

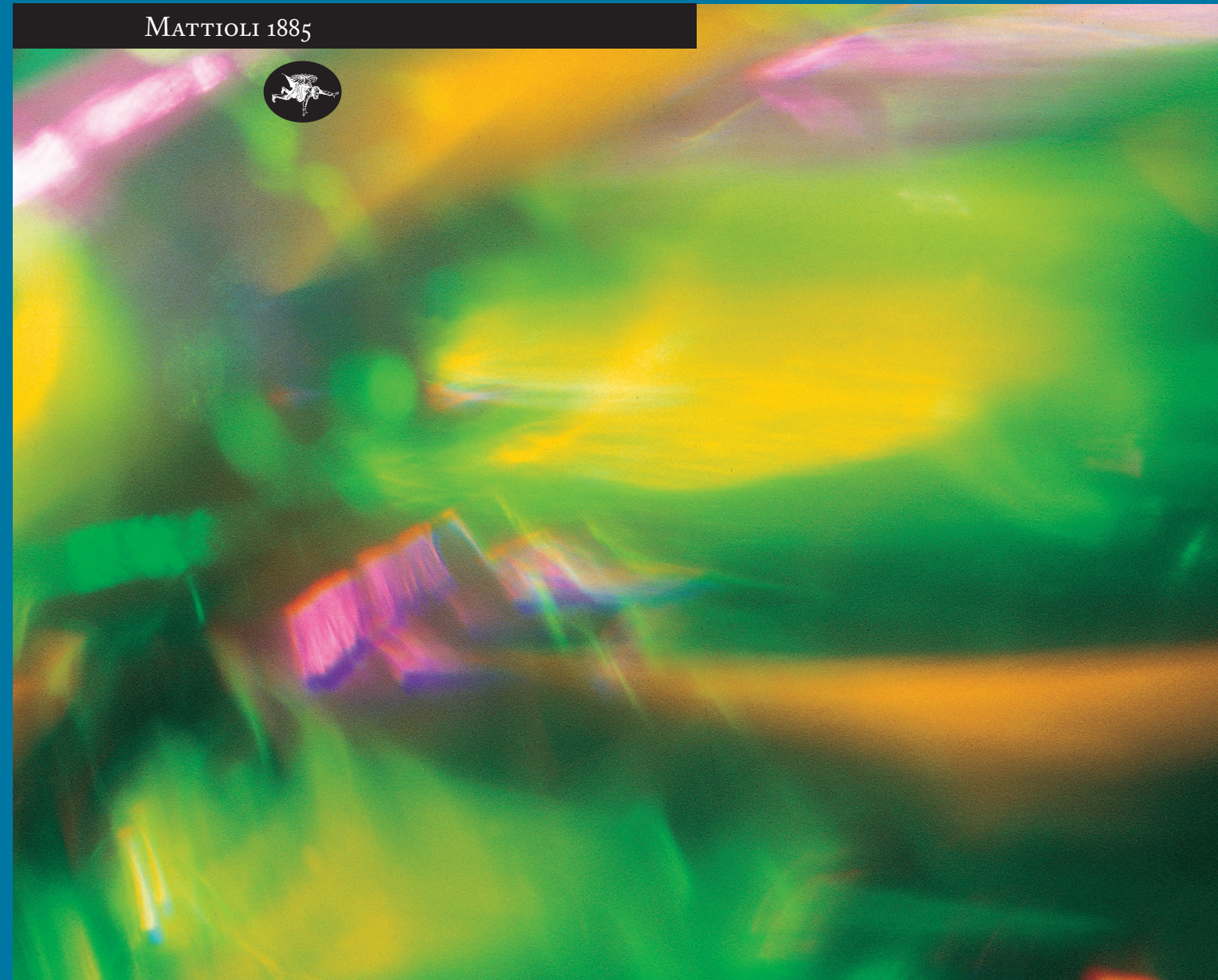
CONFINIA CEPHALALGICA

Rivista Italiana di Medicina delle Cefalee

Indexed in Scopus

www.cefalea.it

MATTIOLI 1885



CONFINIA CEPHALALGICA

EDITORIAL BOARD

EDITOR-IN-CHIEF

Francesco Maria Avato (Ferrara)

CO-EDITORS

Massimo Allegri (Parma)
Vincenzo Guidetti (Roma)
Pier Giuseppe Milanese (Pavia)
Giorgio Sandrini (Pavia)

ADVISORY BOARD

Colette Marie Andrée (Zurigo, Basilea)
Marco Arruda (Riberão Preto)
Giampaolo Azzoni (Pavia)
Giacinto Bagezza (Cosenza)
Umberto Balottin (Pavia)
Veronika Baltzer (Concepción)
Nelson Barrientos (Santiago del Cile)
Giorgio Bono (Pavia, Varese)
Carlos Bordini (Riberão Preto)
Mario Borghese (Cordoba)
Daniele Bosone (Pavia)
Audrey Craven (Dublino)
Egidio D'Angelo (Pavia)
Silverio Di Rocca (Lugano)
Guido Fanelli (Parma)
Rosa Maria Gaudio (Ferrara)
Roberta Gazzini (Parma)
Armando Genazzani (Novara)
Antonio Guidi (Roma)
Faycal Hentati (Tunisi)
Eugenio Luigi Iorio (Salerno)
José Miguel Lainez (Valenza)
Giovanni Pietro Lombardo (Roma)
Gian Camillo Manzoni (Parma)
Libero Marmiroli (Reggio Emilia, Santo Domingo)
Emilia Martignoni (Pavia, Novara, Varese) (†)
Paolo Mazzarello (Pavia)
Mario Medici (Montevideo)
Giuseppe Micieli (Pavia)
Arrigo Moglia (Pavia)
Dimos Mitsikostas (Atene)
Enrico Montanari (Parma)
José Pereira Monteiro (Oporto)
Emilio Perucca (Pavia)
Massimo Musicco (Milano)

Rossella E. Nappi (Pavia)
Aynur Ozge (Mersin)
Plinio Richelmi (Pavia)
Gianluigi Riva (Pavia)
Gustavo C. Román (Bogotá, Houston)
Ermes Rosan (Pordenone)
Jorge Salerno (Varese, Asunción)
Marjolijn J. Sorbi (Utrecht)
Leopold Saltuari (Innsbruck)
Gerardo Sangermano (Salerno)
Eidiltz Markus Schneider (Tel Aviv)
Jean Schoenen (Liegi)
Aksel Siva (Istanbul)
Santiago Spadafora (Buenos Aires)
Tim Steiner (London, Trondheim)
Cristina Tassorelli (Pavia)
Mario Giovanni Terzano (Parma)
Roberto Thomas (Roma)
Luciano Vasapollo (Roma)
Tomaso Vecchi (Pavia)
Pierangelo Veggiotti (Pavia)
Carlo Ventura (Bologna)
Nathan Watenberg (Tel Aviv)
Alessandro Zanasi (Bologna)
Nicola Zerbinati (Pavia, Varese, Buenos Aires)

ASSOCIATE EDITORS

Francisco Aguilar (Città del Messico)
Fabio Antonaci (Pavia)
Filippo Brighina (Palermo)
Deusvenir de Souza Carvalho (San Paolo)
Letizia Casiraghi (Pavia)
Domenico Cassano (Salerno)
Cristina Cereda (Pavia)
Mauro Ceroni (Pavia)
Alfredo Costa (Pavia)
Stefania de Matteo (Roma)
Cherubino Di Lorenzo (Milano)
Vittorio Di Piero (Roma)
Cecilia Ferronato (Ferrara)
Maria de Lourdes Figuerola (Buenos Aires)
Lourdes Alicia Diaz Fernandez (La Habana)
Roberto Fogari (Pavia)
Rosario Iannacchero (Catanzaro)
Jera Kruja (Tirana)

Franco Lucchese (Roma)
Ion Moldovanu (Chisinau)
Sofia Natriashvili (Tbilisi)
Cristina Perez (Montevideo)
Antonio M. Persico (Messina)
Lino Potenza (Buenos Aires)
Ennio Pucci (Pavia)
Adina Roceanu (Bucarest)
Paolo Rossi (Roma)
Mario Ireneo Sturla (Pavia)
Noemi Tinetti (Buenos Ayres)
Paola Torelli (Parma)
Chanhez Charfi Triki (Sfax)
Vincenzo I. Valenzi (Milano, Lugano)
Alexandre Veriano (San Paolo)
Maurizio Versino (Pavia)

DIRETTORE EDITORIALE

Silvia Molinari (Pavia)

SCIENTIFIC SECRETARY

Simonetta Adamanti (Parma)
Marta Allena (Pavia)
Natalia Arce Leal (Cordoba)
Sandro Blasi Esposito (San Paolo)
Sara Bottiroli (Pavia)
Davide Maria Daccò (Pavia)
Ilaria De Cillis (Pavia)
Roberto De Icco (Pavia)
Rui Duarte (Lisbona, Pavia)
Alex Espinoza (Santiago del Cile)
Federica Ferraroni (Parma)
Letizia Gambazza (Parma)
Vanessa Potenza (Berna)
Caterina Ricupero (Pavia, Ciudad Bolívar)
Gianluigi Riva (Pavia)
Salvatore Terrazzino (Novara)
Federica Vasapollo (Roma)
Michele Viana (Pavia, Novara)
Cristina Voiticovschi-Iosob (Chishinău)

DIRETTORE RESPONSABILE

Roberto Nappi (Pavia)



MATTIOLI 1885

srl- Strada di Lodesana 649/sx
Loc. Vaio - 43036 Fidenza (Parma)
tel +39 0524 530383
fax +39 0524 82537
www.mattioli1885.com
E-mail: redazione@mattioli1885.com

EDITORIAL OFFICE

Valeria Ceci
E-mail: valeriaceci@mattioli1885.com

FONDAZIONE CIRNA ONLUS
Editore
Sede Legale: Corso Mazzini, 3 - Pavia
Tel. 0382 539468 - Fax 0382 520070
E-mail: cirna@cefalea.it
website: www.cefalea.it

REDAZIONE CONFINIA CEPHALALGICA
IRCCS Fondazione "Istituto Neurologico
Nazionale C. Mondino" (Pavia)
Tel.: +39.0382.380299 - Fax: +39.0382.380448
E-mail: confinia@mondino.it



Mattioli 1885

srl- Strada di Lodesana 649/sx
Loc. Vaio - 43036 Fidenza (Parma)
tel 0524/530383
fax 0524/82537
www.mattioli1885.com

DIREZIONE GENERALE
Direttore Generale
Paolo Cioni
Vice Presidente e Direttore Scientifico
Federico Cioni

DIREZIONE EDITORIALE
Editing Manager
Anna Scotti
Editing
Valeria Ceci
Foreign Rights
Nausicaa Cerioli

MARKETING E PUBBLICITÀ
Direttore Commerciale
Marco Spina
Responsabile Area ECM
Simone Agnello
Project Manager
Natalie Cerioli
Massimo Radaelli
Responsabile Distribuzione
Massimiliano Franzoni

CONFINIA CEPHALALGICA
Registrazione Tribunale di Milano
N. 254 del 18/04/1992
Periodicità quadrimestrale

I dati sono stati trattati elettronicamente e utilizzati dall'editore Mattioli 1885 spa per la spedizione della presente pubblicazione e di altro materiale medico scientifico. Ai sensi dell'Art. 13 L. 675/96 è possibile in qualsiasi momento e gratuitamente consultare, modificare e cancellare i dati o semplicemente opporsi all'utilizzo scrivendo a: Mattioli 1885 srl - Casa Editrice, Strada della Lodesana 249/sx, Loc. Vaio, 43036 Fidenza (PR) o a direct@mattioli1885.com

Confinia Cephalalgica è indicizzata in Scopus.

INDEX

Volume 26 / n. 2

Ottobre 2016

RASSEGNE

- 43 *Davide Maria Daccò*
L'emigrazione italiana in Argentina (Parte I)

DALLA RICERCA

- 57 *Franco Lucchese, Santiago Spadafora*
Attività internazionali di ricerca tra UCADH-Sapienza-ISALUD

RUBRICHE

Approfondimenti terapeutici

- 62 *Marta Allena, Salvatore Terrazzino, Ennio Pucci, Cristina Tassorelli*
Antiemetici specifici in Europa e nel mondo

- 68 *Luisa Gervasio, Cinzia Fattore, Ennio Pucci, Fabio Antonaci*
Indicazioni all'uso della diidroergotamina nel trattamento del dolore emicranico alla luce della informativa AIFA 2013

- 73 *Ennio Pucci*
Il possibile ruolo delle terapie complementari nel trattamento delle cefalee: dalle modalità 'classiche' ai preparati enzimatici biodinamici

UNITI DAL MAL DI TESTA

La parola alle Associazioni

- 77 *Paolo Rossi, Jane Whelan, Audrey Craven, Elena Ruiz De La Torre*
La Cefalea a Grappolo. Foglio di informazione a cura di European Headache Alliance

LETTERE ALLA REDAZIONE

- 80 *Ferruccio Diozzi*
Un libraio, un editore, un gentiluomo: ricordo di Geppino Guida

OBITUARY

- 82 *Nelson Barrientos Uribe*
Homenaje al Dr. Jorge Leston

DALLA LETTERATURA INTERNAZIONALE

- 84 *Marta Allena, Michele Viana (a cura di)*
Abstract di interesse cefalalgico

L'emigrazione italiana in Argentina (Parte I)

Davide Maria Daccò

Docente di Lingua e Cultura Italiana, Istituto Montserrat, Barcellona

Riassunto. Nella prima parte di questo articolo si prende in considerazione il complesso e articolato fenomeno dell'emigrazione italiana in Argentina, suddivisibile in due fasi principali: la prima tra il 1870 e il 1915 -interrotta con lo scoppio della Grande Guerra-, la seconda nel periodo immediatamente successivo al secondo dopoguerra. Tenendo come punto di riferimento alcune opere della produzione letteraria di Edmondo De Amicis -*Sull'Oceano* in primis, romanzo in cui viene raccontato il viaggio reale dello scrittore dal porto di Genova a quello di Buenos Aires, ma anche il racconto *Dagli Appennini alle Ande* e altri scritti del narratore di Oneglia- vengono ricostruite le peculiari dinamiche e modalità attraverso cui si realizzarono i massicci flussi migratori dall'Italia al Rioplatà. Viene inoltre esaminata l'importanza dell'impronta italiana in Argentina e le origini di quel singolare sentimento di *italianità* che, fin dalle opere dei più importanti autori rioplatensi (tra gli altri Borges, Paz e Arlt), permea il sentire identitario argentino e rappresenta ancora oggi un importante *fil rouge* tra le due nazioni.

Parole chiave: Argentina, Buenos Aires, conventillos, De Amicis, immigrazione, quartiere La Boca, Sull'Oceano

ITALIAN EMIGRATION TO ARGENTINA (PART I)

Summary. In the first part of this article we consider the complex and multifaceted process of Italian emigration to Argentina, divided into two main phases: the first, which lasted from 1870 to 1915, ended with the outbreak of WW I, while the second followed immediately in the wake of WW II. Making reference to several works by Edmondo De Amicis - *Sull'Oceano* primarily, the novel that tells of the real trip done by the writer from the port of Genoa to Buenos Aires, but also the short story *Dagli Appennini alle Ande*, and others of his writings -, we reconstruct the peculiar dynamics of and manner by which the massive migration flows from Italy to Argentina came about. We consider the importance of the mark left by Italians in Argentina and the origins of that unique *Italian spirit* that, from the works of the most important Argentinian writers (Borges, Paz and Arlt among others), had a remarkable influence in the building of the Argentinian national identity and still today represents an important connection between the two countries.

Key word: Argentina, neighborhood La Boca, Buenos Aires, conventillos, De Amicis, immigration, Sull'Oceano

LA EMIGRACIÓN ITALIANA A LA ARGENTINA (PARTE I)

Resumen. La primera parte de este ensayo examina el complejo y ramificado fenómeno de la emigración italiana a la Argentina, dividida en dos fases principales: la primera entre el 1870 y el 1915 interrumpida por el estallido de la Primera Guerra Mundial y la segunda en el periodo inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial. Tomando como punto de referencia varias obras de la producción literaria de Edmondo De Amicis - *Sull'Oceano*, en primer lugar, novela que trata del viaje real del escritor desde el puerto de Génova hacia Buenos Aires, pero también el cuento *Dagli Appennini alle Ande* y otros escritos - se procederá a un análisis de las características dinámicas y modalidades a través de las cuales surgieron luego los masivos flujos migratorios desde el Italia hacia el Rio de la Plata. Además examinaremos la im-

portancia de la huella italiana en Argentina y los orígenes de ese singular sentimiento de italianidad que se puede encontrar en las obras de unos de los más importantes autores argentinos (Borges, Paz, Arlt entre los otros); sentimiento que constituye un importante rasgo en la constitución de la identidad argentina y representa aún hoy en día un importante hilo rojo entre los dos países.

Palabras clave: Argentina, barrio La Boca, Buenos Aires, conventillos, De Amicis, emigración, Sull'Oceano

Los argentinos son italianos que hablan español y se creen franceses

(Gli argentini sono italiani che parlano spagnolo e che si credono francesi)

Octavio Paz

L'emigrazione quale equivalente critico della morte

Quando si analizza il fenomeno dell'emigrazione a larga distanza, quale quella degli italiani oltreoceano durante tutto il secolo XIX, è fondamentale tenere ben presente la differenza cruciale che la contraddistingue rispetto ad analoghe esperienze orientate secondo direttrici interne al paese o europee: cioè il carattere definitivo e pressochè irrisolvibile della scelta presa. Mentre, per fare esempi lontani tra loro nel tempo, un immigrato che si trasferiva per un impiego nella fabbrica della Fiat a Torino, o veniva chiamato a lavorare nelle miniere di Boiz du Cazier de Marcinelle in Belgio o, ancora, che si inseriva nelle maglie del sistema produttivo stagionale tedesco, aveva chiara la possibilità di rivedere prima o poi - in alcuni casi dopo pochi mesi, in altri dopo anni - la propria terra e la casa natia, l'italiano che si appresta ad attraversare l'oceano in cerca di una vita migliore nutre invece in se stesso un senso di abbandono senza risoluzione di termini: sa che molto probabilmente non vedrà mai più quello lascia alle sue spalle, la casa, gli affetti, la città o il paese dove è cresciuto e dove persino le pietre lo conoscono.

Si comprende bene allora quanto lontana - fisicamente e concettualmente - sia questo tipo di migrazione rispetto alle due precedenti, non solo una scelta difficile dettata da una contingenza che non sembra suggerire altre possibilità, ma una frattura esistenziale, vera e propria cesura di vita che marca in maniera netta e spesso drammatica un *prima* e un *dopo*.

Non a caso il continente americano veniva chiamato *Il Nuovo Mondo*, una definizione interessante non tanto per il qualificativo impiegato in aperta antitesi al *Vecchio* che veniva a connotare l'Europa, ma proprio per il sostantivo *Mondo*. Si tratta di un *altro* mondo, un mondo a parte e luogo totalmente altro rispetto a quello cui l'individuo era abituato, con coordinate cronotopiche del tutto distinte, per cui la distanza materiale è anche distanza culturale.

L'emigrazione risulta allora una cesura esistenziale netta, una trasformazione, e l'individuo per aprirsi a questo mondo nuovo e al suo nuovo futuro deve chiudere le porte del suo passato, deve fare morire una parte di sé. L'emigrante, come nota Luigi Barzini (1): *muore alla sua vita consueta. Muore per i suoi, muore per il suo paese, sparisce verso l'ignoto*; *coloro che si imbarcano sui grandi piroscafi transoceanici gridano "addio" e par che gridino "aiuto!"*.

Così sostiene anche Ernesto De Martino, che in *Morte e pianto rituale*, dice: *l'emigrazione è un equivalente critico della morte* (2).

Questo aspetto tragico e disperato del viaggio, reso ancor più intenso dal sentimento di incertezza di chi abbraccia uno stato di cose ignoto, viene esemplarmente messo in luce da De Amicis nel romanzo *Sull'Oceano* (3), che racconta la storia del viaggio reale compiuto dallo scrittore sul piroscafo *Nord America* (chiamato *Galileo* nel libro) dal porto di Genova a quello di Buenos Aires. Si tratta di un documento unico per quanto riguarda la storia dell'immigrazione italiana in Argentina a fine Ottocento, perchè ideato come diario di bordo e redatto secondo i rigorosi criteri dell'osservazione scientifica di stampo positivista.

Anche i vari episodi allegri che si incontrano durante la narrazione non fanno altro che mettere in risalto lo sfondo malinconico del viaggio, la cui atmosfera sconsolata è stata colta da Mino Milani nella sua prefazione a una riedizione del libro, nel 1991: *sul libro*

spira una tristezza profonda, né potrebbe esse diversamente, data la ragione del viaggio del "Galileo" (4).

Fin dalle prime pagine del romanzo possiamo infatti notare come sottesa alle colorite e variegiate vicende della nave *Galileo* sia presente un evidente senso di morte, colto nella sua fisionomia di partenza senza ritorno: sul molo, ad accomiarsi da coloro che partono, vi sono infatti solo poche persone, *i più curiosi, e molti amici e parenti della gente d'equipaggio, assuefatti a quelle separazioni* (5), mentre del tutto assenti sono i cari di chi si accinge a iniziare una nuova vita oltreoceano, coloro cioè che più soffrono per la partenza e per cui l'allontanamento di chi parte risulterà definitivo.

Una palpabile commozione è presente già nei primi attimi, quando la nave ancora permane ormeggiata nel porto e si scorge che:

qualche donna aveva gli occhi rossi. Dei giovanotti sghignazzavano; ma, in alcuni, si capiva che l'allegria era forzata. Il maggior numero non mostrava che stanchezza o apatia (6).

Ma è quando finalmente arriva il momento di salpare che si manifesta completamente il sentimento di tensione, in un'esplosione emotiva che sembra percorrere come una scossa elettrica l'imbarcazione:

Chi non è passeggiare a terra! Queste parole fecero correre un fremito da un capo all'altro del Galileo (...). Allora delle donne scoppiarono in pianto, dei giovani che ridevano si fecero seri, e si vide qualche uomo barbuto, fino allora impassibile, passarsi una mano sugli occhi (7).

Quello che gli immigrati stanno per intraprendere è l'inizio di una nuova vita, un nuovo stato di cose che per essere compreso nella sua interezza esige un distacco totale e assoluto da tutto il vissuto esistenziale precedente.

Se l'emigrazione assume le valenze simboliche di morte-rinascita, il momento del viaggio viene invece a porsi quale rito di passaggio, un rituale lungo le tre settimane necessarie a raggiungere il Nuovo Mondo, che presuppone un percorso di catabasi, catarsi e, infine, una - se pur ipotetica e piena di incertezze - rinascita a una vita migliore e più giusta.

Il piroscalo, come la nave di Caronte, unisce due rive che rappresentano due realtà completamente altre e arriva fino ad essere trasfigurato nell'immagine sinistra di un gigantesco mostro che:

due ore dopo che era cominciato l'imbarco (...) come un cetaceo enorme che addentasse la riva, succhiava ancora sangue italiano (8).

Peculiarità dell'immigrazione italiana in argentina

L'italianità degli argentini e i desaparecidos del 1879

Secondo una fortunata e famosa frase di Borges gli argentini si sento e sono *i figli delle navi*: [*los argentinos*] *descendemos de los barcos* (9), dove il verbo *descender* presenta, come in italiano, il polisemico significato di "scendere/discendere da" e assieme di "sbarcare".

La preponderante componente dell'immigrazione rimane infatti qualcosa di costitutivo della propria essenza culturale, soprattutto a causa della debolezza dei legami con il precedente substrato autoctono precolombino.

Il sentimento di *italianità* rimane allora assai forte non solo tra i pochi rimasti di discendenza diretta, ma anche e soprattutto tra coloro che appartengono alle generazioni successive e che sono cresciuti *bevendo insieme al latte materno i racconti e le suggestioni di quella mitica terra lontana al di là dal mare, rimpianta e sempre presente negli occhi dei genitori* (10).

In una sua fondamentale riflessione sopra la natura e i caratteri principali della letteratura argentina lo scrittore Ernesto Sabato (11) scrive:

Y acaso el problema psicologico y espiritualmente mas complejo es el descendiente de extranjeros, estraña criatura cuya sangre viene de Genova o de Toledo, pero cuya vida ha transcurrido en las pampas argentinas o en las calles de esta ciudad babilonica. Cual es la patria de estra criatura? Cual es mi patria? Crecimos bebiendo la nostalgia europea de nuestros padres, oyendo de la tierra lejana, de sus mitos y cuentos, viendo casi sus montañas y sus mares. Lagrimas de emocion nos han caido cuando por primera vez vimos la piedras de Florencia y el azul del Mediterraneo, sintiendo de pronto que centenares de años oscuros antepasados latian misteriosamente en el fondo de nuestras almas.

«E a proposito il problema psicologico e spirituale più complesso è il discendente dello straniero, strana creatura nelle cui vene scorre il sangue genovese o toledino, ma la cui vita si è svolta interamente nelle *pampas* argentine o nelle strade di questa città babilonica (Buenos Aires, ndr). Qual è la patria di questa creatura? Qual è la mia patria? Siamo cresciuti bevendo la nostalgia europea dalle bocche dei nostri padri, ascoltando di una terra lontana, i suoi miti e i suoi racconti, così da arrivare fin quasi a vedere quelle

montagne e quei mari. Lacrime di commozione hanno rigato il nostro viso quando per la prima volta abbiamo visto le pietre della città di Firenze e l'azzurro Mediterraneo, sentendo all'improvviso che centinaia di anni e di oscuri fatti passati giacevano misteriosamente nel fondo della nostra anima..." (12).

Ma, se come dice Borges gli argentini discendono da coloro che sono sbarcati dalle navi, i territori corrispondenti all'attuale Repubblica Argentina erano quindi disabitati?

Vari studiosi (13) hanno giustamente sottolineato come anche in Argentina prima dell'arrivo degli europei ci fossero popolazioni indigene, di cui però restano oggi solo vaghe tracce, per lo più in regioni periferiche del paese come il Chaco e la Patagonia.

A differenza di quanto accade in altre zone latino-americane (si pensi a Messico, Perù, Ecuador, Bolivia) il sostrato indigeno argentino - così come quello uruguayo - risulta particolarmente debole: non vi sono resti monumentali della loro storia - templi, tombe o piramidi -, non vi è una letteratura che ne ricordi l'esistenza, nè significative tracce di influenza nella cultura odierna. Questo si rispecchia anche nell'apparenza fisica della popolazione argentina, caratterizzata in gran parte da tratti somatici caucasici, mentre, come nota Vanni Blegnino, solo in alcune zone *perdurano tracce del loro sangue in un meticciato che tende sempre di più ad "imbiancarsi" e che d'altra parte è sopraffatto dalla maggioranza di origine europea* (14).

Popolazioni indigene erano certo presenti e numerose anche nel *Cono Sur*, ma, a differenza di quanto si era verificato più a nord nel continente - dove avevano prosperato le grandi civiltà maya, inca e azteche - qui non c'erano nè città stato nè imperi nè grandi teocrazie autoritarie. Vi erano invece diverse tribù nomadi e primitive non organizzate tra loro, per le quali l'arrivo degli spagnoli non era stato annunciato da nessuna minacciosa profezia religiosa e che non si erano lasciate intimidire dalle tre spietate armi di devastazione portate dai *conquistadores*: *la cruz, el hambre e la espada* (la croce, la fame e la spada). Le lunghe barbe, gli archibusi e i cavalli non erano elementi tali da colpire la fantasia popolare di questi abitanti che, abituati ai tentativi di invasione da parte degli imperi incaici a Nord, opposero una strenua e agguerrita resistenza.

Una volta verificatasi la loro sconfitta tuttavia, il contrappasso di una più tenace ed efficace opposizione

agli invasori venne rappresentato dalla totale cancellazione umana e identitaria, attuata secondo le dinamiche ricostruite da Romano nel suo saggio *I conquistadores*:

Ma, all'interno di queste popolazioni "sparse", v'è pur da stabilire una differenza: chè, fra di loro, vi erano quelle che avevano opposto resistenza alle strutture imperiali. Esempari, tra queste, gli Araucani (abitanti il Centro-Sud del Cile attuale) che si erano sempre ferocemente - e vittoriosamente - opposti ad ogni tentativo d'occupazione del loro territorio da parte dell'impero Inca. Questi habitués della resistenza seppero sbarrare il passo, con eguale valore, all'espansione spagnola e, se conservarono la loro indipendenza per lunghissimi periodi (a volte per secoli nel caso degli Araucanos), ne pagarono il prezzo con la successiva loro distruzione pressoché totale: indios Pampas, Charruas, Araucanos e tanti altri ancora scompariranno quasi completamente nel corso del XIX secolo" (15).

La sorte toccata agli *indios* d'Argentina è allora stata quella di uno sterminio totale, un vero e proprio genocidio gradualmente messo in atto dai colonizzatori europei secondo varie fasi, di cui quella definitiva e più sanguinosa è rappresentata da *La Conquista del desierto*, condotta dal generale Julio Argentino Roca (San Miguel de Tucumán 1847- Buenos Aires 1914), due volte presidente della Repubblica Argentina e oggi ricordato come uno dei padri del paese - la sua immagine appare sulla banconota da 100 pesos, quella di taglio più alto in circolazione.



Figura 1. Banconota da 100 pesos argentini. Nel retro appare un ritratto di Roca, nel verso è raffigurata un'immagine commemorativa de *La Conquista del desierto*

Per *Conquista del desierto* si intende comunemente la campagna portata a termine da Roca tra il 1878 e il 1885 contro le residuali popolazioni amerinde presenti in Patagonia - che l'Argentina considerava parte del proprio territorio, in quanto incluso entro i limiti del *Virreinato del Rio de la Plata*, appartenente alla Corona di Spagna -, ma secondo Busaniche (16) il termine può essere impiegato anche in un'accezione più estesa per indicare l'insieme delle spedizioni militari effettuate dagli spagnoli e dai governi argentini contro gli indigeni.

Comunque sia, si tratta, come sottolineato con decisione da Jorge Luis Carro, di un evidente caso di pulizia etnica, propagandisticamente presentata come missione civilizzatrice, in quanto *il fatto di impiegare la parola deserto implica l'idea implicita che quei territori fossero disabitati, un deserto appunto, mentre sappiamo che la situazione era tutt'altra* (17).

Perentorio anche il giudizio di Blegnino, secondo cui ci troviamo di fronte a *una operazione di purificazione occidentale pratica e teorica che non ha confronti in America Latina* (18).

Trova allora giusta ragion d'essere la domanda dello scrittore David Viñas, che si chiede: *¿fueron los indios los desaparecidos del 1879* (19), non sono forse gli *indios* i *desaparecidos* del 1879?

Fasi dell'emigrazione italiana in Argentina

L'aver puntualizzato le dinamiche storiche che portarono allo sterminio pressochè totale della popolazione indigena primitiva ci consente di comprendere allora in maniera più completa la famosa frase di Borges: venuta meno la componente autoctona, gli argentini di oggi sono *de facto* i *figli delle navi*, discendenti di quegli europei venuti in fasi successive a cercare fortuna nel Nuovo Mondo.

Per quanto riguarda il caso dell'immigrazione italiana nel paese si è soliti riconoscere due ondate principali. La prima tra il 1870 e il 1915 - interrotta con lo scoppio della Grande Guerra - interessa essenzialmente il Nord Italia, la seconda nel periodo immediatamente successivo al secondo dopoguerra riguarda invece principalmente le regioni del centro-meridionali.

Circoscrivere il complesso e variegato movimento migratorio dall'Italia all'Argentina a questi due periodi

significa certo operare una semplificazione accettabile solo nella consapevolezza di ricorrere a una suddivisione utile, ma non onnicomprensiva del fenomeno. Come avverte Mario Nascimbene *i flussi migratori verso il Sud America e l'Argentina in particolare non sono mai mancanti* (20) e il paese del Rio de la Plata è infatti sempre stato una delle mete favorite dei nostri connazionali espatriati.

Si deve notare che, a partire dalla fine del XX secolo, in seguito a cambiamenti politici, economici e sociali si è assistito a un'inversione di tendenza per cui sono stati gli argentini a migrare (21) spesso in Europa in cerca di condizioni di lavoro migliore. Così come lo era stata l'Argentina per i nostri connazionali, la destinazione privilegiata di questo nuovo flusso è quasi sempre l'Italia, complici anche una volontà di riscoprire le proprie origini e il possesso da parte di molti del passaporto italiano o della doppia cittadinanza argentina-italiana; un dato eloquente, che riconferma l'intimo legame che unisce i due paesi.

Nonostante un'economia in ripresa e riforme sociali all'avanguardia, oggi l'Argentina è considerata una nazione del terzo mondo e inclusa nella lista ufficiale stilata dalla *World Bank* (22) dei paesi in via di sviluppo (PVS).

Camminando per Buenos Aires, osservando le eleganti forme degli edifici della Recoleta o del quartiere Palermo, ammirando le grandiose architetture di edifici pubblici come il Parlamento, il *Cabildo* e la *Casa Rosada*, si riesce tuttavia subito a cogliere quel passato grandioso e di ricchezza che fino agli anni '60 del Novecento aveva fatto dell'Argentina la sesta potenza economica mondiale (23), e che per più di un secolo è stato forte richiamo per i nostri connazionali in cerca di fortuna.

Per dare l'idea della portata del fenomeno migratorio italiano è significativo fornire qualche dato numerico preliminare (24). Tra il 1876 (anno della prima rilevazione ufficiale) e il 1915 si calcola l'espatrio di 14 milioni di italiani, con una media di circa 350.000 unità all'anno e secondo un progressivo incremento: da 1.300.000 unità del decennio 1876-1885 fino a quasi 6 milioni nel 1906-1915. Il tasso di emigrazione all'estero passa dal 3,83% del 1876 fino al 10% e addirittura al 64% nel 1900.

Si stima che il 48% degli espatri avvenne verso destinazioni europee e il rimanente 52% verso mete

extraeuropee, di cui la quasi totalità è rappresentata da paesi dell'America Latina. Fino alla fine del secolo il Brasile rappresenta la meta maggiormente interessata dall'emigrazione europea, seguono Argentina e Stati Uniti d'America, cioè la triade dei tre grandi mercati transoceanici del tempo.

Da inizio secolo fino al 1915 si assiste a un significativo cambiamento dei flussi migratori, che si orientano a livello maggioritario verso il Nord America e fanno diventare gli USA la prima meta scelta dagli emigrati (3.500.000 italiani nel periodo 1900-1915 contro poco meno di 1 milione diretti in Sud America). Tra le destinazioni latinoamericane il primato brasiliano viene soppiantato da quello argentino (410.000 immigrati in 15 anni contro poco meno di un milione nel Rio de la Plata nello stesso periodo).

Se il flusso di emigrati dall'Italia diretti verso l'Argentina, pur assai consistente, non ha mai costituito la maggioranza assoluta degli espatri, è vero, al contrario, che nel periodo 1876-1915 quella italiana risulta essere la componente decisamente maggioritaria dei nuovi ingressi al paese. Come mostrano i dati presentati nell'ambito della mostra *Al Uso nostro*, nel 1880 i cittadini italiani sono il 58,7% della popolazione migrante in generale e, dieci anni più tardi, addirittura il 65,6%.

Uniforme in tutto il periodo preso in considerazione, la massa migrante risulta essere prevalentemente maschile (81%), in un divario notevole per cui si sono cercate varie spiegazioni. Una è quella offerta dal sociologo Francesco Ramella:

(...) l'emigrazione comportava l'interruzione dei rapporti con parenti e amiche in patria (...). Quando non vi era la prospettiva di sostituirli con altri all'estero il trasferimento esponeva le donne al rischio di ritrovarsi sole, senza relazioni proprie. Era quindi questo timore a trattenerle: l'inesistenza di reti femminili nelle quali inserirsi nelle località in cui si erano stabiliti i mariti non le incoraggiava ad emigrare e le portava a rimandare la partenza (25).

Cretella Lombardo (26) osserva tuttavia come la sproporzione tra la componente maschile e quella femminile sarebbe solo apparente, in quanto le donne avrebbero avuto la tendenza a non spostarsi ulteriormente una volta emigrate nel nuovo paese di residenza, mentre, al contrario, gli uomini presentavano una maggiore mobilità e, varcando più volte il confine o

facendo la spola da una sponda all'altra dell'oceano, il loro comportamento avrebbe alterato significativamente i risultati delle statistiche.

Per quanto riguarda il caso dell'Argentina prevale una popolazione migrante giovane e, rispetto ai flussi orientati verso il Brasile o gli USA, composta anche da lavoratori qualificati o specializzati, infatti:

(...) l'allargamento della frontiera (dopo lo sterminio degli indios) permise di mettere a frutto milioni di ettari. (...) L'espansione si collegò allo sviluppo delle ferrovie e promosse un processo di crescita di altre attività (dal commercio ai servizi) in cui gli immigrati trovarono un'occupazione.

C'erano opportunità non soltanto per gli operai ma anche per i professionisti, medici, farmacisti, professori, musicisti, preti, avventurieri di ogni genere, persone con un piccolo capitale, con poche chances nella società d'origine, ma che trovavano nuove possibilità tra tanti italiani che avevano bisogno dei loro servizi (...) (27).

Va infine dato uno sguardo alla composizione interna dell'emigrazione italiana; per questa prima ondata migratoria le regioni più interessate a livello quantitativo risultano essere, come si è detto, quelle del Nord, in particolare il Veneto (13% con circa 2 milioni di espatriati), il Piemonte (11% con circa un 1 milione e mezzo) e il Friuli (10%, 84.073 unità). Tra le regioni meridionali il maggior apporto umano è invece quello fornito dalla Campania (stessa percentuale della Lombardia, 10,5%, poco più di mezzo milione) (28).

La seconda ondata di emigrazione italiana all'estero - subito dopo il secondo Conflitto Mondiale e fino alla fine degli anni '60 - presenta caratteri peculiarmente distinti: da una parte la caratteristica peculiare delle dimensioni molto più contenute rispetto alla prima ondata, che abbiamo visto aver rappresentato un vero e proprio esodo, dall'altra un andamento non crescente ma decrescente, dovuto anche a una maggiore predilezione per l'espatrio verso mete europee. I flussi migratori transoceanici passano infatti dal 43,4% del quinquennio dell'immediato dopoguerra (1946-1951) al 39,8% negli anni '50, per poi scendere ancora al 19,6% agli inizi degli anni '60.

Osservando la tabella dei dati Istat relativa al movimento dell'emigrazione italiana in Argentina tra il 1946 e il 1976, riportata da Ballestrini e Cloude (29), vediamo come proprio il 1960 sia l'anno di svolta, in quanto per

Tabella 1. Emigrazione italiana in Argentina tra il 1946 e il 1976

Anno	Immigrati	Rimpatriati	Saldo	Anno	Immigrati	Rimpatriati	Saldo
1946	749	95	654				
1947	27.379	2.963	24.416	1962	1.817	2.316	-499
1948	69.602	4.904	64.698	1963	94	2.75	-1.813
1949	98.262	7.456	90.806	1964	621	3.693	-3.072
1950	73.531	15.308	63.223	1965	436	1.268	-832
1951	55.630	13.487	42.143	1966	532	610	-18
1952	33.366	8.611	24.755	1967	794	650	144
1953	21.350	8.147	13.203	1968	723	866	-143
1954	33.866	6.899	10.254	1969	1.389	1.294	95
1955	18.276	6.380	11.896	1970	1.179	1.399	-220
1956	10.652	4.263	6.389	1971	980	1.645	-665
1957	14.928	4.403	10.525	1972	860	1.824	-964
1958	9.523	4.564	4.959	1973	832	1.604	-772
1959	7.549	3.606	3.943	1974	873	1.132	-330
1960	4.405	4.487	-82	1975	802	1.159	-357
1961	2.483	2.955	-84	1976	722	1.267	-545

Fonte: Istat

la prima volta il saldo tra il numero degli espatri e il numero dei rimpatri risulta negativo, con un disavanzo cospicuo di 82 unità. Da questo momento il *trend* continua ad essere costante, con un graduale aumento del numero dei rimpatri, che tocca i picchi considerevoli nel 1963 (945 espatri contro ben 2.758 ritorni in Italia) e nel 1964 (621 espatri e 3.693 ritorni in patria): complice il miglioramento delle condizioni economiche nella penisola e la massiccia espansione delle migrazioni interne orientate secondo l'asse Sud-Nord interno al paese, la dura e lunga traversata oceanica perde d'attrattiva e il flusso migratorio verso l'Argentina comincia ad affievolirsi, fino ad estinguersi agli inizi degli anni '70.

A questa nuova ondata migratoria partecipano maggiormente le regioni del Mezzogiorno - in particolare modo la Calabria (27,9), seguita da Campania (15,7%) e Sicilia (12,7%) - con il 78% della popolazione migrante italiana totale (30).

Analogamente a quanto accaduto alla fine dell'Ottocento i migranti non erano solo disperati spinti da fame e miseria, ma tra loro vi erano anche lavoratori qualificati e detentori di piccoli capitali desiderosi di un nuovo inizio o spinti da velleità imprenditoriali.

Una componente certo minoritaria, ma rimarche-

vole di essere ricordata, è quella di coloro che avevano avuto problemi con la legge o che, terminata la guerra, erano pesantemente compromessi con il regime fascista (31). Così scrive Moreno Martellini:

Molti di coloro cui la guerra aveva distrutto il lavoro, la casa, gli affetti o la dignità umana, o di quelli cui la sconfitta del fascismo aveva sottratto la possibilità di mantenere un decoroso regime di vita, garantito dai servizi resi al regime, credettero opportuno andare più lontano possibile per tentare una rinascita, non solo economica ma anche morale, civile e in alcuni casi politica (32).

Dal vecchio al nuovo mondo

Il viaggio e l'arrivo

Preso la decisione di partire, i nostri connazionali si imbarcavano su una delle tante navi a vapore che compivano la spola oceanica. Oltre al famoso *Nord America* sul quale effettuò la traversata De Amicis, vi erano moltissimi altri piroscafi che affrontavano le acque dell'Atlantico, come il *Re d'Italia*, l'*Umberto I*, il *Sud America*, il *Sirio*, il *Perseo*, l'*Orione*, il *Virgilio*, il

Dante o la *Palestro*, afferenti a diverse compagnie di navigazione e ampiamente pubblicizzati tanto sulla stampa italiana quanto su quella argentina, che ne decantavano le doti di velocità e sicurezza.

Il viaggio durava in media un mese, secondo modalità e un itinerario comuni che coincidono esattamente con quanto narrato in *Sull'Oceano*, romanzo che racconta il viaggio dello scrittore dal porto di Genova a quello di Buenos Aires e che rappresenta una fondamentale testimonianza storica sull'immigrazione italiana alla fine del sec XIX.

Partendo da Genova dopo 3 o 4 giorni di navigazione si attraversava lo stretto di Gibilterra e si entrava nell'Atlantico; dopo circa altri 6 o 7 giorni si passava per San Vicente, l'isola di Capo Verde dove veniva fatto rifornimento di carburante. La tappa successiva era il passaggio dell'equatore che - proprio come descritto da De Amicis nel romanzo - era un momento di festa e allegria, accolto nelle prime classi con l'apertura di costosi champagne, mentre nelle terze dallo stupore di non vedere altro che la linea piatta dell'orizzonte, laddove la cultura popolare aveva immaginato una grande barriera di confine o, comunque, segni di demarcazione evidenti ben riconoscibili.

Una volta avvistate le sponde del Nuovo Mondo, la prima fermata era in Uruguay, presso il porto di Montevideo, dove una parte dei passeggeri sbarcava, mentre il giorno successivo (8 ore di navigazione che si effettuavano di notte) si arrivava finalmente a Buenos Aires.

Negli anni i tempi di navigazione si accorciarono notevolmente, fino ad arrivare a dimezzarsi negli anni venti del '900, quando i bastimenti più veloci potevano portare a termine la tratta in due settimane. Nonostante ciò e le varie distrazioni che potevano esserci a bordo, il sentimento preponderante durante il viaggio è ancora una volta quello rappresentato magistralmente da De Amicis, l'infinita noia dell'imperante inattività e la snervante monotonia di un paesaggio sempre uguale, tra mare e cielo, cielo e mare.

Arrivati a Buenos Aires e stremati dalla lunga traversata, i migranti non avevano ancora concluso il loro viaggio, in quanto prima di sbarcare dovevano ricevere il *nulla osta* da parte delle autorità locali: a bordo delle navi salivano, quindi, una commissione medica, che esaminava le condizioni di salute di passeggeri ed

equipaggio, e una commissione amministrativa, che si occupava di controllare i documenti degli immigranti, appuntandone le generalità nelle liste del *Registro General de los Inmigrantes*. Queste erano liste scritte a mano, spesso disordinate e:

(...) piene zeppe di errori di ogni tipo, dall'assegnazione sbagliata del sesso alla trascrizione erronea del nome e del cognome. Le imprecisioni, quando non i pregiudizi, sono ben visibili anche nella definizione della religione: si trovano termini come scismatica, pagana, acattolica accanto ad araba, semita, riformata ecc. L'immigrato appena arrivato veniva registrato negli appositi libri e, a partire dal 1883, gli si affidò un numero correlativo che a fine anno dava il totale di tutti gli immigrati entrati nel paese 33).

Successivamente si passò a un modello di registrazione più moderno (34) e veloce, con la adozione della *lista de inmigrantes: entrada de ultramar*, un sistema di moduli approvati dal governo argentino che venivano compilati dai passeggeri stessi direttamente a bordo e in cui erano segnati, oltre ai dati delle persone - nome, cognome, nazionalità, sesso, anno di nascita, classe di viaggio, stato civile, occupazione, religione, grado di istruzione (capacità di leggere e scrivere) - anche quelli relativi alla nave - nome, modello, matricola, nome del capitano. La compilazione dei modelli era responsabilità del Commissario di bordo, che doveva anche redigere una relazione finale sulle condizioni della nave e sullo svolgimento del viaggio, includendone la durata e le informazioni su nascite, decessi - eventi tutt'altro che improbabili, come si è visto in *Sull'Oceano* -, nonché l'eventuale presenza di passeggeri irregolari.

La legge argentina, pur assai permissiva in materia, proibiva l'immigrazione di determinate categorie sociali, considerate non *utili* alla crescita della nazione: gli ultrasessantenni (non adatti al lavoro) e le donne maggiori di 30 anni che viaggiavano da sole (ritenute potenzialmente prostitute).

Tuttavia la legge, come nota Emanuela Bagalà non era sempre rispettata alla lettera:

(...) molti emigrati ultrasessantenni, soprattutto quando l'aspetto fisico glielo permetteva, cancellavano la data di nascita nel passaporto per sembrare più giovani, cosa che veniva spesso scoperta dalla commissione di controllo 35).

Ma questo non era l'unico sotterfugio adottato dagli emigranti; spesso accadeva anche che individui

già residenti in Argentina cercassero di farsi passare per un nuovo immigrato e godere così dei benefici provvisti dal governo, tra cui assistenza medica e spese gratuite per il viaggio verso qualunque destinazione all'interno del paese.

Se sulla carta nei confronti degli ultrasessantenni e delle donne sole si sarebbe dovuta applicare un'unica politica - quella del rimpatrio in Italia - tuttavia il governo argentino adoperava degli evidenti *distinguo*:

(...) *vigeva un'elasticità maggiore per l'entrata nel paese degli ultrasessantenni rispetto alle donne, perchè sicuramente conoscevano un mestiere o avevano l'opportunità di alloggiare da qualche paisano o parente, senza ricadere sul governo argentino; non avevano figli a cui badare, perciò era più facile che se la cavassero da soli nel nuovo mondo* (36).

Anche se si erano superate le difficoltà di un viaggio così impegnativo e il pericolo reale di un naufragio, l'arrivo a Buenos Aires non coincideva sempre con uno sbarco tranquillo. Sono testimoniati, infatti, vari casi in cui le autorità argentine, venute a conoscenza di epidemie a bordo delle navi in arrivo ne impedivano l'approdo. Bertone (37) ricorda il caso dello *Scrivia*, a bordo del quale si era sviluppato il colera: carico di migranti, il 7 dicembre del 1884 (lo stesso anno del viaggio di De Amicis) il piroscafo venne messo sotto mira da una cannoniera argentina per impedirne lo sbarco. Nonostante il fuoco lo *Scrivia* riuscì a riparare e ad approdare a Montevideo, evitando così di dover tornare in Europa, la sfortunata sorte che toccò invece ad altri bastimenti italiani sui quali si erano verificate emergenze sanitarie.

El Hotel de los Inmigrantes

Il clamoroso caso dello *Scrivia* non deve però trarre in inganno, perchè assai buono in generale era il trattamento che l'Argentina destinava ai nostri migranti - anche nonostante le oggettive difficoltà di gestire un continuo flusso umano tanto consistente.

Sbarcati dai grandi piroscafi transoceanici, per gli emigrati italiani iniziava una nuova vita, il cui primo passo era quello di decidere se rimanere nella grande Città o spostarsi verso le province dell'entroterra - *el Interior* come viene comunemente chiamato il resto del paese.

Una volta sulla terra ferma a coloro che non avevano già contatti, parenti o amici, veniva fornita tutta l'assistenza logistica necessaria. A chi voleva spostarsi verso altre città veniva, come si è detto, pagato l'intero costo del viaggio; diversa era la sorte di chi (la maggior parte) voleva rimanere a Buenos Aires, per i quali la prima e quasi obbligata tappa era il soggiorno presso l'*Hotel de los Inmigrantes*, enorme struttura a quattro piani adiacente al porto, ideata appositamente per ospitare la popolazione migrante.

Fondato nel 1883, ma portato completamente a termine solo nel 1911, il grande edificio (lungo 100 metri e largo 26) era stato ideato quasi come un biglietto da visita per i nuovi arrivati: era ben visibile dal mare e colpiva per la modernità della sua struttura in cemento armato, tecnica costruttiva allora all'avanguardia.

All'interno era organizzato in accoglienti spazi, ampi e luminosi, che si aggruppavano attorno a un corridoio centrale. Al piano terra vi erano gli uffici del personale amministrativo e i vari servizi - cucine, refettori, bagni e docce; a quelli superiori dodici camere, ognuna con una capienza di 250 posti letto, per una capacità totale della struttura di 4000 unità.

Gli immigrati spagnoli e italiani potevano permanere nella struttura avendo vitto e alloggio gratuito per cinque giorni, mentre un periodo leggermente più lungo era previsto per gli stranieri di nazionalità diverse che potevano avere maggiori problemi di integrazione a causa della lingua.

La vita nell'*Hotel de los Inmigrantes* era scandita da regole e ritmi ferrei, necessari per la convivenza armoniosa di un così grande ed eterogeneo novero di persone: indipendentemente dallo stato coniugale uomini e donne dormivano in stanze separate e, anche dopo la sveglia - rigorosamente alle sei del mattino - e la colazione (pane, latte, caffè o *mate*) le giornate dei due sessi seguivano corsi diversi. Le donne si dedicavano a lavori domestici come lavare i panni o curare i bambini, mentre gli uomini si recavano alla vicina *Oficina de trabajo* ("Ufficio del lavoro") dove venivano seguiti nella ricerca di una collocazione lavorativa. La struttura funzionava, infatti, come una vera e propria agenzia di collocamento, presso la quale i datori di lavoro potevano lasciare le loro offerte e alle pareti venivano affissi gli elenchi degli immigrati in cerca di una determinata

occupazione. In seguito questo sistema venne abbandonato in favore della pubblicazione delle liste su dei bollettini mensili che venivano distribuiti nei consolati europei; spesso poi gli immigrati si muovevano anche da soli, e i numeri de *La Prensa* e de *El Nacional* di fine secolo mostrano moltissimi annunci di nostri connazionali in cerca di lavoro.

A ogni ospite veniva dato un numerino con il quale poteva uscire ed entrare liberamente dalla struttura, ma dopo le 10.00 di sera le porte venivano chiuse e chi non fosse rientrato avrebbe dovuto dormire all'aperto.

Una campanella avvisava dell'orario del pranzo (alle 11.00) e della cena (alle 18.00), durante i quali venivano proiettati filmini ricreativi che riguardavano l'Argentina, dalla storia del paese alle bellezze delle sue province, dagli usi e costumi degli abitanti fino alle leggi e regole locali da rispettare. Il menù classico dell'*Hotel* comprendeva spesso piatti a base di carne, alimento che rappresentava un vero e proprio lusso agli occhi di chi raramente in patria aveva potuto permettersi di mangiarla.

L'*Hotel de los Inmigrantes* era una struttura abbastanza famosa anche all'estero e certo sovvenzionata dal governo argentino non solo in relazione alla primaria funzione di accoglienza, ma pure con un chiaro intento di immagine e propagandistico: il trattamento riservato ai nuovi arrivati era infatti la migliore presentazione per l'Argentina al mondo e una dimostrazione della potenza del paese.

Molte sono le testimonianze positive e gli elogi che vengono forniti riguardo la struttura, così, per esempio, si esprimono al riguardo vari viaggiatori come Guglielmo Godio, Alessandro Cazzani e il principe Baldassarre Odaleschi:

L'Hotel degli immigranti di Buenos Aires è ancora costruito in legno. Ma che importa se il servizio è ottimo, se risponde pienamente allo scopo. I locali sono ariosi e sani, puliti, il personale è intelligente e cortese; il vitto sano ben confezionato e sufficiente (38).

Frattanto l'attuale albergo di Buenos Aires, per quanto sia un edificio provvisorio, può contenere comodamente mille e cinquecento immigranti alla volta (...) si distingue da lontano, da chi viene dal mare per la sua forma speciale. Ha infatti l'aspetto di un torrione colossale, di larga base e basso relativamente alla sua ampiezza: si direbbe un Ippodromo chiuso, o un gigantesco Politeama (39).

(...) visitandola appresi che i nostri connazionali vi possono fruire, al loro arrivo, di un sufficiente alloggio e di un ottimo vitto gratuito, per cinque o dieci giorni (40).

Nel corso di una sua visita a Buenos Aires il conte Angelo de Gubernatis, mecenate e scrittore, ne rimane talmente sorpreso da voler portare a Roma il campionario del vitto destinato agli ospiti dell'*Hotel*:

Ho desiderato vedere la cucina e la dispensa del grande albergo; una enorme caldaia faceva bollire la carne ed il forno preparava una eccellente qualità di pane bianchissimo, del quale, come del caffè, dello zucchero, della pasta, del riso, dei legumi, che si danno mangiare ai nostri emigranti, ho voluto recare un piccolo saggio a Roma (41).

Nel panorama globalmente positivo delle opinioni riguardo all'*Hotel* non mancano tuttavia alcune critiche, soprattutto quando con il passare degli anni la mancanza di manutenzione aveva reso l'edificio fatiscente. Così secondo Luigi Bertora dei Pedevilla:

si tratta di un edificio in condizioni di conservazione e di igiene tali che, non gli uomini, ma nemmeno gli animali dovrebbero essere ammessi a ricovero in esso.

mentre per Giovanni Bevione è semplicemente *un lurido baraccone di legno (42).*

L'*Hotel de los Inmigrantes* continuò a funzionare fino agli anni '70 del Novecento, quando con l'esaurirsi del fenomeno migratorio cessò anche la sua ragione d'esistere. Dichiarato *Monumento Histórico Nacional* nel 1995, l'edificio è stato trasformato oggi nel *Museo Nacional de la Inmigración*, dedicato alla storia della struttura e alla grande epopea umana dell'immigrazione europea in Argentina.

Il quartiere di La Boca a Buenos Aires

Ambientatisi almeno un poco nella babelica città e scaduti i cinque giorni del soggiorno presso l'*Hotel*, gli immigrati dovevano cercarsi una sistemazione propria. La tendenza centripeta all'aggregazione con i propri connazionali - una delle dinamiche sociali spesso tra le più evidenti degli stranieri all'estero - e i prezzi altissimi degli affitti originarono una concentrazione notevole (ma non esclusiva) della comunità italiana in alcuni quartieri, come *la Boca*, *San Telmo*, *Barrancas* e *San Cristobal*.

Julia Armignacca (43) ha preso a campione i dati per l'anno 1887 e ha rilevato come - con la sola ecce-

zione di un'area centrale in cui la popolazione di italiani sul totale degli abitanti era circa del 14% - in tutte le altre aree urbane essa era superiore al 25% del totale.

Il quartiere con in assoluto il più alto rapporto appartenenti alla comunità italiana/abitanti era quello de *la Boca*, che registrava il 53% di abitanti italiani, più della metà. Situato all'estremo limite sud di Buenos Aires e immediatamente adiacente a *Puerto Madero*, il grande distretto portuale della città, *la Boca* era una zona disabitata dagli argentini perchè soggetta a continue inondazioni del fiume.

L'area incominciò a popolarsi con l'insediamento da parte dei primi emigrati italiani, la maggior parte dei quali genovesi, che diedero al *barrio* quell'aspetto singolare e variopinto che ancora oggi lo caratterizza e che ne fa una delle principali attrazioni di Buenos Aires.

Le povere abitazioni -più baracche che case- erano infatti dipinte con fondi di pittura provenienti dalle navi liguri che, trattandosi appunto di avanzi, erano puntualmente insufficienti per il tinteggio di un'abitazione intera: da qui le coloratissime e dissonanti pareti degli edifici, dove accanto a un muro verde se ne osservava un altro rosso e così via. La pittura a disposizione veniva usata fino all'ultima goccia, cominciando prima dalle strutture portanti della casa per poi passare alle altre pareti fin dove sarebbe bastata (44).

La via principale e cuore del quartiere era il *Puntín*, cioè "ponticello" in dialetto genovese, nome derivato dal fatto che la strada era originariamente il letto di un ruscello sul quale era stato costruito appunto un piccolo ponte; il nome verrà poi cambiato a metà degli anni '50 in *El Caminito* ("Il sentierino").

Dichiarato il 18 ottobre del 1959 *Museo de Arte al Aire Libre*, *El Caminito* è oggi uno degli elementi più iconici di Buenos Aires. Si deve tuttavia ammettere che molto si è perso dell'originale spirito della strada, ai cui lati costosi ristoranti turistici e negozi di *souvenirs* hanno preso il posto dei vecchi *conventillos*.

I conventillos

Le case de *la Boca* erano chiamate *conventillos* e costituivano il sistema abitativo tipico della popolazione migrante e molto diffuso anche in altre zone della città, pur senza il peculiare dato coloristico delle pareti esterne.

Condizione escludente per affittare una casa in Argentina, infatti - allora come oggi - era quello di avere una *garantía*, cioè che un cittadino argentino proprietario di un immobile garantisse per l'aspirante inquilino. Se a questo aggiungiamo i prezzi proibitivi dei canoni d'affitto e le condizioni di semimiseria in cui versavano la maggior parte di coloro che venivano a cercare fortuna nel Nuovo Mondo, ben si capisce come *i conventillos* rappresentassero quasi una scelta obbligata per gli emigrati: per entrarvi ad abitare non era, infatti, necessaria nessuna *garantía* e i padroni erano spesso italiani, per cui si avviava anche al problema della barriera linguistica.

Se pure *i conventillos* rappresentassero una soluzione più economica, anche in questo caso vi era chi ci speculava e i prezzi attuati da proprietari senza scrupoli erano spesso da strozzinaggio in relazione alla qualità abitativa: si trattava di abitazioni precarie, con condizioni di vita rispetto alle quali il ricordo dell'*Hotel de los Inmigrantes* appariva quello di un albergo di lusso. Le famiglie degli emigrati vivevano tutte in una stessa stanza e non vi era quasi mai un letto per ogni persona. Molto diffusi erano i sistemi del "letto caldo", che consisteva nell'affittare un letto per turni rotativi e riposarvi alcune ore, o quello ancor più scomodo della *maroma*: due funi inchiodate alla parete all'altezza delle spalle che si facevano passare sotto le ascelle e che, lasciandosi cadere con tutto il peso del corpo, permettevano di dormire in piedi. I letti erano comunque senza lenzuola e la qualità del riposo era duramente condizionata dal cattivo isolamento delle stanze (dovuto principalmente ai tetti in lamiera), con un caldo insopportabile d'estate e un freddo umido (dovuto alla vicinanza del fiume) in inverno.

La vita nei *conventillos* era comunitaria e priva di qualunque forma di *privacy*: ogni stanza aveva una finestra sulla strada e una porta che affacciava sul patio comune, vero e proprio fulcro sociale dove si consumavano tutti quegli amori e passioni, odi e vendette, nonché i duelli e regolamenti di conti tra *bravos* (malviventi), descritti in molti testi di tango.

Morfologia del barrio

Zona malsana e paludosa, il nome del quartiere *la Boca* deriva dal fatto di trovarsi alla foce del *Riachuelo*, un affluente del *Rio de la Plata*. Assai azzecata è la definizione che ne dà De Amicis in Cuore ("Una città

mezza genovese”) (45), in quanto i genovesi e i liguri in generale costituivano, almeno agli inizi, il gruppo prevalente, tanto che gli abitanti del quartiere erano chiamati in tutta la città *Xeneizes*, castiglianizzazione di *Zeneizi*, cioè *Genovesi* in dialetto; oggi questo nome è ancora impiegato per definire la *barra brava* (cioè la tifoseria organizzata, e spesso violenta) del *Boca Juniors*, una tra le squadre di calcio più famose al mondo.

Nonostante gli sforzi effusi dagli emigrati per migliorare il paesaggio urbano, le carenti condizioni igieniche e la mancanza di acqua potabile facevano scoppiare ricorrenti epidemie, soprattutto di colera (ne sono registrati 871 casi nel 1886) e febbre gialla - nel 1870 si contarono 16.000 vittime.

La bonifica delle acque del *Riachuelo* divenne quindi una priorità degli abitanti del quartiere e le loro lamentale arrivarono anche ai quotidiani italiani. Su *La Repubblica* del 24 novembre 1882 si legge:

Le malattie maligne ed infettive, il vaiolo in particolare, che vi sono a La Boca, sono diventate non soltanto più frequenti ma più gravi. Lo stato delle acque del Riachuelo è una minaccia per i vicini del luogo per cui anche per tutta la città (46).

Trovandosi in un terreno instabile le case venivano edificate su palafitte, mentre i materiali adoperati erano tutti a basso costo, il legno di scarto dei barcaiole e lamie-re di metallo per la copertura dei tetti. La naturale conseguenza della mancanza di una struttura in muratura e l'utilizzo di materiali infiammabili era il frequentissimo divampare di incendi, per fare fronte ai quali, nel 1853, sotto la presidenza di Nicolás Avellanda - politico molto attento ai problemi degli immigrati - venne istituito il corpo de *Los bomberos voluntarios de la Boca* (“pompieri volontari de *La Boca*”).

Punto di riferimento per tutto il quartiere, il corpo de *Los bomberos voluntarios de la Boca* continua ad essere vitale a tutt'oggi e presso la sua sede si tengono ancora varie feste di commemorazione religiosa, come il Falò di San Giovanni e la Festa della Madonna della Guardia di Genova.

La Società Ligure di Mutuo Soccorso

Los bomberos voluntarios non costituirono l'unica esperienza di associazionismo nel *barrio* de *La Boca*. Il fatto di essere un territorio delimitato e con una costituzione demografica di provenienza omogenea (per lo più ligure o comunque italiana) aveva infatti generato

un forte senso di appartenenza nella consapevolezza di far parte di una comunità ben identificabile e, conseguentemente acuito la percezione della necessità di strutture di sostentamento condivise.

La prima a nascere di queste strutture sociali, il 1 febbraio 1885, è la *Società ligure di Mutuo Soccorso - Asociacion Ligure de Socorros Mutuos* a partire dal 1942, quando una ordinanza governamentale stabilisce che tutte le associazioni a carattere civile debbano avere denominazione in castigliano -, la cui funzione era di tutelare i diritti elementari e fornire assistenza logistica ai liguri e ai loro discendenti nati a Buenos Aires. Situata al numero 617 della *Calle Balcarce*, lo scopo principale della *Società* era però quello di fornire assistenza medica alla popolazione del *barrio*, venendo così a sopperire alla tragica carenza di strutture sanitarie in un quartiere che, come si è detto, era caratterizzato da epidemie e tassi di morbilità elevati. Per questo la farmacia era il luogo più frequentato dell'associazione e il *boticario* (farmacista) una persona di fiducia e di rilievo all'interno della stessa, mentre i medici e il personale sanitario che prestava gratuitamente assistenza presso il centro erano spesso gli stessi che lavoravano presso l'*Hospital Italiano* (fondato nel 1853).

Nel *Museo Historico de La Boca*, situato al numero 1261 de la *Calle Dr. del Valle Iberlucea*, sono presenti in diverse teche vari documenti relativi alla *Società*, che ci permettono di ricostruirne idealmente la storia; è da notare tuttavia che molte testimonianze sono andate perdute a causa delle frequenti inondazioni che periodicamente devastavano il *barrio*.

Lo statuto costitutivo della *Società*, approvato dall'assemblea dei soci il 19 maggio 1889, prevedeva la possibilità di associazione per i soli nativi della Liguria; i figli potevano essere ammessi tramite l'accredito di uno dei genitori e accettati a discrezione della Commissione direttiva. Nel 1899 l'associazione contava 1.166 soci, le cui provenienze sono scrupolosamente annotate su un registro: Genova, Bergeggi, Maraschi, Camogli, Sestri Levante, Recco, Lavagna, Pegli, Chiavari, Loano, Zoagli, Campo Marone, Sampierdarena, Bogliasco, Genova, Alassio, Nervi e Spotorno. Successivamente con il passare degli anni e la diminuzione dei soci di origine ligure la *Società* si aprì anche agli italiani provenienti da altre regioni e nel 1927 la maggioranza degli affiliati era nata a Buenos Aires.

Uno tra i risultati più significativi dell'associazione è stata infine l'edificazione del *Panteòn Social* nel cimitero della Chacarita (47), la cui costruzione viene approvata il 1 luglio del 1925, in occasione del venticinquesimo anniversario dell'Associazione, e portata a termine nel 1913.

Altre esperienze associative

Oltre alla *Società Ligure di Mutuo Soccorso* vi sono molte altre esperienze parallele di associazionismo che interessarono *La Boca*, come la *Sociedad Cosmopolita*, *Filarmonica y de Socorros Mutuos Vecinos de La Boca* - successivamente intitolata *José Verdi*, in onore del grande compositore -, fondata nel 1877 e che si fece promotrice tra il 1889 e il 1912 della costruzione del teatro del *barrio*, il Teatro Verdi; originariamente concepito come spazio lirico la struttura oggi funziona principalmente da *milonga* (48), ospitando numerose esibizioni e spettacoli di tango.

Dedicato alla tradizione gastronomica genovese era invece la *Sociedad el Progreso*, che organizzava ogni settimana momenti conviviali per i suoi affiliati, mentre con la fondazione nel 1875 della *Loggia massonica Liberi Pensatori de La Boca e l'Associazione Torquato Tasso* fa la sua comparsa anche in Argentina il fenomeno della massoneria.

Venivano poi stampati numerosi opuscoli e giornali locali in ligure, italiano e castigliano, i più noti dei quali sono *O Balilla* e *L'Operaio Italiano*.

Uno dei risultati maggiormente famosi e duraturi dell'associazionismo degli abitanti de *La Boca* si osserva in ambito sportivo, con la fondazione di due tra i club calcistici oggi tra i più importanti del mondo: il *Club Boca Junior* e il *Club Atletico River Plate*.

Il primo fu fondato nel 1905 da Esteban Baglietto (di origini genovesi, primo presidente del Club) e da altri figli di emigrati italiani che erano soliti riunirsi per giocare a pallone nella *Plaza Solis*. Il nome della squadra è semplicemente quello del quartiere, a cui si aggiunse l'aggettivo *Junior* per dare una patina anglosassone (allora molto in voga) al gruppo; l'agiografia vuole che i fondatori avrebbero deciso i colori dell'*equipo* in base alla prima nave che sarebbe entrata nel porto: entrò un bastimento svedese, e da qui il blu e il giallo della squadra.

Il secondo, il *River Plate*, cioè *Rio de la Plata* in inglese - ma originariamente chiamato *Juventud Bogaense* ("Gioventù de *la Boca*") -, viene invece fondato nel 1901 e i suoi colori sono quelli della bandiera genovese, bianca con una croce centro.

La partita tra le due squadre - chiamata, con calcio dall'inglese, *Superclasico* - è l'evento sportivo più atteso della stagione calcistica argentina e corrisponde in certa maniera al *derby* italiano.

Se il *River Plate* ha spostato il suo stadio nel quartiere di *Nuñez*, il *Boca Junior* conserva ancora il suo stadio nell'antico quartiere e *La Bombonera* continua ancora oggi ad essere una tappa obbligata per chi visita il *barrio de La Boca* e sfondo di decine di fotografie di turisti da tutto il mondo.

Bibliografia

1. Barzini L. L'Argentina vista com'è. Tipografia del Corriere della Sera, Milano, 1902, pag. 47
2. Martelli S. Dal vecchio mondo al sogno Americano. Realtà e immaginario dell'emigrazione nella letteratura Italiana. Donzelli, Roma, 2009
3. De Amicis E. Sull'Oceano (a cura di G. Bertone). Reggio Emilia, 2005. Si tratta di un libro immeritabilmente poco conosciuto dello scrittore di Oneglia, la cui produzione letteraria è rimasta per lungo tempo schiacciata dall'ingombrante successo di Cuore, e dal pregiudizio critico di De Amicis come autore solamente pedagogico
4. Milani M. Prefazione a E. De Amicis, Sull'Oceano, Ibis, Como-Pavia, 1991
5. De Amicis E. Sull'Oceano, cit., pag. 63
6. Ivi, pag. 62
7. Ivi, pag. 63
8. Ivi, pag. 64
9. Borges J.L. Gli argentini discendiamo dalle navi, cit.
10. Blegnino V. Oltre l'oceano. Un progetto di identità: gli immigranti italiani in Argentina (1837-1930), Edizioni associate, Buenos Aires, 1987, pag. 81
11. Sabato E. El escritor y sus fantasmas, Aguilar, Buenos Aires, 1963, pag. 51
12. Ivi, pag. 65
13. Si vedano ad esempio: Blegnino V. Oltre l'oceano: un progetto di identità: gli immigranti italiani in Argentina (1837-1930), Edizioni Associate, Roma, 1987; Galeano E. Las venas abiertas de América Latina, Siglo veintiuno editores, Buenos Aires, 2010
14. Blegnino V. Oltre l'oceano, cit. pag. 15
15. Romano R. I conquistadores: meccanismi di una conquista coloniale, Mursia, Milano, 1974, pag. 12
16. Busaniche J.L. Historia Argentina, Hachette, Buenos Aires,

- 1965, pag. 10
17. Facciamo riferimento ad alcuni spunti tratti dalla lectio "L'identità argentina", tenuta dallo storico Jorge Luis Carro il 12 marzo 2014 presso l'Universidad del Museo Social Argentino (UMSA) di Buenos Aires
 18. Blegnino V. cit.
 19. Viñas D. *Indios, Ejército y Frontera, Siglo XXII*, Buenos Aires, 1982
 20. Nascimbene M. *Historia de los italianos en la Argentina*, Centro de Estudios Migratorios Latinoamericanos (CEMLA), Buenos Aires, 1987, pag. 40
 21. Questi flussi si sono verificati soprattutto in coincidenza con i momenti più gravi della crisi economica argentina, dal 1998 al 2002. L'emigrazione di argentini in Italia e in Europa non è però quantitativamente paragonabile con quella coeva di altri paesi latinoamericani (si pensi a Ecuador, Perù, Bolivia, Santo Domingo...) nè con quella di italiani in Argentina del secolo precedente.
 22. <http://data.worldbank.org/about/country-classifications/country-and-lending-groups>
 23. Benedini G.F. *Il peronismo. La democrazia totalitaria in Argentina*, Editori Riuniti, Roma, 2010 pag. 34
 24. Ove non indicata la diversa fonte i dati e le statistiche riportati in questo capitolo sono tratti da: Nascimbene M., cit.
 25. Ramella F. *Reti sociali, famiglie e strategie migratorie in Storia dell'emigrazione italiana, Partenze*, Donzelli, 2001
 26. Cretella Lombardo W. *Un po' della nostra storia, in Tanta Italia nel mondo- Storia dell'immigrazione italiana in Argentina*, Quaderni della Fondazione Bruno Buozzi, Roma, 2005.
 27. Devoto F. *In Argentina*, in *Storia dell'emigrazione italiana*, cit.
 28. E proprio i campani, se non risultano essere la minoranza italiana più cospicua, sono stati però fra quelle che certo più di tutte hanno influito nell'immaginario argentino, ne è prova il fatto che a oggi a Buenos Aires per indicare un italiano si usi il termine metonimico tano, abbreviativo di napoletano. Analogamente una cosa relativa all'Italia o alla cultura italiana viene detta una tanata (es. *Se te subió la tanada* = è venuto fuori il tuo carattere italiano)
 29. Ballestrini G., Cloude M. *L'argentina degli italiani*, Istituto dell'Enciclopedia Italiana, Roma, 1989, vol. 2, pag. 160
 30. Il Nord Italia partecipa delle migrazioni con un 14,2% e il centro Italia con il 7,3%. Dati tratti da Ballestrini G., Cloude M. *L'argentina degli italiani*, cit.
 31. Il fatto che alla fine della seconda guerra mondiale alcuni gerarchi fascisti e, soprattutto, nazisti siano fuggiti e si siano nascosti in Sud America, in particolar modo in Argentina - dove era in piena auge il regime peronista - è oggi una realtà storica accertata. Uno dei casi più noti è quello del medico nazista Josef Mengele - soprannominato "Angelo della morte"-, responsabile di torture ed efferati esperimenti di eugenetica nel lager di Auschwitz, che si imbarcò da Genova con destinazione Buenos Aires. Qui visse 25 anni, prima di spostarsi in Brasile, dove morì di morte naturale nel 1979; a differenza di altri, tra cui Adolf Eichman (anch'egli nascostosi in Sud America) non pagò mai il suo conto con la giustizia. Il tema ha ispirato anche un film argentino di grande successo ambientato a Bariloche, *Wakolda* (2013), della regista portena Lucía Puenzo - uscito in Italia con il titolo inglese *The German Doctor*
 32. Testimonianza riportata da L. Arfuch, *Memorie e ritorni. Traversie dell'Identità*, in *La riscoperta delle Americhe. Lavoratori e sindacato nell'emigrazione italiana in America Latina 1870-1970*, a cura di Blegnino V., Franzina E., Pepe A. Teti Editore, 1994, pag. 597
 33. Bagalà E. *La Buenos Aires degli Italiani*, in *Tanta Italia nel mondo*, cit., pag. 152. È da ricordare che per immigranti si intendevano comunemente i passeggeri di seconda e di terza classe, mentre per quelli di prima si parlava di passeggeri
 34. Bagalà E., *La Buenos Aires degli italiani*, cit. 135-179
 35. *Ibidem*
 36. *Ibidem*
 37. Bertone G. *Tavole in Sull'Oceano*, cit.
 38. Cazzani A. *L'Argentina qual'è veramente*, Gunche, Wiebek, Tustl, Buenos Aires, 1896, pag. 66
 39. Godio G. *Nuovi Orizzonti. L'America nei suoi primi fattori. La colonizzazione e l'emigrazione*, Barbera, Firenze, 1883, pag. 118
 40. Odescalchi B. *Il libro dei viaggi*, Touc, Roma, 1905, pag. 365
 41. De Gubernatis A. *L'Argentina. Ricordi e letture*, Seeber, Firenze, 1898, pag. 9
 42. Testimonianze riportate da Blegnino V., *Oltre l'Oceano*, cit. pag. 100
 43. Armignacca J. *L'impronta italiana nella società argentina in Tanta Italia nel mondo*, cit. pag. 32
 44. L'originale accostamento di colori viene poi ripreso nelle sue opere anche dal celebre pittore argentino Benito Quinquela Martín (1890-1977). Originario de La Boca, l'artista fu uno dei maggiori promotori della conservazione di questo stile nelle successive costruzioni del quartiere.
 45. E. De Amicis, *Cuore*, cit., pag. 233
 46. Articolo riportato da Julia Armignacca in J. Armignacca, *L'impronta italiana nella società argentina*, cit.
 47. Definito da Borges "un conventillo di anime", il Cimitero de la Chacarita, situato nell'omonimo quartiere, è il più grande della città. Rispetto al maggiormente famoso Cimitero de la Recoleta, dove riposano i grandi della nazione argentina, è molto meno monumentale e luogo di sepoltura della gente comune
 48. Il termine milonga indica tanto un genere musicale affine al tango quanto il luogo fisico (con pavimento in legno) in cui si balla il tango stesso; in questa seconda accezione è sinonimo del sostantivo tangueria

Attività internazionali di ricerca tra UCADH-Sapienza-ISALUD

Franco Lucchese¹, Santiago Spadafora²

¹Sapienza Università di Roma;

²Universidad I-Salud, Buenos Aires

Riassunto. In questo articolo vengono descritte le recenti attività di ricerca internazionale attivate tra UCADH, Sapienza e Isalud rivolte alle buone pratiche e indicazioni per quanto riguarda il “patient empowerment” e l’uso delle tecnologie, nell’ottica tracciata dai vent’anni di tradizione scientifica realizzata dai precedenti progetti Colombo 2000, COMOESTAS e ALFAFUNDA Enfermeria. In questi recenti studi è presente in maniera molto importante l’uso della tecnologia Information and Communication Technology (ICT) sia per la formazione a distanza sia per la formulazione/sperimentazione di modelli per la gestione efficace, sostenibile ed equa delle risorse dedicate all’Health Care Management.

Parole chiave: educazione, formazione a distanza, tecnologie ICT

INTERNATIONAL RESEARCH CONDUCTED JOINTLY BY UCADH, SAPIENZA AND ISALUD

Summary. This article describes recent international research conducted jointly by UCADH, Sapienza and Isalud on the application of good practices and information regarding patient empowerment and the use of technology, in line with a 20-year tradition of scientific research conducted through the previous Colombo 2000, COMOESTAS and ALFAFUNDA Enfermeria projects. The recent studies are characterized by a marked use of Information and Communication Technology (ICT) for distance learning and for the preparation / testing of models for the effective, sustainable and fair use of resources devoted to the Health Care Resources management.

Key words: communication technology (ICT), distance learning, education

ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN INTERNACIONALES ENTRE UCADH-SAPIENZA-ISALUD

Resumen. En este artículo se describe la reciente investigación internacional activa entre UCADH, Sapienza y Isalud dedicada a la oferta de buenas prácticas y de información con respecto a la potenciación del paciente y el uso de la tecnología, que se basa en la tradición de veinte años de proyectos científicos realizados por el anterior Colombo en 2000, y COMOESTAS ALFAFUNDA Enfermeria. En estos estudios recientes que está presente en un uso muy importante de la tecnología de la información y la comunicación (TIC) para la educación a distancia y para la preparación / prueba de modelos para la gestión eficaz, sostenible y solidario dedicado a las Gestión de los Recursos sanitarios.

Palabras clave: aprendizaje a distancia, educación, información y la comunicación (TIC)

Nota introduttiva

Le recenti attività di ricerca che vengono descritte in questo lavoro, si sono sviluppate a partire dall'accordo bilaterale di collaborazione scientifica, finanziato da MIUR-Sapienza (2014) a cui partecipano l'UCADH (The University Consortium for Adaptive Disorders and Head pain), l'Università Isalud di Cordoba (Argentina) e Sapienza Università di Roma. Il titolo dell'accordo è ICT e formazione a distanza nel settore della metodologia della ricerca.

Scopi dell'accordo

Lo scopo del progetto è quello di stabilire una connessione tra Università, Centri di Ricerca e Istituzioni cliniche in Europa e in America Latina, al fine di creare un tutorial multidisciplinare completo per il trasferimento delle conoscenze e per la formazione delle buone pratiche nel settore della metodologia della ricerca.

Le attività programmate per essere condivise sono: e-Learning, e-Health, promozione delle attività internazionali tra Sapienza (Italia), ISalud (Argentina) e UCADH (Italia).

L'UCADH svolge attività di ricerca su larga scala nel campo del mal di testa e del dolore facciale, sui disturbi di adattamento e le condizioni di comorbidità correlate.

L'ICT e l'e-learning sono in grado di migliorare la collaborazione tra le nostre Università e i nostri Centri di Ricerca, consentendo ai ricercatori, medici e studenti di condividere le strategie di conoscenza e di apprendimento.

L'obiettivo dell'accordo è quello di creare classi virtuali e laboratori, nel settore dei metodi di ricerca, in cui possa essere possibile condividere i diversi approcci e prassi utilizzate nelle università e le istituzioni coinvolte.

Per aumentare la robustezza di questi metodi di apprendimento, useremo una modalità "blended" per le attività di e-learning. Periodicamente, i ricercatori delle università e delle istituzioni coinvolte organizzeranno seminari e workshop per i colleghi, nelle sedi italiane e argentine, per una maggiore conoscenza e coesione dei gruppi di lavoro.

Caratteristiche innovative

Promuovere l'utilizzo di una metodologia definita "apprendimento collaborativo". La premessa dell'apprendimento collaborativo è raggiungere un consenso attraverso la cooperazione tra i membri del gruppo, coinvolgendo l'intero spettro delle attività dei gruppi di studenti che lavorano insieme in classe e fuori della classe. Non esiste un metodo unico, può essere semplice e informale (ad esempio quando gli studenti discutono le loro idee con gli altri colleghi, alla ricerca di qualche tipo di risposta consensuale, per poi condividere gli altri pari), oppure formalmente molto strutturato, con regole e percorsi più strettamente suggeriti/indicati. Un prerequisito per l'attività di apprendimento collaborativo è un coinvolgimento diretto e attivo dei singoli membri del gruppo, esprimendo la volontà di fare. Alla base dell'apprendimento collaborativo è l'attività di ogni membro, che attiva processi di "apprendimento attivo" che si svolge in una comunità non competitiva in cui tutti i membri del gruppo contribuiscono alla formazione di tutti collaborando alla costruzione della conoscenza. Ultima ragione dell'utilizzo di questa modalità, ma non meno importante, sta nel fatto che questo metodo di apprendimento e di comunicazione può migliorare l'apprendimento in presenza di alcune difficoltà o disabilità sensoriali e/o cognitive.

Tecnologie

Tutti i corsi saranno realizzati su una piattaforma open access. I materiali saranno completamente accessibili alle persone con disabilità sensoriali (ciechi e sordi). Test e questionari per la valutazione dei livelli di apprendimento raggiunti saranno implementati e testati per robustezza psicometrica e validità. Inoltre, sarà realizzato un questionario per la verifica dell'efficacia e qualità percepita dagli studenti.

A questo accordo recentemente si è aggiunta un'altra occasione (di ben altre dimensioni sia dal punto di vista economico che da quello delle risorse impegnate). È stato ammesso al finanziamento il Progetto EU (2014) Professionalization on Result-based Healthcare Management through Distance Education and Simulation-Based Training "LASALUS",

nell'ambito di Erasmus e Capacity Building in Higher Education (CBHE-Cooperation for Innovation and Exchange of Good Practices). Questo progetto, coordinato dall'Universidad Isalud di Buenos Aires, a cui partecipano 11 Università ed Enti di Ricerca Europei e dell'America Latina e diverse Associazioni-Enti per l'Associazione dei pazienti, è stato giudicato molto valido dal punto di vista della Rilevanza Scientifica, della qualità del disegno generale del progetto e della sua implementazione, della qualità scientifica dei partecipanti e della provata attività di ricerca in collaborazione, dell'impatto e della sostenibilità generale, del Programma Erasmus e Higher Education-International Capacity Building. Tra le 515 proposte pervenute alla Commissione Europea, 452 sono state considerate elegibili, 140 selezionate per il finanziamento, 13 sono state poste in una lista di riserva. Il finanziamento massimo previsto per questo progetto ammonta a circa 998.000 euro.

Contesto generale del progetto

Il riconoscimento universale della salute come diritto umano inalienabile, la crescente domanda degli utenti SSN, la preoccupazione dei governi per il progressivo aumento dei costi sanitari, gli ancora scarsi risultati raggiunti dagli indicatori di salute e la inadeguata (talvolta) professionalizzazione nei Centri di Assistenza Sanitaria e Gestione dei Servizi, ha spinto a formalizzare una rete di formazione virtuosa e interconnessa in tema di gestione di risorse destinate a migliorare la qualità della vita.

Obiettivi

I principali obiettivi del progetto sono i seguenti:

1. sostenere ammodernamento, accessibilità e internazionalizzazione dell'Istruzione Superiore *Health Care Management* nei paesi latino americani (LA), in collaborazione con istituzioni europee disposte a portare la loro competenza ed esperienza in relazione agli obiettivi specifici del progetto;
2. sostenere i paesi LA per migliorare qualità, pertinenza, equità di accesso, pianificazione e impegno

- alla formazione *Health Care Management* offerta dagli Istituti di Istruzione Superiore dei paesi LA;
3. contribuire allo sviluppo di una crescita sostenibile e inclusiva nei paesi LA così come una maggiore coesione sociale;
 4. rafforzare l'istruzione in risposta alle principali sfide di oggi nei paesi LA, in primo luogo occupazione, stabilità economica, partecipazione attiva alla gestione dei servizi sanitari;
 5. capacità di muovere risorse finanziarie, assicurare l'impiego di un gran numero di persone e promuovere il pieno esercizio del diritto sociale alla salute nell'ambito dei rapporti tra Welfare e Salute.

Strumenti

Verrà adottata in questo progetto, molto più intensamente e su larga scala rispetto all'accordo bilaterale precedentemente descritto, una modalità di formazione e-learning condivisa tra tutte le Università, gli Istituti di Alta Formazione, e gli altri organismi coinvolti.

La caratteristica strettamente legata agli sviluppi curriculari di questa proposta, è rappresentata dalla formazione basata sulla Simulazione (SBT). Questo metodo può essere inteso come un costruttivo strumento collaborativo per avvicinarsi a mondi reali e essere pronti a prendere decisioni di gestione strategica. SBT è molto legata alla qualità del materiale accademico e all'ambiente di apprendimento digitale. Come una forma di collaborazione Networked Learning (CNL), un'attività di simulazione è anche considerata un modo efficace per imparare, perché non solo aiuta gli studenti a rivedere il materiale del corso, ma li aiuta a godere nell'apprendimento di un argomento con uno strumento pedagogico significativo abbastanza vicino al vero mondo delle istituzioni sanitarie. Questa è la capacità del nuovo metodo 'a distanza' per gli sviluppi curriculari, sia nell'introduzione del loro contenuto o nella valutazione di apprendimento, che per rappresentare tecnicamente le condizioni reali e concrete di micro e macro-gestione eseguita dagli studenti nelle organizzazioni dove svolgono la loro attività lavorativa. L'offerta formativa proposta sarà quindi molto vicina a una forma di 'formazione in servizio'. In questo qua-

dro, l'utilizzo della simulazione (SBT) diventa molto importante per promuovere la nuova cultura desiderata di gestione basata sui risultati dei servizi di assistenza sanitaria.

In agosto 2016 è stato approvato il secondo protocollo per Accordi Bilaterali tra Sapienza-UCADH-Isalud, con il titolo: “*Data mining* delle variabili dei centri di costo della gestione ospedaliera. Efficacia e qualità della vita. Sistemi di valutazione.”

Con data mining si intendono le metodologie e tecniche utilizzate per l'analisi e la sistematizzazione di grandi set di dati. Il data mining è applicato con successo in diversi campi come l'economia e il marketing oltre che le scienze naturali, l'ingegneria e la ricerca operativa. Recentemente si sta sviluppando un forte interesse da parte delle discipline che hanno a che fare con la clinica per le metodologie volte alla creazione di predittori. L'approccio con tecniche di data mining permette di valutare l'efficacia di predittori sfruttando le conoscenze disponibili in ambito clinico, inserite in sistemi di knowledge-organization; essi cercano di spiegare le scelte effettuate una volta che i modelli vengono utilizzati per supporto a decisioni cliniche, supportando tutto ciò con parametri oggettivi adatti a una verifica quantitativa. Infatti, insieme a queste tecniche vengono utilizzate tecniche più classiche quali analisi della solidità delle ipotesi mediante analisi della varianza, identificazione di fattori portanti l'informazione generale, mediante analisi fattoriale, analisi di elementi che possano indicare l'outcome a partire dal modello iniziale, mediante regressione multipla o logistica. L'obiettivo di un predittore data mining in clinica è quello di contribuire alla costruzione di un modello che possa utilizzare informazioni relative al paziente per predire l'outcome di interesse per supportare ulteriormente le decisioni cliniche: esso viene infatti utilizzato per la costruzione di modelli decisionali per procedure di prognostica, diagnostica e pianificazione del trattamento. La sempre più diffusa disponibilità di metodologie e strumenti computazionali per l'analisi e la creazione di modelli predittivi richiede ai ricercatori e agli esperti informatici di ricercare tra queste le strategie le più adatte alla soluzione di problemi di previsione e gestione clinica. Nel campo del management sanitario, che dispone e deve confrontarsi con sistemi big data rilevanti sia per la mole dei dati che per la

loro importanza e sensibilità, si possono sfruttare con risultati prima inimmaginabili le previsioni possibili attraverso questi sistemi, in termini di aumento della conoscenza, di feedback verso eventuali modifiche o integrazioni ai processi e prodotti della ricerca, in termini di ottimizzazione e simulazione degli outcome previsti.

I risultati attesi di questo progetto riguardano la verifica di fattibilità, di stabilità e di efficacia euristica dei predittori che riusciremo a produrre. Il sistema si basa su una innovativa politica di valutazione dei sistemi socio-sanitari, basata sulla persona, sulla qualità della vita, sul rapporto clinico-paziente. Sulla base di questa filosofia di approccio vengono sviluppati i sistemi di raccolta, controllo di qualità dei dati, di analisi statistica e infine di produzione dei predittori.

Altre Attività relative ai progetti

In Buenos Aires, nell'ambito delle giornate CUIA (CUIA Meetings 2015 – aprile 2015) è stato presentato il lavoro: ICT e formazione a distanza nel settore della Metodologia della Ricerca”, autori Santiago Spadafora e Franco Lucchese.

In Valencia (XVII Congress of the International Headache Society- maggio 2015), è stato presentato il lavoro: Neolatin Group on Headache - the spoken languages of men and the international transmission of scientific knowledge - Franco Lucchese, G Sandrini, C Tassorelli, V Guidetti, FM Avato. Nell'ambito dello stesso Congresso, è stato fatto un intervento inerente le tematiche in corso nell'International Meeting dal titolo *Focus on: What is going on in Latin America*.

Il 30 ottobre 2015, si è svolto in Roma, presso la Facoltà di Medicina e Psicologia di Sapienza Università di Roma, un Simposio di presentazione del Progetto Europeo a cui hanno partecipato il Prof. Giuseppe Nappi, Direttore Emerito dell'IRCCS “C. Mondino”, rappresentanti delle Università di Pavia, Varese, Sapienza e di altri Istituti di Ricerca coinvolti.

Al Simposio dal titolo “*Collaborazioni internazionali, ricerca e intervento per la qualità della vita, empowerment dei pazienti, healthcare management mediante l'uso delle tecnologie*” è intervenuto il prof. Luciano Vasapollo, Delegato del Magnifico Rettore di Sapienza

Università di Roma per l'America Latina e i Caraibi.

Il Prof. Santiago Spadafora e il Prof. Franco Lucchese hanno presentato il Progetto in un seminario/workshop il giorno 29 dicembre 2015 a Roma. Erano presenti il Direttore per l'Area dell'Internazionalizzazione di Sapienza, dott.ssa Antonella Cammisa, la dott.ssa Graziella Gaglione che tra l'altro ha coordinato tutta la fase di adesione di Sapienza a LASALUS. Il Prof. Santiago Spadafora ha avuto inoltre un colloquio sulle prospettive future di collaborazione con il Prorettore alle Relazioni Internazionali, Prof. Bruno Botta.

In dicembre una delegazione della Sapienza formata dal dott. Giovanni Maria Vianello e dal Prof. Franco Lucchese si è recata in Buenos Aires per le attività di interscambio relative agli accordi bilaterali approvati. Nell'incontro con il Rettore di ISalud, Prof. Ruben Torres e con il Vicerettore Prof. Eugenio Zanarini, insieme al Prof. Santiago Spadafora, sono state configurate possibili future attività di ricerca e didattiche congiunte.

Le attività in co-presenza del gruppo di lavoro LASALUS sono iniziate in febbraio 2016, presso l'Universidad Isalud, in Buenos Aires, nel Kickoff Meeting di programmazione generale. Sono stati affrontati i temi relativi alle necessità degli utenti, alla valutazione della qualità della vita, dell'uso delle tecnologie, della forma del simulatore. Inoltre, in incontri specifici, i rappresentanti dei vari paesi e Università/Enti di Ricerca hanno riportato le loro esperienze in ambito Healthcare-Management.

Negli incontri di Internship (27 giugno - 15 luglio, Pamplona-Rennes-Pavia), il gruppo ha lavorato sulle tematiche relative all'implementazione dei curricula previsti e all'implementazione del software simulatore. Sono stati attivati il sito web del progetto: www.lasalusproject.eu, e la piattaforma per la formazione a distanza: http://www.lasalusproject.org/moodle_lasalusproject/.

In ottobre 2016 il Prof. Santiago Spadafora avrà un incontro con la Governance di Sapienza relativo all'Accordo Bilaterale recentemente approvato e in novembre con il Prof. F Lucchese parteciperà al IV Congresso Latinoamericano y del Caribe "Salud Global", in Buenos Aires, dove verranno riportati gli ultimi progressi della collaborazione UCADH-ISalud-Sapienza.

Bibliografia essenziale

- Lucchese F, Bono G, Guidetti V, Sandrini G, Tambelli R, Nappi G. An international cooperation among universities and institutions for a multidisciplinary comprehensive tutorial. *Memorias* 2014; 377-85, La Habana, Cuba, 10-14 de febrero de 2014
- Lucchese F, Sandrini G, Tassorelli C, Guidetti V, Avato FM. Education for clinicians and patients Neolatin group on headache – the spoken languages of men and the international transmission of scientific knowledge. *Cephalalgia* 2015; 35 (suppl. 6): 293.
- Prudente I, Lucchese F, Nappi G. La mente di chi emigra. *Confinia Cephalalgica* 2015; 25(3) e-journal

Antiemcranici specifici in Europa e nel mondo

Marta Allena^{1,3}, Salvatore Terrazzino², Ennio Pucci^{1,3,4}, Cristina Tassorelli^{1,3,4}

¹Headache Science Center, Pavia

²Dipartimento di Scienze del Farmaco, Università del Piemonte Orientale, Novara

³IRCCS Fondazione Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino, Pavia

⁴Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento, Università degli Studi di Pavia

Riassunto. Questo contributo verte sul trattamento sintomatico, che rappresenta il primo approccio terapeutico al paziente emicranico, con un particolare focus sui trattamenti anti-emicranici specifici e sui pochi, ma preziosi, dati relativi al loro utilizzo nella vita di ogni giorno nei differenti paesi, europei e nel mondo. L'argomento appare di rilevante importanza in quanto la stragrande maggioranza dei pazienti emicranici assume farmaci sintomatici prescritti o meno dal medico per ridurre i sintomi dell'attacco, ovvero il dolore ma anche la nausea, la foto e la fonofobia, con l'obiettivo immediato di liberarsi da una serie di disturbi (più o meno spesso anche disabilitanti) e riprendere le proprie attività il più rapidamente possibile.

Parole chiave: cefalea tensiva, dolore, emicrania, farmaci antiemicranici, progetto Eurolight

SPECIFIC ANTI-MIGRAINE TREATMENTS IN EUROPE AND IN THE WORLD

Summary. This paper deals with symptomatic treatment, which is the first therapeutic approach in patients with migraine. It focuses, in particular, on specific anti-migraine treatments and on the few, but valuable, data on their daily use in different countries, both European and elsewhere in the world. This would seem to be a very important topic, given that the vast majority of migraine patients take symptomatic drugs, prescribed or not prescribed by their doctor, in order to reduce the symptoms of the attack, namely pain but also nausea, photophobia and phonophobia, with the immediate objective of freeing themselves from these (more or less often disabling) symptoms and resuming their activities as quickly as possible.

Key words: tension headache, painmigraine, anti-migraine drugs, Eurolight project pain

ANTIMIGRAÑOSOS ESPECIFICO EN EUROPA Y EN EL MUNDO

Resumen. En este trabajo hablaremos del tratamiento sintomático, que representa el primer enfoque terapéutico en pacientes con migraña. En particular examinaremos los tratamientos específicos contra la migraña, considerando los escasos, pero valiosos, datos sobre su uso diario en diferentes países, tanto europeos como en otras partes del mundo. Este tema resulta ser de gran importancia, dado que la gran mayoría de los pacientes con migraña toma medicamentos sintomáticos, prescritos o no prescritos por su médico, con el fin de reducir los síntomas de la crisis - el dolor, pero también mareos, fotofobia y fonofobia -, con el objetivo inmediato de liberarse de estos síntomas (más o menos a menudo incapacitantes) y reanudar sus actividades lo más pronto posible.

Palabras clave: cefalea tensional, dolores, migraña, medicamentos anti-migraña, proyecto Eurolight

Introduzione

Sebbene l'emicrania sia una patologia di natura benigna, la severità e la frequenza degli attacchi di mal di testa possono essere causa di elevata disabilità, interferendo con le normali attività della vita quotidiana, anche nei giorni intervallari tra le crisi cefalalgiche. Ed infatti nel 2013 il Global Burden of Disease Study (GBD 2013) ha inserito l'emicrania nella *top ten* delle cause principali di disabilità nel mondo, posizionandola al sesto posto (1); in generale si stima che la patologia emicrania colpisca il 25% delle donne e l'8% dei maschi (2).

Dal 2007 il Progetto Eurolight (3), in partnership con la Global Campaign against Headache condotta da Lifting the Burden (4,5), ha valutato in 10 paesi Europei l'impatto delle principali forme di cefalea primaria, l'Emicrania e la Cefalea di tipo tensivo. Lo studio Eurolight recentemente ha riportato una prevalenza nel nostro paese di cefalee ad un anno pari al 87.7% nelle donne e 61.1% negli uomini; l'Emicrania risulta essere la forma di cefalea più frequente, con una prevalenza ad un anno del 42.9% e sempre con una maggiore incidenza nel sesso femminile (54.6% nelle donne vs 32.1% negli uomini) (6). Classicamente il trattamento dell'emicrania si distingue in sintomatico e preventivo: il primo ha lo scopo di bloccare la crisi nel minor tempo possibile una volta che questa è iniziata; il secondo si prefigge invece lo scopo di ridurre la frequenza e la severità degli attacchi cefalalgici. Questo breve articolo sarà incentrato sul trattamento sintomatico, che rappresenta il primo approccio terapeutico al paziente emicranico, con uno specifico focus sui trattamenti anti-emicranici specifici e sui pochi, ma preziosi, dati relativi al loro utilizzo nella vita di ogni giorno nei differenti paesi, europei e nel mondo. L'argomento appare di rilevante importanza in quanto la stragrande maggioranza dei pazienti emicranici assume farmaci sintomatici prescritti o meno dal medico per ridurre i sintomi dell'attacco, ovvero il dolore ma anche la nausea, la foto e la fonofobia, con l'obiettivo immediato di liberarsi da una serie di disturbi (più o meno spesso anche disabilitanti) e riprendere le proprie attività il più rapidamente possibile.

Meccanismo d'azione e indicazioni dei farmaci anti-emicranici specifici. Tra ergotamini e triptani

I farmaci utilizzati per il trattamento acuto sono suddivisi in due principali categorie: quelli non specifici (rappresentati dai FANS, dal paracetamolo, dall'aspirina e dagli oppiacei) usati per trattare anche altri tipi di dolore, e quelli specifici (che includono l'ergotamina, la diidroergotamina (DHE) ed i triptani, ovvero agonisti selettivi dei recettori 5-HT₁) che sono, invece, efficaci solamente per estinguere il dolore di natura emicranica. Prima dell'avvento dei triptani, l'ergotamina e la DHE, la sua forma idrogenata, hanno rappresentato per molte decadi i primi e gli unici farmaci anti-emicranici specifici (7, 8). Oltre all'effetto agonista non specifico dei recettori 5HT-1B, 5HT-1D, 5HT-1F, essi agiscono anche attraverso un'azione di agonismo parziale dei recettori alfa-adrenergici ed una più debole azione dopaminergica (9). Differenti formulazioni e dosaggi di ergot-derivati sono stati proposti ed immessi sul mercato al fine di ottimizzarne l'utilizzo nelle diverse situazioni cliniche. L'ergotamina per os è indicata per quei pazienti con attacchi emicranici a lenta evoluzione e non accompagnati da nausea all'esordio. La bassa biodisponibilità limita, infatti, l'utilizzo clinico dell'ergotamina nelle formulazioni orali. Le supposte rettali, disponibili in Italia solo in combinazione con la caffeina (Cafergot), hanno un più rapido e consistente assorbimento rispetto alle capsule sublinguali. L'aggiunta della caffeina, che ha una minima azione analgesica, risulta in grado di potenziare l'efficacia attraverso un aumento dell'assorbimento per via orale. Migliori risultati sono stati segnalati con la formulazione per via endovenosa o intranasale di DHE, per altro non disponibili sul mercato italiano. L'utilizzo degli ergot-derivati si è ridotto con l'introduzione dei triptani, il cui capostipite, il sumatriptan, è stato immesso sul mercato negli anni '90. Prodotti di una florida ricerca farmaceutica che ha portato allo sviluppo in pochi anni di almeno altri 6 principi attivi diversi, i triptani sono agonisti selettivi dei recettori 5-HT_{1B,1D}, che agiscono mediante vasocostrizione cranica, inibizione neuronale periferica ed inibizione della neurotrasmissione a livello dei neuroni di secondo ordine del complesso trigemino-cervicale. Tutti i triptani per os si sono dimostrati più efficaci del

placebo, con una riduzione o scomparsa del dolore a due ore dall'assunzione sino al 60% dei casi (10). Essi vengono dispensati in farmacia unicamente sotto prescrizione medica e con il rimborso da parte dei sistemi sanitari di numerose nazioni (compreso quello italiano) sono tracciabili nel loro utilizzo tramite i dati di prescrizione. Numerosi sono gli studi farmacoepidemiologici descrittivi l'uso dei triptani in ampie popolazioni non selezionate di soggetti residenti in diversi paesi e regioni del mondo (Tabella 1).

Le Linee Guida Nazionali e Internazionali concordano in generale sull'uso dei triptani negli attacchi di intensità media o severa nei quali i FANS si siano rivelati inefficaci. Esistono, però, diverse eccezioni in cui gli ergot-derivati possono costituire una scelta vantaggiosa. Si tratta dei pazienti affetti da attacchi emicranici di lunga durata oppure di coloro che presentano un'elevata incidenza di ricorrenza del dolo-

re entro 24 ore dal trattamento con altri sintomatici; oppure i soggetti in cui gli ergot-derivati possiedono un'efficacia superiore rispetto ai triptani o, ancora, i pazienti già in trattamento con ergotamina, che presentano una buona risposta e tollerabilità al farmaco e una frequenza mensile medio-bassa attacchi (8). Una possibile indicazione della diidroergotamina è rappresentata, infine, dalla profilassi breve degli attacchi a periodismo prevedibile, come le crisi mestruali o quelle del fine-settimana, situazione in cui l'ergot-derivato sembra possedere un potenziale di efficacia e di compliance maggiore rispetto ai triptani proprio in virtù della maggiore durata d'azione. Nella recente revisione delle Linee Guida della Società Americana delle Cefalee (11), sulla base degli studi condotti negli anni 1998-2013, la diidroergotamina spray nasale è stata collocata nella prima classe di efficacia (livello A) insieme ai triptani, mentre

Tabella 1. Prevalenza dell'uso e del sovrautilizzo di triptani in studi farmacoepidemiologici italiani e di altri Paesi.

Studio[ret]	Paese regione città (periodo di raccolta dei dati di prescrizione)	Numerosità della popolazione	Utilizzatori di triptani (%)	Sovrautilizzatori di triptani (% degli utilizzatori)
Gaist ^a [5]	Contea di Funen, Danimarca (199-1994)	465.000	2.878 (0,62)	127 (4,4) ^a 45 (1,6) ^b
Gaist ^a [6]	Danimarca (1994-1995)	4.243.942 (1994) 4.253.960 (1995)	43.389	1.726 (4,0) ^a 507 (1,2) ^b
Sondegard [7]	Contea di Funen, Danimarca (2000)	472.000	2.463 (0,52)	88 (3,6) ^f
Lohman [8]	Sjttard, Olanda (2001-2002)	168.000	2.342 (1,4)	117 (5,0) ^c 45 (1,9) ^d
Lugardon [9]	Pirenei centrali, Francia (2002)	1.550.000	13.680 (0,89)	866 (10,0) ^g 166 (1,9) ^h
Perernau [10]	Alsazia, Francia (2003-2004)	1.7.000	20.686 (1,1)	399 (1,9) ^c
Dekker [11]	Olanda (2005)	6.704.677	85.172 (1,3)	8.844 (10,4) ^c 2.787 (3,3) ^d
Paone [12]	Toscana, Italia (2005)	224.065	1.238 (0,55)	40 (3,2) ^e 12 (0,9) ^d
Biagi [13]	Emilia-Romagna, Italia (2007)	4.249.533	34.915 (0,8)	4.983 (14,3) ^c 2.627 (7,5) ⁱ
Braunstein [14]	Provenza-Alpi-Costa azzurra e Corsica, Francia (2010-2011)	4.143.644	99.540 (2,3)	2.243 (2,3) ^j
Amadio [15]	Canada (2012)	4.937.599	14.085 (0,28)	44-1.144 (2,1-43,8) ^k 0-218 (0-10,2) ^l
Da Cas [16]	Umbria e provincia di Vercelli, Italia (2012)	885.000 175.000	4.657 (0,7) 1.440(1,0)	470 (10) ^m 186 (13) ^m

Criteria per definire i sovrautilizzatori di triptani: (a): 3-59 DDDs/mese; (b): 60 DDDs/mese; (c): ≥ 120 DDDs/anno; (d): ≥ 216 DDDs/anno; (e): ≥ 244 DDD/anno; (f): $\geq 15-29$ DDD/mese tra i nuovi utilizzatori di triptani (n=8625); (g): > 29 DDD/mese tra i nuovi utilizzatori di triptani (n=8625); (h): > 180 DDD/anno; (i): > 20 DDD/mese per più di 3 mesi; (j): > 6 unità/mese; (k): > 18 unità/mese; (l): > 10 DDD/mese per più di 3 mesi.

le altre formulazioni di diidroergotamina e l'ergotamina seguono nella classe di raccomandazione appena inferiore (livello B), insieme a diversi FANS.

Interazioni e controindicazioni degli ergotaminici e dei triptani

Le controindicazioni all'utilizzo degli ergot-derivati sono una conseguenza dei loro profili di eventi avversi (9). In generale, in assenza di controindicazioni, l'ergotamina e la DHE, se prescritte ed assunte al dosaggio corretto per un utilizzo infrequente, sono considerate farmaci efficaci e sicuri. Tuttavia, un insieme di fattori, come la vasocostrizione da loro indotta, con il conseguente rischio di aumentare gli effetti collaterali vascolari, associata al pericoloso profilo farmacologico e la controindicazione all'utilizzo concomitante dei triptani, suggerisce di preferire l'utilizzo degli agonisti selettivi dei recettori serotoninergici per il trattamento acuto degli attacchi emicranici. Attualmente, infatti, la principale ragione per non considerare i triptani quale trattamento di scelta per gli attacchi emicranici, oltre al loro alto costo, è costituita, in pazienti "vulnerabili", dai loro potenziali effetti cardiovascolari. Come gli ergot-derivati, infatti, essi possono indurre tramite meccanismi eterogenei una vasocostrizione che può a sua volta potenzialmente aumentare il rischio di eventi ischemici seri. In realtà, recentemente gli studi osservazionali hanno confermato, per quei pazienti emicranici con un basso profilo di rischio cardiovascolare, e che quindi utilizzano i triptani, solo un rischio cardiovascolare assoluto molto basso (12).

Uso e abusi

Entrambe le classi di farmaci antiemicranici specifici se utilizzati in maniera cronica ed eccessiva, possono causare una specifica forma di cefalea secondaria, definita "cefalea da uso eccessivo di farmaci", dall'inglese "Medication Overuse Headache" (MOH), ad andamento cronico ed estremamente disabilitante. Si stima, infatti, che ogni anno il 2.5-3.0% dei soggetti emicranici manifesti una progressiva cronicizzazione della propria condizione patologica, sia in

termini di frequenza che di intensità degli attacchi emicranici (11). Tra i fattori di rischio potenzialmente responsabili della cronicizzazione dell'emicrania, il sovrautilizzo di farmaci antiemicranici è paradossalmente emerso essere il più comune (13). LA MOH da antiemicranici specifici sembra svilupparsi più rapidamente rispetto a quella associata all'uso di FANS e la sospensione del sintomatico specifico induce spesso cefalea severa accompagnata da sintomi da sospensione del farmaco molto disabilitanti. Al di là delle Linee Guida, basate sulla realtà 'asettica' dei trial clinici controllati - trial peraltro piuttosto scarsi nel caso degli ergot-derivati e molto numerosi per quanto riguarda i triptani - recenti studi del tipo 'real-life' hanno riportato come in molti paesi gli ergotaminici siano ancora largamente utilizzati per il trattamento sintomatico dell'emicrania. Sembra, infatti, che differenze culturali, economiche e politiche contribuiscano ad una variabilità d'utilizzo delle due classi di farmaci antiemicranici specifici nel trattamento acuto delle crisi emicraniche. A livello mondiale, per esempio, ad eccezione dell'Europa e delle Regioni che si affacciano sull'Oceano Pacifico Occidentale, i triptani non sono i farmaci specifici più prescritti dai medici di medicina generale o dagli specialisti; in diversi paesi dell'Africa, dell'America Latina e dell'Asia, gli ergot-derivati sono, al contrario, i farmaci preferenzialmente prescritti ed assunti (2). Il progetto COMOESTAS, finanziato dalla Commissione Europea e coordinato dal Centro Cefalee del Mondino, ha riportato recentemente delle differenze cliniche e demografiche tra pazienti Europei e Latino-Americani affetti da Medication Overuse Headache (MOH) (14). In particolare, per quanto riguarda l'utilizzo dei farmaci sintomatici nella MOH, lo studio COMOESTAS ha evidenziato che gli ergotaminici sono i farmaci più usati e abusati in Cile e in Argentina (72.2%), mentre gli analgesici semplici o in combinazione ed i triptani sono quelli più largamente utilizzati in Europa (i primi soprattutto in Spagna ed i secondi in Italia). Una possibile motivazione alla base della così larga diffusione dell'uso di ergotamina in America Latina risiede in un suo minor costo, se comparato a quello dei triptani, nonché in una maggiore disponibilità della stessa sul territorio. In America Latina gli ergot-derivati sono venduti, infatti, come analgesici da

banco a basso costo a differenza dell'Europa dove, nella maggior parte dei paesi, l'ergotamina necessita di una prescrizione medica. In Europa e negli USA nelle ultime decadi (15) si è anche assistito ad un cambiamento della MOH, con uno *shift* nell'utilizzo dagli ergot-derivati ai triptani: in seguito alla immissione dei triptani sul mercato ed al loro rimborso dal SSN, in molti paesi si è ridotto il consumo di ergotamina e di DHE. Un secondo studio COMOESTAS (16), ha riportato delle differenze nel pattern di abuso tra i diversi paesi europei coinvolti. In Italia i pazienti abusano maggiormente di triptani, forse perché sono gli unici antiemcranici rimborsati dal SSN. In Germania, invece, pur non essendo previsto il rimborso dei triptani (unica eccezione il naratriptan che è disponibile come "farmaco da banco"), accanto agli analgesici semplici essi sono tra i farmaci più abusati. In Danimarca, molti analgesici semplici ed in combinazione sono "prodotti da banco" e ciò spiega il loro maggior utilizzo tra i pazienti MOH danesi. Lo stesso fenomeno è stato osservato in Spagna, dove i farmaci più abusati sono gli analgesici semplici, disponibili come "prodotti da banco" rimborsati dal SSN. Rispetto agli altri paesi europei, in Spagna, nonostante sia necessaria la prescrizione medica, vi è il maggior utilizzo di ergot-derivati.

Conclusione

Appare che l'utilizzo di un farmaco rispetto ad un altro, più che a scelte razionali, sia piuttosto dovuto alla sua maggiore disponibilità sul mercato e soprattutto



Figura 1. Cosa c'è sotto il cappello? Visita il sito www.cefalea.it per scoprire tutti i dettagli per prender parte al progetto

to al suo basso costo. Diviene, pertanto, fondamentale l'attivazione di campagne ed iniziative politiche al fine di migliorare il corretto utilizzo del farmaco antiemcranico e nello stesso tempo di prevenirne l'abuso. La campagna "*What's under the hat*", promossa da European Headache Alliance (EHA) e da Alleanza Cefalalgici (Al.Ce. Group) - CIRNA Foundation Onlus è volta a "suscitare rispetto e considerazione per le persone che soffrono di mal di testa, cercando di rendere visibile l'invisibile e fornendo una piattaforma per dare voce ai pazienti" (Figura 1).

Bibliografia

1. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015;386(9995):743-800
2. Atlas of headache disorders and resources in the world 2011-World Health Organization. World Health Organization, http://www.who.int/mental_health/anagement/atlas_headache_disorders/en/ (accessed April 2014)
3. André C., Stovner L.J., Steiner T.J., Barré J., Katsarava Z., Lainez J.M., Lanteri-Minet M., Mick G., Rastenyte D., Ruiz de la Torre E., Tassorelli C., Vriezen P., Lampl C. The Eurolight project: the impact of primary headache disorders in Europe. Description of methods. *J Headache Pain* 2011;12:541-9
4. Stovner L., Hagen K., Jensen R., Katsarava Z., Lipton R., Scher A., Steiner T., Zwart J.A. The Global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*.2007;27:193-210
5. Steiner T.J. Lifting the burden: the global campaign against headache. *Lancet Neurol* 2004;3:204-5
6. Allena M., Steiner T.J., Sances G., Carugno B., Balsamo F., Nappi G., André C., Tassorelli C. Impact of headache disorders in Italy and the public-health and policy implications: a population-based study within the Eurolight Project. *J Headache Pain* 2015;16:100 doi: 10.1186/s10194-015-0584-7. Epub 2015
7. Bigal M.E., Tepper S.J. Ergotamine and dihydroergotamine: a review. *Current Pain Headache Reports* 2003;7:55-62
8. Tfelt-Hansen P. Ergotamine in the acute treatment of migraine: A review and European consensus. *Brain* 2000;123:9-18
9. Gervasio L., Fattore C., Pucci E., Antonaci F. Indicazioni all'utilizzo della DHE. www.cefalea.it/approfondimenti
10. Cargnin S., Terrazzino S., Pucci E., Viana M. La farmacoresistenza ai triptani: un problema che riguarda migliaia di persone in Italia. www.cefalea.it/approfondimenti
11. Marmura M.J., Silberstein S.D., Schwedt T.J. The acute treat-

- ment of migraine in adults: the American Headache Society evidence assessment of migraine pharmacotherapies. *Headache* 2015;55(1):3-20
12. Roberto G, Raschi E, Piccinni C. Et al. Adverse cardiovascular events associated with triptans and ergotamines for treatment of migraine: systematic review of observational studies. *Cephalalgia* 2014; 35 (2): 118-131
 13. Bigal M.E., Serrano D., Buse D., Scher A., Stewart W.F., Lipton R.B. Acute migraine medications and evolution from episodic to chronic migraine: a longitudinal population-based study. *Headache* 2008;48:1157-68
 14. Shand B., Goicochea M.T., Valenzuela R., Fadic R., Jensen R., Tassorelli C., Nappi G. Comoestas Consortium. Clinical and Demographical Characteristics of Patients with Medication Overuse Headache in Argentina and Chile: Analysis of the Latin American Section of COMOESTAS Project. *J Headache Pain* 2015;16:83. doi: 10.1186/s10194-015-0561-1. Epub 2015
 15. Meskunas C.A., Tepper S.J., Rapoport A.M., Sheftell F.D., Bigal M.E. Medication associated with probable medication overuse headache reported in tertiary care headache center over a 15-year period. *Headache* 2006;46:766-72
 16. Find N.L., Terlizzi R., Munksgaard S.B., Bendtsen L., Tassorelli C., Nappi G., Katsarava Z., M Lainez, Goicochea M.T., Fadic R., Spadafora S., Pagani M., Jensen R.H. and the Comoestas Consortium*. Medication overuse headache in Europe and Latin America: general demographic and clinical characteristics, referral pathways, painkillers use and dispensing modality in a descriptive, multinational, multicenter study. Submitted

Indicazioni all'uso della diidroergotamina nel trattamento del dolore emicranico alla luce della informativa AIFA 2013

Luisa Gervasio^{1,4}, Cinzia Fattore^{2,4}, Ennio Pucci^{3,5}, Fabio Antonaci^{3,5}

¹Servizio di Farmacia;

²Clinical Trial Center;

³Headache Science Center;

⁴IRCCS Fondazione Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino, Pavia;

⁵Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento, Università di Pavia

Riassunto. Alla luce della legge sulla farmacia dei servizi del 2009, sempre di più le farmacie sono coinvolte nel processo della qualità e sicurezza delle cure. La farmacia tradizionale tende quindi a trasformarsi in un luogo di promozione e produzione della salute diventando un valido strumento di interazione tra cittadini e figure sanitarie al fine di migliorare la qualità di vita e il bene comune. Ciò presuppone che il farmacista collabori in sinergia con i diversi professionisti sanitari, principalmente con i medici specialisti e ospedalieri, gli infermieri e i medici di medicina generale; questo approccio, che a maggior ragione richiede competenza e innovazione, porterà alla definizione di Percorsi Diagnostico Terapeutici (PDT) rispondenti sempre di più alle necessità dei cittadini.

Parole chiave: abuso di farmaci, cefalee, counseling, farmacia, percorsi diagnostico terapeutici (PDT)

INDICATIONS FOR USE OF DIHYDROERGOTAMINE IN THE TREATMENT OF MIGRAINE PAIN IN THE LIGHT OF THE 2013 AIFA RECOMMENDATIONS

Summary. In the light of the 2009 Italian law on service pharmacies, more and more pharmacies are participating in the process of ensuring healthcare quality and safety. Traditional pharmacies are tending to become places involved in the production and promotion of health and are becoming a valuable means of communication between citizens and healthcare operators, with a view to improving quality of life and promoting the common good. All this requires pharmacists to collaborate synergistically with different health professionals, mainly specialists and hospital doctors, nurses and general practitioners; this approach, which requires expertise and innovation, will lead to the definition of diagnostic/treatment pathways that increasingly meet citizens' needs.

Key words: headache medication overuse, headache, counseling, pharmacy, diagnostic/treatment pathways

INDICACIONES PARA EL USO DE LA DIHIDROERGOTAMINA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR DE LA MIGRAÑA A LA LUZ DE LAS ADVERTENCIAS AIFA 2013

Resumen. Después de la aprobación de la ley italiana del 2009 sobre la farmacia de los servicios, las farmacias están cada vez más involucradas en el proceso de la calidad y de la seguridad de los medicamentos. La farmacia tradicional entonces tiende a convertirse en un lugar de promoción y producción de la salud, volviéndose un valioso medio de comunicación entre la población y los profesionales de la salud, con la finalidad de mejorar la calidad de la vida y el bienestar común. Todo esto requiere que el farmacéutico colabore de forma sinérgica con los diferentes profesionales de la salud, sobre todo con los médicos especial-

istas y de los hospitales, los enfermeros y los médicos generales. Este enfoque, que requiere experiencia e innovación, llevará a la definición de protocolos de tratamiento diagnóstico que cumplan cada vez más con las necesidades de los ciudadanos.

Parablas clave: abuso de medicamentos, asesoramiento de salud, migrañas, protocolos diagnóstico-terapeuticos

Verso servizi farmaceutici di comunità

In seguito alla legge del 18 Giugno 2009 n.69 sulla FARMACIA DEI SERVIZI e successivi decreti attuativi del 16 Dicembre 2010 e del 08 Luglio 2011 emerge chiaramente come le farmacie di comunità siano coinvolte a pieno titolo nel perseguimento della qualità e della sicurezza delle cure. In quest'ottica la farmacia tradizionale tende a trasformarsi in un centro polifunzionale, un luogo di promozione e produzione della salute che, per la sua tipica diffusione territoriale, rappresenta un valido strumento di interazione tra cittadini e figure sanitarie che vi operano per migliorare la qualità di vita e il bene comune. Una farmacia di comunità, intesa come Presidio socio sanitario polivalente, presuppone anche una sinergia di intenti e di funzioni tra diversi professionisti, quindi non solo farmacisti ma anche medici, specialisti e ospedalieri, infermieri e altri operatori sanitari. Parimenti, la collaborazione dei farmacisti con i medici di medicina generale può garantire un riferimento e un supporto rivolto all'uso appropriato dei farmaci, alle verifiche dell'aderenza e della continuità terapeutica, al *Counseling* sui corretti stili di vita. Questo approccio di tipo multidisciplinare, che richiede risposte competenti e innovative, ha portato e porterà alla definizione di Percorsi Diagnostico Terapeutici (PDT) che siano pienamente rispondenti alle necessità dei cittadini (1, 2).

Monitorare per curare

Il Progetto "Monitorare per curare" (Figura 1) rappresenta un esempio Pilota prototipale calzante con l'operatività di un servizio polifunzionale di comunità. I 33 farmacisti che hanno aderito all'indagine hanno effettuato a cura dei Neurologi del Mondino

tre serate di aggiornamento sulle cefalee, in particolare approfondendo del capitolo "mal di testa": 1) criteri di classificazione delle Cefalee Primarie (Essenziali/Idiopatiche) e delle Cefalee Secondarie ad altre patologie (Cefalee Sintomatiche); 2) le corrette modalità d'uso dei farmaci profilattici/sintomatici degli attacchi; 3) misure/provvedimenti non farmacologici; 4) suggerimenti/consigli utili a prevenire il Mal Uso/Abuso/Dipendenza da medicinali anticefalalgici. Obiettivo principale dello studio è stata l'acquisizione in Provincia di Pavia di dati sul consumo di antidolorifici specifici (Triptani; derivati dell'ergot) e aspecifici (FANS e analgesici, anche di combinazione/in associazione). L'utente che ha acquistato un farmaco per bloccare un attacco di cefalea è stato: 1) reclutato dopo una breve descrizione verbale del Progetto con l'ausilio di un poster esposto in farmacia; 2) invitato a rispondere a tre semplici domande compilando una scheda con i seguenti quesiti:

- con che frequenza soffre di mal di testa?
- quanti analgesici assume (tipologia e numero)?
- è già seguito da uno specialista?



Figura 1.

Le risposte rappresentano il punto di partenza del PDT di ciascun paziente arruolato. In 33 Farmacie della Provincia (Figura 2) sono stati così reclutati 199 pazienti, successivamente sottoposti ad una intervista telefonica da parte di specialisti del Centro Cefalee di Pavia (Questionario *ad hoc*); 73/272 schede compilate non sono state prese in considerazione (<18->60 aa/ rinuncia/mancato contatto). Tutti i 199 pazienti reclutati (77% donne e 23% uomini) sono stati visitati al Centro Cefalee del Mondino e controllati dopo 3, 6, 12 mesi. Alla prima osservazione i pazienti, oltre a ricevere indicazioni in merito alla gestione del proprio disturbo, sono stati invitati a monitorare il consumo di farmaci anticefalalgici (v. Carta Diario, Figura 3).

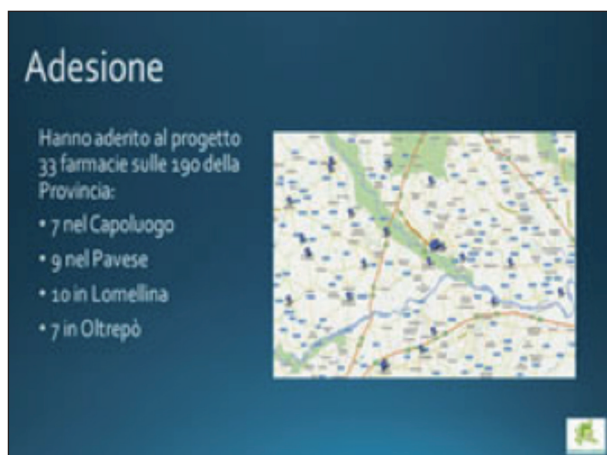


Figura 2. Hanno aderito al Progetto Pilota 33 (7 a PV, 9 nel Pavese, 10 in Lomellina, 7 in Oltrepò)

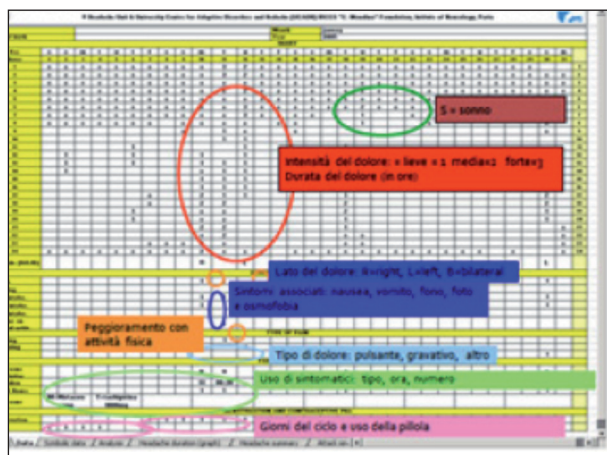


Figura 3. Diari e calendari (3)

Il 28 % (56/199) dei pazienti reclutati rientra nella categoria diagnostica di “Cefalea da Uso Eccesivo di Farmaco (o Farmaci)” (nota I), trattandosi nella maggior parte dei casi di FANS, acido acetilsalicilico e, a decrescere, di uno o più prodotti di combinazione di analgesici semplici e, poi, di antidolorifici specifici (triptani, DHE).

Impiego clinico della DHE e raccomandazioni AIFA

Fino all’avvento del sumatriptan, gli ergotaminici sono stati considerati farmaci d’elezione nell’estinzione dell’attacco emicranico; oltre ad avere un effetto simile a quello dei triptani sui recettori serotoninergici 5-HT_{1B} e 5-HT_{1D} hanno anche un effetto agonista α -adrenergico e un debole effetto dopaminoagonista (più evidente per l’ergotamina che per la diidroergotamina (DHE), con meno problemi, pertanto, di tollerabilità legati alla nausea). All’interno di questa famiglia il farmaco che ha riscosso maggiore successo è stato indubbiamente la DHE, dotata di efficacia provata. La DHE è disponibile in diverse formulazioni, le quali possono incidere sulla durata dell’effetto del farmaco; mentre la via intravenosa, nasale (e inalatoria nel Nord America) hanno, una emivita medio-corta, quella orale possiede emivita più lunga. In Italia abbiamo in vendita solo la formulazione in compresse (diidroergotamina metansulfonato) e quella in gocce (diidroergotamina mesilato); non sono invece più disponibili da noi le fiale e lo spray, due formulazioni farmaceutiche particolarmente utili in pazienti che hanno attacchi improvvisi e/o non prevedibili, che raggiungono l’acme del dolore rapidamente (4). Dal 2013 la DHE, per la sua potenziale associazione causale con l’ergotismo come segnalato da EMA e AIFA (5), non è indicata nel trattamento a medio/lungo termine dell’emicrania (nota II). Ne consegue che la DHE per os rimane un farmaco valido 1) come terapia sintomatica degli attacchi emicranici, in particolare nei pazienti non responders ai triptani (6); 2) come mini-terapia ciclica dell’emicrania mestruale (nota III).

In particolare la DHE metansulfonato:

- a liberazione immediata (1,50 mg);
- a liberazione programmata (3,50 mg);

si è dimostrata nella pratica clinica molto utile negli attacchi a periodicità altamente prevedibile (6-7), come di frequente è il caso di crisi associate al ciclo mestruale e alla sospensione della "pillola" usata a scopo anticoncezionale, ma anche in casi di emicranie da weekend (MINIPROFILASSI CICLICA) (5-9). La DHE per via orale va invece proscritta come farmaco antiemicranico di profilassi nella terapia preventiva di tipo continuativo a medio/lungo termine.

Note

I. Cefalea da uso eccessivo di farmaco (o farmaci)

- *Terminologia precedente:* cefalea "da rimbalzo", cefalea "indotta dai farmaci", "cefalea da misuse (uso sbagliato)".
- *Criteri diagnostici:* A) Cefalea presente per ≥ 15 giorni al mese in un paziente con una cefalea preesistente; B) uso eccessivo regolare da > 3 mesi di uno o più farmaci per il trattamento acuto o sintomatico del "mal di testa"; C) Cefalea cronica non inquadrabile in altre categorie diagnostiche della Classificazione Internazionale.
- *Commenti:* 1) il numero di giorni/mese si fonda sull'Opinione di Esperti, non su indagini scientifiche provate: ≥ 15 giorni al mese per i semplici analgesici (paracetamolo; aspirina; FANS); ≥ 10 giorni al mese per ergotamini, triptani, oppioidi, prodotti di combinazione di uno o più classi. 2) La maggior parte dei pazienti migliora dopo la sospensione del farmaco abusato e un semplice opuscolo informativo su come un consapevole uso è spesso sufficiente per prevenire o interromperne l'uso eccessivo. 3) La maggior parte dei pazienti tipicamente abusano di associazioni di antidolorifici aspecifici, oppioidi, β -bloccanti e/o caffeina; studi prospettici hanno provato che sono proprio i pazienti che fanno uso/maluso di questi prodotti di associazione di analgesici aspecifici cosiddetti "da banco" a presentare con maggiore frequenza episodi di ricaduta in overuse dopo il trattamento di sospensione/svezzamento.

II. Interazioni e controindicazioni

Da un punto di vista farmacodinamico l'uso concomitante di ergotamini, triptani e altri vasocostrit-

tori va evitato, dal momento che ciò potrebbe comportare incremento di vasocostrizione. Sebbene, inoltre, la somministrazione combinata di DHE e propranololo (un β -bloccante largamente usato nella profilassi a medio-lungo termine dell'emicrania) sia generalmente ben tollerata, una particolare attenzione è richiesta nei pazienti con compromissione vascolare. D'altra parte, la DHE non va utilizzata nei pazienti con patologia coronarica, vasculopatie periferiche e ipertensione arteriosa non controllata (8).

Le interazioni farmacologiche si verificano a carico del citocromo P450; va evitato pertanto l'uso concomitante di antibiotici macrolidi (eritromicina, etc.) e degli antimicotici azolici chetonazolo, etc.). Il mancato metabolismo della DHE ne aumenta le concentrazioni plasmatiche con conseguente vasospasmo ed ischemia tissutale.

La biodisponibilità della DHE è assoluta a seguito di somministrazione per via endovenosa ed intracutanea, ridotta invece per via orale a causa di un effetto elevato al primo passaggio nel fegato. A livello epatico il farmaco viene metabolizzato in un certo numero di metaboliti, tra i quali il principale, la 8-idrossi-ergotamina, raggiunge fino al 5-7% della dose ingerita e nell'uomo possiede la stessa attività della molecola madre (4).

III. Criteri diagnostici dell'Emicrania Mestruale (10)

- Emicrania Mestruale pura.
- Attacchi di Emicrania senza Aura in una donna mestrata.
- Evidenza documentata e prospetticamente registrata di almeno tre cicli consecutivi che confermi che gli attacchi si verificano esclusivamente nei giorni 1+ (cioè giorni da -2 a +3) delle mestruazioni in almeno due di tre cicli mestruali e in nessun altro periodo del ciclo.
- Emicrania Mestruale correlata alle mestruazioni.
- Attacchi di Emicrania senza Aura in una donna mestrata.
- Evidenza documentata e prospetticamente registrata di almeno tre cicli consecutivi che confermi che gli attacchi si verificano esclusivamente nei giorni 1+ (cioè giorni da -2 a +3) delle mestruazioni in almeno due di tre cicli mestruali ed anche in altri periodi del ciclo.

- Commento: Per gli scopi della ICHD-3beta, la mestruazione è considerata il sanguinamento endometriale derivante sia dal normale ciclo mestruale, sia dalla sospensione dei progestinici esogeni, come in caso di terapia contraccettiva orale combinata o di terapia ormonale sostitutiva ciclica. Il primo giorno delle mestruazioni corrisponde al giorno 1 e il giorno precedente è il giorno -1; non c'è il giorno 0.

Bibliografia

1. Sanfilippo L. Il ruolo del farmacista in un IRCCS di diritto privato. *RagiuFarm* 2014;143:48-60
2. Nappi R., Gervasio L. Il ruolo del farmacista in ospedale. *Cefalee Today* 2014;94:1-4
3. Nappi G., Jensen R, Nappi R.E., Torelli P., Olesen J. Diaries and calendars for migraine. A review. *Cephalalgia* 2006;26:905-16
4. Becker WJ. Acute Migraine Treatment in Adults. *Headache* 2015;55(6):778-93
5. Restrizione di indicazioni per medicinali contenenti diidroergotamina. Nota informativa EMA-AIFA, luglio 2013
6. Cargnin S., Terrazzino S., Pucci E., Viana M. La farmacoresistenza ai triptani: un problema che riguarda migliaia di persone in Italia. *Confinia Cephalalgica* 2016;26:30-34
7. Viana M., Nappi G. Dalla comprensione fisiopatologica alle opportunità terapeutiche in pazienti con attacchi di emicrania a periodicità prevedibile. *Confinia Cephalalgica* 2016;26:26-29
8. Silberstein S.D., Kori S.H. CNS Drugs. Dihydroergotamine: a review of formulation approaches for the acute treatment of migraine. 2013;27(5):385-94
9. Nappi G., Manzoni G.C. *Manuale delle Cefalee*. Centenario Masson, 2004
10. Classificazione Internazionale delle Cefalee (ICHD-3beta). 2014 www.neolatingroupheadache.net

Il possibile ruolo delle terapie complementari nel trattamento delle cefalee: dalle modalità 'classiche' ai preparati enzimatici biodinamici

Ennio Pucci

Headache Science Center - University Consortium for the Study of Adaptive Disorders and Headache (UCADH), Department of Brain and Behavioral Sciences, University of Pavia. Foundation National Neurological Institute IRCCS "C.Mondino" Pavia.

Riassunto. Nel presente contributo si pone l'attenzione sull'utilità della medicina complementare, a integrazione del percorso terapeutico tradizionale, che può rappresentare una interessante opportunità per il paziente. Molto importante è avere un approccio alla medicina complementare, non in alternativa alla cure mediche convenzionali, ma valutandone i rischi-benefici sulla base di una efficacia documentata consultando il medico. Da qualche tempo i centri cefalee stanno fornendo terapie complementari con buoni risultati (per es. biofeedback).

Parole chiave: agopuntura, centri cefalee, medicina complementare, medicina convenzionale, terapia complementare enzimatica, integratori alimentari biodinamici

THE POSSIBLE ROLE OF COMPLEMENTARY THERAPIES IN THE TREATMENT OF HEADACHE: FROM 'CLASSIC' METHOD TO BIODYNAMIC ENZYMATIC PREPARATIONS

Summary. This article focuses on the usefulness of complementary medicine, which can complement the traditional course of treatment and be an interesting opportunity for patients. It is very important not to approach complementary medicine as an alternative to conventional medical care, but rather, consulting a doctor, to weigh up its risks and benefits on the basis of its documented effectiveness. For some time now, headaches centres have been providing complementary therapies with good results (e.g. biofeedback).

Key words: acupuncture, headache centres, complementary medicine, conventional medicine, enzymatic complementary therapies, biodynamic enzymatic preparations

EL POSIBLE PAPEL DE LA TERAPIA COMPLEMENTARIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS MIGRAÑAS: DESDE EL MODO 'CLÁSICO' HASTA LOS PREPARADOS ENZIMÁTICOS BIODINÁMICOS

Resumen. Este artículo se enfoca en la utilidad de la medicina complementaria, que puede ser una integración del tratamiento terapeutico tradicional y volverse una oportunidad interesante para los pacientes. Es muy importante considerar la medicina complementaria no como una alternativa a la atención médica convencional, sino más bien una opción que tiene que ser evaluada con sus riesgos y sus beneficios, sobre la base de una eficacia documentada. Desde hace algún tiempo, los centros para la cura de la cefaleas han estado proporcionando terapias complementarias, con buenos resultados (por ejemplo biofeedback).

Palabras clave: acupuntura, centros de cefaleas, medicina complementaria, medicina convencional, terapia complementaria enzimáticas, preparados enzimáticos biodinámicos

Nel secolo scorso ed in particolare nel primo ventennio dopo la seconda guerra mondiale, nei paesi dell'Europa Occidentale e del Nord America, sono vorticosamente cresciute le attività industriali. Paese industrializzato ha assunto così il significato comune di sviluppato ed economicamente ricco, mentre la prevalenza di agricoltura e di terziario ha indicato per molti anni una società povera e generalmente non produttiva. La Medicina Complementare, per definizione, rivela un'impostazione, basata su evidenze scientifiche, che apre all'integrazione di alcune pratiche nell'ambito di un percorso terapeutico convenzionale. Una collaborazione che può rappresentare una grande opportunità per la tutela della salute e del benessere del paziente. Biofeedback, agopuntura, chiropratica, fitoterapia, omeopatia sono tra le pratiche sanitarie più conosciute che vanno sotto il nome di Medicina Complementare o Alternativa. Innanzitutto occorre stabilire la definizione. La più corretta sembra Medicina Complementare, che sta ad indicare la sua integrazione con i metodi di cura della medicina "ufficiale" o "convenzionale". Nei paesi a basso e medio reddito circa 80% della popolazione si affida alla Medicina Complementare per i propri bisogni sanitari. Una diffusione crescente che sta interessando anche i paesi industrializzati a più alto reddito, in alcuni dei quali sino al 65% della popolazione dichiara di aver fatto ricorso a queste forme di medicina. Per sgombrare il campo da equivoci, non bisogna considerare la Medicina Complementare come un insieme di cure miracolose che possono determinare magicamente la guarigione di un paziente, ma come pratiche la cui opportunità di utilizzo va valutata in base al rapporto rischi-benefici e in base ad una documentata efficacia. Il rischio è infatti che questi metodi di cura vengano considerati "alternativi" rispetto alle cure mediche convenzionali ed utilizzati, al di fuori di ogni controllo, senza tenere conto di una diagnosi, di terapie convenzionali più efficaci, di interferenze tra esse e i farmaci che si assumono magari per patologie importanti e vitali già diagnosticate (ad es. diabete o ipertensione). Questo dipende molto dall'atteggiamento del paziente, sempre più orientato all'auto-cura. Se considerate "alternative" cioè in contrapposizione e in sostituzione rispetto alle cure della medicina classica, queste pratiche possono presentare seri rischi. Il rischio per il paziente è che possano risultare inutili, quando non addirittura dannose, e che possano impedire o ritardare il ricorso ad altre cure

più efficaci con conseguenze talora drammatiche. Proprio nell'ottica di tutelare la salute del paziente bisogna avere un atteggiamento prudente, mostrando apertura verso le terapie alternative o complementari risultati efficaci dopo essere stati testati. Il paziente deve informarsi attraverso fonti attendibili sulla Medicina Complementare. Vista la diffusione delle pratiche complementari spesso utilizzate autonomamente dai pazienti, occorre aumentare la consapevolezza del paziente sui possibili rischi connessi all'uso della Medicina Complementare. Bisogna porre l'accento sulle possibili interazioni negative di farmaci tradizionali con farmaci di Medicina Complementare e indurre i pazienti a consultare il Medico. Particolare prudenza è raccomandata per i bambini, le donne in gravidanza o in allattamento, gli anziani e, in generale, tutte quelle persone che per altre malattie stanno assumendo dei medicinali. Uno dei problemi che accompagna l'utilizzo della Medicina Complementare è la scarsa informazione e conoscenza da parte del Medico, anche dello specialista delle Cefalee. Negli ultimi anni, infatti, sempre più Centri Cefalee si sono attivati a fornire ai pazienti, a loro afferenti, terapie complementari o alternative con ottimi risultati, come evidenziato per alcune terapie da una ricca produzione scientifica (ad es. Biofeedback). Le principali pratiche di Medicina Complementare sono:

Biofeedback

Il termine biofeedback deriva dalla contrazione dei termini *biological feedback*, è un metodo terapeutico non farmacologico che permette di acquisire il controllo volontario su funzioni dell'organismo (tensione muscolare, battito cardiaco, frequenza del respiro, sudorazione) di cui normalmente non si ha consapevolezza; consente pertanto, al paziente, mediante l'ausilio di una particolare strumentazione elettronica, di apprendere progressivamente, controllare ed autoregolare una propria funzione fisiologica.

Agopuntura

Si basa sulla concezione che dietro la malattia ci sia un'alterazione o uno squilibrio dei sistemi di rego-

lazione dell'organismo. Con l'agopuntura è possibile agire sull'organismo allo scopo di correggere eventuali fasi di squilibrio attraverso la stimolazione di zone particolari della cute, chiamate *agopunti*, localizzati su strutture denominate *Meridiani*. Il medico agopuntore ristabilisce l'equilibrio dell'organismo curando o prevenendo diverse malattie.

Chiropratica e Osteopatia

Sono pratiche con grande diffusione che si basano, ciascuna con una differente impostazione, sui trattamenti manuali per curare e prevenire diversi disturbi dell'organismo. Soprattutto, sono pratiche sanitarie volte alla diagnosi, al trattamento e alla prevenzione dei disturbi dell'apparato muscolo-scheletrico e degli effetti di tali disturbi sul sistema nervoso e sullo stato di salute generale. Particolare importanza è attribuita a tecniche di trattamento manuale quali la manipolazione vertebrale e il massaggio cranio-sacrale.

Fitoterapia

È una strategia terapeutica basata sull'uso di piante medicinali e di loro derivati ed estratti, opportunamente trattati. Il paziente è visto come un sistema globale e integrato in cui l'azione del *fito-complesso*, da solo o in associazione ad altri, è quella di intervenire contemporaneamente su diversi organi e apparati del paziente, in modo da ottenere una reazione terapeutica a più livelli, che determina una guarigione non solo sul sintomo specifico. Ma anche di tutto l'organismo nel suo complesso.

Omeopatia

È una strategia terapeutica che utilizza a scopo curativo e in dose non tossica sostanze capaci di produrre (se utilizzate in dosi tali da risultare tossiche) sintomi simili a quelli della malattia da curare. Le sostanze utilizzate a scopo terapeutico (medicine) vengono tecnicamente chiamate *Rimedi*. Le più comuni forme di somministrazione sono globuli o granuli

(saccarosio+lattosio) o gocce (in diluizione alcolica) di solito per via orale ma talvolta per via inalatoria e cutanea.

Integrazione alimentare e Nutraceutica

“Fai che il cibo sia la tua Medicina”, scriveva Ippocrate 2.500 anni fa: oggi un'industria sempre meno ricca di farmaci sembra aver preso alla lettera questa raccomandazione e si assiste ad un'offerta crescente di preparati finalizzati ad integrare principi naturalmente presenti nei cibi ma in quantitativi ritenuti insufficienti (“Integratori alimentari”) e a prodotti alimentari integrati con principi attivi o carenti di alcune sostanze (ad esempio glutine) o titolati in principi attivi, che vengono inquadrati quali “nutraceutici” (neologismo da “nutrizione” e “farmaceutica” coniato da Stephen De Felice nel 1989), definiti anche “alimenti funzionali”. Certamente uno stimolo anche a cercare (o evitare), nella normale alimentazione, cibi che possano risultare nel bene o nel male importanti per il mantenimento della salute (nel caso delle cefalee è ben noto il ruolo scatenante dell'assunzione di cibi contenenti tiramina, come formaggi, banane, cioccolato e vino rosso).

Terapia complementare enzimatica (TCE)

Ben diverso è il ruolo dei preparati cosiddetti “biodinamici” che, pur essendo classificati quali “Integratori” (IAB, Integratori Alimentari Biodinamici, capostipite: Citozym), di fatto rappresentano una terza via fra farmaci ed integratori convenzionali, in quanto esercitano la propria azione attivando e riportando alla normalità funzionali enzimi legati soprattutto al metabolismo mitocondriale. Frutto di avanzatissime ricerche biotecnologiche “a conversione enzimatica sequenziale”, questi preparati vengono definiti “biodinamici” grazie alla loro capacità di favorire i metabolismi bioenergetici intracellulari, fondamentali per tutti gli altri metabolismi della cellula. Un'esperienza di oltre trent'anni di lavoro nel campo delle biotecnologie delle conversioni enzimatiche costituisce il know-how alla base di studi che hanno portato a identificare sia gli enzimi sia le sequenze enzimatiche che, emulando le

sequenze biologiche intracellulari, hanno consentito di elaborare specifici substrati nutrizionali riconoscibili da parte degli enzimi, che possono così utilizzarli per liberarsi di eventuali antagonisti presenti nei siti attivi (metalli pesanti) ed essere nuovamente disponibili per le attività enzimatiche connesse al metabolismo glucidico e alle vie metaboliche correlate con il Ciclo di Krebs. Sono in corso importanti ricerche universitarie sull'impiego di questi preparati nel trattamento di patologie croniche e degenerative, infettivologiche ed oncologiche. Il nostro Gruppo sta utilizzando la TCE soprattutto nelle strategie di "washout" di pazienti che giungono alla nostra osservazione con una politerapia in atto che impedisce di fatto l'impostazione di adeguate strategie nel trattamento di cefalee di lunga data.

Nota bibliografica

1. Bellavite P, Conforti A, Lechi A, Menestrina F, Pomari S. Le medicine complementari. Definizioni, applicazioni, evidenze scientifiche disponibili. UTET, Torino, 1998
2. Raschetti R. La medicina delle evidenze scientifiche e le diverse culture della guarigione. Ann Ist Super Sanità, 1999; 35:483-488.
3. Nahir R, Straus SE. Research into complementary and alternative medicine: problems and potential. BMJ, 2001; 322:161-164.
4. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. Cephalalgia 2004; 24(Suppl. 1):1-151.
5. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population-prevalence study. J Clin Epidemiol 1991; 44:1147-57.
6. Von Korff M, Steward WF, Simon DJ, Lipton RB. Migraine and reduced work performance. Neurology 1998; 50:1741-45.
7. Nesturic Y, Martin A, Rief W, Andrasik F. Biofeedback treatment for headache disorders: a comprehensive efficacy review. Appl Psychophysiol Biofeedback 2008; 33(3):125-140.
8. Di Chiara M. Agopuntura: l'antica scienza cinese della salute. Fenice 2000, Milano 1995.
9. Keays AC, Neher JO, Safranek S, Webb CW. Clinical inquiries. Is osteopathic manipulation effective for headaches? J Fam Pract 2008; 57(3):190-1.
10. Dobrilla G, Coruzzi G. Fitoterapia. Dalle evidenze cliniche agli effetti indesiderati. Pensiero Scientifico Editore, Roma 2005.
11. Jonas WB, Kaptchuk TJ, Linde K. A critical overview of Homeopathy. Ann Intern Med 2003; 138:393-399.
12. Lucchetti M. Tecniche e terapie non convenzionali per il trattamento del dolore. Acta Anaesth Italica; 2004; 55:8-32.
13. Richardson J. The use of Randomized Controlled Trials in complementary therapies: exploring the issues. Journal of Advanced Nursing, 2000; 32(2):398-406.
14. Verhoef MJ, Casebeer AL, Hilsden RJ. Assessing efficacy in Complementary Medicine: Adding Qualitative Research Methods to the "Gold Standard". The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 2002; 8(3):275-281.
15. Biondi DM. Physical treatment for headache: a structured review. Headache 2005; 45:738-746.
16. Rains JC. Change mechanisms in EMG biofeedback training: cognitive changes underlying improvements in tension headache. Headache 2008; 48(5):735-6.
17. Pucci E, Antonaci F, Costa A, De Cillis I, Sandrini G, Nappi G. Medicina complementare e cefalee primarie. Confinia Cephalalgia 2010; XIX(1).
18. Bhowmick LJ, Wachholtz A. Does complementary and alternative medicine (CAM) use reduce negative life impact of headaches for chronic migraineurs? A national survey. Springerplus 2016; 7:5(1): 1006.
19. Cowan RP. CAM in the word: you may practice evidence-based medicine, but your patients don't. Headache 2014; 54(6): 1097-1102.
20. Adams J, Barbary G, Lui CW. Complementary and alternative medicine use for headache and migraine: a critical review of the literature. Headache 2013; 53(3): 459-473.
21. Wells RE, Bertisch SM, Buettner C, Phillips RS, McCarthy EP. Complementary and alternative medicine use among adults with migraines/severe headaches. Headache 2011; 51(7): 1087-1097.
22. Sun-Edelstein C, Mauskop A. Alternative headache treatments: nutraceutical, behavioral and physical treatments. Headache 2011; 51(3): 469-483.
23. Lambert TD, Morrison KE, Edwards J, Clarke CE. The use of complementary and alternative medicine by patients attending a UK headache clinic. Complement Ther Med. 2010; 18(3-4): 128-134.
24. Rovelli R. Biodinamica: dall'agricoltura alla salute dell'uomo. Pianeta Salute 2016; 5: 6-11.

La Cefalea a Grappolo

Foglio di informazione a cura di European Headache Alliance

Paolo Rossi, Jane Whelan, Audrey Craven, Elena Ruiz De La Torre

European Headache Alliance



Che cos'è la cefalea a grappolo?

- La cefalea a grappolo è uno dei dolori più intensi che l'uomo può provare in natura.
- Interessa 3-4 persone su 1000, una prevalenza simile a quella della sclerosi multipla e della malattia di Parkinson ma è pressoché misconosciuta al di fuori degli ambienti specialistici.
- Gli uomini sono colpiti più spesso delle donne, fatto inusuale in medicina delle cefalee.
- Una ricorrenza famigliare è rara (solo il 3-5% delle forme).
- La parola grappolo (brutta traduzione dell'inglese "cluster") fa riferimento al fatto che nella grande maggioranza dei pazienti gli attacchi si raggruppano in un periodo dell'anno della durata di settimane o mesi, per poi sparire fino alla Riattivazione successiva.
- La cefalea a grappolo (CH da cluster headache) esiste in due principali presentazioni cliniche; la variante episodica e cronica. La forma più comune è quella episodica che interessa l'80-90% dei pazienti e si caratterizza per l'alternanza di periodi di attivazione (durante i quali il numero degli attacchi varia da 0 a 8 al giorno) e periodi di remissione (senza attacchi) della durata di più di un mese. Tipicamente i pazienti sperimentano un periodo di attivazione l'anno spesso nella stessa stagione (in Italia i periodi dell'anno in cui la malattia più spesso si ripresenta sono la primavera e l'autunno). Una forma cronica

viene diagnosticata quando il paziente, nell'arco di un anno, non manifesta un periodo di remissione lungo almeno un mese.

- Gli attacchi di cefalea a grappolo si caratterizzano per un dolore lancinante che si localizza su un solo lato della testa, di solito all'interno ed attorno all'occhio con irradiazione alla tempia, che in brevissimo tempo diventa di intensità insopportabile, spesso descritto come uno spillone infuocato nell'occhio. Gli attacchi possono durare da 15 minuti a 3 ore e spesso si ripresentano agli stessi orari (ad esempio nel cuore della notte, al risveglio dopo pranzo o dopo cena).
- La cefalea a grappolo si caratterizza per la presenza in associazione con il dolore, e sullo stesso lato, di almeno uno tra questi sintomi:
 - L'occhio diventare rosso e lacrimare;
 - il naso è chiuso o cola;
 - sudorazione profusa di faccia e fronte;
 - costrizione della pupilla con o senza rigonfiamento e chiusura della palpebra;
 - agitazione fisica, irrequietezza con difficoltà a stare fermi.

La causa della cefalea a grappolo non è nota con certezza, ma sembra ipotizzabile una disfunzione all'interno del network del dolore.

Che differenza c'è tra emicrania e cefalea a grappolo?

Una delle principali differenze tra emicrania e cefalea a grappolo è che la persona affetta da un attacco di emicrania cerca di stare riposato in un ambiente tranquillo mentre la persona affetta da cefalea a grappolo è agitata, smaniosa; Il paziente infatti durante la crisi

difficilmente riesce a star fermo, comincia a passeggiare avanti ed indietro, a mettere in atto manovre per attenuare il dolore ed è incapace di trarre giovamento dal riposo a letto. Inoltre mentre un attacco di emicrania può durare fino a 3 giorni, l'attacco di cefalea a grappolo dura di solito meno di tre ore.

La diagnosi di cefalea a grappolo?

Non ci sono test o esami specifici per porre la diagnosi di cefalea a grappolo che il medico fa solo su una base clinica ovvero dopo una raccolta dettagliata dei sintomi. Gli esami radiologici, TC o Risonanza Magnetica, servono per escludere una causa organica (ad esempio una lesione espansiva cerebrale o vascolare). Le caratteristiche della cefalea a grappolo sono così tipiche, uniche e distintive che diagnosticarla è molto semplice.

Ci sono fattori che possono scatenare (o attenuare) gli attacchi?

L'alcol è l'unico fattore scatenante riconosciuto per la cefalea a grappolo ed in fase attiva è spesso in grado di precipitare un attacco entro un'ora. E' fortemente sconsigliato bere alcolici durante i periodi attivi di malattia (alla remissione qualche bicchiere non crea alcun problema).

Un discreto numero di pazienti affetti da questa malattia riporta la possibilità di sviluppare un attacco con l'inalazione di solventi chimici di varia natura (benzina, solventi per vernici, varechina etc). In fase attiva anche un sonnellino pomeridiano può attivare un attacco ed andrebbe evitato.

Numerose ricerche hanno dimostrato che la grande maggioranza dei pazienti affetti da CH sono forti fumatori. Smettere di fumare non allevia la cefalea ma riduce il rischio di cronicizzazione (smettere di fumare per i benefici che induce sulla salute è comunque auspicabile !!).

Durante la crisi molti pazienti trovano beneficio nella applicazione di ghiaccio o impacchi freddi sulle aree interessate dal dolore, oppure da una attività fisica intensa, oppure dal bere molta acqua.

Quali sono le terapie efficaci?

Sebbene non esista nessuna cura in grado di "disattivare" definitivamente la malattia, negli ultimi 20 anni le terapie a disposizione sono diventate molto più efficaci che in passato.

Le terapie sintomatiche, o dell'attacco acuto, hanno il fine di interrompere il dolore una volta che questo è cominciato. La terapia della CH può essere complessa perché il dolore diventa di intensità insopportabile molto rapidamente, di solito in pochi minuti. Per trattare un attacco di cefalea a grappolo è necessario l'utilizzo di farmaci che agiscono velocemente. *I comuni analgesici non sono utili* perché il dolore della CH è troppo intenso ed anche se somministrati in vena o intramuscolo sono troppo lenti. Anche gli oppiacei sono inefficaci.

L'ossigeno è uno dei trattamenti più efficaci e sicuri per la CH.

Devi respirare l'ossigeno ad una velocità di flusso di 10-15 litri al minuto utilizzando una maschera non-rebreathing (cioè senza buchi e con sacchetto di riserva, ad es quella prodotta dalla Intersurgical) per 15 minuti all'inizio dell'attacco. La terapia di solito comincia a funzionare entro dieci minuti. La prescrizione ideale è per ossigeno gassoso 6000 litri con erogatore regolabile fino a 15 l/min.

Triptani

Le iniezioni di sumatriptan sottocute sono in grado di ridurre fortemente il dolore entro 10 minuti nella maggior parte dei pazienti (i triptani per bocca di solito non sono efficaci perché troppo lenti).

Il *sumatriptan* e lo *zolmitriptan* in *spray nasale* risultano di aiuto in una buona percentuale di pazienti ma sono più lenti a dare sollievo delle iniezioni.

La ricerca sta sperimentando l'efficacia di una serie di dispositivi medici promettenti (stimolatore vagale, stimolatore del ganglio sfenopalatino, etc).

I trattamenti di prevenzione

Sono utilizzati per l'intera durata del periodo attivo nel tentativo di ridurre la frequenza e la severità degli attacchi. Le terapie più in uso sono:

Verapamil: a dosaggi elevati (molto più alti di quelli utilizzati per l'attività antiaritmica per cui viene usualmente prescritto) può risultare efficace sia nella forma cronica che in quella episodica. L'utilizzo del verapamil deve avvenire sotto continuo controllo medico perché c'è bisogno che sia monitorizzata l'attività cardiaca, anche con elettrocardiogrammi ripetuti, e per trovare il dosaggio più corretto.

Il *cortisone*, per via orale, intramuscolo o sotto forma di infiltrazioni del nervo occipitale (un nervo superficiale situato dietro la nuca) agisce rapidamente nel dare un sollievo. Per evitare gli effetti collaterali dovuti all'utilizzo prolungato, il cortisone viene utilizzato per un breve ciclo per ottenere un beneficio rapido intanto che le altre terapie prescritte cominciano ad agire.

Le altre opzioni terapeutiche che possono essere prese in considerazione sono il carbonato di litio, il topiramato, l'acido valproico, il gabapentin ed il baclofen.

Spesso è necessario fare diversi tentativi ed utilizzare diversi dosaggi prima di trovare la combinazione terapeutica ottimale. La cefalea a grappolo è una malattia che deve essere gestita da uno specialista per cui è auspicabile che tu sia seguito presso un Centro Cefalee.

A causa della straordinaria intensità del dolore, della difficoltà a riposare con continuità e della difficoltà a comunicare il dolore il periodo di attivazione della cefalea è per molti pazienti una esperienza angosciante vissuta spesso in solitudine; *il supporto di altri pazienti con la stessa malattia è fondamentale per migliorare le tue capacità di far fronte alla malattia.*

Le associazioni pazienti possono aiutarti a trovare un adeguato supporto ed informazioni accurate ed affidabili sulla CH (vedi i riferimenti a fondo pagina)

I sette (7) comandamenti per una buona assistenza sanitaria

I pazienti esperti afferenti alle associazioni europee hanno identificato **sette (7) raccomandazioni** che i medici e gli operatori sanitari dovrebbero seguire per garantire una buona assistenza sanitaria a chi soffre di questa malattia.

1. Assicurare una diagnosi tempestiva e prescrivere i trattamenti adatti.
2. Diffondere la conoscenza della malattia al di fuori degli ambienti specialistici attraverso una formazione adeguata.
3. Fornire informazioni accurate ed affidabili correggendo quelle false e fuorvianti.
4. Ascoltare la persona, riconoscere la sua malattia e rassicurarlo.
5. Riconoscere le conseguenze negative della cefalea a grappolo sul paziente in ambito lavorativo, sociale e familiare.
6. Incoraggiare i pazienti a parlare della loro malattia in tutti gli aspetti della loro vita, a non vergognarsene e ad entrare in contatto con le associazioni di categoria.
7. Consentire un rapido accesso ai centri specialistici rendendosi disponibili per tutto il tempo della presa in cura.

Se hai incontrato un medico che osserva queste raccomandazioni sei in buone mani...puoi consigliarlo a chi ha il tuo stesso problema.

Le organizzazioni dei pazienti

Possono aiutarti! Contatta per info o supporto. OuCH Italia:

- <http://www.grappolaiuto.it/forum/index.php?topic=11048.msg121009#msg121009> (al link trovi la lista aggiornata dei referenti regionali OuCH).
- Alleanza Cefalalgici Cluster: <http://alcecluster.cefalea.it/>

Un libraio, un editore, un gentiluomo: ricordo di Geppino Guida

Ferruccio Diozzi

Centro Italiano Ricerche Aerospaziali, Capua (Napoli)

Quello che segue è un breve profilo di Giuseppe “Geppino” Guida, spentosi a Napoli all’età di 76 anni. Alla notizia della sua scomparsa ne avevo pubblicato un brevissimo ricordo su Facebook e la mia amica Silvia Molinari (responsabile Ufficio Formazione&Informazione, IRCCS C. Mondino di Pavia) mi ha chiesto di scriverne per delle testate di cui cura i piani editoriali. Lo faccio volentieri per ricordare il libraio, l’editore, il gentiluomo che era Geppino Guida.

Giuseppe “Geppino” Guida è stato una delle figure chiave della cultura napoletana per molti decenni. Uno dei titolari dello storico Gruppo Guida sviluppatosi nel corso dei decenni a partire dalla prima libreria aperta nel 1920 sulla via di Port’Alba, una delle porte di accesso alla Città antica, poi dal 1931 anche casa editrice di grandi autori italiani ed internazionali, di testi universitari e di riviste che hanno fatto parte della storia della cultura meridionale in diversi domini disciplinari.

La libreria, in particolare, è stata per decenni una grande libreria di carattere generalista che spaziava dai libri scolastici ed universitari ad un raffinato commercio di antiquariato librario. Ma fu anche, durante il fascismo, punto di riferimento degli intellettuali antifascisti e, dopo la Liberazione, ha rappresentato uno dei riferimenti più avanzati della cultura napoletana. Guida ha infatti valorizzato la cultura locale non solo come canale editoriale ma offrendo uno spazio importantissimo nell’ospitare la più importante intellettualità italiana, europea ed internazionale. Non si contano, infatti, i nomi presenti nella sala convegni della libreria, la c.d. “Saletta rossa” da Giuseppe Ungaretti a Pierpaolo Pasolini, da Umberto Eco a Allen Ginsberg.

Su questo corpo, più di quaranta anni fa, Geppino Guida “gemmo” la sede vomerese della libreria “Guida Merliani”. Per chi non conosce bene Napoli il Vomero è un grande quartiere residenziale il cui primo sviluppo risale all’età umbertina e che si è progressivamente ampliato, soprattutto dopo la seconda guerra mondiale sino agli anni settanta del secolo passato. Ed è infatti in un’elegante costruzione degli anni sessanta che venne inaugurata, nel 1973, “Guida Merliani I”, dal nome della via in cui era posizionata di cui divenne ben presto *dominus* Geppino.

Ubicata su tre livelli, occupando ca. 700 mq., Guida Merliani è stata per molti anni una grande libreria polivalente che replicava il carattere positivamente generalista della sorella maggiore del Centro antico anche nel creare ed animare un prezioso spazio di confronto e dibattito.

E’ stata, insomma, uno *store* affine ai modelli FNAC o Feltrinelli prima che questi facessero la loro comparsa. Uno *store* che però non ha mai trascurato le radici del proprio grande passato ed ha offerto al pubblico sempre numeroso la competenza e la passione libraria e culturale di Geppino Guida e dei suoi collaboratori.

Una serie di vicende, iscritte nella più generale crisi economica di questi anni, hanno poi provocato le dolorose chiusure: prima Guida Merliani, poi la stessa, storica Guida Port’Alba hanno cessato i loro esercizi ed il gruppo Guida si è dovuto concentrare sul segmento editoriale.

Non si è perso però il ricordo di Geppino Guida: il professionista capace, al tempo stesso, di mandare avanti una grande libreria parlando con i segmenti di pubblico più diversificati; l’uomo ricordato con rispet-

to ed affetto nel quartiere essendo sempre attento al decoro urbano non solo del proprio esercizio: l'amico, se posso consentirmelo, che impiegò volentieri il suo tempo nel valutare, alla morte di mia madre, alcuni libri antichi presenti in casa o che, alla scomparsa im-

provvisa di una persona cara ad entrambi, si fece promotore di una bella pubblicazione in sua memoria.

Un umanista dunque nel senso migliore del termine cui ben si confaceva l'antico motto di Terenzio: *"Homo sum, humani nihil a me alienum puto"*.

OBITUARY

Homenaje al dr Jorge Leston

Nelson Barrientos Uribe

Neurólogo y cefaliátra, Hospital Dipreca, Chile

Se me ha conferido el honor de dirigir a ustedes algunas palabras en recuerdo de nuestro amigo y maestro de muchos, el Dr. Jorge Leston.

Conocí al Dr Jorge Leston en Noviembre de 1998, con ocasión del Congreso de Neurología Chileno realizado en Viña del Mar, siendo mi invitado, ya que por primera vez se realizaba un meeting de cefalea en un evento importante en mi país.

A principios de ese año junto a otros otro neurólogo chileno fuimos invitados a una reunión de trabajo a propósito de una investigación que estaba desarrollando nuestro Servicio en Epilepsia y nos llevaron a Pinomar en Argentina, donde conocí neurólogos latinoamericanos. Dado que a mi ya me inquietaba el tema Cefalea, indagué acerca de neurólogos latinoamericanos que estuvieran dedicados al tema y un colega epileptólogo argentino me dió el nombre de Jorge Leston y su teléfono.

Llegando a Chile lo llamé y le conté acerca del evento a realizarse en Chile, y que me interesaba invitarlo en nombre de la Sociedad de Neurología acompañando al Dr Silverstein de USA a quien lo traía un Laboratorio Internacional a un tour académico por diferentes países latino americanos y a quien el Dr Leston conocía.

En esa conversación telefónica me aconsejó acerca de la forma de desarrollar el evento y sugirió los temas a tratar con mucha generosidad y motivación.

Cuando llegó Noviembre lo pasé a buscar en mi auto al aeropuerto de Santiago y nos fuimos conversando las 2 horas que dura el viaje a Viña del Mar, con la sensación de conocerlo de mucho antes, por lo amena y fluida que fue la relación que de inmediato se estableció entre nosotros.

Durante el Congreso me instruyó en las Instituciones académicas y los más conocidos especialis-

tas en cefalea del mundo. Me aconsejo que iniciara el desarrollo de la especialidad en Chile, ya que era una necesidad para la Salud Pública del país y que formara discípulos.

Desde ese momento empecé a trabajar en cefalea, creando el Grupo de Cefalea de la Sociedad de Neurología Chilena e inicié mis investigaciones en diferentes aspectos de esta patología.

Después de esa ocasión fue mi invitado a unos ocho congresos nacionales, a cursos de cefalea universitarios para médicos chilenos y se transformó en mi maestro en esta especialidad, forjándose una sólida amistad entre nosotros y con otros muchos neurólogos chilenos.

A la vez, fui su invitado en diversas oportunidades a Argentina, en Buenos Aires, Córdoba, Mendoza y Mar del Plata.

Jorge fue el Primer Presidente de la Asociación Latinoamericana de Cefalea, cuya creación fue su mérito personal, teniendo siempre la preocupación que los neurólogos dedicados a cefalea pudieran trabajar en armonía, logrando que Brasil con el Dr Bordini, Uruguay con la Dra Perez, se mantuvieran unidos junto a Colombia, El Salvador, Costa Rica, República Dominicana, organización que se mantuvo hasta que Jorge fallece y se desploma esta débil estructura al desaparecer su líder.

También nos conectó con Europa, principalmente con España, a través del Dr José Miguel Lainez en Valencia y con el Profesor Dr Guiseppi Nappi de Italia en Pavía.

Reitero que la enorme generosidad del Dr Leston lo llevó a ayudarme y aconsejarme cuando el año 2000 presenté mis trabajos de Botox y migraña y colaboró entusiastamente con un Libro de Cefalea que publicamos en Chile y Latinoamérica en el 2007.

Me dio ideas para trabajar en Cefalea de hipovolumen de LCR, migraña y vértigo y en algunas ideas en la CAM, cuyos resultados mostraré posteriormente.

Pero no sólo debo destacar todo este apoyo profesional, porque quizás lo más importante para mi es la calidad humana que Jorge exhibió siempre. Conoció a mi esposa e hija con quienes también forjó una amistad muy fuerte.

Como ustedes saben, en Chile se presentan terremotos frecuentemente, y siempre recordaré que cuando esto ocurría, el primer llamado que recibíamos era de Jorge para preguntar por la situación de la familia, lo que me mostraba el afecto que nos tenía y que yo en estas palabras intento destacar lo generoso que fue, preocupado y siempre dispuesto a ayudarme, aconsejarme cuando los proyectos no resultaban y alentarme para continuar mi trabajo.

Siempre a mis residentes y neurólogos jóvenes les refero el orgullo de haber conocido a una persona especial que considero mi Maestro en Cefalea y en los problemas de la vida diaria, donde siempre recibí un atinado consejo. Jorge, quiero decirte muy francamente que fuiste mi gran amigo, que a veces siento que necesito

tu apoyo y esa capacidad de escuchar que siempre fue tu baluarte, y que dejó un espacio en vida imposible de llenar .

Has dejado una huella imborrable en tu país con discípulos destacadísimos que están en esta ceremonia y en toda Latinoamérica, y espero poder de alguna manera transmitir a otros lo que me enseñaste y entregaste en tu fructífera vida profesional.

Jorge recibe un abrazo mío, de mi grupo neurológico y de mi familia que hago extensivo a tu esposa e hijos que nos acompañan en esta ceremonia.

Adios, y muchas gracias por todo lo que construiste para lograr que Latinoamérica esté unida porque así, somos más fuertes y estoy seguro que cada uno de tus discípulos tratará de continuar tus sueños.

Espero que en las nuevas generaciones latinoamericanas aparezcan personas con esos valores de sabiduría, de apoyo a los más jóvenes y con una visión de líder de integración, alejado del interés por lo material, tan presente en nuestra sociedad actual.

Amigo, hasta siempre.

Buenos Aires 27, mayo 2016

Abstract di interesse cefalgico

Marta Allena, Michele Viana (a cura di)

Headache Science Center, IRCCS Fondazione Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino, Università di Pavia

The added value of an electronic monitoring and alerting system in the management of medication-overuse headache: A controlled multicentre study

*Tassorelli C., Jensen R., Allena M., De Icco R., Katsarava Z., Lainez J.M., Leston J.A., Fadic R., Spadafora S., Pagnani M., Nappi G; the COMOESTAS Consortium**
Cephalalgia 2016; Jul 20 (Epub ahead of print)

Un incremento costante e progressivo nell'assunzione di farmaci sintomatici per la cefalea può peggiorare l'emicrania e/o la cefalea di tipo tensivo, sino a portare allo sviluppo di una condizione clinica, ad andamento cronico, denominata "Cefalea da uso eccessivo di sintomatici".

Tale cefalea (dall'Inglese "Medication Overuse Headache" - MOH) è piuttosto comune, se si considera la sua frequenza nella popolazione generale pari al 1-3%, ed è particolarmente disabilitante e difficile da gestire, in quanto associata ad un elevato rischio di ricaduta.

Il suo trattamento prevede la sospensione brusca del farmaco di abuso e, superata una breve fase di disintossicazione, la prescrizione di un'adeguata terapia di profilassi.

La percentuale di successo è piuttosto elevata ma, purtroppo, con il passare dei mesi, e soprattutto nel primo anno, se il paziente non è strettamente monitorato, il rischio di recidiva, cioè di ricadere nell'abuso di farmaci, rimane alto.

In studi precedenti, il nostro gruppo aveva osservato come l'utilizzo di un diario cartaceo per monitorare gli attacchi di cefalea e il consumo dei farmaci sintomatici, associato ad un programma predefinito di follow-up (visite programmate a 2-6-12 mesi), portava ad una riduzione nella frequenza di recidiva nei pazienti affetti da MOH.

Sulla base di questi risultati, ed avvalendoci della collaborazione di esperti in ICT (Information Communication Technology), è stato progettato un diario elettronico dotato anche di un sistema di allarme e di comunicazione il cui utilizzo è stato testato in questo studio multicentrico, controllato, condotto in sei Centri Cefalee in Europa ed in America Latina, denominato COMOESTAS, al fine di migliorare l'outcome della gestione della MOH.

Nello studio sono stati arruolati un totale di 663 pazienti affetti da MOH, suddivisi in due gruppi: il gruppo Comoestas, costituito da 298 pazienti monitorati mediante il diario elettronico, ed il gruppo Classico, costituito da 365 pazienti seguiti con il diario cartaceo.

L'emicrania era la cefalea primaria per l'88.3% dei pazienti del gruppo Classico e per l'89.3% dei pazienti del gruppo Comoestas. All'incirca il 10% dei pazienti in entrambi i gruppi riportava una cefalea di tipo tensivo come cefalea di origine.

Al termine dei 6 mesi di osservazione, una percentuale significativamente maggiore di soggetti del gruppo Comoestas era "overuse-free" (73.1 vs 64.1%, $p=0.046$). Inoltre, entrambi i gruppi hanno mostrato una riduzione sia nel numero di giorni di cefalea al mese che nel numero di giorni di assunzioni al mese ma questo ultimo dato era significativamente migliore tra i pazienti seguiti con il diario elettronico. Anche il livello di disabilità, misurato mediante una scala specifica, e quindi la qualità della vita, è migliorato maggiormente dopo 6 mesi nel gruppo Comoestas rispetto al gruppo Classico.

In conclusione, lo studio ha dimostrato come un dispositivo elettronico dotato di un sistema di monitoraggio e di allarme possa ottimizzare la gestione dei

pazienti affetti da MOH dopo la disintossicazione. Esso, inoltre, potrebbe essere utile anche per altre malattie croniche a rischio di peggioramento o recidiva; lo strumento Comoestas, infatti, è stato realizzato con una specifica attenzione per essere utilizzato come soluzione tecnologica disponibile e replicabile su larga scala e per altre patologie similmente disabilitanti che richiedano uno stretto monitoraggio clinico.

Clinical features of migraine aura: Results from a prospective diary-aided study

Viana M., Sances G., Linde M., Ghiotto N., Guaschino E., Allena M., Terrazzino S., Nappi G., Goadsby P.J., Tassorelli C.

Cephalalgia 2016; Aug 29 (Epub ahead of print)

Una valutazione dettagliata dei sintomi dell'aura emicranica è di fondamentale importanza, sia per un miglioramento delle conoscenze cliniche della stessa aura, sia per questioni di classificazione nonché per una più solida discussione fisiopatologica (relativa quindi ai suoi meccanismi).

Pochi studi sino ad ora si sono concentrati in modo dettagliato sugli aspetti clinici dell'emicrania con aura. Molti studi sono stati condotti retrospettivamente mentre i pochi studi prospettici hanno valutato un basso numero di auro.

Gli autori di questo articolo hanno condotto uno studio prospettico utilizzando un diario per gli attacchi di emicrania con aura creato *ad hoc*. Nel diario i pazienti dovevano registrare in tre attacchi consecutivi le seguenti caratteristiche: presenza, qualità, lateralità, durata di ogni sintomo dell'aura (visivi/sensitivi/disfasici), la loro successione temporale; presenza di mal di testa e la sua successione temporale con aura.

Settantadue pazienti hanno completato lo studio registrando le caratteristiche di tre auro consecutive per un totale di 216 auro.

I sintomi visivi si sono verificati in 212 pazienti (98% del totale), i sintomi sensoriali in 77 (36%), i sintomi disfasici in 22 (10%).

La maggior parte delle auro visive presentava più di un fenomeno visivo (mediana 2, IQR 1-3, range 1-4); i singoli sintomi visivi più frequentemente registrati sono stati: lampi di luce, visione annebbiata / offuscata, linee

a zig-zag o frastagliate, scotoma (macchia scura), fosfeni (piccoli punti luminosi), luce intermittente, visione "attraverso vampate di calore" o attraverso "acqua frastagliata".

Alcuni dei sintomi visivi si possono inquadrare in un gruppo più ampio che gli autori hanno definito "disturbi della percezione visiva" (DPV - come ad esempio la visione annebbiata / offuscata), non accostabili ad altri sintomi puramente positivi (lampi di luce, fosfeni,..) o negativi (scotoma, emianopsia...). I DPV, nonostante non venissero sino ad ora considerati da tutti gli autori come veri e propri sintomi d'aura, sono stati riscontrati in questo studio nel 45% delle manifestazioni visive. Inoltre le analisi hanno dimostrato che i DPV hanno caratteristiche simili a quelle del 55% dei sintomi più "tipici" di aura visiva (quelli appunto positivi o negativi).

La maggior parte dei pazienti (56%) non ha presentato attacchi stereotipati, ovvero almeno un attacco dei tre presentava, rispetto agli altri attacchi, almeno diversità nelle caratteristiche indagate (ad esempio caratteristiche visive, la combinazione e / o successione temporale dei tre sintomi aura). Anche per quanto riguarda la correlazione aura-cefalea, il 56% dei pazienti

ha riportato un diverso scenario di sequenza temporale nei tre attacchi. In altre parole poteva accadere che se in un attacco la cefalea iniziava dopo la conclusione dell'aura, in un altro attacco la cefalea insorgeva contemporaneamente all'esordio dell'aura o mentre l'aura era già iniziata (ma non ancora terminata).

Per quanto riguarda l'importante aspetto della durata dei sintomi dell'aura emicranica, si è dimostrato che il 15% dei sintomi dell'aura dura più di un'ora (anche se la classificazione riporta un'ora come limite massimo di durata) mentre solo il 5% dei sintomi d'aura ha superato le 4 ore di durata.

In conclusione, questi risultati mostrano un'elevata inter e intra-variabilità degli attacchi di emicrania con aura: esiste infatti un'ampia differenza in termini di presentazione dell'aura sia tra i diversi pazienti ma anche nello stesso paziente su attacchi differenti. Inoltre i risultati di questo studio forniscono solide basi per arricchire e chiarire le possibili presentazioni cliniche dell'aura e avviare, da un lato una discussione sull'attuale classificazione internazionale delle cefalee (ICHD-III-beta), dall'altro una speculazione fisiopatologica.

SCOPO DELLA RIVISTA

Confinia Cephalalgica pubblica con periodicità quadrimestrale contributi teorici e sperimentali di ricerche biomediche e in scienze umane a carattere multidisciplinare prioritariamente dedicati allo studio, diagnosi e cura delle cefalee e altri *mal di testa*, nell'accezione più vasta di sindromi e manifestazioni dolorose complesse ai confini tra natura e cultura, tra mente e cervello, archetipi, comportamenti e stile di vita. Il nuovo piano editoriale della rivista rispecchia, nella sua architettura, un'idea di "forum circolo", "palestra costellazione" di ricerche e contributi che, a partire dal nucleo centrale delle cefalee e disturbi adattativi correlati, si sviluppa in cerchi di riflessione e approfondimenti sempre più ampi nella convinzione che la comunicazione della scienza non debba parlare solo inglese e che la rivista possa essere uno strumento per costituire una rete di connessione tra le popolazioni non anglofone. Non a caso i titoli, gli abstracts e le parole chiave dei contributi sono pubblicati anche in lingua spagnola.

NORME PER GLI AUTORI

La rivista pubblica articoli originali, rassegne, recensioni, interviste, "ever green".

La proprietà letteraria degli articoli viene ceduta alla Casa Editrice; ne è vietata la riproduzione anche parziale senza autorizzazione della Redazione e senza citarne la fonte.

Gli Autori si assumono la piena responsabilità per quanto riportano nel testo e si impegnano a fornire permessi scritti per ogni materiale grafico o di testo tratto da altri lavori pubblicati o inediti.

La Redazione dopo aver eventualmente consultato i Referees si riserva la facoltà di: accettare gli articoli; accettarli con la riserva che vengano accettate le modifiche proposte; rifiutarli, esprimendo un parere motivato.

Il materiale in formato elettronico, accompagnato da una lettera con gli estremi per poter contattare facilmente gli Autori, dovrà essere inviato al Direttore Editoriale: dr.ssa Silvia Molinari, Direzione Scientifica, "Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino", Via Mondino, 2 - 27100 Pavia; silvia.molinari@mondino.it, almeno 20 giorni prima della pubblicazione del numero (indicativamente metà febbraio; metà giugno, metà ottobre).

Tutto il materiale deve avere i seguenti requisiti:

- testo: Word versione per Windows;
- tabelle: in formato Word o Excel versione per Windows;
- grafici: in formato Power Point versione per Windows.

Il testo non deve superare le 10 cartelle dattiloscritte (formato A4, doppio spazio, 30 righe per pagina, 60 caratteri), inclusa la bibliografia (max 25 voci bibliografiche).

La prima pagina deve contenere il titolo in lingua italiana e in lingua inglese, il nome per esteso ed il cognome degli Autori, gli Istituti di appartenenza, l'indirizzo del primo Autore, il riassunto in lingua italiana e inglese della lunghezza massima di 10 righe e almeno tre Key Words in lingua italiana e inglese.

Gli articoli originali devono essere di norma suddivisi in: introduzione, materiale e metodi o caso clinico, risultati, discussione. TABELLE - Le tabelle (in numero non eccedente la metà delle pagine di testo) devono avere un titolo conciso ed essere numerate con numeri romani. Ogni tabella deve essere scritta su un foglio separato. Tutte le abbreviazioni usate devono essere chiaramente definite.

FIGURE - grafici, fotografie e disegni devono essere di qualità professionale, quindi in formato jpg di buona definizione (risoluzione da 150 dpi in su); devono essere numerate con numeri arabi; le abbreviazioni ed i simboli devono essere adeguatamente spiegati nelle didascalie; devono essere in numero non superiore alla metà delle pagine di testo.

BIBLIOGRAFIA - I riferimenti bibliografici devono essere segnalati nel testo tra parentesi e in numero [es: (1) oppure (1,2)].

Le voci bibliografiche devono essere riportate alla fine dell'articolo e numerate consecutivamente nell'ordine in cui sono menzionate per la prima volta nel testo. Nella bibliografia vanno riportati:

- tutti i lavori citati nel testo e nelle didascalie di tabelle/figure;
- tutti gli autori fino a un massimo di sei. Se sono in un numero superiore, riportare il nome dei primi tre seguiti dalla dicitura "et al.";
- i titoli delle riviste abbreviati seguendo la convenzione in uso dalla NLM (PubMed), altrimenti per esteso.

Alcuni esempi: *per riviste (stile Vancouver)*: Anthony M, Hinterberger H, Lance JW. Plasma serotonin in migraine and stress. Arch Neurol 1967; 16:544-552 *per libri*: Kudrow L. Cluster headache: mechanism and management. New York: Oxford University Press 1980; 1-18. Barzizza F, Cresci R, Lorenzi A. Alterazioni ECGrafiche in pazienti con cefalea a grappolo. In: Richichi I. & Nappi G. eds. Cefalee di interesse cardiovascolare. Roma: Cluster Press 1989; 7:133-13 *per abstract*: 4) Caffarra P, Cammelli F, Scaglioni A et al. Emission tomography (SPELT) and dementia: a new approach. J Clin Exp Neuropsychol 1988; 3:313 (abstract)

MADRI OLTRE IL TEMPO DELLA MALATTIA

Ringrazio per lo spazio concessomi per segnalare la campagna di raccolta fondi promossa dall'Università di Pavia, in collaborazione con il Policlinico IRCCS Fondazione San Matteo di Pavia, dedicata in particolare alle donne che desiderano preservare il desiderio di essere madri nonostante la malattia che le ha colpite. Oggi infatti sempre più donne giovani superano la sfida di malattie che un tempo avrebbero spezzato ogni sogno di maternità. Gli enormi progressi in tema di prevenzione, diagnosi precoce e terapie sempre più conservative non hanno però cancellato il rischio della menopausa prematura che può accompagnarsi alla cura di talune malattie tumorali e non. Nell'ovaio ogni donna conserva il patrimonio di cellule destinato alla riproduzione che può essere danneggiato dagli interventi medici salvavita.

Come lanciare il progetto maternità oltre l'ostacolo della malattia?

Oggi è possibile grazie alla crioconservazione delle cellule uovo contenute nello scrigno dell'ovaio, ogni qual volta i tempi di diagnosi e cura lo consentono. La procreazione medicalmente assistita permette di prelevare in modo rapido e sicuro le cellule uovo e di conservarle intatte fino a quando la donna avrà superato la malattia e sentirà il desiderio di diventare madre. Inoltre, non si deve dimenticare che anche i partner maschili possono dover affrontare patologie i cui trattamenti mettono a rischio la fertilità futura e, pertanto, è possibile crioconservare il liquido seminale. Generare informazione e consapevolezza su di un tema così importante per la vita di tutti noi è un dovere del medico specialista in tema di fertilità per preservare la capacità riproduttiva in un Paese dove si programma di "avere un bambino" sempre più tardi e, dunque, con potenziali maggiori rischi e difficoltà.



Per saperne di più e donare il proprio contributo consultare il sito all'indirizzo:
<https://universitiamo.eu/campaigns/madri-malattia>

Rossella E. Nappi

*Centro di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), IRCCS Fondazione Policlinico San Matteo, Pavia
in collaborazione con il Dipartimento di Scienze Cliniche, Chirurgiche, Diagnostiche e Pediatriche, Università di Pavia*

