



Giornale delle Cefalee

PERIODICO
SCIENTIFICO
E DI INFORMAZIONE
DELLA SOCIETÀ
ITALIANA
PER LO STUDIO
DELLE CEFALÉE

Anno XX • N. 4 • Gennaio 2025

SOMMARIO

- 1 L'EDITORIALE
L'ARTE DEL COMUNICARE**
Domenico Cassano
- 2 UN BIENNIO RICCO DI INIZIATIVE
E PRODIGO DI PROGETTI**
Franco Granella
- 2 INNOVAZIONE E CONDIVISIONE**
Marina de Tommaso
- 3 BENEFICI TERAPEUTICI
DELLA MUSICA
NEL TRATTAMENTO DELLA CEFALÉA**
Raffaele Grimaldi
- 4 LA MINDFULNESS: UN'ARMA
IN PIÙ PER AFFRONTARE
L'EMICRANIA E IL DOLORE**
Irene Toldo e Licia Grazzi
- 5 LA CHIRURGIA
DELL'EMICRANIA
NON È BASATA SULL'EVIDENZA
E NON DOVREBBE ESSERE
EFFETTUATA NÉ CONSIGLIATA**
Luigi Francesco Iannone
- 6 CEFALÉA NUMMULARE IN ETÀ
EVOLUTIVA (I parte)**
Sofia D'Agostino, Carola Meo,
Edvige Correnti e Vincenzo Raieli
- 7 IL 38° CONGRESSO
NAZIONALE DELLA SISC
TORINO,
26-28 SETTEMBRE 2024 (I parte)**
Marco Trucco, Flora Govone
- 9 NEUROLOGIA E ARTE**
a cura di Domenico Cassano
- 9 L'EMICRANIA NELLA GENESI
DELL'ARTE DI GIORGIO
DE CHIRICO (I parte)**
- 10 GIORGIO DE CHIRICO:
LA VITA, L'ARTE, IL SUCCESSO**
- 11 FRANCO MONGINI FOREVER**
Eugenia Rota
- 11 NEWS**

EDITORIALE L'ARTE DEL COMUNICARE

Domenico Cassano

"Noi siamo un colloquio"
Friedrich Hölderlin

Per noi esseri umani comunicare è una necessità: *"Siamo cablati per interagire con gli altri"* scrive Louis Cozolino nel testo *Il cervello sociale*. Comunicare significa, letteralmente, *mettere in comune, condividere*, in riferimento a un presupposto essenziale: la relazione che unisce l'uno all'altro attraverso un mutuo scambio di informazioni, vissuti ed emozioni. Si comunica con la parola, col corpo e anche col silenzio.

LA COMUNICAZIONE IN CAMPO SANITARIO

Relazione e comunicazione sono parti integranti dell'attività clinica. *"Il fallimento di una relazione è quasi sempre un fallimento di comunicazione"*, afferma il sociologo Zygmunt Bauman. Nella gestione di patologie complesse, quali le cefalee, una comunicazione efficace sortisce molteplici effetti favorevoli: riduce la sofferenza del paziente, migliora l'aderenza al trattamento, aumenta la gratificazione verso le terapie ricevute, favorisce un outcome adeguato. Di contro, un monologo frettoloso, improntato a mero tecnicismo, genera sfiducia e incomprensione. Tale atteggiamento spiega il crescente fenomeno del ricorso alla Rete per attingere informazioni su problematiche mediche e medicine alternative nonché il vertiginoso aumento di vertenze legali registratosi negli ultimi 10 anni (oltre 14 milioni di denunce).

UN OBBLIGO GIURIDICO E MORALE

Comunicare col malato costituisce un obbligo giuridico: una sentenza penale della Cassazione (IV Sez. 19220 del 2013) sancisce che *"il medico deve*

parlare al malato". Prima di dar luogo a qualsiasi tipo di trattamento, il sanitario è tenuto a *informare* il paziente al fine di ottenere il consenso alle cure.

"Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge" recita l'Art. 32 della Costituzione Italiana (1948).

Il *Consenso Informato*, contenuto nel Codice di Deontologia Medica (2014), rappresenta il documento etico-giuridico che fornisce al Sanitario le direttive affinché venga garantita all'assistito un'informazione comprensibile ed esaustiva (art. 33), siano condivise le responsabilità nella scelta terapeutica (art. 34), sia adeguata la comunicazione alla capacità di comprensione da parte del paziente (art. 35).

Purtuttavia comunicare rappresenta anche un obbligo morale. Nel richiamo a una *"Medicina a misura d'uomo"*, il dialogo e l'informazione non vanno mai disgiunti dall'attenzione, una qualità che l'eccelsa scrittrice Cristina Campo paragona alla Responsabilità, definendola come *"l'intesa fra gli esseri, l'opposizione al male. Perché veramente ogni errore umano e spirituale non è, in essenza, se non disattenzione"*.

ISTRUZIONI PER L'USO

Per comunicare col paziente in maniera efficace non ci si può affidare al buon senso. A dire dell'opinionista Lothar Seiwert, un medico - per dirsi competente - deve dotarsi di diverse qualità. Fondamentalmente: elevata sensibilità, infondere serenità, capacità di ascolto e di mettersi nei panni dell'altro. Queste doti si acquisiscono mediante un addestramento specifico - un *fitness cognitivo-emotivo* - mirante a valorizzare la *persona* e il suo diritto a continuare ad esserlo, anche nella malattia.

L'acquisizione di uno *"stile personale"* può costituire altresì una modalità utile per migliorare la comunicazione, realizzabile mediante un *marketing plan* che evidenzi le proprie doti, individuali e relazionali. Degno di nota è il *"modello delle cinque V"*, proposto dai fratelli Varvelli, in riferimento a cinque parametri su cui misurarsi: Verbalità, Visibilità, Vestibilità, Vivibilità, Vitalità.

LE BASI DELL'EMPATIA: CONOSCERE IL PROPRIO MONDO EMOTIVO

"La capacità di creare un dialogo con il paziente è anche un'arte" - scrive l'oncologo Gianni Bonadonna: *"Si tratta di far risorgere l'arte senza rinunciare alla scienza"* (fig. 1).



Fig. 1 - Gianni Bonadonna (1934-2015). Nel testo *"Il guaritore ferito: la vita spezzata di un medico"*, l'oncologo milanese racconta la sua esperienza di *"ritorno alla vita"* dopo un ictus cerebrale, concludendo che il medico che si ammala manifesta maggiore empatia nei confronti dei pazienti.

Affinchè la comunicazione diventi un'Arte, è necessaria l'empatia, una *virtù* che si basa sull'autoconsapevolezza: quanto più si è aperti verso le proprie emozioni tanto più si è abili nel leggere i sentimenti altrui.

Parafrasando Richard Smith, "i migliori medici sono quelli che si sforzano di vedere il mondo così come lo può vedere il paziente". La sintonizzazione empatica ci apre a una più ampia comprensione dell'interiorità nostra e di chi soffre; fa sì che la comunicazione da mera trasmissione di informazioni si trasformi in un'opportunità per entrare in contatto col vissuto emozionale e di sofferenza, unico ed esclusivo per quel paziente; consente altresì alla malattia - uguale per tutti - di poter emergere nella sua dimensione individuale.

IN CONCLUSIONE

Già Platone, nel IV secolo a.C. nel dialogo *Carmide* afferma: "io ti darò la medicina contro il mal di testa a condizione che tu mi lasci prima la tua anima". A intendere che una comunicazione diventa efficace se ispirata ai valori autentici del nostro Umanesimo. Altresì connota la relazione medico-paziente di uno straordinario potere salvifico che mitiga l'umana sofferenza, aprendo le porte a quella che Paolo di Tarso (fig. 2) chiama "spes contra spem": la speranza che risorge contro ogni speranza.

Buon 2025!



Fig. 2 - El Greco, San Paolo, olio su tela, 1600

IL SALUTO DI CONMIATO DEL PRESIDENTE USCENTE UN BIENNIO RICCO DI INIZIATIVE E PRODIGO DI PROGETTI

Franco Granella



Care Socie, cari Soci, il 31 dicembre scorso si è concluso il mio biennio di presidenza della Società. Ovviamente non tocca a me giudicare il mio operato, però posso dire che è stato un periodo entusiasmante, ricco

di iniziative e prodigo di progetti. Il numero dei soci, come negli anni precedenti, ha continuato a crescere, con alcuni graditissimi arrivi da altri lidi; il bilancio, già solido, è divenuto ancora più florido e ha consentito di mettere in campo diverse iniziative a supporto della ricerca e specialmente dei giovani talenti, che nella SISC fortunatamente abbondano. Il Gruppo Giovani, infatti, diretto dapprima dal prof. Geppetti e successivamente dal prof. Russo, è senz'altro uno dei fiori all'occhiello della Società, promotore di numerosi studi, in parte già pubblicati e in parte in fase di realizzazione, anche grazie a quell'altro vanto della SISC che è il Registro Italiano Cefalee (RICE) a cui aderiscono ormai parecchie decine di Centri Cefalee. Questi ultimi sono stati oggetto di un meticoloso censimento, in fase di ultimazione, che si propone di valorizzare tutte le attività compiute dai soci (spesso a costo di grandi sacrifici personali, specialmente nelle realtà più piccole dove il tempo da dedicare all'ambulatorio ce-

falee deve essere conteso a viva forza alle guardie e alle attività di reparto), ma anche di fornire rigorose garanzie agli utenti circa la competenza dei medici e l'affidabilità delle strutture a cui la SISC fornisce la propria egida. Gli Ambulatori e i Centri riconosciuti dalla SISC potranno presto fregiarsi di una targa da apporre nei loro ambulatori, vero e proprio marchio di qualità che speriamo venga apprezzato anche dalle direzioni ospedaliere. Un'altra iniziativa recente è rappresentata dal lancio di una rivista della Società, *Confinia Cephalalgica*, che riprende nella denominazione una testata storica, fondata negli anni Ottanta dal prof. Nappi, con l'ambizione di riuscire a farne in qualche anno un punto di riferimento del settore a livello internazionale, indicizzata nelle principali banche dati e dotata di un proprio *impact factor*. Il board editoriale, guidato dall'Editor-in-Chief prof. Geppetti, è di assoluto prestigio e tutti i principali Centri Cefalee aderenti alla SISC si sono impegnati a favorirne il decollo, perciò non dubitiamo del successo dell'impresa. Tra i successi della Società, non posso non annoverare le nuove Linee Guida sul trattamento dell'emigrania, caparbiamente promosse dalla prof.ssa Sacco e dal suo gruppo e realizzate grazie al contributo di tutti i principali Centri Cefalee, basate su una metodologia estremamente rigorosa, che ha valso loro l'*endorsement* dell'IHS, tanto da divenire linee guida SISC-IHS. Anche la Scuola Superiore Interdisciplinare delle Cefalee (SSIC), sotto la guida infaticabile della prof.ssa Sarchielli, validamente coadiuvata

dalle dr.sse Ambrosini e Savi, è stata molto attiva, organizzando sia moduli online che corsi in presenza, l'ultimo dei quali, riguardante le cefalee in età evolutiva, recentemente svoltosi a Roma, è stato un clamoroso successo. Nel 2025 la SSIC andrà incontro a una profonda ristrutturazione, articolandosi su due moduli (basale e avanzato), che si terranno consecutivamente nella splendida *location* dell'isola di San Servolo a Venezia. Ci sarebbero ancora molte cose da dire (ad esempio il grande successo dei congressi nazionali di L'Aquila e Torino e di quelli tematici sul CGRP di Firenze), ma non voglio tediare ulteriormente né rischiare di far la figura del *miles gloriosus* di plautiana memoria. Voglio però, e non solo per dovere di ospitalità, ringraziare il dr. Cassano, che ha trasformato il Giornale delle Cefalee da bollettino "tecnico" della SISC a periodico di impronta umanistica, con articoli di grande erudizione e profondità. Infine, sono veramente grato a tutti i membri del Consiglio Direttivo, che non solo sono stati estremamente efficienti e propositivi, ma che hanno sempre mantenuto un clima di concordia e armonia che ha reso le sedute del CD piacevoli come una riunione tra amici. Un ultimo speciale grazie alla sig.ra Morson, da sempre vera colonna portante della SISC, disponibile a rispondere al cellulare negli orari più improbabili. Grazie Marisa!

**Buon 2025
a tutte e a tutti!**

IL SALUTO PROGRAMMATICO DELLA NEO-PRESIDENTE SISC INNOVAZIONE E CONDIVISIONE

Marina de Tommaso



Cari Amici, cominciamo questo nuovo anno con il proposito di proseguire il percorso di crescita intrapreso dalla nostra Società.

Sono onorata di presiedere la SISC, Società sempre più viva grazie ai soci, numerosi, che a tutte le età e da tutte le

parti di Italia sono impegnati nella diagnosi e cura di patologie riconosciute fra le più invalidanti nello

scenario sanitario. È proprio in questa difficile fase per il sistema sanitario pubblico - mai come oggi stremato e profondamente provato da rinnovati bisogni e ristrettezze economiche - che la nostra Società può supportare la formazione, l'aggiornamento, i rapporti con le Associazioni dei pazienti, i modelli organizzativi, promuovendo sul territorio nazionale la competenza degli specialisti e degli esperti. In questa ottica la Scuola Superiore delle Cefalee, quest'anno in sede unica a Venezia, e il Corso di Perfezionamento sulle Cefalee, disponibile in modalità remota - dedicata la prima ai medici specialisti, e il secondo ai professionisti sanitari e

agli psicologi - costituiscono occasioni uniche e facilmente perseguibili di acquisizione di specifiche competenze. Tramite le iniziative regionali verranno inoltre diffuse capillarmente tematiche di estrema utilità per la diagnosi, la terapia e l'organizzazione territoriale dei servizi, consentendo un accesso ampio ai trattamenti più attuali e innovativi. L'evento nazionale sarà un'occasione di aggiornamento e condivisione, grazie a un maggiore coinvolgimento della componente societaria.

Il gruppo dei giovani SISC è una risorsa fondamentale e in grande crescita, cui si intende dare sempre più rilevanza nelle iniziative locali e regionali.

Grande attenzione verrà dedicata al nostro Registro Italiano per le Cefalee - RICE - nato dall'iniziativa dello storico Centro cefalee di Firenze e in procinto di svilupparsi su piattaforme sempre più ampie come vero e proprio valore aggiunto della nostra Società. E come non ricordare, fra le iniziative editoriali, il nostro giornale internazionale, *Confinia Cephalalgica*, già ricco di studi rilevanti

e di sicuro impatto, e il nostro *Giornale delle Cefalee* divulgativo, che occuperà sempre più spazio sui social, dove nei prossimi mesi prevediamo di organizzare ulteriori periodiche iniziative di facile accesso a tutto il vasto mondo dei media. Un grazie speciale va a tutto il Comitato di Redazione del *Giornale delle Cefalee*, in particolare al suo Direttore, per la ricchezza e originalità dei con-

tenuti fra clinica, scienza, umanesimo e arte, testimoni della sempre rinnovata vivacità intellettuale della nostra Società.

Un augurio di innovazione e condivisione per il 2025!

BENEFICI TERAPEUTICI DELLA MUSICA NEL TRATTAMENTO DELLA CEFALEA

Raffaele Grimaldi
Docente ordinario presso il Conservatorio "G. Martucci" di Salerno, Dottorando in Neuroscienze



La ricerca sugli effetti della musica sul cervello in ambito neuroscientifico ha fatto enormi progressi utilizzando tecniche avanzate come EEG, MRI e PET per identificare le aree cerebrali attive durante l'ascolto musicale. È stato infatti dimostrato che entrambi gli emisferi del cervello partecipano: il sinistro si occupa di linguaggio e struttura, mentre il destro gestisce l'aspetto musicale intuitivo. Tutto ciò ha evidenziato che la musica apporta benefici in entrambi gli emisferi: migliora memoria e coordinazione nel sinistro, stimola immaginazione e creatività nel destro. In senso generale, è stato riscontrato che la musica produce effetti positivi sul benessere psichico, influenzando battito cardiaco, pressione, respirazione e riducendo lo stress. La musica è stata inoltre utilizzata in diversi contesti clinici per la gestione del dolore, tra cui il periodo pre e post-operatorio, il dolore legato al parto e le cure palliative per pazienti oncologici. Il recente interesse per la terapia del suono, inclusi musicoterapia e battiti binaurali, sta crescendo in maniera considerevole anche come possibile trattamento per la cefalea, sfruttando determinati stili di musica (classica soprattutto) per alleviare i sintomi e prevenire gli attacchi. Oltre all'ascolto, le tecniche musicoterapiche includono elementi aggiuntivi come la creazione e la composizione musicale, con l'obiettivo di migliorare la salute emotiva, cognitiva e motoria del paziente. Durante un attacco di mal di testa, la musica può influenzare il cervello, modificando la percezione del dolore, riducendo il disagio e la tensione muscolare grazie al suo effetto calmante, nonché offrire una distrazione piacevole. Inoltre, l'ascolto musicale stimola il rilascio di endorfine e serotonina, che agiscono come antidolorifici naturali e migliorano lo stato d'animo, rendendo così la terapia musicale una soluzione non invasiva e sicura.

È importante però specificare che non esistono suoni universali per trattare patologie specifiche, poiché ogni individuo reagisce in modo diverso agli stessi stimoli sonori. Inoltre, bisogna considerare che chi soffre di emicrania spesso sviluppa una sensibilità aumentata ai suoni e ai rumori prima o durante un attacco. Per questo motivo, per molte persone, ridurre o evitare completamente l'esposizione a sollecitazioni sonore può alleviare momentaneamente il fastidio. Ad ogni modo, numerosi studi e testimonianze riportano che la terapia musicale ha offerto sollievo a una vasta gamma di pazienti. La psicologa Janet Lapp ha scoperto che un programma di cinque settimane basato su somministrazione di musica, immagini e rilassamento riduceva l'emicrania dell'83% in un anno, diminuendo l'intensità e la durata degli episodi (da S. Merritt, 1990)^[1]. Uno studio del 2021 ha invece evidenziato una riduzione del 50% degli attacchi di emicrania in metà dei partecipanti dopo tre mesi di ascolto musicale (dati rilasciati nel 2021 e pubblicati sull'*International Journal of Environmental Research and Public Health*). La musicoterapia si è dimostrata efficace anche nel ridurre lo stress, un fattore scatenante per il 70% delle persone affette da cefalea (risultati pubblicati dalla *Brain Sciences*, 2023). Una ricerca condotta in Polonia su 408 pazienti con gravi mal di testa ha rivelato che dopo 6 mesi di ascolto di musica da concerto i pazienti necessitavano di meno farmaci durante gli attacchi^[2]. La musicoterapista Mary Scovel ha creato la tecnica Health Harmonics, che si basa sull'identificazione della "nota chiave" personale per offrire frequenze terapeutiche^[3]. Come detto in precedenza, le persone reagiscono diversamente alla musica per l'emicrania, con alcune ricerche che suggeriscono benefici da battiti binaurali, musica classica o rumore bianco. Anche generi più intensi come dubstep e heavy metal possono offrire sollievo regolando le emozioni, a seconda delle preferenze individuali. La terapia musicale può sicuramente essere integrata in un approccio multimodale per gestire la cefalea, affiancando altri trattamenti come alimentazione, esercizio fisico e gestione dello stress. Può inoltre essere impiegata regolarmente anche in assenza di sintomi, per ottenere benefici a lungo termine. Non esiste ancora una frequenza ideale per trattare il mal di testa, ma i ricercatori hanno osservato i benefici di diverse onde cerebrali, come le onde Gamma per la concentrazione e le onde Delta per il sonno profondo e la guarigione. Le frequenze musicali possono però influenzare il mal di testa in modo diverso: le basse frequenze tendono a calmare, le medie possono calmare o agitare, mentre le alte frequenze, pur stimolando il cervello, possono peggiorare i sintomi per chi è sensibile ai suoni acuti.

Un singolare studio dell'University College di Dublino, commissionato da un noto brand farmaceutico, ha dimostrato l'efficacia della composizione "All of Us" del musicista Anatole (costituita da archi, pianoforti, voci e campane) nel ridurre il mal di testa e i dolori muscolari^[4]. La dottoressa Claire Howlin ha sottolineato l'effetto positivo del brano su 286 persone, spiegando che genera un senso di meraviglia, stimola la dopamina, migliora l'umore e distrae dal dolore. La ricerca si basa su dati che evidenziano inoltre che, per alleviare il dolore, il 32% degli individui preferisce la musica classica mentre il 31% quella pop^[5]. Questo aspetto è probabilmente dovuto al tipo di strumenti, orchestrazioni, frequenze e BPM (battiti per minuto) impiegati nella musica classica, che, rispetto ad alcune sonorità e ritmi più aspri della musica pop, tende a favorire un maggiore rilassamento. Non sono stati ancora individuati eventi avversi specifici per la musicoterapia, ma in un recente studio l'Università di Dayton, in Ohio, segnala possibili problematiche come sovrastimolazione e confusione^[6]. Ad ogni modo, l'efficacia della terapia musicale è comparabile a quella dei trattamenti comportamentali e potrebbe ridurre la necessità di farmaci per attacchi di cefalea acuta. Saranno comunque necessari ulteriori studi clinici ben strutturati per confermare l'efficacia dell'intervento musicale rispetto ad altre terapie.

Bibliografia

1. S. Merritt, *Mind, music and imagery: unlocking your creative potential*, New York: Penguin books, 1990.
2. D. Campbell, *L'effetto Mozart. Curarsi con la musica*, Dalai Editore, 2001.
3. M. Scovel, *Melodic Intonation Therapy*, M.M., M.T.B.C., 1999.
4. The Cognitive Mechanisms in Music Listening Interventions for Pain: A Scoping Review February Journal of Music Therapy, 2020.
5. Cognitive Agency in Music Interventions: Increased perceived control of music predicts increased pain tolerance, European journal of pain (London, England), 2021.
6. The Effects of Music on Employee Affect, Nolan J. McNulty University of Dayton, 2015.



LA MINDFULNESS: UN'ARMA IN PIÙ PER AFFRONTARE L'EMICRANIA E IL DOLORE

ESPERIENZA DI PRATICA DI MINDFULNESS AL CONGRESSO NAZIONALE SISC DI TORINO

Irene Toldo¹, Licia Grazzi²

1. Centro cefalee dell'età evolutiva, Neurologia e Neurofisiologia Pediatrica, Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino, Azienda Ospedale Università di Padova

2. Centro cefalee, IRCCS Fondazione Istituto Neurologico C. Besta di Milano

La pratica di mindfulness non è certamente una novità: infatti essa conta migliaia di anni di storia e deriva dagli insegnamenti del Buddha.

Negli anni ottanta un medico americano Jon Kabat Zinn la importa in Occidente comprendendone i possibili risvolti in ambito clinico e inizia ad applicarla per il trattamento di pazienti con problematiche di ansia e dolore cronico (fig.1). In seguito, Kabat Zinn redige un programma, il MBSR (mindfulness based stress reduction program) che si articola in otto sedute settimanali di pratica, della durata di circa 90 minuti ciascuna.

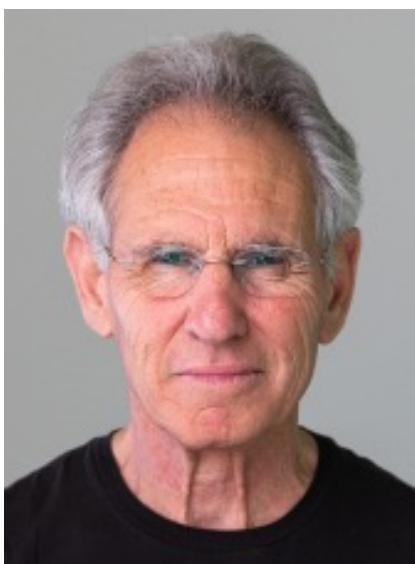


Fig. 1 - Jon Kabat Zinn

Tale programma è ormai il modello su cui basiamo tutte le applicazioni di mindfulness in campo clinico e che utilizziamo nei nostri ambiti.

Mindfulness è una parola che significa *consapevolezza*. Attraverso un addestramento all'ascolto del respiro, un'attenzione al corpo, impariamo a "stare nel momento presente in modo non giudicante" come ci ricorda Kabat Zinn (fig. 2).

Questo è importante in ambito clinico, in particolare nel dolore cronico e nell'emicrania. I nostri pazienti...così performanti, giudicanti e poco inclini alla delega e tanto inclini al controllo, possono beneficiare di un addestramento al "lasciar andare"... ad essere meno giudicanti con se stessi e con gli altri... e questo col tempo può cambiare il comportamento e la gestione della rabbia, delle situazioni critiche, dello stress, con conseguente modificazione anche di quegli assetti neuronali che hanno a che fare con la percezione del dolore e con l'emotività.

La potenza della pratica sta proprio nel fatto che, come è stato dimostrato da studi recenti con Imaging funzionale, con la pratica il cervello "cambia" mentre cambiano le nostre modalità di comportamento.

Sono numerosi ormai gli studi che segnalano l'importanza di investire negli approcci comportamentali per la gestione dell'emicrania e del dolore, soprattutto nelle forme croniche. È necessario anche incrementare studi scientifici che ne documentino sempre più accuratamente l'efficacia. Occuparsi di dolore e di emicrania significa occuparsi delle persone che ne soffrono. Confinare il nostro lavoro di clinici a erogatori di farmaci è illusorio e disonesto. La recente acquisizione secondo cui l'emicrania è una condizione complessa che va declinata in

un'ottica biopsicosociale impone a noi clinici che ce ne occupiamo di attrezzarci sempre di più per affrontarla, avendo consapevolezza di una condizione di malattia complessa dove aspetti di tipo biologico sono strettamente connessi ad altri di tipo psicoemotivo e sociale. Prendersi cura dei pazienti vuol dire anche considerare tali condizioni nella strategia di terapia che proponiamo.

Di emicrania non si muore! Ma trattasi pur sempre di una condizione di malattia invalidante che investe l'individuo nella sua totalità, con costi sociali assai significativi. Il modello biopsicosociale insiste sulle molteplici sfaccettature dell'emicrania e offre una concezione diversa dal passato, quando sembrava che tutto potesse dipendere da un problema neuro-vascolare. La pratica di mindfulness offre una nuova prospettiva e un'opportunità irrinunciabile. Pertanto il suo utilizzo va incoraggiato ed esplorato: inserire programmi di mindfulness in una strategia terapeutica per l'emicrania significa avere un'arma in più da offrire ai nostri pazienti, spesso chiusi in un mondo di dolore, di sofferenza e di rassegnazione. Come ci insegnano i maestri della mindfulness, la sofferenza fa parte della nostra vita ed è inutile pensare di eliminarla. Possiamo invece imparare a convivere con essa, gestendola e coltivando un atteggiamento contrario alla lotta e vicino più all'accettazione e all'accoglienza, che si traduce in una gestione più adeguata e meno "farmacologica" del sintomo doloroso.

Il messaggio non è certo facile da digerire: vivere con il dolore è un disagio importante ma certamente se alla percezione del dolore aggiungiamo la nostra sofferenza per la condizione, il nostro rimuginio e i giudizi, fondendoci con i pensieri negativi, il nostro dolore non può che ingigantirsi diventando un vero "mostro" davanti al quale non riusciamo a reagire.

Abbiamo di recente avuto la possibilità di provare farmaci innovativi e specifici per l'emicrania: essi hanno radicalmente cambiato la vita dei nostri pazienti adulti e auspicabilmente lo faranno anche per i soggetti in età evolutiva (sulla base degli studi attualmente ancora in corso)...e anche la nostra, ma dobbiamo usare bene le nuove risorse. Un approccio anche non farmacologico - come la pratica di mindfulness - potrà solo rafforzare e contribuire a mantenere i successi ottenuti con i nuovi farmaci. In tempi critici come quelli che stiamo attraversando, dopo una grave pandemia, con una situazione di risorse che tendono a ridursi, siamo sempre più convinti che sia importante imparare a utilizzare le nostre energie interiori. La mindfulness ci offre questa possibilità. Educare la nostra mente a rimanere calma, nel momento presente, senza giudicare o porre condizioni, ma semplicemente lasciando andare, è una risorsa e dobbiamo imparare ad usarla al meglio. Se soffriamo per l'emicrania, soprattutto se cronica, questo aspetto diventa imprescindibile per la buona riuscita del nostro percorso di terapia, e l'efficacia dei farmaci sarà potenziata dalla pratica e dalla coltivazione delle nostre risorse mentali e psicofisiche.

Per questo ci auguriamo che un numero sempre maggiore di centri cefalee e centri di trattamento

del dolore possano recepire l'importanza di questi approcci e o attrezzarsi per affrontare davvero il dolore nella sua complessità, adottando tutte le possibilità terapeutiche, farmacologiche e non farmacologiche, imparando altresì ad utilizzarle in modo sinergico. Il devastante fenomeno dell'uso incontrollato di oppiacei, anche nei pazienti più giovani, sta sconvolgendo le popolazioni anglosassoni e questo va evitato a favore di un approccio più consapevole e maggiormente improntato alla multidisciplinarietà del problema "cefalea" o "dolore". Un diverso atteggiamento da parte dei clinici e degli operatori, nonché una cultura diversa, permetteranno di aiutare centinaia di pazienti e anche di risparmiare in maniera significativa sulla spesa sanitaria, evitando inutili consulti clinici, accessi al pronto soccorso e richieste di esami specialistici o di farmaci specifici.

Speriamo che la nostra iniziativa, partita dal congresso SISC 2024, possa aver seguito, per diffondere sempre di più il nostro messaggio ai clinici affinché anche "gli addetti ai lavori" possano avvicinarsi alla pratica traendone vantaggio per se stessi e i pazienti di cui si prendono cura.

Noi clinici facciamo un lavoro molto faticoso, investiamo tante energie fisiche e mentali per prenderci cura degli altri, ma se non ci prendiamo cura di noi diventa molto difficile poter aver cura dei nostri pazienti (Medice cura te ipsum!).



Fig. 2 - Il logo della mindfulness, noto anche come Simbolo della goccia d'acqua. La parte verticale dell'immagine - la goccia d'acqua - rappresenta il tempo, sia passato che presente. La parte orizzontale - i cerchi concentrici - rappresenta lo spazio che ci circonda. L'obiettivo è concentrarsi sul centro del tempo e dello spazio.

PUNTI CHIAVE

Il primo protocollo di mindfulness in ambito terapeutico occidentale, il Mindfulness-based Stress Reduction di Jon Kabat-Zinn, si è rivelato fin da subito (1982) un valido strumento per affrontare il dolore e il disagio psico-emotivo ad esso correlato. I programmi di mindfulness hanno fornito risultati incoraggianti per la riduzione della sintomatologia in pazienti con emicrania e lombalgia.

Sono interessanti anche le recenti applicazioni della mindfulness su pazienti emicranici in età pediatrica.

Durante la recente pandemia da Covid-19 è stata sperimentata con successo l'applicazione della mindfulness per pazienti con dolore cronico ed emicrania in modalità on-line, in sostituzione o a completamento delle sedute in presenza.

In ambito di dolore cronico sono state introdotte, con buoni risultati iniziali, anche le terapie comportamentali di terza generazione, fra cui spicca l'Acceptance and Commitment Therapy, che si

fonda parzialmente sulla pratica della meditazione di mindfulness.

CONCLUSIONI

La mindfulness può portare benefici significativi nell’ambito del trattamento dell’emicrania, anche utilizzata in combinazione con la terapia farmacologica di profilassi, in quanto è in grado di ridurre la frequenza e l’intensità del dolore percepito e di migliorare la qualità della vita riducendo la disabilità correlata all’emicrania. Inoltre, la pratica di mindfulness favorisce l’apprendimento di strategie comportamentali che contribuiscono alla gestione della rabbia e della tensione emotiva, spesso triggers degli attacchi di emicrania, nonché a migliorare lo stile di vita.

Nel corso dell’ultimo congresso nazionale SISC tenutosi a Torino nel Settembre scorso, su iniziativa lanciata da Irene Toldo in collaborazione con Licia Grazi, è stato svolto un breve corso di avvicinamento alla pratica di mindfulness per i partecipanti al Congresso. Le sedute di pratica, della durata di circa 30 minuti, si sono svolte al mattino alle ore 8, prima dell’inizio dei lavori congressuali. I presenti hanno partecipato attivamente e con vivo interes-

se. Il feedback finale, raccolto con questionari di gradimento, è stato molto positivo e l’iniziativa ha avuto buon riscontro.

Bibliografia

- Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, Lenderking WR, Santorelli SF. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. Am J Psychiatry. 1992 Jul;149(7):936-43. doi: 10.1176/ajp.149.7.936. PMID: 1609875.
- Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, Urbanowski F, Harrington A, Bonus K, Sheridan JF. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. Psychosom Med. 2003 Jul-Aug;65(4):564-70. doi: 10.1097/01.psy.0000077505.67574.e3. PMID: 12883106.
- Ludwig DS, Kabat-Zinn J. Mindfulness in medicine. JAMA. 2008 Sep 17;300(11):1350-2. doi: 10.1001/jama.300.11.1350.
- Andrasik F, Grazi L, D’Amico D, Sansone E, Leonardi M, Raggi A, Salgado-García F. Mindfulness and headache: A “new” old treatment, with new findings. Cephalalgia. 2016 Oct;36(12):1192-1205. doi: 10.1177/0333102416667023. Epub 2016 Oct 1. PMID: 27694139.
- Seminowicz DA, Burrows SAB, Kearson A, Zhang J, Krimmel SR, Samawi L, Furman AJ, Keaser ML, Gould NF, Magyari T, White L, Golubeva O, Goyal M, Peterlin BL, Haythornthwaite JA. Enhanced mindfulness-based stress reduction in episodic migraine: a randomized clinical trial with magnetic resonance imaging outcomes. Pain. 2020 Aug;161(8):1837-1846. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001860. Epub 2020 Mar 13. PMID: 32701843 Free PMC article.
- Hesse T, Holmes LG, Kennedy-Overfelt V, Kerr LM, Giles LL. Mindfulness-Based Intervention for Adolescents with Recurrent Headaches: A Pilot Feasibility Study. Evid Based Complement Alternat Med. 2015;2015:508958. doi: 10.1155/2015/508958. Epub 2015 Dec 22.
- Sansone E, Raggi A, Grignani E, Leonardi M, D’Amico D, Scaratti C, Grazi L. Mindfulness meditation for chronic migraine in pediatric population: a pilot study. Neurol Sci. 2018 Jun;39(Suppl 1):111-113. doi: 10.1007/s10072-018-3365-7. PMID: 29904872.

- Sansone E, Grazi L, Raggi A, Leonardi M, D’Amico D. Mindfulness as an add-on treatment for patients with chronic migraine and medication overuse: a preliminary analysis. Neurol Sci. 2020 Dec;41(Suppl 2):469-471. doi: 10.1007/s10072-020-04662-5. PMID: 32845485.
- Grazi L, Grignani E, Raggi A, Rizzoli P, Guastafierro E. Effect of a Mindfulness-Based Intervention for Chronic Migraine and High Frequency Episodic Migraine in Adolescents: A Pilot Single-Arm Open-Label Study. Int J Environ Res Public Health. 2021 Nov 9;18(22):11739. doi: 10.3390/ijerph182211739. PMID: 34831494.
- Grazi L, Montisano DA, Raggi A, Rizzoli P. Feasibility and effect of mindfulness approach by web for chronic migraine and high-frequency episodic migraine without aura at in adolescents during and after COVID emergency: preliminary findings. Neurol Sci. 2022 Sep;43(9):5741-5744. doi: 10.1007/s10072-022-06225-2. Epub 2022 Jul 4. PMID: 35788839.
- Grazi L, Montisano DA, Raggi A, Rizzoli P. The Be-Home Kids Program: An Integrated Approach for Delivering Behavioral Therapies to Adolescents with Episodic and Chronic Migraine. Brain Sci. 2023 Apr 21;13(4):699. doi: 10.3390/brainsci13040699. PMID: 37190664.
- Rastogi RG, Arnold TL, Borrero-Mejias C, Hastriter EV, Hickman C, Karnik KT, Lewis KS, Little RD. Non-pharmacologic and Mindful-Based Approaches for Pediatric Headache Disorders: a Review. Curr Pain Headache Rep. 2021 Dec 11;25(12):78. doi: 10.1007/s11916-021-00993-w.PMID: 34894314.
- Wells RE, Seng EK, Edwards RR, Victorson DE, Pierce CR, Rosenberg L, Napadow V, Schuman-Olivier Z. Mindfulness in migraine: A narrative review. Expert Rev Neurother. 2020 Mar;20(3):207-225. doi: 10.1080/14737175.2020.1715212. Epub 2020 Feb 12.
- Bakhshani NM, Amirani A, Amirifard H, Shahrakipoor M. The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on Perceived Pain Intensity and Quality of Life in Patients With Chronic Headache. Glob J Health Sci. 2015 Aug 6;8(4):142-51. doi: 10.5539/gjhs.v8n4p142. PMID: 26573025.

LA CHIRURGIA DELL’EMICRANIA NON È BASATA SULL’EVIDENZA E NON DOVREBBE ESSERE EFFETTUATA NÉ CONSIGLIATA

Luigi Francesco Iannone
Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze, AOU Careggi, Firenze

L’emicrania è un disturbo neurologico complesso, classificata come cefalea primaria e con una fisiopatologia ancora non completamente compresa. È ormai noto che si tratti di condizione complessa e multifattoriale, con disfunzione sia a livello del sistema nervoso centrale che periferico. Questa complessità rende chiaro che l’emicrania non può essere attribuita semplicemente a un malfunzionamento anatomico/funzionale di un singolo nervo (ad esempio il trigemino). Gli attacchi coinvolgono molteplici circuiti cerebrali, e il dolore è solo uno degli elementi che contribuiscono al quadro clinico. Di conseguenza, intervenire chirurgicamente sul nervo trigemino non può risolvere il problema, rischiando, di contro, di essere un approccio riduttivo e inefficace nel lungo termine. Negli ultimi anni numerosi trattamenti (inclusa la tossina botulinica di tipo A e i farmaci anti-CGRP) hanno cambiato profondamente l’approccio terapeutico e aumentato considerevolmente il numero di pazienti che hanno tratto beneficio dal trattamento farmacologico. Inoltre, vari trattamenti non-farmacologici, come la *mindfulness*, hanno ottenuto ottimi dati di efficacia in recenti studi clinici. Una quota di pazienti però non riceve un beneficio clinico - o ne ha un beneficio non soddisfacente - da questi trattamenti e perciò continuano a cercare nuovi rimedi, spesso imbattendosi in terapie non basate sull’evidenza, costose e potenzialmente dannose. Tra queste, una delle soluzioni più invasive proposta nel corso degli anni è la chirurgia trigeminale, un intervento che mirerebbe a ridurre o addirittura eliminare il dolore agendo direttamente sul nervo trigemino. Tuttavia, nonostante le numerose affermazioni di efficacia completa, la chirurgia trigeminale è sconsigliata dalla comunità medica - e dagli specialisti delle cefalee in particolare -, per numerosi motivi, che spaziano dai rischi associati all’intervento alla mancanza di evidenze scientifiche che ne supportino l’efficacia.



CHE COS’È LA CHIRURGIA TRIGEMINALE E SU QUALI BASI TEORICHE SI FONDA?
Chi propone la chirurgia trigeminale per l’emicrania suggerisce che *“la compressione cronica delle branche terminali del nervo trigemino causata da strutture circostanti (come muscoli, vasi o bande fasciali) sia responsabile dell’origine dell’emicrania”*. Queste affermazioni sono prive di fondamento scientifico e nessuno studio ha finora mai dimostrato questa relazione univoca e assoluta tra emicrania (sec. l’ICHD 3) e compressione del nervo trigemino, né tantomeno con l’origine dell’emicrania stessa. Su queste erronee affermazioni si è poi diffusa l’opinione che ci siano delle zone principali anatomiche di trigger del dolore emicranico (e dell’emicrania stessa) su cui bisogna intervenire. Queste presunte zone coinvolte sono quella frontale (nervi sovraorbitario e sopratrocleare), temporale (nervo auricolotemporale) e occipitale (nervi occipitali maggiore e minore). Spesso, un mancato successo di questi interventi chirurgici (che descriviamo in basso), viene persino spiegato col fatto che non ci sia stato il riconoscimento di questi presunti *trigger point*, giustificando da un lato il fallimento dell’intervento stesso, dall’altro suggerendo la necessità di ulteriori interventi.

Le tecniche chirurgiche proposte sono interven-ti “mirati” al trattamento del dolore attraverso la manipolazione o la rimozione di parti del nervo trigemino menzionati in precedenza, interventi definiti come “minimamente invasivi”. Le tecniche maggiormente utilizzate mirano alla neurolisi completa, ossia un intervento radicale di rimozione o distruzione delle fibre nervose. L’accesso al sito chirurgico varia a seconda del nervo (o più nervi) considerati coinvolti nel dolore emicranico. Nessuno degli accessi né degli interventi per questa indicazione è basata sull’evidenza. Uno degli aspetti più preoccupanti della chirurgia trigeminale è l’alto rischio di complicazioni e danni permanenti. La manipolazione di un nervo così importante come il trigemino può causare effetti collaterali gravi e potenzialmente irreversibili, che compromettono ulteriormente la qualità della vita dei pazienti già affetti da una condizione debilitante come l’emicrania e principalmente danni permanenti: Poiché il trigemino è responsabile di trasmettere le sensazioni facciali, qualsiasi danno a questo nervo può causare una perdita permanente di sensibilità in alcune aree del viso. Questa condizione (ipoestesia) può manifestarsi come intorpidimento o formicolio persistente, rendendo difficile percepire il calore, il freddo o persino il dolore in determinate aree. Inoltre, come ogni intervento chirurgico, anche locale, la chirurgia trigeminale comporta i normali rischi associati a un’operazione, incluso quello di infezioni, emorragie, reazioni avverse all’anestesia e problemi di guarigione.

EVIDENZE SCIENTIFICHE
Uno degli ulteriori problemi legati all’uso della chirurgia per trattare l’emicrania è la scarsità o - per meglio dire - assenza di prove scientifiche a sostegno della sua efficacia e tollerabilità. Mentre alcune ricerche preliminari hanno riportato dei non

ben definiti “miglioramenti” in un numero limitato di pazienti, questi studi sono spesso caratterizzati da campioni ridotti, metodologie poco rigorose e un follow-up insufficiente. Inoltre, gran parte dei lavori disponibili presenta una serie di bias o conflitti di interesse, dato che molti dei ricercatori coinvolti sono anche coloro che eseguono le procedure chirurgiche che, non essendo basate sull’evidenza, sono solitamente a carico del paziente. Inoltre, spesso, la nomenclatura, le definizioni, gli outcome di efficacia e di tollerabilità, nonché le diagnosi non sono affatto allineate alle indicazioni internazionali e alla classificazione ICHD3. Tutto ciò rende questi studi, oltre che difficilmente collocabili e confrontabili con la letteratura corrente, anche non riproducibili o difficilmente riproducibili. Nello specifico, le ricerche disponibili sono non randomizzate e non controllate. Inoltre, molti stu-

di non seguono i pazienti in maniera sistematica e rigorosa per un periodo sufficientemente lungo per capire se i presunti miglioramenti iniziali siano duraturi o se il dolore ritorni nel tempo. Anche nei rari casi in cui alcuni pazienti hanno riportato un “miglioramento” temporaneo, i rischi associati all’intervento sono considerati superiori ai benefici. Come detto precedentemente, questa chirurgia può comportare danni potenzialmente permanenti e gravi, e non esistono prove sufficienti per garantire che l’intervento possa portare a risultati in generale o stabili nel lungo termine. Per poter avere iniziali evidenze, che richiederanno numerose conferme, dovranno essere eseguiti trial randomizzati e controllati, eseguiti con metodiche e diagnosi allineate con la corrente letteratura, la classificazione ICHD3 e le raccomandazioni internazionali, nonché un numero adeguato di pazienti.

Fino ad allora, questa procedura è inadeguata come opzione di trattamento per l’emicrania e non deve essere, alle attuali evidenze, consigliata né eseguita in nessun caso.

Bibliografia

- ElHawary H, Barone N, Baradaran A, Janis JE. Efficacy and Safety of Migraine Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis of Outcomes and Complication Rates. Ann Surg. 2022 Feb 1;275(2):e315-e323. doi: 10.1097/SLA.0000000000005057. PMID: 35007230.
- Raposio G, Antonini A, Gualdi A, Raposio E. Frontal site surgery for chronic migraine therapy. Acta Biomed. 2023 Dec 5;94(6):e2023253. doi: 10.23750/abm.v94i6.14777. PMID: 38054685; PMCID: PMC10734223.
- Raposio, E., Raposio, G. Surgical therapy of migraine: a 12-year single-center experience. Eur J Plast Surg 46, 699–705 (2023). <https://doi.org/10.1007/s00238-023-02065-1>
- Gfrerer L, Hulsén JH, McLeod MD, Wright EJ, Austen WG Jr. Migraine Surgery: An All or Nothing Phenomenon? Prospective Evaluation of Surgical Outcomes. Ann Surg. 2019 May;269(5):994-999. doi: 10.1097/SLA.0000000000002697. PMID: 29394166.



CEFALEA NUMMULARE IN ETÀ EVOLUTIVA

Sofia D’Agostino¹, Carola Meo¹, Edvige Correnti², Vincenzo Raieli²

¹ Pro.M.I.S.E. Dipartimento Materno-Infantile "G. D’Alessandro" – Università degli Studi di Palermo

² UOC NPI-ISMEP - ARNAS CIVICO di Palermo

L’articolo si compone di una prima parte, a carattere generale, e di una seconda parte, di pertinenza dell’età evolutiva, che sarà pubblicata nel prossimo numero.

I PARTE: ASPETTI NOSOGRAFICI, CLINICI E TERAPEUTICI

DEFINIZIONE

Secondo la Classificazione Internazionale delle Cefalee-3 (ICHD-3), la cefalea nummulare (NH) è una cefalea primaria, inserita nel Gruppo 4.8, caratterizzata da dolore intermittente o continuo in una piccola area circoscritta dello scalpo, in assenza di qualsiasi lesione strutturale sottostante. L’area interessata è nettamente delineata, fissa per dimensione e forma, rotonda o ellittica e di circa 1-6 cm di diametro, il che ha portato al nome “cefalea a forma di moneta”^[1].

La fisiopatologia dell’NH non è ben definita, i dati clinici e sperimentali suggeriscono una origine periferica. Nella maggior parte dei casi, essa si manifesta senza alcun fattore scatenante. I segni e i sintomi dell’NH sono confinati a una piccola area, suggerendo un processo locale periferico senza evidenza di meccanismo centrale. La localizzazione del dolore può essere in qualsiasi parte dello scalpo, ma più comunemente è interessata l’area parietale^[7]. L’NH è tipicamente unifocale, ad eccezione di alcuni casi di cefalea bilaterale. Il dolore è descritto come gravativo, trafittivo o occasionalmente urente, generalmente di intensità moderata ed è spesso accompagnato da disfunzioni sensoriali, come ipoestesia e iperestesia o ipersensibilità. La durata è altamente variabile, da un minimo di pochi secondi a un dolore quotidiano e continuo^[2].

EPIDEMIOLOGIA

La cefalea nummulare è considerata una forma di cefalea primaria molto rara. È stata descritta per la prima volta nel 2002 e ad oggi sono stati stimati in letteratura circa 540 casi.

La distribuzione per genere ha evidenziato una predominanza femminile, con un rapporto di 1,6:1. L’età di esordio è estremamente variabile, oscillando da 4 a 86 anni, con un’età media intorno ai 48 anni.^[5] Tuttavia, è prevedibile che molte persone affette da NH non consultino un medico o non

vengano indirizzate a un neurologo, in particolare quelle con dolore meno persistente o meno grave.

CARATTERISTICHE CLINICHE

Il dolore è confinato a una piccola area cranica che nell’80% dei casi è di forma rotonda. Secondo i criteri diagnostici ICHD-3 il suo diametro varia da 1 a 6 centimetri, sebbene siano stati descritti casi atipici al di fuori di questo intervallo, con diametri compresi tra 0,6 e 10 centimetri. Il dolore non si estende al di fuori di questa particolare area circoscritta e sia la forma che il diametro dell’area dolorosa rimangono fissi nel tempo^[5].

Può essere interessata qualsiasi parte della volta cranica; la sede più frequente è la regione parietale, seguita da quella occipitale.

Normalmente il dolore colpisce uno dei due lati della testa; tuttavia, in letteratura sono riportati alcuni casi con due aree distinte di dolore e altri con cefalea nummulare multifocale.

Il dolore viene descritto come opprimente (in circa il 40% dei casi), ma può anche essere lancinante, urente e può cambiare di carattere improvvisamente nello stesso paziente.^[3]

Le esacerbazioni del dolore basale sono frequenti, a volte si verificano spontaneamente o anche sono innescate dall’applicazione di stimoli leggeri sull’area sintomatica (tocco, pettinatura, ecc.), o da altri tipi di stimoli, come movimenti della testa. Il profilo temporale dell’NH è eterogeneo: può essere cronico o episodico. Il dolore può essere continuo o intermittente; quando è intermittente, è di durata variabile, da diverse ore al giorno (nella maggior parte dei casi) a pochi minuti o addirittura secondi.

Al dolore spontaneo possono essere associati disturbi sensoriali nella zona interessata, quali intorpidimento o ipersensibilità, ragion per cui stimoli innocui, come toccare o spazzolare, possono scatenare sensazioni anomale o un’esacerbazione del dolore^[7].

In una minoranza di pazienti sono state identificate alterazioni trofiche nel sito del dolore. Tali alterazioni consistono in atrofia cutanea e/o perdita di capelli, talvolta accompagnate da rossore e aumento locale della temperatura. Le alterazioni trofiche diminuiscono o scompaiono quando il dolore si attenua o quando viene controllato con la terapia.



Fig. 1 - In rosso, localizzazione delimitata del dolore a forma circolare

CRITERI DIAGNOSTICI

La diagnosi di cefalea nummulare è un processo di esclusione, in cui il medico deve anzitutto escludere altre forme più comuni di mal di testa e patologie neurologiche gravi.

La diagnosi si basa principalmente su un attento esame clinico e sulla storia dei sintomi del paziente, poiché non esistono test diagnostici definitivi per questa condizione.

Un’analisi diagnostica iniziale include:

- **esame obiettivo** con ispezione e palpazione della cute e anche del cranio, dei nervi pericranici, delle arterie, dei muscoli e della regione trocleare per escludere altre possibili fonti di dolore;
- **esame neurologico completo:** segni di irritazione dei nervi periferici, test di sensibilità e motilità;
- **esami di laboratorio:** possono includere un emocromo completo, un pannello metabolico di base, test di funzionalità epatica, test di funzionalità tiroidea, VES, fosfatasi alcalina, anticorpi antinucleari e fattore reumatoide;
- **scansioni TC e MRI.**

Come per altre cefalee primarie, la diagnosi di NH si basa sull’identificazione di caratteristiche cliniche molto ben definite, in accordo con i criteri diagnostici ICHD-3 (Tab. 1) e sull’eventuale presenza di una lesione o malattia che possa essere la causa del dolore.

Alcuni dei principali disturbi che devono essere esclusi comprendono: emicrania e cefalea tensiva, cefalea a grappolo, cefalea da traumi cranici, Nevralgia del trigemino, patologie vascolari o tumorali.

TABELLA 1 – Cefalea nummulare - Criteri diagnostici ICDH-3, 2018

CEFALEA NUMMULARE

Criteri diagnostici

- A. Dolore al capo continuo o intermittente che soddisfi il criterio B.
- B. Percepito esclusivamente in un'area dello scalpo, con tutte le seguenti 4 caratteristiche:
 - 1. contorni netti
 - 2. grandezza e forma fisse
 - 3. forma circolare o ellittica
 - 4. diametro da 1 a 6 cm
- C. Non meglio inquadrata da altra diagnosi ICHD-3

TRATTAMENTO

La terapia della cefalea nummulare dipende dalla severità e dalla frequenza degli episodi, nonché dalla risposta del paziente ai vari approcci terapeutici. Poiché la NH è una condizione rara e la sua eziologia non è completamente compresa, non esiste un trattamento standardizzato. Tuttavia, gli interventi terapeutici mirano generalmente a controllare il dolore, ridurre l'infiammazione e gestire i fattori scatenanti. Nei casi con sintomatologia lieve, l'utilizzo di analgesici e farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), compresa l'indometacina, può rivelarsi utile come trattamento sintomatico durante le esacerbazioni del dolore. Nei pazienti con dolore da moderato a grave e in quelli che non rispondono alla terapia sintomatica, deve essere considerato un trattamento preventivo con neuromodulatori chimici come gabapentin, pregabalin e antide-

pressivi triciclici. Possono essere utilizzati anche i Triptani, soprattutto se il dolore ha caratteristiche simili a quelle dell'emicrania e i Corticosteroidi nei casi particolarmente resistenti o gravi. Tuttavia, il loro uso a lungo termine è generalmente evitato a causa degli effetti collaterali. La stimolazione dei nervi periferici per il dolore sopraorbitale intrattabile è stata utilizzata con risultati favorevoli così come è stata utilizzata con successo la stimolazione nervosa transcutanea.^[4] Per i casi refrattari di cefalea nummulare, la terapia con tossina botulinica merita una menzione speciale: la sua iniezione nell'area interessata e circostante può determinare un sostanziale sollievo dei sintomi. L'inizio dell'azione avviene dopo 6-10 giorni e l'effetto dura fino a 14 settimane, dopodiché la procedura viene ripetuta.

FINE PRIMA PARTE (CONTINUA)

REPORT DAL 38° CONGRESSO NAZIONALE DELLA SISC TORINO, 26-28 SETTEMBRE 2024 (I PARTE)

Marco Trucco, ¹Flora Govone

Libero Professionista - Già Dirigente Medico Centro Cefalee, S. C. Neurologia, Ospedale S. Corona, Pietra Ligure (SV) – Segretario-Tesoriere Sezione Interregionale SISC Nord-Ovest

¹S. C. Neurologia, Ospedale Regina Montis Regalis, Mondovì, ASL CN1 - Consigliere Sezione Interregionale SISC Nord-Ovest



L'annuale Congresso Nazionale della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee si è tenuto quest'anno a Torino, presso il Centro Congressi Lingotto, dal 26 al 28 settembre 2024. L'incontro aveva come titolo "Il Progetto Brain Health e la Rivoluzione delle Cefalee", titolo che enfatizza l'impatto sanitario, sociale ed economico delle malattie del cervello, per cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) ha indetto il programma Brain Health, partito nel 2022, che ha come obiettivo di indagare e migliorare la salute cerebrale e la disabilità neurologica, impattanti sulla salute fisica, la qualità della vita e le relazioni sociali dei pazienti. Le cefalee e in particolare l'emicrania sono responsabili di un'importante e diffusa disabilità, prevalente nel sesso femminile. Tuttavia la ricerca ha operato negli ultimi anni un'autentica rivoluzione delle conoscenze, in particolare della fisiopatologia dell'emicrania e del trattamento in acuto e di profilassi della stessa con farmaci innovativi e mirati. Il Congresso è stato preceduto da quattro Teaching Course, su sul trattamento fisiokinesiterapico delle cefalee, Update sulle terapie non farmacologiche nell'emicrania, Cefalea in età pediatrica e adolescenziale e L'attacco emicranico e i suoi mimics in Pronto Soccorso. Inoltre si è tenuto un Corso sulla Mindfulness in sessioni precedenti i lavori delle tre giornate congressuali.

GIOVEDÌ 26 SETTEMBRE – SESSIONE CONGIUNTA

Dopo i saluti del Presidente SISC e delle Autorità, i lavori si sono aperti con la presentazione da parte di Cristina Tassorelli (PV) del **Progetto Brain Health** della WHO, per la diagnosi e la terapia delle patologie cerebrali. Tale azioni partono dalla ricerca e sono volte a migliorare l'accesso e la qualità della diagnosi e terapia delle malattie neurologiche, non trascurando l'educazione sanitaria e l'influenza sulle politiche sanitarie. L'intervento successivo, di Simona Sacco (AQ) si è incentrato sul Global Action Plan, sempre predisposto dalla WHO. È stata sottolineata l'importanza di una maggiore attenzione alla prevenzione, diagnosi e cura delle malattie neurologiche, sia da parte della politica e della società civile, sia da parte degli operatori, analogamente a quanto già avviene nei confronti delle neoplasie, malattie cardiovascolari, malattie infettive etc. Ha ricordato il lavoro in corso sulle Linee Guida SISC-IHS e l'accesso ai farmaci, talvolta estremamente limitato in Paesi in via di sviluppo: ad es. solo il propranololo è considerato farmaco essenziale per la prevenzione! Nella 2^a Sessione, **"Gli effetti placebo e nocebo nelle cefalee primarie"**, Fabrizio Benedetti (TO) ha esposto i meccanismi neurobiologici di questi fenomeni, partendo dalla definizione di risposta placebo vs. effetto placebo (che prende in consi-

derazione le aspettative del paziente e i fenomeni di apprendimento) e toccando gli effetti neurotrasmettitoriali del placebo e le aree cerebrali implicate. Ilaria Orologio (NA) ha affrontato l'effetto placebo e nocebo nell'emicrania, trattando come la via di somministrazione del placebo influenzi la sua efficacia e come gli effetti collaterali di una sostanza inerte (nocebo) seguano da vicino quelli della sostanza attiva che il paziente si aspetta di ricevere. Irene Toldo (PD) ha affrontato il tema degli effetti placebo e nocebo in età evolutiva, più marcati rispetto all'età adulta per forte emotività ed elevate aspettative di miglioramento, che possono condizionare marcatamente i risultati delle ricerche in questa fascia d'età, anche prima dell'assunzione del preparato. Nella 3^a Sessione, **"Genetica ed epigenetica dell'emicrania"**, Sabina Cevoli (BO) ha ipotizzato un ruolo adattativo, "protettivo", di crisi emicraniche occasionali nei confronti di stimoli ambientali potenzialmente dannosi: il dolore mette a riposo un cervello iperattivo, ma nella patologia tale sistema presenta una soglia di stimolo fortemente ridotta, con crisi frequenti e possibile tendenza a cronicizzazione. Innocenzo Rainero (TO) ha esposto gli ultimi dati sulla genetica dell'emicrania, in cui il fattore genetico influisce nel 42% circa dei casi; dalle forme monogeniche, rare, tra cui FHM e CADASIL, alle poligeniche; studi GWAS hanno individuato 123 geni che possono influenzare l'emicrania. Elisa Rubino (TO) ha affrontato il tema dell'epigenetica dell'emicrania, interazione tra genetica ed ambiente che porta ad alterazioni ereditabili nella sequenza genica. Nella 4^a Sessione, **"Sistema glnfatico, circolazione liquorale e cefalea"**, Alessandro Vercelli (TO) ha affrontato il tema della neurobiologia del sistema glnfatico, esponendo in quali strutture viene prodotto e riassorbito il CSF, la sua funzione protettiva e di drenaggio e il suo coinvolgimento in varie patologie. Roberta Messina (MI) ha trattato come il neuroimaging del sistema glnfatico (in particolare RM) sia in grado di evidenziarne la circolazione in situazioni di normalità (es. durante il sonno) e patologiche. Raffaele Ornello (AQ) ha esposto le alterazioni della circolazione glnfatica

nel corso della CSD, nella cronicizzazione dell'emicrania e nei disturbi del sonno.

Il successivo **Simposio su Anticorpi monoclonali**, incentrato soprattutto sul fremanezumab, sotto forma di colloquio, ha preso in considerazione il miglioramento dell'aderenza terapeutica con mAbs, anche per la migliore tollerabilità di tali sostanze (non differenze significative tra la somministrazione mensile e trimestrale del fremanezumab; vengono analizzati i gruppi di pazienti in cui quest'ultima risulta più indicata). È stata anche approfondita l'efficacia del farmaco nei pazienti con comorbidità emicrania/depressione, che da studi real-life sembra soddisfacente.

La 5^a Sessione, **“Nuovi target terapeutici nelle cefalee primarie”**, si è aperta con un intervento di Luigi Francesco Iannone, del gruppo di Firenze, che ha trattato dell'attività e dei recettori del neuropeptide PACAP, ad azione vasodilatatrice, pro-algogena, provocante degranulazione mastocitaria e possibile attività depolarizzante diretta, tramite l'incremento di cAMP e ioni Ca⁺⁺ intracellulari, anche a livello endosomiale. Marina Romozzi (Roma) ha parlato di endocannabinoidi nell'emicrania (tra cui anandamide e 2-AG) e del legame sui recettori CB1 presinaptici, che porta ad effetti opposti a quelli del CGRP e PACAP (antidolorifico e stabilizzante dei mastociti). L'enzima FAAH (che scinde l'anandamide) sarebbe incrementato nell'emicrania, specie nella MOH.

Dopo la cerimonia inaugurale del Congresso, Piera Levi Montalcini, nipote di Rita Levi Montalcini, Fondatrice e Presidente della Fondazione omonima, ha tenuto una lettura sull'attività dell'illustre zia e sullo sviluppo delle Neuroscienze a Torino. Ha parlato della passione in famiglia per le arti e delle collaborazioni tra scienziati di diverse discipline, nonché dell'attività della Fondazione, soprattutto nelle scuole.

VENERDÌ 27 SETTEMBRE

Nella Sessione Parallela A **“Il progetto Cefalea Primaria Cronica e l'attività delle Sezioni Regionali”**, Edoardo Mampreso (Pieve di Sacco – PD) ha brevemente illustrato le tappe legislative su cui si basa il progetto Cefalea Primaria Cronica. Dopo alcuni passaggi in varie sedi è nata la proposta di legge “Disposizioni per il riconoscimento della cefalea primaria cronica come malattia sociale”, (G.U. n. 188 del 28 luglio 2020). Nel 2023 sono state date le linee di indirizzo dei progetti regionali sulla cefalea primaria cronica. Poi i rappresentanti SISC hanno illustrato l'attività delle sezioni Regionali. Per la Calabria, Rosario Iannacchero (CZ) ha illustrato il progetto Alcmeone, con l'uso di piattaforme tecnologiche e intelligenza artificiale a supporto diagnostico e di app (Head care) e blog per i pazienti per migliore informazione e utilizzo delle strutture sanitarie. Stefano Caproni (Coordinatore SISC Abruzzo Marche e Umbria) ha illustrato i progetti di integrazione con i Pronto Soccorso per la presa in carico in acuto dei pazienti più complessi e gli studi scientifici sui pazienti trattati con le nuove terapie anti CGRP. Domenico Cassano (Nocera Inferiore - SA) ha sottolineato che nel 2024 è stato ricostituita la sezione Campania con 41 soci, concentrati sui progetti di PDTA Cefalea Primaria Cronica. Simona Guerzoni (MO), per l'Emilia-Romagna, che al momento non è Sezione, ha riferito come nel 2024 sia stato aggiornato il PDTA e ha illustrato il progetto INNOVA-ER-CEF (telemedicina, percorsi psicologici e psichiatrici sul territorio). Per la sezione Lazio-Molise, Maria Albanese (Roma) ha sottolineato come il progetto Cefalea Cronica si sia concentrato soprattutto su formazione, ricerca e un progetto dell'Ospedale Bambino Gesù per visite di famiglia e creazione di un ambulatorio

per la *transition* da NPI a neurologo dell'adulto. Giorgio Dalla Volta (BS) per la Lombardia ha illustrato il progetto regionale PERLA e i progetti di ricerca sulla valutazione retrospettiva della cefalea a grappolo nel periodo COVID, praticamente scomparsa, e sui sintomi prodromici dell'emicrania. Antonella Versace (TO) per la Sezione Nord Ovest ha relazionato sulle attività formative e di ricerca (studio TIARA sull'alessitimia nell'emicrania) e sull'attuazione del progetto cefalea cronica (interventi di coordinamento, educazione, cognitivo-comportamentali, mindfulness, neurostimolazione non invasiva con TMS e TDCS). Maria Pia Prudenzeno (BA) ha illustrato i progetti in atto in Puglia per la cefalea cronica. In Sicilia il progetto cefalea cronica ha implementato collegamenti tra centri prescrittori di farmaci anti CGRP, con la pubblicazione di studi *real life* su erenumab, come illustrato da Filippo Brighina (PA). Per la sezione Triveneto, Alberto Terrin (VE) ha mostrato i dati di pubblicazioni su Cephalalgia e dati di registro, utilizzando il RICE. Infine, Alberto Chiarugi (FI) ha parlato della difficile situazione della Toscana in cui non sono stati coinvolti nel progetto cefalea cronica i centri cefalee universitari ma solo i centri territoriali, pur essendo in atto iniziative di formazione in teatri, luoghi pubblici e scuole (progetto “Se la conosci la eviti”). Interessante momento di confronto con la voce dei pazienti di Alleanza Cefalgici (Al.Ce) con Alessandra Sorrentino, che ha sottolineato gli *unmet needs* dei pazienti: semplificare l'accesso alle terapie, un approccio olistico che tenga conto delle comorbidità psichiatriche e l'impegno a combattere lo stigma sociale e favorire l'inclusione soprattutto lavorativa del paziente con emicrania cronica.

In Sessione Parallela B si è svolta la presentazione delle iniziative della **Sezione SISC Giovani**, (coordinamento delle attività degli iscritti e partecipazione a protocolli di ricerca), e l'esposizione di due casi clinici: sindrome HaNDL (Carla Fasano, NA) e ipotensione liquorale e cefalea (Marina Romozzi). Successivamente, la 2^a Sessione, **“Cefalea a grappolo cosa c'è di nuovo?”**, ha visto gli interventi di Gianluca Coppola (LT), che ha relazionato sull'impiego degli anticorpi monoclonali in tale patologia: efficacia (discutibile) del galcanezumab 300 mg/mese nella forma episodica, non nella cronica, mentre gli studi real-life mostrano un'efficacia soddisfacente anche di altri mAbs. Ad una domanda il relatore ha escluso un'azione di neuromodulazione di tali farmaci, definendoli “sintomatici long-acting”. Agnese Onofri (AQ) ha esposto il questionario CHIQ (Cluster Headache Impact Questionnaire), a 8 item, tradotto in italiano dall'inglese e validato mediante il confronto con altri questionari indaganti tono dell'umore e qualità della vita. Laura Papetti (Roma) ha poi trattato della cefalea a grappolo in età evolutiva, talvolta misconosciuta o confusa con emicrania, anche per la minor durata delle crisi emicraniche nel bambino e i minori sintomi autonomici. Le terapie sono sostanzialmente le stesse impiegate nell'adulto.

In Sessione Parallela C si è tenuto l'evento Congiunto ANIN-SISC **“Innovazione nell'assistenza infermieristica: l'infermiere specialista nella cura dell'emicrania, lo stato dell'arte”**.

Nella 3^a Sessione, **“La terapia con mAbs anti-CGRP nella profilassi dell'emicrania: cosa abbiamo imparato?”**, Fabrizio Vernieri (Roma), prendendo spunto dagli studi real-life, ha trattato di alcune differenze tra gli mAbs s. c.; non sono disponibili studi di confronto diretto. Erenumab presenterebbe un fenomeno di wearing-off a tre settimane dalla somministrazione, provocherebbe più spesso stipsi, alopecia e rialzi pressori. Gloria Vaghi (PV) ha poi citato numerosi fallimenti terapeutici, depressione e obesità (e in generale,

gravità della patologia e presenza di comorbidità) come predittori negativi di efficacia (il tessuto adiposo contiene fattori pro-infiammatori e si rileva incremento del CGRP in obesi e depressi con emicrania), mentre la risposta ai triptani, l'alodinia e l'unilateralità del dolore potrebbero prospettare una risposta positiva. Claudia Altamura (Roma) ha indagato gli effetti della sospensione del trattamento con mAbs, in cui in genere si assiste a recidive delle crisi: non ci sono ancora sufficienti dati per prevedere l'efficacia a lungo termine e per impostare una strategia prescrittiva condivisa di questi farmaci. Renata Rao (BS) ha ripreso il tema dell'efficacia a lungo termine degli mAbs; per i tre a somministrazione s. c. tale efficacia sembra confermata, tranne in alcuni casi di MOH. Simona Guerzoni ha poi trattato dell'associazione tra mAbs e tossina botulinica, che, per quanto non praticabile per il SSN, appare razionale, anche per il diverso meccanismo d'azione (la tossina è attiva sul CGRP a livello delle fibre C, gli mAbs delle fibre Aδ), efficace e ben tollerata, se pur gravata da costi ancora molto elevati.

Nella 4^a Sessione, **“Nuovi farmaci per l'emicrania: le prime esperienze”**, Luigi Francesco Iannone ha esposto alcuni dati sui gepanti (metabolismo epatico, emivita superiore alle 11 ore, passaggio nel tessuto adiposo e lento successivo rilascio), scarsi effetti collaterali (nausea, sonnolenza), efficacia crescente col passare del tempo, anche nell'emicrania cronica. La relazione di Marcello Silvestro (NA) ha invece riguardato i ditani (lasmiditan); agonista recettoriale 5-HT_{1F}, non vasocontrittore, passa la BEE in quanto lipofilo, T_{max} rapido, rapida e sostenuta efficacia, ma gravato da effetti collaterali quali sonnolenza, vertigini, nausea che ne limitano l'impiego in soggetti che devono mettersi alla guida.

A seguire il Simposio su **“Evoluzione delle strategie di trattamento nella prevenzione dell'emicrania: terapie specifiche e nuovi obiettivi”**.

Cristina Tassorelli ha tenuto un'ampia relazione sul concetto di *Migraine Freedom* nell'emicrania episodica (riduzione della frequenza delle crisi ma anche miglioramento della qualità della vita del paziente), ottenibile con la profilassi con mAbs ma ancor meglio con rimegepant e atogepant, che sono in grado di bloccare anche i recettori del CGRP intracellulari, più rapidamente e con persistente efficacia. In particolare, pazienti trattati con atogepant hanno presentato a 1 anno una risposta del 100% nella percentuale del 48% e un miglioramento dell'80% nella QoL, senza l'effetto di *wearing-off* talvolta osservato con mAbs. Il rimegepant inoltre, se utilizzato in acuto, non esporrebbe i pazienti al rischio di MOH. Antonio Russo (NA) ha trattato delle terapie nell'emicrania cronica, evidenziando come solo pochi pazienti seguano un corretto percorso diagnostico-terapeutico prolungato nel tempo. L'oratore ha sostenuto l'impiego della tossina botulinica (attiva su fibre C, attivate dalla CSD e implicate nel rilascio di CGRP e altri neurotrasmettitori pro-algogeni), ad azione preventiva su sensitizzazione periferica e centrale, e degli mAbs, attivi su fibre Aδ a livello periferico, ricordando la controindicazione all'uso del VPA e TPM in gravidanza e in vista della stessa e senza escludere la possibile associazione tra mAbs e Botox. Anche l'atogepant è indicato nell'emicrania cronica e nella MOH, con una risposta sostenuta nel tempo.

Nella pausa pranzo di è tenuta la discussione itinerante della **Sessione Poster**, su svariati argomenti, dalla neurofisiologia alla clinica, terapia, forme secondarie e dell'età evolutiva, terapie non farmacologiche, psicologia (112 i contributi presentati).

FINE PRIMA PARTE (CONTINUA)

NULLA SINE TRAGOEDIA GLORIA

QUANDO LA SOFFERENZA DIVENTA CREATIVITÀ

Il ruolo dell'emicrania nella genesi dell'arte di Giorgio de Chirico (I parte)

Domenico Cassano

"Il dio Apollo, il cui oracolo è a Delfi, non dice né nasconde, ma indica".

Eraclito, Frammento 93

È noto che Giorgio de Chirico, l'inventore della pittura Metafisica, soffrì di una particolare forma di cefalea che già nel 1988 il neurologo inglese Geraint S. Fuller, in un articolo pubblicato sul British Medical Journal, aveva individuato in un'emicrania con aura con rilevanti sintomi gastrointestinali.

Una malattia "lunga e fastidiosa", come afferma lo stesso pittore, tale da condizionargli negativamente l'esistenza: da giovane - egli ricorda - fu costretto a compiere in più tappe un viaggio verso Parigi a causa dell'imponente sintomatologia gastro-enterica.

In una lettera inviata all'amico Carlo Carrà, egli descrive il mal di testa alla stregua di un "sogno lucido": *"Porto l'elmo del palombaro. Il pulsare del mio cervello si spacca in tante bollicine sulla piattaforma laccata del mio settimo soffitto"*.

De Chirico ignora la natura del suo malessere, non ricevendone mai una chiara diagnosi. Purtroppo, considerandosi un "prescelto" - l'unico in grado di emulare il grande Nietzsche, di cui aveva "letto e compreso" l'intera opera - descrive i multiformi fenomeni auratici quali autentiche "rivelazioni", definendo altresì i sintomi gastrointestinali come "coliche saturnine", in accordo a una concezione rinascimentale che pone l'artista sotto l'influsso di Saturno, da cui riceve il dono della melanconia, fonte di creatività (fig. 1).

E se è vero - come Nietzsche afferma - che *"la malattia può diventare uno stimolante energetico per vivere di più"*, nella fattispecie l'aura emicranica, in quanto esperienza variegata di fenomeni vissuti "a mente lucida", condiziona notevolmente l'immaginario artistico di de Chirico. Nella sua autobiografia, egli parla ripetutamente di "allucinazioni" vissute sin dall'infanzia: saranno proprio le distorsioni o illusioni visive dell'aura (metamor-

fopsia, fenomeno corona, autocinesi) a dotare l'artista di quel "terzo occhio" che gli consentirà di cogliere ciò che si cela "al di là del mondo fisico": il mistero della vita e il non-senso dell'essere.

IL PERTURBANTE

L'atmosfera enigmatica che pervade le Piazze d'Italia, rappresentate con prospettive distorte, ben configura "il perturbante", un sentimento nuovo rispetto all'inquietudine romantica: una sensazione di spaesamento, di "derealizzazione", che talora ci assale d'improvviso nel corso del nostro vivere quotidiano e ci sprofonda nell'angoscia e nella malinconia più cupe. È lo stato d'animo dell'uomo moderno calato in un'Europa che, agli albori del Novecento, si prepara alla Grande Guerra: esso sarà oggetto di approfondita analisi sia da parte di Freud che del filosofo Martin Heidegger e costituirà il motivo ispiratore di tutta la pittura di De Chirico.

TRA JAMAI VU E DEJA VU

Il quadro metafisico in cui traspare per primo il senso del perturbante è rappresentato dall'*Enigma di un pomeriggio d'autunno*, dipinto nel 1910 a Firenze, alla giovane età di 22 anni (fig. 2).

In una famosa pagina (1912), il Maestro spiega le circostanze che gli hanno fornito "la rivelazione" dell'opera: versando in uno stato di "profonda sensibilità" dovuto alla lunga malattia, nel mentre siede su una panca in piazza Santa Croce a Firenze, luogo a lui familiare, egli ha *"la strana impressione di vedere tutto per la prima volta"*.

Nel dipinto, della famosa piazza non vi è più alcun elemento riconoscibile: a cominciare da un cielo vuoto, senza stelle né altri corpi celesti; lo stesso albero di una nave che s'intravede dalla sommità del muro in sottofondo rimanda a una località sul mare, più che a Firenze.

A sinistra, la facciata di una chiesa con due ingressi limitati da una tenda nera; sulla destra due figure in abiti rinascimentali; al centro, la statua di Dante lascia il posto a una figura di un uomo con il capo reclinato, tale da sembrare mozzato. Sul basamento della scultura sono iscritte due lettere, una G e una C, corrispondenti alle iniziali del nome e cognome di de Chirico (ma non sono la sua firma, che troviamo a destra al fondo del quadro).

Dallo zoccolo della statua sgorgano due fontane, una a destra e l'altra a sinistra. Sono le due vie dello scorrere del tempo: la prima è quella che va in direzione del passato, la seconda è quella diretta verso il futuro; l'incontro tra questi due percorsi lineari configura l'*Attimo*, che corrisponde invece a quella dimensione circolare del tempo in cui si rende manifesto l'Eterno. È il richiamo a uno dei caposaldi della filosofia di Nietzsche, quello dell'"eterno ritorno": ogni attimo è destinato, attraverso il nascere e il morire, a ripetersi ciclicamente in Eterno.

Una "rilettura" in senso neurologico non può che farci propendere per la descrizione di un *jamais vu*, la sensazione irrealistica in cui qualcosa di usuale e ben noto appare come nuovo e sconosciuto. Tale fenomeno assume per il Maestro il significato di un'esperienza di tipo premonitrice: una chiarovegenza d'ispirazione divina.

Comprendiamo così che de Chirico ci parla della morte che egli vede come presente di fronte a sé; la statua rappresenta il suo monumento funebre mentre l'entrata che vediamo nella facciata della chiesa, coperta dalla tenda nera, è l'ingresso nel vuoto cosmico, ovvero nel Nulla. Le due figure che conversano tra loro sono sua madre che piange la morte del figlio generato e suo fratello che proietta nel futuro la sua gloria immortale.

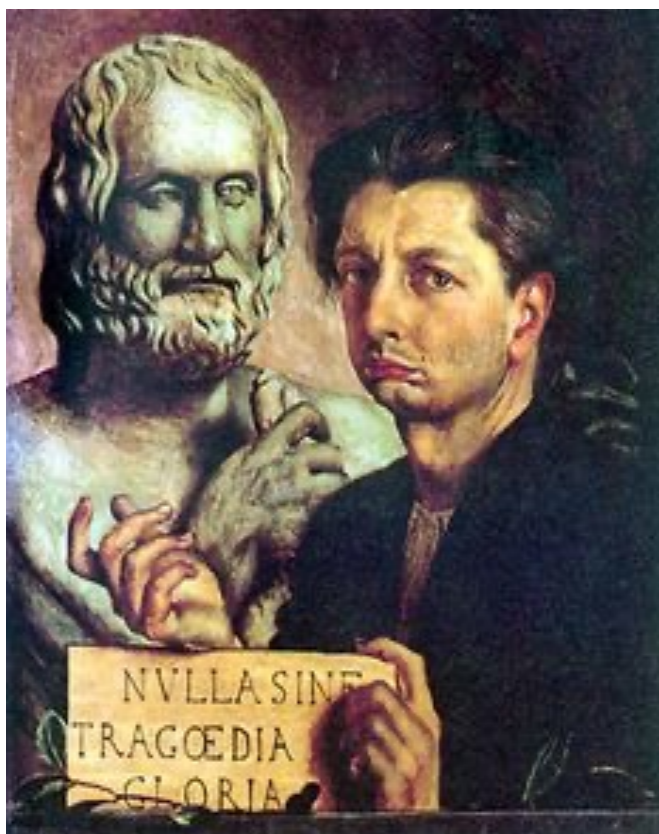


Fig. 1 - Giorgio de Chirico, Autoritratto con busto di Euripide, olio su tela, 1922



Fig. 2 - Giorgio de Chirico, Enigma di un pomeriggio d'autunno, olio su tela, 1910

Riguardo alle visioni rappresentate dal déjà vu, emblematico è il *Ritratto di Apollinaire* del 1914 (fig. 3). Ivi il famoso poeta è ritratto con il profilo di Dante mentre sulla tempia sinistra è raffigurato un cerchio simile a un tiro al bersaglio. Per una strana coincidenza, Apollinaire due anni dopo in guerra verrà ferito esattamente in quel punto. Da notare gli occhiali scuri indossati dalla scultura in primo piano: un possibile riferimento alla fotofobia tipica dell'emicranico e la sensazione di claustrofobia che ema-

na da uno spazio oscuro e angusto, quale quello in cui si immerge chi versa in una forte crisi di cefalea. Nel quadro gli oggetti sono collocati senza relazione alcuna fra di loro: un apparente non-senso che invece è *presagio*, un sentimento ancestrale della nostra preistoria, affine alla *rivelazione* di un nuovo senso che de Chirico chiama Metafisica.

FINE PRIMA PARTE (CONTINUA)



Fig. 3 - Giorgio de Chirico, Ritratto di Apollinaire, olio su tela, 1914

GIORGIO DE CHIRICO: LA VITA, L'ARTE, IL SUCCESSO

Domenico Cassano

LE ORIGINI: UNA FAMIGLIA SUI GENERIS

Giorgio de Chirico nasce a Volos, città della Tessaglia (Grecia) il 10 luglio 1888 da famiglia di nobili origini. La sua permanenza in Grecia fino all'età di 18 anni costituirà un'esperienza formativa determinante: i ricordi infantili, la cultura classica, lo spiccato interesse per la filosofia (soprattutto le opere dei grandi filosofi tedeschi, quali Schopenhauer e Nietzsche) rappresenteranno punti essenziali di riferimento per la sua arte.

A causa dei continui spostamenti causati dall'attività professionale del padre, ingegnere delle Ferrovie, "Giorgino" (fig. 1) è costretto ad eseguire, insieme coi suoi familiari, numerosi cambi di residenza, trascorrendo la maggior parte della sua infanzia nella ristretta cerchia familiare in un clima tutt'altro che rasserenante.

Il padre Evaristo versa spesso in cattive condizioni di salute e in virtù della frequente insorgenza di un "fastidio alla luce" sviluppa una fobia per il colore bianco che costringerà i familiari a usare solo biancheria colorata.

Lo zio Gustavo, fervido credente, è affetto (anch'egli!) da una malattia intestinale cronica. Nonostante la prescrizione medica, è disposto a eseguire una dieta a base di carne solo dopo aver ottenuto uno speciale nulla osta dall'Autorità Ecclesiastica: "*Morbi intestinalis causa licet Gustavo de Chirico carnem in die veneris edere*" ("A causa della malattia intestinale si autorizza Gustavo de Chirico a mangiare carne il venerdì").

Lo zio Alberto soffre di una grave fobia di essere contaminato da germi (misofobia), per cui sin dall'età di trent'anni vive praticamente tappato in casa, con porte e finestre chiuse; per maggiore sicurezza, prende in affitto il sottostante appartamento, che lascia però disabitato e sigillato affinché l'aria non filtri nella propria abitazione. Inoltre, per paura di cadere nel vuoto (basofobia) cammina per casa trascinandosi con una sedia in modo da evitare di poter sprofondare a seguito



Fig. 1 - Giorgino all'età di 4 anni nella tradizionale divisa degli Euzoni

di un cedimento del pavimento. Quest'ultima condizione viene da qualcuno interpretata come la conseguenza di ricorrenti emianopsie connesse a un'aura emicranica.

La zia Olimpia è affetta da un disturbo ossessivo che la costringe a strofinare la sua chioma su superfici ruvide, fino a diventare calva.

Il fratello Andrea, musicista, letterato e pittore, noto con lo pseudonimo di Alberto Savinio, soffre della stessa patologia di Giorgio: nei suoi racconti vi sono riferimenti a episodi di derealizzazione e trasformazione corporea e nei quadri compaiono zigzag e immagini geometriche da ricondurre ad aura emicranica.

UN TIPO SUI GENERIS

Il Maestro ha un carattere difficile. È scontroso, permaloso ma anche vanitoso, egocentrico fino al narcisismo: si ritiene il più grande pittore al mondo firmandosi in molte opere come *Pictor optimus*. È goloso e avido di denaro. A un amico racconta di un bellissimo sogno: essersi addormentato su un materasso pieno di banconote di diecimila lire. Ha la fobia dell'acqua ed è poco avvezzo all'igiene corporea e ai cambi di biancheria: durante la sua permanenza in America, nel corso di un incontro con i fotografi Vogue, alla richiesta di posare nudo, egli oppone il rifiuto per non mostrare i buchi nella biancheria intima.

L'EVOLUZIONE ARTISTICA

Tre sono i periodi che connotano la poetica artistica di Giorgio de Chirico: metafisico, neoclassico e neometafisico.

1. La **fase metafisica** ha inizio con il dipinto "*Enigma di un pomeriggio di autunno*"; dura circa un decennio (1909-1919) ed è considerata universalmente quella che meglio esprime il suo genio artistico.

Il termine Metafisica è mutuato dalla tradizione filosofica e compare in un suo *Autoritratto*, in seno a una frase trascritta su un foglio: "*Et quid amabo nisi quod rerum metaphysica est?*", traducibile in "*Che cosa amerò se non ciò che va al di là delle cose fisiche?*" (fig. 2). È una poetica del tutto nuova e originale: l'enigma rappresenta l'elemento chiave da decodificare per giungere al principio di verità che si cela "*al di là del mondo fisico*" e che solo l'artista ha il potere di fissare sotto forma di immagine.

2. La **fase neoclassica** (1920-1930 circa) è segnata dal passaggio dal trascendentale a una realtà vuota, priva di ogni certezza e di ogni valore universale. Emblematica è la serie di dipinti detti *Gli Archeologi* (fig. 3) che vede raffigurati manichini, anonimi e impenetrabili, immersi in un'aura di malinconia e di solitudine, dai cui ventri fuoriescono paesaggi, templi e capitelli.

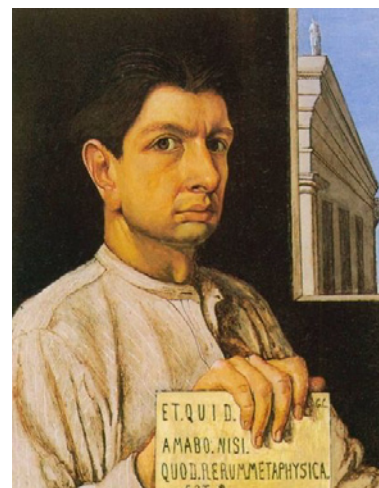


Fig. 2 - Giorgio de Chirico, Autoritratto, olio su tela, 1920



Fig. 3 - Giorgio de Chirico, Gli Archeologi, olio su tela, 1927

3. La fase **neo-metafisica** (dal 1932 agli ultimi mesi di vita) è caratterizzata da un cambiamento nello stile pittorico sorretto da una nuova visione del mondo: la scoperta di una dimensione terrena del reale. Figure enigmatiche e trascendentali lasciano il posto a nuovi soggetti - soprattutto nudi, ritratti e nature morte - che esorcizzano la morte e affermano la vita, la ciclicità del tempo e la tematica dell'eterno ritorno.

UN ARTISTA A TUTTO TONDO

La sua attività pittorica si svolge nell'arco di circa 70 anni, a partire dal 1909 fino a pochi mesi prima della morte. Purtroppo la sua opera artistica si esplica anche in campo letterario. Come scrittore ha composto tre opere a carattere essenzialmente autobiografico: *Ebdomero* (1929), *Dudron* (1940) e *Memorie della mia vita* (1945).

I RICONOSCIMENTI

Giorgio de Chirico viene nominato nel 1974 Accademico di Francia e nel 1976 Grande Ufficiale della Repubblica Democratica Tedesca. Nel luglio del 1978, al compimento del novantesimo compleanno, viene commemorato in Campidoglio. Morirà a Roma, pochi mesi dopo, il 20 Novembre 1978.

FRANCO MONGINI FOREVER

Eugenia Rota



Il 30 Maggio scorso ci ha lasciati il professor Franco Mongini, a Torino, la sua città, dove era nato nel Giugno del 1939, dove si era laureato a pieni voti e con lode in Medicina e Chirurgia nel 1963 e poi

specializzato in Odontostomatologia nel 1965. Nella sua prima fase professionale, egli fu professore ordinario di Patologia Speciale Odontostomatologica e di Gnatologia Clinica presso l'Università di Torino. Divenuto esperto internazionale dei disturbi dolorosi dell'articolazione temporo-mandibolare, fu tra i primi a riconoscerne le strette relazioni cliniche con le cefalee primarie, settore a cui indirizzò da allora in poi il suo interesse clinico e scientifico. Conseguì nel 1990 la specializzazione in Neurologia, sempre presso l'Università di Torino, e trasformò nel 1996 il Centro di Fisiopatologia Cranio-Facciale in Sezione di Fisiopatologia delle Cefalee e del Dolore Facciale. Nella sua attività clinica e di ricerca, il professor Mongini si occupò nello specifico dei tratti personologici associati alle cefalee primarie e della dolorabilità della muscolatura cranio-cervicale, dimostrandone fra i primi l'associazione con

ansia e depressione nell'emigrania e nella cefalea di tipo tensivo, ipotizzando che tale comorbidità svolgesse un ruolo favorente la cronicizzazione dell'emigrania. Inoltre, da antesignano, quale era, sviluppò un programma di intervento preventivo delle cefalee primarie e del dolore facciale e cervicale basato su esercizi di rilassamento della muscolatura cranio-cervicale, di cui dimostrò l'efficacia con alcuni studi clinici condotti sulla comunità di lavoro degli impiegati del Comune di Torino. Studioso poliedrico, coltivò anche interessi letterari, tanto che nel 2005 si laureò a pieni voti e con lode in Lettere Moderne. Scrisse un romanzo e due saggi, di cui uno dedicato alle donne affette da cefalea. Lo ricorderemo, oltre che per il suo rilevante contributo clinico e scientifico al progresso delle conoscenze sulle cefalee, per le sue elevate doti umane e per la sua innata signorilità.

NEWS

CAMBIO AI VERTICI SISC

Nel corso del 38° Congresso nazionale della SISC, tenutosi a Torino nel settembre u.s., si sono svolte le votazioni per eleggere le nuove cariche societarie. Il nuovo Consiglio Direttivo per il biennio 2025-2026 risulta così composto:

Presidente: *Marina de Tommaso*; Presidente Eletto: *Innocenzo Rainero*; Segretario: *Massimiliano Valeriani*; Tesoriere: *Simona Guerzoni*; Past President: *Franco Granella*; Consiglieri: *Simona Sacco*; *Edoardo Mampreso*; *Irene Toldo*; *Filippo Brighina*; *Catello Vol-lono*; *Simone Vigneri*.

Agli uscenti il vivo ringraziamento per il lavoro svolto, ai nuovi subentrati gli auguri di buon lavoro.

39° CONGRESSO NAZIONALE SISC

Si svolgerà a Parma nei giorni 6-8 novembre 2025 il prossimo Congresso Nazionale della nostra Società.



Società Italiana Per Lo Studio delle Cefalee



Buon 2025

IL PRESIDENTE



Giornale delle Cefalee

ANNO XXI • N. 1 Gennaio • GIORNALE TRIMESTRALE.
Autorizzazione n. 10/05 del Tribunale di Perugia del 1/4/2005
Direttore Responsabile: Francesco De Cesaris
Direttore Scientifico: Domenico Cassano
Storia della Medicina: Giorgio Zanchin
Medicina di genere: Marina de Tommaso
Social media: Edoardo Mampreso
Sezioni Regionali: Maria Pia Pruden-zano

Membri: Valeria Caponnetto, Gianluca Coppola, Antonello D'Attoma, Luigi Francesco Iannone, Agnese Onofri, Vincenzo Raieli, Gabriele Sebastianelli, Marco Trucco
Progetto Grafico: MediaEnter

PER SOSTENERE LA RICERCA DELLA SOCIETÀ È POSSIBILE EFFETTUARE UNA DONAZIONE ONLINE
www.sisc.it (clicca La Società – Raccolta Fondi).