



CEFALEE TODAY

for the research on headache and clinical neuroscience

N. 145 GENNAIO 2026

EDITORIALE

CHERUBINO DI LORENZO - PAG. 2

VISTA, OCCHI E MAL DI TESTA

FRANCESCO CASILLO - PAG. 3

UNA VITA COL MAL DI TESTA

CHERUBINO DI LORENZO - PAG. 4

LA CEFALEA IN CUCINA: VINACCIOLI E MAL DI TESTA

ELEONORA DI PIETRO - PAG. 5

CEFALEE TODAY AMARCORD - L'AURA EMICRANICA

CRISTINA TASSORELLI - PAG. 6



DIRETTORE SCIENTIFICO

Cherubino Di Lorenzo (Roma)

DIRETTORE RESPONSABILE

Silvia Molinari (Pavia)

DIRETTORE EDITORIALE

Roberto Nappi (Pavia)

COMITATO EDITORIALE

Marta Allena (Pavia)

Filippo Brighina (Palermo)

Biagio Ciccone (Saviano)

Alfredo Costa (Pavia)

Vittorio di Piero (Roma)

Federica Galli (Roma)

Nataschia Ghiotto (Pavia)

Elena Guaschino (Pavia)

Rosario Iannacchero (Catanzaro)

Armando Perrotta (Pozzilli)

Grazia Sances (Pavia)

Elisa Sancisi (Ferrara)

Marzia Segù (Vigevano)

Cristina Tassorelli (Pavia)

Cristiano Termine (Varese)

Per informazioni:

Francesca Cappelletti

c/o Biblioteca

IRCCS Fondazione Istituto Neurologico

Nazionale C. Mondino,

Università di Pavia

Via Mondino 2 – 27100 Pavia

E-mail: alcegroup@cefalea.it

*Inserito nel registro stampa e periodici
del Tribunale di Pavia al numero 680 in
data 03/09/2007*

Bollettino di informazione trimestrale

EDITORIALE

Cherubino Di Lorenzo

Dott. Cherubino Di Lorenzo
Direttore Scientifico
Cefalee Today

Ben ritrovati, amiche e amici, e scusate il ritardo, ma spesso le incombenze si affastellano e diventa complicato far combaciare tutti gli impegni. Spero abbiate iniziato l'anno col piede giusto. Certo, le notizie nazionali e internazionali non sono incoraggianti, a partire dalla tragedia di Crans-Montana nella notte di Capodanno, il disastro ferroviario in Spagna e i danni dell'uragano Harry nel sud Italia (per non parlare dei vari venti di guerra). Sia sui social che in ambulatorio ho raccolto tante testimonianze di pazienti che si dicono molto angosciati per quanto sta accadendo. Tuttavia, dobbiamo andare avanti, senza perderci d'animo. Quindi, senza indugio andiamo a vedere cosa succede nel mondo del mal di testa.

Innanzitutto, nel 2026 ricadono due cinquantenari molto importanti. Uno è di interesse globale: sono infatti 50 anni che esistono

le terapie basate sulla produzione in laboratorio di anticorpi monoclonali. Si tratta di una tecnologia ormai centrale nella diagnostica e nella cura di numerose malattie, il cui potenziale non è ancora pienamente sviluppato e che, da circa 10 anni, trova applicazione anche nel nostro settore, con molecole sviluppate per bloccare il famigerato peptide CGRP o il suo recettore. L'altro anniversario, invece, è quello dei 50 anni della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee (SISC), società molto vicina alle nostre attività associative e tra i cui fondatori vi sono stati nomi a cui la nostra associazione deve molto. Uno su tutti, il professor Giuseppe Nappi di Pavia.

Vi do, poi, un aggiornamento sulla vicenda rimegepant come farmaco per la terapia in acuto, di cui abbiamo parlato nello scorso numero. Un po' alla volta, la situazione si sta sbloccando: ci giungono segnalazioni da pazienti di varie sedi lungo la Penisola, che ci dicono di aver ottenuto il farmaco senza problemi. Nei primissimi giorni di dispensazione, c'erano stati problemi con alcune farmacie, poi rientrati. Adesso i pazienti riescono ad ottenere 24 compresse a trimestre, sta a noi clinici esser bravi per fare in modo che tale dose sia sufficiente. Come fare? Beh, innanzitutto, con una profilassi valida. E qui ci sono pure alcune novità. Se ricordate, ne abbiamo parlato nell'intervista dello scorso numero, il rimegepant non era prescrivibile a chi stesse già facendo una terapia preventiva rivolta verso il CGRP. Ebbene, questo divieto è ora caduto per gli anticorpi monoclonali, cosicché i pazienti possano effettivamente avere una chance terapeutica in più, con meno giorni di cefalea e trattamenti sintomatici più moderni.

Veniamo adesso ai contenuti del nostro bollettino, che spero siano di vostro interesse.

Inizierei presentandovi il libro della professoressa Marina de Tommaso, per l'appunto presidentessa della SISC, nonché una grande amica della nostra associazione (protagonista dell'intervista presente nel precedente numero unitamente al prof. Barbanti), che infatti ha deciso di devolvere a noi una part del ricavato della vendita del suo volume. Si tratta di un'iniziativa che davvero ci lusinga, ma, a prescindere, vi avremmo suggerito di leggerlo perché è un excursus sulla storia dell'emicrania, partendo da un racconto familiare che non ha nulla da invidiare alle atmosfere create da Gabriel García Márquez, in cui è spiegata al paziente la fisiopatologia e la clinica del mal di testa.

Per l'intervista, invece, il nostro Roberto Nappi ha parlato con il dottor Francesco Casillo, neurologo e cefalologo esperto della compresenza di cefalea e patologie oculistiche, chiedendogli della relazione tra vista, occhi e mal di testa, fornendoci un excursus che non si limita alle sole cefalee oftalmiche previste nella classificazione internazionale delle cefalee. La scelta di affrontare questo argomento ci è stata suggerita proprio da voi che ci seguite. Infatti, con la ripresa dell'anno scolastico, molti post sui social hanno riguardato la relazione tra vista e cefalea. Abbiamo pensato fosse giusto fare chiarezza e quanto è emerso nell'intervista è davvero "gustoso". Penso che sull'argomento dovremmo e potremmo fare molto di più.

Dopo la pausa estiva, torna la rubrica de "La cefalea in cucina" con la nostra collaboratrice storica, la dottoressa Eleonora Di Pietro, biologa nutrizionista e membro dell'Associazione Eupraxia. In questo numero presenta i risultati di un recentissimo studio clinico condotto su un ingrediente un po' inusuale eppure tutt'altro che irreperibile nel nostro paese: l'estratto di vinaccioli, cioè i semi dell'uva. Incredibile a dirsi, ma abbiamo scoperto che li si studia da anni in vari modelli sperimentali.

tali di dolore, con particolare attenzione all'emicrania, e finalmente è stato presentato uno studio clinico condotto sull'uomo, con risultati davvero incoraggianti. Insomma, ci sarebbe da chiedersi se, dopo tanta demonizzazione del principale derivato dell'acino d'uva, il vino, non si possa invece rivalutare il suo più umile derivato, il seme. Infine, per la rubrica Amarcord, abbiamo ripescato dai nostri archivi un breve articolo della prof.ssa Cristina Tassorelli in cui nel lontano 2001 era spiegato in modo semplice cosa fosse l'aura emicranica. Come sempre, spero che gli argomenti siano di vostro gradimento. Buona lettura e fateci sapere i vostri commenti.

Vista, occhi e mal di testa

Francesco Casillo



Francesco Casillo
Neurologo Centro Cefalee Polo
Pontino Sapienza

Molto spesso i pazienti, all'esordio del mal di testa, si rivolgono a un oculista pensando che il proprio problema possa dipendere da un problema degli occhi o della vista in generale. È un comportamento corretto?

Ciò che i pazienti non sanno è che più del 90% delle cefalee sono patologie primitive, in cui il mal di testa è esso stesso la malattia e non il sintomo di qualcos'altro. A complicare le cose, spesso una cefalea, come altri disturbi neurologici, può essere associata a disturbi della vista. Pensiamo, ad esempio, alla cosiddetta 'visual snow', in cui il campo visivo del paziente è invaso da macchie simili a fiocchi di neve. Oppure a tutti i sintomi che si associano all'emicrania, dall'aura che la precede alla visione sfocata che l'accompagna. Tuttavia, benché rare, esistono cefalee che possono essere causate dall'occhio e da strutture ad esso collegate.

Si riferisce al tredicesimo capitolo della Classificazione Internazionale delle Cefalee, relativo alle cefalee attribuite a disturbi oculari?

Esatto, quello relativo alle cefalee dovute a disturbi di uno o di entrambi gli occhi.

Può dirci di più?

Si tratta di 4 tipi diversi di cefalea, ciascuno con caratteristiche abbastanza specifiche. Si parte dalla **cefalea attribuita al glaucoma acuto ad angolo chiuso**. Si tratta di una cefalea unilaterale, causata da un repentino aumento della pressione intraoculare, con altri sintomi come dolore oculare (spesso esacerbato dalla pressione sui globi oculari), perdita della vista oppure visione offuscata e aloni intorno alle luci, iniezione congiuntivale, edema, nausea e vomito. Se la pressione intraoculare supera i 30 mm di mercurio, il rischio di cecità aumenta, rendendo cruciali le diagnosi tempestive. Purtroppo, trattandosi di una cefalea rara, un dolore oculare con tali caratteristiche può essere facilmente confuso con un'emicrania, malattia più frequente e benigna, o con una cefalea trigeminale autonoma. Tut-

tavia, l'insorgenza improvvisa, la persistenza del dolore, la diversità di questa cefalea rispetto alle altre di cui si era eventualmente sofferto in passato, il dolore alla palpazione dei globi oculari a occhi chiusi devono far sospettare questa rara condizione.

C'è poi la **cefalea attribuita a vizi di rifrazione**. È una cefalea spesso sottostimata dai neurologi, ma sovrastimata dagli oculisti e dalle mamme, provocata da problemi di acuità visiva, di solito dopo sforzi visivi prolungati. Molti pazienti, rivolgendosi a un oculista che corregge il problema con delle lenti, ricevono una diagnosi *ex adiuvantibus*. Sebbene il vizio di rifrazione sia causa di cefalea meno frequentemente di quanto si pensi, ci sono evidenze nei bambini e in alcuni adulti. Va sospettata quando si associa a sforzi visivi prolungati, come nel caso dei videogiochi o nella didattica a distanza. Eppure, i ragazzi lamentano cefalea se studiano a lungo, ma non se giocano notte e giorno a Fortnite... C'è inoltre la **cefalea attribuita a disturbi flogistici oculari**. Si tratta di una classe eterogenea di disturbi come irite, uveite, sclerite o congiuntivite (ma occorre ricordare anche le endofalmiti, non citate nella classificazione), in cui l'infiammazione può assumere varie forme ed essere classificata secondo criteri anatomici, decorso, causa o tipo di infiammazione. La cefalea può non essere confinata al globo oculare, ma irradiarsi a tutto il capo. Ve ne sono molte menzioni in letteratura scientifica, soprattutto negli ultimi anni, per le forme secondarie al COVID.

Infine, vi è la **cefalea trocleare**, di solito localizzata su tutta la fronte e nella regione periorbitaria, non necessariamente con dolore all'occhio, causata da infiammazione o disfunzione peritrocleare, ossia di questa struttura fibrocartilaginea che funge da guida per il muscolo obliquo superiore (uno dei muscoli estrinseci dell'occhio; N.d.R.) e delle guaine ad essa correlate. Spesso è esacerbata dai movimenti dell'occhio che coinvolgono il muscolo obliquo superiore o dalla lettura. Nei soggetti affetti da emicrania, la trocleite può anche scatenare episodi di emicrania: occorre pensarci quando il paziente, nel descrivere la propria emicrania, dice che il movimento oculare gli innesca o peggiora la crisi.

Insomma, la classificazione delle cefalee è molto ampia in questo ambito, descrive quindi tutte le forme possibili di cefalea attribuibile a disturbi oculari, o c'è dell'altro?

Beh, in realtà è un tema dibattuto. Esistono in letteratura scientifica oftalmologica molte segnalazioni di forme di cefalea dovute a problemi oculistici, ma non previste dalla nostra classificazione internazionale delle cefalee, nemmeno in appendice. Certo, la classificazione potrebbe essere criticabile su questo specifico argomento: basti pensare che, a fronte dell'enorme mole di pubblicazioni prodotte dagli oculisti, solo 2 delle 15 voci che costituiscono i riferimenti bibliografici di questa sezione sono successive al 2010; tuttavia, non ci sono dati che consentano di verificare se quelle segnalate dagli oculisti siano cefalee effettivamente secondarie o solo esacerbazioni di cefalee primitive, come l'emicrania o la cefalea di tipo tensivo. È il caso dello **strabismo**, totalmente ignorato dalla classificazione, sebbene vi siano segnalazioni in letteratura di associazione tra questo disturbo e lo sviluppo di cefalee specifiche e siano aneddoticamente riportati casi di miglioramento del quadro clinico alla correzione dello strabismo con lenti prismatiche. Tuttavia, le percentuali di cefalea nella popolazione affetta da strabismo sono basse, tra il 4 e il 16%, quindi sovrapponibili a quelle attese nella popolazione generale per una cefalea primaria. Un discorso analogo si potrebbe fare per altri quadri recentemente associati a forme specifiche di cefalea, come l'insufficienza di

convergenza, gli spasmi di accomodazione e la cosiddetta 'digital eye strain', ossia l'affaticamento della vista da esposizione prolungata a dispositivi digitali, che però colpirebbe anche soggetti privi di disturbi refrattivi, che altro non sarebbe che la variante hi-tech della vecchia **astenopia**, anch'essa una condizione nota in oftalmologia tra i cui sintomi più comuni c'è proprio la cefalea. Sono tutte forme in cui è praticamente impossibile capire se si tratti di un'associazione casuale o, addirittura, se sia la cefalea a causare il sintomo oftalmico, non viceversa. Ciononostante, sono descritti casi di cefalea associati ad altre patologie dell'occhio, come la **retinite pigmentosa** (rara condizione genetica in cui la cefalea potrebbe essere solo un reperto occasionale), **tumori orbitari o oculari** (che tecnicamente non rientrano nel paragrafo dedicato alle cefalee da neoplasie endocraniche) o alla **cellulite orbitale** (un'infezione batterica dei tessuti molli indietro e intorno all'occhio che non è prevista neppure nel capitolo dedicato alle cefalee da infezioni).

Ma allora, quando un paziente con cefalea dovrebbe rivolgersi a un oculista?

Innanzitutto, quando glielo suggerisce il proprio medico di medicina generale o il neurologo che lo ha in cura per la cefalea. Campanelli d'allarme possono comunque essere la persistenza del dolore associata a disturbi della vista; il riconoscimento dello sforzo visivo come trigger del dolore; la presenza di un quadro di cefalea primaria localizzata anche all'occhio, con sintomi visivi e un andamento differente rispetto alle attese. Infine, non me la sentirei di sconsigliare una visita oculistica a un paziente che lo desidera, perché, oltre al dolore, molti di questi quadri si accompagnano a una sensazione di disagio soggettivo che il paziente non è in grado di spiegare ma percepisce bene.

Una vita col mal di testa

a cura di Cherubino Di Lorenzo



È per me un piacere presentare il libro «Una vita col mal di testa: emicrania, cefalea e "cervicale" fra mito e realtà», scritto dalla professoressa Marina de Tommaso, responsabile del Centro Cefalee dell'Università di Bari e presidente della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee (SISC). È un piacere perché l'ho trovato davvero gustoso, dal sapore agrodolce, che informa, fa riflettere, sorridere e che trasuda empatia verso chi soffre di cefalea.

È più di un pamphlet medico-scientifico: è un racconto intimo e profondo, da cui, tra le righe, traspare più di quanto sia scritto.

Lascia intendere la difficoltà con cui si scontra il paziente, tra medici di famiglia poco accorti verso questo problema, spinte di amici e marketing a seguire strade alternative, snervanti lunghi tempi d'attesa per raggiungere l'agognato Centro Cefalee e, pure lì, altre lunghe attese in anticamera prima di poter accedere all'ambulatorio. Poi, una volta giunti alla visita, la frustrazione di voler dire ciò che si ritiene giusto comunicare, mentre il medico chiede tutt'altro e non è interessato a vedere i vari esami che spesso ci si è autoprescritti (come l'immane risonanza magnetica, magari alla colonna cervicale). Ecco, qui viene finalmente spiegato in dettaglio perché il medico chieda ciò che il paziente non pensava di dovergli dire e perché sembri disinteressato a sentire il costrutto che ciascuno aveva concepito e moriva dalla voglia di riferire. Beh, pare poco, ma forse è proprio questo il tutto: perché i tempi contingentati di una visita (con un medico magari in quel momento stressato da altre incombenze lavorative, come ammette l'autrice) non consentono di far "scuola" al paziente e spiegarli tutto, cosa che invece questo libro, con pungente ironia, riesce a fare.

Ma nel libro c'è molto altro ancora: una maledizione familiare, un percorso umano e professionale, fatto di entusiasmi, frustrazioni, inciampi, fortuiti accadimenti e di tanto "fattore umano" che, come nel fenomeno delle "sliding doors", fa sì che le cose accadano. Ma oltre a mettere a nudo l'autrice, questo libro svela anche i misteri della ricerca nel campo della cefalea, fatti di altrettanta casualità, di verità ben nascoste sotto il naso di tutti, ma che nessuno riusciva a vedere. Infine, c'è la frustrazione per le opzioni terapeutiche tradizionali, spiegate nel dettaglio, enumerandone tutti i difetti (ma hanno pure dei pregi, credetemi!). Oggi sarebbero da considerarsi superate (o almeno, appaiate) dalle terapie innovative con cui ci confrontiamo: dall'introduzione della tossina botulinica, passando per gli anticorpi monoclonali e arrivando ai gepanti; ma, invece, gli alti costi relegano le terapie più nuove ed efficaci ad un'opzione riservata solo a chi abbia fallito le vecchie, spesso meno efficaci o funestate da molti più effetti collaterali.

C'è poi una considerazione non banale sullo stile di vita e sull'attività fisica (non tutti lo fanno, ma l'autrice, malgrado i tanti impegni e una vita da pendolare, è un'assidua nuotatrice), vera panacea di tutti i mali, che spesso i pazienti rifuggono come i vampiri dall'aglio. E nello stile di vita rientrano pure la gratificazione personale, la meditazione, la ricerca del bello, perché (rivendicando con orgoglio il suo prestigioso Nobel), l'autrice ci ricorda che chi vive il bello vive meglio di chi non ha questa possibilità. Nei giorni in cui viviamo, con guerre mai davvero finite, altre sempre in corso e altre ancora già prossime a partire, pensare alla possibilità di trovare il bello nella nostra quotidianità pare davvero una grande fortuna, per la quale dovremmo esser grati e che invece non apprezziamo quanto dovremmo.

Conoscendo da tanti anni la professoressa de Tommaso, sono certo che uno dei motivi che l'ha spinto a scrivere questo testo sia stato un suo bisogno personale: ci vedo un bilancio di una prestigiosa carriera medico-scientifica e accademica, il bisogno di spiegarsi e giustificarsi con i pazienti (non potendo andare a citofonargli a casa, come nel testo dice che avrebbe voluto fare), il pacificarsi con la maledizione familiare. Di sicuro, ne è valsa la pena, Marina, siamo in tanti a crederlo. E grazie soprattutto per la generosità. Chi ha letto l'editoriale di questo numero di Cefalee Today lo sa già, ma per chi non lo avesse fatto ricordiamo che parte del ricavato dalla vendita del libro sarà devoluto alla nostra associazione Al.Ce., quindi anche in questo la professoressa de Tommaso ha mostrato la sua generosità e dedizione nei confronti della causa.

La Cefalea in cucina



Vinaccioli e mal di testa

Voi, da bambini, mangiavate i semi d'uva oppure no? Può sembrare una domanda sciocca, ma spesso la selettività alimentare porta i bambini a non voler deglutire i vinaccioli (il nome con cui questi semi sono chiamati in gergo tecnico) perché li riconoscono come estranei rispetto alla consistenza morbida e al sapore dolce dell'acino. Eppure, questi semi – per quanto possa parere strano – trovano ampia applicazione in cucina, sia sotto forma di olio (peraltro ottimo sia a crudo che per le frittiture) sia di farina e di seme intero tostato (ad esempio nella panificazione). I vantaggi per la salute apportati da questi semi, come tanti altri, sono molteplici; infatti, sono ricchi di polifenoli, in particolare proantocianidine (molecole con potenti effetti antiossidanti, antinfiammatori e protettivi per i vasi sanguigni), antiossidanti e acidi grassi essenziali. Insomma, una vera miniera di benessere, infatti sono ben noti da tempo effetti benefici sull'ipertensione, sul diabete e sulle malattie infiammatorie croniche.

Ma perché parlarne qui oggi? Beh, perché da anni gli estratti di questo prodotto vengono studiati anche in modelli sperimentali di dolore trigeminale, con risultati molto incoraggianti. Pare che l'estratto di vinaccioli possa inibire il rilascio di CGRP, il polipeptide coinvolto nello scatenamento delle crisi di emicrania, stimolare l'attivazione del sistema endocannabinoide (quindi avere un potente effetto analgesico) e inibire sia l'attività del nucleo trigeminale sia quella del ganglio del nervo. Insomma, sembrerebbe un vero e proprio analgesico specifico per l'emicrania. Inoltre, avrebbe mostrato di essere efficace anche nel dolore associato alle disfunzioni dell'articolazione temporomandibolare e, in generale, sembrerebbe avere un'azione specifica di desensibilizzazione nei confronti del dolore (meccanismo coinvolto nei fenomeni di cronicizzazione del dolore, come nelle cefalee croniche o nella fibromialgia). Bene, quanto fin qui detto vale però solo per i modelli sperimentali, come quelli animali. Insomma, a differenza di altre malattie, non avevamo dati clinici su soggetti con emicrania. Ma c'è un'interessante novità.

Infatti, un gruppo di ricercatori iraniani ha condotto uno studio clinico rigoroso su 50 pazienti con emicrania, con disegno randomizzato, in doppio cieco, controllato con placebo, somministrando per 8 settimane 200 mg al giorno di estratto di semi d'uva, al fine di valutarne l'effetto sulla frequenza, durata e intensità degli attacchi, sulla qualità della vita, sulla disabilità indotta dall'emicrania, sull'ansia, sullo stress e sull'umore, oltre che su vari marcatori biologici nel sangue, tra cui il CGRP. Il risultato più interessante del loro lavoro è che l'estratto di vinaccioli ha ridotto in modo significativo i livelli di CGRP nel sangue, rispetto al placebo. Questo è un risultato importante, perché, come detto prima, il CGRP è uno dei principali "motori" biologici dell'attacco

emicranico. Quindi, l'estratto di semi d'uva sembra agire sullo stesso bersaglio dei farmaci antiemicranici più innovativi.

Ma clinicamente cosa si è osservato? All'interno del gruppo che ha assunto l'estratto di semi d'uva si sono osservati meno attacchi, più brevi, e con un dolore meno intenso; inoltre, è emerso un miglioramento della qualità di vita. Il tutto, senza che emergesse alcun effetto collaterale rilevante durante lo studio. Pertanto, si conferma quanto già noto, ossia che si tratti di un fitoestratto ben tollerato, almeno nel breve periodo e alle dosi studiate. Tuttavia, confrontando i risultati di chi ha assunto l'estratto di vinaccioli con quelli del gruppo placebo, le differenze cliniche non sono sempre state statisticamente significative. Ciò, però, non deve né stupire né scoraggiare; infatti, lo studio era basato su una popolazione troppo piccola (solo 50 persone), quindi più idonea a far emergere un risultato dal punto di vista biologico anziché una differenza statisticamente significativa (i trial clinici attuali consentono di esprimere giudizi di efficacia di un dato farmaco quando questo sia stato provato su migliaia di soggetti). Inoltre, la durata del trattamento era particolarmente breve, solo 8 settimane, quando pure i farmaci più potenti spesso richiedono almeno 3 mesi per far emergere un effetto terapeutico. Infine, la dose somministrata, proprio perché ben tollerata, potrebbe essere stata più bassa di quella necessaria a far emergere un dato rilevante dal punto di vista clinico.

Quindi, cosa possiamo concludere davvero? Questo studio non dice che l'estratto di semi d'uva "cura" l'emicrania. Ma ci dice qualcosa di molto interessante: esso agisce su un meccanismo biologico centrale dell'emicrania, ha un profilo di sicurezza favorevole, potrebbe diventare un supporto non farmacologico, soprattutto in associazione alle terapie standard. Siccome, oltre agli estratti erboristici, il vinacciolo potrebbe essere inserito senza problemi nell'alimentazione dei soggetti emicranici, potrebbe altresì diventare un vero presidio nutraceutico e parte delle sane abitudini alimentari a cui tutti dovremmo tendere.

Speriamo che in futuro arrivino studi più grandi e più lunghi per capire quali pazienti rispondono meglio, se dosi diverse sono più efficaci, se l'effetto sul CGRP si traduce in un beneficio clinico stabile.

Vi lascio con un messaggio importante: se soffrite di emicrania e state valutando integratori "naturali", ricordate che naturale non significa automaticamente sicuro o efficace, ma neppure inutile, se supportato da dati scientifici. Aggiungerei pure che ogni integrazione va sempre discussa con il medico di riferimento o con uno specialista della nutrizione, soprattutto se assumete farmaci. La ricerca sull'emicrania sta orientandosi verso un approccio sempre più personalizzato, che integra farmaci, stile di vita e strategie non farmacologiche. L'estratto di semi d'uva potrebbe essere uno dei tasselli di questo mosaico.

E voi, ne avevate già sentito parlare o lo avevate provato? Fatecelo sapere

A cura della Dott.ssa Eleonora Di Pietro, Biologa Nutrizionista Associazione Eupraxia

L'AURA EMICRANICA

In una piccola percentuale di individui (circa l'1% della popolazione globale) l'emicrania può associarsi a sintomi neurologici di disfunzione di uno o più distretti cerebrali, definiti nel loro insieme come "aura". Tale termine, che letteralmente significa venticello o brezza, è stato mutuato dalla branca della neurologia che studia l'epilessia, in cui viene comunemente utilizzato per identificare i segni premonitori della crisi convulsiva. La forma di emicrania che si associa a sintomi neurologici premonitori, un tempo indicata con aggettivi come "classica", "oftalmica", "comitata", "accompagnata" o "afasica", viene oggi definita semplicemente con il termine di "emicrania con aura". L'aura consiste in uno o più sintomi irritativi (visione di lucine, formicolii al corpo) o deficitari (mancanza della visione in alcune aree del campo visivo, paralisi degli arti di un lato del corpo) che precedono la cefalea e possono durare - ognuno - da 4 a 30 minuti, estinguendosi nell'arco di 60 minuti. I sintomi più frequentemente riportati sono quelli visivi, generalmente caratterizzati dalla presenza di macchie nere o luminose che si ingrandiscono, spostandosi nel campo visivo. Talora può realizzarsi un'evoluzione nel tempo dei sintomi, per cui i disturbi visivi iniziali lasciano il posto a sintomi sensori-motori (formicolio e paresi/paralisi) a cui possono seguire disturbi del linguaggio, quando è interessato l'emisfero dominante. Questo sviluppo temporale (o "marcia") dei sintomi dell'aura corrisponde, topograficamente, all'ipofunzione di aree corticali vicine secondo una progressione che, iniziando dalla corteccia occipitale, si sposta anteriormente. La cefalea che segue l'aura presenta le tipiche caratteristiche dell'emicrania: unilaterale, pulsante, intensificata

dall'attività quotidiana, associata a nausea, vomito, fastidio per la luce e per il rumore. Tuttavia è opinione comune che gli attacchi di "emicrania con aura" siano caratterizzati da una fase dolorosa meno intensa e più breve rispetto a quelli della più comune forma "senza aura". In base alle caratteristiche dei sintomi dell'aura ed ai loro rapporti temporali con la fase dolorosa, si distinguono vari sottogruppi di emicrania con aura. Ad esempio, se i sintomi premonitori si protraggono fino a 7 giorni, si parla di emicrania con aura prolungata, mentre se è presente l'aura, ma non segue la cefalea, si tratta di aura emicranica senza cefalea. Nell'emicrania basilare i sintomi premonitori sono legati non già ad una disfunzione corticale, bensì all'interessamento di strutture profonde poste al di sotto del cervelletto. In tal caso, l'aura è caratterizzata dalla presenza simultanea di due fra i seguenti sintomi: disturbi visivi bilaterali, difficoltà ad articolare le parole, vertigini, ronzii, sordità, visione doppia, perdita dell'equilibrio, formicolii o paresi che interessano entrambi i lati del corpo e perdita della coscienza. Nella rara forma emiplegica familiare, per la quale sono state identificate sicure determinanti genetiche, i sintomi dell'aura includono paresi o paralisi, anche prolungata, di metà del corpo e sono colpiti più membri di una stessa famiglia. Nella stragrande maggioranza dei casi questi disturbi si risolvono senza complicanze. Tuttavia, per le problematiche di diagnosi differenziale con la malattia ischemica cerebrale, l'epilessia e alcune neoplasie, nonché per il potenziale aumento del rischio per disturbi cerebrovascolari, appare importante consultare prontamente il medico specialista che consiglierà gli accertamenti, le cure e le precauzioni necessarie.

Dr.ssa Cristina Tassorelli

DIVENTA SOCIO DI ALLEANZA CEFALALGICI (AL.CE.) PER IL 2026

Socio Ordinario

Versando **20 euro** riceverai:

- **la newsletter** (un aggiornamento trimestrale sulle notizie di maggiore interesse e su novità nel campo delle cefalee),
- **la rivista online per pazienti Cefalee Today** (articoli scritti da esperti in un linguaggio semplice e aggiornato per il paziente su tematiche di attualità nel campo delle cefalee)

Partecipa **gratuitamente**:

- **ai webinar** (esperti nel campo delle cefalee affrontano temi di attualità discutendone con pazienti di Alleanza Cefalalgici).

Socio Sostenitore

Versando **60 euro** e potrai:

- **Accedere al gruppo privato Fb Chiedi al medico Specialista** (un medico esperto risponde ai tuoi quesiti),
- **Gruppi di Auto Mutuo Aiuto** (un paziente esperto e formato a fungere da facilitatore e coordinatore di piccoli gruppi di pazienti che soffrono di cefalea li guida in incontri periodici online nella discussione e condivisione dei problemi di chi soffre di mal di testa, [clicca qui per saperne di più](#)),
- **buoni sconto per trattamenti non farmacologici** (mindfulness, esercizio fisico, yoga) **SERVIZIO IN VIA DI ATTIVAZIONE**,
- **e-book sulle cefalee** (in cui pazienti cefalalgici descrivono le loro esperienze di vita).

Cosa aspetti? Puoi aderire fin da subito per il 2026. **PIU' SIAMO, PIU' CONTIAMO!**

COME ISCRIVERSI

Per diventare socio è sufficiente compilare con i propri dati il modulo presente in fondo alla pagina dedicata che trovi [qui](#) e inviarlo cliccando su "invia la richiesta", donare almeno 20/60 euro mediante bonifico bancario a favore di Fondazione CIRNA (IBAN IT56 F030 6909 6061 0000 0060 512) oppure utilizzando paypal.



La Fondazione CIRNA è ora un Ente Filantropico del Terzo Settore a cui può sempre essere destinato il 5 per mille sulla dichiarazione dei redditi. Dona il tuo 5 per mille alla Fondazione CIRNA, aiuterai anche Alleanza Cefalalgici a perseguire i propri obiettivi a tutela di milioni di cefalalgici. È sufficiente trascrivere il codice fiscale 10242930153 nel riquadro dedicato nell'apposita scheda e apporre la propria firma (senza la quale la scelta sarà considerata nulla!). Grazie. PIÙ SIAMO, PIÙ CONTIAMO!

