



AINAT NEWS

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

N. 0 - 25 DICEMBRE 2018 - www.ainat.it



IL TERRITORIO, ANZITUTTO



AINAT

Associazione Italiana Neurologi Ambulatoriali Territoriali

In questo numero:

1. Il Territorio, anzitutto
di Domenico Cassano, pag.3
2. Il perché di AINATNews
di Roberto Tramutoli, pag.5
3. Per una nuova, comune identità
di Gianluigi Mancardi, pag.7
4. Storie di ordinaria routine
di Francesco Rosario Rodolico, pag.9
5. Il bambino con cefalea e il Natale
di Marco Carotenuto, pag.12

Speciale AINATNews

L'epilessia tra mito e storia: una review
di Enrico Volpe

Save the date

Il congresso nazionale AINAT 2019

La cartolina di Auguri

In copertina: V. Kandiski, Cerchi in un cerchio, 1926

Cari Soci e Amici,

L'idea di una rivista tutta nostra era già nello Statuto. Era dunque solo una questione di tempo, il tempo necessario affinché la nostra Associazione potesse crescere e cominciare a comprendere il suo ruolo nell'ambito della Medicina e della società attuali. C'è stato poi recentemente il rinnovo di tutte le cariche sociali e ciò ha portato nuove energie e nuovi stimoli che hanno notevolmente accelerato il processo che conduce alla concretizzazione dell'idea. La mossa decisiva è venuta dal nostro nuovo presidente che ha letteralmente spinto noi tutti a compiere il primo passo: è nato così il numero zero di AINATnews.

Il Comitato di redazione è temporaneamente composto dal presidente, Domenico Cassano, e dal nostro Comitato Scientifico. Quale Direttore responsabile è stato unanimemente indicato Roberto Tramutoli, per la competenza ed il *fair play* con cui ha anche ricoperto altri incarichi per conto della nostra Associazione. Il lavoro pratico e organizzativo è stato affidato al sottoscritto, ma non è un problema: conto sull'aiuto di tutti e confido nella gratificazione derivante dalla realizzazione del progetto.

La nostra idea è quella di un *magazine*, un periodico con articoli brevi in cui ciascun numero sarà affiancato da un allegato monotematico, un'autentica *lectio* ad opera di una personalità di prestigio. Al momento è prevista la pubblicazione in rete. Ma affinché si giunga alla realizzazione di una vera e propria testata giornalistica abbiamo bisogno della comprensione, dei suggerimenti e, soprattutto, della collaborazione di tutti perchè sognare è bello ma poter vedere i sogni trasformati in realtà è cosa ancora più soddisfacente.

Auguri al neo-nato Journal!

Gennaro Cascone



1. IL TERRITORIO, ANZITUTTO

di Domenico Cassano

Parlare oggi di Territorio e di un suo ruolo centrale nel sistema delle cure non è più una moda ma una necessità: le profonde ripercussioni sul Sistema Sanitario Nazionale da parte di un mercato del lavoro in rapida trasformazione impongono la messa in atto di una attenta programmazione che riconosca nel Territorio l'anello di congiunzione fondamentale tra l'Ospedale, l'Università e la Medicina pubblica.

Gli addetti ai lavori hanno anche stabilito le giuste proporzioni degli ingredienti per una "efficace ricetta": 44 % tra medicina ospedaliera e universitaria, 5 % di medicina pubblica e 51% di medicina territoriale. E se, di fatto, siamo ben lontani da queste percentuali è perché manca un progetto condiviso: le diverse realtà regionali rendono complicato quel percorso che consente di giungere a un accordo collettivo che permetta di rilanciare univocamente il Territorio a livello nazionale.

In tale temperie, l'AINAT può svolgere un ruolo fondamentale. Sono trascorsi venticinque anni da quando uno sparuto gruppo di neurologi napoletani, deluso da dissennate politiche sanitarie regionali - in primis l'esclusione dei Territoriali dalla gestione dell'Alzheimer - fondava tale associazione a tutela della dignità della categoria. Da allora a tutt'oggi di strada ne abbiamo certamente compiuta: dai primi timidi contatti a un'aggregazione sempre più ampia che ha visto, tra l'altro, l'attivazione di numerose sezioni regionali, esprimendo in tal senso un

modello di moderno associazionismo oggetto di emulazione e plauso generale.

Il primo segnale di una "nuova stagione" è la creazione di questo journal, di cui pubblichiamo il numero Zero non a caso a Natale, a meno di tre mesi dall'insediamento del nuovo Direttivo: trattasi di uno spazio *comune*, che vede protagonista chiunque abbia esigenza di comunicare, confrontarsi, condividere idee o progetti, pubblicare articoli o ricerche.

Partecipate attivamente inviando i vostri studi, ricerche, progettualità, suggerimenti, attinenti al variegato mondo del Territorio sì da poter rendere la vostra esperienza umana e professionale condivisibile e fruibile, arricchendoci tutti umanamente, culturalmente, scientificamente.

Innumerevoli sono le sfide che si pongono nel costruire "il nuovo": è indispensabile da parte di ciascuno un atteggiamento responsabile, attivo e partecipato, in una visione *non particularistica* ma costruttiva, aperta al dialogo e alla cooperazione con altre società scientifiche e non, in primis la SIN.

E' pur vero - parafrasando il poeta Giancarlo Majorino - che "sparite le idealità, siamo tutti malsicuri", ma siamo anche consapevoli che alle incertezze del futuro prossimo si può contrapporre la certezza delle idee e la concretezza delle azioni. Emblematico, in tal senso, è il messaggio contenuto nella lettera inviataci dal professor Gianluigi Mancardi,



attuale Presidente SIN: l'invito a collaborare in maniera congiunta, superando sterili settarismi. Inutile tergiversare o prendere tempo: guardare al *nuovo* con fiducia nella consapevolezza che *solo se uniti* potremo dare una svolta positiva al corso delle cose.

Lunga vita all'AINAT!



2. IL PERCHE' DI AINATNEWS

di Roberto Tramutoli

Quando, nel corso dell' ultimo Congresso Nazionale AINAT di Palermo mi è stata proposta una collaborazione per un Giornale dell' Associazione, per di più nella figura di Direttore Scientifico, più di una perplessità si è subito presentata, non disgiunta da una vena di ironico scetticismo.

In un' epoca dominata da Internet e dalla comunicazione superveloce se non addirittura immediata, in un universo popolato da Centri di Eccellenza ed Associazioni ben più titolate e radicate, nella loro storia ed evoluzione, della nostra Associazione, in un mare di fonti e riviste scientifiche pronto a inondarci se non subissarci di novità in tutti i settori delle Scienze e della Medicina in particolare che senso aveva proporre una ulteriore rivista o giornale o sito? Chi l' avrebbe letta? Quali contributi unici poteva apportare?

E poi... non avremmo corso il rischio di parlarci addosso, riproponendo le ennesime discussioni, troppo spesso trite e ritrite, col solo fine di cambiare la sede delle stesse ma senza in realtà aggiungere nulla di veramente nuovo?

Certo, avremmo detto che sarebbe stato un ulteriore modello o luogo di incontro per scambiare opinioni ed esperienze, per crescere insieme, per esporre problematiche di categoria e risolverle ascoltando i pareri di tutti, per affrontare le sfide presenti e future della Neurologia del Territorio e via discorrendo...

Intenti certamente onorevoli, positivi e degni di rispetto ed ammirazione, ma sufficienti?

Io non credo.

Bisognava forse ritornare a ricercare le basi di ogni progetto e chiedersi: quali sono le nostre basi?

Ho riflettuto a lungo su questo aspetto e sono giunto a quelle che ritengo semplici risposte. Le nostre basi , al pari di ogni progetto umano, sono semplici, persino banali, ma spesso dimenticate: l' unicità e l' intento di un tale progetto.

L'unicità deve certo identificarsi con le peculiarità lavorative del Lettore ma più ancora con le sue aspettative. Ma non solo. Al tempo stesso non deve diventare una sorta di area protetta cui accede solo l' addetto ai lavori, nel caso specifico il Neurologo Territoriale, ma una riserva invitante per tutti gli altri Colleghi, neurologi e non, territoriali o meno, che possano contribuire ma soprattutto prelevare qualcosa di utile al loro lavoro.

Soltanto arricchendo gli altri potremo beneficiarne noi stessi. E questo deve essere l' intento.

Ho sempre pensato che la differenza tra un Professore ed un Maestro sia proprio questa: il primo trasfonde il sapere e l' esperienza all' allievo, ne accresce quindi la conoscenza e la competenza ma non si fa carico della sua crescita critica ed analitica, non tiene sempre in conto le peculiarità dell' allievo, la sua sete di sapere e di



perfezionarsi.

E' una trasfusione, un travaso di sapere e di vissuto, dal docente al discente.

Il secondo opera nello stesso modo ma, nel trasfondere le sue esperienze, è in grado di infondere sempre il dubbio, di stimolare cioè quella capacità di analisi e di critica, aperta e mai prevaricante che potrà migliorare l' allievo, rendendolo discepolo, e così creare un uomo più completo e migliore del Maestro stesso. Questo è il suo fine e su tale intento sono sorte e progredite le grandi Scuole filosofiche dell' antica Grecia che sono alla base della nostra Cultura e , nei secoli e nel nostro campo, le grandi Scuole della Medicina.

Certo non possiamo pensare di paragonarci alle grandi sedi del sapere, alle Università, ai Centri Culturali

Ma in una tale ottica ecco che anche una iniziativa come quella di una Rivista agli esordi , pur piccola e limitata, può avere un senso, se saprà non solo aggiornare ed informare il Lettore ma dargli un stimolo affinché sia spinto ad approfondire, con lo studio, l' argomento di suo interesse. E' lo studio, quindi, che rappresenta l' intento e non l' informazione, che aggiorna sì ma che, in quanto notizia, non viene metabolizzata ed inserita nella cultura del Lettore. Un caso clinico, una revisione di un argomento, per quanto banale o viceversa complicato, potrà

aggiungere una informazione utile ma non necessariamente costruttiva. Il lettore o il medico, ricordandola, potrà forse evitare errori o migliorare una diagnosi o una terapia, è questo è già di per sé un buon risultato. Non sufficiente però. Ma lo studio dello stesso caso e quindi la revisione, su altre fonti, di casi simili ma di altre condotte, di altre gestioni comporterà una maturazione del sapere ed una stratificazione dello stesso nel patrimonio culturale del soggetto che alla fine modificherà il modo di affrontare il problema, guardandolo da angolazioni diverse e conscio di evoluzioni diverse.

Questa crescita culturale deve essere l' obiettivo., l'intento ed una rivista avrà adempiuto al compito se riuscirà a realizzarla, anche per un singolo lettore

E' per tale motivo che ho deciso di accettare l' incarico, non sapendo se riusciremo a portare avanti e fino a quando il progetto. Ma il nostro intento è che ognuno che contribuirà alla stesura della rivista, dovrà sentirsi al contempo Maestro e discepolo, aperto a dare la sua interpretazione e la sua esperienza ma al contempo a ricevere ed accettare nuovi punti di vista ed perfino critiche. Migliorare l' uomo per migliorare il medico.

Con questo auspicio invio a Voi tutti un caro saluto e ringrazio il Direttore Responsabile ed i Collaboratori che hanno aderito al Comitato Scientifico.



3. PER UNA NUOVA, COMUNE IDENTITA'

Riceviamo e volentieri pubblichiamo la lettera del prof. Gianluigi Mancardi, Presidente SIN.

Le sfide a una Neurologia sempre più complessa si vincono se tra Ospedale e Territorio si crea condivisione di conoscenze e di percorsi. Le proposte di collaborazione SIN-AINAT.

"Caro Domenico, ecco la paginetta che ti avevo promesso. Mi farebbe poi piacere ricevere il primo numero della vostra nuova rivista, che potremmo anche pubblicizzare sul sito Sin se lo desiderate. Cari saluti, Gianluigi"

La neurologia sta diventando sempre più complessa e si vengono a modificare i diversi luoghi assistenziali ove il paziente viene trattato. Curare un ictus in fase acuta, una malattia di Parkinson o una sclerosi multipla lungo il loro complicato decorso, effettuare una corretta diagnosi della causa del decadimento mentale, diagnosticare e trattare le numerose forme di cefalea o le differenti malattie neuromuscolari diventa sempre più difficile e complicato e solo lo specialista d'organo, il neurologo, ha le conoscenze adeguate per potere intervenire correttamente. Il neurologo lavora in diversi luoghi, nei grandi Centri Universitari o negli IRCCS, negli Ospedali di differenti dimensioni e vocazioni, sul territorio, negli ambulatori convenzionati o nelle Cliniche accreditate o private. In qualunque sede operi, il suo contributo alla diagnosi e cura delle malattie del sistema nervoso è cruciale e non può essere sostituito da altre figure generaliste che non conoscono appieno la complessità del malato neurologico. La Società Italiana di Neurologia (Sin) è nata nel 1907 e da allora lavora al miglioramento delle conoscenze sulle malattie, neurologiche, alla formazione e generalizzazione dei saperi e al miglioramento della assistenza alle persone che soffrono per malattie del sistema nervoso. Negli ultimi anni si è resa molto

evidente la trasformazione delle degenze degli Ospedali e delle Cliniche sempre più votate alle urgenze e ai casi particolarmente complessi, mentre è diventato necessario spostare la assistenza e la cura alle persone che hanno malattie croniche e spesso invalidanti negli ambulatori, nel territorio e non raramente a domicilio. Le disabilità di un Parkinson o di una Sclerosi Multipla sono differenti da altre disabilità e solo le conoscenze del neurologo sono in grado di poterle affrontare nel migliore dei modi. Molta attenzione la Sin ha rivolto in questi ultimi anni ai neurologi che operano sul territorio, nella convinzione della necessità di stringere la collaborazione fra i diversi specialisti che operano in diversi settings, per condividere le conoscenze e per fornire al paziente un percorso continuo tra Ospedale e Territorio. La Sin è molto felice della decisione del Direttivo della Associazione che rappresenta i neurologi ambulatoriali e territoriali di aderire come Associazione Autonoma Aderente alla Sin. Si tratta di una decisione molto importante e che ha un profondo significato politico che è quello che i neurologi si riconoscono come una unica famiglia di specialisti del sistema nervoso, anche se lavorano in luoghi diversi, e vogliono collaborare fra di loro per condividere i profondi avanzamenti della specialità e per migliorare



l'assistenza alle persone con malattie neurologiche.

Gli obiettivi immediati sono quelli di creare una commissione nazionale con il Presidente Ainat Domenico Cassano e l'Ufficio di Presidenza di Ainat e il Presidente e l'Ufficio di Presidenza della Sin, per discutere le diverse possibilità di collaborazione e interazione delle due Società. Inoltre vorremmo che i coordinatori delle Sezioni regionali della Sin interagissero da subito con i coordinatori regionali Ainat, per stabilire le modalità di interazione e i percorsi Ospedale - Territorio, che necessariamente sono diversi da Regione a Regione. L'Ainat, specie in alcune

regioni italiane, ha grandi capacità assistenziali e anche di studio e ricerca ed ora finalmente abbiamo nelle nostre mani la possibilità di creare un percorso, nelle sue diverse direzioni, fra i luoghi ove viene trattata la acuzie e la complessità e i luoghi ove viene curata la cronicità e la disabilità. Non tutto certo dipende solamente dalle Società Scientifiche, ma noi neurologi ora possiamo lavorare insieme per creare nuove possibilità di collaborazione, che certamente avranno una ricaduta molto significativa sulle cure che possiamo dare alle persone che soffrono per le malattie del sistema nervoso.

Prof. Gianluigi Mancardi, Presidente SIN

Genova, 17 dicembre 2018



4. STORIE DI ORDINARIA ROUTINE

di Francesco Rosario Rodolico

Una giornata-tipo in un ambulatorio territoriale nelle suggestive riflessioni di un neurologo, moderno anti-eroe, come l'Ulisse di Joyce, alle prese con una problematica di primaria importanza: la conduzione dell'Anamnesi tra presupposti dottrinali, implicazioni metodologico-cliniche e...ordinaria routine.

Il neurologo Ulisse

Devo fare presto stamattina per raggiungere il mio ambulatorio, ubicato in montagna: ci saranno anche oggi in anticamera molti pazienti ad attendermi infreddoliti. Apro la porta già assediato dagli informatori scientifici che devono rapidamente riaggiornarmi per scappare via quanto prima. Fra gli astanti, c'è il solito che si innervosisce al pensiero che sarà ricevuto dopo l' informatore. Termino in fretta l'intervista ed ecco che, finalmente, entra il primo paziente e la mia giornata ha inizio.

La visita

Mi viene posta sulla scrivania la ricetta cartacea del medico di base; io chiedo le generalità; annoto, identifico, e provvedo alla informazione per il consenso. Se non è informato che consenso è?

Il quesito diagnostico: in basso a destra sull'impegnativa in maniera quasi burocratica, e molto spesso non pertinente, è riportata una sintomatologia generica: "parestesie alle mani", "vertigine", "tremori di nnd", "cefalea

persistente", "debolezza e affaticabilità", etc...

Ma quale deve essere poi la prima domanda pertinente da porre, da dove iniziare la raccolta dei dati? Un flashback: certamente parto dall'anamnesi patologica prossima e poi a ritroso passo a quella remota fino ad arrivare alla fisiologica e alla familiare! Oppure, come dice il Rasario, procedo con ordine: raccolgo i dati a partire dalla storia familiare, poi personale, per passare alla patologica remota e dunque prossima?

Considerazioni gnoseologiche sull'Anamnesi

L'anamnesi è il ricordo, il riconoscimento di segni e sintomi di malattia riferiti dal paziente. Essa può essere raccolta direttamente per bocca dello stesso oppure da un testimone diretto o indiretto. Può essere spontanea o anche evocata da una serie di domande fatte dall'esaminatore o attraverso quesiti prestrutturati. Le domande possono essere generiche oppure relative a una preciso sospetto diagnostico (es., Malattia di Parkinson).



Platone sostiene che la conoscenza è ricordo: "reminisci est cognoscere". Il mondo dell'Iperurano con gli archetipi si trasferisce come traccia mnemonica nella vita attuale e diventa conoscenza. Socrate parlava di Maieutica: la verità sgorga dall'interno dell'uomo attraverso un atto di facilitazione operato da chi raccoglie l'anamnesi, che è paragonabile a quello della levatrice quando favorisce il parto (la madre di Socrate era levatrice, il suo nome era Fanarete, ovvero "portatrice di virtù").

Ma la raccolta dei dati anamnestici in medicina generale e, nella fattispecie, in neurologia avviene attraverso la testimonianza del paziente sempre ammettendo che egli ne abbia consapevolezza (si considerino certi tipi di crisi epilettiche); in molti altri casi avviene per testimonianza indiretta, per conto di terze persone: l'etero-anamnesi. Certamente quest'ultima il più delle volte è costituita da elementi osservabili dall'esterno, ma spesso non può contenere ciò che si correla al vissuto interno del malato. Se durante una crisi del lobo temporale un osservatore esterno può perfettamente descrivere i movimenti di suzione delle labbra del paziente e lo sguardo fisso, dall'altro canto non può riportare la sensazione epigastrica del paziente né il senso di smarrimento o di paura provati (anamnesi diretta).

Consigli pratici

Naturalmente nella raccolta dei dati bisogna avvicinare il paziente in maniera appropriata, mettendolo a suo agio con un approccio umano e non eccessivamente tecnico-linguistico, per cui sarà bene utilizzare frasi semplici (parafrasi) piuttosto che incomprensibili termini tecnici. Fondamentale è pure tutto ciò che il medico mette in atto attraverso la comunicazione non verbale: serenità dell'approccio, tono suadente della voce e dell'intonazione, accoglienza umana e confidenziale.

Strumenti maieutici dell'Anamnesi

I test per l'evocazione anamnesticamente - le interviste semi-strutturate e/o strutturate -, aiutano molto e sono costituiti da una serie di domande sottese al divenire della stessa patologia. I quesiti hanno un valore di misurazione clinica ("clinimetrico"); naturalmente vi sarà una importanza gerarchica nei sintomi da rievocare e li si potrà suddividere in primari e secondari; in ogni caso essi andranno ricercati.

Riguardo ai parametri cronologici Acuto-Subacuto-Cronico, nell'antichità il modello di malattia si richiamava a quello espresso nella tragedia greca. Ivi un evento ha un inizio, un corso e una fine con durata totale di un giorno: pertanto il paradigma poteva essere quello espresso da una febbre terzana o quartana, al massimo maligna. All'inizio del XVIII secolo, James Parkinson iniziò l'osservazione di sei casi clinici che sembravano avere nel tempo una progressione sintomatologica simile nell'arco di diversi anni (sei-sette). Egli intuì che una serie di sintomi, anche distanti nel tempo tra loro, potevano associarsi in un'unica sindrome, dimostrandone la correlazione e la medesima origine lesionale. Nasce così "la tragedia moderna di una malattia": essa copre l'arco di diversi decenni (tipo malattie neurodegenerative quali Parkinson, Alzheimer, SLA) oppure avere durata intermedia (tipo le malattie subacute, quali la Guillaine-Barré, l'encefalopatia da prioni).

Per ogni malattia si potrà fare un *frame* entro il quale collocare l'evoluzione di sintomi e segni. Spesso è a questo *frame* che si ispirano le scale valutative delle diverse malattie, oppure di segmenti specifici di esse come accade per il *wearing off* e *off* del Parkinson. Elementi statisticamente più difficili da comunicare sono il *wearing off*, *off*, *freezing*, con connotazione di arresto motorio oppure la rigidità. Per essi le domande evocatrici dei test sono particolarmente



utili. Il tremore e' un sintomo molto percepito dal paziente mentre la rigidità è percepita molto più dal caregiver che dal paziente stesso.

Adesso siamo giunti al momento in cui i valori clinimetrici delle scale non possono più essere messi da parte perché insostituibili in taluni contesti quali la diagnosi e l'efficacia di una terapia. E' quanto avviene per la MDS-UPDRS, uno strumento valutativo sviluppato in oltre 30 anni, strutturato in diverse sezioni e che conserva sempre la sua struttura: una prima parte, anamnestica, relativa alle condizioni neuropsico-cognitive della persona con malattia di Parkinson; una seconda relativa alle attività della vita quotidiana; la terza che riguarda una valutazione quantitativa della sintomatologia clinica specifica; la quarta, relativa alla valutazione degli effetti collaterali della terapia. Inoltre, nel suo interno è contenuta la scala di Hoehn e Yahr. Da un punto di vista della raccolta dei dati, è previsto l'intervento del paziente, del caregiver o di entrambi (anamnesi diretta, etero-anamnesi o entrambe). In tal modo, i requisiti sono tutti soddisfatti. La scala ci permette di effettuare validamente la diagnosi una volta che abbiamo formulato l'ipotesi che possa trattarsi di Parkinson, in quanto essa pone un limite preciso alla diagnosi stessa, ovvero se la terapia dopaminergica somministrata in maniera adeguata riduce il punteggio della scala motoria

Bibliografia essenziale

- 1) J. Joyce, Ulysses, The egoist press, London, 1922
- 2) G.M. Rasario, Manuale di semeiotica medica, XVI Edizione, Napoli, Ed. V. Idelson, 1975
- 3) C. Fazio e C. Loeb, Neurologia, Seu - Sagraf, Napoli 1980
- 4) Nuova classificazione delle crisi epilettiche, ILAE, 2017
- 5) C. G. Goetz et al., Movement disorder society - Sponsored revision of the unified parkinson's disease rating scale (mduprs): process, format and clinimetric testing plan, mov. dis. vol 22, n.1 2007, pg. 41-47
- 6) Platone, Menone, 386 a.c.
- 7) L'approccio clinimetrico alla psicologia clinica, E. Tomba, G.A. Fava, Rivista italiana di Psicologia. 2006
- 8) J. Parkinson, An essay on shaking palsy, For sherwood, neely and jones, London, 1817
- 9) T. Rastgardani et al, Understanding, impact and communication of "off" periods in Parkinson's disease: a scoping review; mov. dis. clin. pract., vol 12 issue 5, aug.2018
- 10) Redazione corriere nazionale.net, 06.11.2017, Quando il dottor web sbaglia diagnosi

di almeno il 33%! Non è escluso che è anche possibile giudicare clinicamente il miglioramento, ma il margine di errore sarebbe certamente più ampio.

La divulgazione delle conoscenze semeiologiche e cliniche

Un altro strumento importante ai fini della raccolta dell'anamnesi è la divulgazione di segni e sintomi relativi alle malattie, ovvero l'*empowerment*, fatto dal medico stesso, dalle associazioni dei pazienti, dalle trasmissioni televisive, da internet e dai media. Su questo vorrei dire che spesso il medico è chiamato ad operare in maniera didattico-educativa per verificare i dati riferiti dai pazienti e talora non ben compresi, specie nell'ottica di interpretazioni distorte, quali quelle che possono desumersi da un uso erraneo della rete.

Il neurologo Ulisse

Mentre, assorto, medito su queste problematiche ritorno alla realtà dopo che, in maniera poco elegante, qualcuno bussa con veemenza alla porta. I venti minuti canonici della visita sono trascorsi. Mi restano ancora da completare l'esame obiettivo, le conclusioni diagnostiche, la prognosi e la terapia. Infine devo consegnare il referto. E di nuovo il prossimo paziente...



5. IL BAMBINO CON CEFALEA E IL NATALE

Le insidie nascoste delle festività natalizie

di Marco Carotenuto (*)

Il Natale rappresenta da sempre un momento particolarmente felice per i bambini.

L'atmosfera magica e le numerose festività che lo accompagnano, occasione di svago e riposo dagli impegni scolastici, rendono questo periodo tra i più attesi dell'anno.

Tuttavia le feste natalizie possono rivelarsi per il bambino affetto da cefalea, specialmente di tipo emicranico, particolarmente insidiose in quanto rappresentano la *summa* dei fattori *trigger* per l'attacco di emicrania.

Numerosi studi hanno sottolineato la strettissima relazione tra cefalea e disturbi del sonno. E' noto che il sonno può rappresentare un fattore scatenante l'attacco di emicrania o di cefalea a grappolo, ma soprattutto che il sonno del soggetto con emicrania è tendenzialmente disturbato da eventi parasonnici (quali sonnambulismo e sonniloquio), disturbi della transizione veglia/sonno (bruxismo e allucinazioni ipnagogiche), disturbi respiratori del sonno (russamento e apnee notturne). D'altro canto la cefalea tensiva rappresenta un fattore di rischio per l'eccessiva sonnolenza diurna, per le apnee notturne e per il bruxismo cui può essere strettamente legata.

Studi effettuati su popolazioni di piccoli pazienti emicranici hanno evidenziato che modificare le abitudini di sonno attraverso l'assunzione di un

ritmo regolare e il rispetto dei propri ritmi circadiani può ridurre drasticamente la frequenza degli attacchi, mentre un sonno di durata ridotta o eccessivamente prolungata, rispetto alla norma per il soggetto, rappresenta un fattore scatenante l'attacco di cefalea.

Da non sottovalutare il ruolo dei fattori alimentari poichè, durante le feste natalizie, è tradizione mangiare smodatamente sia come quantità sia come associazioni di cibi. Nelle ultime settimane è stata offerta al pubblico la notizia che il cioccolato ha effetti benefici sull'emicrania; è invece opportuno ribadire che, pur riconoscendo un ruolo antinfiammatorio della sostanza cacao, i soggetti cefalgici non devono abusarne come non devono abusare di dolci. Nelle ore precedenti l'attacco emicranico, il soggetto può sperimentare il cosiddetto *craving* per i carboidrati, ovvero un desiderio quasi irrefrenabile di assumere in modo selettivo i carboidrati complessi, quasi fosse un modo per l'organismo di proteggersi dall'incipiente attacco. Tuttavia l'assunzione eccessiva di carboidrati può provocare un'alterazione notevole dell'assetto glucidico dell'organismo con modifica dell'omeostasi. Da considerare, infine, i fattori "geoclimatici", soprattutto in riferimento ai caloriferi ad elevata temperatura.



Quella che poteva apparire come un'innocente serata dedicata alla tombola o ad altri giochi con amici e parenti nasconde quindi una serie di pericolose insidie in quanto può costituire un concentrato di tutti i fattori potenzialmente scatenanti un attacco emicranico: l'eccessiva temperatura degli ambienti, il sovraffollamento degli stessi, l'assunzione di cibi ipercalorici in ore in cui l'organismo non può far altro se non indirizzarli verso la *lipogenesi*, la variazione del

ritmo circadiano e la riduzione delle ore di sonno. Non ultimo l'abuso di videogame per quelli che non amano la tombola o i giochi di carte.

Almeno per una volta vogliamo essere indulgenti con i nostri pazienti, soprattutto quando molto piccoli come i miei: quindi, cari bambini, divertitevi pure, però ricordate che dal 2 gennaio si va a letto presto e si torna a mangiare come sempre.

Buon Natale a tutti!

() Centro Cefalee per l'Età evolutiva, Cattedra di Neuropsichiatria Infantile, Seconda Università degli Studi di Napoli*





AINAT - Associazione Nazionale Neurologi Ambulatoriali Territoriali

XIII Congresso Nazionale AINAT

Primo annuncio

In cerca dell'Araba Fenice

Il Territorio e la Neurologia del terzo millennio

Attualità, controversie, prospettive



COMITATO ORGANIZZATORE

RESPONSABILE: Fausto Sorrentino

RESPONSABILE SCIENTIFICO: Umberto Ruggiero

Pasquale Alfieri, Rossana Arlomedea, Gennaro Cascone, Maria Rosaria D'Ambrosio,
Giuseppe Sanges, Maria Maddalena Terracciano, Giacomo Visco, Enrico Volpe

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Domenico Cassano

SIMPOSI ED E-POSTER

Le proposte di Simposi ed e-poster vanno inviate alla Segreteria Scientifica per e-mail (info@domenicocassano.it) entro il 31 marzo 2019. Indicare il titolo della sessione e delle relazioni (non più di quattro), i nomi, le affiliazioni dei partecipanti e un abstract generale (circa 250 parole). Le proposte di e-posters dovranno contenere il titolo, i nomi, le affiliazioni degli autori e un abstract di circa 250 parole.

ACCREDITAMENTO ECM

Crediti formativi sono previsti per Neurologi, Neuro-Psichiatri Infantili, Psichiatri, Psicologi, Anestesisti, Farmacologi, Fisiatri, Geriatri, MMG, Medici Legali, Otorini

Complesso Monumentale di Santa Chiara

Via Santa Chiara, 49/c

Napoli, 26-28 settembre 2019

www.ainat.it

www.cefaleecampania.it



AINAT

Associazione Italiana Neurologi Ambulatoriali Territoriali

AINAT: COMITATO SCIENTIFICO

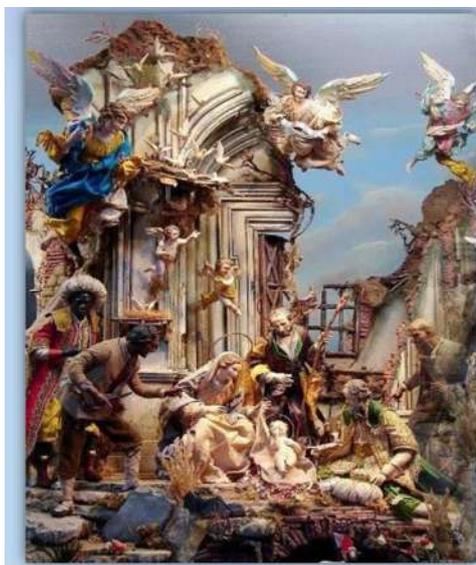
E' composto da Gennaro Barbato, Gennaro Cascone, Roberto Tramutoli, Francesco Rosario Rodolico e Renato Sambati. Sul sito web, nella pagina del comitato è presente il primo progetto ideato da Gennaro Barbato e realizzato per il web da Gennaro Cascone: una indagine sulla nostra attività di neurologi sul Territorio. Molti soci hanno già prestato la loro collaborazione; entro poche settimane dovremmo avere i primi dati che ci aiuteranno a valutare più a fondo alcuni aspetti della nostra attività. E' attesa la partecipazione di tutti.

Il comitato scientifico partecipa vivamente alla realizzazione di "AINAT News" e ha già in mente nuove iniziative tra cui la realizzazione di un corso FAD gratuito per tutti i soci in regola.

LOGO AINAT E PATROCINI

Non è consentito utilizzare il logo e l'acronimo AINAT senza previa autorizzazione. Il modello per la richiesta di patrocinio è disponibile sul sito.

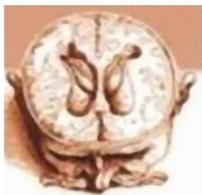
GLI AUGURI DI BUONE FESTE



*Carissimi Soci e Amici,
giungano a Voi e ai Vostri cari,
anche a nome del Consiglio Direttivo,
gli auguri più affettuosi e sinceri
di Buon Natale e Buon Anno,
auspicando per tutti un 2019
ricco di buona salute, serenità e gioia*

*Il Vostro Presidente
Domenico Cassano*





AINAT

Associazione Italiana Neurologi Ambulatoriali Territoriali

CONSIGLIO DIRETTIVO

Domenico Cassano (*presidente*)

Fortunata Tripodi (*vice-presidente*)

Salvatore Dieli (*segretario*)

Sandra Paglionico (*consigliere*)

Vincenzo Mascia (*consigliere*)

Francesco Rodolico Rosario (*consigliere*)

Giovanna Trevisi (*consigliere*)

COMITATO SCIENTIFICO

Gennaro Barbato

Gennaro Cascone

Francesco Rosario Rodolico

Renato Sambati

Roberto Tramutoli

COLLEGIO DEI PROBIVIRI

Matteo De Bartolo

Carlo Fattorello Salimbeni

Enrico Volpe



Enrico Volpe

EPILESSIA TRA MITO E STORIA

Allegato di "*AINAT news*" Dicembre 2018

RADICI E REALTÀ DI UN PREGIUDIZIO SOCIALE



AINAT

Associazione Italiana Neurologi Ambulatoriali Territoriali

Enrico Volpe nasce a Marsico Nuovo in Basilicata in data 08/07/1945.

Nel 1971 si laurea in Medicina e Chirurgia presso l' Università degli Studi di Napoli. Nel 1974, presso lo stesso Ateneo, acquisisce la specializzazione in "Malattie nervose e mentali".

Dopo gli studi accademici ha continuato a vivere a Napoli esercitando la professione di neurologo e psichiatra e dedicandosi anche all'insegnamento universitario. Attualmente è Professore aggregato in congedo (Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli).

E' autore di circa 150 pubblicazioni in ambito neuro-psichiatrico con una predilezione per l'epilettologia. Ha pubblicato, inoltre, numerosi libri non soltanto nell' ambito della medicina ma in quasi tutti i campi in cui spaziano i suoi innumerevoli interessi: musica, letteratura, storia, gastronomia, poesia.... E nel frattempo continua, instancabile, la sua attività professionale.

Nel 2004 è tra i fondatori dell' AINAT ed in tutti questi anni non ha mai mancato di dare il suo sostegno alla nostra associazione. Anche stavolta, quando gli è stato detto che doveva essere lui l' autore del primo inserto monotematico di "AINAT news".

Grazie Enrico



Università degli Studi di Napoli Luigi Vanvitelli
Dipartimento di Salute Mentale e Fisica e
di Medicina Preventiva



L'epilessia (epibalambanèin = colto di sorpresa) è una malattia nota fin dai tempi antichi che colpisce tra 0,7% -1% della popolazione.

*Cassio: ma, adagio, vi prego; come!
Cesare è svenuto ?
Casca: è caduto a terra nel Foro
con la schiuma alla bocca
ed è restato senza favella.
Bruto: è possibilissimo: egli ha
Il mal caduco
(Shakespeare, Giulio Cesare, 1, 2)*

*e qual'è quel che cade, e non sa como,
per forza di demon che a terra il tira,
o di altra oppilazion che lega l'omo,
quando si leva, che intorno mira,
tutto smarrito dalla grande angoscia
ch'elli ha sofferto e guardando sospira...*

(Dante, Inferno, XXIV, 112-117)

Nella storiografia medica, fra tutte le malattie, l'epilessia è probabilmente quella il cui excursus appare più costellato di interpretazioni ancorate ai moduli culturali delle varie epoche. E ciò ha sicuramente contribuito a realizzare lo stereotipo dell'*epilettico* (cioè di una persona che ha e deve avere certe caratteristiche) che per alcuni aspetti, soprattutto di ordine sociale, sopravvive fino ad oggi.

In fatti le migliori conoscenze neurofisiologiche e l'avvento di moderne tecniche diagnostiche (EEG, TAC, RMN, RMNf, PET...) nonché lo sviluppo dei mass-media, hanno certamente contribuito a migliorare e a diffondere le informazioni sulla malattia, ma non sono riusciti a debellare completamente e definitivamente quei modelli culturali, emotivamente pregnanti e profondamente radicati nell'immaginario collettivo, tramandati fino ad oggi e solo in parte modificati, per cui tuttora i soggetti con epilessia sono esclusi a scuola, nel lavoro e, in generale, a livello sociale.

Le crisi epilettiche fanno sempre paura, spaventano e disturbano; e chi ne è vittima si isola per sfuggire allo sguardo degli altri che osservano con un sentimento di curiosità ed orrore allo stesso tempo.

In una indagine DOXA di oltre dieci anni fa(*tuttora valida*), effettuata per conto della L.I.C.E, veniva valutato l'atteggiamento degli italiani nei confronti dell'epilessia e dei soggetti con epilessia; essa era, ovviamente, rivolta ad un campione significativamente rappresentativo delle diverse fasce di popolazione.

Dai risultati di questa indagine risultava che:

- ben il 27% degli intervistati affermava di non aver mai sentito parlare e di non avere mai letto qualcosa a proposito di una malattia chiamata epilessia;
- tra quelli che affermavano di conoscere l'epilessia, il 39% escludeva di aver conosciuto una persona affetta da epilessia (*questo dato merita un commento : almeno lo 0,7% della popolazione, secondo stime abbastanza recenti, sarebbe affetto da epilessia, cioè una persona su 140 circa; è quindi molto improbabile che tra i conoscenti di ciascuno di noi non vi sia un soggetto con epilessia*).
- ben il 20% degli intervistati, tra coloro che affermavano di conoscere l'epilessia, non avrebbe approvato che qualcuno dei suoi figli si fosse trovato a scuola , od anche nei giochi, in compagnia di una persona affetta da epilessia; mentre il 60% avrebbe categoricamente cercato di non fare sposare un figlio ad un partner affetto dalla sindrome;
- Il 30% non riteneva che un paziente con epilessia potesse aspirare ad un impiego pubblico:
- Il 21% del campione, infine, non escludeva che l'epilessia fosse una forma di alienazione mentale e ben il 63% riteneva che l'epilessia non potesse essere curata.

Va detto ancora che in una nostra indagine (1), condotta con la collaborazione dei medici convenzionati generalisti della provincia di Campobasso, emergeva l'indicazione dell'esistenza di una sacca sommersa di soggetti con epilessia, la cui malattia era, soprattutto per vergogna o per pregiudizio, occultata o misconosciuta perfino al medico di fiducia (*si tratta di un fenomeno che si rileva soprattutto nell'area meridionale italiana*).

I risultati di queste indagini (*e c'è da pensare che allo momento le cose non siano cambiate di molto*) evidenziano una realtà di notevole disinformazione sull'argomento, che appare più grave di quella prospettata, in ricerche analoghe, negli USA e nella RFT.

E' da notare anche come una minore conoscenza si verificava più nel Sud e nelle isole, come sopra riportato, nei piccoli centri rispetto alle città e nelle classi sociali meno abbienti (*probabilmente per una minore conoscenza della malattia*).

In un altro studio(2) sul comportamento di 200 insegnanti della scuola dell'obbligo nei confronti dell'alunno con epilessia si conferma la presenza di pregiudizi nei confronti dell'epilessia derivanti da una tradizione culturale permeata di sacralità e di mistero, anche se con minore incidenza rispetto al resto della popolazione, probabilmente per una migliore conoscenza delle caratteristiche etiopatogenetiche e cliniche della malattia.

Si evidenzia infatti come, negli insegnanti (3), la, pur sufficiente, informazione culturale non neutralizza, di fatto, le dinamiche attinenti al vissuto esperienziale diretto o indiretto della malattia, sicchè la difesa tende a realizzarsi nella dimensione dell'immaginario e nei comportamenti(didascalici o di delega) che ne derivano.

Una ricerca presentata dalla LICE (4-5) in collaborazione con il Dipartimento di Scienze Neurologiche de "La Sapienza " di Roma (*L'epilessia oscurata da pregiudizi e credenze popolari*) sembra non discostarsi molto da quella della Doxa malgrado sia passato circa un ventennio. Infatti, nonostante la maggior parte degli interpellati (94%) dichiara di aver sentito parlare della malattia, nel 56% le conoscenze specifiche restano scarse ed approssimative. E, addirittura, il 6% ritiene ancora che essa sia una manifestazione di una possessione demoniaca(credenza questa che si riscontra anche nelle fasce a più elevata istruzione, dal momento che ne è convinto il 4% degli studenti universitari). Riguardo alle cure solo il 28% crede nella possibilità di una guarigione. Nel 19% degli intervistati permane l'infondata convinzione che l'epilessia si associa a disturbi psichici (mentre il 34% non ha saputo rispondere). Infine viene segnalato che il 66% ha appreso notizie sulla malattia dai mass-media, mentre il 44% ha dichiarato di essersi fatto un'idea su cosa sia una crisi epilettica attraverso il cinema e la televisione.

Ancora recentemente (2-5-2010) in occasione della IX Giornata nazionale per l'epilessia sono stati presentati i dati che la LICE ha realizzato con la Doxa e che ha coinvolto 600 insegnanti delle scuole primarie e secondarie inferiori. I risultati , poco confortanti, indicano che il 99,7% degli intervistati conosce l'epilessia, ma non è in grado di intervenire in modo corretto in caso di crisi in classe. Per la maggioranza degli insegnanti l'epilessia è ritenuta più rara di quanto lo sia in realtà, ereditaria e non guaribile. Per fortuna l'85,3% non la ritiene una patologia mentale. Emerge quindi la necessità di una formazione specifica per i docenti, spesso chiamati in prima persona a dovere affrontare una crisi epilettica.

Da quanto sopra appare ben evidente come, ancora fino ad oggi, sull'epilessia e sui portatori di epilessia siano significativamente diffusi convincimenti errati, sostanzialmente non rispondenti al vero; convincimenti che nel loro insieme configurano una vera e propria condizione di pregiudizio, di presunzione di diversità del soggetto con epilessia e di potenziale rischio; insomma di una *emarginazione sociale*. Tale pregiudizio rappresenta, a nostro parere, il retaggio e l'eredità delle ambigue ed oscure interpretazioni o delle etichette attribuite in epoche passate all'epilessia quali quelle di *morbus sacer o demoniacus*; di fatto, divina o diabolica che sia la sua malattia, il soggetto con epilessia sarebbe comunque preda di forze sovraumane, perciò fonte di paura, e quindi individuo da emarginare, meglio se con l'alibi di una tara ereditaria.

*Jago: il mio signore ha avuto un attacco epilettico;
è già il secondo da ieri.*

Cassio: bisognerebbe strofinargli le tempie.

*Jago: no, meglio di no. Lasciamo che l'assopimento
segua il suo decorso regolare, altrimenti egli
comincia a perdere bava dalla bocca, e si
scatena con furia selvaggia. Ecco, guardate,
si muove, allontanatevi un momento. Tornerà
subito in sé.*

(Shakespeare, Otello, IV, I, 51

Nell'intento di comprendere le ragioni del perpetuarsi di tali fenomeni complessi, della cui entità, ripetiamo, non v'è riscontro in nessuna altra malattia e che ancora fino ad oggi, malgrado le nuove conoscenze ed informazioni, realizzano di fatto una riluttanza sociale verso il soggetto con epilessia, riteniamo utile tratteggiare una breve storia dell'epilessia dal periodo arcaico fino ad oggi.

Tra i più antichi rituali di guarigione utilizzati in Grecia per guarire l'essere umano dall'epilessia, va ricordata la "pratica dell'incubazione" che consisteva nel far dormire sopra una lastra di pietra l'individuo affetto da epilessia nel tempio d'Esculapio, il dio dell'arte medica, attendendo la guarigione.



Mezzo di contenzione per epilettico

Nel passato, com'è testimoniato da Plinio il Vecchio, vi era l'usanza di cospargere di sangue umano la bocca di un epilettico o di fargli succhiare il sangue che usciva dalla bocca di un gladiatore morente per trarne risultati terapeutici

nel Medioevo, che donne epilettiche rimaste incinte venissero sepolte vive con la propria prole, e che gli uomini fossero castrati.

Così era unanimemente considerata fondamentale l'influenza della luna piena sulla ricorrenza degli attacchi epilettici, per curare questa malattia si utilizzavano frequentemente i semi e le radici della peonia, si faceva grande uso della polvere delle ossa di cranio e sangue umano.

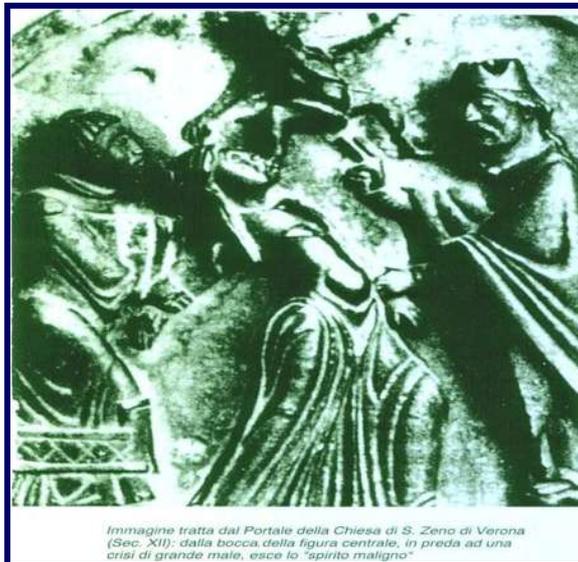


Immagine tratta dal Portale della Chiesa di S. Zeno di Verona (Sec. XII): dalla bocca della figura centrale, in preda ad una crisi di grande male, esce lo "spirito maligno".

Nell'epoca primitiva l'epilessia era considerata una punizione divina (*morbus sacer*) in un'ottica di tipo magico-animistico; cosicché venivano messi in opera una serie di rimedi rivolti alla purificazione del paziente (*sputargli addosso, fargli bere sangue di persone decedute da poco, ecc...*) (6).

Nella cultura greca, grazie soprattutto all'opera di Ippocrate, si tentò di sottrarre al sacro tutto ciò di cui non erano comprensibili le cause; pertanto l'epilessia divenne una malattia la cui causa era nel cervello (*aumento del flegma o diminuzione del flusso ematico nel cervello*) i cui rimedi erano rappresentati da droghe e prescrizioni dietetiche.

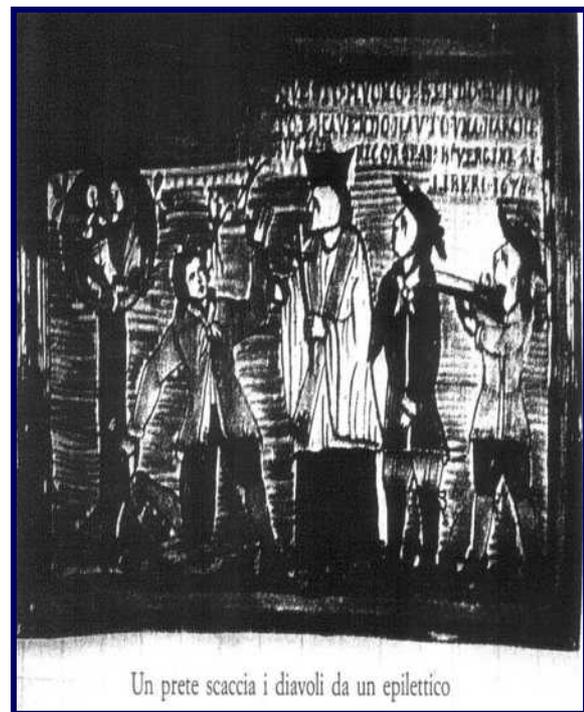
Nel Medioevo, malgrado il tentativo delle scuole di ispirazione ippocratica di darne una interpretazione organicistica, fiorì una concezione demonologica (*morbus sacer*) dell'epilessia, che propugnava il distacco e l'abbandono degli epilettici, ritenuti contagiosi; ed indicava come unico rimedio l'esorcismo, che in genere era attuato dalla Chiesa, con finalità oltre che mistiche anche politiche (*conferma del ruolo catartico ed apportatore di bene della Chiesa dopo lo sfacelo dell'Impero*).

S. Agostino (7) addirittura riteneva che il demone potesse agire sulla natura biologica dell'uomo inducendo le modificazioni strutturali responsabili della malattia; il medico filosofo viene sostituito

dal demonologo, che studia i segni della possessione e la “ stigmata diaboli “; così come lo stesso malato si riterrà, ad un certo punto, in preda a forze estranee, malvagie, venendo così a richiedere egli stesso l'intervento dell'uomo di chiesa.

Intorno all'anno 1000 la psicopatologia diventò, praticamente di totale competenza del monaco.

Dal Rinascimento al Settecento, accanto alla concezione demonologia dell'epilessia, che persisteva con fasi alterne, si rafforzò una concezione scientifica e poi illuministica, che realizzò la psichiatrizzazione e la ghettizzazione dell'epilettico.



Nell'Ottocento il tentativo di interpretare, in sintonia con l'indirizzo organicistico e positivistico dell'epoca, l'epilessia alla luce delle nuove conoscenze anatomico-fisiologiche, portò ad affiancarla alla follia (Morel): tant'è che alla fine del XIX secolo un famoso psichiatra, Lombroso (*il quale riteneva di potere riconoscere, attraverso la conformazione di alcuni aspetti somatici, i tratti di personalità di un individuo: un esempio di carattere criminaloide erano, secondo Lombroso, le bozze frontali sporgenti e le sopracciglia unite*), codificò quella drammatica equazione “ epilessia = delinquenza “ affermando testualmente che “ *l'epilettico è per lo più un'esagerazione del pazzo morale; come questo lo è delinquente nato, come questo lo è di moltissimi rei di occasione, i criminaloidi...* “.

Fu tale l'influenza del Lombroso che, in seguito, a questa visione dell'epilettico si unificarono molti psichiatri, soprattutto italiani, come il Bianchi, il Tanzi e il Lugaro.

GIULIO CESARE (100 – 44 a.C.)

MAOMETTO (370 d. C.)

NAPOLEONE (1769 – 1821)

NICCOLO' PAGANINI (1782 – 1840)

DOSTOEVSKIJ (1821 – 1881)

Alcuni pazienti illustri con epilessia



- Paganini
- Annibale
- Maometto
- Dante
- Napoleone Bonaparte
- Hector Berlioz
- Alfred Nobel
- Gerschwin
- Jack Lemmon
- Jonathan Swift
- Giulio Cesare
- Alessandro il Grande
- Aristotele
- Gustave Flaubert
- Lenin
- Guy de Maupassant
- Neil Young
- Charles Dickens
- Lewis Carroll
- Lord Byron
- Buddha
- Abraham Lincoln
- Cardinale Richelieu
- Edgar Allan Poe
- Alfred Tennyson
- George Frederick Handel
- Blaise Pascal
- Leonardo da Vinci
- Jean Moliere
- Leo Tolstoy
- Michelangelo
- Elton John
- Socrate
- San Paolo
- Pietro I il Grande
- Ludwig van Beethoven
- Isaac Newton
- Giovanna d'Arco
- Richard Burton
- Pitagora
- Vincent Van Gogh
- Pio IX

Altri pazienti più e meno noti affetti da epilessia

Epilessia ed alcuni personaggi illustri



DEFINIZIONE DELL'EPILESSIA
(1° Ed. Enciclopedia TRECCANI 1932)

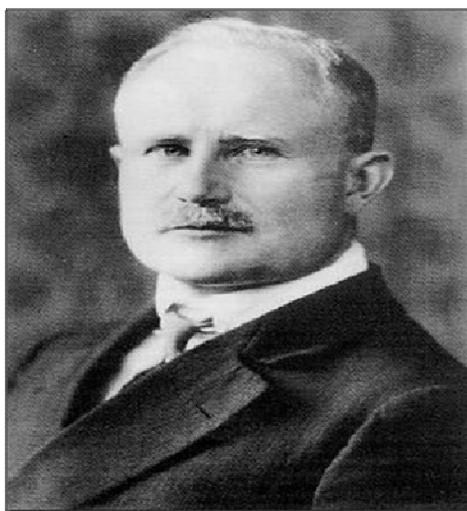
“L'epilettico può presentare delle stigmati somatiche, malformazione craniche, asimmetrie mimiche, anomalie congenite degli occhi e degli orecchi, ipoestesie tegmentali, e stigmati psichiche, tendenza al contrasto negli affetti, nelle idee, nei contenuti. Se le crisi si ripetono frequentemente, soprattutto se la loro insorgenza risale all'età evolutiva si stabilisce la degenerazione epilettica, deficienza del senso etico, indebolimento mentale, iperemotività, impulsività che può giungere ad un vero stato demenziale.”

La conseguenza di un simile approccio all'epilessia è stata duplice: da una parte il marchio di folle e cattivo impresso all'epilettico, che quindi andava manicomializzato, e dall'altra la rinuncia alla ricerca delle possibili cause psicologiche e sociologiche del suo comportamento.

Negli anni '30, con l'avvento dell'elettroencefalografia, ad opera del tedesco Berger, sono finalmente sfumate quelle connotazioni sacre o demoniache e quella simbiosi epilessia-pazzia-delinquenza che avevano reso possibile il contenimento e la ghettizzazione dell'epilettico, facendo nascere e sviluppare sempre di più l'esigenza di considerare l'epilettico una persona portatrice di problemi in un contesto sociale, alla stregua di altre categorie di malati.

Morbus mensalis, vitriolatus, viridellus, puerilis, deificus, foedus, insputatus, selectus, sideratus, soncticus, sancti Valentini, analepsia, apolplessia parva, epileptica passio, cataptosis pedidio, syspasia, codiva gutta, mater puerorum

Alcuni nomi con cui è stata etichettata l'epilessia



HANS BERGER (1929) → EEG

Accanto al ritardo nella percezione sociale della malattia certamente le moderne conoscenze ed i sofisticati mezzi neurofisiopatologici e neurodiagnostici hanno contribuito a chiarire che:

- l'epilessia, quella secondaria, può rappresentare il sintomo di un'altra malattia del Sistema Nervoso; ed in tal caso le cure vanno rivolte, ove possibile, soprattutto alla malattia responsabile della sintomatologia epilettica, oltre che all'epilessia stessa;
- che esiste un'epilessia idiopatica senza altri sintomi di compromissione del Sistema Nervoso, che non comporta gravi problemi, che va curata ed in alcuni casi può guarire;
- che, come per tutti i portatori di malattie, così per il soggetto con epilessia i problemi psicopatologici di tipo adattativo e reattivo vanno presi in seria considerazione e curati, per evitare quella patologia secondaria più grave e talvolta più invalidante della stessa malattia di base;
- che la recente scoperta di un'alterazione genetica per alcune forme di epilessia conferma la organicità della malattia ed apre nuovi orizzonti terapeutici.

Epilessia:

occorre puntare su informazione e sensibilizzazione

(2007) interrogazione parlamentare dell'on. Egidio Pedrini

Per tutto ciò è realisticamente auspicabile che si realizzi un approccio ancora più completo e critico della *malattia epilettica* ed uno sforzo culturale da tutte le parti sociali (scientifiche, mediche, politiche, sindacali) per una visione omnicomprensiva di quel complesso “mosaico” che è la malattia epilettica, onde potere definitivamente relegare alla storia, eliminandolo dall'attualità, quel pregiudizio che ha rallentato il cammino verso un corretto inquadramento scientifico della malattia epilettica.

Bibliografia

1. *Bravaccio F., Tata M. R., Volpe E., Guizzaro A., Linfante P., Carissimi C., Laurenzio P.: L'assistenza agli epilettici nella provincia di Campobasso: da un'inchiesta ad un programma di intervento. Boll. Ord. Med. Odont. Molise, 1 (suppl.), 10-11, 1989*
2. *Volpe E., Cardines E., Iannaccone P.: L'alunno con epilessia nella scuola dell'obbligo: le conoscenze ed i comportamenti di 100 insegnanti e 100 insegnanti speciali. Rass. Inter. Clin. Ter., 4, 202-208, 1988.*
3. *Cerino S., Volpe E., Della Volpe M. R., Guizzaro A.; L'informazione, il vissuto, l'immaginario degli insegnanti nei confronti dell'epilessia: indagine su 44 insegnanti della scuola dell'obbligo. Relazione Tavola Rotonda su “ Il management dell'epilessia” LICE Sez. Reg. Campana. Sarno, 29 settembre, 1990.*
4. *L'epilessia oscurata da pregiudizi e credenze popolari. Riv. La NEUROLOGIA italiana , 2, 35, 2008.*
5. *O. Macarelli et al.: A questionnaire study on knowledge of and attitudes toward epilepsy in schoolchildren and university student in Rome, Italy. Seizure (2007) 16, 313—319*
6. *De Rosa A., Vizioli R.: Epilessia e cultura psichiatrica. Ed. Liguori(NA), 1979*
7. *S. Agostino: La città di Dio. Ed. Paoline, 1960.*