

# Bollettino

NOTIZIARIO UFFICIALE DELLA SNO

SOCIETÀ DEI NEUROLOGI, NEUROCHIRURGI E NEURORADIOLOGI OSPEDALIERI

Bollettino - periodico di informazione  
Nuova Serie N. 9 - OTTOBRE 2012

Comitato Redazionale

CONSIGLIO DIRETTIVO SNO

PRESIDENTE: Massimo de Bellis  
PAST PRESIDENT: Marcello Bartolo  
VICE PRESIDENTI: Enrico Cotroneo,  
Maurizio Melis,  
Angelo Taborelli  
PRESIDENTE ELETTO: Giuseppe Neri  
SEGRETARIO: Bruno Zanotti  
TESORIERE: Davide Zarcone  
CONSIGLIERI: Marco Aguggia,  
Mauro Campello,  
Alfonso Ciccone,  
Claudio Gasperini,  
Salvatore Mangiafico,  
Roberto Marconi,  
Daniele Orrico,  
Maria Grazia Piscaglia,  
Marina Rizzo,  
Antonino Vecchio

CDA SNO SERVICE

PRESIDENTE: Domenico Consoli  
CONSIGLIERI: M. Bartolo, D. Guidetti,  
M. Melis, G. Ottonello, M.G. Piscaglia,  
F. Rasi, A. Taborelli, B. 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 edizio-  
ni, viale Rovereto 51, 38122 Trento. www.newmagazine.it  
Stampa: Nuove Arti Grafiche, via dell'Orla 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 ver-  
rà restituito. Il contenuto degli articoli pubblicati non ri-  
specchia necessariamente la posizione dell'Editore.  
Gli Autori scrivono e sviluppano liberamente le loro opi-  
nioni, 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 2012 by new MAGAZINE s.r.l.

EDITORIALE

## CONGRESSO NAZIONALE SNO 2012

L'appuntamento per il 52° Congresso Nazionale SNO di quest'anno è stato a Roma. I cultori delle neuroscienze si sono ritrovati in centinaia, dal 9 al 12 maggio, per confrontarsi sulle varie tematiche neurologiche che interessano il lavoro quotidiano all'interno dei nostri ospedali. L'incontro è servito come confronto multidisciplinare fra esperti nel campo delle neuroscienze, ma ha avuto anche momenti di scuola di formazione per i giovani specialisti o specializzandi che hanno potuto trovare sessioni didattiche per la loro professione. Infatti, istituzionalmente, la SNO non è solo la società che accoglie tutte le anime di chi opera all'interno degli ospedali, spesso in prima linea, nel comparto neurologico, neurochirurgico e neuroradiologico e specializzazioni affini, ma ha in sé una spiccata predisposizione didattica con immediate ricadute sulla pratica clinica. Vuoi perché ha le casistiche più rilevanti, vuoi perché, unica nel suo genere, è per sua natura stessa multidisciplinare con continua osmosi operativa fra le varie branche specialistiche. Negli anni, la SNO ha saputo ca-

talizzare non solo le principali figure neurologiche, ma anche neuroanestesiisti, neurooncologi, neuroriabilitatori, ecc., potenziandone la valenza di interscambio di professionalità.

### SOMMARIO

- Congresso Nazionale SNO 2012
- Il Presidente de Bellis a tutti i Soci
- Progress in Neuroscience rivista ufficiale SNO
- Regolamento concorso per tesi di laurea, specializzazione e dottorato in neuroscienze
- Donne in neuroscienze
- Contributi al primo incontro: "Donne in Neuroscienze: lavoro, famiglia e società"
- Secondo Seminario Monotematico SNO Sicilia
- Il Neurologo Interventista
- International Stroke Trial 3
- Reparti a 5 stelle, a 4, a 2... a zero stelle? Il Programma Nazionale Valutazione Esiti del Ministero della Salute a proposito della "Guida Salute" di Focus
- San Riccardo Pampuri: un medico della Grande Guerra salito all'onore dell'altare



Durante le giornate congressuali, aperte dalla lettura magistrale del Prof. A. Valavanis, neuroscienziato di Zurigo, molte sono state le tematiche affrontate ed esaminarle tutte sarebbe improponibile. Con rischio di fare sicuramente torto a qualcuno, ne segnaleremo solo alcune. Alla giornata d'apertura, interessante e di estrema attualità, la sessione che ha trattato di malpractice medica, risk management e medicina difensiva. Moderata dal Prof. A. Grande di Roma e dal Prof. M. Leonardi di Bologna, ha fatto rilevare che sempre più le compagnie assicurative trovano delle difficoltà ad assicurare i medici, specie i neurochirurghi (assieme ai chirurghi plastici ed ai ginecologi-ostetrici), in quanto sono aumentati vertiginosamente i contenziosi con i pazienti. Non solo, alcune storture dell'attuale situazione legislativa pongono sovente il sanitario nella situazione di soccombere, in quanto le compagnie assicurative trovano spesso un accordo extragiudiziaro con il paziente ed il solo fatto di pagare automaticamente fa ritenere il sanitario in torto. Ma alcune organizzazioni di medici stanno ora passando



ad una difesa attiva e, se il sanitario ritiene di essere stato ingiustamente accusato, si incaricano di denunciare a loro volta il paziente, che, in alcuni casi, va in causa solo ed esclusivamente per cercare di carpire un risarcimento in denaro, anche se, di fatto, non ne avrebbe diritto. Su queste tematiche delicate, sia per il sanitario sia per il paziente, ancora molto c'è da comprendere e da dibattere. Specie alla luce di un'indagine dell'Ordine dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Roma, dove emerge che solo il 39% dei medici non prescrive mai farmaci per ragioni di medicina difensiva; solo il 14,3% dei medici non ordina visite specialistiche ed il 10,7% non ordina accertamenti diagnostici per ragioni di medicina difensiva. Mentre solo il 42% dei medici non prescrive un ricovero ospedaliero per ragioni di difesa dell'operato medico.

Altre sessioni hanno affrontato argomenti forti della neurologia, quali la sclerosi multipla, le malattie vascolari in tutti i suoi aspetti, le demenze, l'epilessia, la malattia di Parkinson ed altri disordini del movimento. Sulla sclerosi multipla, malattia demielinizante, è in corso un acceso dibattito sulla validità o meno del rapporto causale con il difficoltoso scarico venoso cerebrale e sulla validità del trattamento endovascolare per la ricalibratura delle vene portanti che defluiscono dal cervello. Allo stato attuale, i Centri mondiali più accreditati nel trattamento di questa patologia, mostrano qualche scetticismo su tale ipotesi e continuano a consigliare le terapie farmacologiche classiche, prima fra tutte, quella che vede l'interferone beta-1b quale protagonista. Una delle sessioni dedicate alle malattie cerebro-vascolari, condotta da C. Fieschi e da G. Neri, ha visto la partecipazione anche di ospiti stranieri: M. Gallofrè di Barcellona e Y. Samson di Parigi. Esperienza utile per confrontare la realtà italiana con altre reti europee per la gestione dello stroke. Ma sono stati affrontati anche argomenti di nicchia quali, ad esempio, le fistole liquorali, l'idrocefalo normoteso, la neurologia d'urgenza in gravidanza



ed in età pediatrica, le urgenze neurooftalmologiche, le tecniche avanzate di risonanza magnetica. In ambito più prettamente neurochirurgico, un argomento di sicuro interesse è stato quello che ha affrontato lo stato dell'arte nella gestione dei gliomi, vale a dire dei più temibili tumori del sistema nervoso. Questi ultimi, nonostante gli avanzamenti nel loro trattamento, se di alto grado, cioè maligni, non lasciano scampo. Recidivano comunque, e portano a morte in un tempo che va da qualche mese a qualche anno. È un campo dove il confronto multispecialistico è essenziale per cercare di ottenere la miglior speranza di vita possibile. Altri argomenti di pertinenza prevalentemente chirurgica sono stati la patologia del rachide ed i tumori intramidollari. Le alterazioni degenerative del rachide sono ad impatto sociale molto forte, in quanto tutti noi, almeno una volta nella vita, abbiamo sofferto o soffriremo di mal di schiena. Le cause possono essere molteplici, i medici al Congresso hanno affrontato le ernie, le stenosi canalari, le instabilità vertebrali, i traumi. Multiformi e variegata le possibilità di trattamento, da quelle di chirurgia maggiore a quelle percutanee, sempre più richieste dai pazienti in quanto miniinvasive.

Ma il Congresso, presieduto da E. Cotroneo, è stato anche altro. Un corso realizzato per i giovani neuroscienziati che ha affrontato le tematiche dell'urgenza, quali l'ischemia midollare, la diagnostica liquorale, l'attacco ischemico transitorio, la traumatologia del rachide. In quest'ultima sessione vi è stata anche la relazione



del Presidente della FAIP (*Federazione delle Associazioni Italiane Paraplegici*), V. Falabella, che ha trattato il progetto individuale per il miglioramento della qualità di vita delle persone con lesione al midollo spinale. La SNO è una società scientifica medica che ritiene essenziale confrontarsi anche con le associazioni dei malati per migliorare gli standard di cura. Molto partecipato e dibattuto, poi, il master sulle cranioplastiche terapeutiche, che è stato introdotto dal Presidente SNO, M. de Bellis che ha sottolineato la vocazione nel fare "scuola" della SNO. La valenza didattica della SNO si è spinta anche oltre, con l'allestimento di un corso neurosonologico realizzato in collaborazione con altre società scientifiche, quali la SINSEC

(*Società Italiana di NeuroSonologia ed Emodinamica Cerebrale*) e la SINV (*Società Italiana Interdisciplinare NeuroVascolare*). Ma la SNO ha portato avanti la capacità di interagire con altre società scientifiche, anche coinvolgendo, in varie sessioni, la FIAN (*Federazione Italiana Associazioni Neurologiche*), l'ANIN (*Associazione Nazionale Infermieri Neuroscienze*), la TSRM (*Tecnici Sanitari di Radiologia Medica*), l'ANIRCEF (*Associazione Neurologica Italiana per la Ricerca sulle Cefalee*), la SIRN (*Società Italiana di Riabilitazione Neurologica*) e la *Cochrane Neurological Field*.

Non da ultimo, il Congresso ha avuto anche il merito di affrontare un argomento di estrema attualità: le donne medico nelle neuroscienze. Sessione organizzata in modo interattivo da M. Rizzo di Palermo e M.G. Piscaglia di Ravenna che ha visto la partecipazione di donne medico, manager, neuroscienziate, che hanno affrontato le problematiche sia di essere donne in un contesto prevalentemente sessista sia le difficoltà di gestire in parallelo professione e vita privata. Una società, l'attuale, che sembra debba ancora compiere molta strada per fare in modo che le donne non siano discriminate e possano finalmente realizzarsi



sia come professioniste sia come madri. Infine, a corollario del 52° appuntamento, la campagna di prevenzione dell'ictus giovanile promossa da SNO con ALICe (*Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale*) Italia onlus e la collaborazione della Croce Rossa Italiana, che ha visto anche un momento ludico con una maratona per bimbi. Il Congresso di Roma ha avuto, quindi, il merito di conciliare elevato livello scientifico e culturale con eventi di impegno sociale e relazionale. Obiettivo centrato da E. Cotroneo, pur con le difficoltà economiche che l'attuale situazione generale impone anche a chi organizza questi importanti eventi. L'appuntamento per il prossimo Congresso Nazionale SNO è nel 2013 a Firenze. (*Angela Verlicchi*)

## INTERVENTO DEL PRESIDENTE SNO

# IL PRESIDENTE DE BELLIS A TUTTI I SOCI

Gentili Colleghe, Egregi Colleghi, ho molto riflettuto nei giorni scorsi al significato di questo nostro 52° Congresso nazionale, perché mi sembra ovvio che sia questo il tema cardine del mio intervento in questa cerimonia d'apertura.

In questo contesto storico, in questo particolare momento sociale, io credo non sia fuori luogo volare alto. Volare alto non tanto e non solo per un legittimo orgoglio scientifico e professio-

nale, avendo la nostra Società apportato sin dall'inizio un prezioso e peculiare contributo al progresso della Medicina nel nostro Paese e delle Neuroscienze. Già l'idea fondativa, che accomunò tanti tra i nostri Maestri (e qui il mio commosso ricordo va al prof. Castellano, che tanta parte ha avuto nella mia formazione umana e specialistica), rappresentava, nel lontano ma non lontanissimo 1960, un qualcosa di innovativo o, quanto me-

no, di profondamente moderno, in un'epoca nella quale l'approccio multidisciplinare in Medicina era un concetto che pure iniziava ad affacciarsi, ma che in realtà molto ancora avrebbe dovuto faticare per diventare un ideale concreto ed un punto di partenza per un corretto approccio al "Sistema Umano".

In verità - e diciamocela la verità, visto che siamo in un ambiente intimo(!) - per molti nostri Colleghi la multidisciplinarietà è ancor oggi una dolorosa fatica ed una irraggiungibile aspirazione. Ma già quel 22 maggio, come tutti sappiamo, un nutrito gruppo pionieristico di neurologi, neurochirurghi e radiologi ospedalieri (allo-

ra non si parlava ancora di “neuroradiologia”, ma già erano tanti i seguaci di Roentgen che si erano dedicati primariamente alla diagnostica del sistema nervoso) diede con convinzione il via all’avventura di quella che si definì “*Società dei Neurologi, Neurochirurghi e Neuroradiologi Ospedalieri*”, ben chiarendo nello Statuto che quella che aveva inizio era un’impresa “a 360 gradi”. Non solo si trattava di “difendere e tutelare il prestigio e gli interessi sindacali e professionali” di tutti gli “*studiosi del sistema nervoso*”, ma anche di migliorarne “*i vincoli di solidarietà e di amicizia*”, di facilitare i rapporti con gli altri operatori di differenti discipline mediche, nonché “*di facilitare ed accelerare il progresso tecnico e assistenziale dei Reparti Ospedalieri della Nazione*”.

Non mi soffermo su quest’ultimo comprensibile fine della Società e neppure su quello nobilissimo di rafforzare vincoli di reciproco sostegno e di affiatamento, tanto più significativi oggi che tante volte i Medici sembrano guardare gli uni agli altri come altrettanti “fratelli coltelli”. Chi di voi mi conosce meglio, altrettanto bene sa quanto mi sia caro e familiare il tema della tutela sindacale della specificità della professione medica ed è evidente che il riferimento ad esso era per me irrinunciabile, anche se oggi lo Statuto esclude espressamente ogni finalità sindacale: personalmente ritengo che questo soggetto nel nostro caso possa essere tranquillamente superato dalla necessità, che accomuna oggi tutti i Medici, di difendere la propria professione da una serie di attacchi che da più lati le giungono, con l’evidente obiettivo di smantellare il Sistema Sanitario Nazionale, così come lo conosciamo, a partire da quello che ne resta l’espressione fondamentale, l’Ospedale, in cui ciascuno di noi vive ed opera. Senza entrare nel merito di riflessioni che esulano dal tema di questa assise, è palese che la prima vittima di questi attacchi concentrici è, affianco a noi, quella persona malata, quella che risulta il cardine attorno a cui ruota il nostro impegno di comprendere ed approfondire quale sia il

miglior modo di sfruttare le risorse che le nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche ed i continui miglioramenti farmacologici mettono a disposizione della Medicina, così come ha ben sintetizzato il presidente del Congresso dott. Enrico Cotroneo. Ecco allora che anzitutto con la nostra capacità di crescere scientificamente e professionalmente noi difendiamo attivamente la dignità del nostro lavoro e la salute e la centralità dei nostri Pazienti.

Ma credetemi, gentili Colleghe ed egregi Colleghi, guardando come dicevo prima al particolare contesto storico-sociale nel quale siamo immersi, più passa il tempo, più mi convinco che quale società scientifico-professionale il nostro destino, la nostra identità, la nostra “mission” siano nascosti, quasi si tratti di un banale gioco di parole, nel naturale “sviluppo” dell’acrostico SNO: con il singolare approccio multidisciplinare che ci contraddistingue, con la peculiarità della “materia” patologica che noi trattiamo, ma anche e soprattutto dell’entità fisiologica tutta particolare che è argomento delle “Scienze neurologiche” noi siamo al centro del crocevia al quale si trova la Medicina moderna, siamo lo SNOdo che può collegare il passato ed il futuro della conoscenza medica in modo articolato e restituire vera centralità alla persona malata coniugando alla fatica di restituirle la salute con tutte le risorse possibili il rispetto della sua dignità e della sua unitarietà.

Perché un assumersi un tale arduo compito in un’epoca già così tanto difficile e quando si lavora in un settore così delicato e così complicato (per sua stessa natura) della fisiopatologia umana? Perché noi siamo quotidianamente immersi, come Medici e come Neuroscienziati, nella più raffinata sintesi di complessità che si sia vista in natura. Per contro, fino a quando esigenze parcellari e pur sempre subordinate (come, ad esempio, quelle finanziarie che oggi appaiono preminenti) detteranno legge alla Scienza e, nello specifico, alla Medicina? Senza assolutizzare, è evidente, per rimanere

a questo esempio di tremenda attualità, che il primato spetterà all’Economia se l’Essere Umano continuerà ad essere considerato dai più come una somma di parti più o meno in relazione tra loro, attorno alla quale si affannano diversi tipi di “specialisti d’organo” o “artigiani della funzione”, ognuno con la sua peculiarità da difendere ed il suo costo da giustificare. Vivaddio, le nostre “neurodiscipline” sono spesso ai primi posti delle classifiche di spesa per la complessità proprio delle tecnologie in gioco: ma è pur vero che la stessa fonte del nostro interesse professionale richiama all’unità della Persona umana e che proprio quest’ultima è un valore incommensurabile, se le si può assegnare come diritto fondamentale quella salute che secondo la definizione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità è uno “stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia”.

In questa definizione, non è esagerato riconoscere molta parte del progresso moderno delle Neuroscienze. Noi siamo di fatto, attualmente, in una condizione completamente diversa da quella dei primi studiosi d’anatomia o dei filosofi che, per difetto di conoscenza, ipotizzavano per le strutture nervose un ruolo che era lontano dalla realtà: qui ricorderemo, per andare sufficientemente indietro nel tempo, la teoria cefalo-centrista di Galeno (200 a.C.), che metteva nei ventricoli del cervello la sede delle funzioni di quest’organo e che fu opposta a quella cardio-centrista di Aristotele. Ovviamente, neanche dopo che gli anatomici ebbero identificato, iscritto a repertorio e descritto nei loro lavori tutte le strutture nervose fu così chiaro che sia il sistema nervoso a gestire tutte le funzioni del corpo umano. È vero: abbiamo compreso abbastanza presto che abbiamo due emisferi ed un solo cervello, ma ce n’è voluto per identificare il ruolo delle commessure del telencefalo, corpo calloso innanzi a tutte (quanto meno per voluminosità). Ed è pur vero che il meticoloso lavoro dell’anatomico Klinger, che disseccò materialmente i vari fasci di

cui è composto il vasto sistema associativo cerebrale, oggi incontra con sorprendente analogia le ricostruzioni dei moderni metodi di neuroimaging; ma il paragone tra le sezioni istologiche del cervello e le immagini di Risonanza Magnetica rimane confinato allo stupore con cui osservavamo queste ultime alcuni decenni or sono al loro primo apparire, almeno fino a che, attraverso l'esplorazione del flusso vascolare e dei metabolismi, abbiamo identificato la sede di specifiche attività funzionali e, finalmente, addirittura la possibilità di individuare quella di emozioni e sentimenti.

Noi neuroscienziati, in parole povere, siamo nati come tali nel XX secolo, quando è divenuto definitivamente chiaro che una delle maggiori originalità del sistema nervoso è di consentire ad un individuo, seppur ignorante del modo in cui è stato "costruito", di poter eseguire dei compiti complessi e contemporaneamente di sapere di esistere in quanto individuo differente da qualsiasi altro. L'animale che caccia in agguato o che - aggredito - "fa il morto", che riconosce il proprio padrone o l'aggressore, esprime senza dubbio una forma di coscienza, connessa ed indissociabile dalla funzionalità del cervello, seppur legata alla percezione del pericolo e dunque ad un livello elementare di auto-prevenzione, ma questa è ben diversa dalla riflessione sull'eventualità della morte. Se un cervello ha bisogno della coscienza percettiva per esistere funzionalmente qualunque sia la sua complessità organizzativa, quello che potremmo definire "il progredire strutturale dei cervelli" implica una variabilità corrispondente dei tipi di coscienza (difensiva, percettiva, riflessiva e così via), cui fanno da contraltare i differenti livelli di coscienza che il neurologo esplora quando considera i vari stadi del coma ed il ritorno ad una normale integrazione con l'ambiente circostante.

Oggi sappiamo che a questi aspetti sono legati differenti meccanismi di scambio d'informazioni a feedback con l'esterno, con fini meccanismi di regolazione così come è certo che il

cervello abbia delle localizzazioni funzionali pre-programmate geneticamente, che si ritrovano in tutti i cervelli e che rimandano dunque ad un "piano di costruzione" quanto meno definito: parimenti è chiaro che ogni essere vivente ha, iscritto nel suo patrimonio genetico, un'area di adattabilità che gli permette di vivere in un dato ambiente che presenti delle variazioni compatibili con questa adattabilità. Altrettanto definitivamente sappiamo però che solo l'uomo possiede coscienza riflessiva e cultura, che gli permettono di sfuggire, in una certa misura, al determinismo imposto dal programma genetico della sua specie. Egli è infatti capace di progresso in tutti i campi della cultura per mezzo di una memoria sociale, trasmessa attraverso le generazioni, e per mezzo di sistemi di comunicazione sempre più potenti. Non ci sono, per l'essere umano, limiti all'apprendimento ed allo sviluppo di tecniche nuove se non nelle capacità cerebrali pre-programmate, che posizionano l'individuo su di una scala di variabilità all'interno della sua stessa specie: allo stesso tempo, peraltro, l'essere umano, che pure conserva in condizioni normali una concezione olistica del suo io, non ha accesso in modo naturale ai suoi propri meccanismi di pensiero, orchestrati in circuiti neuronali che sfuggono alla sua coscienza. *Last but not least*, non solo l'essere umano è unico, ma ogni individuo è un essere unico in tutta la storia del mondo, perché sarebbe statisticamente impossibile ritrovare la stessa combinazione di genoma derivante dall'incontro tra quel singolo spermatozoo sui 200 milioni che costituiscono "il plotone" eiaculato e l'uovo che ne è stato penetrato e fecondato.

È questa la raffinata sintesi di complessità con cui noi abbiamo ogni giorno a che fare, il che è un po', se mi permettete l'accostamento, come avere a che fare oggi con Mozart. Wolfgang Amadeus Mozart, forse la persona più universalmente conosciuta che ci sia stata sulla terra, morì a 35 anni, lasciando una grande quantità di opere di alta qualità musicale e di ancor più

grande varietà: sinfonie, concerti, quartetti, requiem e così via. Se oggi chiediamo a qualcuno se conosca Mozart, nessuno ovviamente potrà dire di conoscerlo personalmente e di aver cenato con lui ieri sera; ciononostante, ognuno di noi lo conosce attraverso le sue opere e la sua storia.

Noi, oggi e qui, sia esso un dono o un caso è comunque la realtà, possiamo ben dire di aver notizia, attraverso questa complessa materia che sono le Neuroscienze, della "raffinata sintesi" cui facevo riferimento. Qualcuno di noi riterrà di poter riconoscere, dietro questa complessa realtà, il suo Artefice, giustificando il Suo silenzio (sul perché abbia utilizzato l'una o l'altra soluzione anatomico-funzionale, sul perché del male, sulla morte e la sofferenza e così via) con la necessità di lasciarci liberi nelle nostre ricerche e nelle nostre risposte; qualcun altro si fermerà (talora con stupore o con dispetto) ad ascoltare questo silenzio. Sotto il profilo squisitamente legato alla pratica medica quotidiana, quanto ho espresso si può tradurre, come voi tutti ben sapete, nella realtà che oggi le neuroscienze hanno a disposizione opportunità senza precedenti grazie all'ampliamento delle conoscenze sul funzionamento del sistema nervoso, sull'origine delle malattie e sulla loro evoluzione, grazie al sofisticato arsenale di strumenti e di tecniche che ci permette di applicare le nozioni acquisite e di accelerare il progresso nella ricerca. Ciò non di meno, noi neuroscienziati ospedalieri continueremo ad essere gli artigiani del progresso ed è questo, credo, il compito che amiamo di più. Non è possibile affrontare patologie cerebrali come la malattia di Alzheimer, la malattia di Parkinson, o gli incidenti cerebro-vascolari, senza che la ricerca fondamentale fornisca ai clinici gli elementi necessari per concepire trattamenti innovativi e terapie rivoluzionarie: dunque toccherà a noi la responsabilità sia di proseguire sul campo le ricerche sia di promuovere il sostegno del pubblico che incontriamo ogni giorno nelle corsie dei nostri Ospedali. Occorre divulgare quegli

ambiti della ricerca scientifica che presto forniranno delle applicazioni interessanti per l'essere umano. In collaborazione con il pubblico, dobbiamo percorrere le fasi cliniche che seguono gli stadi di laboratorio in modo tale che i progressi scientifici si traducano in autentici benefici per il malato. E dato che i nostri mezzi e le nostre tecniche diventano sempre più sofisticate, il pubblico potrebbe credere che vi siano degli abusi e che la ricerca sul cervello dia agli scienziati la possibilità di alterare ciò che costituisce la specificità umana, il cervello e il comportamento, per cui è molto importante che la gente non dubiti dell'onestà degli scienziati, della sicurezza dei test clinici - pietra angolare della ricerca applicata - e della riservatezza dei dati medici. Tutto ciò apre ulteriori spazi al nostro impegno in termini di riflessione etica: i nostri stessi progressi, spesso rapidi, devono vederci impegnati ad alimentare lo slancio della neuroetica, che assume un posto sempre più importante in seno al più vasto ambito della bioetica. L'anno 2007 potrebbe essere forse considerato l'anno della svolta, dato che la rivista *American Journal of Bioethics* (AJBO) consacrò nell'occasione ben tre numeri interamente alla neuroetica: denominati *AJOB Neuroscience*, i numeri speciali costituiscono oggi la pubblicazione ufficiale della *Neuroethics Society*. Dalla commercializzazione della "macchina della verità"

alle indicazioni per l'applicazione della stimolazione profonda del cervello nel trattamento della depressione, dalla conoscenza sempre più precisa delle basi genetiche della dipendenza all'uso dell'imaging a scopo diagnostico, i grandi temi al centro del dibattito neuroetico sono forse uno dei più moderni e più rilevanti apporti che oggi noi Neurochirurghi e Neuroradiologi dobbiamo all'altra grande componente della nostra famiglia, quella dei Neurologi. Il riferimento che qui era doveroso ai molteplici meriti di una parte di noi non può esimermi dal sottolineare qui anche il rilevante contributo che tutti insieme, con il solo fatto di unirci in un comune sodalizio, abbiamo offerto alla comunità scientifica italiana ed internazionale determinando, sviluppando e consolidando la pratica di un linguaggio comune tra specialità differenti, ma votate allo studio della stessa materia e dunque allo stesso obiettivo. Inserire la ricerca in un contesto di vita quotidiana è sempre stata un'impresa ardua, ma è a noi che tocca quest'impresa. Il pubblico non vuole solamente sapere come e perché si ricerca, desidera sapere in che misura egli stesso è implicato. Nell'interesse delle persone che soffrono di malattie neurologiche, è indispensabile che noi sentiamo il dovere di dissipare la paura che la ricerca sul cervello possa essere utilizzata a fini nocivi o eticamente dubbi e siamo noi che abbiamo

la responsabilità di spiegare in modo chiaro dove ci condurranno i nuovi strumenti e le nuove tecnologie scientifiche. Tutto ciò ci porterà a sviluppare ancor più il nostro impegno a "costruire ponti" non solo tra noi e tra noi ed i nostri Pazienti, ma anche con il pubblico tutto, che ha sete di conoscenza e di verità. Sono convinto che i membri della SNO si assumeranno ancor più volentieri e con forza, nel prossimo futuro, il compito di affrontare un rinnovato impegno di speranza e di intenso lavoro in collaborazione con il pubblico.

È per tutto ciò che mi permetto di pensare che noi (questo specifico gruppo irripetibile di individui unici che vuole crescere culturalmente ed organizzativamente, ma anche rafforzare i propri "vincoli di solidarietà e di amicizia"), ci troviamo oggi, con la nostra vita ed il nostro lavoro, alla SNO del discorso sull'Essere Umano nella sua integralità. E che sia esattamente questo che ci assegni un compito importante a questa SNO della storia del nostro Paese e del mondo. Sta a noi interpretare questa realtà e darle un senso, per ridare un significato al lavoro di Medico attraverso il recupero della centralità della Persona malata. Grazie.



Massimo de Bellis  
Presidente Nazionale SNO

## INVITO AI SOCI

# PROGRESS IN NEUROSCIENCE RIVISTA UFFICIALE SNO

L'annuncio era stato dato da Marcello Bartolo al Congresso Nazionale di Cagliari nel 2011: stava per rinascere l'organo ufficiale della SNO. Il battesimo del fascicolo N. 0 della rivista è stato dato dal Presidente SNO Massimo de Bellis e dal Presidente Eletto

Giuseppe Neri. Restyling completo, nuovo formato, tutto a colori, redazione qualificata, sito web, direzione internazionale sono i punti qualificanti della rivista *Progress in Neuroscience*. Periodico diretto a tutti gli specialisti delle neuroscienze, quali Neurologi,

Neurochirurghi, Neuroradiologi, Neuroanestesisti, Neuroriabilitatori, Neurooncologi ed altri. La struttura della rivista prevede anche nuove rubriche multidisciplinari.

Lo strumento c'è, sta ora ai cultori delle neuroscienze renderlo un mezzo attivo di informazione e confronto partecipato e di qualificarlo sempre di più a livello internazionale. Per saperne di più e leggere le istruzioni per gli autori basta consultare il sito: [www.progressneuroscience.com](http://www.progressneuroscience.com) (A.V.)

CONCORSO SNO-ANEMOS

## REGOLAMENTO CONCORSO PER TESI DI LAUREA, SPECIALIZZAZIONE E DOTTORATO IN NEUROSCIENZE

La Società di Neuroscienze Ospedaliere (SNO) e la Libera Università di Neuroscienze Anemos (Anemos) bandiscono un concorso per la selezione di tesi inerenti le neuroscienze e le discipline affini.

1. Gli elaborati possono essere tesi di laurea, di specializzazione, di dottorato o di master specialistici.
2. Gli estensori possono essere di nazionalità italiana o straniera ed i testi possono essere redatti in lingua italiana o inglese.
3. Non vi sono limiti di estensione di testo, di tabelle, di immagini, di schemi o di disegni.
4. La bibliografia deve essere inserita e redatta secondo quanto stabilito dalle norme editoriali di "Progress in Neuroscience" ([www.progressneuroscience.com](http://www.progressneuroscience.com)), pena l'esclusione dal concorso.
5. Gli elaborati devono essere inviati in formato PDF a:
  - [redazione@bollettinosno.it](mailto:redazione@bollettinosno.it)
  - [ruini@anemoscns.it](mailto:ruini@anemoscns.it)
 entro il 15 gennaio 2013.  
Entro la stessa data una copia cartacea deve essere inviata alla "Biblioteca del Centro di Neuroscienze Anemos" (via M. Ruini 6, 42100 Reggio Emilia). Tutte le tesi invia-

te saranno liberamente disponibili per essere consultate dagli studiosi presso la Biblioteca stessa.

6. L'invio della tesi deve essere accompagnato da una liberatoria da parte del tutor e della direzione dell'Istituto di appartenenza. Inoltre, vanno inviati i dati personali dell'estensore (nominativo, data di nascita, indirizzo per la corrispondenza, e-mail, cellulare, Istituto di riferimento, nome del tutor) e la dichiarazione che l'elaborato è originale e non è ancora stato integralmente pubblicato né a stampa né in formato elettronico.
7. Le tesi devono essere state presentate e discusse nell'arco degli anni 2011-2012.
8. Le tesi saranno valutate da una Commissione selezionatrice composta da 3 membri delegati da SNO (più il Presidente di SNO) e 3 membri delegati da Anemos (più il Direttore di Anemos).
9. La Commissione può premiare al massimo 3 tesi ed il premio consiste nella pubblicazione a stampa delle tesi stesse in una collana dedicata dotata di codice internazionale ISBN. All'autore sarà fornito anche un congruo numero di vo-

lumi stampati per uso personale.

10. Se nessuno degli elaborati presentati sarà ritenuto degno di pubblicazione il Concorso si chiuderà senza la selezione di un vincitore. Dell'esito della competizione verrà data comunicazione sugli organi d'informazione di SNO e di Anemos.
11. I vincitori vengono premiati con la pubblicazione dell'elaborato, ma non acquisiscono eventuali diritti d'autore inerenti la pubblicazione stessa.
11. I vincitori si impegnano a fornire direttamente all'Editore il testo ed il materiale iconografico allegato secondo le modalità stabilite dalle norme editoriali di "Progress in Neuroscience" ([www.progressneuroscience.com](http://www.progressneuroscience.com)). Se il materiale presentato non rientra in queste modalità, decadrà l'impegno di pubblicazione da parte di SNO ed Anemos.
12. È data facoltà all'estensore della tesi, nel momento dell'eventuale selezione per la stampa, di segnalare e richiedere l'inserimento di coautori del suo gruppo di ricerca. Quanto riferito in merito ad obblighi e restrizioni al primo autore si estende anche sugli eventuali coautori.
13. I volumi saranno presentati ufficialmente in occasione del prossimo Congresso Nazionale SNO, che si terrà a Firenze nel maggio del 2013. I vincitori saranno ospiti del Congresso, ma dovranno predisporre una comunicazione, inerente il loro elaborato, di circa 30 minuti, da esporre ai convenuti.
14. Per ogni dubbio o controversia è competente, in modo insindacabile, il Consiglio Direttivo SNO.



**Save the date**

**HIPPONION STROKE NATIONAL PRIZE**  
**Prima Consensus Conference Nazionale**  
"Le aree grigie nella gestione delle malattie cerebrovascolari"

**Vibo Valentia, 26-28 ottobre 2012**

RESOCONTO

## DONNE IN NEUROSCIENZE

Scelte una per una: donne medico, donne scienziate, donne imprenditrici e donne manager della sanità della sanità. Maria Grazia Piscaglia e Marina Rizzo, componenti del direttivo della SNO, l'avevano pensato così l'evento al femminile a margine del Congresso romano del 9 maggio. Non avevano preteso di incorniciarlo sotto il termine di simposio, ma piuttosto avevano badato al sodo perché la questione femminile nelle neuroscienze richiede in sé pochi orpelli e semmai prospettive e concretezza. Così è stato, a cominciare dalla ricerca delle interlocutrici da coinvolgere in un dibattito a viso aperto, lontano dal rischio del parlarsi addosso nella riserva indiana. All'affettuoso saluto di benvenuto del presidente della SNO, Massimo De Bellis, è seguito un pomeriggio di testimonianze, racconti e persino notizie. Ne è scaturito, con sorpresa di tutte le partecipanti, un viatico spontaneo di contatti che getta le basi di un progetto un po' più ambizioso, quello di una rete stabile di dialogo tra professioniste. Donne che si sono dette molto e che d'ora in poi potrebbero anche fare molto per perpetuare un'esperienza di confronto utile per discutere di femminilizzazione delle carriere, problemi, successi, rischi, marginalità, conciliazione con la famiglia, e conseguenze nella società.

Maria Grazia Piscaglia, Dirigente Medico UOC di Neurologia dell'AUSL di Ravenna e Consigliere nazionale SNO, si è soffermata sulla crescita esponenziale della qualità del lavoro femminile nella medicina, di un valore aggiunto che si fa largo nei reparti con risultati tutti a vantaggio dell'organizzazione, della performance medica e dei pazienti sopra ogni cosa. E tutto nel servizio pubblico.

Del tocco femminile nelle Neuroscienze ha parlato Marina Rizzo, che con Maria Grazia Piscaglia ha lancia-

to la sfida di una nuova stagione di dialogo di genere. Marina Rizzo, Consigliere nazionale della SNO, ha detto: "È tempo di capire che fare rete è indispensabile per raggiungere più obiettivi scientifici e di percorso professionale".

Entusiasmo, potrebbe essere il titolo dell'intervento di Rosanna Cerbo, Neurologa, a capo del coordinamento regione Lazio della Rete della Terapia del Dolore Cronico e Coordinatore della Commissione Terapia del Dolore dell'Ordine dei Medici di Roma e provincia. Il suo è stato il racconto di una donna 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 colleghi maschi.

Parole chiare e sottolineature nette invece quelle di Daniela Tarquini, Direttore UOC di Neurologia del Presidio Territoriale di Prossimità Nuovo "Regina Margherita" di Roma e Coordinatrice del Gruppo Bioetica e Cure Palliative SIN. Dal suo punto di vista persiste un sistema che impone ancora scelte al maschile, a parità di merito, e persistono questioni etiche e femminili di vecchia data, che lasciano intatte barriere o ostacoli nel percorso verso l'uguaglianza di genere nelle professioni mediche.

Michela Perrotta, Marketing e PR Director del QB Group spa, ha portato il contributo di una figura manageriale femminile con competenze nei servizi alla sanità, ricerca e comunicazione. Usando l'efficace riferimento al personaggio cinematografico di Miranda Priesleyne del "Diavolo veste Prada", ha chiarito che è quello il modello da fuggire, ma che è certamente difficile conciliare lavoro e famiglia, esprimere al meglio le proprie potenzialità in un mondo non adeguato a valorizzare le naturali attitudini femminili.

Fa sperare davvero invece la vicenda



professionale di Elena Paola Lanati, Amministratore e Legale Rappresentante della 3p Solution srl. La sua è la storia di una giovane imprenditrice nel settore dei servizi per la sanità che ha scelto il rischio in tempi difficili. La sua testimonianza ha dato l'idea che le eccezioni di oggi possono tracciare la strada per il futuro. Futuro che può e deve essere segnato da studi, specializzazione e cultura manageriale.

Voglia di partecipare anche a costo di sembrare fuori dal coro, ma dimostrando infine una particolare sensibilità verso il tema delle tensioni femminili nelle carriere mediche. Si potrebbe dire così di Margherita Di Paola, Ricercatrice in neuroimaging presso l'IRCCS Fondazione "S. Lucia" di Roma e Neuropsicologa incaricata del progetto Stroke presso l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti "Villa Sofia-Cervello" di Palermo. Il suo accento si è appoggiato su un malvezzo molto italiano, quello della seduttività come strumento di carriera. Il suo richiamo a cercare più alleanze e collaborazione fra donne, ha dato una scossa al dibattito.



Tavola Rotonda  
"Donne in Neuroscienze".

E d'altronde Benedetta Castelli, Vicepresidente nazionale dell'ANDE (Associazione Nazionale Donne Elettrici) - delegazione apartitica di genere -, aveva già chiarito come la questione di genere sia ancora tutta lì e in tutti i campi, richiamando all'insufficienza di carattere legislativo nel nostro Paese nella tutela femminile.

Un'esperienza piena anche quella di Daniela De Feo, Medical Affairs Manager della Whon di Roma. Ad ascoltarla si è colta la completezza di una strada compiuta con l'abnegazione di chi, superando grandi e piccoli ostacoli, ha potuto costruire una carriera multidimensionale.

Una donna chirurgo in un piccolo distretto può essere poi l'archetipo cui aspirare in Italia. Simona Bistazzoni, Assistente Medico UOV di Neurochirurgia dell'IRCSS "Neuromed" di Pozzilli (Isernia), ha raccontato che si può essere donne, medico, chirurghie in contesti dove ci si può sentire pienamente rispettate e riconosciute sulla base del puro e semplice criterio della meritocrazia.

Da Gabriella Nasi del direttivo Roma centro dell'AIDM (Associazione Italiana Donne Medico) e da Stefania Soldano che cura la segreteria dell'AIDM Roma, il richiamo più forte alla realtà. Le loro relazioni, sull'in-

dagine dell'OMCEO sulla condizione degli oltre 15mila camici rosa di Roma, sono state una catapulta nell'arena della questione di genere.

Due donne medico su tre si sentono discriminate, almeno la metà ha subito forme di molestia sul posto di lavoro. Si è parlato di stalking e violenze. Come non parlare di dati così drammatici e così poco divulgati?

E come non ammettere che il tema sussiste. Carriere sì, riconoscimenti pure, ma azioni di disturbo tante. È stato un coro, sebbene ironico talvolta. Ma con la realtà sessista hanno dovuto fare i conti tutte. Foss'anche una volta. Sempre di troppo. (Marina Turco)

RESOCONTO

## CONTRIBUTI AL PRIMO INCONTRO "DONNE IN NEUROSCIENZE LAVORO, FAMIGLIA E SOCIETÀ"

*Dott.ssa Margherita Di Paola  
Ricercatrice in neuroimaging presso  
l'IRCCS Fondazione "S. Lucia" di  
Roma e Neuropsicologa incaricata  
del Progetto "Stroke" presso l'Azienda  
Ospedaliera Ospedali Riuniti  
"Villa Sofia-Cervello" di Palermo*

Nella mia esperienza la strada per raggiungere certi obiettivi è stato cercare alleanza con altre donne. Non è necessario che si sia le più brave o le più intelligenti, ma è fondamentale riuscire ad essere più collaborative tra di noi... condividendo le conoscenze e facendo gruppo.

Un altro aspetto, per la mia esperienza fondamentale, è quella di tirarsi fuori dall'ottica seduttiva in cui spesso ci mettiamo da sole e in cui spesso ci mettono i colleghi uomini. Non significa mascolinizzarsi, significa tenere distinti due aspetti quello di lavoratrice e di donna che spesso ven-

gono confusi con qualche piccolo successo immediato, ma con un esito fallimentare a lungo termine.

Infine, la presa di decisione. Non esiste un modo femminile o maschile di prendere le decisioni... esiste o meno il coraggio di prenderle rischiando di essere impopolari... e questo è presente trasversalmente tra uomini e donne.

*Dott.ssa Michela Perrotta  
Marketing e PR Director del QB  
Group spa*

La mitica Meryl Steep interpreta Miranda Priesleyne "Il diavolo veste Prada", rappresentando la velenosa e volubile direttrice della rivista di moda più prestigiosa del pianeta. Una donna sofisticata, algida ed esile, che ha "conquistato il potere" tiranneggiando i propri collaboratori e distruggendo la famiglia e gli affetti.

Mi chiedo se è Miranda la donna medico o professionista del mondo della salute che, per riuscire a conquistare le "vette" della Sanità o degli ambienti correlati, debba rivelarsi feroce con i collaboratori e un disastro con la famiglia: in una parola infelice!

Certamente è difficile conciliare lavoro e famiglia, esprimere al meglio le proprie potenzialità come professionista, compagna e madre.

Il mondo del lavoro, oggi, non è adeguato a valorizzare le naturali attitudini femminili, sfruttando il patrimonio intellettuale, culturale e umano delle donne. Siamo costrette a fare delle scelte difficili, a volte dolorose, per mantenere il lavoro e non distruggere la famiglia, gli affetti.

Mi chiedo perché debba essere necessario scegliere tra "la completezza della femminilità", il desiderio di maternità condiviso con il proprio compagno e la "carriera" o, semplicemente, il mantenimento del proprio lavoro.

Le donne medico sono sempre di più, già nel 2007 le statistiche riportano che in Italia le facoltà di Medicina annoveravano una percentuale del 65% di donne laureate, senza contare che le donne si laureano in minor tempo e con punteggi alti. Il numero di professioniste donne è crescente anche nella ricerca scientifica, nel settore farmaceutico e

in quello dei servizi per la sanità. Tuttavia, il cambiamento culturale conseguente all'ingresso sempre maggiore delle donne in ambito medico-scientifico è ancora lontano dall'essere completato, forse siamo solo all'inizio della ricerca di una nuova concezione del lavoro che possa consentire alla donna di essere medico, manager, imprenditore e anche compagna e madre allo stesso tempo.

Mi stupisco sempre quando incontro la "Miranda" di turno che, per arrivare a posizioni di rilievo, ha confuso determinazione con aggressività, sensibilità e comprensione con opportunismo e assenza di rispetto per gli altri. Quando l'ambizione, normale e lecita volontà al miglioramento, viene sostituita dall'arrivismo e la competizione diventa "guerra", non siamo più riconoscibili come donne.

Una donna non può e non deve snaturare se stessa e diventare peggiore del suo peggior rivale.

Eppure sono tipicamente femminili la capacità relazionale e la sensibilità, fondamentali nel mondo medico per la "cura" dei pazienti, soprattutto in ambito di neuroscienze. La capacità di adattamento e la volontà ferrea nell'affrontare situazioni difficili con l'attenzione e la positività necessarie a superarle, sono una prerogativa riconoscibile in tutte noi.

Nel mondo della ricerca, la perseveranza, l'accuratezza e la pazienza sono qualità decisamente riconoscibili in una donna e indispensabili per la buona riuscita di un progetto.

Nell'industria farmaceutica e in quella dei servizi, alle donne viene attribuita "una marcia in più", per le doti di creatività, di intuizione, di relazione, di determinazione ed eccellenti capacità di negoziazione che consentono di "reggere" e superare il confronto con molti uomini.

Tuttavia, ancora oggi, si sentono frasi del tipo "a parità di merito e di capacità, scelgo un uomo", oppure "... con te correrò il rischio di un'assenza prolungata per maternità".

Questa è la cosa più sconcertante: il confronto con l'uomo!

Perché confrontarsi, perché il giudi-

zio non può essere fondato sulle competenze e sulle capacità, perché, a parità di ruolo, gli emolumenti di una donna sono inferiori all'incarico svolto, e, infine, perché la dedizione di un uomo per i figli e per la famiglia deve essere considerata "eccezionale" ed encomiabile, mentre per una donna è "normale"?

Concludo riportandovi una frase che mi rivolse un uomo: "Vorrei essere una donna, perché per voi è tutto più facile!" e la mia risposta fu: "Questo è quanto vi appare, perché la donna sa che lamentarsi non porta a nulla!".

*Dott.ssa Stefania Soldano*

*Associazione Italiana Donne Medico (AIDM) e Segretaria del Direttivo Roma centro*

Si è dimostrato che il numero, ormai importante, di donne nelle professioni, non ancora è riuscito a portare la maggioranza delle donne a superare ostacoli, retaggio di una visione maschile del mondo femminile.

Sono sempre troppo poche quelle che riescono ad emergere e sono donne con grande carattere, forza e determinazione. Le quali, spesso, sacrificano molti aspetti della loro vita, a differenza degli uomini che ancora riescono a mantenere carriera e famiglia.

Le esperienze positive condivise mi hanno portato a riflettere e mi hanno indotto a pensare che anche le "due metà del cielo" non sono unite e, per dirla secondo l'antica medicina cinese, lo "yin" e lo "yang" non sono in equilibrio. Il prevalere di uno e il deficit dell'altro, dicevano gli antichi maestri, porta alla disfunzione e certo ad uno stato di malessere.

Dovremmo essere così forti da dare una visione femminile "al tempo della vita" in modo che le donne non siano costrette a seguire il tempo maschile. Perché l'inseguire le modalità maschili ci porta ad un conflitto maggiore con l'altra metà senza riuscire a trovare corrette soluzioni al mondo femminile che vuole lavorare, coltivare affetti e contribuire alla crescita della società.

Le donne medico sono pronte a condividere con tutte progetti e studi e dibattiti per portare avanti il numero maggiore di donne in tutti i campi.

Quindi la collaborazione tra donne a 360 gradi, per la lettura delle diverse realtà, alle quali ognuna nel suo ruolo partecipa, ci può permettere un'interpretazione univoca per migliorare la vita delle donne e degli uomini.

*Dott.ssa Benedetta Castelli*

*Vicepresidente nazionale dell'Associazione Nazionale Donne Elettrici (ANDE) e Delegata nazionale per la Parità di Genere*

Famiglia e lavoro: conciliazione.

Come mai nel titolo si usa la parola "Famiglia e conciliazione" e non madre-moglie - donna e conciliazione? Tale cambiamento di linguaggio scaturisce dalla necessità di approdare ad un nuovo equilibrio tra famiglia, lavoro e uguaglianza di genere.

Se si guarda alla figura paterna nell'ambito della famiglia negli ultimi decenni, il ruolo del padre è stato protagonista di una metamorfosi che ha segnato il passaggio da "padre tradizionale" a "padre moderno", che rappresenta l'evoluzione della figura paterna alla luce del cambiamento sociale e identifica due nuove tipologie, contrassegnate da caratteristiche ben distinte, e cioè quella del "padre tradizionale", identificato come breadwinner ovvero come colui che "porta il pane a casa", e quella del "padre moderno", incentrato su relazioni padre/figlio molto strette, sia a livello emotivo che a livello pratico.

In Italia la legge dell'8 febbraio 2006 n. 54 ha capovolto, sul piano normativo, la precedente legge in materia di affido di minori, allo scopo di garantire ad entrambi i genitori di contribuire in modo egualitario alla cura, alla custodia, al mantenimento e all'istruzione dei figli sulla base del principio di bigenitorialità. Purtroppo la giurisprudenza di merito con un artificio interpretativo ha svuotato del tutto il significato voluto dal legislatore.

Intanto nella pubblica opinione ed

anche in campo legislativo si fa strada il concetto di “genitorialità”: madre e padre sono su un piano di effettiva parità di ruoli all’interno della famiglia. La Corte Costituzionale italiana usa il termine genitorialità in una sentenza per la prima volta nel 2010 (sentenza 285/2010).

La Direttiva 96/34/CE del giugno 1996, a proposito del congedo parentale per la nascita o l’adozione di un bambino, attribuisce ai lavoratori di ambo i sessi il diritto individuale al congedo parentale, affinché possano averne cura per un periodo minimo di tre mesi fino a un’età non superiore a 8 anni. Molti studiosi giudicano il congedo del padre alla nascita o all’a-

dozione del bambino una buona, utile e promettente iniziazione alla cura dei figli. In Italia solo adesso la Ministro Elsa Fornero nell’ambito della riforma del mercato del lavoro, propone un congedo obbligatorio per il padre di tre giorni!!!

È chiaro che in Italia è ancora lungo il cammino! Sicuramente per dare una accelerazione al processo di cambiamento è auspicabile la realizzazione concreta della “democrazia paritaria”: il 50% di uomini e donne nei luoghi decisionali (assemblee elettive, sindacati, ordini professionali, banche, dirigenza privata e pubblica, ecc.). Segregazione verticale diffusa. Nell’attuale legislatura le donne elette alla

Camera dei deputati e al Senato sono pari al 20%, molto al di sotto della soglia del 30%, considerato valore minimo affinché la rappresentanza di genere sia efficace. Donne italiane al Parlamento europeo il 22%. Nelle assemblee regionali la presenza delle donne si attesta in media intorno all’11-12%.

L’assenza femminile è uno spreco del capitale sociale, culturale, umano e soprattutto di competenze.

Solo laddove le donne sono riconosciute, promosse e ben rappresentate, migliora la qualità e la vita delle donne, ma anche la società nella sua globalità migliora la qualità del vivere insieme.

RESOCONTO

## SECONDO SEMINARIO MONOTEMATICO SNO SICILIA

Proseguono i seminari SNO in Sicilia, secondo i criteri di divulgazione e partecipazione nel e del territorio provinciale e regionale.

La malattia di Parkinson e i Parkinsonismi sono stati l’argomento di dibattito del “Secondo Seminario Monotematico SNO Sicilia” tenutosi in data 9 giugno 2012 presso la Pinacoteca Comunale Convento del Carmine a Marsala, organizzatore locale dott. Michele Abrignani. Il convegno è stato introdotto dal Coordina-

tore SNO Sicilia, Direttore Scientifico dell’IRCCS Centro Neurolesi “Bonino-Pulejo” di Messina, Prof. Placido Bramanti.

La prima sessione del seminario, moderata dal Prof. Placido Bramanti e dalla Dott.ssa Marina Rizzo, Consigliere Nazionale SNO e Responsabile f.f. UO di Neurologia dell’Azienda Ospedaliera Ospedali “Villa Sofia-V. Cervello” di Palermo, ha visto i seguenti interventi: la Dott.ssa Rosa Maria Gaglio, Responsabile UOSD di

Neurologia dell’Azienda Ospedaliera “S. Giovanni di Dio” di Agrigento, il Dott. Alfredo Mattaliano, Responsabile UO di Neurofisiopatologia dell’ARNAS Ospedali “Civico, Di Cristina e Ascoli” di Palermo, il Dott. Emanuele Caggia, Responsabile dell’UOS Dipartimentale di Neurologia del Distretto Ragusa 1 ASP di Ragusa, il Dott. Maurizio Elia, Direttore UO di Neurologia e Neurofisiopatologia Clinica e Strumentale e Vice Direttore Scientifico dell’Associazione IRCCS “Oasi Maria SS” di Troina (Enna). La prima sessione si è incentrata sulla descrizione delle varie fasi della malattia di Parkinson e dei Parkinsonismi.

Il Parkinson è una malattia neurodegenerativa, ad evoluzione lenta ma progressiva, che coinvolge, principalmente, alcune funzioni quali il con-



Ingresso dove si è tenuto il Corso, presso la Pinacoteca Comunale del Convento del Carmine di Marsala.



La sala del Corso.



Il chiostro del Convento del Carmine di Marsala in un momento di pausa del Corso.

trollo dei movimenti e dell'equilibrio. La malattia è presente in tutto il mondo ed in tutti i gruppi etnici. Si riscontra in entrambi i sessi, con una lieve prevalenza, forse, in quello maschile. L'età media di esordio è intorno ai 58-60 anni, sopra i 60 anni colpisce l'1-2% della popolazione, mentre la percentuale sale al 3-5% quando l'età è superiore agli 85 anni.

La seconda sessione è stata moderata dal Dott. Alfredo Mattaliano e dal Dott. Rino Ferrari, Presidente dell'Associazione Medico Chirurgica Lillibetana (AMCLI), e sono intervenuti i seguenti relatori: il Dott. Michele Abrignani, Direttore UOS di Neurologia dell'Azienda Ospedaliera "Paolo Borsellino" di Marsala (TP), il Dott. Erminio Costanzo, Direttore UOC di Neurologia dell'Azienda Ospedaliera "Cannizzaro" di Catania, il Dott. Filippo Lo Presti, Responsabile UO di Neurologia dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti "Papardo-Piemonte" di Messina, il Dr. Marco Saetta, Diri-



Da sinistra verso destra: Giovanni Cuccia (N Marsala), Alfredo Mattaliano (N Palermo), Rosa Maria Gaglio (N Agrigento), Erminio Costanzo (N Catania), Michele Abrignani (N Marsala TP), Emanuele Caggia (N Ragusa), Marina Rizzo (Consigliere SNO), Placido Bramanti (Coordinatore Regionale SNO Sicilia), Filippo Lo Presti (N Messina), Marco Saetta (N Siracusa), Maurizio Elia (N Troina EN).

gente Neurologo, Direttore UOC Medicina Riabilitativa dell'ASP di Siracusa. In questa seconda sessione gli argomenti trattati sono stati: i disturbi cognitivi, la riabilitazione della malattia, le reti assistenziali e i Parkinsonismi atipici.

Il secondo seminario ha ricevuto numerosi consensi favorevoli. I prossimi incontri sono in fase di definizione e si terranno: a Troina, evento organizzato dal Dott. Maurizio Elia, e a Palermo "S. Flavia", evento organizzato dalla Dott.ssa Marina Rizzo.

## AGGIORNAMENTO

# IL NEUROLOGO INTERVENTISTA

di *Andrea Zini\**

Il trattamento dell'ictus ischemico ha subito anche in Italia negli ultimi decenni importanti mutamenti e progressi, a partire dalla organizzazione dell'assistenza in strutture dedicate (Stroke Unit)<sup>(1-2)</sup> fino all'introduzione nella pratica clinica di terapie efficaci (trombolisi endovenosa), capaci di ridurre mortalità e disabilità<sup>(3-5)</sup>.

Analogamente anche la figura del neurologo sta attraversando importanti cambiamenti con un ruolo sempre più da protagonista nell'emergenza-urgenza. La gestione dell'ictus acuto è divenuta infatti in questi anni cardine del processo di sviluppo della Neurologia d'Urgenza e delle Neuroscienze in ambito ospedaliero.

La figura del *Neurologo*, già ricca in termini di conoscenza cliniche e di semeiotica neurologica, sta acquisendo sempre più conoscenze e capacità gestionali nell'ambito delle emergenza urgenza al fine di ottimizzare la cura delle malattie cerebro-vascolari. Il neurologo, pur continuando ad utilizzare l'esame neurologico e gli "storici" strumenti in suo possesso (martelletto, diapason, oftalmoscopio, ecc.), ha ora necessità di affiancare ulteriori competenze internistiche (che vanno dal monitoraggio dei parametri vitali, all'annessa gestione dei monitor, alla interpretazione di elettrocardiogrammi, ecc.). Inoltre, se fino ad alcuni decenni fa, la attività strumentale svolta dal

neurologo era legata principalmente alla neurofisiologia, oggi il *Neurologo Vascolare* ha necessità di inserire la neurosonologia (ecodoppler TSA e transcranico) tra gli strumenti di uso quotidiano in ambito ospedaliero.

Il trattamento dell'ictus ha ripercorso quelle che sono state, decenni prima, le analoghe tappe della evoluzione della terapia dell'infarto miocardico (nascita delle unità coronariche, trombolisi endovenosa, angioplastica primaria, ecc.). Il parallelismo sembra riproporsi anche nei professionisti volti alla cura delle due patologie, vedendo ora la nascita di neurologi anche con competenze interventistiche, volti ad eseguire trombolisi intrarteriose, analogamente alla figura dei cardiologi emodinamisti in ambito cardiologico.

Ma può il neurologo avere accesso alla sala angiografica? È necessaria una specializzazione in radiologia? E quali sono le normative di legge in

Italia in materia? La disciplina è normata dal Decreto Legislativo 26 maggio 2000 n. 187 (modificato dall'art. 39, Legge 1 marzo 2002, n. 39), in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche. L'articolo 7 in particolare sottolinea come le attività radiodiagnostiche complementari all'esercizio clinico possono essere svolte dal medico in possesso della specializzazione nella disciplina in cui rientra l'intervento stesso<sup>(6)</sup>. Il Neurologo può pertanto eseguire durante la sua attività clinica anche attività in sala angiografica, senza necessitare di una specifica specializzazione in Radiologia, analogamente a quanto accade anche per il cardiologo emodinamista e l'odontoiatra all'interno della loro attività clinica.

Ma chi è quindi il *Neurologo Interventista*? È un neurologo cosiddetto "vascolare", esperto cioè in malattie cerebro-vascolari e nel trattamento dell'ictus acuto che esegue anche trattamento di trombolisi endovascolare. Non si tratta pertanto di un neuroradiologo, né tanto meno di un neuroradiologo interventista che tratta, invece, non solo l'ictus acuto ma anche la restante patologia endovascolare intracranica (aneurismi, MAV, fistole, ecc.) così come tutta la patologie della colonna e del midollo. Il Neurologo interventista è pertanto un neurologo della Stroke Unit che "è dove è il malato con ictus acuto": accoglie il paziente in pronto soccorso, lo segue in TC e discute col neuroradiologo gli esami di diagnostica di 1° e 2° livello, lo sottopone al trattamento trombolitico endovenoso quando indicato, ne segue l'andamento clinico in Stroke Unit e infine è in sala angiografica quando il paziente necessita di trattamento endovascolare. Queste attività del neurologo, che ne fanno a tutti gli effetti il case-manager del paziente con ictus acuto, necessitano, come si può immaginare, di un importante percorso di formazione professionale. Quale deve essere pertanto il percorso formativo del neurologo interventista? Negli Stati Uniti nel 2009 sono stati

pubblicati i criteri minimi per la formazione del neurologo interventista per il trattamento endovascolare dell'ictus ischemico<sup>(7)</sup>. Il training prevede sia l'acquisizione di competenze teoriche che pratiche, attraverso programmi approvati dall'*Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)*.

La formazione teorica prevede:

- un minimo di 6 mesi all'interno dei 4 anni di specializzazione dedicati alle malattie cerebro-vascolari, volta all'acquisizione di conoscenze sulla diagnosi e trattamento dell'ictus acuto, interpretazione delle neuroimmagini e delle angiografie cerebrali, sotto la supervisione di un neurologo (o neuroradiologo o neurochirurgo certificato);
- un anno di formazione teorica di neuroradiologia endovascolare.

La formazione tecnico-pratica prevede:

- documentato training nella esecuzione di cateterismo angiografico, comprendente almeno 100 angiografie diagnostiche. L'outcome clinico delle procedure deve essere in linea con la percentuale di successi e complicanze stabilita dall'*American College of Radiology*;
- documentato training nella esecuzione di cateterismo intracranico (microcatetere < 3 French e microguida < 0,014 inch) sotto la supervisione di un neurointerventista esperto e accreditato;
- documentato training ed esperienza in trattamenti endovascolari nell'ictus ischemico, comprendenti almeno 10 trattamenti intrarteriosi come primo operatore, sotto la supervisione di un neurointerventista esperto e accreditato.

La figura del neurologo interventista potrà creare nella realtà italiana, come ipotizzato da qualcuno, la nascita di conflitti professionali all'interno dei Dipartimenti di Neuroscienze tra neurologi, neuroradiologi e neurochirurghi? La risposta (e di conseguenza la soluzione al problema) credo stia nei numeri.

Se torniamo al parallelismo con i colleghi cardiologi emodinamisti sappiamo che eseguono annualmente circa

25.000-30.000 procedure/anno di angioplastica primaria. Analogamente dai dati del Registro Endovascolare Italiano sulla trombolisi intrarteriosa sappiamo che i trattamenti endovascolari per l'ictus ischemico sono circa 200/anno in Italia<sup>(8)</sup>.

Il futuro pertanto nei Dipartimenti di Neuroscienze non sarà probabilmente quello di sanare eventuali conflitti professionali su "chi fa cosa" in sala angiografica tra neurologo, neuroradiologo e neurochirurgo, ma di mettere in campo al contrario tutta l'esperienza professionale per garantire l'adeguato percorso formativo dei professionisti interessati all'attività interventistica e il conseguente raggiungimento di analoghi numeri dei colleghi cardiologi anche per il trattamento endovascolare dell'ictus ischemico.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (4): CD000197.
2. Candelise L, Gattinoni M, Bersano A, Miceli G, Sterzi R, Morabito A; PROSIT Study Group. Stroke-unit care for acute stroke patients: an observational follow-up study. *Lancet* 2007; 369 (9558): 299-305.
3. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *New Engl J Med* 1995; 333 (24): 1581-1587.
4. Adams HP Jr, del Zoppo G, Alberts MJ, Bhatt DL, Brass L, Furlan A, Grubb RL, Higashida RT, Jauch EC, Kidwell C, Lyden PD, Morgenstern LB, Qureshi AI, Rosenwasser RH, Scott PA, Wijdicks EF; American Heart Association; American Stroke Association Stroke Council; Clinical Cardiology Council; Cardiovascular Radiology and Intervention Council; Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups: the American Academy of Neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists. *Stroke* 2007; 38 (5): 1655-1711.
5. European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee; ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Cerebrovasc Dis* 2008; 25 (5): 457-507. Updated at web site: <http://www.eso-stroke.org/recommendations.php>

6. Decreto Legislativo 26 maggio 2000, n. 187. Attuazione della direttiva 97/43/ EURATOM in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche. Modificato dall'art. 39, Legge 1 marzo 2002, n. 39. Gazzetta Ufficiale n. 157 del 7 luglio 2000 - Supplemento Ordinario n. 105. Sito web: <http://www.camera.it/parlam/leggi/deleghe/testi/00187dl.htm>
7. Meyers PM, Schumacher HC, Alexander MJ, Derdeyn CP, Furlan AJ, Higashida RT, Moran

CJ, Tarr RW, Heck DV, Hirsch JA, Jensen ME, Linfante I, McDougall CG, Nesbit GM, Rasmussen PA, Tomsick TA, Wechsler LR, Wilson JR, Zaidat OO; Wrting Group for American Academy of Neurology, American Association of Neurological Surgeons Cerebrovascular Section, Society of Neurointerventional Surgery and Society of Vascular and Interventional Neurology. Performance and training standards for endovascular ischemic stroke treatment. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2009; 18 (6): 411-415.

8. Registro Endovascolare Italiano: <http://www.registroendovascolare.it>

\* *Co-Responsabile Stroke Unit, Clinica Neurologica, Nuovo Ospedale Civile "S. Agostino-Estense", AUSL Modena, tel +39-059-3962549, fax +39-059-3962409, e-mail: a.zini@ausl.mo.it*

## AGGIORNAMENTO

# INTERNATIONAL STROKE TRIAL 3

di Silvia Cenciarelli\*, Tatiana Mazzoli\*\* e Stefano Ricci\*\*\*

Il 23 maggio 2012, durante la European Stroke Conference di Lisbona, sono stati resi noti i risultati dell'International Stroke Trial 3 (IST-3), successivamente pubblicati su *Lancet*.

Lo studio, coordinato dalla Università di Edimburgo, è iniziato nel 2000 e si è concluso nel 2011. L'IST-3 ha messo a confronto *rt-PA* (attivatore tissutale ricombinante del plasminogeno) vs *placebo nei pazienti con ictus ischemico acuto*, senza limiti di età, da trattare entro 6 ore dall'inizio dei sintomi. Il campione previsto (3.100 pazienti) era sufficiente per evidenziare una differenza del 4% nell'outcome primario. Hanno partecipato 156 centri nel mondo e sono stati randomizzati 3.035 pazienti, di cui 326 nei 21 Centri italiani.

Si è trattato di uno studio no profit, randomizzato, in aperto, con valutazione in cieco dell'outcome condotto in accordo con le GPC (*Groupe de haut niveau pour la Programmation Conjointe*) European Union standard (*Prospective Randomized Open Blinded End-point: PROBE*). La randomizzazione era centralizzata, telefonica o via internet. Tutti gli esami neuroradiologici (TC o RM) sono stati revisionati centralmente in cieco. La prognosi è stata valutata con la Oxford Handicap Scale (OHS) a 6 mesi. L'outcome primario era la percentuale di

pazienti vivi ed indipendenti a 6 mesi (disabilità misurata con la OHS 0-2). Nel corso degli anni, tenendo conto delle nuove evidenze acquisite (per esempio, dallo studio European Cooperative Acute Stroke Study: ECASS 3), è stato introdotto un outcome secondario, ovvero la percentuale dei pazienti con prognosi favorevole a 6 mesi (OHS 0-1); inoltre è stata prevista la ordinal shift analysis della OHS a 6 mesi. La ordinal shift analysis valuta tutti gli spostamenti per ogni singolo grado di OHS e produce un odds ratio cumulativo; questo metodo è oggi considerato più sensibile e potente per evidenziare differenze nell'efficacia di una terapia nell'ictus cerebrale. Sono stati inclusi pazienti di qualsiasi età entro 6 ore dall'inizio dei sintomi con TC o RM negativa per emorragia cerebrale in cui non c'era una chiara indicazione o controindicazione alla terapia con *rt-PA*. Sono stati esclusi solo i pazienti con una scarsa probabilità di beneficio a seguito del trattamento, ad alto rischio di effetti collaterali avversi, con glicemia inferiore a 54 mg/dl o superiore a 360 mg/dl o quelli con ictus o terapia fibrinolitica nei precedenti 14 giorni. I criteri di esclusione sono stati molto meno restrittivi di quelli per la somministrazione dell'*rt-PA* secondo Licenza Ministeriale, che permette di

trattare solo i pazienti di età inferiore a 80 anni, entro 3 ore (4,5 ore in Europa) dall'insorgenza dei sintomi, con un punteggio alla National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) inferiore a 25, senza segni precoci alla TC indicativi di un infarto esteso, che non abbiano una storia di ictus precedente e diabete e nessun altro criterio di esclusione standard.

Dei 3.035 pazienti inclusi nello studio IST-3 il 95% non incontra i criteri dell'attuale licenza per *rt-PA*: solo il 28% dei pazienti è stato randomizzato entro 3 ore, il 53% era di età superiore a 80 anni e il 43% aveva un ictus esteso (Total Anterior Circulation Infarct: TACI).

Per la prima volta è stato pubblicato prima di conoscere i risultati il piano statistico che si sarebbe utilizzato e che prevedeva analisi conformi alle più recenti ed aggiornate acquisizioni in materia di elaborazione dati, compresa la già citata ordinal shift analysis.

La percentuale di pazienti vivi ed indipendenti a 6 mesi (disabilità misurata con la OHS 0-2) è stata del 37% nel gruppo trattato (554/1.515) vs il 35% del gruppo controllo (534/1.520), con una differenza assoluta - non convenzionalmente significativa, visto che non raggiunge il 4% di 14 pazienti in più vivi ed indipendenti su 1.000 trattati (95% IC 20/48).

La percentuale di pazienti con prognosi favorevole a 6 mesi (disabilità misurata con la OHS 0-1) è aumentata in maniera statisticamente significativa con un odds ratio 1,26 (IC 1,04/1,53),  $p = 0,018$ , pari a 29 pazienti in più ogni 1.000 trattati.

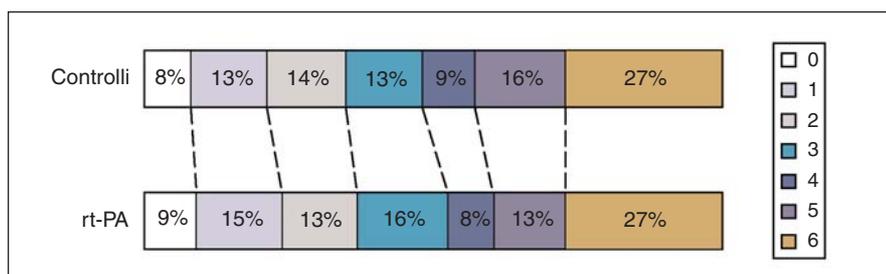


Figura 1. Analisi dello shift: outcome a 6 mesi valutato mediante la Oxford Handicap Scale dei pazienti con ictus ischemico acuto trattati con recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) (modificata da Sandercock P. et al., 2012).

La “shift” analisi della OHS a 6 mesi (analisi ordinale) mostra che gli odds di sopravvivenza con minore disabilità sono maggiori del 27% nei pazienti trattati con rt-PA (95% IC 1,10/1,47),  $p = 0,001$ .

Le emorragie intracraniche fatali e non fatali entro 7 giorni sono state del 7% nel gruppo trattato (104/1.515) e dell’1% nel gruppo controllo (16/1.520). Applicando la definizione Cochrane di SICH (Symptomatic Intracranial Haemorrhage) la percentuale del 7% nell’IST-3 è comparabile con quella del 7,3% riportata del registro SITS (Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke) di 6.483 pazienti trattati secondo Licenza Ministeriale nella comune pratica clinica. La mortalità è stata dell’11% entro 7 giorni (163) e del 16% fra 7 giorni e 6 mesi (244) nel gruppo trattato; del 7% entro 7 giorni (107) e del 20% fra 7 giorni e 6 mesi (300) nel gruppo controllo. La mortalità totale a 6 mesi è

stata del 27% in entrambi i gruppi (408/407).

Lo studio dei sottogruppi sull’outcome primario con analisi aggiustata per età, tempo dall’insorgenza dei sintomi alla randomizzazione e per gravità dell’ictus ha mostrato che la prognosi è migliore nei pazienti che sono stati randomizzati entro 3 ore e che c’è una tendenza alla prognosi migliore nei pazienti di età superiore agli 80 anni e nei più gravi. Gli effetti assoluti per 1.000 pazienti trattati con rt-PA a 6 mesi sono i seguenti:

- a tutte le età entro 6 ore:
  - 14 pazienti in più sono vivi ed indipendenti (Non Significant: NS),
  - 29 in più hanno una prognosi favorevole ( $p = 0,018$ ),
  - la sopravvivenza è con minore disabilità (favorevole shift nella OHS  $p = 0,001$ ),
  - non c’è differenza nella mortalità a 6 mesi;
- sopra gli 80 anni entro 6 ore:

- 38 in più sono vivi ed indipendenti;
- a tutte le età entro 3 ore:
  - 80 in più sono vivi ed indipendenti.

In conclusione, possiamo quindi affermare che per i pazienti inclusi nell’IST-3, malgrado il rischio precoce, la trombolisi entro 6 ore migliora l’outcome funzionale, con un beneficio maggiore nei pazienti randomizzati entro le prime 3 ore che non si riduce né nei pazienti più anziani né nei più gravi.

I dati dell’IST-3 sono stati utilizzati per l’aggiornamento della revisione sistematica Cochrane che ha incluso 12 trials sull’rt-PA nell’ictus ischemico acuto con un totale di 7.012 pazienti. È stato considerato l’outcome precoce (entro 7 giorni), l’outcome tardivo alla fine del follow up (fra 7 giorni e 6 mesi) in pazienti inclusi entro 6 ore, l’outcome in relazione al tempo di trattamento e l’outcome in relazione al tempo di trattamento e all’età.

Le evidenze conclusive sono state le seguenti:

- l’emorragia intracerebrale spontanea (SICH) è l’unica maggiore causa di rischio precoce;
- poche sono le morti con rt-PA tra 7 giorni e la fine del follow up;
- non ci sono effetti con rt-PA nelle morti totali alla fine del follow up;
- esiste un beneficio sostanziale con il trattamento entro 3 ore;
- esiste un possibile beneficio per alcuni pazienti fra 3 e 6 ore;

Effetti assoluti per 1.000 pazienti trattati entro 6 ore		
Outcome (entro 7 giorni)	n/1.000	95% CI
Morte precoce	25	11–39
Emorragia intracranica fatale	29	23–39
Decesso non per emorragia intracranica	-4	-16–8
Emorragia intracranica sintomatica	58	49–68
Outcome (fine del follow up)		
Decessi totali	7	-11–25
mRS 0-2	42	19–66
mRS 0-1	55	33–77

Tabella 1. Effetti assoluti per 1.000 pazienti trattati con rt-PA entro 6 ore dall’inizio dei sintomi (modificata da Wardlaw JM et al., 2012). Legenda: mRS = modified Rankin Scale.

Effetti assoluti dell’età		
Tempo	Età ≤ 80 (95% CI)	Età > 80 (95% CI)
< 3 ore	95 (35,155)	96 (35,157)
3-6 ore	23 (-8,54)	5 (-61,50)
< 6 ore	43 (16,70)	38 (-3,79)

Tabella 2. Effetto assoluto dell’età: ≤ 80 anni vs > 80 nni e del tempo: < 3 ore vs 3-6 ore per 1.000 pazienti trattati con rt-PA e valutati con scala di Rankin modificata 0-2 (vivi ed indipendenti) alla fine del follow up (modificata da Wardlaw JM et al., 2012).

- i pazienti oltre gli 80 anni hanno un beneficio simile a quelli sotto gli 80 anni specialmente se trattati entro le 3 ore.

*Implicazioni per la pratica clinica:* considerare il trattamento trombolitico per una più ampia varietà di pazienti, in particolare pazienti con età superiore ad 80 anni e con ictus più severo; incrementare il numero di ictus ischemici trattati entro 3 ore; essere consapevoli che la mortalità non è incrementata dal trattamento.

*Implicazioni nella ricerca:* rimane il razionale per studi ongoing sulla trombolisi dopo le 4,5 ore dall'esordio; sarà "più duro" giustificare limiti di età in trial futuri; emerge la necessità di metanalisi di dati su singolo paziente per identificare quali caratteristiche, oltre l'età ed il tempo, aumentano la probabilità di beneficio o di rischio.

Come conclusione possiamo citare l'editoriale di commento, sempre pubblicato su *Lancet*, di Didier Leys e Charlotte Cordonnier, del Roger Salengro Hospital di Lille, in Francia, i quali affermano che dopo l'IST-3 cambierà il nostro approccio al paziente con ictus ischemico, in quanto non dovremo più identificare i pazienti candidati alla trombolisi, ma piuttosto quei pochi per i quali non sussiste indicazione al trattamento.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Leys D, Cordonnier C. rt-PA for ischaemic stroke: what will the next question be? *Lancet* 2012; 379 (9834): 2320-2321.
2. Sandercock P, Wardlaw JM, Lindley RL, Dennis M, Cohen G, Murray G, Innes K, Venables G et al.: The benefits and harms of intravenous thrombolysis with recombinant tissue plasminogen activator within 6 h of acute ischaemic stroke (the third international stroke trial [IST-3]): a randomised controlled trial. *Lancet* 2012; 379 (9834): 2352-2363.
3. Wardlaw JM, Murray V, Berge E, del Zoppo G, Sandercock P, Lindley RL, Cohen G. Recombinant tissue plasminogen activator for acute ischaemic stroke: an updated systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2012; 379 (9834): 2364-2372.

\* *UO di Neurologia, Ospedale di Città di Castello, ASL 1 dell'Umbria*

\*\* *UO di Neurologia e Centro Ictus, Ospedale Alto Chiascio, ASL 1 dell'Umbria*

\*\*\* *UO di Neurologia, Ospedali di Città di Castello e Branca, ASL 1 dell'Umbria*

#### Commento: A NEVER ENDING STORY

Attualmente la normativa che regola l'utilizzo della fibrinolisi endovenosa nell'ictus acuto in Italia è disciplinata dalla determinazione AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) del 16 novembre 2007 (GU n. 278 del 29 novembre 2007). Sostanzialmente veniva preso atto del risultato dello studio SITS-MOST (MONitoring STudy), confermando la necessità di proseguire nello studio post-marketing e di implementare il registro SITS-ISTR (International Stroke Thrombolysis Register). Le modalità di trattamento venivano confermate secondo quanto riportato nel decreto pubblicato nella GU n. 190 del 18 agosto 2003. La deliberazione confermava che l'utilizzo di Actilyse per il trattamento dell'ictus acuto può avvenire solo all'interno delle strutture riconosciute idonee attraverso un complesso sistema di riconoscimento regionale e accreditamento da parte del coordinamento nazionale del registro. Grazie al costante lavoro del Prof. Danilo Toni, coordinatore nazionale, la diffusione dell'unico trattamento far-

macologico efficace a tutt'oggi nell'ictus acuto ha avuto un incremento notevole, ma ancora insufficiente. Dopo la pubblicazione nel 2008 dei dati dell'ECASS 3 l'EMA (European Medicines Agency) ha esteso, nel novembre 2011, l'utilizzo entro le 4,5 ore, ma tale provvedimento non ha ancora portato nessun cambiamento nella normativa italiana, costringendo gli operatori a bizantini consensi informati per un utilizzo off-label del farmaco nell'interesse dei pazienti. Numerosi dubbi sorgono nella pratica quotidiana di chi opera nelle stroke unit e la sensazione è che tanti pazienti siano esclusi sulla base di evidenze deboli o, in alcuni casi, assenti. I risultati dell'IST-3 e della metanalisi, riportata nello stesso numero del *Lancet* (pubblicato online il 23 maggio 2012), chiariscono fondamentalmente che alcuni dei criteri di esclusione, come età e gravità del deficit neurologico, devono essere rivisti.

Maurizio Melis  
SC di Neurologia e Stroke Unit,  
Ospedale "G. Brotzu", Cagliari

#### ATTUALITÀ

## REPARTI A 5 STELLE, A 4, A 2... A ZERO STELLE?

### II PROGRAMMA NAZIONALE VALUTAZIONE ESITI DEL MINISTERO DELLA SALUTE A PROPOSITO DELLA "GUIDA SALUTE" DI FOCUS

Questa estate 2012 potrebbe essere ricordata per l'assillo dello spread, oppure per le vampate delle ondate di calore degli anticlioni "Caronte" e "Lucifero", od anche per il prezzo della benzina, che è arrivata a costare oltre 3.890 lire al litro (anche se la cosmesi della valuta comune europea fa sì che oggi leggiamo 2,01 euro). Per i Neurologi, i Neurochirurghi ed i Neuroradiologi, come per gli altri Dirigenti Medici degli Ospedali ita-

liani - invece - questa estate è successo qualcosa che lascerà un segno importante e probabilmente segnerà il futuro di molte Unità Operative Complesse dei nostri ospedali. Fin da marzo, sul sito dell'AGENZIA Nazionale per i Servizi sanitari regionali (AGENAS) erano divenuti disponibili, in una area ad accesso limitato, i dati del Programma Nazionale valutazione Esiti (PNE). Si tratta di un progetto di rilevante importanza per il

Ministero della Salute, affidato all'AGENAS (dalla cui direzione il Prof. Balduzzi, con la nascita del Governo Monti, è transitato direttamente alla responsabilità del Dicastero della Salute). Parliamo della valutazione degli esiti degli interventi sanitari, in particolare - per quanto ci interessa - in ambito ospedaliero. I dati si riferiscono alle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del periodo 2005-2010. Tale valutazione può essere considerata come una stima, con disegni di studio osservazionali (non sperimentali), dell'occorrenza degli esiti di interventi/trattamenti sanitari.

I principali obiettivi sono:

- la valutazione osservazionale dell'efficacia "teorica" (efficacy) di interventi sanitari per i quali non sono possibili/disponibili valutazioni sperimentali (Randomized Controlled Trial: RCT);
- valutare nuovi trattamenti/tecnologie per i quali non sono possibili studi sperimentali;
- la valutazione osservazionale dell'efficacia "operativa" (effectiveness) di interventi sanitari per i quali sono disponibili valutazioni sperimentali di efficacia (RCT);
- valutare la differenza tra l'efficacia dei trattamenti quando stimata in condizioni sperimentali rispetto a quella osservata nel "mondo reale";
- la valutazione comparativa tra soggetti erogatori e/o tra professionisti e tra ASL, con applicazioni possibili in termini di accreditamento, remunerazione, informazione dei cittadini/utenti, con pubblicazione dei risultati di esito di tutte le strutture per l'"empowerment" (orribile anglicismo, tipico del dilagante provincialismo lessicale pseudomanageriale, sindacale-politichese, sicuramente meglio esprimibile come: "attivazione del ruolo" dei cittadini e delle loro associazioni nella scelta e nella valutazione dei servizi);
- la valutazione comparativa tra gruppi di popolazione (per esempio, per livello socio-economico, residenza, ecc.), soprattutto per



Figura 1. Prima e quarta di copertina di Focus - Guida Salute (Numero Speciale) - luglio 2012.

programmi di valutazione e promozione dell'equità;

- individuazione dei fattori dei processi assistenziali che determinano esiti, ad esempio: stimare quali volumi minimi di attività sono associati ad esiti migliori delle cure e usare i volumi minimi come criterio di accreditamento;
- auditing interno ed esterno;
- monitoraggio livelli di assistenza.

Il Programma Nazionale Esiti ha individuato un set di indicatori, basandosi sulle evidenze emerse, tra gli altri, dagli studi della US Agency for Healthcare Research and Quality, come pure delle Agenzie di Sanità Pubblica nazionali britannica, svedese, tedesca e francese. Per maggiori dettagli consultare il Supplemento 2/2011 di Epidemiologia e Prevenzione: "Valutazione comparativa di esito degli interventi sanitari", [http://151.1.149.72/pne10/esiti\\_fin.pdf](http://151.1.149.72/pne10/esiti_fin.pdf). L'accesso ai dati è riservato ad utenti registrati e riconosciuti dall'AGENAS (Assessorati alla Sanità, Agenzie di Sanità Regionali, Direzioni Generali di ASL od Aziende Ospedale, ecc.), la quale si premura di precisare sul proprio sito che: "Ciascuna di queste applicazioni ha effetti potenziali positivi e negativi, costi e benefici, taluni già valutati in letteratura. È necessaria un'attenta valutazione a priori per ogni applicazione, non solo dal punto di vista sanitario

e/o organizzativo, ma anche economico, sociale. In particolare, la eventuale informazione diretta ai cittadini sui risultati di singoli servizi e/o soggetti erogatori richiede oggi un programma regionale molto articolato di comunicazione per ottimizzare gli effetti positivi e limitare quelli negativi". Non a caso l'équipe che ha coordinato lo studio, guidata da Carlo Perucci, già responsabile per la Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio del Progetto Pre\_Va\_Le (Progetto Regionale Valutazione Esiti) scrive sul sito AGENAS: [http://www.agenas.it/agenas\\_pdf/Comunicato%20PNE\\_2005-2010.pdf](http://www.agenas.it/agenas_pdf/Comunicato%20PNE_2005-2010.pdf) che: "l'obiettivo generale del PNE è la valutazione degli esiti degli interventi/trattamenti sanitari, attraverso un'ampia analisi comparativa tra strutture ospedaliere e aree territoriali di residenza, a supporto di programmi di auditing clinico e organizzativo, per il miglioramento dell'efficacia delle cure e una maggiore equità nella tutela della salute", dall'altro, sulla pagina di apertura del PNE <http://151.1.149.72/pne10/>, si legge: "Le misure di PNE sono strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel Servizio Sanitario Nazionale. PNE non produce classifiche, graduatorie, giudizi". La linea di produzione pentole del-

l'AGENAS e del Ministero, purtroppo, ha presentato alcuni sfasamenti rispetto al settore coperchi, per cui i dati, utilizzabili anche in maniera tale da poter essere presentati in forma di classifiche e graduatorie - con possibili giudizi impliciti sulla qualità delle cure prestate - sono ben presto divenuti di pubblico dominio. Il 7 luglio 2012 è comparsa nelle edicole di tutta Italia la pubblicazione: "Focus - Guida Salute". Si tratta di un numero speciale del mensile FOCUS, edito da Gruner + Jahr/Mondadori, joint venture costituita nel 1990 tra il Gruppo Mondadori e il Gruppo tedesco Bertelsmann. Sulla copertina si legge: "migliori ospedali d'Italia e quali sono da chiudere. Per la prima volta i risultati, reparto per reparto, degli ospedali e delle cliniche private italiane. La qualità degli interventi ed i dati di mortalità. Cardiologia, Cardiocirurgia, Neurologia, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Oncologica, Ortopedia, Ostetricia, Pneumologia". Sulla quarta di copertina: "I dati ufficiali del Ministero della Salute finalmente resi pubblici" (Figura 1).

Il mensile è quindi riuscito ad accedere ai dati del PNE, in particolare concentrandosi sugli oltre 1,2 milioni di ricoveri del 2010 (strutture pubbliche e private) e, come avviene comunemente nei Paesi anglosassoni, entrato in possesso di dati giudicati interessanti per l'opinione pubblica, li ha pubblicati: in forma cartacea sul supplemento Focus/Guida Salute in edicola e contemporaneamente su internet: [http://www.focus.it/scienza/salute/la-guida-ai-migliori-ospedali-ditalia\\_52321\\_C12.aspx](http://www.focus.it/scienza/salute/la-guida-ai-migliori-ospedali-ditalia_52321_C12.aspx)

Gli indicatori selezionati dal PNE sono:

- 1) infarto del miocardio;
- 2) scompenso cardiaco;
- 3) by-pass aorto-coronarico;
- 4) valvuloplastica;
- 5) ictus;
- 6) rivascolarizzazione della carotide;
- 7) aneurisma dell'aorta addominale;
- 8) colecistectomia per via laparoscopica-mininvasiva;
- 9) colecistectomia per via laparotomica;

- 10) chirurgia oncologica: tumore del polmone;
- 11) frattura del collo del femore;
- 12) frattura di tibia e perone;
- 13) artroscopia del ginocchio;
- 14) parto cesareo nella prima gravidanza;
- 15) broncopneumopatia cronica ostruttiva.

Per quanto ci interessa, nell'ambito delle Neuroscienze Cliniche, l'indicatore più significativo è costituito naturalmente dall'ictus ed in particolarità dai due sotto-indicatori:

- a) la mortalità a trenta giorni dal ricovero;
- b) le riammissioni ospedaliere entro trenta giorni.

(Il protocollo dello studio esclude tutti gli ictus emorragici, come pure i TIA.) Per i dettagli metodologici: <http://151.1.149.72/pne10/metodi-statistici.php> e Supplemento 2/2011 di Epidemiologia e Prevenzione già citato.

È quindi possibile, regione per regione ed ospedale per ospedale, verificare:

- a) il numero delle diagnosi/casi trattati (con le inevitabili limitazioni derivanti dal protocollo di studio, che prevede, per l'indicatore "ictus", la inclusione solo dei ricoveri per acuti, in pazienti di età superiore a 35 anni, in regime ordinario, con diagnosi principale di ictus ischemico codici ICD-9-CM 433.x1, 434.x1, 436) (vedi [http://151.1.149.72/pne10/prot/pro\\_18.pdf](http://151.1.149.72/pne10/prot/pro_18.pdf));
- b) il rischio di mortalità a trenta giorni, grezzo ed aggiustato per il grado di complessità della patologia trattata dal singolo ospedale. Questo viene considerato un indicatore valido e riproducibile della appropriatezza ed efficacia del processo diagnostico-terapeutico, che coincide con il ricovero ospedaliero (dal Razionale dello Studio PNE, scheda informativa relativa all'indicatore: "Ictus" [http://151.1.149.72/pne10/def/def\\_18.pdf](http://151.1.149.72/pne10/def/def_18.pdf));
- c) il tasso di ri-ospedalizzazione a trenta giorni da una dimissione ospedaliera per ictus. Questo indicatore può costituire un indicatore della qualità delle cure sia

intra che extraospedaliere per gli eventi cerebro-vascolari (dal Razionale dello Studio PNE, scheda informativa relativa all'indicatore: "ictus" [http://151.1.149.72/pne10/def/def\\_18.pdf](http://151.1.149.72/pne10/def/def_18.pdf)).

Tutto questo è, da oltre due mesi, di pubblico dominio.

I giornalisti di Focus tengono a precisare - rispetto alla diffusa tendenza dei media a criminalizzare la Professione Medica ed a parlare, qualche volta a ragione quasi sempre a torto, di "Malasanità" - che è loro intenzione fornire al pubblico strumenti di informazione il più possibile accurati e completi, tenendo conto che le evidenze scientifiche mostrano con sempre maggiore chiarezza come i risultati migliori coincidono con l'esperienza dei Centri che trattano le casistiche più ampie. Dopo di che, si legge su Focus: "Una officina che aggiusta migliaia di auto l'anno e le restituisce tutte funzionanti, tranne una, continua ad essere una buona officina. E questo anche se ha i calcinacci nei sotterranei e tiene le fatture un po' in disordine. La qualità dell'officina viene valutata dal complessivo lavoro di riparazioni eseguite".

In un Paese, come il nostro, dove per decenni non solo i singoli reparti, ma anche alcuni ospedali sono nati come ricompensa ai portaborse (anche con laurea in medicina) del politico di turno, i dati del PNE possono creare - hanno già creato - scompiglio, irritazione, anche aperta ostilità verso il Progetto, caso mai abilmente camuffata da sottili distinguo tecnico-metodologici. Resta la implacabile realtà dei fatti e dei numeri. A puro titolo di esempio, ed esulando per carità di patria dall'ambito neurologico, i numeri citati da Focus dicono che, in Gran Bretagna, 62,5 milioni di abitanti, le Cardiocirurgie sono 41; in Germania, 82 milioni di abitanti, sono circa 60. I criteri di accreditamento prevedono, in Italia, una Cardiocirurgia per ogni milione di abitanti: 61 milioni, 61 cardiocirurgie con previsione di almeno 300 interventi l'anno. Invece ce ne sono 22 solo in Lombardia (8 milioni di abitanti) e 120 in tutta

Italia, esattamente il 100% in più, con casi (dati PNE) di Centri, anche Universitari, che arrivano a stento a 100 interventi l'anno.

Sono molti i Colleghi che sono andati a spulciare le tabelle per poi trarne motivi di consolazione (se i dati della propria struttura ben si collocavano rispetto alla media nazionale ed ai benchmark) o di apprensione (se invece i dati collocavano quel reparto nella parte bassa della classifica o, peggio ancora, tra i "reparti da chiudere", elenco che Focus non ha stampato sulla rivista, rimandando al proprio sito: [http://www.focus.it/scienza/salute/gli-ospedali-da-chiudere\\_C12.aspx](http://www.focus.it/scienza/salute/gli-ospedali-da-chiudere_C12.aspx)).

Non credo che l'obiettivo del Ministero e dell'AGENAS sia quello di distribuire pagelle tra gli ospedali (anche se, per esempio, il National Institute for health and Clinical Excellence: NICE ed il National Health Service britannici lo fanno ormai da anni), ma piuttosto il miglioramento continuo della qualità delle cure che il Servizio Sanitario Nazionale offre nella rete dei propri ospedali. Noi professionisti faremmo bene a familiarizzare con questi dati ed a tenerli presenti. Fosse anche solo per mero tornaconto "corporativo" legato alla sopravvivenza delle nostre strutture. I dati del PNE, che continua per il 2011 e l'anno in corso, sono già sui tavoli governativi. Non dimentichiamo che con la conversione in Legge, con modificazioni, del Decreto-Legge 6 luglio 2012 n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini (Spending Review), al titolo III: "Razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria", si legge, all'art. 13, comma "c": "le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano, entro il 30 novembre 2012, provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie ... omissis... La riduzione dei posti letto è a carico

dei presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 40 per cento del totale dei posti letto da ridurre ed è conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse".

*Neurologo avvisato, mezzo salvato.*

## STORIA DELLA MEDICINA

# SAN RICCARDO PAMPURI: UN MEDICO DELLA GRANDE GUERRA SALITO ALL'ONORE DELL'ALTARE

Della Grande Guerra oramai si sa tanto, ma c'è ancora molto da scavare e da riportare alla memoria, soprattutto quando parliamo di figure minori. Eccoci allora a raccontarvi la storia di uno di questi protagonisti dimenticati. Studente in medicina, poi frate, poi santo: beh... a pensarci bene, forse definirlo personaggio minore è riduttivo. Caporetto, fine ottobre 1917, gli Austriaci travolgono i soldati italiani: una grave sconfitta militare, quasi un disastro. Tra i militari del Servizio Sanitario c'è Erminio Pampuri, 20 anni, studente di Medicina. Durante la ritirata, compie un'azione eroica: conduce un carro carico di materiale sanitario e tirato da una mucca per 24 ore sotto la pioggia battente, ponendo in salvo quel materiale precipitosamente

abbandonato. Sa che se non lo facesse, per pensare solo a se stesso, numerosi feriti non avrebbero più la possibilità di curarsi. Per l'impresa compiuta, verrà decorato con la medaglia di bronzo.

Erminio Filippo Pampuri, decimo di undici fratelli, nasce il 2 agosto 1897 a Trivolzio (Pavia) da Angela Campari e Innocenzo. Orfano di madre a tre anni e di padre a 10, viene accolto dagli zii materni a Torrino, frazione di Trivolzio. Compiute le scuole elementari e la prima ginnasiale, prosegue gli studi presso il Collegio Sant'Agostino di Pavia. Conseguita la maturità si iscrive alla Facoltà di Medicina dell'Università di Pavia nell'anno accademico 1915-1916, quando la guerra è alle porte. Nel 1917 deve interrompe-



Pampuri in divisa militare durante la Grande Guerra.



Fra' Riccardo con la divisa francescana (il primo a sinistra).

*Giuseppe Neri*  
*Responsabile Qualità,*  
*Appropriatezza ed Efficacia Clinica,*  
*Direzione Strategica,*  
*Azienda Complesso Ospedaliero*  
*"S. Filippo Neri", Roma*  
*Presidente-eletto della SNO*  
*e-mail: g.neri@sanfilipponeri.roma.it*

re gli studi perché richiamato alle armi: svolge il suo servizio nel Corpo di Sanità con il grado di caporale. Di lui sappiamo che, fin dall'arrivo al fronte, si prodiga con dedizione per i soldati ed i feriti, rischiando spesso la pelle. Come anticipato, nell'autunno 1917 si trova nei pressi di Caporetto in un ospedale da campo quando, in seguito alla sconfitta, gli italiani si ritirano fino alla linea del Piave, per evitare l'accerchiamento. In mezzo alla confusione e allo sbandamento, Erminio si fa carico di radunare le attrezzature mediche più utili alla cura dei feriti, caricarle su un carro e di trasportarle da solo sotto il fuoco nemico, sebbene "protetto" si fa per dire da avverse condizioni atmosferiche. Per 24 ore conduce quel carro e riesce a riunirsi ai suoi commilitoni, che, ormai, non speravano più di vederlo. Questo gesto gli frutta la promozione a sergente, la medaglia di bronzo al valore, una licenza premio, ma soprattutto una brutta pleurite, dalla quale non si riprenderà mai del tutto. Proprio mentre si trova in guerra, si fa sentire sempre più forte la chiamata di Dio, tanto che quando non è impegnato a medicare le ferite, si raccoglie per ore ed ore in preghiera. Nel 1918, ancora prima di essere congedato, può riprendere gli studi, nel 1920 si congeda, con il grado di sottotenente, ed il 6 luglio 1921 si laurea, con il massimo dei voti. Dopo la festa di laurea scrive: "Tornai a casa con le idee chiare sul mio futuro: avrei dedi-

cato la mia esistenza agli altri, avrei sacrificato me stesso per salvare più vite possibili e ora voglio trasformare l'esercizio dell'arte medica in missione di carità".

Qui finisce la storia di Erminio Filippo Pampuri e comincia quella di Fra' Riccardo. Medico e frate, si farà amare per il suo spirito di abnegazione verso i poveri, per il modo caritatevole di curarli, molte volte senza farsi pagare, addirittura portando ai più bisognosi i medicinali e il denaro necessario per non morire di fame. Accetta i servizi più umili all'Ospedale del Fatebenefratelli di Milano, ma, chiamato dall'obbedienza o dalle necessità, visita i malati e li cura ovunque lo chiamino. "Ecco il santo dottore" lo addita la gente, stupita dalla competenza e dalla compassione che quel giovane medico dimostra verso i poveri e i sofferenti. Certo il connubio frate e medico sembra cozzare. Fede e scienza ben difficilmente vanno d'accordo. In questo senso, la sua tesi è che non esiste alcun contrasto fra la verità di scienza e quella di fede: le contraddizioni sono solo apparenti e sono dovute alla ignoranza o comunque ad un'imperfetta conoscenza. E a suo favore adduce la vicenda di Pasteur il quale veniva attaccato dai sostenitori della "generazione spontanea". Pasteur per difendere la fede dall'accusa dei materialisti "... scoprì il meraviglioso mondo dei microrganismi".

Purtroppo nella primavera del 1929 la

sua salute peggiora. I disturbi respiratori che Fra' Riccardo aveva fin dalla guerra sfociato in tisi, che degenera in tubercolosi. Il 18 aprile 1930 è trasferito nell'Ospedale del Fatebenefratelli. Il giorno prima di morire dice al nipote Alessandro: "Sono contento di andarmene. L'idea del Paradiso mi affascina e mi sto preparando come un uomo che sta per convolare a nozze". Muore il primo maggio.

Il 4 maggio vengono celebrate le sue esequie da quel Don Riccardo Beretta di cui aveva scelto il nome. È sepolto prima a Trivolzio, ma poi il suo corpo sarà traslato nella chiesa parrocchiale di San Cornelio e San Cipriano martiri. I casi di guarigione improvvisa ed inspiegabili per la scienza, avvenuti a quanti si affidavano a lui, si moltiplicano, così che nel 1949 comincia il processo per la beatificazione, che avviene il 4 ottobre 1981.

L'anno dopo la scienza riconosce un miracolo che gli consentirà poi il 1° novembre 1989 di essere proclamato santo da papa Giovanni Paolo II, che di lui dice: "La vita breve ma intensa di Fra' Riccardo Pampuri è uno sprone per i giovani, i religiosi, per i medici, a vivere coraggiosamente la Fede cristiana nell'umiltà e sempre nell'amore gioioso per i fratelli bisognosi".

*Angelo Nataloni*

(Società Storica per la Guerra Bianca)

*Angela Verlicchi*

(Associazione SOS Cervello)



## "PROGRESS IN NEUROSCIENCE"

- SNO Official Journal -

### SUBMIT AN ARTICLE!

Progress in Neuroscience aims to become a journal of international significance, featuring high-quality original papers on all aspects of scientific study of the nervous system, including basic research, training and education, organization and management.

[www.progressneuroscience.com](http://www.progressneuroscience.com)