Mattioli 1885

E-bullettin CIRNA FOUNDATION ONLUS

Cefalee Today

for the research on headache and clinical neuroscience

N. 130 MARZO

EDITORIALE

CHERUBINO DI LORENZO - PAG. 2

DRY NEEDLING E AGOPUNTURA: INDICAZIONI E PROSPETTIVE NEL TRATTAMENTO DELLE CEFALEE (E NON SOLO)

CÉSAR FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS - PAG. 3

DIDATTICA A DISTANZA: RIFLESSIONI DI UN NEUROPSICHIATRA INFANTILE

MATTEO ALESSIO CHIAPPEDI - PAG. 4

CINQUANT'ANNI DI RICERCA E CURA AL CENTRO CEFALEE DI PAVIA

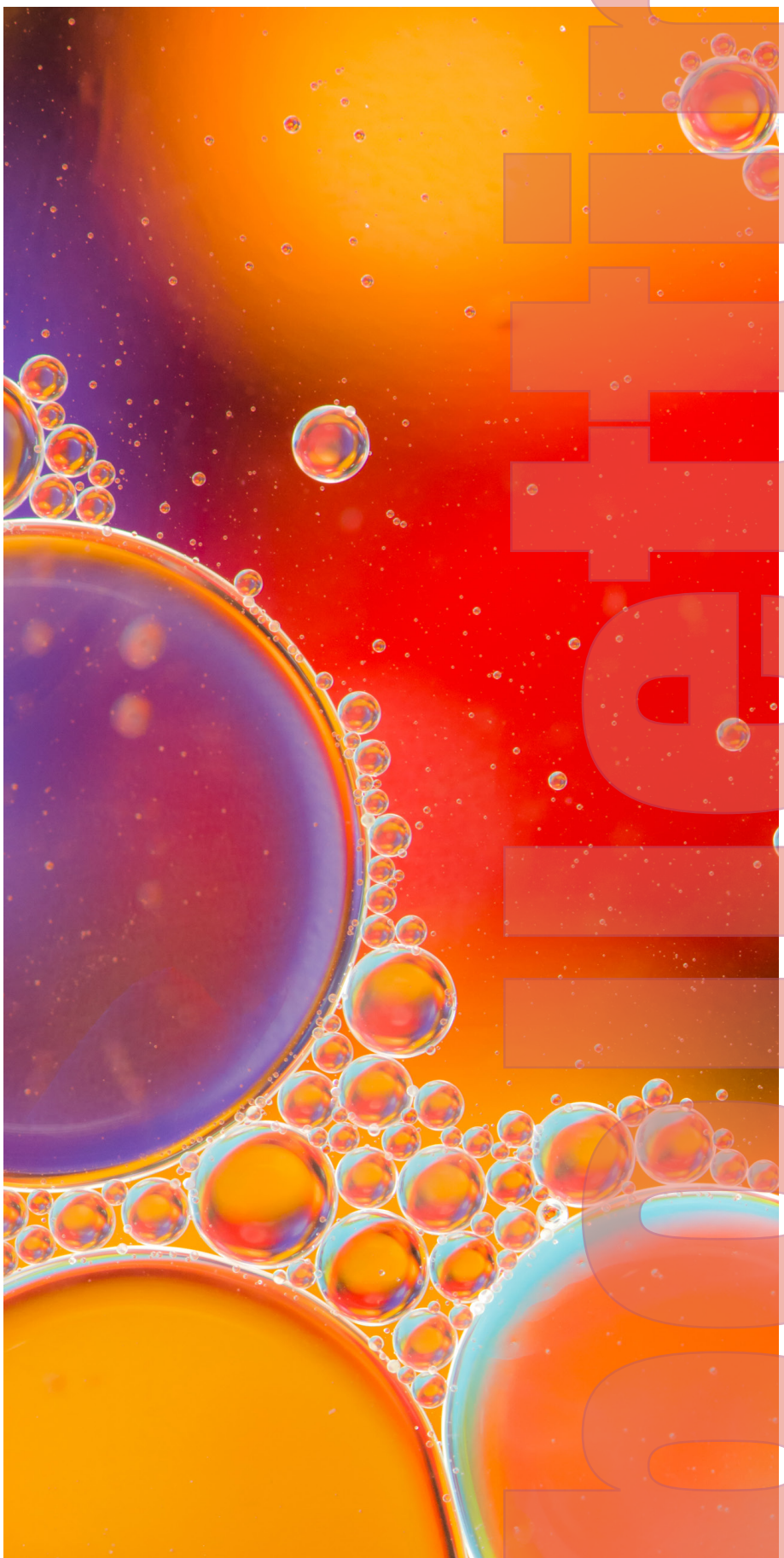
CRISTINA TASSORELLI - PAG. 5

LA CEFALEA IN CUCINA - LA CIOCCOLATA E IL MAL DI TESTA

ELEONORA DI PIETRO - PAG. 6

CEFALEE TODAY AMARCORD - QUANDO L'EMICRANIA SENTE IL TEMPO - METEREOPATIA E CEFALEE

PAG. 7



DIRETTORE SCIENTIFICO
Cherubino Di Lorenzo (Roma)

DIRETTORE RESPONSABILE
Silvia Molinari (Pavia)

DIRETTORE EDITORIALE
Roberto Nappi (Pavia)

COMITATO EDITORIALE
Coordinamento: Ennio Pucci (Pavia)

Marta Allena (Pavia)
Filippo Brighina (Palermo)
Biagio Ciccone (Saviano)
Alfredo Costa (Pavia)
Vittorio di Piero (Roma)
Maurizio Evangelista (Roma)
Enrico Ferrante (Potenza)
Federica Galli (Milano)
Natascia Ghiotto (Pavia)
Guido Giardini (Aosta)
Rosario Iannacchero (Catanzaro)
Armando Perrotta (Pozzilli)
Grazia Sances (Pavia)
Elisa Sancisi (Ferrara)
Marzia Segù (Vigevano)
Cristina Tassorelli (Pavia)
Cristiano Termine (Varese)
Michele Viana (Lugano)

Per informazioni:
Francesca Cappelletti
c/o Biblioteca
IRCCS Fondazione Istituto Neurologico
Nazionale C. Mondino
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 bimestrale

EDITORIALE

Cherubino Di Lorenzo

Dott. Cherubino Di Lorenzo
Direttore Scientifico
Cefalee Today

Ben ritrovati, amiche e amici. Questo poteva essere il primo numero post emergenza pandemica, che tanto ha condizionato la nostra vita e la nostra possibilità di curarci; invece, è diventato il primo numero in tempo di guerra. La TV e Internet ci mostrano immagini che fanno male agli occhi ed al cuore, rendendo vicino ciò che è lontano, e così per molti pazienti l'angoscia del momento si trasforma in un gran brutto mal di testa. Vorrei potervi rassicurare e consolare, ma davvero la brutalità di quanto accade in questi giorni rende difficile e vuoto qualsiasi sforzo retorico; pertanto, ci limitiamo ad esprimere solidarietà e vicinanza a quanti stanno soffrendo, direttamente e indirettamente, a causa di questo momento così difficile. Piccola parentesi: usciamo un po' in ritardo perché speravamo in un contributo da parte dei colleghi neurologi ucraini che, comprensibilmente, non è arrivato. Ci riproveremo a giugno, augurandoci che nel frattempo il conflitto in corso sia concluso.

Il numero attuale del nostro rotocalco è ricco di spunti interessanti, andiamoli a vedere insieme.

Si comincia con l'immancabile intervista del nostro Roberto Nappi. Questa volta l'intervistato è il professor César Fernández-de-Las-Peñas, fisioterapista spagnolo, uno dei massimi esperti mondiali della terapia manuale nelle cefalee. Nell'intervista spiega l'utilità di una tecnica che prende sempre più piede in ambito riabilitativo, ma di cui ancora si parla poco in Italia: il *dry needling*, cioè l'infissione dell'ago a secco nelle strutture muscolari, per spegnere i *trigger point* (i punti la cui stimolazione meccanica evoca un processo doloroso analogo a quello tipicamente lamentato dal paziente). Nell'intervista, con molto equilibrio, vengono spiegati gli affetti positivi e negativi, chi trattare e chi no. Decisamente istruttiva!

Segue poi con un articolo scritto dal dottor Chiappedi, che affronta il tema della Didattica a Distanza (DAD) e cefalea, grazie al suo punto di vista privilegiato di neuropsichiatra infantile. Effettivamente, la DAD è stata un po' la rivoluzione scolastica più importante di questi anni di pandemia, messa su in quattro e quattr'otto per fronteggiare le esigenze formative degli studenti all'indomani del lockdown. Odiata e amata, ha senz'altro consentito di non far perdere anni scolastici ai nostri scolari. Tuttavia, non tutti sono stati in grado di affrontarla con la medesima spigliatezza e vi sono state diverse fragilità non tutelate e specifiche fattispecie non previste dal legislatore, che hanno fatto emergere problemi fino a quel momento inesistenti, pertanto sconosciuti e non facili da affrontare. La scuola non è solo apprendimento, ma anche socializzazione, e il bambino non ha diritto solo all'istruzione, ma anche al gioco, al movimento, all'amicizia. Speriamo di non doverci ritrovare più in un simile contesto.

Si avvicina la Pasqua. Lo mangerete l'uovo di cioccolata? Come dite, la cioccolata vi fa male? Mi dispiace davvero. Allora, vi invito a leggere la rubrica "la Cefalea in cucina". Nel suo nuovo articolo, la dottoressa Eleonora Di Pietro, biologa nutrizionista dell'Associazione Eupraxia, ci parlerà proprio della cioccolata e della relazione esistente tra questo alimento divino (nel testo capirete il perché di questo aggettivo) e l'emicrania. Mi raccomando, se volete provare a trovare la vostra tipologia di cioccolata più tollerata e stabilire la soglia quantitativa, fatelo sempre con moderazione. Lo so, è bello poter dire ai parenti: "non mangio cioccolata per gola, ma per far avanzare la scienza", ma rischiate di non esser creduti.

Per la rubrica Amarcord torniamo indietro di 18 anni per riesumare un articolo sulla relazione tra cefalea e cambiamenti climatici. Sicuramente è molto attuale: siamo nel periodo dell'anno in cui la pressione atmosferica è più ballerina; inoltre, lo ricordo con molto affetto perché conservo memoria del paziente del prof. Giuseppe Nappi: un ingegnere, che si presentò da noi con le sue tabelle e grafici proprio per spiegarci le sue osservazioni.

Infine, c'è la prefazione, curata dalla prof.ssa Cristina Tassorelli, estratta dalla monografia sui 50 anni di ricerca e cura al Centro Cefalee del Mondino di Pavia (ricorderete che nel numero scorso abbiamo pubblicato un estratto dell'intervista al suo fondatore, il prof. Nappi sopra citato). Si tratta di un testo che trasuda storia, speranza e affetto, per un meraviglioso viaggio clinico e scientifico di cui hanno beneficiato tantissimi pazienti cefalalgici.

Prima di salutarvi, voglio farvi gli auguri per la prossima Pasqua e, proprio come per il periodo natalizio, vi invito a fare molta attenzione agli stress e agli eccessi alimentari, che possono concorrere a peggiorare il nostro mal di testa. Quindi, godetevi le festività, ma festeggiate con moderazione.

Come sempre, spero che gli argomenti siano di vostro gradimento. Buona lettura e fateci conoscere i vostri commenti.

Dry Needling e Agopuntura: indicazioni e prospettive nel trattamento delle Cefalee (e non solo)

César Fernández-de-las-Peñas

César Fernández-de-las-Peñas, Professore presso il Dipartimento di Fisioterapia dell'Universidad Rey Juan Carlos di Madrid, Direttore del "Pain Laboratory"

Cos'è la tecnica del Dry Needling (DN), qual è la sua storia?

Consiste nell'infiggere un ago all'interno di un muscolo, al fine di detenderlo e spegnere il *trigger point* (un punto del muscolo la cui stimolazione meccanica è in grado di evocare una risposta dolorosa a distanza dal punto stesso, n.d.r.) in esso contenuto. La storia del DN così come noi lo intendiamo risale agli anni Settanta del secolo scorso, con le pubblicazioni scientifiche del medico cecoslovacco Karl Lewit sull'argomento. Tuttavia, già nel decennio precedente, con i loro libri sulla terapia manuale, Janet Travell (era stata il medico dei presidenti Kennedy e Johnson) e David Simons introducevano questo concetto dando l'avvio a questo interessante filone clinico e scientifico. Un altro autore importante sull'argomento fu senz'altro Chang-Zern Hong, dell'università della California, che dal 1994 studiò vari fenomeni neurofisiologici correlati all'uso del DN e ne confrontò l'efficacia rispetto all'iniezione diretta della lidocaina nel punto trigger; fu anche il primo ad osservare che la risposta periferica alla stimolazione apprezzabile con l'esame obiettivo era in grado di predire l'efficacia del trattamento e la modulazione dello stimolo verso e dal midollo.

Quali sono le differenze con l'Agopuntura?

La differenza è più formale che sostanziale: si tratta di 2 estremi dello stesso spettro di trattamento, ma anche di 2 punti di vista terapeutici differenti. Infatti, la principale differenza è nei presupposti teorici sottostanti ai 2 approcci: l'agopuntura si basa sulla medicina tradizionale cinese, il trattamento dei *trigger point* mediante il DN è invece, ateoreticamente, basato sul metodo scientifico della moderna medicina occidentale e sulle conoscenze neurofisiologiche del dolore. Inoltre, l'agopuntura si basa sulla conoscenza dei cosiddetti punti di agopuntura e dei sottostanti meridiani energetici, mentre il DN si basa sull'individuazione dei *trigger point* mediante l'esame obiettivo del paziente, come indicato nei testi di terapia manuale. Ancora, l'infissione degli aghi di agopuntura è di solito più superficiale, mentre nel DN c'è sempre una stimolazione più profonda; ciò comporta un differente bersaglio di stimolazione: l'agopuntura può limitarsi a stimolare il tessuto connettivo, mentre il DN raggiunge sempre il muscolo sottostante. Ci sono, ovviamente, anche alcune similitudini: ad esempio, gli aghi che si utilizzano in entrambi i casi sono gli stessi. Idem per alcuni punti di stimolazione, anche perché effettivamente nel corpo esistono diversi punti di agopuntura, per cui facilmente un *trigger point* individuato mediante le tecniche di terapia manuale può casualmente ricadere su di un punto di agopuntura, sebbene, come dicevo prima, per lo stesso punto l'agopuntore spesso si limita alla stimolazione del tessuto connettivo, mentre con il DN si va più in profondità per trattare la muscolatura sottostante. Oltre alla profondità, anche il modo di utilizzare l'ago è differente: più persistente con l'agopuntura, più rapido nell'infissione e rimozione con il DN.

Ci sono dati riguardanti l'uso del Dry Needling in pazienti con Cefalea?

Esistono differenti metanalisi in letteratura che evidenziano l'efficacia del DN in diverse patologie. Proprio per la cefalea, abbiamo recentemente pubblicato sul *Physical Therapy and Rehabilitation Journal* (la rivista dell'associazione americana di terapia fisica) una metanalisi sull'uso di questa tecnica nella cefalea di tipo tensivo e nell'emicrania. I nostri risultati sono, tuttavia, per ora inconcludenti, soprattutto per la mancanza di studi e trial clinici che confrontino l'efficacia dell'uso del DN nei *trigger point* rispetto ad altri trattamenti. Un aspetto importante per gli studi futuri sarà capire bene quali siano i pazienti più predisposti a rispondere al trattamento, probabilmente proprio i pazienti con una forma tensiva e quelli con la presenza di *trigger point miofasciali*. Ma di sicuro il DN non dovrebbe essere una terapia proposta in tutti i pazienti cefalalgici, ma solo nei casi attentamente selezionati.

L'Agopuntura nel trattamento delle Cefalee sta riscuotendo sempre più successo, mentre si parla molto poco della tecnica del Dry Needling. Perché secondo lei?

Sicuramente, l'Agopuntura è molto più nota e ha tanti più studi alle spalle, soprattutto nei pazienti emicranici. Le differenze presenti fra i due tipi di terapia (con molti più aghi e molto più tempo di applicazione degli stessi) li rende sicuramente non confrontabili direttamente, non è detto che chi risponda bene ad un tipo di terapia risponda altrettanto bene pure all'altro e viceversa. Occorre quindi capire bene le diverse potenzialità dei 2 approcci e individuare bene i casi migliori da trattare con l'uno o con l'altro.

Non conosciamo ancora i meccanismi di funzionamento dell'Agopuntura, e molti medici sono scettici sul suo uso proprio perché non ne condividono la logica. Si può dire la stessa cosa del DN?

In realtà, gli studi ci indicano abbastanza bene i quadri clinici in cui l'Agopuntura è efficace e anche alcuni meccanismi d'azione coinvolti, sebbene ancora non li si sia compresi a pieno. Sappiamo, ad esempio, che lo stimolo sul tessuto connettivo è in grado di attivare le vie dolorifiche discendenti. Quanto al DN, sappiamo diverse cose. La prima è che deve esistere il *trigger point,* individuabile con l'esame obiettivo del paziente. Inoltre, è stato dimostrato che questa tecnica è in grado di ridurre la sensitizzazione periferica (fenomeno alla base di allodinia e iperalgesia, che a loro volta inducono la cronicizzazione delle condizioni dolorose) e il rilascio della sostanza P (un mediatore proalgogeno), mentre aumenta il rilascio di endorfine. Quindi, come principale effetto neurofisiologico, riduce le afferenze

nocicettive ed amplifica le vie discendenti del controllo antidolorifico. Tuttavia, conoscere tali meccanismi non ci consente di dire che il DN sia valido in tutte le condizioni dolorose. Servono gli studi neurofisiologici, ma pure quelli clinici per documentare l'efficacia dei trattamenti e definire con precisione le indicazioni a ciascuno dei 2 trattamenti.

Quindi, chi potrebbe essere il candidato ideale per questi tipi di terapia?

Sicuramente, ci sono dei sottogruppi specifici di pazienti in grado di beneficiare di questo trattamento. L'indicazione corretta è per il paziente il cui dolore dipenda dalla presenza dei *trigger point* o avente un dolore di tipo miofasciale. Cioè, possiamo pensare all'uso del DN nei casi in cui la stimolazione di queste specifiche aree muscolari sia in grado di riprodurre esattamente la tipologia di dolore (ad esempio la cefalea) lamentata dal paziente come sintomo principale del proprio disturbo algico. Invece, se un paziente non ha i *trigger point* o il dolore non dipenda principalmente da essi, il DN non è indicato. Quindi, in primis, dobbiamo applicare un ragionamento clinico per capire se il paziente sia idoneo a questa terapia, basandoci sulla capacità di individuare i *trigger point* e capire se siano la causa primaria della sintomatologia algica. Infatti, non tutti i pazienti aventi dei *trigger point* beneficiano del DN. È, ad esempio, il caso dell'osteoartrite del ginocchio, in cui i trial clinici hanno evidenziato l'inefficacia del DN, malgrado i *trigger point* specifici. In tale quadro clinico è l'infiammazione articolare il meccanismo base del dolore, mentre i *trigger point* sono secondari a tale quadro patogenetico. Il DN potrebbe anche spegnere i punti dolorosi, ma non può agire sul quadro infiammatorio articolare, che continuerà a far percepire il dolore al paziente. Quindi, va sempre fatto un ragionamento clinico accurato, ed è necessario comprendere bene la diagnosi (non solo il sintomo lamentato) prima di proporre il trattamento al paziente.

Queste le indicazioni, ma esistono pure delle controindicazioni?

Tutte le terapie hanno delle controindicazioni, anche se, effettivamente, per il DN non ce ne sono poi così tante. La prima è la stessa di ogni altra terapia fisica, cioè la presenza di patologie muscolari, come nel caso della miastenia gravis o delle mitocondriopatie, peraltro, entrambe condizioni in cui sarebbe molto difficile poter individuare i *trigger point*. Anche durante il primo trimestre di gravidanza si preferisce non praticare questa terapia, mentre può essere utile nel semestre successivo per trattare in modo non farmacologico diverse condizioni dolorose della gravida. Inoltre, a causa della ridotta collaborazione per consentirci di individuare i *trigger point,* anche nei pazienti con disturbi cognitivi o gravi deficit somatoestesici (come nel caso di pazienti con una grave forma di neuropatia diabetica) sarà molto complicato poter praticare il DN. Tuttavia, per i soggetti con disturbi della sensibilità ci sono delle eccezioni, come per i pazienti post ictus o con altre patologie neurologiche che possano comunque portare a disturbi della sensibilità associati a dolore e spasticità, in cui il DN può essere molto utile. Infine, va prestata molta attenzione nel decidere se usare questa tecnica pure nei pazienti oncologici, il cui dolore potrebbe non giovare dal trattamento, salvo rare eccezioni che andrebbero attentamente valutate.

Intervista a cura di Roberto Nappi

Didattica a Distanza: riflessioni di un Neuropsichiatra Infantile

Dr. Matteo Alessio Chiappedi

Dr. Matteo Alessio Chiappedi
Centro Cefalee dell'Età Evolutiva – S. C. Neuropsichiatria Infantile Istituto Neurologico Nazionale IRCCS C. Mondino/U.O.S. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza di Vigevano - ASST Pavia

La Pandemia da SARS-CoV-2 è stata un evento che ha colto impreparato il mondo intero, seppure con molteplici differenze di approccio e risposta (sia a livello di organizzazioni politiche e sanitarie, sia a livello culturale). In particolare, il mondo della scuola in Italia si è trovato costretto a inventare quasi dal nulla una nuova modalità per raggiungere gli studenti, impossibilitati a recarsi a scuola in quanto per definizione luogo di aggregazione (e quindi di possibile diffusione di contagio). Praticamente, l'intero secondo quadrimestre dell'anno scolastico 2019-2020 è stato caratterizzato dal ricorso alla Didattica a Distanza: sebbene però tale termine sia divenuto familiare, grazie alle cronache, non è corretto immaginare tale strumento come qualcosa di uniforme. La realtà è stata più simile al vestito di Arlecchino, con frammenti piccolissimi e tra loro estremamente variegati: citando solo gli estremi, in alcuni casi sono state trasmesse alle famiglie schede di attività didattiche da svolgere sotto il monitoraggio dei genitori, mentre ci sono stati esempi di mantenimento del contatto (seppure mediato dallo strumento informatico) in forma quotidiana e per un tempo significativo. Oltre alle scelte dei diversi istituti, permesse dalla normativa in materia di autonomia scolastica, altri fattori hanno poi contribuito alla riuscita della Didattica a Distanza: l'età degli studenti, correlata al livello scolastico e di autonomia rispetto alle attività proposte; la disponibilità nelle diverse case di strumenti tecnologici adeguati e di una connessione a Internet sufficientemente stabile; la possibilità dei genitori di essere di supporto ai figli, combinando la propria preoccupazione per la situazione e il lavoro a distanza con le esigenze dell'apprendimento. Il risultato di tutto questo non può quindi per definizione essere letto in modo univoco e sintetico. Certamente, è da elogiare l'impegno di quei docenti che hanno letteralmente inventato un nuovo modo di svolgere il loro lavoro in pochi giorni (specie considerando, come ha dimostrato quanto osservabile nel secondo anno di pandemia, che alcuni non hanno neppure pensato di imparare dall'esperienza). Rispetto all'apprendimento, stanno emergendo gli effetti a dir poco deludenti vissuti da quasi tutti gli studenti: diversi articoli, tra l'altro pubblicati da gruppi di ricerca attivi in parti diverse del mondo e quindi osservando realtà operative diverse, confermano che c'è stato un rallentamento delle acquisizioni, massimamente evidente per chi aveva già in precedenza delle difficoltà in questo ambito. Significativo è l'esempio dei soggetti affetti da Disturbo Specifico

dell'Apprendimento, in cui anche il nostro gruppo ha potuto documentare il mancato raggiungimento dell'evoluzione minimale attesa delle competenze di lettura in circa due terzi dei bambini durante il periodo di Didattica a Distanza del cosiddetto "primo lockdown". Altri lavori documentano una riduzione delle capacità motorie globali e in particolare di uso finalizzato dell'atto motorio (cosiddette "abilità prassiche"), effetto certamente anche del confinamento presso la propria casa vissuto a seguito delle misure intese a contenere i contagi. Globalmente, si registra una minore acquisizione di competenze in ambito matematico, scientifico e di cultura generale. Il caso dei bambini affetti da cefalea è altrettanto interessante, sebbene le osservazioni scientifiche non siano ancora pienamente disponibili e certamente non siano complete. Va detto come prima cosa che la pandemia da SARS-CoV-2 e le misure ad essa correlate chiaramente non potevano avere - e non hanno avuto - un effetto sui meccanismi biologici fondanti la cefalea, se non per il rallentamento nella risposta sanitaria (gravoso in questo come in tutti gli ambiti della medicina, con conseguenze i cui effetti iniziano appena a intravvedersi e che già si coglie saranno gravi per diversi anni a venire). Nell'età evolutiva, però, è da tempo noto che i meccanismi biologici che sostengono la cefalea primaria (ossia senza riconoscibile causa in altra patologia o condizione) sono fortemente interfacciati con i fattori emotivi. Si tratta in fondo del riconoscimento dell'importanza del sistema dello stress, già descritto nei lavori pionieristici di Hans Selye e che rappresenta concretamente la prova della necessità di una lettura secondo modelli sistemici della patologia (stante l'impossibilità di mantenere le rigide separazioni tra organi e apparati artificiosamente costruite dalla evoluzione della medicina soprattutto nel mondo occidentale). L'esperienza del lockdown ha prodotto effetti variabili sulla cefalea, che sembra per il momento di poter ricondurre a due situazioni principali (con un modello sicuramente adatto più a una riflessione sui grandi numeri che sui singoli soggetti). Quei ragazzi che avevano nell'aspetto di ansia sociale uno stimolo importante per l'aumento del numero e della severità degli attacchi, infatti, hanno paradossalmente avuto un beneficio dal fatto di essere sottratti alla necessità di esporsi agli altri, salvo tornare a stare a volte ancora peggio di prima una volta divenuta possibile la ripresa della vita sociale e scolastica. D'altro canto, quei ragazzi che trovavano nella scuola e nei pari età un sostegno importante per gestire le loro fragilità emotive, hanno perso questo supporto in un periodo carico di incertezze, di legittime paure per la salute propria e dei propri cari, finendo per incrementare quanto meno il numero degli attacchi. Di fronte a tutto questo, stupisce la sostanziale assenza di attenzione che la politica italiana continua a manifestare di fronte alle giovani generazioni, a partire dai soggetti più fragili. Se si escludono le note di esenzione dall'uso della mascherina, trovare una parola di attenzione ai bambini e agli adolescenti, specie se affetti da disturbi neuropsichici, nei molteplici decreti emessi dal Presidente del Consiglio dei Ministri e nei diversi decreti legge è quasi impossibile. Mentre sin da subito era stato accuratamente normato il legittimo diritto dei cani di casa alla passeggiata quotidiana, solo un intervento molto forte da parte dell'Associazione Italiana Famiglie ADHD ha permesso ai neuropsichiatri infantili di certificare il diritto a un briciolo di attività motoria per bambini affetti da una patologia che per definizione si caratterizza per l'iperattività fisica. Addolora, però, vedere che sia necessario tanto impegno per ottenere qualcosa che il buon senso dovrebbe far ritenere banale (eventualmente supportato dall'ascolto di chi si occupa ogni giorno del prossimo suo malato). Chi, ad esempio, a qualsiasi età soffre di cefalea non ha certamente bisogno di altro dolore, purtroppo la sua patologia ne causa già troppo.

Cinquant'anni di ricerca e cura al Centro Cefalee di Pavia*

Cinquant'anni, mezzo secolo, il tempo di una vita, un lungo istante pieno di idee, progetti, sogni, illusioni, cambiamenti, innovazioni. Cinque decadi che hanno cambiato il concetto di cefalea, da disturbo femminile con connotazioni prevalentemente psichiatriche a malattia neurologica cronica e disabilitante. Cinque decadi in cui la figura dell'esperto di cefalea è nata e poi cresciuta in termini di valenza scientifica e clinica, vedendo simultaneamente ampliarsi l'armamentario terapeutico, che è passato dall'utilizzo di terapie 'riciclate' a farmaci specifici: negli anni Novanta i triptani per il trattamento sintomatico; oggi gli anticorpi monoclonali diretti contro il calcitonin gene-related peptide, i gepanti e i ditani. Cinquant'anni di lavoro, fatica, soddisfazioni, collaborazioni, scoperte che hanno preso avvio dall'intuizione straordinaria e dalla propulsione visionaria di una mente brillante, atipica, a tratti difficile, sempre travolgente. A me, che sono salita sulla locomotiva del Centro Cefalee di Pavia quando era già in corsa, sono bastati pochi mesi per innamorarmi dell'emicrania e della cefalea a grappolo, malattie devastanti che originano dalla disfunzione di strutture site nell'organo vitale per eccellenza, il cervello, ma che a quello non si limitano, estendendosi a coinvolgere l'intero corpo, riducendolo all'inattività per ore o giorni, cancellando temporaneamente tutto ciò che non è dolore: aspirazioni, passioni, lavoro, affetti, famiglia. Il frutto del lavoro degli headache kids guidati dal prof. Giuseppe Nappi in questi 50 anni è qui raccolto e raccontato per ricordare, per non dimenticare, per proseguire con orgoglio e determinazione sulla strada tracciata. Quello a cui hanno dedicato le ore del giorno e, spesso, anche quelle della notte non può fermarsi o andare perduto con il trascorrere del tempo, ma va anzi custodito, difeso e ampliato per poter strappare giorni di vita alla malattia e restituirli ai pazienti, per formare nuovi clinici e scienziati che a ciò si dedichino e per proseguire in questo viaggio troppo entusiasmante per cambiare rotta.

* Introduzione della Prof.ssa Cristina Tassorelli alla monografia "Cinquant'anni di ricerca e cura al Centro Cefalee di Pavia" a cura di Valentina Cani (Università di Pavia) – Glifo Associati Editore 2021

Al.Ce. Alleanza Cefalalgici CIRNA FOUNDATION ONLUS

CAMPAGNA ADESIONI Al.Ce. 2022

Grandi novità per la Campagna Adesioni Al.Ce. 2022 non più necessariamente legata ad una donazione minima, ma con omaggi e servizi utili riservati a chi desidera accompagnarla con un contributo economico. Scopri tutte le novità e come aderire nella pagina dedicata su www.cefalea.it

PIÙ SIAMO, PIÙ CONTIAMO

La Cefalea in cucina

La cioccolata e il mal di testa

Cosa avranno pensato i primi conquistadores osservando le popolazioni indigene del Centroamerica consumare quella strana bevanda scura e calda, dal sapore inconsueto (pare che, assaggiandolo, Cristoforo Colombo lo reputò imbevibile), ma alla cui pianta poi diedero il nome di Theobroma, dal greco: cibo degli dèi? Oggi parleremo della cioccolata, che si produce a partire dalle fave di cacao, pianta il cui frutto era usato come moneta di scambio dalle popolazioni precolombiane e che si riteneva fosse appunto un dono divino. Speriamo di rendere giustizia ad un alimento assai prezioso, ma spesso malvisto dai pazienti con cefalea (in particolare dagli emicranici). Come per il caffè, si tratta di un prodotto di recente inserimento nell'alimentazione europea, precisamente dal 1600, ma che rapidamente si è affermato grazie ad alcuni effetti esercitati da sue componenti sul cervello, molto apprezzati dai consumatori abituali. Tra le tante, sono presenti tre molecole di particolare interesse: la caffeina (di cui sapete già tutto) e la teobromina (altro alcaloide tipico del cacao) e la feniletilamina (una molecola dalle interessantissime proprietà, antidepressive ed euforizzanti, che sarebbe anche in grado di migliorare le performances cognitive). Inoltre, il cacao è ricco di polifenoli, molecole naturali aventi un'azione antinfiammatoria, antiossidante e protettiva sul sistema vascolare. Tutto meraviglioso, allora? In parte. Infatti, il cacao e la cioccolata vengono spesso sconsigliati ai soggetti emicranici perché secondo alcuni studi rappresenterebbero il secondo fattore alimentare dopo l'alcool per l'innesco della crisi emicranica. Si calcola che circa un 20% dei soggetti con emicrania abbia problemi proprio con la cioccolata. Come mai questo? Potrebbe dipendere dai suddetti alcaloidi che, pur avendo un effetto inizialmente protettivo, nel lungo periodo e aumentando le dosi potrebbero portare a un peggioramento del mal di testa, esattamente come avviene col caffè. Inoltre, anche la feniletilamina presente nella cioccolata potrebbe essere, potenzialmente, responsabile dello scatenamento del mal di testa: si tratta, infatti, di un'amina, come l'istamina o la tiramina presenti in altri alimenti, quindi appartenente a una famiglia di molecole (le amine appunto), notoriamente ritenute in grado di innescare l'emicrania. Ma è sempre così? Il discorso è assai più complicato. Innanzitutto, sicuramente la cioccolata può avere degli effetti psicotropi da non sottovalutare (famosa era la tossicodipendenza da cioccolata, come quella di cui soffriva la madre della protagonista del romanzo "Dell'amore e di altri demoni" di Gabriel García Márquez), ma non è un problema di comune riscontro oggi, considerato il tipo di consumo che se ne fa in Occidente. Esiste anche una storiellina (vera) che si usa per spiegare il concetto statistico di correlazioni spurie: i Paesi in cui si consuma più cioccolata hanno più vincitori di Premi Nobel. Insomma, al cervello piace tanto la cioccolata, sennò non avrebbe mai avuto tutto questo successo e, forse, ci rende pure più intelligenti: tutti ottimi motivi per mangiarne, peccato non poterlo fare a causa del mal di testa. Ma è davvero tutta cioccolata quella che mangiamo e ci fa male? In realtà, non è così. Ad esempio, la famosa crema spalmabile nazionalpopolare, senza la quale il mondo non sarebbe lo stesso (per parafrasare un suo celebre spot), ha meno dell'8% di cacao ed è giusto così, essendo tecnicamente una crema alla nocciola, eppure spesso proprio la cefalea dopo l'assunzione di questo prodotto viene usata come evidenza a favore del fatto che la cioccolata faccia male. Al contrario, anni fa fu condotto uno studio in una popolazione di soggetti che ritenevano avere la cioccolata come proprio fattore di scatenamento dell'emicrania. A ciascun soggetto fu fatto assaggiare varie volte del cioccolato fondente, o un surrogato a base di farina di carrube, per valutare quando sarebbe insorto il mal di testa. Ebbene, furono molti più gli attacchi che fecero seguito all'assunzione del surrogato, che non al cioccolato, a dimostrazione che il presunto effetto scatenante era in realtà per molti di loro solo una supposizione infondata. Purtroppo, ci saranno sicuramente persone a cui la cioccolata fa male, e se ne dovranno privare, ma forse non sono così tante come si crede. Poi, bisogna sempre ricordare che "è la dosa a fare il veleno", quindi magari ciascun emicranico ha una soglia di tollerabilità al di sotto della quale il mal di testa non esplode. E ancora, non tutte le cioccolate sono uguali: gli ingredienti, la modalità di preparazione, il tipo di coltivazione e la lavorazione delle fave di cacao può portare a far ricadere sotto il comune nome di cioccolata prodotti assai differenti tra di loro. Abbiamo iniziato parlando del cibo degli dèi, potremmo finire tornando ad essi. La più nota divinità afflitta da cefalea era Zeus che, essendosi svegliato un mattino con un tremendo mal di testa, se la fece aprire da Efesto per far nascere Atena, la dea della conoscenza. Insomma, cefalea e conoscenza andavano di pari passo nella testa del padre di tutti gli dèi: che si fosse pure lui nutrito di Theobroma cacao, il cibo degli dei? Chissà!

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

Dona il tuo 5 per mille sulla dichiarazione dei redditi alla Fondazione CIRNA Onlus, 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 al sostegno del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale presente nell'apposita scheda e apporre la propria firma (senza la quale la scelta sarà considerata nulla!).*
Grazie. PIÙ SIAMO, PIÙ CONTIAMO!

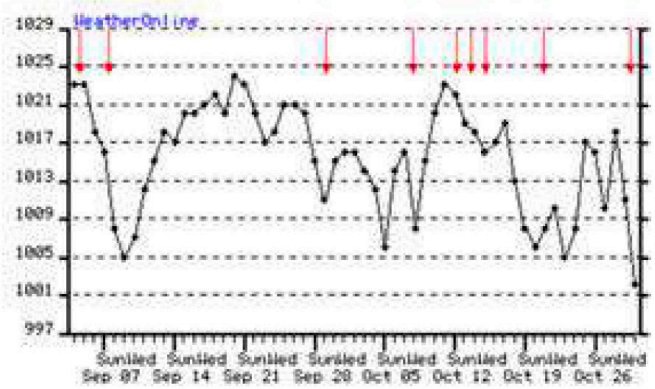
Cefalee Today AMARCORD

Quando l'emicrania sente il tempo - Metereopatia e cefalee

Descrizione delle crisi rispetto al clima. La testimonianza di un paziente

Settembre/Ottobre 2003

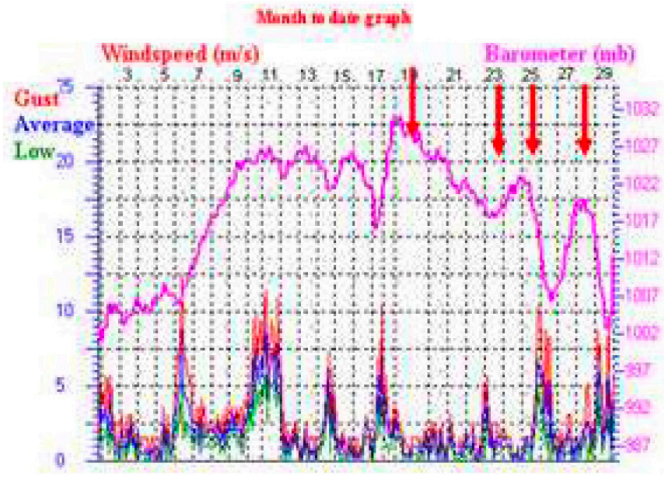
Data	Durata	Descrizione	N. analgesici
05/09/03	14 h	Inizio lieve al risveglio h 8, graduale aumento fino a sera	2 (h 10-16)
08/09/03	5 h	Inizio 18	1 (h 21)
29/09/03	2 ½ h	Inizio 18	1 (h 18:40)
08/10/03	14 h	Inizio lieve al risveglio h 8, graduale aumento fino a sera	
13/10/03	4 h	Inizio h 8	
14/10/03	8 h	Inizio h 13, fine dopo cena h 21:30	1 (h 16)
15/10/03	12 h	Inizio h 16, graduale aumento fino al mattino	2 (h 17 – 24)
21/10/03	12 h	Inizio h 14	1 (h 17)
31/10/03	21 h	Inizio h 13, aumento fino alle 20, continua fino al giorno successivo h 10	2 (h 21:30 - 8:30)



Legenda : Le frecce rosse indicano la ricorrenza degli attacchi; il grafico in nero mostra la pressione barometrica

Dicembre 2003

Data	Durata	Descrizione	N. analgesici
1-18/12		Nessuna crisi	
19/12	15 h	Inizia al risveglio, graduale aumento fino a sera	2 (h 9:30 - 17)
23/12	11 h	Lieve mal di testa dal risveglio fino alle 19	1 (h 9)
25/12	7 h	Inizio alle 13, viaggio a Positano, finisce dopo un riposo di 1 h prima di cena	2 (14:30 - 23:00)
26/12	-	Sintomi influenzali, riposo	1 (h 3)
27/12	3 h	Lieve mal di testa al risveglio	1 (h 9)
28/12	18 h	Mal di testa inizia verso le 13 ed aumenta gradualmente. Viaggio per Roma h 16-19:30. Fortissimo verso le 19. Riposo, graduale miglioramento, scomparso la mattina successiva alle 7	1 (h 4)
29-31		Nessun sintomo	
1-gen		Lieve mal di testa	1 (h 11)



Legenda: Le frecce rosse indicano la ricorrenza degli attacchi; il grafico in rosa mostra la pressione barometrica e i grafici sottostanti (rosso, blu,

Esempio di crisi

5 febbraio 2004 - Al mattino sveglia verso le 9 (lieve mal di testa). Colazione solita (muesli) e un caffè al bar. Alle 10:30: analgesico. Lavoro al computer e telefonate. Alle 13 pranzo (un calzone alla verdura, polpette con purea). 13:30 riprendo il lavoro al computer. Il mal di testa aumenta gradualmente. Alle 16 è fortissimo e sono costretto a smettere di lavorare. Senso di nausea, stimolo al vomito. Mi sdraio sul letto e leggo, non riesco a dormire. Verso le 20 mi addormento. 4:30: risveglio con un residuo di mal di testa. Leggo per un'ora e torno a letto. 8:30: mi risveglio senza più dolori.
La luna è al 14° giorno (luna piena).

La pressione atmosferica durante il giorno 5 febbraio si è abbassata di 3 mbar da 1036 mbar alle 12 a 1033 mbar alle 17. Dopo un periodo di stabilità la pressione riprende ad oscillare maggiormente.

Il giorno precedente 4 febbraio, sveglia h 8:30, colazione (muesli e latte) e caffè al bar. Lavoro al computer. Alle 11 riunione di lavoro fino alle 12:30. Pranzo e pomeriggio lavoro al computer. Prima di cena una pera. Cena a base di pesce e patate lesse, un bicchiere di vino rosso, uno yogurt. Dopo cena lavoro al computer fino alle 23.

Riferimento web: i grafici sull'andamento della pressione atmosferica sono reperibili su: www.wetteronline.com e home.hautron.com/weather/wx3.html
M.P. (Roma)