



Giornale delle Cefalee

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

Anno XIX • N. 1 • Aprile 2023

SOMMARIO

1 L'EDITORIALE
Sulle orme di Hermes
Domenico Cassano

2 VERSO LA TERRA PROMESSA
Il patient journey
in emicrania (I parte)
Domenico Cassano

**3 CRONOBIOLOGIA
DELLA CEFALIA A GRAPPOLO**
Gianluca Coppola

**4 LE CEFALIE PRIMARIE
NELL'ANZIANO**
Maria Pia Prudeniano

6 8 MARZO: FESTA DELLA DONNA
L'altra metà del cielo
Marina de Tommaso

6 TRADIZIONI
Le zepole di San Giuseppe
tra storia e folklore
Domenico Cassano

7 NEWS

EDITORIALE SULLE ORME DI HERMES

Domenico Cassano

Uno dei temi più suggestivi e rappresentativi della storia dell'umanità è senza dubbio quello del viaggio. Metafora della vita, dell'interiorità e della conoscenza, esso ha costituito una fervida fonte d'ispirazione per artisti, filosofi e letterati.

L'illustre pensatore Cvetan Todorov, di recente scomparso, in poche, efficaci battute ne esemplifica i molteplici significati: "Il viaggio è tante cose. Coincide con la vita. È lo spostamento fisico nello spazio, il passaggio del tempo, il cambiamento interiore, il percorso dalla nascita alla morte. Tutto è viaggio».

LE METAFORE DEL VIAGGIO

Parafrasando George Santayana, "l'uomo deve l'intelligenza ai suoi piedi": mettendosi in movimento, egli ha letteralmente inventato il mondo. Il camminare - annota Levi Strauss nel suo ultimo diario di viaggio - da "atto percettivo" si trasforma in "atto creativo", diventando nel contempo "lettura e scrittura del territorio": l'*homo faber* nel pianificare le azioni ne plasma i luoghi, connotandoli col suo *anemos* (soffio vitale). Ciò ha portato lo storico Eric J. Leed a considerare lo spostamento fisico "il motore stesso della storia umana".

Il viaggio è anche metafora della vita. Gabriel Marcel parla di *homo viator*, viandante lungo le strade dell'esistenza, che va incontro *adventura* (lat. *alle cose future*), ossia a un destino ignoto e non programmabile. In tal senso, non si allude solo all'esistenza quale percorso inesorabile che dalla nascita procede verso la morte, ma a quello straordinario fluire attraverso esperienze che ci plasmano e ci trasformano.

"Siamo tutti imbarcati", scrive Pascal, sgomento dinanzi al nostro viaggio nel tempo, fatto non solo di abbandono del noto, rischio, incertezza ma anche di entusiasmo, piacere, promessa di felicità.

Un ricordo d'infanzia di Walter Benjamin evoca l'eu-

foria vissuta dal bambino all'inizio di ogni viaggio, quando il mondo si mostra pieno di meraviglie da scoprire: "il primo segnale era la lama di luce sotto la porta della camera da letto la sera della vigilia, quando gli altri erano ancora alzati. Il vascello fantasma, approdando al mio giaciglio, cullato dal brusio ondosso delle voci e dallo spumoso tintinnio delle stoviglie, allora, febbricitante, mi rapiva".

I PARADOSSI LINGUISTICI

Una tale molteplicità di contenuti si riflette nella polisemia del termine, vale a dire nella pluralità di significati che la parola *viaggio* contiene.

Essa deriva dal latino *viaticum* in riferimento alle provviste (*via tecum*) di cui fornirsi per affrontare il percorso; nella liturgia cattolica, *il viatico* allude all'ostia, il cibo consacrato somministrato al morente per nutrirlo nel suo iter ultraterreno.

La parola inglese *travel*, analogamente al francese *travail* e allo spagnolo *trabajo*, ha un doppio significato: il percorso da compiere e, di contro, *il travaglio*, la prova da affrontare, la fatica, in un richiamo al *tripalium*, strumento di tortura romano, così detto perché costituito da tre pali (fig. 1).



Fig. 1, Il tripalium, strumento di tortura di origini romane

Il termine *travaglio* è tipicamente associato alla sofferenza del parto, ma è anche l'evento che prelude a una nascita.

Altresì la parola *partire* (dal latino *pars*, porzione) nel significato di *separazione* è associabile alla morte (*dipartita* ne è il sinonimo poetico). Dalla stessa radice deriva il verbo latino *parere*, tradotto in italiano con *partorire*, *far nascere un figlio*, quindi da collegare alla nascita.

Paradossi linguistici causati da un'ambivalenza terminologica - inizio/fine, nascita/morte - ad indicare le dolorose separazioni che il viaggio comporta, alla ricerca di una nuova identità. È quanto riassume il noto proverbio che recita: "partire è un po' morire".

HERMES, PATRONO DEI VIAGGIATORI

Dal pellegrino al girovago, dall'esploratore al mercante, dal turista all'eroico migrante: tante sono le tipologie del viaggiare, tutte accomunate dall'insolferenza per un grigio presente e la vibrante passione per il nuovo, sempre sorrette da forti emozioni, tenacemente protese verso luminosi orizzonti di speranza. Per questo "ogni avventuriero è caro a Hermes", l'alato messaggero degli dei, assunto a protettore dei viaggiatori in quanto patrono "dell'amabile curiosità e della mente aperta", come racconta Ovidio nei *Fasti* (Fig. 2).



Fig. 2, Hendrik Goltzius, Hermes, olio su tela, 1611

IL FINE DEL VIAGGIO È LA MERAVIGLIA

Il mondo classico ci ha trasmesso un'inestimabile eredità di pensiero che, nell'attuale "era del senso pratico", va inesorabilmente disperdendosi col temibile rischio di smarrire la coscienza critica.

Le mitiche figure di Ulisse, Orfeo, Giasone, Ercole, Enea sono più che mai vive ai nostri occhi, a ricordarci che il viaggio è passione, incontro, smarrimento, purificazione, trascendenza. Aristotele ne condensa il senso in una sola parola: "meraviglia", vale a dire amore per la conoscenza.

Parmenide, nel poema *Sulla Natura*, racconta che, dopo essere salito sul carro del Sole e condotto al di là delle porte del giorno e della notte, alla ricerca della verità, scopre che non vi è certezza alcuna di giungere alla meta.

Eraclito, nel frammento 45, afferma: "Per quanto tu possa camminare, e neppure percorrendo intera la via, tu potresti giammai trovare i confini dell'anima: così profondo è il suo logos".

E lo ricorda anche Montale in una sua lirica: "E ora che ne sarà del mio viaggio? Troppo accuratamente

l'ho studiato senza saperne nulla. Un imprevisto è la sola speranza".

Qualunque sia l'esito, l'importante è essere sulla strada - on the road - perché solo un'esistenza di cammino e di ricerca può considerarsi una vita autenticamente vissuta.

Buona Pasqua!

IL PATIENT JOURNEY IN EMICRANIA: CRITICITÀ E OBIETTIVI VERSO LA TERRA PROMESSA

Domenico Cassano

Ambulatorio territoriale per le cefalee, ASL SA

L'emicrania rimane a tutt'oggi una patologia misconosciuta e sottotrattata nonostante l'elevata prevalenza e il notevole impatto clinico e socio-economico. Le novità in tema di trattamento, grazie all'avvento di nuovi farmaci, nonché l'assenza di un percorso diagnostico-terapeutico definito; e, ancora, la forte disomogeneità sia normativa che organizzativa nel contesto nazionale italiano contribuiscono a rendere più complesso il management.

Per tali motivi, al fine di migliorare la qualità di vita nonché l'assistenza al soggetto emicranico appare necessaria l'elaborazione di un nuovo modello di gestione integrata, *patient centered*, che miri a una presa in carico e a una pianificazione degli interventi, adeguate e tempestive; comprenda altresì una più efficace comunicazione e collaborazione tra i vari specialisti coinvolti nel percorso di cura. Infine, l'approccio, oltre che multidisciplinare, deve risultare codificato e omogeneo nei vari contesti regionali.

IL MODELLO DI ASSISTENZA STEPPED CARE

L'attuale percorso di presa in carico del paziente con emicrania prevede quattro livelli di assistenza a intensità crescente, secondo un modello *Stepped Care*.

Il *primo livello* è rappresentato dal MMG e dalla Farmacia di comunità, a cui afferiscono solitamente il paziente episodico con bassa frequenza e bassa complessità.

Il *secondo livello* viene svolto dal neurologo ambulatoriale, a cui si rivolge il paziente episodico o cronico a complessità medio-bassa.

Il *terzo livello* corrisponde al Centro Cefalee a cui fa riferimento il paziente cronico, episodico ad alta frequenza, complesso e/o non-responder.

Il *quarto livello* è definito dal cosiddetto *percorso dell'emergenza*, trasversale ai precedenti, rappresentato dal Pronto Soccorso al quale giungono tutti i tipi di paziente, a prescindere dal livello di compromissione.

LE SETTE TAPPE PER GIUNGERE ALLA TERRA PROMESSA

Il numero 7 è stato ha sempre avuto un'alta valenza simbolica: emblema di cambiamento ed evoluzione per i pitagorici, esso viene definito da Ippocrate "dispensatore di vita e di movimento". Anche in questo caso, quasi per scaramanzia, abbiamo suddiviso in sette tappe il percorso che il soggetto emicranico deve intraprendere per giungere alla *terra promessa*.

Gli step comprendono: **l'Emersione del problema, la Presa in carico, la Diagnosi, la Terapia,**

il Monitoraggio, il Network, la Gestione delle emergenze. Per ciascuno di essi saranno evidenziate le criticità e gli obiettivi.

Nel seguente articolo, analizzeremo le prime tre tappe; le rimanenti nel prossimo numero.

PRIMA TAPPA: EMERSIONE DEL PROBLEMA

In tale ambito, la criticità è rappresentata dal *sommerso emicranico*.

Tre gli obiettivi da perseguire:

- "svelare" l'emicrania;
- superare lo stigma culturale;
- ottimizzare le competenze in medicina.

1) Svelare l'emicrania

Vanno individuati e rimossi i fattori miranti a determinare il sommerso emicranico, schematizzati nelle Figure 1 e 2.

2) Superare lo stigma culturale

Tale obiettivo va realizzato attraverso la messa in atto di iniziative miranti a promuovere una *cultura dell'emicrania*, tra cui annoveriamo:

- a) formazione specifica per la Medicina Territoriale e la Farmacia di Comunità;
- b) comunicazione *efficace* rivolta alla popolazione generale e ai familiari dei pazienti;
- c) campagne di informazione e di sensibilizzazione regionali e nazionali;
- d) giornate a tema (anche nelle Farmacie Territoriali);
- e) distribuzione di brochure nelle farmacie territoriali e negli ambulatori dei MMG;
- f) esplorazione di metodi e canali di comunicazione innovativi (es. animazioni e/o video, social network, youtube).

Tali iniziative vanno condotte in collaborazione



Fig. 1

Fig. 1, Sommerso emicranico, cause "estrinseche"

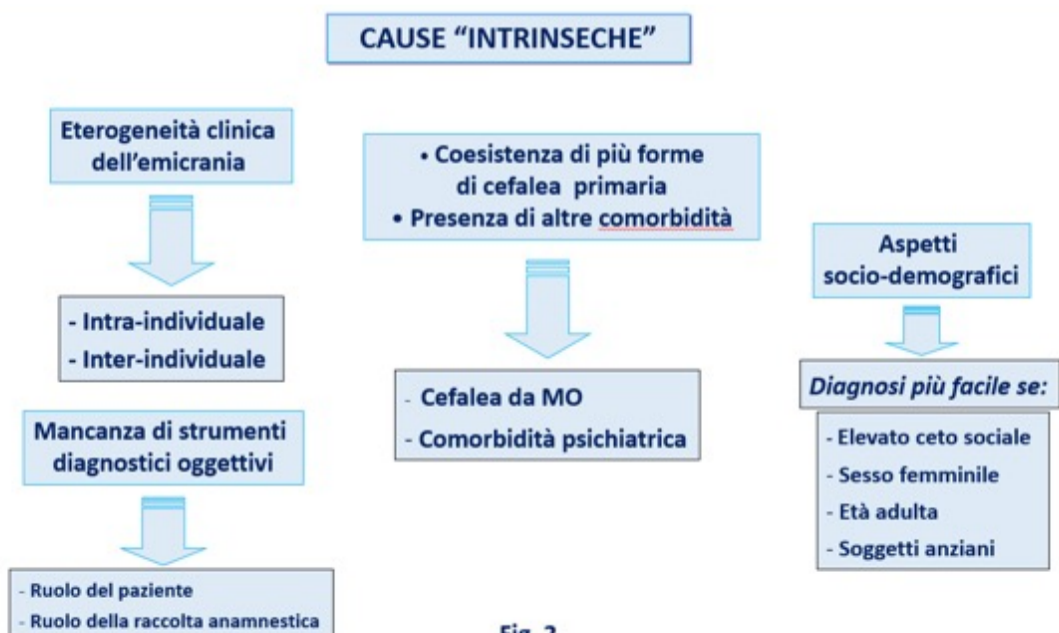


Fig. 2

Fig. 2, Sommerso emicranico, cause "intrinseche"

con istituzioni quali la Regione, il Ministero della Salute, le Società Scientifiche, le Associazioni dei Pazienti e Federfarma.

3) Ottimizzare le competenze in Medicina

Al fine di sensibilizzare al problema e favorire la formazione nelle nuove generazioni di medici, vanno implementati corsi di formazione specifici sull'emicrania, suddividendo le competenze tra le varie categorie di medici:

- per studenti in medicina e specializzandi con coinvolgimento del Miur e delle scuole di specializzazione;
- per Medici di Medicina Generale;
- per Medicina di gruppo: stimolare, in tale ambito, la formazione e specializzazione di alcuni MMG nel campo delle cefalee.

Le Società scientifiche dovrebbero farsi carico di una formazione costante nel tempo, basata su momenti di breve durata, che usino modalità interattive (anche a distanza) di condivisione e confronto con lo specialista.

SECONDA TAPPA: LA PRESA IN CARICO

Tra le criticità vanno annoverate, schematicamente:

- la scarsa attenzione ed empatia da parte del MMG;
- la mancanza di un approccio strutturato multidisciplinare alla malattia;
- l'assenza di una rete di collaborazione tra i diversi livelli di assistenza per la gestione coordinata del paziente;
- i limiti di tempo stabiliti per le visite da svolgere per una corretta gestione (adeguata aderenza, diagnosi e trattamento) sia da parte dei neurologi del territorio che di coloro che lavorano nei Centri Cefalee.

Tra gli obiettivi, appare necessario stabilire un percorso condiviso per un'azione efficace e tempestiva:

- definire percorsi di gestione, ruoli e responsabilità di tutte le figure sanitarie coinvolte;
- coordinamento tra Centri cefalee e Territorio.

Percorso di cura e gestione condivisa

Le istituzioni devono impegnarsi a redigere PDTA, sia a livello locale che regionale, coinvolgendo tutti gli attori del percorso di cura.

Sforzi congiunti vanno effettuati al fine di uniformare l'iter del paziente emicranico all'interno del

territorio nazionale. Appare pertanto necessario:

- attivare una collaborazione tra i Centri Cefalee presenti in regioni con percorsi meno strutturati e i Centri Cefalee delle regioni più virtuose, in un'ottica di impegno bidirezionale e crescita professionale reciproca;
- garantire un approccio multidisciplinare per un'ottimale presa in carico e gestione dell'emicrania cronica e di forme più complesse di emicrania: importante il coinvolgimento, oltre al MMG, al Neurologo e al Farmacista territoriale, per un monitoraggio informale della terapia, anche di altre figure professionali: *l'infermiere specializzato*, per la distribuzione e la raccolta dei diari, la gestione degli appuntamenti; lo *Psicologo* per l'attenzione verso la sfera psicologica ed emotiva;
- identificare una figura di *case manager* (MMG, infermiere) che gestisca tutto il percorso del paziente, monitorando le terapie e l'aderenza ad esse, mediante archivio dei dati;
- implementazione di una piattaforma digitale condivisa che permetta la consultazione simultanea del percorso di cura e trattamento da parte dei principali attori coinvolti.

Il ruolo del Farmacista Territoriale

La Farmacia Territoriale rappresenta spesso il primo accesso del paziente emicranico. Per tale motivo è necessario un'adeguata sensibilizzazione e formazione favorendo la partecipazione a corsi ed eventi formativi organizzati o coordinati da Federfarma e/o dall'Ordine dei Farmacisti (sia a distanza che in presenza) per una precoce individuazione del paziente emicranico e un corretto indirizzo verso la presa in carico più appropriata.

Il ruolo del MMG

È già stata enfatizzata l'adeguata sensibilizzazione e formazione da parte del MMG per l'individuazione dei casi di emicrania tra i suoi assistiti.

In generale, il MMG dovrebbe:

- poter gestire il paziente episodico (prescrivere un eventuale primo trattamento con terapia sintomatica adeguata e monitorare l'assunzione di alcune terapie di prevenzione);
- monitorare il paziente cronico stabilizzato;
- essere in grado di individuare pazienti più complessi da inviare al Centro Cefalee.

Il ruolo del Neurologo Territoriale

In linea di massima, il Neurologo del Territorio dovrebbe:

- effettuare un inquadramento diagnostico;
- educare il paziente alla compilazione del Diario e alla gestione dei farmaci sintomatici;
- monitorare l'andamento della patologia e la responsabilità al trattamento prescritto;
- gestire diagnosi e trattamento dei pazienti episodici e dei pazienti cronici non complessi;
- essere in grado di individuare pazienti più complessi da inviare al Centro Cefalee.

TERZA TAPPA: LA DIAGNOSI

Tra le criticità si annoverano:

- misdiagnosis* da parte del MMG e spesso dei Neurologi Territoriali con ripercussioni negative sull'andamento della malattia;
- lunghe liste d'attesa per le visite specialistiche ai Centri Cefalee;
- ricorso inappropriato al Pronto Soccorso.

Per quanto concerne gli obiettivi, il perfezionamento delle competenze da parte del MMG e del Neurologo del Territorio può contribuire a ridurre gli accessi al Pronto Soccorso per pazienti che possono essere seguiti a livello territoriale, consentendo di dedicare maggiore attenzione ai casi più complessi (gestione congrua per livello di complessità).

Il MMG, insieme con il Farmacista Territoriale, rappresentano spesso il primo accesso del paziente con emicrania. Mentre il Farmacista non è tenuto a formulare diagnosi, il MMG dovrebbe poter effettuare un primo inquadramento diagnostico con differenziazione dell'emicrania della cefalea di tipo tensivo; essere in grado di riconoscere le *red flags* anamnestiche, ovvero segni di allarme per cefalee secondarie, la cui presenza richiede l'invio al PS o allo specialista.

I PARTE (continua)

CRONOBIOLOGIA DELLA CEFALEA A GRAPPOLO

Gianluca Coppola

Dipartimento di Scienze e Biotechnologie Medico-Chirurgiche, Sapienza Università di Roma, Polo Pontino ICOT, Latina

LE TACS E LA CEFALEA A GRAPPOLO

Tra tutte le forme primarie, le cefalee autonomico-trigeminali (TACs) sono quelle che si manifestano con il dolore più severo, tanto da essere spesso definite "da suicidio". In realtà complicanze anche gravi possono essere determinate più dall'uso prolungato di dosi elevate di corticosteroidi e anche da altri farmaci.

Il prototipo di questo gruppo di cefalee è rappresentato dalla cefalea a grappolo, la meno rara tra queste patologie. Come tutte le TACs, essa è caratterizzata clinicamente da dolore lancinante, fisso lungo il territorio della prima branca del trigemino e da sintomi riconducibili all'attivazione del riflesso parasimpatico, come l'iniezione congiuntivale, la lacrimazione, la congestione nasale o rinorrea, la ptosi e/o edema palpebrale⁽¹⁾. L'altra caratteristica peculiare della cefalea a grappolo è

la sua ricorrenza circadiana - come un orologio - e cioè la sua prevedibilità con una precisione arrotondata all'ora e con attacchi che si palesano in gruppi di settimane o mesi.

GLI ASPETTI FISIOPATOLOGICI

La fisiopatologia di questa cefalea primaria, seppur ancora in corso di investigazione, vede coinvolti il tronco dell'encefalo con il nucleo trigeminale, il riflesso autonomico e l'ipotalamo⁽²⁾. Proprio il coinvolgimento di quest'ultima area cerebrale sembra render conto degli elementi cronobiologici peculiari di questa cefalea. In uno studio che ha analizzato il *cronorischio* di 351 pazienti è emerso che l'orario più comune di insorgenza di un attacco di cefalea a grappolo è tra le ore 1 e le ore 2 del mattino⁽³⁾, poco più tardi nelle pazienti di sesso femminile. Inoltre, lo stesso studio ha evidenziato

una più chiara ritmicità nei pazienti con forme episodiche rispetto a quelle croniche, queste ultime mostrando molte più oscillazioni durante la giornata. Il *cronorischio* sembra avere una base genetica perché forme familiari di cefalea a grappolo hanno un rischio doppio di avere una ricorrenza notturna versus le forme sporadiche⁽⁴⁾.

LA RICORRENZA DEGLI ATTACCHI

Meno chiara è la ricorrenza degli attacchi di cefalea a grappolo durante l'anno, con una spiccata ritmicità annuale, rilevata nel 56% di un campione di 275 pazienti⁽⁵⁾. Alcuni studi mostrano un peggioramento durante l'estate e il solstizio d'inverno; altri invece descrivono un miglioramento durante i mesi estivi^(5,6). La relazione tra attacchi e periodi più caldi dell'anno è sottolineata dal rapporto identificato tra i grappoli e la luce del giorno, quando

cioè in alcuni studi è stata descritta una minore frequenza degli attacchi⁽⁵⁾.

Alla base di questo *cronorischio* probabilmente ci sono dei fattori genetici. Evidenze a favore di questa ipotesi vengono dal rilievo di un'associazione tra la cefalea a grappolo e il gene del recettore 2 dell'ipocretina⁽⁷⁾, importante nella regolazione del ritmo sonno-veglia, così come con un polimorfismo del gene CLOCK (Circadian Locomotor Output Cycles Kaput), noto per influenzare sia la persistenza che il periodo dei ritmi circadiani⁽⁸⁾.

LE RELAZIONI SOL SONNO

È interessante notare come questi geni siano implicati nella ritmicità del sonno e come il sonno abbia una relazione diretta con la cefalea a grappolo. Il sonno e il sonnecchiare possono fungere da fattori trigger degli attacchi, rispettivamente nell'80% e nel 30% dei pazienti⁽⁵⁾. Fattori permissivi ancora poco conosciuti sarebbero alla base dell'evidenza che la qualità del sonno sia ridotta solo durante il periodo del grappolo, ma non al di fuori⁽⁹⁾.

Da studi di polisonnografia si evince una certa prevalenza degli attacchi durante la fase iniziale del sonno, quella REM, dato più evidente nella forma episodica che cronica⁽¹⁰⁾. Non solo, i pazienti affetti

da cefalea a grappolo mostrano una maggior prevalenza di apnee notturne⁽¹¹⁾, una ridotta efficienza del sonno, una sua frammentazione e una aumentata prevalenza dei movimenti periodici degli arti inferiori durante il sonno. Tutte queste anomalie migliorano dopo 4 mesi dall'impianto dell'ipotalamo posteriore con stimolatore elettrico profondo, a sottolineare una volta in più il ruolo dell'ipotalamo nella cronobiologia dei disturbi del sonno di questi pazienti⁽¹²⁾. È interessante notare che questi disturbi sono stati rilevati egualmente sia durante il periodo del grappolo che al di fuori⁽¹³⁾, a sottolineare che esistono dei fattori predisponenti non strettamente legati alla manifestazione clinica di malattia.

Sono necessari ulteriori studi allo scopo di comprendere meglio le basi fisiopatologiche della ricorrenza circadiana e circannuale degli attacchi di cefalea a grappolo. Ruolo importante è verosimilmente giocato dai nuclei ipotalamici, noti per essere attivi durante gli attacchi⁽¹⁴⁾, come fattori permissivi nell'inziarli e, verosimilmente, nel terminarli⁽¹⁵⁾.

Bibliografia

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* 2018; 38: 1–211.

2. Iacovelli E, Coppola G, Tinelli E, et al. Neuroimaging in cluster headache and other trigeminal autonomic cephalalgias. *Epub ahead of print* 2012. DOI: 10.1007/s10194-011-0403-8.
3. Barloese M, Haddock B, Lund NT, et al. Chronorisk in cluster headache: A tool for individualised therapy? *Cephalalgia* 2018; 38: 2058–2067.
4. Barloese MCJ, Beske RP, Petersen AS, et al. Episodic and Chronic Cluster Headache: Differences in Family History, Traumatic Head Injury, and Chronorisk. *Headache* 2020; 60: 515–525.
5. Barloese M, Lund N, Petersen A, et al. Sleep and chronobiology in cluster headache. *Cephalalgia* 2015; 35: 969–978.
6. Rozen TD, Fishman RS. Cluster Headache in the United States of America: Demographics, Clinical Characteristics, Triggers, Suicidality, and Personal Burden. *Headache* 2012; 52: 99–113.
7. Rainero I, Gallone S, Valfrè W, et al. A polymorphism of the hypocretin receptor 2 gene is associated with cluster headache. *Neurology* 2004; 63: 1286–1288.
8. Fourier C, Ran C, Zinnegger M, et al. A genetic CLOCK variant associated with cluster headache causing increased mRNA levels. *Cephalalgia* 2018; 38: 496–502.
9. Barloese MCJ. Neurobiology and sleep disorders in cluster headache. *J Headache Pain* 2015; 16: 78.
10. Dexter JD, Weitzman ED. The relationship of nocturnal headaches to sleep stage patterns. *Neurology* 1970; 20: 513–518.
11. Kudrow L, McGinty DJ, Phillips ER, et al. Sleep Apnea in Cluster Headache. *Cephalalgia* 1984; 4: 33–38.
12. Vetrugno R, Pierangeli G, Leone M, et al. Effect on sleep of posterior hypothalamus stimulation in cluster headache. *Headache* 2007; 47: 1085–90.
13. Lund NLT, Snoer AH, Petersen AS, et al. Disturbed sleep in cluster headache is not the result of transient processes associated with the cluster period. *Eur J Neurol* 2019; 26: 290–298.
14. May A, Bahra A, Büchel C, et al. Hypothalamic activation in cluster headache attacks. *Lancet* 1998; 352: 275–278.
15. Porcaro C, Di Renzo A, Tinelli E, et al. A Hypothalamic Mechanism Regulates the Duration of a Migraine Attack: Insights from Microstructural and Temporal Complexity of Cortical Functional Networks Analysis. *Int J Mol Sci* 2022; 23: 13238.

LE CEFALIE PRIMARIE NELL'ANZIANO

Maria Pia Prudeniano

Centro Cefalee Clinica Neurologica "L. Amaducci", AOUC Policlinico, Bari

Le cefalee primarie sono cefalee ricorrenti non attribuibili a fattori o patologie riconosciuti come possibili cause di cefalea. Esse vengono elencate e descritte nei primi quattro capitoli della classificazione internazionale delle cefalee che contengono i criteri diagnostici di ciascuna forma e che sono intitolati rispettivamente: 1. Emicrania, 2. Cefalea di Tipo Tensivo, 3. Cefalee Autonomico-Trigeminali, 4. Altre Cefalee Primarie¹.

Le cefalee primarie si possono manifestare a tutte le età, ma la maggior parte delle forme presenta un picco di incidenza e di prevalenza in età giovane-adulta che coincide con il periodo di maggiore produttività, determinando un notevole impatto sulla qualità di vita dell'individuo, sui rapporti familiari e sociali, sul rendimento lavorativo, altresì causando ingenti costi diretti (consultazioni mediche, esami diagnostici, terapie) e soprattutto indiretti (assenteismo e presentismo)²⁻⁵.

Sebbene la richiesta di cure per cefalea provenga principalmente da soggetti al di sotto dei 60 anni di età, non è infrequente, sia negli ambulatori di medicina generale che in quelli specialistici, doversi confrontare con pazienti che superano questa soglia d'età e che cominciano o continuano a soffrirne, per cui diventa fondamentale conoscere l'epidemiologia, eventuali differenze cliniche e nell'approccio terapeutico rispetto alle fasce d'età più giovani.

GLI ASPETTI EPIDEMIOLOGICI

È noto che i processi di invecchiamento con le relative modificazioni ormonali, neuro-trasmittitoriali e di stile di vita, in aggiunta alla maggiore probabilità di comorbidità con altre patologie somatiche o psichiche e conseguente politerapia, favoriscono la riduzione della prevalenza delle cefalee primarie e l'aumento di quelle secondarie. Una metanalisi di 31 studi sulla soglia di percezione del dolore e di 9 studi sulla soglia di tolleranza al dolore ha

evidenziato che la soglia di percezione del dolore aumenta con l'età, soprattutto per stimolo termico e nel territorio trigeminale, fornendo un supporto neurofisiologico ai dati epidemiologici sul calo delle cefalee primarie⁶.

Il principale contributo all'epidemiologia delle cefalee primarie dell'anziano viene da due studi condotti in Italia su campioni rappresentativi della popolazione generale^{7,8}. Il primo studio, in forma di *Indagine porta a porta* in 3 villaggi rurali nei pressi di L'Aquila, su 833 soggetti di età ≥ 65 anni con intervista conforme ai criteri IHS, mostra che la prevalenza annuale di cefalea primaria è del 51,0%, quella di cefalea secondaria è del 2,2% e che la forma più frequente fra le primarie è la cefalea di tipo tensivo⁷. Infatti quest'ultima riguarda il 44,5% degli individui (donne 55,1%-uomini 30,9%), mentre l'emicrania è presente nell'11,8% dei casi (donne 13,8%-uomini 7,4%)⁷.

La cefalea cronica quotidiana interessa il 4,4% degli individui studiati di cui il 37,8% effettua eccessivo uso di sintomatici⁷. È interessante notare che la cefalea primaria può esordire anche dopo i 65 anni (16,9%) e che in questo caso l'80,6% risulta affetto da cefalea di tipo tensivo⁷.

Il secondo contributo epidemiologico è fornito dall'indagine longitudinale condotta a Brunico su 574 individui di età 55-94 anni, con intervista conforme ai criteri IHS, nel periodo 1990-2005⁸. I risultati confermano quelli dello studio precedente: la più frequente forma di cefalea primaria in età avanzata è la cefalea di tipo tensivo: 35,8% (donne 42,4%-uomini 27,8%), mentre l'emicrania mostra una prevalenza annuale del 7,8% (donne 5,7%-uomini 3,2%)⁸.

La cefalea di tipo tensivo viene descritta come un dolore a localizzazione bilaterale, di tipo gravativo o costrittivo (non pulsante), di intensità lieve o moderata, non aggravato dall'attività fisica di routine, come camminare o salire le scale, con scarsi

o assenti sintomi vegetativi, che può associarsi a dolorabilità dei muscoli pericraniali e cervicali.

La sua elevata prevalenza non deve esimere il clinico dal ricercare possibili *red flags* indicative di forme secondarie, come per esempio l'associazione con sintomi o segni di patologie neurologiche o sistemiche suggestive di una forma secondaria sia essa di tipo vascolare, neoplastica, infiammatoria, disendocrina o degenerativa.

LA PRESENTAZIONE CLINICA

Dal punto di vista della presentazione clinica, la cefalea di tipo tensivo dell'anziano è caratterizzata più frequentemente dalla dolorabilità dei muscoli pericraniali e cervicali⁹.

Più nette sono le differenze nelle manifestazioni cliniche dell'emicrania nell'anziano rispetto al giovane. Innanzitutto con il progredire dell'età si verifica una diminuzione di frequenza ed intensità; meno frequenti sono il dolore di tipo pulsante, la nausea, il vomito, i sintomi autonomi; più frequenti la sede nucale oppure olocranica, meno frequente il peggioramento dopo sforzo fisico⁹.

È possibile il riscontro di aura senza cefalea (visiva, afasica, sensitiva) in pazienti con storia di emicrania⁹. La durata e la frequenza dell'aura non mostrano una riduzione con l'avanzare dell'età mentre l'intensità dei sintomi e la disabilità correlata all'aura tendono a diminuire¹⁰.

Uno studio longitudinale condotto nel periodo 1971-1989 con valutazioni biennali su 2110 soggetti della popolazione generale (*Framingham Study*) ha evidenziato la presenza di sintomi visivi attribuiti ad aura emicranica nell'1,23%¹¹. L'esordio di tali disturbi avviene nel 77% dei casi dopo i 50 anni. Si tratta di fenomeni nel 65% dei casi stereotipati, spesso non accompagnati o seguiti da cefalea (58%) e con anamnesi negativa per cefalea (42%)¹¹. Solo il 12% dei pazienti con questa sintomatologia svilupperà uno stroke nei successivi

27 anni, una percentuale molto bassa rispetto a quella osservata in un campione della stessa coorte che in condizioni basali aveva presentato un TIA e che nel 33% dei casi andava incontro a stroke nei 6 mesi successivi¹¹.

Sebbene le caratteristiche cliniche dei sintomi dell'aura, sia essa visiva, sensitiva o disfasica, siano spesso inconfondibili, non si può tuttavia ignorare, soprattutto in questa fascia d'età, il rischio che essi possano essere espressione di disturbo di circolo o di crisi epilettiche. In caso di presunta aura visiva, elementi clinici a favore del disturbo di circolo sono la presenza di sintomi negativi, l'unilateralità, la staticità, l'insorgenza improvvisa, la durata di 3-10 minuti¹². Sempre a favore di disturbo di circolo piuttosto che di aura sensitiva depone la presenza di deficit sensitivi piuttosto che di sintomi sensitivi positivi, deficit motori unilaterali, la coesistenza di diverse tipologie di sintomi (sensitivi e motori), il coinvolgimento simultaneo di diverse parti del corpo (volto ed arti), la durata di 5-10 minuti¹².

Elementi clinici a favore di crisi epilettica sono: insorgenza improvvisa, durata da 1 a 3 minuti, frequenza quotidiana o pluriquotidiana, pattern stereotipati caratterizzati da piccoli cerchi colorati in rapido movimento piuttosto che pattern geometrici a zig zag o a tipo spettro di fortificazione, più spesso in bianco e nero, in lento movimento che sono più caratteristici dell'aura emicranica¹².

Oltre alle caratteristiche cliniche della cefalea e all'esame obiettivo, occorre considerare anche i risultati di esami diagnostici non invasivi di supporto, importanti per la diagnosi differenziale con le forme secondarie tra cui ecocolordoppler dei vasi epiaortici e transcranico, risonanza magnetica con angio-risonanza dei vasi intracranici, ecocolordoppler transcranico ed elettroencefalogramma.

Anche la cefalea a grappolo presenta manifestazioni cliniche diverse a seconda che insorga in età giovanile o in età più avanzata. Infatti nelle forme tardive sono meno rappresentati i segni di attivazione autonomo-trigeminal, soprattutto iniezione congiuntivale, ostruzione nasale e rinorrea¹³.

LA CEFALEA IPNICA

La cefalea primaria più tipica dei soggetti anziani è la cefalea ipnica, una forma piuttosto rara, descritta per la prima volta da Raskin¹⁴ e chiamata così per la sua ricorrenza esclusivamente notturna e la capacità di svegliare i pazienti dal sonno. Sebbene non sia, come si riteneva in passato, una forma esclusiva dell'età avanzata, essa è sicuramente più frequente dopo i 50 anni e l'età media di insorgenza è $60,4 \pm 10,4$ anni^{15,16}. Il dolore della cefalea ipnica è più spesso trafittivo-urente o gravativo, la sede più frequentemente bilaterale, ma possono essere presenti anche segni vegetativi come la nausea^{1,15}. Essa può decorrere in forma episodica o cronica^{15,16}.

Quando si sospetta una cefalea ipnica, occorre essere certi che non si tratti invece di una forma secondaria ad ipertensione arteriosa o a lesione neoplastica in fossa cranica posteriore, pertanto è necessario effettuare un monitoraggio dei valori pressori o un Holter pressorio e una risonanza magnetica^{15,17,18}. Anche altre forme di cefalea primaria a possibile insorgenza notturna vanno escluse (es. emicrania e cefalea a grappolo)¹⁵.

LE COMORBIDITÀ

I quadri clinici delle cefalee primarie in età matura sono caratterizzati dalla frequente associazione con altre patologie, che condizionano sia l'approccio diagnostico che quello terapeutico.

Dopo i 50 anni cominciano ad aumentare le comorbidity con ipotirodismo, malattie croniche infiammatorie intestinali, ulcere/sanguinamenti gastroduodenali, particolarmente frequenti in caso

di eccessivo uso di FANS¹⁹, ma anche con disturbi ansiosi e depressivi e con cefalea attribuita ad ipertensione arteriosa¹⁹.

Dopo i 70 anni, ci si deve aspettare la comorbidity con artrite (58%), ipertensione arteriosa (45%), cardiopatie (21%), tumori (19%), diabete (12%) o stroke (9%)²⁰.

I TRATTAMENTI

Quello della terapia delle cefalee primarie dopo i 60 anni è un capitolo scarno perché la maggior parte degli studi esclude pazienti con età maggiore di 65 anni e pochi studi sono invece dedicati a questa fascia d'età.

Considerando i farmaci sintomatici tradizionali va sottolineato che occorre ridurre la dose di paracetamolo del 50-75% in caso di compromissione epatica o renale; che i FANS vanno evitati in caso di concomitante terapia antiaggregante o anticoagulante e in generale vanno utilizzati con cautela per rischio di sanguinamento gastrico, le interazioni con farmaci concomitanti (diuretici, digossina, antipertensivi), la potenziale nefrotossicità ed epatotossicità; l'ergotamina va evitata perché induce vasocostrizione anche nel distretto coronarico; i triptani non sono stati studiati al di sopra di 65 anni di età; la metoclopramide può indurre effetti extrapiramidali; infine gli oppiacei, favorendo sedazione e compromissione cognitiva, possono facilitare cadute e relative conseguenze²⁰.

Buone prospettive per la terapia dell'attacco vengono dalle nuove molecole come gepanti e ditani, oltre che da alcuni devices.

Un'analisi post-hoc dei risultati di uno studio in doppio-cieco randomizzato controllato con placebo su rimegepant nella terapia sintomatica in 1466 pazienti emicranici mostra che non ci sono variazioni in parametri farmacocinetici, tollerabilità ed eventi avversi nel confronto tra pazienti più giovani (con età 18-45 anni) e pazienti più vecchi (età ≥ 65 anni)²¹.

Poiché rimegepant è un inibitore del P450 (CYP) 3A4 e un induttore del CYP3A, esso deve essere evitato in pazienti che assumono farmaci inibitori o induttori di tali citocromi (es: rifampicina, barbiturici, fenitoina)²¹.

Anche per lasmiditan è stata condotta un'analisi post-hoc basata sul confronto fra pazienti con età <65 anni e pazienti con età ≥ 65 anni che non ha evidenziato differenze fra i due gruppi per quanto riguarda tollerabilità e safety^{21,22}. Particolare cautela va osservata tuttavia nell'anziano per il rischio di sonnolenza e rischio di abuso per oltre 10 giorni/mese di assunzione²¹.

Un'altra possibilità di terapia dell'attacco è costituita dalla stimolazione non invasiva del nervo vago, efficace e ben tollerata, salvo che per una sensazione di discomfort locale, se ci si basa sui risultati di uno studio condotto su pazienti di età 18-75 anni in cui non è chiara la proporzione di soggetti con età >65 anni e che ha escluso soggetti con aterosclerosi carotidea, ipertensione, ipotensione, bradicardia, tachicardia, stents, placche o viti metalliche in sede cervicale²¹.

Anche la neuromodulazione del dolore, attraverso la stimolazione elettrica non dolorosa a livello della cute del braccio, si è dimostrata efficace e ben tollerata in emicranici di 18-72 anni, esclusi pazienti portatori di defibrillatore, pacemaker, impianti cocleari in cui il trattamento è controindicato²¹. Infine buone prospettive terapeutiche vengono dagli studi sul blocco del ganglio sfeno-palatino che svolge un ruolo cruciale nella fisiopatologia dell'attacco emicranico²¹. Passando ad esaminare le terapie preventive tradizionali, occorre cautela nell'uso dell'amitriptilina perché può causare effetti anticolinergici (ipotensione ortostatica), confusione, crisi epilettiche e disturbi del ritmo cardiaco^{20,21}. Essa

è controindicata in pazienti con aritmia, glaucoma ad angolo chiuso e ritenzione urinaria²⁰. I betabloccanti non selettivi, comunemente usati nella terapia preventiva dell'emicrania, sono controindicati in insufficienza cardiaca congestizia, anomalie di conduzione, asma, depressione e diabete²⁰. Meglio tollerati gli ace-inibitori e i sartani che raramente possono dare insufficienza renale acuta²⁰. Il valproato può causare epatopatia, depressione midollare, delirium, tremore, atassia, e in rari casi sindrome extrapiramidale con demenza, mentre il topiramato può provocare alterazioni cognitive calcoli renali, perdita di peso, sedazione e agitazione²⁰. Tra i calcioantagonisti, la flunarizina può determinare depressione e parkinsonismo mentre il verapamil può essere causa di stipsi ostinata e blocco intestinale²⁰. Nell'emicrania cronica va privilegiata la tossina botulinica, che è tuttavia controindicata in caso di patologie neuromuscolari.

Uno studio multicentrico randomizzato a gruppi paralleli confronta tossina botulinica e topiramato in 282 pazienti di età 18-65 anni mostrando una maggiore efficacia e tollerabilità della prima²³. Un'analisi post-hoc (Altamura et al) dei dati di uno studio multicentrico europeo mirato a dimostrare la rapidità di efficacia della tossina botulinica nell'emicrania cronica, evidenzia che la percentuale di drop out non è significativamente differente fra giovani e anziani²⁴.

L'analisi dei dati di studi randomizzati condotti con erenumab, anticorpo antirecettore del CGRP non possono essere generalizzati a soggetti di età superiore ai 65 anni poiché il numero di soggetti di questa fascia d'età è limitato²⁵.

Lo studio CONQUER, dimostra l'efficacia di galcanezumab, anticorpo antiCGRP, nella terapia preventiva dell'emicrania in pazienti che avevano fallito da 2 a 4 trattamenti precedenti ed include 462 pazienti con emicrania episodica o cronica di età 18-75 anni²⁶.

Una pooled analysis su 246 pazienti derivanti dagli studi HALO EM, HALO CM e FOCUS resistenti a 2-4 trattamenti precedenti, dimostra che fremanezumab, appartenente alla classe degli anticorpi antiCGRP, ha efficacia e tollerabilità sovrapponibili in età inferiore e superiore ai 60 anni²⁷.

Anche eptinezumab, anticorpo antiCGRP con la peculiarità di somministrazione endovenosa, con lo studio Promise-I, è stato testato come terapia preventiva dell'emicrania episodica dimostrando di essere efficace e ben tollerato in pazienti di età compresa fra 18 e 75 anni²⁸.

CONCLUSIONI

Negli ultimi anni la ricerca scientifica pone maggiore attenzione agli over 60, includendoli negli studi randomizzati e di conseguenza fornendo maggiori opportunità di scelta terapeutica.

Accanto a terapie tradizionali e innovative non si deve dimenticare l'importanza di una corretta alimentazione, dell'attività fisica, dell'igiene del sonno, di un adeguato supporto familiare e sociale che possono contribuire a ridurre notevolmente l'impatto delle cefalee primarie. Pertanto il clinico deve indagare anche in questi ambiti educando il paziente e indirizzandolo verso un corretto stile di vita.

Bibliografia

- Olesen J. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*; 38. Epub ahead of print 2018. DOI: 10.1177/0333102417738202.
- Linde M, Gustavsson A, Stovner LJ, et al. The cost of headache disorders in Europe: The Eurolight project. *Eur J Neurol*; 19. Epub ahead of print 2012. DOI: 10.1111/j.1468-1331.2011.03612.x.
- Stovner LJ, Nichols E, Steiner TJ, et al. Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*; 17. Epub ahead of print 2018. DOI: 10.1016/S1474-4422(18)30322-3.

4. Stovner LJ, Hagen K, Jensen R, et al. The global burden of headache: A documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*; 27. Epub ahead of print 2007. DOI: 10.1111/j.1468-2982.2007.01288.x.
5. Safiri S, Pourfathi H, Eagan A, et al. Global, regional, and national burden of migraine in 204 countries and territories, 1990 to 2019. *Pain*; 163. Epub ahead of print 2022. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000002275.
6. Lautenbacher S, Peters JH, Heesen M, et al. Age changes in pain perception: A systematic-review and meta-analysis of age effects on pain and tolerance thresholds. *Neurosci Biobehav Rev* 2017; 75: 104–113.
7. Prencipe M, Casini AR, Ferretti C, et al. Prevalence of headache in an elderly population: Attack frequency, disability, and use of medication. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*; 70. Epub ahead of print 2001. DOI: 10.1136/jnnp.70.3.377.
8. Schwaiger J, Kiechl S, Seppi K, et al. Prevalence of Primary Headaches and Cranial Neuralgias in Men and Women Aged 55–94 Years (Bruneck Study). *Cephalalgia* 2009; 29: 179–187.
9. Berk T, Ashina S, Martin V, et al. Diagnosis and Treatment of Primary Headache Disorders in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2018; 66: 2408–2416.
10. Mattsson P, Svärdsudd K, Lundberg P, et al. The Prevalence of Migraine in Women Aged 40–74 Years: A Population-Based Study. *Cephalalgia* 2000; 20: 893–899.
11. Wijman CAC, Wolf PA, Kase CS, et al. Migrainous Visual Accompaniments Are Not Rare in Late Life. *Stroke* 1998; 29: 1539–1543.
12. Vongvaivanich K, Lertakyamane P, Silberstein SD, et al. Late-life migraine accompaniments: A narrative review. *Cephalalgia* 2015; 35: 894–911.
13. Zidverc-Trajkovic J, Markovic K, Radojicic A, et al. Cluster headache: Is age of onset important for clinical presentation? *Cephalalgia* 2014; 34: 664–670.
14. Raskin NH. The Hypnic Headache Syndrome. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 1988; 28: 534–536.
15. Holle D, Naegel S, Obermann M. Hypnic headache. *Cephalalgia* 2013; 33: 1349–1357.
16. Lisotto C, Mainardi F, Maggioni F, et al. Episodic Hypnic Headache? *Cephalalgia* 2004; 24: 681–685.
17. Peatfield RC, Mendoza ND. Posterior Fossa Meningioma Presenting as Hypnic Headache. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 2003; 43: 1007–1008.
18. Fonseca M, Teotónio P, Fonseca AC. An unsuspected cause of hypnic-like headache. *J Neurol* 2017; 264: 404–406.
19. Togha M, Karimitafti MJ, Ghorbani Z, et al. Characteristics and comorbidities of headache in patients over 50 years of age: a cross-sectional study. *BMC Geriatr* 2022; 22: 313.
20. Haan J, Hollander J, Ferrari M. Migraine in The Elderly: A Review. *Cephalalgia* 2007; 27: 97–106.
21. Soni PP, Lee M, Shadbeh N, et al. Recent Advances in the Management of Migraine in Older Patients. *Drugs Aging* 2020; 37: 463–468.
22. Martin VT, Ahmed Z, Hochstetler HM, et al. Tolerability and Safety of Lasmiditan Treatment in Elderly Patients With Migraine: Post Hoc Analyses From Randomized Studies. *Clin Ther* 2021; 43: 1066–1078.
23. Rothrock JF, Adams AM, Lipton RB, et al. FORWARD Study: Evaluating the Comparative Effectiveness of OnabotulinumtoxinA and Topiramate for Headache Prevention in Adults With Chronic Migraine. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 2019; 59: 1700–1713.
24. Altamura C, Ornello R, Ahmed F, et al. OnabotulinumtoxinA in elderly patients with chronic migraine: insights from a real-life European multicenter study. *J Neurol* 2023; 270: 986–994.
25. Ashina M, Goadsby PJ, Dodick DW, et al. Assessment of Erenumab Safety and Efficacy in Patients With Migraine With and Without Aura. *JAMA Neurol* 2022; 79: 159.
26. Mulleners WM, Kim B-K, Láinez MJA, et al. Safety and efficacy of galcanezumab in patients for whom previous migraine preventive medication from two to four categories had failed (CONQUER): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3b trial. *Lancet Neurol* 2020; 19: 814–825.
27. Nahas SJ, Naegel S, Cohen JM, et al. Efficacy and safety of fremanezumab in clinical trial participants aged ≥60 years with episodic or chronic migraine: pooled results from 3 randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 studies. *J Headache Pain* 2021; 22: 141.
28. Ashina M, Saper J, Cady R, et al. Eptinezumab in episodic migraine: A randomized, double-blind, placebo-controlled study (PROMISE-1). *Cephalalgia* 2020; 40: 241–254.

8 MARZO, FESTA DELLA DONNA L'ALTRA META' DEL CIELO

Marina de Tommaso
Presidente Eletto SISC

Non mi è mai piaciuta la festa delle donne! Ho sempre pensato che festeggiare una volta all'anno il 50% della popolazione mondiale equivalessa a dare riconoscimento a una razza minore e sfruttata. Ho sempre pensato che regalare mimose fosse un tentativo di farsi perdonare, che le cene di sole donne fossero tristissimi simulacri di una libertà di azione e di pensiero mai di fatto conquistata, concessa per una sera e negata per il resto della vita. Poi mi sono venute in mente la festa della mamma,

del papà, dei nonni, degli innamorati, simpatiche ricorrenze che, al di là degli ovvi intenti commerciali, evocano gesti d'amore in figli e nipoti talora lontani, in mariti, mogli, fidanzati e compagni, per cui a volte, seppur per un giorno, si scopre il piacere di un gesto gentile. E allora mi sono convinta che, alla fine, l'8 marzo ci festeggiamo noi, fetta di mondo grande e generosa, capace di compiacersi di esistere, non come minoranza ma come grande popolo unito nella sola universale categoria dell'essere donne.

Così mi sono riconciliata con la festa delle donne, sono uscita e ho riempito la casa di mimose, le ho regalate alle amiche, alle colleghe, a mia figlia, alla mia collaboratrice extracomunitaria, alla rom che mi chiede ogni giorno l'elemosina, e così abbiamo fatto tutte, in un grande messaggio di empatia, unità, cooperazione, partecipazione, valori di cui siamo capaci e che, come grande esercito di pace, dobbiamo portare alla conquista del mondo.

TRADIZIONI LE ZEPPOLE DI SAN GIUSEPPE TRA STORIA E FOLKLORE LE SACRE ASCENDENZE DI UN DOLCE TIPICO DELLA TRADIZIONE PARTENOPEA. UN RICORDO DI GOETHE

Domenico Cassano



Fig. 1, Saverio della Gatta, Friggitore di zeppole, 1823 part.

Uno dei dolci più radicati nella tradizione napoletana è rappresentato dalla zepola di San Giuseppe, immancabile sulle tavole dei campani nel giorno della festa del papà, che ricorre il 19 marzo, data in cui si celebra l'onomastico di San Giusep-

pe. Si racconta che questa usanza sia nata a ricordo delle necessità incontrate dal Santo, durante la fuga in Egitto, di arrotondare le magre entrate con la vendita di ciambelle fritte.

L'ETIMOLOGIA

Diverse sono le origini dell'etimo *zepola*. Si pensa al nome del presunto inventore, *Zi' Paolo*, famoso frittellaro di strada; altresì al termine *zeppa*, dal latino *cippus*, pezzetto di legno; o anche al latino *serpula*, per la sua forma di piccola serpe arrotondata; e ancora *saepula* (da *saepio*, cingere), che designa gli oggetti di forma rotonda; infine, *cymbala*, imbarcazione fluviale a forma di ciambella per il fondo piatto e l'estremità arrotondata. Col tempo, per assonanza, uno di questi termini si è trasformato in *zippula*, da cui zepola.

TUTTO PARTE DALL'ANTICA ROMA

Il tipico dolce vanta illustri antenati: frittelle di frumento cotte nello strutto bollente venivano preparate nel corso delle *Liberalia*, celebrate nell'antica Roma il 17 marzo in onore di Bacco e Sileno, divinità del vino e del grano. Nel settecento per festeggiare il loro santo patrono, San Giuseppe, il 19 marzo i friggitori cuocivano e servivano le zepole in strada, davanti alle loro botteghe.

La celebrazione di San Giuseppe, giacché coincide con la fine dell'inverno, si è anche sovrapposta ai riti di purificazione agraria di tradizione pagana. In molti paesi del Mezzogiorno era infatti consuetudine festeggiare la fine della fredda stagione con grandi falò accompagnati dalla preparazione di grosse quantità di frittelle. La ricetta delle zepole così come le gustiamo oggi avrebbe avuto origine in uno dei monasteri ubicati nella zona dei Decumani: il convento di San Gregorio Armeno o quello di Santa Patrizia. Altre fonti invece sostengono che sarebbero state le monache della Croce di Lucca o quelle dello Splendore a prepararle per la prima volta nell'attuale versione.

IPPOLITO CAVALCANTI, ANTESIGNANO DEGLI CHEF

La prima ricetta scritta a noi pervenuta è contenuta nel *Trattato di Cucina Teorico-Pratica* del celebre gastronomo napoletano Ippolito Cavalcanti, Duca di Buonvicino, risalente al 1837. Appartenente a un'antica famiglia nobile che discendeva direttamente da Guido Cavalcanti, il poeta del dolce stilnovo, Ippolito Cavalcanti redasse il trattato nel corso di almeno venticinque anni di ricerche, arricchendolo di volta in volta con nuove ricette.

Una caratteristica del ricettario è il *bilinguismo*, vale a dire l'uso della lingua italiana per le preparazioni culinarie più auliche, il ricorso al dialetto per quelle più povere. La descrizione in lingua napoletana della ricetta sulla zeppola di San Giuseppe è la testimonianza che essa era considerata un cibo e un'usanza delle classi meno abbienti (fig. 1).

DAL DIARIO DI VIAGGIO DI JOHANN W. GOETHE

"Napoli, 19 marzo 1787. Oggi è la festa di San Giuseppe, il patrono di tutti i frittarioli, cioè i venditori di pasta fritta. Ieri sera essi adornavano nel modo migliore la facciata delle loro abitazioni: e le anime del purgatorio e il giudizio universale fiammeggiavano d'ogni dove. Dinanzi alle porte, grandi padelle erano situate sui focolari improvvisati. Uno lavorava la pasta, un altro le dava forma, la stiracchiava e la gittava nell'olio bollente. Accanto alla padella, un terzo, con un piccolo spiedo, tira-

va fuori le ciambelle non appena erano cotte, e le passava su d'un altro spiedo a un quarto garzone, che le offriva ai passanti: questi ultimi due erano giovani con parrucche inanellate, il che a Napoli è l'attributo degli angeli" (fig. 2).



Fig. 2, Johann Tischbein, Goethe in campagna, 1787

FRITTA O AL FORNO?



Fig. 3, Il dolce nella tipica preparazione

Delle due versioni proposte dai maestri dolciari, per noi puristi la preferenza va alla vera, autentica zeppola di San Giuseppe, vale a dire quella fritta, essendo sicuramente più gustosa di quella cotta al forno. Entrambe sono guarnite con crema pasticciera e amarene sciroppate, infine spolverate con zucchero a velo (fig. 3). Gustare per credere!

NEWS

IL GIORNALE DELLE CEFALIE VOLTA PAGINA

È stato costituito il nuovo Comitato Editoriale del Giornale delle Cefalee, in carica per il biennio 2023-2024. Un vivo ringraziamento a chi lascia e a chi è stato riconfermato. Un caloroso saluto di benvenuto ai nuovi subentrati: *Giorgio Zanchin, Valeria Caponnetto, Luigi Francesco Iannone, Agnese Onofri, Maria Pia Prudenzeno, Vincenzo Raieli, Gabriele Sebastianelli*. Ad essi l'augurio di una proficua collaborazione che dia al Giornale nuova forza propulsiva.

SYMPOSIUM HEADACHES & CGRP, GRAND HOTEL BAGLIONI, FIRENZE, 14-15 APRILE, 2023

Al via la quarta edizione del Simposio su Cefalee & CGRP. Nel Corso del convegno saranno analizzati i meccanismi cellulari e molecolari alla base del ruolo del CGRP nell'emicrania e della cefalea a grappolo. Saranno altresì illustrate le più recenti sperimentazioni cliniche e studi *real life* dei primi 3 anticorpi monoclonali e del quarto anticorpo mo-

noclonale anti-CGRP, di imminente commercializzazione nel nostro paese, insieme ai gepanti e a un ditano. Si discuterà infine dell'impatto sulla pratica clinica dei nuovi aspetti regolatori e di accesso all'uso dei farmaci anti-CGRP.

37° CONGRESSO NAZIONALE DELLA SISC CEFALIE TRA PRESENTE E FUTURO

Si terrà a L'Aquila, dal 5 al 7 ottobre pv, il 37° Congresso Nazionale della nostra Società che avrà per oggetto i più recenti avanzamenti nel campo dello studio fisiopatologico e della terapia delle cefalee.

Scadenza per invio di abstract: 2 luglio 2023. Per informazioni consultare il sito sisc.it

21 MARZO 2023: GIORNATA MONDIALE DELLA CEFALIA A GRAPPOLLO (CLUSTER HEADACHE AWARENESS DAY)

In occasione della Giornata Mondiale della Cefalea a Grappolo, è stato validato in lingua italiana il *Questionario sull'Impatto della Cefalea a Grap-*

polo (Cluster Headache Impact Questionnaire), importante strumento per valutare l'impatto sulla qualità di vita di questa cefalea altamente disabilitante. La validazione è stata frutto di un'ampia collaborazione tra i Centri Cefalee italiani. Una versione del questionario sarà a breve disponibile sul sito SISC.



Giornale delle Cefalee

ANNO XIX • N. 1 APRILE • 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 Prudenzeno

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).**