. Lo studio NMUS è uno strumento utile e facilmente applicabile nella valutazione dei cambiamen-

ti fisiologici strutturali del muscolo durante la crescita, la cui conoscenza è cruciale per una corretta interpretazione ed utilizzo delle indagini diagnostiche più invasive nel sospetto di patologie neuromuscolari pediatriche.

Terzo classificato

POSTER 72

LA PRIMA DESCRIZIONE DI UN PAZIENTE ALBANESE IMMIGRATO IN ITALIA AFFETTO DA CEREBRAL AUTOSOMAL-DOMINANT ARTERIOPATHY WITH SUBCORTICAL INFARCTS AND LEUKOENCEPHALOPATHY (CADASIL)

M. Caggiula[1], L. Carmillo[1], L. Barbarini[1], F. My[1], A. Martano[1], F. Ciccirillo[2], G. Trianni[1]
[1] *Neurologia,*
[2] *Cardiologia, Ospedale "Vito Fazzi", Lecce*

La CADASIL è una malattia cerebrovascolare ereditaria dovuta a mutazioni del gene Notch3 a livello del locus cromosomico 19p13. Lo spettro clinico della malattia comprende episodi ischemici ricorrenti, deficit cognitivi, cefalea e disturbi psichiatrici. Descriviamo il caso di HG, un uomo di 37 anni di origine albanese, che si è presentato nel Pronto Soccorso del nostro ospedale lamentando l'improvvisa comparsa di difficoltà nell'articolazione della parola ed impaccio motorio agli arti di sinistra. HG riferiva casi di ischemia cerebrale nella sua famiglia. Una TC cranio effettuata in urgenza rilevava multiple aree ipodense a margini da riferire a focolai di gliosi. Un esame RM encefalo effettuato nei giorni successivi mostrava multiple aree iperintense, in FLAIR e T2-weighted, ed ipointense, in T1-weighted, sottocorticali e periventricolari bilateralmente; una lesione con sede capsulo-nucleare posteriore destra, presentava diffusione ristretta e tenue enhancement dopo mezzo di contrasto, come da lesione ischemica recente. L'esame del liquor era normale e tutti gli esami condotti sul sangue non mostravano alterazioni di rilievo. Le indagini strumentali cardio-vascolari risultavano normali. L'analisi del DNA evidenziava la mutazione R133C nell'esone 4 del gene Notch3, confermando la diagnosi di CADASIL.

Conclusioni. Nonostante la CADASIL sia stata descritta in molti Paesi e in vari gruppi etnici, prevalentemente nelle popolazioni francese, tedesca ed italiana, nessun paziente albanese è stato descritto fino ad ora.

AREA NEUROCHIRURGICA

Primo classificato

POSTER 61

MALFORMAZIONI ARTERO-VENOSE CEREBRALI ED EPILESSIA: UNO STUDIO ITALIANO

Francesca Galletti[1,9], C. Costa[2], L.M. Cupini[3], P. Eusebi[4,9], M. Hamam[5], N. Caputo[6], S. Siliquini[2], C. Conti[7], E. Moschini[1], P. Lunardi[8], S. Carletti[1,7], P. Calabresi[2,9]
[1] *Neurologia, Ospedale "S. Maria", Terni*
[2] *Clinica Neurologica, Università degli Studi, Perugia*
[3] *Neurologia, Ospedale "S. Eugenio", Roma*
[4] *Regional Health Authority of Umbria*
[5] *Neuroradiologia, Ospedale "S. Maria della Misericordia", Perugia*
[6] *Neuroradiologia, Ospedale "S. Maria", Terni*
[7] *Neurochirurgia, Ospedale "S. Maria", Terni*
[8] *Neurochirurgia, Università degli Studi, Perugia*
[9] *Fondazione IRCCS "S. Lucia", Roma*

Obiettivo. Correlare le caratteristiche angiostrutturali delle Malformazioni Artero-Venose cerebrali (MAV) con l'epilessia, come presentazione clinica.

Metodi. Studio prospettico, osservazionale, condotto sui pazienti afferiti consecutivamente alla Clinica Neurologica e alla Neurochirugia dell'Università degli Studi di Perugia e alla Neurochirugia dell'Ospedale "S. Maria" di Terni, in un decennio (1 gennaio 2002 - 1 giugno 2012).

Risultati. Sono stati esaminati 101 pazienti, di cui il 30,7% con epilessia come presentazione clinica. Tra i due gruppi di pazienti, con e senza epilessia, sono state trovate differenze significative ($p < 0,05$) solo per le caratteristiche angiostrutturali delle MAV (localizzazione, lato, topografia e drenaggio venoso). Nei pazienti epilettici era prevalente una localizzazione nel lobo temporale, a sinistra, una topografia e un drenaggio venoso superficiale. L'analisi di regressione logistica ha dimostrato una correlazione con la localizzazione temporale e frontale e con una topografia superficiale. L'associazione più significativa (odds ratio: 3,48; 95% confidence interval: 1,77-6,85) è stata osservata con la localizzazione temporale.

Conclusioni. Le modificazioni emodinamiche e il remodeling vascolare delle MAV possono contribuire ai meccanismi dell'epilettogenesi. Solo MAV con specifiche caratteristiche angiostrutturali, tra cui la localizzazione nel lobo temporale, sono associate all'epilessia come manifestazione clinica di esordio.

Secondo classificato

POSTER 15

TRATTAMENTO DELLE FRATTURE VERTEBRALI TORACO-LOMBARI POST-TRAUMATICHE IN PAZIENTI OSTEOPOROTICI: NOSTRA ESPERIENZA

M. Passanisi, N. Alberio, M. Fricia, F. Inserra, A. Spitaleri, P. Seminara
UOC Neurochirurgia, AO "Cannizzaro", Catania

Introduzione. Il trattamento delle fratture vertebrali dorso-lombari posttraumatiche rimane a tutt'oggi controverso nella letteratura internazionale. Il trattamento di queste fratture può prevedere:

- trattamento conservativo o bracing nelle fratture considerate stabili;
- approccio posteriore con o senza decompressione, con stabilizzazione transpeduncolare o con uncini (open o mini-invasiva in assenza di decompressione);
- approccio anteriore;
- approccio combinato;
- cifoplastica (o vertebroplastica) percutanea o cifoplastica associata alla stabilizzazione transpeduncolare.

Obiettivi. Gli scopi del trattamento chirurgico sono:

- decompressione degli elementi nervosi,
- reintegrare l'altezza del corpo vertebrale,
- correzione della deformità angolare,
- precoce mobilizzazione.

La cifoplastica percutanea con palloncino permette il trattamento mini-invasivo delle fratture di tipo A in assenza di deficit neurologici, consentendo il ripristino dell'altezza del corpo vertebrale traumatizzato, la risoluzione del dolore, una breve degenza con una rapida ripresa delle normali attività lavorative ed il rispetto della biomeccanica spinale. Gli autori riportano la loro esperienza nel trattamento delle fratture dorso-lombari post-traumatiche in pazienti osteoporotici nel corso degli ultimi tre anni.

Materiali e metodi. Sono stati trattati presso la nostra Unità Operativa 12 pazienti con fratture vertebrali dorsolombari, di tipo A, dei quali 8 femmine e 4 maschi; l'età era compresa fra 74 e 79 anni. Il criterio di trattamento da noi adottato è stato il seguente: Trattamento con cifoplastica nei casi A1.1, A.1.2, A.1.3, Artodesi posteriore con viti peduncolari cannulate e fenestrate e iniezione di metilmetacrilato. I pazienti sono stati valutati preoperatoriamente con un esame obiettivo neurologico, test clinici, quali Visual Analogue Scale (VAS) e Oswestry Disability Index (ODI), esami radiografici standard del rachide in toto; RM e TC spinale mirata agli spazi interessati, con misurazione dell'altezza del soma vertebrale e dell'angolo di Cobb. Nel follow up, sono state eseguite valutazioni cliniche, anche con l'ausilio di test (VAS e Oswestry), e radiologiche (radiografie standard del rachide). I vantaggi di questo tipo di trattamento percutaneo sono innegabilmente la minore perdita di sangue, il ridotto dolore postoperatorio, i tempi di recupero molto più rapidi rispetto al trattamento tradizionale.

Risultati e conclusioni. È stato eseguito follow up a un mese, tre mesi, sei mesi, un anno e fino a tre anni; i risultati clinici e i controlli neuroradiologici postoperatori hanno dimostrato l'assenza di complicanze. Alla luce della nostra esperienza il trattamento delle fratture toraco-lombari post-traumatiche in pazienti osteoporotici per via posteriore con cifoplastica e/o con artrodesi con viti peduncolari fenestrate e iniezione di metilmetacrilato associato a "spinal bracing" in casi selezionati può essere considerato sicuro, limitando le complicanze intra e postoperatorie.

BIBLIOGRAFIA

1. Burton AW, Rhines LD, Mendel E. Vertebroplasty and kyphoplasty: a comprehensive review. Neurosurg Focus 2005; 18 (3): E1.
2. Oppenheimer JH, DeCastro I, McDonnell DE. Minimally invasive spine technology and minimally invasive spine surgery: a historical review. Neurosurg Focus 2009; 27 (3): E9.
3. Thongtrangan I, Le H, Park J, Kim DH. Minimally invasive spinal surgery: a historical perspective. Neurosurg Focus 2004; 16 (1): E13.
4. Gioia G, Mandelli D, Gogue R. Treatment of typical amyelic somatic fractures with kyphoplasty and calcium phosphate cement: a critical analysis. Eur Spine J 2012; 21 (Suppl 1): 108-111.
5. Maestretti G, Cremer C, Otten P, Jakob RP. Prospective study of standalone balloon kyphoplasty with calcium phosphate cement augmentation in traumatic fractures. Eur Spine J 2007; 16 (5): 601-610.
6. de Falco R, Scarano E, Di Celmo D, Grasso U, Guarnieri L. Balloon kyphoplasty in traumatic fractures of the thoracolumbar junction. Preliminary experience in 12 cases. J Neurosurg Sci 2005; 49 (4): 147-153.
7. Olivier E, Beldame J, Ould-Slimane M, Puech N, Lefebvre B, Marouteau-Pasquier N, Defives T, Duparc F. [Treatment of thoracolumbar junction burst fractures (Magerl A3) by balloon kyphoplasty: anatomic study.] Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot 2007; 93 (7): 666-673.

Terzo classificato

POSTER 16

MENINGIOMA, MALFORMAZIONE ARTERO-VENOSA E ANEURISMA: LA SIMULTANEA PRESENZA DI TRE LESIONI INTRACRANICHE. CASE REPORT E REVIEW DELLA LETTERATURA

A. Boschi[1], M. Capozza[1], E. Cipolleschi[1], P.C. Cecchi[2], B. Noubari[2], S. Nappini[3], S. Mangiafico[3], F. Ammannati[2]

[1] *Dipartimento di Neurochirugia, Università degli Studi, Firenze*

[2] *Dipartimento di Neurochirurgia, Azienda Ospedaliera-Universitaria "Careggi", Firenze*

[3] *Neuroradiologia Interventistica, Azienda Ospedaliera-Universitaria "Careggi", Firenze*

Si riporta il caso di un paziente affetto da un meningioma intracranico associato ad una Malformazione Artero-Venosa (MAV) e ad un aneurisma intracranico. Maschio di 62 anni, giunto alla nostra attenzione per tremore alla mano destra e rallentamento ideomotorio. Le indagini neuroradiologiche effettuate all'entrata hanno dimostrano la presenza di un meningioma della convessità fronto-temporale destro, di 66 x 62 mm, che disloca a sinistra il sistema ventricolare sovratentoriale di circa 2 cm, prendendo medialmente contatto con l'arteria cerebrale media. In corrispondenza del polo posteriore di questa lesione si riconosceva una MAV con nidus di 3,2 cm, feeders provenienti dall'arteria cerebrale media destra e dall'arteria corioidea anteriore destra, con drenaggi venosi superficiali che scaricano nella vena di Trolard e di Labbè di destra (Spezler-Martin 2). Si evidenzia, inoltre, un aneurisma carotido-oftamico destro verosimilmente "flow related" di 2 mm. Si è provveduto all'exeresi del meningioma, effettuata con Cavitron Ultrasonic Surgical Aspirator (CUSA), dopo isolamento dell'asse silviano con microdoppler e asportazione del nidus della MAV, circoscritto con tecnica di Hashimoto. Viste le esigue dimensioni, l'aneurisma non è stato trattato. Ai controllo postoperatori, completa asportazione di entrambe le lesioni. La revisione della letteratura ha rilevato un solo altro caso descritto.

AREA NEURORADIOLOGICA

Primo classificato

POSTER 26

TRATTAMENTO ENDOVASCOLARE MEDIANTE MULTIPLE SESSIONI DI INFUSIONE INTRA-ARTERIOSA DI NIMODIPINA DEL VASOSPASMO DOPO EMORRAGIA SUBARACNOIDEA ACUTA

Sandra Bracco[1], D.G. Romano[1], F. Marchi[2], S. Cioni[2], P. Gennari[1], I.M. Vallone[1], M. Bellini[1], L. Monti[1], P. Piu[3], R. Tassi[3], A. Cerase[1]

[1] *UOC Neuroimmagini e Neurointerventistica,*

[2] *Stroke Unit,*

[3] *Neurofisiologia Clinica, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Neurosensoriali, AOU Senese, Policlinico "S. Maria alle Scotte", Siena*

Introduzione. In caso di Vasospasmo Arterioso (VA) severo da Emorragia Subaracnoidea Acuta (ESA), una possibile opzione terapeutica è la terapia endovascolare mediante angioplastica (Percutaneous Transluminal Angioplasty: PTA) e/o infusione intraarteriosa di vasodilatatori(1). Presentiamo i risultati preliminari della nostra esperienza nel trattamento endovascolare del VA severo.

Metodologia. Tra aprile 2009 e dicembre 2012, 30 femmine e 14 maschi (età: 32-79 anni) con VA severo dopo ESA, da rottura di aneurisma intracranico [Hunt-Hess 1 (8), 2 (20), 3 (7), 4 (4), 5 (5); Fisher 1 (2), 2 (3), 3 (9), 4 (30)] trattata per via endovascolare (25) o chirurgica (19), sono stati sottoposti a 296 procedure: 11 PTA e 285 Infusioni Intraarteriose di Nimodipina (IIN) (dose: 2,5-5 mg) in sessioni singola (3) o multiple (41, da 2 a 18 sessioni). 38 pazienti sono stati trattati solo mediante IIN, 1 solo con PTA e 5 in modo combinato.

Risultati. Complicanze intra/periprocedurali maggiori sono state: 2 dissezioni [Arteria carotide interna (trattata con successo con stenting) e Cerebrale Media (ACM) durante PTA] e 1 embolismo di ACM durante IIN. L'outcome secondo Rankin score era: 0-2 (20 pazienti), 3-4 (9), 5-6 (9). 6 pazienti sono deceduti, 1 solo per motivi intra/periprocedurali.

Conclusioni. Nel VA severo, la terapia endovascolare, anche in sessioni multiple di IIN, è una valida opzione.

BIBLIOGRAFIA

1. Pierot L, Aggour M, Moret J. Vasospasm after aneurysmal subarachnoid hemorrhage: recent advances in endovascular management. Curr Opin Crit Care 2010; 16 (2): 110-116.

Secondo classificato

POSTER 103

TECNICHE DI RISONANZA MAGNETICA NON CONVENZIONALI NEL GRADING DEI GLIOMI CEREBRALI

I. Desideri, M. Sabato, S. Fabbri, I. Pesaresi, F.M. Quaglia, M. Cosottini, M. Puglioli

Dipartimento di Radiodiagnostica e Radiologia Vascolare ed Interventistica, Università degli Studi, Pisa

Sono stati valutati retrospettivamente 56 pazienti con diagnosi istologica di neoplasia astrogliale (9 a basso grado di malignità e 47 ad alto grado), sottoposti a esame RM convenzionale con e senza mezzo di contrasto endovena, con sequenze pesate in diffusione (Diffusion Weighted Imaging: DWI), perfusione (Perfusion Weighted Imaging: PWI) e spettroscopia (Magnetic Resonance Spectroscopy: MRS). Il Volume Ematico Cerebrale relativo (rCBV) è stato misurato a livello delle regioni di massima perfusione. I valori di Coefficiente di Diffusione Apparente (ADC) sono stati ottenuti dalla regione tumorale di massima restrizione della diffusività. Sono stati calcolati i rapporti tra i metaboliti Colina/Creatina (Cho/Cr), colina/N-Acetil-Aspartato (Cho/NAA) e N-acetil-aspartato/creatina (NAA/Cr). Per ogni parametro sono state elaborate curve Receiver Operating Characteristic (ROC) e calcolati i valori di cut-off, sensibilità e specificità nella discriminazione tra gliomi ad alto e basso grado. Dall'analisi delle curve è emerso che l'rCBV e il rapporto Cho/NAA hanno mostrato la maggiore accuratezza (Area Under the Curve: AUC rispettivamente di 0,91 e 0,88). Tra le tecniche non convenzionali in RM, la perfusione e la spettroscopia si sono dimostrate le più attendibili nel grading delle neoplasie astrogliali encefaliche.

Terzo classificato

POSTER 23

SINDROME INFIAMMATORIA DA IMMUNORICOSTITUZIONE (IRIS) CON COINVOLGIMENTO DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE IN PAZIENTE HIV POSITIVA: CASE REPORT E REVIEW DELLA LETTERATURA

E. Bonzano, L. Castelletti, L. Allegretti, S. Ballerini, L. Roccatagliata, L. Barletta, L. Castellan

Unità Operativa di Neuroradiologia, Istituto "Gaslini" e IRCCS AOU "S. Martino", Genova

La Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome (IRIS) con coinvolgimento del Sistema Nervoso Centrale (SNC), descritta per la prima volta nel 1992, è citata raramente in letteratura. La SNC-IRIS può esordire nelle 2-14 settimane dall'inizio dell'Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART), manifestandosi come una risposta infiammatoria esuberante a un antigene latente o a un auto-antigene da pregressa infezione.

Descriviamo il caso di una giovane HIV+ che, 6 anni dopo aver interrotto la terapia antiretrovirale, presentava un'alta carica virale (633.800 copie/ml con CD4+ = 6,9 cellule) che ha imposto l'avvio dell'HAART.

Dopo due settimane di terapia presentava rapido declino neurologico e alla RM un'estesa iperintensità nelle sequenze T2, coinvolgente sia la sostanza grigia sia la bianca temporo-occipitale, con estensione controlaterale attraverso lo splenio. Dopo mezzo di contrasto, oltre la disomogenea impregnazione della lesione, si evidenziava la spiccata presa di contrasto di alcuni spazi perivascolari.

La RM funzionale ha dimostrato una perfusione non aumentata e segni di deplezione neuronale, con aumentato turnover cellulare.

Il quadro era suggestivo per IRIS, ma fra le altre ipotesi veniva considerata quella neoplastica. La biopsia confermava la natura infiammatoria con aspetti di tipo infettivo.

La paziente ha proseguito l'HAART e le RM successive hanno dimostrato un costante miglioramento consensuale alla clinica e al laboratorio (HIV-RNA quantitativo = 15/CD4+ = 185).

Il rapido riconoscimento all'imaging dell'IRIS è fondamentale.

GRUPPO DI STUDIO SNO NEUROESTETICA

IL CERVELLO VISIVO TRA PERCEZIONE E ARTE

Figura 1.

Il termine Aesthetica, dal greco aisthesis (sensazione) venne coniato da Baumgarten nel 1735, scrivendo che "*l'estetica è la scienza della conoscenza sensibile*".

Al contrario "la neuroestetica", secondo uno dei suoi fondatori, Semir Zeki, muove da tre premesse generali:

1) le arti visive devono obbedire alle leggi del cervello visivo, sia nella fruizione sia nella creazione;
2) le arti visive sono un'estensione del cervello visivo che ha la funzione di acquisire nuove conoscenze;
3) gli artisti sono in un certo senso dei neurologi che studiano le capacità del cervello visivo con tecniche peculiari.

L'arte è quindi un'estensione della funzione del cervello. E l'artista è come un neuroscienziato che esplora le potenzialità e le capacità del cervello, con tecniche del tutto personali, coadiuvandolo nella comprensione del mondo.

Ancor prima delle tesi di Zeki, la neuroestetica trova il proprio significato in una valenza ontologica. Ogni giorno apriamo gli occhi e creiamo il mondo; qualcosa là fuori, quelli che per convenzione vengono chiamati come oggetti, eccita i nostri organi di senso, e tale percetto viene elaborato dal nostro cervello, per vie in gran parte sconosciute, a configurare il dato fenomenico, la nostra realtà.

Per questo la neuroestetica, ovvero lo studio delle basi neurobiologiche della creazione e della fruizione dell'opera d'arte, rappresenta un modello sperimentale ideale per studiare tale fenomeno di smontaggio, elaborazione e riconfigurazione dei dati fenomenici che si chiama realtà.

Tutti gli altri animali del nostro pianeta creano diverse rappresentazioni del mondo esterno, quanto più funzionali possibili alla loro conservazione come specie. Infatti, ogni animale vede il mondo attraverso una finestra visiva peculiare per quel singolo animale. Tuttavia, a dispetto di grandi diversità tra le varie specie (e le varie culture), ci sono probabilmente solo pochi modi per costruire sistemi percettivi efficienti, perché probabilmente le regole di funzionamento generali del cervello si assomigliano.

Probabilmente le regole e i principi attraverso cui vengono configurati, strutturati e organizzati gli oggetti dell'esperienza percettiva non variano sempre da specie a specie a configurare tante diverse realtà, piuttosto esistono alcuni principi-base inter-specie che ci permettono di focalizzare la luce per formare immagini. Scimmie, pulcini e barbagianni sono capaci di percepire il triangolo di Kanizsa e completano amodalmente gli oggetti parzialmente occlusi (completamento amodale). Questo permette a tali specie di non vivere in un mondo visivo costituito da frammenti, ma di costituire immagini caratterizzate dalla presenza di *figure* segregate e ben distinte rispetto ad uno *sfondo* grazie alla percezione di *margini* o *bordi*, laddove la stimolazione fisica rileva delle differenze (*Figura 1*).

Altri artisti, con lo stesso obiettivo, si sono accostati al problema e si sono chiesti se esistano degli universali delle forme, ossia degli elementi che costituiscono la parte essenziale di tutte le forme. Proprio questa ricerca ha portato all'emergere delle linee come forma predominante in molte opere d'arte moderna. Questa attenzione particolare alle linee non deriva da conoscenze geometriche profonde o da concettualizzazioni intellettuali degli artisti, ma semplicemente dagli esperimenti fatti da questi per ridurre l'insieme delle forme all'essenziale o, posto in termini neurologici, per cercare e trovare che cosa può essere l'essenza di una forma così come è rappresentata nel cervello (*Figura 2*).

La linea ha un ruolo dominante nell'arte da molto tempo prima della scoperta da parte di Hubel e Wiesel (premi Nobel 1981) della selettività dell'orientazione nel 1959. Infatti, recenti scoperte della neurofisiologia hanno mostrato che nella corteccia visiva predominano cellule che reagiscono selettivamente alle linee con un'orientazione specifica (cellule selettive all'orientazione). Le cellule con preferenze comuni tendono a raggrupparsi insieme e a separarsi da quelle con altre preferenze (*Figura 3*).

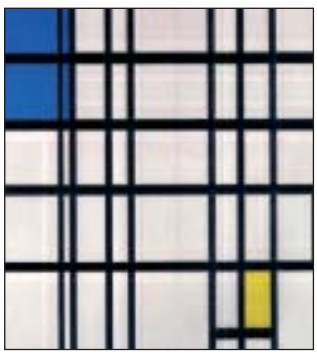


Figura 2.

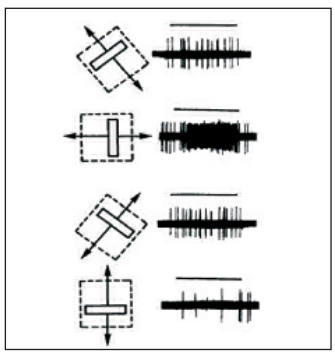


Figura 3.

Figura 4.

Un altro esempio di come l'arte possa essere modellata sulla fisiologia dell'area cerebrale visiva si può trovare nella relazione tra "arte cinetica" - un'arte in cui il movimento reale è una componente dell'opera - e la fisiologia dell'area V5, specializzata per il movimento visivo. Alcune cellule di V5 reagiscono al movimento multidirezionale, ma un maggior numero è selettivo per una direzione orientata, cioè risponde al movimento in un verso, ma non a quello nel verso opposto o a nessun movimento. Tutte sono indifferenti al colore dello stimolo e molte sono indifferenti anche alla forma. Nello sforzo di privilegiare il movimento, l'opera degli artisti cinetici si sviluppò nella stessa direzione: accentuando il movimento e depotenziando la forma ed il colore, adattando (senza saperlo) le loro creazioni cinetiche alla fisiologia dell'area V5 (*Figura 4*).

Con gli sviluppi delle neuroscienze degli ultimi cinquanta anni, la visione, piuttosto che una privilegiata forma della conoscenza, è diventata essa stessa un oggetto di studio, di osservazione. La visione, inoltre, non è più subordinata a un'immagine esteriore del vero e del giusto, e l'occhio non deve più necessariamente sostenere l'idea di un mondo reale, perché come ha detto un grande studioso della percezione visiva, Sir Richard Gregory: "I nostri cervelli creano molto di ciò che vediamo, aggiungendo quello che dovrebbe essere lì".

Enrico Grassi
Coordinatore
del Gruppo di Studio SNO
"Neuroestetica",
Neurologia, Ospedale Civile
"Misericordia e Dolce", Prato

DALLE SEZIONI REGIONALI

COORDINAMENTO SNO SICILIA

Verbale Assemblea Soci Sezione Regionale SNO Sicilia, Palermo 17 aprile 2013

1. In data 17 aprile 2013, alle ore 19.00, nella saletta attigua alla sala conferenze di Villa Magnisi a Palermo, inizia l'Assemblea dei soci SNO - Regione Sicilia. Le votazioni per il rinnovo del Coordinamento Regionale 2013-2015 si sono svolte dalle ore 13.30 alle ore 17.00, presso la stessa Villa Magnisi. Sono presenti:
- Prof. Placido Bramanti, Coordinatore Regione Sicilia,
- Dott. Alfredo Mattaliano,
- Dott. Emanuele Caggia,
- Dott. Michele Abrignani,
- Dott.ssa Marina Rizzo,
- Dott.ssa Rosa Maria Gaglio,
- Dott. Maurizio Elia,
- Dott. Antonio Gasparro.

2. Elezione dei membri del Coordinamento Regionale. Dopo le votazioni a scrutinio segreto si procede al conteggio dei voti per l'elezione del nuovo Coordinamento della Sezione Regionale SNO Sicilia. Lo spoglio e il conteggio vengono effettuati dal Dott. Alfredo Mattaliano e dal Dott. Michele Abrignani. Voti riportati:
- Abrignani Michele (Neurologo) = 14;
- Barbiera Filippo (Radiologo) = 7;
- Bramanti Placido (Neurologo) = 10;
- Caggia Emanuele (Neurologo) = 11;
- Elia Marizio (Neurologo) = 12;
- Gaglio Rosa Maria (Neurologo) = 13;
- Lo Presti Filippo (Neurologo) = 11;
- Mattaliano Alfredo (Neurologo) = 13;
- Pennisi Maria Giovanna (Neurologo) = 13;
- Saetta Marco (Neuroriabilitatore) = 9;
- Scaglione Vincenzo (Neurochirurgo) = 7.

I sovraelencati Soci risultano quindi eletti come membri del Coordinamento Regionale SNO Sicilia.

3. Il Coordinamento Regionale neoeletto procede quindi alla elezione del Coordinatore Regionale. Si valuta la possibilità di eleggere un neurochirurgo. Il dott. Scaglione, unico neurochirurgo potenzialmente candidabile, comunica, per il tramite della dott.ssa Rizzo, di non essere disponibile ad assumere tale incarico. Si decide quindi all'unanimità di eleggere un neurologo.

4. Il dott. Abrignani propone la candidatura del dott. Emanuele Caggia per la carica di Coordinatore Regionale SNO Sicilia. La proposta viene accettata all'unanimità e pertanto il Coordinamento Regionale elegge all'unanimità il Dott. Emanuele Caggia Coordinatore Regionale SNO Sicilia per il biennio 2013-2015.

5. Il Prof. Bramanti propone di organizzare un incontro regionale SNO a Messina entro la metà di giugno, per il passaggio ufficiale delle consegne. Comunicherà quanto prima al CD la data ed il luogo dell'incontro.

Rosa Maria Gaglio
Componente del Consiglio Direttivo
SNO Regione Sicilia

DALLE SEZIONI REGIONALI

COORDINAMENTO SNO CALABRIA

Verbale Assemblea Soci Sezione Regionale SNO Calabria, Pizzo Calabro 11 maggio 2013

Il giorno 11 maggio 2013, alle ore 9.30, in Pizzo Calabro, si è tenuto un Incontro Scientifico Regionale dei soci SNO della Regione Calabria sul tema: "Terapie invasive in ambito cerebrovascolare: specialisti a confronto", alla presenza dei rappresentanti di tutte le realtà ospedaliere calabresi.

Assume la Presidenza dell'Assemblea il Dott. Domenico Consoli, che invita il Dott. Franco Galati ad assumere l'incarico di Segretario verbalizzante.

Sono presenti tutti i gruppi Neurologici, Neuroradiologici e Neurochirurgici regionali, ad eccezione della sola Neurochirurgia di Cosenza.

Ha aperto l'incontro il Dott. Domenico Consoli, già past-president della Società ed attuale Presidente di SNO Service, con una relazione programmatica, che ha focalizzato l'importanza della SNO Regionale sulle scelte di politica sanitaria regionali. Tale ruolo dovrà essere ritagliato con proposte operative effettuate da una commissione-delegazione formata dai rappresentanti nel Consiglio Nazionale della SNO (sono candidati il Dott. Galati Franco e l'uscente Dott. Mauro Campello con ottime prospettive di elezione) e dal Coordinatore Regionale eligendo e coordinata dal Presidente Nazionale di SNO Service. La proposta del presidente è stata approvata all'unanimità.

Nell'occasione, per acclamazione, sono state rinnovate le cariche del Consiglio Direttivo Regionale, che sarà così composto:

- Coordinatore Dott. Domenico Bosco;
- Consiglieri Neurologi: Dott. Luciano Arcudi, Dott. Antonio De Gaetano, Dott. Giulio Fiorenza, Dott. Giovanni Franco, Dott. Giovanni Frontera, Dott. Angelo Gallo, Dott. Antonio Siniscalchi;
- Consiglieri Neurochirurghi: Dott.ssa Olga Gervasio, Dott. Francesco Beniamino Nicoletti;
- Consiglieri Neuroradiologi: Dott. William Auteri, Dott. Pierluigi Lanza.

Di diritto fanno parte i rappresentanti nazionali ed il Presidente di SNO Service.

Nel commento alla votazione, il Dott. Umberto Cannistrà ha sottolineato l'importanza che i neoeletti Consiglieri si impegnino a ridare alla Società lo slancio in termini di entusiasmo che la contraddistingueva alle origini, riprendendo quell'attaccamento al territorio che caratterizza i medici ospedalieri. Gli eletti ringraziano assicurando il massimo impegno.

L'incontro scientifico ha visto il susseguirsi di 8 relatori che hanno dibattuto, dai diversi punti di vista delle loro specificità di Neurologi, Neurochirurghi e Neuroradiologi, le malattie cerebro-vascolari nell'ottica dell'aggressione con terapie invasive.

La discussione è stata animata e ben condotta dai moderatori ed ha consentito ai partecipanti di poter conoscere quanto sia possibile fare in Calabria per il trattamento delle malattie cerebro-vascolari e l'alto livello raggiunto nelle tre discipline in Regione.

Dott. Franco Galati
Segretario verbalizzante
SNO Regione Calabria

RESOCONTO

CONGRESSO SNO SICILIA

Il Congresso Regionale SNO Sicilia si è tenuto, il 17 e 18 aprile 2013, nella splendida cornice di Villa Magnisi, residenza settecentesca ed oggi sede dell'Ordine dei Medici di Palermo. Un evento, presieduto da Alfredo Mottaliano, Direttore dell'UOC di Neurologia dell'ARNAS di Palermo, molto positivo sia per la qualità degli interventi che per i relatori, venuti da tutte le province, con coinvolgimento multidisciplinare in tutte le sessioni.

Notevole la partecipazione: sale piene e discussioni sempre animate hanno messo in luce le diverse realtà delle strutture siciliane ed il desiderio di maggiore collaborazione tra i diversi operatori. Le sessioni hanno riguardato l'ictus, le distonie, la disfagia, la cefalea ed il dolore, la neurooncolo-

A fianco del Consigliere SNO M. Rizzo il Presidente del Congresso, A. Mottalliano.

gia, la sclerosi multipla e le malattie degenerative. Agli incontri hanno partecipato anche i rappresentanti delle Associazioni di Pazienti. La sessione sulla distonia ha visto la presenza del Presidente nazionale dell'Associazione per la Ricerca contro le Distonie animato dal desiderio di realizzare nuove sezioni dell'Associazione in Sicilia.
Il giudizio positivo è stato unanime ed ha rappresentato una svolta sicuramente positiva per il Coordinamento SNO della Sicilia. A corollario dell'evento anche un simposio su "Donne e Neuroscienze", organizzato e presieduto da M. Rizzo e da M.G. Piscaglia, dove sono stati affrontati temi di medicina di genere come l'incontinenza urinaria nella donna e gli aspetti del dolore cronico femminile. (*Angela Verlicchi*)

ATTUALITÀ

CELLULE STAMINALI: IL FUTURO DELLA MEDICINA RIGENERATIVA O UNA PROMESSA TERAPEUTICA UTOPISTICA?

Le cellule staminali sono cellule non specializzate presenti in tutti gli organismi viventi. Diversamente da quelle specializzate mature, come la cellula cardiaca e nervosa, o comunque dalla grande maggioranza di tutte le altre cellule di un organismo, la cellula staminale riesce a rimanere sempre giovane. È fondamentalmente una cellula neonata a vita. La definizione di cellula staminale si basa essenzialmente su due sue caratteristiche funzionali che sono: 1) *autorigenerazione*, ossia la capacità di rigenerare se stessa all'infinito; 2) *capacità (potenza) differenziativa*, vale a dire la capacità di differenziarsi in uno o più tipi cellulari specializzati.
In un organismo esistono vari tipi di cellule staminali, alcune delle quali prendono il nome dal tessuto in cui risiedono. Generalmente si dividono in tre tipi principali: embrionali, fetali e adulte, dette anche somatiche. Oltre alla differenza di derivazione tessutale, le cellule staminali si distinguono per le capacità che hanno di generare popolazioni cellulari specializzate diverse: le cellule staminali che derivano dall'embrione, chiamate con la sigla ESC (dall'inglese *Embryonic Stem Cells*), sono "totipotenti", cioè in grado di generare un individuo completo se isolate dopo pochissimo tempo (48-72 ore) dalla fecondazione della cellula uovo (zigote), o "multipotenti" se isolate dopo una settimana o più (blastocisti) dalla fecondazione. In questo ultimo caso sono in grado di fare tanti tipi di cellule, ma non tutte. Infine, esistono cellule staminali "monopotenti/unipotenti", perché in grado di generare solo un tipo di cellula specializzata. Le cellule staminali fetali e adulte, cioè derivate rispettivamente da un feto (dopo12 settimane dalla fecondazione) o da individuo maturo adulto, possono essere solo o multipotenti o monopotenti.
È possibile, attraverso tecniche di estrazione, isolare, dai tessuti sia adulti che fetali/ embrionali, le cellule staminali. Mediante sistemi di coltivazione, con terreni di cultura appropriati, è possibile coltivarle in vitro, così da amplificare il loro numero in maniera considerevole. Queste tecniche, che si sono sviluppate soprattutto in questi ultimi 10 anni, hanno permesso di studiare meglio le loro caratteristiche; si è potuto capire meglio come possono essere identificate, come fanno a differenziarsi, oppure, quali molecole attive sono capaci di produrre. Le culture in vitro di cellule staminali, inoltre, hanno permesso di amplificare enormemente le nostre conoscenze per un loro uso terapeutico corretto nell'uomo. Un uso terapeutico, che già da molti anni era ampiamente conosciuto nella sua efficacia: per esempio con cellule staminali prelevate da midollo osseo adulto è stato, ed è, possibile curare patologie gravi come per esempio alcuni tumori del sangue (leucemia, linfomi). Tuttavia solo grazie alle nuove conoscenze ottenute dalla ricerca in questi ultimi anni, la cellula staminale è diventata un elemento fondamentale per lo sviluppo di terapie che un domani potrebbero aiutare molte malattie umane attualmente incurabili, o poco curabili. Malattie che possono includere patologie neurodegenerative (Parkinson, Alzheimer, lesioni del midollo spinale), vascolari (infarto del miocardio, dell'encefalo), neuromuscolari (distrofie, sclerosi multipla), genetiche (sclerosi laterale amiotrofica, atrofia muscolare spinale) e, molto più probabilmente, patologie oncologiche (vari tipi di tumori attualmente incurabili). Lo sviluppo della ricerca sulle cellule staminali ha dato persino origine ad una nuova branca della medicina denominata: "Medicina Rigenerativa". Di fronte agli incredibili vantaggi terapeutici che potrebbero derivare dalle cellule staminali, ci sono

però anche molti problemi che queste cellule portano con sé, o potrebbero generare, se utilizzate in modo improprio, in particolare se applicate su patologie su cui non è stata dimostrata sperimentalmente una eventuale efficacia. Ci sono delle pericolosità intrinseche all'uso delle cellule staminali che derivano dal fatto che possono generare tumori (tutte le cellule staminali sono potenzialmente tumorogeniche). Inoltre, alcuni tumori umani, per esempio, nascono da delle alterazioni genetiche che avvengono proprio nelle cellule staminali stesse.
Ci sono poi problemi legati alla loro produzione in vitro per scopi terapeutici nell'uomo. Infatti, le cellule staminali hanno bisogno di essere coltivate in strutture adeguate chiamate "GMP" (dal termine inglese *Good Laboratory Practice*). Queste strutture sono necessarie per far sì che, durante la produzione, le cellule non vengano contaminate con virus o batteri, contaminazioni che potrebbero renderle molto pericolose per la salute del paziente una volta trapiantate. Attualmente queste strutture sono poche e hanno dei costi economici di costruzione e manutenzione molto alti. Questo problema ovviamente limita molto l'uso delle staminali nella terapia che, conseguentemente, non può essere applicata su tanti pazienti, perché altrimenti si rischierebbe un default economico della sanità.
Infine, problema non meno importante, è quello legato alla informazione (più spesso disinformazione) sulle cellule staminali. Ci sono state, in questi ultimi anni, delle false informazioni, che sono girate attraverso i giornali e le televisioni, riguardanti le attuali proprietà terapeutiche delle cellule staminali. Come anche recentemente lo dimostra il caso *Stamina*, gestito da trasmissioni televisive, incuranti del bene dei pazienti ammalati, ma per motivi di ascolto (se non scandalistici), che hanno promosso una sperimentazione molto rischiosa perché non comprovata da nessuna preliminare e minima documentazione scientifica. In molte malattie genetiche (per esempio: atrofia muscolare spinale, leucodistrofia, ecc.), così come per altre malattie incurabili (lesioni gravi del midollo spinale, morbo di Alzheimer, coma, autismo, ecc.), l'efficacia curativa o migliorativa delle cellule staminali non è ancora stata dimostrata scientificamente. L'uso di cellule staminali, pertanto, non può essere proposto se non mettendo sotto grave rischi pazienti che non hanno speranza e che per tale motivo non possono essere usati come cavie!
In conclusione, la cellula staminale è indubbiamente una risorsa incredibile per la terapia futura di tante malattie umane attualmente incurabili, ma è anche dal punto di vista filosofico l'archetipo dell'immortalità biologica. Quindi,... domanda: "Se tutti noi grazie alle cellule staminali divenissimo immortali cosa succederebbe alla nostra specie?".

Giulio Alessandri
Fondazione IRCCS
Istituto Neurologico "Carlo Besta",
Milano

ALCUNI CONSIGLI ALLE ASSOCIAZIONI DEI MALATI PER SEGUIRE LA SPERIMENTAZIONE CLINICA SULLE CELLULE STAMINALI E PER EVITARE DI CREDERE A "FALSE TERAPIE"

1) Verificare (tramite internet) che il responsabile della ricerca sia un clinico o ricercatore che abbia un CV (Curriculum Vitae) specifico nell'ambito della patologia che propone di trattare.
2) Verificare la qualità della struttura che propone la cura con cellule staminali (ospedale, clinica, istituto di ricerca). Un'istituzione pubblica è meglio, se privata deve essere conosciuta a livello nazionale, se internazionale è meglio!
3) Evitare istituzioni private (onlus false!) che chiedano soldi per fare terapia sperimentale. Entrare in un trial clinico sperimentale non richiede contributi in denaro da parte del paziente; è assolutamente gratuito! La terapia sperimentale è a carico della pubblica amministrazione. Non si deve pagare! Le cellule staminali non possono curare attualmente malattie genetiche! Né malattie neurologiche gravi (atrofia muscolare spinale, morbo di Alzheimer, autismo, coma, ecc.)! Chi lo propone è un ciarlatano!
4) Verificare se esiste una sperimentazione pre-clinica preferibilmente eseguita su un modello sperimentale animale valido: animali di grossa taglia, soprattutto scimmie, pecore, maiali sono preferibili, vista la somiglianza all'uomo per alcune patologie e per le procedure di terapia cellulare utilizzate.
5) Attualmente, per patologie gravi, come malattia di Parkinson, morbo diAlzheimer, sclerosi laterale amiotrofica, distrofie, sclerosi multipla, non esistono modelli animali completamente validi per l'uomo. Per cui la sperimentazione fatta con cellule staminali su piccoli animali (topi, ratti) non garantisce nessuna efficacia se trasferita all'uomo. Spesso è necessario fare sperimentazione sull'uomo direttamente, attraverso prove cliniche in condizioni dette "compassionevoli", dove la patologia è molto avanzata e incurabile. In ogni caso la terapia sperimentale sull'uomo deve proporre al paziente obiettivi chiari e comunque deve essere proposta da medici che hanno dimostrato di avere conoscenze e pubblicazioni scientifiche adeguate.

6) Diffidare delle informazioni scientifiche derivanti da giornali e televisioni: spesso sono sparate in maniera scandalistica e possono illudere le persone malate e i loro famigliari. Accertarsi a distanza di tempo (tramite internet) se la notizia precedentemente sparata dalla tv, ha avuto veramente uno sviluppo ulteriore.
7) Diffidare di risultati clinici che provengono dai Paesi dell'Est o dalla Cina e Corea (Paesi dell'Est asiatico), spesso non sono verificabili scientificamente. Ma non solo! Diffidare di personaggi che si autodefiniscono esperti (anche ricercatori) di cellule staminali e chiedono soldi promettendo cure che non sono realistiche. Impedite che i vostri cari o pazienti siano sottoposti a terapie con cellule staminali non provate scientificamente, solo perché non ci sono altre terapie disponibili. I malati incurabili non possono essere trattati come cavie!
8) Infine, la terapia con cellule staminali è attualmente molto costosa, perché richiede di essere eseguita in strutture chiamate "good laboratory practice", che hanno costi elevati. Ogni terapia cellulare può costare in media anche più di 10.000 euro a paziente! Questa terapie non possono quindi essere eseguite se non c'è alla base una reale documentazione scientifica che ne comprova la possibile validità e quindi un reale beneficio per il paziente. L'applicazione impropria, oltre allo spreco di denaro pubblico, può essere soprattutto pericolosa per il paziente. Ricordarsi che tutte le cellule staminali possono essere anche causa di formazioni neoplastiche!

ATTIVITÀ DEI SOCI

DONNE IN NEUROSCIENZE: RETE STABILE DI DIALOGO TRA PROFESSIONISTE

Donne medico, donne ricercatrici, donne scienziate, donne imprenditrici, donne manager della sanità, donne che operano nel campo delle Neuroscienze a confronto per discutere di femminilizzazione delle carriere, problemi, successi, marginalità, conciliazione con la famiglia e conseguenze nella società.
Donne in Neuroscienze con la testa, con il cuore e con lo spirito di chi la questione di genere l'ha vissuta senza complessi, discutendo sempre alla pari con i colleghi maschi, in un sistema che impone però ancora scelte al maschile, a parità di merito.
Fare rete, creare alleanze e collaborazioni tra donne è l'obiettivo del progetto messo a punto dalle neurologhe: Marina Rizzo e Maria Grazia Piscaglia, per abbattere barriere ed ostacoli nel percorso verso l'uguaglianza di genere nelle Neuroscienze, in un Paese che risente ancora dell'insufficienza di carattere legislativo nella tutela femminile.
Il sito di riferimento è *www.donnein.com* dove si possono trovare i progetti in fase di sviluppo, come un forum di discussione nel portale web, la raccolta/elaborazione/diffusione dei dati relativi alle posizioni occupate dalle donne nelle realtà ospedaliere, universitarie e nel territorio italiano, l'analisi del fabbisogno formativo delle Donne in Neuroscienze e dei temi critici e problematici nelle professioni. Sito dove, inoltre, sono indicate le date degli incontri periodici all'interno di manifestazioni nazionali e regionali. Il prossimo appuntamento nazionale per Donne in Neuroscienze si svolgerà a Torino 15 novembre 2013.
Lo stesso Parlamento europeo, lo scorso 7 febbraio, ha avvertito l'esigenza di occuparsi di Conciliazione lavoro-famiglia, infatti più della metà degli europarlamentari ha firmato una dichiarazione in cui si chiede che il 2014 venga designato come l'anno europeo per la conciliazione tra la vita lavorativa e la vita familiare. Tra gli obiettivi da raggiungere quello del miglioramento della qualità della vita di ciascuno di noi. Serve consentire a ogni individuo di vivere al meglio i molteplici ruoli che ricopre all'interno della società. Tale lavoro di sensibilizzazione deve trovare posto anche nelle attività promosse dalla SNO stessa.

STORIA DELLA MEDICINA

SANITÀ MILITARE: DALLA BESTIALITÀ ALL'UMANITÀ

Figura 1. Scultura "Patroclo e Menelao" (copia romana di un originale ellenistico del III secolo a.C.), che si trova a Firenze nella Loggia dei Lanzi, in Piazza della Signoria.

Alla fine degli anni '30 Sigmund Freud, discutendo con Albert Einstein intorno alla natura umana, asseriva che gli uomini vivono in una condizione assai più miserrima di tutte le creature viventi del mondo, vegetali o animali che siano, a causa della stoltezza e della miopia che troppo spesso guidano le loro azioni. Infatti, tra gli animali, l'uomo è l'unico ad essere dotato di raziocinio ed intelligenza, tale da poter autonomamente decidere cosa è bene o cosa è male, cosa è azione morale o cosa non lo è, tuttavia è anche l'unico animale capace di agire contro ragione e di conseguenza contro se stesso. La guerra è un atto irragionevole, eppure è una frequente condizione umana: un'azione contraria alla ragione.

Diverso tempo prima, anche il filosofo illuminista Voltaire aveva detto che il genere umano è l'unica razza che nella barbara pratica della guerra prende spontaneamente e collettivamente la decisione di autodistruggersi e concluso, perciò, che la guerra è un atto contro ragione. Il suo pensiero influenzò in maniera notevolissima l'immaginario collettivo europeo, abituato sino ad allora a considerare, invece, la guerra come una consuetudine del panorama politico del Vecchio Continente. Ma Voltaire, come molti pensatori del suo tempo, credeva nella ragione, grazie alla quale l'uomo avrebbe dovuto e saputo controllare e reprimere i suoi istinti bestiali. Ovviamente era una mera illusione.

Le guerre sono spesso volute da un esiguo numero di potenti, che portano al massacro intere nazioni o popolazioni. Eppure da queste indescrivibili tragedie, irragionevoli o irrazionali che siano, l'umanità ha saputo trarre lezioni molto più efficaci di qualsiasi analisi teorica o scientifica: la sanità e la medicina d'urgenza ne sono un esempio. Ma per affrontare l'argomento della sanità militare, partiamo da lontano e più precisamente da una statua che si trova sotto la loggia degli Uffizi a Firenze, opera di uno sconosciuto scultore ellenista e che rappresenta Menelao che sorregge il corpo di Patroclo morente (Figura 1). Essa può essere assunta a simbolo e metafora della sanità militare, perché per migliaia di anni i campi di battaglia furono pieni di eroi morti, mentre dei feriti non si curava quasi nessuno, a meno che non fossero imperatori, generali o figli di Dei, come ad esempio Enea, che in un dipinto a Pompei è raffigurato ferito da una freccia e curato dal medico Iapige, sorretto dal figlio Ascanio e assistito da Venere (Figura 2).

Anche il più grande esercito occidentale dell'antichità, quello romano, per anni non fu attrezzato. Tito Livio ci narra che nel 309 a.C., dopo la battaglia di Sutri, le perdite per la mancanza di un'adeguata assistenza sanitaria risultarono superiori a quelle subite nel combattimento. Tra l'altro questo storico fu tra i primi a focalizzare l'attenzione su due importanti principi che possono, ancora oggi, essere accettati come base dell'organizzazione sanitaria di campagna degli eserciti moderni e cioè che la presenza di un grande numero di feriti sul campo scuote e deprime il morale delle truppe e che l'assistenza ai malati ed ai feriti rappresenta una necessità militare, non meno che un dovere patriottico.

Ancora nel libro III del "*De bello civili*" (che narra gli eventi del 48 a.C.), lo stesso Gaio Giulio Cesare ricorda che dopo le grandi battaglie si aveva la consuetudine di ricoverare feriti ed infermi presso i privati, i quali venivano in seguito rimborsati degli oneri sostenuti, oneri che rientravano nelle spese ordinarie di guerra. Cesare ci racconta ancora, nel "*De bello africo*", che i feriti nella battaglia di Ruspina furono trasportati su carri speciali (*saucios in plaustris deligatos*), affinché non subissero sobbalzi che ne causassero la caduta ed un aggravamento clinico, adottando per primo, mezzi che possiamo definire come gli antesignani delle ambulanza (era il 46 a.C.).

Dobbiamo però aspettare Domiziano (96 d.C.) perché ci fossero dei medici chirurghi costantemente aggregati alle legioni. Un medico per ogni coorte (600 uomini) e due per quella di prima linea. L'assistenza ai feriti avveniva all'aperto, sul campo di battaglia. Poi i più gravi venivano ricoverati nell'ospedale da campo (*valetudinarium in castris*), con capacità di 200 posti letto ed attrezzato con infermieri, massaggiatori e inservienti.

Sembrava la strada giusta, ma poi arrivò il Medioevo, che cancellò ogni forma di organizzazione sanitaria militare, anche se, a livello storico, vale la pena ricordare che con le Crociate si evidenziarono alcuni barlumi di una nuova sensibilità nei confronti dei feriti sui campi di battaglia. Nella battaglia di Hattin (1187), il grande Saladino sbaragliò l'esercito dei Crociati e fece decapitare tutti i cavalieri cristiani superstiti, risparmiando solo i cavalieri di San Giovanni di Gerusalemme (poi trasformatisi nell'Ordine di Mal-

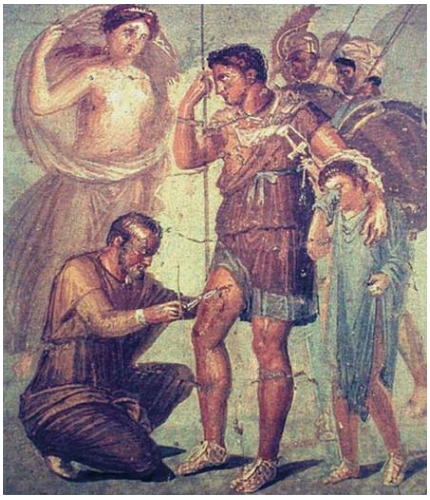


Figura 2. Enea, nato da Venere e difensore di Troia, ferito da una freccia, è curato dal medico Iapige (pittura parietale del I secolo a.C., casa di Sirico a Pompei, Napoli, Museo Archeologico Nazionale).

ta), poiché in battaglia li aveva visti prendersi cura non solo dei feriti cristiani, ma anche degli avversari mussulmani. In effetti gli Ospedalieri di San Giovanni di Gerusalemme costituivano l'unico ordine militare guerriero cui competeva, per statuto, farsi carico anche dei feriti nemici: un concetto di portata dirompente, dal momento, che fino ad allora, non era praticata neppure la cura dei propri, che venivano lasciati desolatamente morire sui campi di battaglia.

Figura 3. Francobollo dedicato al francese Dominique-Jean Larrey (1766-1842), capo chirurgo nella Grande Armée ed uno dei padri della medicina d'urgenza, grazie alle innovazioni che introdusse sui campi di battaglia di tutte le campagne di Napoleone.

Poi il nulla, o quasi, e con un grande balzo storico si giunge a Luigi XIV, il quale cominciò ad intuire come non fosse sopportabile che l'immensa moltitudine di giovani feriti venisse lasciata morire con indifferenza senza alcuna forma di assistenza. E fondò l'ospedale "*Les Invalides*" (1670), che però era appunto un ospedale, quindi bisognava arrivarci.

Napoleone colse l'importanza dell'assistenza sui campi di battaglia e la sanità militare della *Grande Armée*, grazie soprattutto a Dominique-Jean Larrey (Figura 3), il più grande chirurgo dell'epoca, costituì una forma organizzata di soccorso sanitario ai feriti in battaglia. Ma siamo ancora indietro. Basti pensare ad un numero. Le guerre napoleoniche (1792-1815) causarono oltre 2 milioni e mezzo di caduti, ma di questi solo 150.000 morirono sui campi di battaglia.

Dobbiamo allora attendere la battaglia di Solferino e San Martino, combattuta tra le truppe franco-sardo-piemontese e quelle austriache. Era il 25 giugno 1859. Fu certamente una delle più sanguinose del periodo, con i suoi 5.000 morti e 30.000 feriti. Ma non fu quella la molla. Bensì la presenza casuale di tal Henry Dunant (Figura 4), umanista e filantropo. Dunant era al seguito di Napoleone III, per scriverne la biografia, e si trovò nel posto sbagliato nel momento sbagliato. Lui, che non era un militare, in mezzo ad una battaglia. E fu così sconvolto da quella massa di feriti lasciati a sé stessi, che nel 1862 pubblicò il libro "*Un ricordo di Solferino*". Nel 1863 aderì alla Società Ginevrina di Utilità Pubblica ed insieme ad altri 4 cittadini svizzeri fondò una commissione di lavoro (il Comitato Ginevrino di Soccorso dei Militari Feriti, detto il "*Comitato dei 5*"), che, di fatto, diverrà il primo Comitato Internazionale della Croce Rossa.

Vale però la pena anche ricordare che pochi anni prima, durante la guerra di Crimea, combattuta tra il 1853 e il 1856, tra l'impero ottomano e la Russia unitamente ai suoi alleati europei (Regno Unito, Francia e Regno di Sardegna), aveva visto la luce la professione infermieristica, grazie all'inglese Florence Nightingale. Le linee guida tracciate dalla Nightingale sull'assistenza ai malati resistono ancora oggi alle mode, ai tempi e alle innovazioni tecniche: anzi, con le nuove frontiere dei profili di cura, esse si rinnovano e i suoi principi restano capisaldi irrinunciabili per qualsiasi professione sanitaria, tanto che molte delle sue idee sono ancora cruciali per le infermiere e gli infermieri di oggi.

E arriviamo così alla fine dell'Ottocento. Se è vero che i primi venti anni del '900 furono la diretta conseguenza di quella incredibile rivoluzione che aveva sconvolto la scienza medica e chirurgica nella seconda metà del 1800, fu però la Grande Guerra che, con tutti i suoi milioni di morti e feriti, accentuò e accelerò questo progredire. La medicina e la chirurgia d'urgenza crebbero in quegli anni più di quanto fecero nei 30 successivi e si può quindi tranquillamente affermare che la prima Guerra Mondiale è stata una guida per il resto del XX secolo. D'altronde come aveva sentenziato Nikolai Pirogoff (Figura 5), uno dei più grandi chirurghi russi del 1800, "la guerra è un'epidemia di traumi". E la Grande Guerra certamente lo fu. In quei pochissimi anni si registrò un salto quantico: sparì il medico generico (nacque lo specialista), la radiografia divenne prassi corrente, migliorò l'anestesia, si standardizzarono le trasfusioni e sbocciò la chirurgia estetica. Non solo: la guerra chimica stimolò la ricerca e determinò l'uso dei vaccini (contro vaiolo, colera, tifo, tetano) e dello iodio bismutato di emetina (cura per la dissenteria amebica); l'approfondimento delle cause che provocavano la morte di tanti feriti salvatisi dalle pallottole portò allo sviluppo del concetto di "antibiosi", cioè allo studio dei farmaci contro le infezioni; lo studio aereonautico produsse l'ossigeno liquido per uso anestetico; lo studio degli aspetti fisiologici e psicologico-comportamentali legati al volo divennero la base della moderna medicina aeronautica e, infine, l'alto numero di mutilati indusse la fondazio-

ne dei centri di riabilitazione (il primo fu a Bologna nel 1915).
Nel corso della Grande Guerra, in Italia 18.000 furono i medici al fronte (per alcuni questo numero comprende anche i farmacisti). Di questi, 720 trovarono la morte e ben 400 durante le fasi dei combattimenti. La sanità militare occupò, con la sua percentuale di morti sul campo, il secondo posto, subito dopo la fanteria. Le medaglie al valore assegnate ai medici non furono poche: 255 d'argento, 1.164 di bronzo e ben 1.900 croci di guerra.
Per risolvere il problema della carenza di medici, verso la fine del 1915, il Comando Supremo suggerì di istituire una Scuola Medica Castrense (Figura 6 e 7), a ridosso del fronte isontino. Il 9 gennaio 1916, a Camere chiuse, il Comando Supremo, indusse il Governo ad emanare il Decreto Luogotenenziale n. 38 che istituiva la Scuola medica da campo a San Giorgio di Nogaro. Il decreto del 1916 stabiliva che potevano partecipare ai "Corsi di Medicina e Chirurgia" gli studenti del 5° e 6° anno di medicina che si trovavano sotto le armi. Domenica 13 febbraio 1916, sotto la guida del Comando Supremo, l'Università Castrense fu ufficialmente inaugurata ed i corsi iniziarono il giorno dopo, 14 febbraio. Alla solenne cerimonia, che si tenne in aula magna, parteciparono i Duchi d'Aosta e le massime autorità militari, fra questi Luigi Cadorna, ed i responsabili della sanità militare e della Croce Rossa. Direttore della Scuola fu nominato Giuseppe Tusini, tenente colonnello medico della Croce Rossa italiana, che diventerà nel 1939 anche senatore del Regno. Nel I anno di corso (14 febbraio 1916 - 24 maggio 1916), gli studenti iscritti furono 366, di cui 356 del 5° anno universitario e 10 del 6° anno universitario. Il 5° e 6° anno di Medicina, in tutte le Università del Regno, contemplavano la presenza di 16 materie: a San Giorgio vi si aggiunsero, come corsi complementari, la *Traumatologia di guerra* e la *Protesi degli arti* oltre a *Logistica sanitaria*: vale a dire l'organizzazione medica militare. Dal 15 al 26 aprile 1916 fu concessa una licenza speciale agli studenti, per permettere loro di sostenere gli esami arretrati nelle università di provenienza.
Gli esami finali programmati a fine corso, dall'1 al 15 giugno 1916, furono invece sospesi a causa del repentino richiamo degli studenti al fronte, dopo essere stati tutti promossi "aspiranti medici della sanità militare", per fronteggiare l'offensiva austriaca denominata Strafexpedition in Trentino.
Il 26 novembre 1916 venne emanato il D.L. n. 1678 che stabiliva la nuova riorganizzazione dei corsi a San Giorgio. Tutti gli iscritti al 5° e 6° anno della facoltà di medicina assieme a quelli del 3° e 4° anno (in servizio militare) erano iscritti d'ufficio all'Università di Padova. La Scuola di San Giorgio di Nogaro, di fatto, diventava una sezione della Facoltà Medico-Chirurgica dell'Università di Padova. All'Università Castrense tutti gli "aspiranti medici della sanità militare", a Padova tutti gli altri.
Al II anno di corso (4 dicembre 1916 - 31 marzo 1917) confluirono a San Giorgio 832 studenti (200 del 5° anno e 632 del 6° anno), 832 giunsero alla fine dei corsi e 467 si laurearono a Padova (75% degli iscritti al 6° anno). La Scuola da Campo di San Giorgio fu un'esperienza professionale eccezionale. Molti furono gli insegnati illustri provenienti da prestigiose università del Regno, ma anche dall'estero (come, il chirurgo francese Pierre Duval). L'Università castrense fu anche meta di visite da parte di delegazioni militari francesi, inglesi, statunitensi e giapponesi.
Con la battaglia di Vittorio Veneto (24 ottobre - 3 novembre 1918) terminò il conflitto e le campane di vittoria sovrastarono le voci di sofferenza causate da quattro interminabili anni di lotta. Per l'Italia i morti furono 650.000, i feriti non gravi 947.000 e i grandi invalidi 643.000, mentre nel mondo la guerra, con ben 10 milioni di morti, aveva azzerato un'intera generazione di persone. Tuttavia come abbiamo visto, il conflitto, oltre a migliorare drasticamente le proprie armi di distruzione di massa, aveva comun-

Figura 4. Henry Dunant (1828-1910), premio Nobel per la pace nel 1901, il primo anno in cui venne assegnato tale riconoscimento, per aver fondato la Croce Rossa.

que dato un maggiore vigore alla ricerca medica (di cui, in seguito, si giovò tutta la popolazione civile), basata su metodiche rigorosamente scientifiche e suffragate da esami di laboratorio. Tutto ciò è una magra consolazione, eppure l'impulso medico derivante dalla prima Guerra Mondiale fu un volano determinate per spingere sia la medicina d'urgenza che quella riabilitativa verso quelle eccellenze che noi oggi conosciamo.
Purtroppo la pace durò poco. Il trattato di Versailles (28 giugno 1919) riservò al principale sconfitto, la Germania, un trattamento talmente umi-

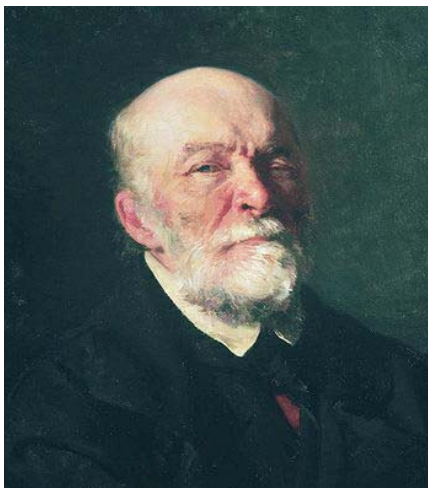


Figura 5. Nikolai Pirogoff (1810-1881), uno dei più grandi chirurghi russi del 1800, che istituì un servizio di soccorso ed assistenza simile a quello di Florence Nightingale.

Figura 6. L'Università Castrense, il cui nome deriva dal fatto che fu sistemata in un accampamento, fu istituita nel 1916.

Figura 7. Lezione di anatomia patologica all'Ospedale di San Giorgio di Nogaro (*da www.lagrandeguerra.info*).

liante da far covare nei tedeschi profondi sentimenti di rivincita che sarebbero sfociati poi, nel 1939, nella seconda grande disgrazia mondiale.
Da un punto di vista medicale la seconda guerra mondiale non ci riservò però salti così qualitativi come la Grande Guerra. Guerre troppo vicine. Si migliorarono e si affinarono solo le conoscenze appena apprese. Unica eccezione, nel 1943, quando entrarono in uso le penicilline, il cui studio era stato però reso noto dallo scopritore Alexander Fleming (Figura 8) nel 1928 e che, a loro volta, derivavano da quegli studi di antibiosi che lo stesso Fleming (poi Nobel nel 1945), capitano medico dell'esercito inglese

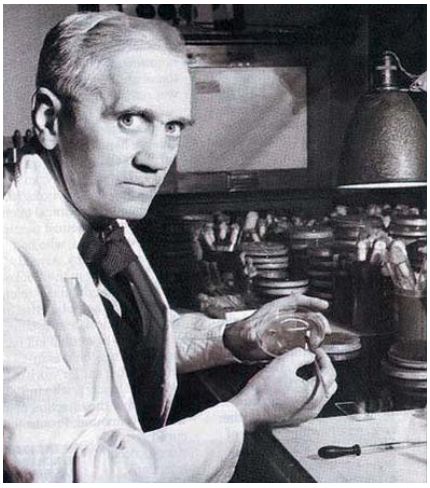


Figura 8. Alexander Fleming (1881-1955), che nel 1928 isolò la sostanza antibiotica penicillina dal fungo *Penicillium notatum*, per cui ricevette il Premio Nobel per la medicina nel 1945.

combattente nella battaglia della Somme (Francia), aveva avuto modo di iniziare proprio durante la Grande Guerra.
Il Novecento ci propone altre due guerre sanguinose. Quella di Corea (1950-53) e quella lunghissima del Vietnam (1960-75). Ma anche queste non produssero accelerazioni considerevoli. Alla fine del secolo scorso ce ne fu una brevissima, la prima guerra del Golfo (1990-91), che invece impresse un altro salto quantico.
Ci si può chiedere quale sia la differenza che c'è tra un marines americano della Grande Guerra ed uno della guerra del Golfo. L'armamento verrebbe da rispondere. Solo in parte. La risposta è la preparazione. Addestrare un soldato nel 1915 costava pochi giorni e pochi soldi. Per prepararne uno nel 1990, viceversa, occorrevano mesi e un ingente esborso di dollari. Ecco allora che il soldato che per anni era stato niente di più che carne da cannone (costava poco), diventò all'improvviso un soggetto da tutelare ed eventualmente curare al meglio, nonché velocemente, per non perdere "l'investimento iniziale". Questo dettaglio, apparentemente poco importante, fu lo stimolo per passare da una chirurgia solamente ricostruttiva ad una rigenerativa, che di fatto è la filosofia che oggi la medicina del terzo millennio sta seguendo. Se nel 1915 la grossa lesione si trattava con l'amputazione, perché amputare era più facile che curare e il problema si sarebbe risolto poi, oggi non è più ammissibile ragionare così. Costerebbe troppo. Bisogna riparare subito e velocemente. In conclusione, non è che si debbano fare le guerre perché dalle guerre poi si va avanti, ma è assolutamente vero che l'umanità, purtroppo, è andata molto avanti sull'esperienza della guerra.
Oggi fortunatamente il mondo, almeno il nostro della vecchia Europa, ha saputo conoscere momenti di pace e stabilità, favoriti anche dallo stesso genere umano, il quale, senza guerre, ha comunque saputo prodigarsi per il progresso scientifico e il miglioramento di vita e società. Speriamo di aver imboccato la strada giusta.

Angelo Nataloni
(Società Storica per la Guerra Bianca)

Angela Verlicchi
(Associazione SOS Cervello)

Bruno Zanotti
(Segretario Nazionale SNO)

BIBLIOGRAFIA

1. Baldo D, Galasso M, Vianello D. Studenti al fronte. L'esperienza della scuola medica da campo di San Giorgio di Nogaro. L'Università Castrense. Editrice Goriziana, Gorizia, 2010.
2. Bartoloni S. Italiane alla guerra. L'assistenza ai feriti 1915-1918. Marsilio, Venezia, 2003.
3. Boschi G. La guerra e le arti sanitarie. Mondadori, Milano, 1931.
4. De Napoli D. La sanità militare in Italia durante la prima Guerra Mondiale. Apes, Roma, 1989.
5. Lucarella A. Storia della medicina militare. Il Bandino, Firenze, 1998.
6. Urbano FG, Urbano P. La sanità militare durante la Grande Guerra. Atti del XXXIV Congresso di Storia della Medicina, Firenze 1998.
7. Variola G, Scandaletti P. Le crocerossine nella

IMPEGNO CIVILE

LE CIFRE SONO QUESTE

Le cifre sono queste: 9 milioni di clienti (tra occasionali e abituali), 5 miliardi di euro e 70 mila professioniste. Di cosa stiamo parlando? Del fenomeno attuale del mercato della prostituzione. Dopo la legge Merlin, che nel 1958 ha chiuso le case di tolleranza, si è provato a regolamentarlo a suon di leggi, ordinanze comunali e multe. Risultato? Negli anni, le prostitute si sono riversate sui marciapiedi ed in luoghi surrogati di bordelli (sexy disco, centri massaggi, club, alberghi, appartamenti, ecc.), con nessun controllo sanitario e frode al fisco (la prostituzione alimenta un giro d'affari annuo che s'aggira attorno ai 4 miliardi di euro).

Il sindaco di Mogliano Veneto (Treviso), Giovanni Azzolini, ha pensato bene di promuovere un referendum per l'abrogazione parziale della legge Merlin, con l'intento di cancellare gli articoli che impediscono la riapertura di case di tolleranza, fermo restando la norma che punisce il reato di sfruttamento della prostituzione. La campagna si è rapidamente diffusa a livello nazionale, con centinaia di punti attivi per la raccolta firme (il modo più comodo, anche per i non residenti, è però quello di far riferimento ad uno dei comuni italiani, in quanto si può depositare la propria firma in qualsiasi segreteria comunale, durante il normale orario d'ufficio), ma il raggiungimento delle 500.000 firme non è garantito. Obiettivo da raggiungersi entro settembre.

Si ritiene che le patologie legate alla prostituzione ora interessino meno il campo delle neuroscienze e più quello internistico-infettivologico, ma la neurolue di scolastica memoria non può certo definirsi non più presente nelle nostre realtà. Anzi, vista la portata della migrazione di popoli verso l'occidente, la conoscenza di malattie da noi poco note negli ultimi decenni, come la tubercolosi e la sifilide, andranno ripassate sui nostri vecchi testi. La letteratura stessa ha ripreso a descrivere sia la malattia turbercolare sia la sifilide. A tal proposito riportiamo ampi stralci della comunicazione, presentata nell'adunanza del 23 maggio 2013 da Cristina Grazia Catania e Colleghi (Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento dell'Università degli Studi di Pavia) e pubblicata sul Bollettino della Società Medico Chirurgica di Pavia (2013; 125 (3): 601-606), inerente "Neurosifilide e disturbi psichiatrici: studio di un caso" (*vedi box sotto*).

A ben vedere, quindi, la realtà di tutti i giorni ci dovrebbe porre su un piano non di indifferenza rispetto alle iniziative come quella ricordata, che, comunque, cercano di contrastare anche i risvolti di tipo sanitario, talora pertinenti le neuroscienze, in quanto, nelle forme più gravi, alcune patologie veneree hanno un coinvolgimento neurologico. Alle volte un impegno civile è anche sanitario. (*Angela Verlicchi*)

NEUROSIFILIDE E DISTURBI PSICHICI: STUDIO DI UN CASO

C.G. Catania[1], B. Vanini[2], F. Podavini[1], A. De Micheli[1], C. Nichini[3]

[1] *Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento, Università degli Studi, Pavia*

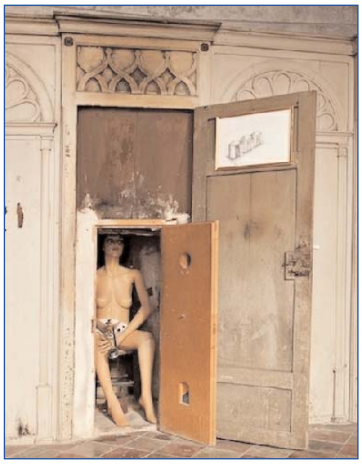
[2] *Psicologia Medica, Fondazione IRCSS Policlinico "S. Matteo", Pavia*

[3] *Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Azienda Ospedaliera, Pavia*

"Il termine sifilide fu coniato dal medico di Verona Gerolamo Fracastoro, nella prima metà del 1500 nella sua opera *Syphilis sive de morbo gallico*, ispirandosi al mitico pastorello Sifilo che, dopo avere offeso Apollo, venne condannato dal Dio a una terribile malattia che ne deturpa per sempre la bellezza. L'origine della sifilide è tuttora sconosciuta. A lungo la storiografia europea ha sostenuto che la malattia si fosse diffusa dalle Americhe nel vecchio continente per mezzo dei marinai di Cristoforo Colombo. La prima epidemia di sifilide conosciuta è scoppiata a Napoli nel 1495, a seguito della discesa del re francese Carlo VIII. Il ritorno dell'esercito francese verso nord diffuse la malattia in tutta Italia, per poi espanderla in tutta Europa, giungendo sino in Oriente. La malattia venne conosciuta in quasi tutta Europa con il nome di *mal francese*, tranne in Francia, dove prese il nome di *mal napolitain*. La sifilide è un'infezione cronica causata dal Treponema Pallidum, un batterio dell'ordine delle spirochete, caratterizzata da manifestazioni cliniche a carico della cute e delle mucose, e occasionalmente, di altri organi e apparati. La trasmissione avviene generalmente per contagio diretto per via sessuale o transplacentare. Dopo un'incubazione di circa 3 settimane, l'infezione si manifesta con un sifiloma primario nella sede di contatto, e quasi contemporaneamente con una linfoadenite satellite (sifilide primaria). Due mesi dopo il contagio, in un quarto dei casi non trattati, si manifestano lesioni polimorfe alle mucose orali e genitali (sifiloderma, roseola, condilomi) del periodo secondario. Le manifestazioni della lue secondaria regrediscono in 1-2

mesi, ma in un quarto dei casi non trattati recidivano entro i due anni, con lesioni più grandi e a più lenta risoluzione. Raramente si possono evidenziare alterazioni a carico degli organi interni, come fegato, apparato genito-urinario, apparato visivo, ossa e sistema nervoso. L'invasione sistemica del Treponema, in realtà, inizia già dopo qualche ora dal contagio, con interessamento del sistema nervoso centrale dal 30 fino al 100% dei casi. Di questi, il 13-20% dei soggetti va incontro a neurosifilide asintomatica. Col tempo, in un periodo che va da 1 anno a 25 anni circa, questi stessi soggetti possono sviluppare diversi quadri di neurolue: (in ordine cronologico) meningite sifilitica precoce (1,4-6%), sifilide meningovascolare (3,2-15%), paralisi generale (5%) e tabe dorsale (3-9%). Quindi non è impossibile il riscontro di manifestazioni neurologiche anche nelle prime fasi della malattia. La sifilide terziaria può manifestarsi in tre forme diverse: la sifilide gommosa, la sifilide cardio-vascolare, e la neurosifilide tardiva. Quest'ultima può presentarsi come neurosifilide meningea, meningo-vascolare e parenchimatosa (sotto forma di paralisi generale, gomma luetica e tabe dorsale). La paralisi generale, la forma clinica più frequentemente associata a sintomi psichiatrici, comporta la perdita neuronale in contrapposizione alle lesioni vascolari o di tipo infiammatorio caratteristiche delle altre forme di neurosifilide. Nella descrizione classica, dopo le prime manifestazioni psichiche come disturbi dell'umore, psicosi e alterazioni cognitive, la demenza diviene prominente. Tra i diversi sintomi e segni neurologici, caratteristico è il riscontro della pupilla di Argyll-Robertson. La tabe dorsale, invece, è un processo degenerativo progressivo a carico delle colonne e delle radici posteriori del midollo spinale. La sintomatologia è caratterizzata da progressiva perdita dei riflessi periferici, alterazione della sensibilità vibratoria e batiestetica, e progressiva atassia. Possono comparire anche impotenza e incontinenza. Caratteristiche sono le crisi dolorose agli arti inferiori e vari organi interni, tali da simulare una patologia organica acuta. I sintomi neurologici e psichici presenti in queste diverse forme di neurosifilide sono così numerosi e aspecifici che la sifilide deve essere posta in diagnosi differenziale con numerose patologie neurologiche e psichiatriche. Comunemente, la malattia ha inizio con lievi cambiamenti di personalità e amnesia, che può evolvere in demenza. I sintomi psichiatrici più frequenti sono deliri, allucinazioni, disturbi dell'umore, delirium e aggressione. La disponibilità di antibiotici ha portato ad un rapido declino dell'incidenza di neurosifilide. Si ipotizza anche che, l'uso diffuso di antibiotici per infezioni diverse dalla sifilide, possa comportare un trattamento incompleto o parziale di pazienti con sifilide non diagnosticata e un potenziale cambiamento delle manifestazioni cliniche della neurosifilide. Diversi studi descrivono questi casi atipici o forme fruste, riferendo soprattutto manifestazioni sfumate o caratterizzate dalla presenza di un solo segno o sintomo caratteristico. Nell'era HIV, diverse segnalazioni hanno suggerito un aumento dell'incidenza di neurosifilide primaria piuttosto che di neurosifilide tardiva. Non è chiaro se ciò sia dovuto all'esposizione ad antibioticoterapia per trattare infezioni non correlate, o per l'immunosoppressione associata a infezione da HIV. È anche stato riportato un aumento delle manifestazioni oculari. Inoltre, sono stati descritti casi di neurosifilide che imitano le manifestazioni dell'encefalite da Herpes Simplex. I pazienti erano giovani, e spesso presentavano crisi comiziali e anomalie parenchimali agli esami di neuroimaging. Friedrich Nietzsche, filosofo e poeta tedesco affetto da sifilide, scrisse: "Sto bene quando spero, e la salute è legata alle mie speranze. Voi sapete che vi sono talvolta stati di sofferenza psichica che sono quasi un beneficio, perché fanno scordare quel che si soffre altrove. Ecco la mia filosofia della malattia: essa dona speranza alle anime". Stava vivendo una delle sue fasi di euforia ed esaltazione dovute alla neurolue. Esiste un numero limitato di case report relativi ai disturbi dell'umore in caso di neurosifilide, con maggior prevalenza per i disturbi depressivi. La mania si presenta solo nel 5,5% di questi casi. Casi clinici di disturbo bipolare secondario a neurosifilide sono generalmente caratterizzati da sintomi maniacali non seguiti da sintomi depressivi. In base ad una review del 2011, solo 7 studi riportano 9 casi di pazienti con sintomi maniacali secondari a neurosifilide. Otto di questi pazienti riportano, in associazione ai disturbi dell'umore, almeno un sintomo neurologico; solo due casi riportano sintomatologia maniacale e depressiva [...]"

(*Estratto da: Bollettino della Società Medico Chirurgica di Pavia 2013; 126 (3): 601-606.*)



Una delle tre *"botti" o stufe mercuriali per la cura della sifilide* del Museo di Tommaso Campailla, all'interno dell'antico Ospedale di S. Maria della Pietà a Modica (Ragusa). Si tratta di camerini piccolissimi (0,80 m base x 1,34 m altezza), con una copertura a volta, in cui i pazienti venivano sottoposti alla cura a base di fumi mercuriali. Il malato di sifilide, come il manichino dell'immagine, si sedeva sullo sgabello all'interno della stufa, dove era posto anche un braciere ardente. Dopodichè veniva chiusa la piccola porta di accesso, in cui due fori, in alto e in basso, consentivano di monitorare e di inserire la dose di cinabro (solfuro di mercurio - mezzo grammo la prima seduta, il doppio la volta successiva) e incenso dentro il braciere, posto tra le gambe del malato. L'aggiunta di un pizzico di incenso consentiva ai vapori di mercurio di essere più "respirabili". Completamente rinchiuso ed isolato, il sifilitico era avvolto totalmente dai vapori sprigionati dal braciere, che penetravano nella pelle in piena sudorazione e nelle narici. Le fumigazioni erano normalmente 9 (12-13 nei casi più gravi), duravano 10 minuti e venivano praticate a giorni alterni. La miscela inalata e diffusa sul corpo poteva fermare la malattia, se presa nel suo stadio primario; agendo all'interno del sangue, uccideva i germi diminuendo la carica patogena dei batteri e ciò comportava delle guarigioni, a volte anche definitive. Le botti di Campailla, note in tutta Europa, curarono i malati di lue ininterrottamente dal 1698 fino all'avvento della penicillina, nel 1943. L'Ospedale rimase in attività fino agli anni settanta del secolo scorso e assurse a fama nazionale come Sifilocomio Campailla. (*Angela Verlicchi*)

COMITATO ORGANIZZATORE
LIV CONGRESSO NAZIONALE SNO
PRESIDENTI DEL CONGRESSO
DOTT. MASSIMO DEL SETTE
Direttore SC Neurologia
Ospedale S. Andrea
La Spezia
DOTT. GIANANDREA OTTONELLO
Direttore UO Neurofisiopatologia
IRCSS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST
Genova
DOTT. CARLO SERRATI
Direttore Dipartimento Neuroscienze
IRCSS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST
Genova
CONSIGLIO DIRETTIVO SNO
SNO
CIENZE
EUROLOGICHE
SPEDALIERE
SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
Avenue media
Conference & Expo
Via Riva Reno 61 - 40122 Bologna
Tel. 051 6564300 - Fax 051 6564334
congressi@avenuemedia.eu - www.avenuemedia.eu
WWW.SNOITALIA.IT - WWW.AVENUEMEDIA.EU

SNO
CIENZE
EUROLOGICHE
SPEDALIERE
Società dei Neurologi, Neurochirurghi e Neuroradiologi Ospedalieri
LIV
CONGRESSO NAZIONALE
SNO
GENOVA, 21-23 MAGGIO 2014
Avenue media
Conference & Expo