

Confinia

Cephalalgica

Rivista interdisciplinare fondata da Giuseppe Nappi

Volume 11 - Numero 1 - 2002

EDITORIALE

Confinia Cephalalgica 10 anni dopo..... 7
G.C. Manzoni

REVIEW

L'enigma di Giorgio de Chirico. La nascita della pittura metafisica dallo
spirito dell'emicrania 9
U. Nicola, K. Podoll

MEETING

Gestione dei maggiori centri cefalee in Italia
Gruppo di studio cefalee della SIN
Coordinatori G.C. Manzoni, G. Bussone
Rimini, 30 settembre 2001 25
Atti a cura di P. Torelli

CEFALEE TODAY "18" (e-bulletin www.cefalea.it).....57

CEFALEE TODAY "19" (e-bulletin www.cefalea.it).....61

ERRATA CORRIGE

With reference to the article **EMERGING CONCEPTS IN MIGRAINE PATHOPHYSIOLOGY** [Confinia Cephalalgica 2001;10(4):171-176] the list of authors should read as follows: Michael A. **Moskowitz**, Uwe **Reuter** , Hayrunnisa **Bolay**, Christian **Waeber**

In riferimento all'articolo **EMERGING CONCEPTS IN MIGRAINE PATHOPHYSIOLOGY** [Confinia Cephalalgica 2001;10(4):171-176] si riporta l'elenco corretto degli autori: Michael A. **Moskowitz**, Uwe **Reuter** , Hayrunnisa **Bolay**, Christian **Waeber**.



UNIVERSITÀ DI PAVIA

Confinia



Cephalalgia

SOMMARIO

N. 1

Aprile 2002

Anno XI

EDITORIALE

Confinia Cephalalgica 10 anni dopo 7
G.C. Manzoni

REVIEW

L'enigma di Giorgio de Chirico
La nascita della pittura metafisica dallo spirito dell'emicrania 9
U. Nicola, K. Podoll

MEETING

Gestione dei maggiori centri cefalee in Italia
Gruppo di studio cefalee della SIN - Coordinatori G.C. Manzoni, G. Bussone
Rimini, 30 settembre 2001 25
Atti a cura di P. Torelli

CEFALEE TODAY "18" 57
(e-bulletin www.cefalea.it)

CEFALEE TODAY "19" 61
(e-bulletin www.cefalea.it)

CONFINIA CEPHALALGICA

DIRETTORE RESPONSABILE

Andrea Arrigo

Registrazione del Tribunale di Milano

N. 254 del 18 aprile 1992

Periodicità Trimestrale

*La pubblicazione o ristampa degli articoli
della rivista deve essere autorizzata
per iscritto dall'editore*

Questa rivista Le è stata inviata tramite abbonamento:

l'indirizzo in nostro possesso verrà utilizzato

per l'invio di questa ed altre riviste

o per l'inoltro di proposte di abbonamento.

Ai sensi della Legge n. 675/96

è nel diritto del ricevente richiedere la cessazione dell'invio

e/o l'aggiornamento dei dati in nostro possesso.

Redazione editoriale

Silvia Molinari

Tel. 0382-380299; Fax 0382-380311

E-mail: confinia@mondino.it

Fondazione CIRNA

Editore

Sede Legale: Via Garibaldi, 72 - Milano

Sede Operativa: Via Porta, 5 - Pavia

Tel. 0335-6000459 - Fax 0382-303044

<http://www.cefalea.it>



UNIVERSITÀ DI PAVIA

Confinia



Cephalalgia

Rivista fondata da Giuseppe Nappi

Organo di collegamento del Centro Interuniversitario Cefalee e Disordini Adattivi

DIRETTORE SCIENTIFICO

Gian Camillo Manzoni (Parma)

COMITATO EDITORIALE

Giorgio Bono (Varese), Gennaro Bussone (Milano), Antonio Carolei (L'Aquila), Maria Del Zompo (Cagliari), Giovanni D'Andrea (Este), Raoul di Perri (Messina), Fabio Facchinetti (Modena), Marcello Fanciullacci (Firenze), Virgilio Gallai (Perugia, Presidente SISC), Mario Giacovazzo (Roma), Vincenzo Guidetti (Roma), Giovanni Lanzi (Pavia), Pasquale Montagna (Bologna), Lorenzo Pinessi (Torino), Francomichele Puca (Bari), Giorgio Sandrini (Pavia), Emilio Sternieri (Modena), Giorgio Zanchin (Padova)

REDAZIONE SCIENTIFICA

Piero Barbanti (Roma), M. Gabriella Buzzi (Pozzilli), Pietro Cortelli (Modena), Alfredo Costa (Pavia), Franco Granella (Parma), Paolo Martelletti (Roma), Rossella E. Nappi (Pavia), C. Narbone (Messina), Paola Sarchielli (Perugia, Segretario SISC), Marianonietta Savarese (Bari), Lidia Savi (Torino), Mauro Silvestrini (Ancona), Cristina Tassorelli (Pavia), Paola Torelli (Parma)

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Silvia Molinari, Direzione Scientifica, IRCCS "Istituto Neurologico C. Mondino" (Pavia)

Tel.: +39 0382 380.299 - Fax 380.311 - E-Mail: confinia@mondino.it

COMITATO DI CONSULENZA

Anestesiologia: C. Bonezzi (Pavia), C.A. Caputi (Ancona), M. Chiaranda (Varese), P. Narducci Guerra (Napoli)

Biochimica: G.V. Melzi d'Eril (Varese), J. Rotilio (Roma)

Epidemiologia: A. Citterio (Pavia), R. D'Alessandro (Bologna), M. Musiccò (Milano), A. Nicolosi (Milano), G. Rosati (Sassari)

Farmacologia: F. Bertè (Pavia), P.L. Canonico (Novara), M. Carruba (Milano), G. Frigo (Pavia), E. Genazzani (Torino), S. Lecchini (Varese), L. Manzo (Pavia), G. Nisticò (Roma), U. Scapagnini (Catania), B. Silvestrini (Roma), P.F. Spano (Brescia), M. Trabucchi (Roma), G.P. Velo (Verona)

Farmacologia Clinica, Idrologia e Medicina Termale: M. De Bernardi (Pavia), F. Drago (Catania), P. Geppetti (Ferrara), G. Nappi (Milano), A. Pini (Modena), P. Richelmi (Varese)

Immunologia: C. Franceschi (Modena), E. Jirillo (Bari), G. Ruberto (Pavia)

Medicina Interna: O. Albano (Bari), M. Condorelli (Napoli), A. Zanchetti (Milano)

Medicina Riabilitativa: A. Fiaschi (Verona), S. Gianquinto (Roma), G.F. Megna (Bari), F. Pierelli (Roma), L. Provinciali (Ancona), A. Ruju (Pavia)

Neurochirurgia: G. Cantore (Roma), A. Dorizzi (Varese), F. D'Andrea (Napoli), L. Infuso (Pavia), F. Tomasello (Messina), R. Villani (Milano)

Neurofisiologia Clinica: N. Accornero (Roma), G. Amabile (Roma), G. Comi (Milano), B. Fierro (Palermo), D. Mancía (Parma), M. Manfredi (Roma), A. Moglia (Pavia), L. Murri (Pisa)

Neurologia: L. Battistin (Padova), B. Bergamasco (Torino), G. Bernardi (Roma), V. Bonavita (Napoli), M. Carreras (Ferrara), E. Ferrari (Bari), L. Frattola (Milano), E. Lugaresi (Bologna), G. Nappi (Pavia), F. Piccoli (Palermo), G. Scarlato (Milano), P. Tonali (Roma)

Neuropsichiatria Infantile: U. Balottin (Varese), P. Benedetti (Roma), P. Pfanner (Pisa)

Neuropsicologia Clinica: C. Caltagirone (Roma), M. Fioravanti (Roma), A. Mazzucchi (Parma)

Oculistica: C. Balacco Gabrieli (Roma), F. Carta (Sassari), F. Moro (Padova), F. Trimarchi (Pavia)

Ortopedia: L. Ceciliani (Pavia), P. Cherubino (Varese), E. Corrado (Napoli)

Odontoiatria: C. Brusotti (Pavia), V. Collesano (Pavia), P.U. Genari (Parma), F. Mongini (Torino), G. Nidoli (Varese), P.L. Sapelli (Brescia)

Ostetricia e Ginecologia: P.F. Bolis (Varese), E. Cosmi (Roma), A.R. Genazzani (Pisa), S. Guaschino (Trieste), G.B. Melis (Cagliari), C. Nappi (Napoli), F. Petraglia (Siena), F. Polatti (Pavia), A. Volpe (Modena), C. Zara (Pavia)

Otorinolaringoiatria: A. De Vincentis (Roma), I. De Vincentis (Roma), R. Filipo (Roma), E. Mira (Pavia), A. Ottaviani (Milano), F. Ottaviani (Milano)

Psicopatologia: V. Centonze (Bari), C. Colucci d'Amato (Napoli), C. Gala (Milano), G.P. Guaraldi (Modena), M. Guazzelli (Pisa), M. Maj (Napoli), G. Penati (Milano), L. Ravizza (Torino), P. Scapicchio (Guidonia), F. Sorge (Napoli)

Ricerca Sanitaria: G. Apolone (Milano), L. Caprino (Roma), A. Liberati (Milano), N. Magrini (Modena), G. Recchia (Verona)

Storia della Medicina: L. Angeletti (Roma), G. Armocida (Varese), H. Isler (Zurigo)

Con la collaborazione scientifica di: F. Antonaci (Pavia), D. Bettucci (Novara), A. Cavallini (Pavia), R. Cerbo (Roma), D. Cologno (Parma), M. De Marinis (Roma), G. Fabbri (Roma), A. Ferrari (Modena), G. Fiore (Roma), F. Frediani (Legnano), B.M. Fusco (Salerno), A.D. Genazzani (Modena), E. Gerosa (Pavia), A. Leon Cananzi (Padova), M. Leone (Milano), E. Martignoni (Novara), N. Martucci (Grottaferrata), G. Miceli (Pavia), M. Nicolodi (Firenze), A. Proietti Cecchini (Pavia), E. Pucci (Pavia), G. Relja (Trieste), G. Sances (Pavia), F.M. Santorelli (Roma), E. Sinforiani (Pavia), A. Verri (Pavia), F. Zappoli (Pavia)

Confinia Cephalalgia è supportata dal Centro Italiano Ricerche Neurologiche Applicate (CIRNA), dal Centro Interuniversitario di Ricerca Cefalee e Disordini Adattivi (UCADH) e dalla Fondazione "Istituto Neurologico C. Mondino", Pavia

Confinia Cephalalgia è recensita in Neuroscienze Citation Index® e Research™, EMBASE/Excerpta Medica
 IMPACT FACTOR 2000 = 0.045

Confinia Cephalalgica

Rivista fondata da Giuseppe Nappi



Confinia
Cephalalgica

Direttore scientifico Gian Camillo Manzoni (PR)

Redazione scientifica Piero Barbanti (RM), M. Gabriella Buzzi (Pozzilli),
Pietro Cortelli (BO), Alfredo Costa (PV), Franco Granella (PR),
Paolo Martelletti (RM), Rossella E. Nappi (PV), Carola Narbone (ME),
Paola Sarchielli (PG, segretario SISC), Mariantonietta Savarese (BA),
Lidia Savi (TO), Mauro Silvestrini (RM), Cristina Tassorelli (PV), Paola Torelli (PR)

Segreteria scientifica Silvia Molinari, direzione scientifica, IRCCS Istituto Neurologico
C. Mondino (PV), tel. +39 382 380299, fax 380311, e-mail confinia@mondino.it

Confinia Cephalalgica è la prima rivista interdisciplinare italiana che si occupa delle cefalee e delle algie facciali. Nata come rivista interdisciplinare in posizione intermedia tra le riviste formative-informative per l'aggiornamento di una vasta platea di medici e quelle iperpecialistiche, rivolte a selezionati esperti di determinate patologie, Confinia ha mantenuto le premesse, suscitando vasto interesse in vari settori della medicina, anche non specialistica.

Nel '98 la rivista ha rinnovato il suo organigramma editoriale, con cambiamenti nella redazione scientifica e l'istituzione di un comitato editoriale, composto dai responsabili di diversi Centri Cefalee e dal Presidente in carica della SISC.

Questa novità è in sintonia con il nuovo orientamento generale della rivista, il cui obiettivo è di rivolgersi non solo agli specialisti direttamente coinvolti nello studio e nella cura delle cefalee e delle algie facciali, ma anche ai medici di base e alle istituzioni. Accanto alla pubblicazione di rassegne, articoli originali, casi clinici e rubriche informative, Confinia dà spazio ad argomenti di interesse più generale e di grande attualità, come la ricerca sanitaria o la valutazione della qualità dell'assistenza.

Confinia Cephalalgica 10 anni dopo

Con questo numero, Confinia Cephalalgica entra nel suo undicesimo anno di vita. Nell'editoriale che inaugurava l'uscita della rivista all'inizio del 1992 avanzavo il proposito che Confinia Cephalalgica potesse riuscire a riassumere in sé i pregi delle due grandi categorie di riviste mediche, quelle ad intento formativo-informativo rivolte ad aggiornare una vasta platea di medici su argomenti disparati e quelle "iperspecializzate" indirizzate agli esperti di una ben determinata disciplina o malattia, senza però correre il rischio di sommarne nel contempo i possibili difetti: la superficialità e l'approssimazione "giornalistica" per le prime, il linguaggio iniziatico e conventicolare per le altre. Si trattava di un progetto che, all'epoca, definivo ambizioso, ma oggi penso di poter affermare, senza peccare di presunzione, che quanto ci si era originariamente prefissato è stato pienamente rispettato. Infatti, grazie alla preziosa collaborazione di quanti si sono via via avvicinati nella redazione, nel comitato editoriale e nella segreteria scientifica e per merito dell'intelligente ed indispensabile contributo dei numerosi autori che ci hanno inviato i loro articoli, la rivista è riuscita da una parte a mantenere una generale comprensibilità e a suscitare l'interesse di specialisti diversi e, dall'altra parte, ad essere competitiva anche dal lato puramente scientifico così da ottenere, sola pubblicazione italiana in ambito neurologico oltre a *Neurological Sciences* e *Functional Neurology*, l'inserimento, dal 1998, tra le riviste dotate di impact factor.

Il maggior merito che penso debba essere attribuito a Confinia Cephalalgica

è però quello di aver anticipato orientamenti, correnti di pensiero ed indirizzi scientifici che sono andati sempre più imponendosi negli ultimi anni, riassumibili nell'odierno concetto di "comorbidity" delle cefalee in generale e dell'emicrania in particolare. Mi piace ricordare che Confinia Cephalalgica deve la sua denominazione al fecondo intuito ed alla indiscutibile lungimiranza del suo fondatore Giuseppe Nappi che decise, nel 1992, di trasferire ad una rivista scientifica sulle cefalee, la prima del settore in Italia, il titolo di una fortunata serie di Seminari Interdisciplinari che lui stesso ideò nel 1986 ed i cui contenuti diedero vita ad una Collana di Aggiornamento sulle Cefalee che vide uscire, nell'arco di soli 5 anni, 14 interessanti ed apprezzati volumi. Ero dieci anni fa, al momento della nascita di Confinia Cephalalgica, e sono se possibile ancor più oggi, alla luce degli sviluppi e delle conoscenze che stanno riguardando le cefalee, fermamente convinto della piena adeguatezza del titolo della rivista. Pensiamo a quanto sono tuttora attuali i "confini" delle cefalee originariamente suggeriti nei primi anni '80 da Nappi e Bono: il loro sistema classificativo di tipo cronobiologico, impostato in base al *pattern* temporale delle differenti forme di cefalea primaria, individuava un *headache spectrum* che partiva dalle forme più tipicamente accessuali fino ad arrivare alle forme caratterizzate da un andamento strettamente quotidiano, ma soprattutto indicava, e nel contempo rappresentava attraverso un'immagine grafica originale e di grande impatto che tutti ben ricordano, il possibile intersecarsi dello spettro delle

cefalee con altri due spettri: da un lato quello delle malattie cerebrovascolari, adiacente ed in parte sovrapposto all'emigrania complicata o infarto emicranico, dall'altro lato quello dei disordini depressivi, confinante ed intimamente connesso con le cefalee croniche quotidiane.

Confinia Cephalalgica nasceva nel 1992 direttamente promossa dal Centro Interuniversitario Cefalee e Disordini Adattativi che, all'epoca, consorziava le Università di Pavia, Parma e Modena; nel 1998 istituiva un comitato editoriale comprendente i responsabili dei diversi Centri Cefalee italiani ed il Presidente in carica della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee. Oggi è organo ufficiale di collegamento del Centro Interuniversitario Cefalee e Disordini Adattativi che, arricchendosi nel tempo dell'inserimento di molte altre Sezioni con specifiche e complementari competenze, comprende ora le Università di L'Insubria (Varese), Modena, Padova, Parma, Pavia, Piemonte Orientale (Novara), Pisa e Roma La Sapienza.

Come già indicato da Giuseppe Nappi

in un recente redazionale della rivista, Confinia Cephalalgica si propone di allargare in futuro il proprio ambito di competenza anche a discipline diverse da quelle strettamente biomediche, come quelle appartenenti all'area delle scienze umane in generale e del comportamento più in particolare. Infatti, nell'ambito delle diverse patologie che possono affliggere l'essere umano, le cefalee sono da considerare, spaziando dai possibili fattori scatenanti e favoriti fino alle ricadute sul vissuto personale e sulla società che esse comportano, tra quelle che vedono maggiormente coinvolti aspetti esistenziali, relazionali ed economici. Così la nostra rivista, oltre a proseguire il percorso fin qui compiuto di analisi dei confini della malattia cefalea con le diverse patologie ad essa in vari modi connesse, ambisce per il futuro ad indagare anche altri e più ampi confini ancora poco esplorati, quelli che più direttamente attendono alla persona che ne è affetta.

Gian Camillo Manzoni

L'enigma di Giorgio de Chirico. La nascita della pittura metafisica dallo spirito dell'emicrania

The enigma of Giorgio de Chirico. The birth of metaphysical painting from the spirit of migraine

Ubaldo Nicola, Klaus Podoll*

Saggista e Professore di Filosofia, Liceo Scientifico Copernico, Pavia

*Dipartimento di Psichiatria e Psicoterapia, Università di Aquisgrana (Aachen)

In un articolo pubblicato nel 1988, Fuller e Gale hanno suggerito che il pittore italiano Giorgio de Chirico, fondatore della Metafisica, abbia sofferto di emicrania ed abbia usato le esperienze emicraniche come fonte di ispirazione per alcuni fra i più strani dettagli delle sue opere. Un'analisi più dettagliata dei documenti disponibili rivela che anche il metodo di lavoro usato dal pittore durante gli anni cruciali di elaborazione del nuovo stile può essere interpretato come un sintomo emicranico. In assenza di una diagnosi medica capace di spiegare i suoi sintomi, il pittore elaborò una personale teoria diagnostico-poetica basata sul concetto di rivelazione. Le esperienze emicraniche furono decisive anche riguardo la sua assunzione della filosofia di Nietzsche e Schopenhauer, fin'ora considerata dalla critica d'arte quale unica fonte di ispirazione del pittore.

In a seminal report published in 1988, Fuller and Gale suggested that the Italian painter Giorgio de Chirico, founder of the style of "metaphysical art", has suffered from migraine and that he has used migraine experiences as inspiration for some of the more striking details of his work. Closer scrutiny of the available documents reveals that the painter's working method during the formative years of his artistic development can be characterized as originating with migraine symptoms, interpreted by philosophy and literature (thereby constructing a poetology of revelation which represents the artist's personal mode of symptom attribution) and resulting in works of art. De Chirico's migraine experiences also determined his perspective of reception of authors such as Nietzsche and Schopenhauer, previously thought to have been the primary source of de Chirico's metaphysical art.

PAROLE CHIAVE: arte, creatività, emicrania, persone famose

KEY WORDS: art, creativeness, famous persons, migraine

RICONOSCIMENTI

LE FIGURE 2, 5, 8 SONO RIPRODOTTE CON IL CORTESE PERMESSO DELLA MIGRAINE ACTION ASSOCIATION E DELLA BOEHRINGER INGELHEIM UK LIMITED

IL PERMESSO PER LA PUBBLICAZIONE DELLE FIGURE 1, 3, 4, 7 È STATO CHIESTO ALLA FONDAZIONE GIORGIO ED ISA DE CHIRICO, ROMA

Introduzione

Nelle "Memorie" (1) e negli altri suoi scritti autobiografici (2-3) de Chirico ricorda come il periodo di grande effervescenza creativa in cui nacque la Metafisica, ossia il cruciale biennio 1909-1910 vissuto fra Monaco, Milano e Firenze, sia stato segnato da due importanti fattori: la precaria condizione di salute e la lettura delle opere di Nietzsche, in particolare di "Ecce Homo". L'opinione di gran lunga prevalente nella critica d'arte, partendo dal presupposto di un'origine letteraria e filosofica dell'ispirazione di de Chirico, ritiene fondamentale solo il secondo fattore e declassa il primo ad un ruolo conseguente. Considerando infatti il grande spazio riservato da Nietzsche in "Ecce Homo" alla minuziosa descrizione dei suoi disturbi fisici, che ribaltando l'opinione comune egli considerava un potente mezzo di conoscenza, l'altra faccia della potenza creativa dell'uomo di genio, la critica vede nei numerosi accenni di de Chirico alle proprie patologie, ripetuti nelle "Memorie" in modo quasi ossessivo, un effetto di pura "imitazione", una conseguenza della profonda identificazione sviluppata dal pittore verso il filosofo persino sul piano umano e personale, se non, più semplicemente, un vezzo intellettuale o il frutto eccentrico di una personalità ipocondriaca. Pensiamo che questo rapporto fra letture filosofiche, ispirazione artistica e malattia, debba essere invertito. Come cercheremo di dimostrare, l'origine delle "rivelazioni" sperimentate dal pittore in quel cruciale periodo va cercata nelle sue esperienze patologiche, alla luce delle quali, e non viceversa, anche le letture filosofiche, che pure mantengono la loro ovvia importanza, assumono il giusto valore.

Interpretazioni patografiche dell'opera di de Chirico

Che la nascita della Metafisica possa essere stata in qualche modo connessa con il precario stato di salute sofferto del pittore durante quegli anni cruciali, è un'idea già considerata da artisti eminenti e da alcuni critici d'arte, così come da ricercatori in campo medico. Dal punto di vista diagnostico, tuttavia, questa letteratura "patografica" si è caratterizzata per un insanabile disaccordo sulla natura della patologia in questione, dato che le diagnosi avanzate spaziano dall'ipotesi di una grave (e mai meglio specificata) patologia fisica, all'emicrania, a disturbi di tipo psicologico, come ansietà e depersonalizzazione, a stati di malinconia e depressione, senza poi contare le speculazioni psicanalitiche relative all'ipocondria o ad altri tratti neurotici della sua personalità. Ecco una breve rassegna storica.

Nel 1943, André Breton, l'indiscusso leader del gruppo surrealista, ebbe a dire: "È difficile interpretare la natura dell'oggetto della pittura di de Chirico. Da una parte esso non ha riferimenti nel mondo esterno, dall'altra manca di alcune delle caratteristiche dell'immaginario. Una volta Apollinaire mi disse che de Chirico a quel tempo soffriva di certi disturbi cenestetici (dolori addominali ed emicrania) che potrebbero spiegare le sue peculiarità" (4, p. 222). Nel 1955, il critico d'arte americano James Thrall Soby accennò ai "dolori intestinali che tormentarono la sua giovinezza, forse in relazione con il carattere malinconico della sua prima arte" (5, p. 31). Nel 1966, lo psicanalista Henry Krystal espresse il parere che "nel primo periodo, il pittore rappresentò la depressione e gli stati d'ansietà prodotti dalla percezione del suo isolamento e depersona-

lizzazione” (6, p. 225). Nel 1988, il neurologo G.N. Fuller e lo storico dell’arte Matthew V. Gale fornirono evidenze (su cui torneremo) che de Chirico usò le allucinazioni visive di origine emicranica “come fonte di ispirazione di alcuni dei più strani dettagli delle sue opere” (7, p. 1672). Nell’ambito della storia e della critica dell’arte, va considerato il parere di M. Calvesi, che nel 1995 suggerì come la Metafisica sia nata “verso il 1910, nel segno di un grave malessere fisico” (8, p. 15), tuttavia è lo storico dell’arte tedesco Gerd Roos ad aver più direttamente affrontato la questione. Nel 1999, dopo aver osservato che dalla lettura di Nietzsche de Chirico desunse “la concezione che non vede la ‘malattia’ solo come un deficit riducendola alla mancanza di salute, ma la identifica con una possibilità atta a dischiudere un nuovo punto di vista sul mondo, di conseguenza ad una nuova vita”, conclude che “con il collegamento tra ‘malattia’ e pensiero nonché tra ‘malattia’ ed ‘arte’ si giunge... ad una problematica che non può essere approfondita in questa sede. Nella domanda sulle condizioni che a Milano nel 1909 hanno provocato tale radicale cambiamento ... andrebbe tenuto presente il pensiero di un confronto intellettuale con la malattia”, intesa come possibilità di dare inizio ad “una nuova vita” (9, p. 282).

La diagnosi di Fuller e Gale

Consideriamo la descrizione svolta nelle “Memorie” (1) dei disturbi sofferti nel 1909. “Ero molto depresso fisicamente, perché mentre stavo a Milano mi erano venuti forti disturbi intestinali; erano dolori cronici accompagnati da una grande debolezza: stentavo a salire le scale, in strada temevo sempre di esse-

re colto da uno svenimento e pertanto camminavo rasente i muri. Provavo strane sensazioni; a volte mi sembrava di camminare come sull’ovatta; in bocca sentivo un sapore come di acido fenico; provavo spesso un forte languore allo stomaco, come se non avessi mangiato da due giorni, quando però mi servivano a tavola non avevo nessun appetito. Ero andato a consultare diversi medici che mi prescrivevano un mucchio di pastiglie, di polveri, di compresse, di gocce, di droghe da prendere prima dei pasti durante i pasti, dopo i pasti; il mio tavolino da notte era sempre carico di scatolette e di boccette recanti nomi dall’etimologia greca: l’epatina, l’epatocrinasi, la coreina, lo zimantrax, ecc. ma tutta questa roba non serviva a nulla e il mio stato non migliorava. Lavoravo quindi poco; leggevo, più che non dipingessi; leggevo soprattutto libri di filosofia ed ero colto da forti crisi di nera malinconia.” (1, p. 79).

L’importanza di questo “quadro clinico” non è sfuggita alla critica più avvertita. G. Roos (9), ad esempio, riconosce che “nelle ‘Memorie’ de Chirico dà molto spazio ai problemi di salute; la malattia non è assolutamente da considerare come un dato marginale della sua vita, si trattava infatti di un’esperienza vitale determinante” (9, p. 280). Ed ancora: “La malattia che a partire dalla sua prima manifestazione nell’(inizio?) estate 1909 dà, per molti anni, del filo da torcere a de Chirico, non era a quanto pare curabile tradizionalmente, e gli effetti si ripercuotevano sia sul fisico, sia sulla psiche. Per questo motivo non era temporaneamente in grado di compiere lavori pratici, dedicandosi quindi ai libri di filosofia” (9, p. 282). D’altra parte, però, secondo il critico, “le conseguenze che ha provocato sulle diverse sfere questa

sua condizione, sono determinabili solo vagamente” (9, p. 282), anche perché “il quadro dei sintomi psichici e fisici non bastano per formulare una diagnosi” (9, p. 279).

L'ultima affermazione deve essere corretta. Secondo Fuller e Gale (7), infatti, proprio nel passo delle Memorie (1) sopra citato si possono individuare alcuni sintomi tipici dell'emigrania. Tali sono ad esempio i “forti disturbi intestinali” e gli altri sintomi gastrointestinali (“dolori cronici accompagnati da grande debolezza”), così come le “strane sensazioni” provate dall'artista, quali le allucinazioni vestibolari (“stentavo a salire le scale... temevo sempre di essere colto da svenimento”), le allucinazioni del gusto (“un sapore di acido fenico”), tutti fenomeni noti come sintomi auratici dell'emigrania (10).

Più in generale, Fuller e Gale (7) basano la loro diagnosi di emigrania -o, più specificatamente, emigrania addominale ed emigrania con aura- non solo sull'interpretazione di paragrafi delle “Memorie” (1) e del racconto semi-autobiografico “Ebdòmero” (2), ove individuano le descrizioni dei suoi disturbi intestinali e dei sintomi auratici, ma anche sull'analisi di alcuni suoi dipinti e disegni (tabella 1). “Ci sono tre serie di opere”, essi scrivono, “che somigliano strettamente

alle illustrazioni dei pazienti emigranici. Nelle serie di litografie che illustrano ‘Mitologia’, l'opera dell'amico J. Cocteau, l'effetto dentellato dell'acqua è molto simile al fronte di avanzamento di uno scotoma (figura 1) e può essere messo a confronto con il dipinto in figura 2, un'opera presentata ai concorsi di pittura emigranica. Il secondo esempio (figura 3), un dipinto degli anni Sessanta, presenta come tema centrale la silhouette di un uomo dal profilo appuntito, mentre la figura 4, una litografia del 1929, mostra il tema del Sole nero all'interno di una stanza. Entrambi ricordano le illustrazioni di uno scotoma negativo di pazienti emigranici (figura 5). Altri fenomeni emigranici, come la distorsione dello spazio, possono essere osservati nella serie degli ‘Interni metafisici’. Questa associazione, tuttavia, è meno convincente” (7, p. 1671). Si può osservare che sia i due esempi di opere di de Chirico (figure 3 e 4), sia la corrispondente opera d'arte emigranica, sono, per definizione, esempi di uno scotoma positivo più che negativo, nel quale la visione è del tutto assente (11), anche se successive ricerche sulle opere di de Chirico (tabella 2) hanno individuato un caso (figura 6) in cui il disegno potrebbe essere stato condizionato da uno scotoma negativo (figura 7).

SINTOMI EMIGRANICI	MEMORIE	EBDÒMERO	DIPINTI
Chinetosi	X		
Dolori addominali	X		
Mal di testa	X		
Scotoma	X		X
Allucinazioni geometriche		X	X
Metamorfosisia			X

Tabella 1 - Sintomi emigranici analizzati nell'articolo di Fuller e Gale (1988) sull'emigrania di de Chirico

SINTOMI EMICRANICI	MEMORIE	EBDÓMERO	DUDRON	SAGGI	DIPINTI
Chinetosi	X		X		
Dolori addominali	X	X	X	X	
Mal di testa	X		X		X
Fotofobia				X	X
Scotoma					X
Allucinazioni geometriche		X		X	X
Allucinazioni complesse	X	X		X	X
Autoscopia		X			X
Sogni ricorrenti		X			
Metamorfosisia					X
Fenomeno corona					X
Scotoma astenopico	X				
Autocinesi	X				
Allucinazioni del gusto	X			X	
Alterazioni somatosensoriali					X
Sensazioni termiche di caldo		X		X	
Macrosomatognosia		X			X
Esperienze extracorporee					X
Alterazioni vestibolari	X				
Depersonalizzazione				X	
Derealizzazione				X	X
Jamais vu				X	X
Déjà vu				X	

Tabella 2 - Sintomi emicranici documentati negli scritti e nei dipinti di de Chirico

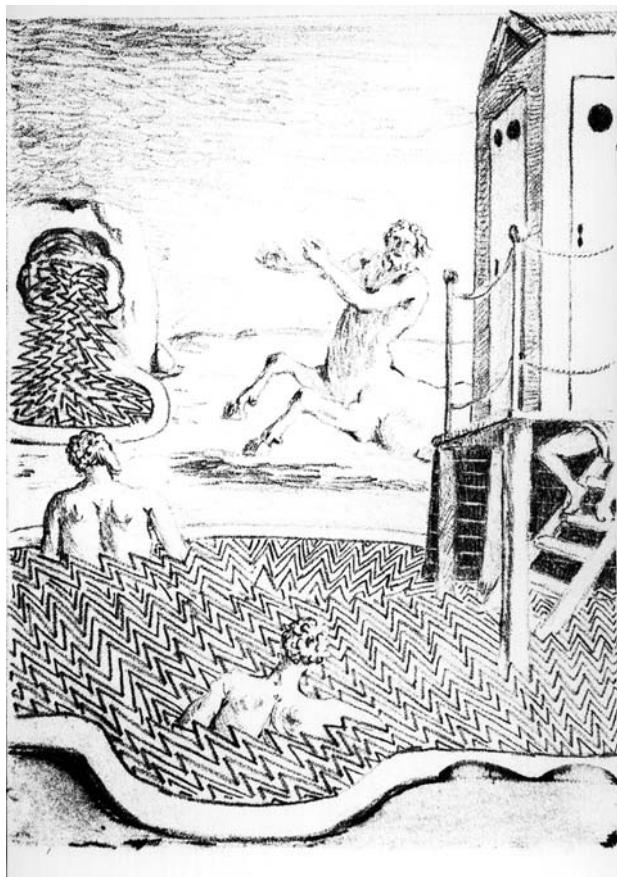


Figura 1 - Giorgio de Chirico,
litografia per "Mythologie", 1933

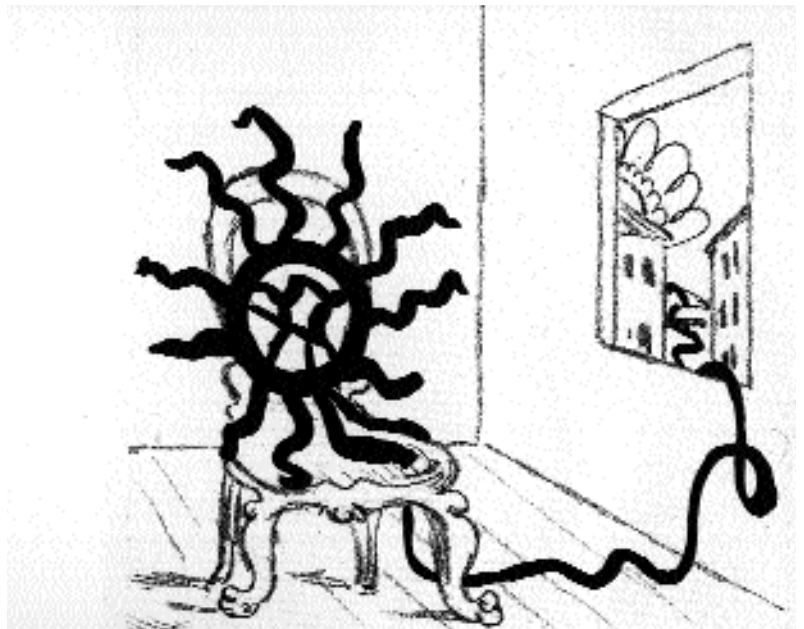
Figura 2 - Un'opera presentata ai
concorsi di arte emicranica





Figura 3 - Giorgio de Chirico, "Ritorno al castello", 1969

Figura 4 - Giorgio de Chirico, litografia per "Calligrammes", 1930



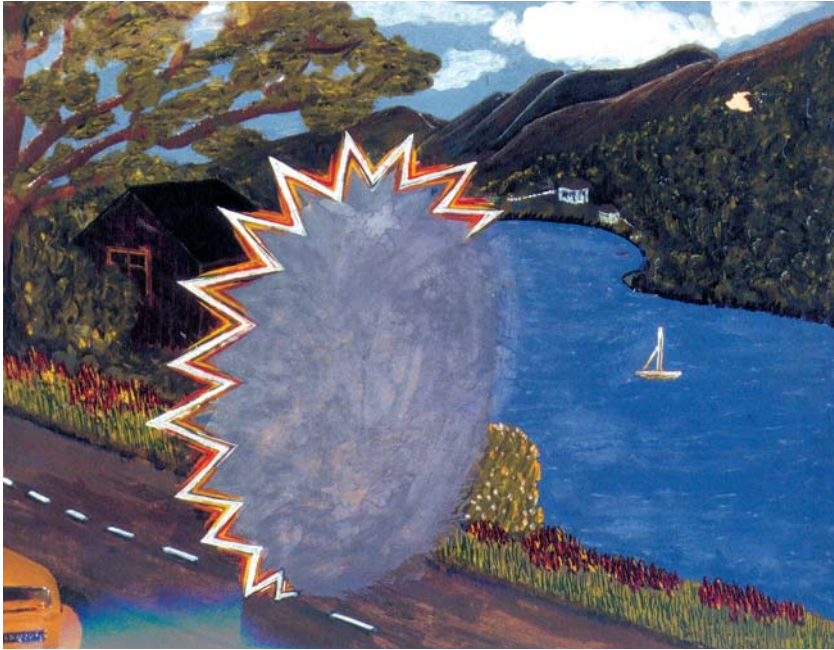


Figura 5 - Un'opera presentata ai concorsi di arte emicranica



Figura 6 - Giorgio de Chirico, "Sirena", 1925

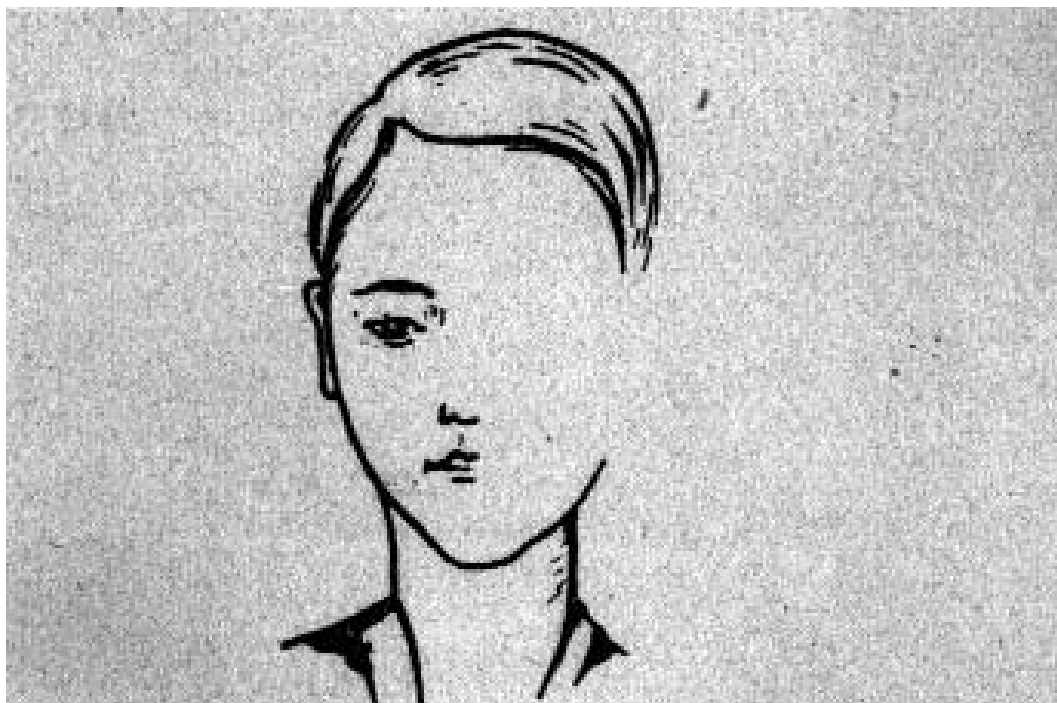


Figura 7 - Scotoma negativo come sintomo dell'aura emicranica, riprodotto da Garcin e Halbron (42)

La diagnosi di Fuller e Gale (7) è stata subito accettata dalla comunità medica, ottenendo l'approvazione di personalità autorevoli, quali Sacks (12), Diamond (13), Lanthony (14), Ferrari e Haan (15), ma sfortunatamente non è diventata oggetto d'attenzione da parte della critica d'arte, riconfermando così la distanza fra le "due culture" descritte da Snow (16). Va detto, però, che in occasione di un incontro avuto dagli autori di questa ricerca a margine della mostra "L'altro modernismo - De Chirico/Savinio" (17) in Düsseldorf, 10 novembre 2001, l'idea che la patologia sofferta da de Chirico possa essere individuata nell'emicrania classica sembra aver

stimolato l'interesse di alcuni critici, tanto che ora è lecito aspettarsi uno sviluppo di ricerche interdisciplinari.

Malinconia

Alcuni critici d'arte, quali ad esempio Clair (18), hanno interpretato i disturbi descritti da de Chirico come i sintomi di una depressione e di una personalità malinconica, riducendo in questo modo una patologia funzionale al puro piano psicologico. Certo, quest'ipotesi si avvale di precise dichiarazioni di de Chirico, il brano sopra citato, ad esempio, che si conclude con un accenno a "forti crisi di nera malinconia". Va detto, però, che sia le crisi di

malinconia, sia le numerose reazioni fobiche che contrassegnarono la personalità del pittore, possono anch'esse essere ricondotte all'emicrania, di cui anzi costituiscono un sintomo frequente.

Nell'emicrania, secondo Bruyn (19), "i mutamenti dell'emozione e dell'umore variano da un senso d'esultanza, d'allegria, d'euforia e giocosità sino all'ansietà, alle fobie, all'avvilimento, agli attacchi di pianto, al senso di un destino imminente, fino alla vera e propria depressione" (19, p. 161). Più che di "personalità malinconica" bisognerebbe parlare di "personalità emicranica", concetto storicamente sug-

gerito dall'osservazione clinica dell'emicranico, in cui tipicamente si registrano alterazioni dell'umore, ansietà, attacchi di panico e fobie (20). Inoltre, Schäfer (21) individua nei tratti della cosiddetto "tipo malinconico" una caratteristica comune dei pazienti emicranici. Ed infine, nei casi di profonda depressione o ansia acuta è stata più volte osservata una relazione fra emicrania e disturbi psichiatrici (22). In conclusione, il legame posto da de Chirico fra i suoi sintomi emicranici e le "crisi acute di nera malinconia" costituisce semplicemente un comune sintomo dell'emicrania (figura 8).

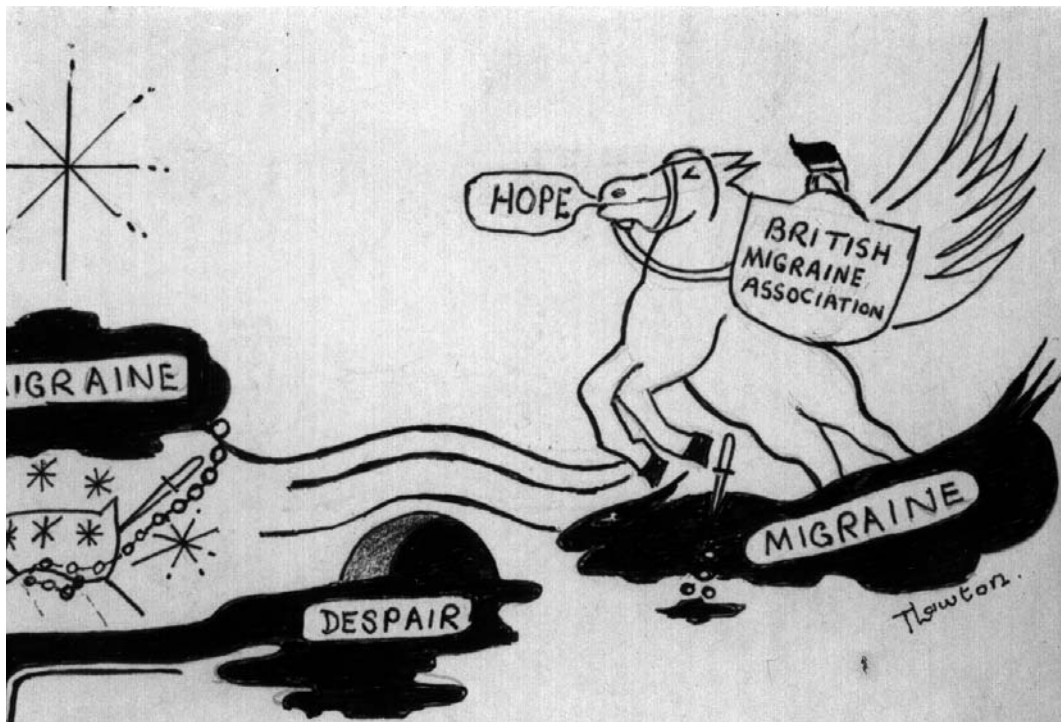


Figura 8 - Un'opera presentata ai concorsi di arte emicranica

La rivelazione di Firenze, ottobre 1909

In uno dei suoi passi più famosi, in un manoscritto del 1912 (23), de Chirico descrive la "rivelazione" da cui ebbe origine la prima opera metafisica. "Lasciatemi raccontare", egli scrive, "come ebbi la rivelazione dell'opera che esporrò quest'anno al Salone d'Autunno, dal titolo 'Enigma di un pomeriggio d'autunno'. In un limpido pomeriggio autunnale ero seduto su una panca nel centro di piazza Santa Croce a Firenze. Naturalmente non era la prima volta che vedevo quella piazza: ero appena uscito da una lunga e dolorosa malattia intestinale ed ero quasi in uno stato di morbida sensibilità. Tutto il mondo che mi circondava, finanche il marmo degli edifici e delle fontane, mi sembrava convalescente. Al centro della piazza si erge una statua di Dante, vestita di una lunga tunica, il quale tiene le sue opere strette al proprio corpo ed il capo coronato dall'alloro pensosamente reclinato. La statua è di marmo bianco, ma il tempo l'ha ricoperta di una patina grigia, molto gradevole a vedersi. Il Sole autunnale, caldo e forte ("tiède e sans amour" nel testo originale francese), rischiarava la statua e la facciata della chiesa. Allora ebbi la strana impressione di guardare quelle cose come per la prima volta e la composizione del dipinto si rilevò all'occhio della mia mente. Ora, ogni volta che guardo questo quadro rivedo ancora quel momento. Nondimeno il momento è un enigma per me, in quanto esso è inesplicabile. Mi piace anche chiamare enigma l'opera da esso derivata" (23, p. 31).

Anche in questo caso, la critica più avvertita avverte la necessità di una spiegazione. Nota Roos: "Lo schema di

diretta connessione tra malattia ... e produttività è ulteriormente ampliabile. De Chirico cita esplicitamente tra le condizioni di fondo per la *révélation in Piazza Sante Croce* nel corso di '*un clair après-midi d'automne*' il suo stato di salute: '*Je venais de sortir d'une longue et douloureuse maladie intestinale et me trouvais dans un état de sensibilité presque morbide*' ... A suo avviso dunque la più forte capacità percettiva, dovuta ai postumi della malattia, cioè indirettamente alla malattia stessa, fa parte degli elementi fondanti per la *révélation*, che viene comunemente indicata come 'nascita' della pittura metafisica." (9, p. 281).

In realtà, come già osservarono Fuller e Gale (7), nella "lunga e dolorosa malattia intestinale" e nello "stato di morbida sensibilità" descritte da de Chirico in questo passo, si possono individuare chiari riferimenti alla sintomatologia dell'emicrania addominale ed emicrania con aura. Non solo; il fatto che de Chirico consideri la "patina grigia" che ricopre il bianco marmoreo della statua di Dante come "molto piacevole alla vista" può essere un effetto della fotofobia, sintomo che di solito accompagna un attacco emicranico. D'origine fotofobica potrebbe essere anche lo strano epiteto, "senza amore", usato per indicare la luce del Sole, anche perché dalla lettura delle "Memorie" (1) si capisce come la luce diretta del Sole ed il caldo fossero per lui fattori precipitanti degli attacchi emicranici. Ed ancora: De Chirico descrive il momento della rivelazione come segue: "Allora ebbi la strana impressione di guardare le cose come per la prima volta e la composizione del dipinto si rilevò all'occhio della mia mente". Ebbene, in termini tecnici si può dire, come è stato già osservato da Critchley (24), che in questo

caso de Chirico sperimentò un fenomeno paramnestico di *jamais vu*, descritto nella letteratura medica come un raro sintomo emicranico (25; 26). Per esempio, Raskin e Appenzeller (27) scrivono: “*Déjà vu e jamais vu*, le soverchianti sensazioni che la scena o le circostanze presenti siano già accadute o non siano mai accadute, rispettivamente, si presentano occasionalmente come sintomo emicranico” (27, p. 59). Ecco quindi che una dettagliata analisi del caso de Chirico dal punto di vista neurologico, permette di identificare il sintomo auratico nel cuore stesso dell’esperienza che egli chiama “rivelazione”.

Secondo Ey ed al. (28), le paramnesie sono alterazioni dell’attività mnemonica per cui il presente è patologicamente sia associato al passato (*déjà vu*), sia dissociato da esso (*jamais vu*). Sebbene altre interpretazioni del fenomeno siano state avanzate nella letteratura medica, ad esempio in termini di depersonalizzazione (29), frammentazione (30) o meccanismi di difesa (31), l’idea che il *jamais vu* possa essere considerato in primo luogo come un disturbo della memoria è particolarmente interessante nel nostro caso. Ci permette infatti di capire come alcuni importanti tratti della poetica di de Chirico siano in relazione con le sue esperienze d’origine emicranica. Lo spiega egli stesso in un passo dei suoi manoscritti giovanili (23) del 1912, là dove utilizza un’idea di Schopenhauer per descrivere le sue rivelazioni come un fenomeno che presenta la stessa fondamentale caratteristica del *jamais vu*, ossia la disconnessione della memoria. “Una vera opera d’arte immortale”, egli scrive, “può nascere solo dalla rivelazione. Forse è stato Schopenhauer a formulare la migliore definizione, e,

(perché no) la migliore spiegazione del fenomeno quando in ‘Parerga e Paralipomena’ afferma che: ‘Per avere idee originali straordinarie e forse persino immortali, è sufficiente isolarsi dal mondo per alcuni minuti così completamente che i più comuni eventi appaiano nuovi e sconosciuti, rivelando così la loro vera natura’. Se al posto di idee originali, straordinarie ed immortali, si pone la nascita di un’opera d’arte (pittura o scultura) nella mente di un artista, si ha il principio della rivelazione in pittura” (23, p. 251).

L’affinità emicranica fra de Chirico e Nietzsche

Secondo Roos (9), “Una disposizione particolare, dovuta alla malattia di de Chirico, potrebbe aver influenzato la lettura di Nietzsche, fondamentale per la sua formazione, che iniziò nell’estate del 1909. Nelle ‘Memorie’ vi si riferisce egli stesso: i medicinali a lui prescritti non lenirono il dolore ‘e il mio stato non migliorava. Lavoravo quindi poco; leggevo, più che non dipingessi; leggevo soprattutto libri di filosofia ed ero colto da forti crisi di nera malinconia’ ... Sino a che punto la sua condizione ha influenzato, o forse persino segnato la sua fruizione dei ‘libri di filosofia?’” (9, p. 281).

Come è ben noto, in “*Ecce homo*”, Nietzsche analizza in modo approfondito il tema della sua malattia, che egli considera quale un potente mezzo di conoscenza, un aiuto nella costruzione della sua filosofia. Secondo Roos (9), “l’attrazione di de Chirico per queste teorie durante l’estate 1909 è evidente: Nietzsche presentava un punto di partenza che si poteva, come nel caso della propria malattia, non curabile con

mezzi tradizionali, efficacemente rielaborare” (9, p. 382). “Nella sua riflessione sulla malattia e sulla guarigione si uniscono inscindibilmente i livelli metaforici filosofici ed esperienze reali, con accenni ad esperienze proprie risalenti a diverse stagioni. Si trova qui un modello al quale de Chirico si è ricollegato, con la malattia che ovviamente condizionava la sua fruizione: non a caso l'autobiografico - ed automitografico - *Ecce homo* è una delle letture per lui più importanti.” (9, p. 282).

Fiumi di inchiostro sono stati versati nel tentativo di analizzare la malattia di Nietzsche e le controverse cause che provocarono il suo crollo psichico finale, attribuibile secondo l'opinione prevalente nell'ambiente medico agli effetti di una paralisi progressiva (32). In tale discussione sono stati spesso dimenticati gli svariati sintomi che per lungo tempo precedettero la paralisi finale, come i frequenti mal di capo, i dolori addominali, i disturbi della vista e l'estrema sensibilità metereopatica, sebbene numerose siano le testimonianze in questo senso, sia di Nietzsche stesso, sia della sorella Elisabeth Förster-Nietzsche, sia dell'amante Lou Andreas-Salomé (33) e del neurologo Paul J. Möbius (34).

Scrive Elisabeth Förster-Nietzsche (35): “Come già ebbi a dire, la malattia che amareggiò tutta la vita di mio fratello fu l'emicrania. I giorni di mal di testa e nausea si succedevano, nei periodi migliori, ogni tre, quattro settimane, ma nei periodi peggiori lo perseguitavano una settimana sì e l'altra no, quasi ogni settimana... A volte io credevo che questi attacchi fossero un crudele trucco della natura per tenerlo lontano dal suo lavoro, dato che in quei giorni egli non riusciva a fare assolutamente nulla. Ma questo trucco ebbe successo

solo imperfettamente, dato che non riuscì ad impedirgli di pensare ai suoi difficili problemi neppure durante i giorni di mal di testa. Egli descriveva questi giorni pessimi con le seguenti parole: ‘Durante le torture che mi diede una volta il cervello ininterrottamente per tre giorni, accompagnate da un penoso vomito di muco, io disponevo di una eccezionale lucidità dialettica e riuscivo a pensare a sangue freddo ed in ogni particolare cose per le quali in migliori condizioni di salute non dimostro una sufficiente abilità di scalatore, una sufficiente *freddezza*’ (35, p. 14-15). Quest'ultima affermazione, una citazione che la sorella prese da “*Ecce Homo*”, implica l'idea che l'emicrania possa anche essere una fonte d'ispirazione, descrivendo così un'esperienza familiare a de Chirico.

La dottrina nicciana dell'eterno ritorno, prima articolata nell'aforisma 341 della “*Gaia scienza*” e poi sviluppata a fondo in “*Così parlò Zarathustra*” ebbe un effetto particolarmente importante sul pensiero di de Chirico. Ebbene, secondo la nostra ipotesi, se si fa attenzione a quanto spesso de Chirico torni nei suoi scritti a descrivere sensazioni di *déjà vu* (in almeno un'occasione in associazione con altri sintomi emicranici), si può ipotizzare che siano state proprio queste esperienze emicraniche a suscitare il suo interesse per questa dottrina filosofica. De Chirico, infatti, sembra aver creduto veramente d'essere la reincarnazione di Nietzsche. Come è stato scoperto da Schmied (36), quest'identificazione risulta evidente dal significativo titolo di un'opera del 1914: “*Natura morta, Torino 1888*”. Quell'anno, infatti, il 1888, fu segnato sia dalla nascita del pittore a Volos in Grecia sia dalla crisi psicotica del filosofo a Torino. Secondo Baldacci

(37), “De Chirico, come conferma anche un passaggio di Savinio, credeva che l’anima vagante di Nietzsche avesse abbandonato il corpo del filosofo per entrare nel suo” (37, p. 240). Schmied (38) suggerisce che “Sì, l’identificazione andò così lontano che a volte produsse gli stessi sintomi della malattia di Nietzsche” (38, p. 100). Ma da un punto di vista neurologico la direzione della relazione causale può essere posta al contrario. Dopo aver letto “Ecce homo”, de Chirico potrebbe aver notato la somiglianza fra le sue proprie esperienze emicraniche e quelle di Nietzsche, i mal di testa frequenti, i disturbi addominali e l’estrema sensibilità metereopatica, convincentemente diagnosticati da Möbius (34) come sintomi di un disturbo emicranico precedente la paralisi finale. E’ lecito presumere che proprio questa “affinità patologica” abbia esaltato l’identificazione del pittore con il filosofo.

Conclusioni

Mentre le prove presentate da Fuller e Gale (7) suggerivano solo che de Chirico abbia usato le sue esperienze allucinatorie emicraniche come fonte d’ispirazione per alcuni fra i più strani dettagli delle sue opere metafisiche, un’analisi più approfondita dei suoi scritti dimostra che le esperienze emicraniche del pittore permettono di spiegare anche i tratti fondamentali della sua poetica. È questa un’idea del tutto in contrasto con l’interpretazione corrente della critica d’arte.

Ironicamente infatti, nonostante de Chirico protestasse frequentemente e con violenza contro coloro che scorgevano un’origine letteraria nel suo lavoro, dagli anni Ottanta l’opinione preva-

lente della critica propende proprio per un’origine letteraria e filosofica.

Quest’ipotesi è magistralmente espressa da Baldacci nella sua autorevole monografia sul periodo metafisico (37), quando scrive: “In effetti, l’arte di de Chirico, forse più di qualsiasi altro artista, è il frutto di un pensiero filosofico sui generis, capace di collocare le sue ispirazioni visive all’interno di una data concezione del mondo” (37, p. 6). Ciò che Baldacci considera “ispirazioni visive” -altre volte egli parla di “intuizioni visive”, “fantasmi privati” e “illuminazioni” (37, p. 53)- corrisponde chiaramente a ciò che de Chirico usava chiamare “rivelazioni”, nel cuore delle quali abbiamo identificato i sintomi dell’aura emicranica.

Certamente va riconosciuto che un’interpretazione unidimensionale dell’arte di de Chirico nei termini di una sottostante emicrania è chiaramente impossibile, data la molteplicità delle sue fonti di ispirazione, determinanti, per usare un termine introdotto da Freud (39), una “sovradeterminazione” dell’opera d’arte. “Bisogna fare un dosaggio molto preciso e particolare delle diverse fonti dove si attingono le proprie ispirazioni”, scrive de Chirico in “Il signor Dudron” (3, p. 25). D’altra parte, però, ci sembra di avere dimostrato che, contro l’ipotesi di Baldacci (37), le rivelazioni “transletterarie” d’origine emicranica siano state la principale, sebbene non l’unica, fonte ispirativa della creatività di de Chirico durante gli anni formativi della sua carriera.

L’idea espressa dal titolo di questa ricerca “la nascita della pittura metafisica dallo spirito dell’emicrania” (40), può essere facilmente integrata con le acquisizioni degli storici dell’arte che ne enfatizzano l’origine letteraria e filosofica, dato che, ovviamente, queste acqui-

sizioni rimangono valide ed importanti sfaccettature di quella “sovradeterminazione” di cui abbiamo parlato. Modificando la definizione di Baldacci (37) del “metodo di lavoro” di de Chirico quale “originato dalla letteratura e sviluppato dall’immaginazione” (37, p. 55), i risultati di questa ricerca suggeriscono che il metodo di lavoro di de Chirico durante gli anni della sua formazione artistica sia stato originato dalle esperienze emicraniche interpretate alla luce della letteratura e della filosofia. In un’opera recente, Baldacci (41) formula la seguente intuizione relativa alla natura della creatività dell’artista, in cui giunge molto vicino al punto di vista sostenuto in questa ricerca: “La procedura creativa di de Chirico era intuitiva, visionaria e basata sulla sensazione; solo in un secondo momento sottoposta al controllo della ragione”, egli scrive, concludendo che “paradossalmente, si potrebbe definire de Chirico un veggente trasformatosi in filosofo per essere in grado di spiegare a se stesso i fenomeni intuitivi di cui era oggetto passivo” (41, p. 49). Ebbene, ciò che emerge dal presente studio è proprio questa valutazione della “filosofia” di de Chirico come una teoria capace di offrire una spiegazione causale dei suoi sintomi emicranici.

Bibliografia

1. Chirico G de. *Memorie della mia vita*. Milano: Bompiani 1998
2. Chirico G de. *Ebdòmero*. Milano: Fondazione Giorgio ed Isa de Chirico 1999
3. Chirico G de. *Il signor Dudron*. Firenze: Le Lettere 1998
4. Breton A. *Genesis and perspective of surrealism in the plastic arts*. In: Rosemont F ed. *What is surrealism? Selected writings of André Breton*. London: Pluto Press 1978;217-29
5. Soby JT. *Giorgio de Chirico*. New York: Museum of Modern Art 1955
6. Krystal H. *Giorgio de Chirico. Ego states and artistic production*. *American Imago* 1966; 23:210-26
7. Fuller GN, Gale MV. *Migraine aura as artistic inspiration*. *Br Med J* 1988;297:1670-2
8. Calvesi M. *La nuova metafisica*. Roma: Edizione de Luca 1995
9. Roos G. *Giorgio de Chirico e Alberto Savinio. Ricordi e documenti*. Monaco-Milano-Firenze 1906-1911. Bologna: Edizioni Bora 1999
10. Podoll K, Robinson D, Nicola U. *The migraine of Giorgio de Chirico - Part I: History of illness*. *Neurol Psychiat Brain Res* 2001;9:139-56
11. Foerster R. *Lichtsinn bei Krankheiten der Chorioidea und Retina*. *Klin Mbl Augenhelk* 1871;9:337-46
12. Sacks O. *Migraine. Revised and expanded*. Berkeley-Los Angeles-Oxford: University of California Press 1992
13. Diamond S. *Art and migraine*. *Headache Quart* 1999;10:285
14. Lanthony P. *Les yeux des peintres*. Lausanne: Editions L'Age d'Homme 1999
15. Ferrari MD, Haan J. *Migraine aura, illusory vertical splitting, and Picasso*. *Cephalalgia* 2000;20:686
16. Snow CP. *The two cultures and the scientific revolution*. Cambridge: Cambridge University Press 1959
17. Baldacci P, Schmied W. *Die andere Moderne: De Chirico/Savinio*. Ostfildern-Ruit: Hatje Cantz Verlag 2001
18. Clair J. *Sous le signe de Saturne. Notes sur l'allégorie de la mélancholie*. *Cahiers du Musée National d'Art Moderne* 1981;9:177-207
19. Bruyn GW. *Migraine equivalents*. In: Rose FC ed. *Handbook of Clinical Neurology. Headache*. Amsterdam: Elsevier 1986;48:155-71
20. Peters UH. *Gibt es eine Migräne-Persönlichkeit? Moderne Medizin* 1978; 6: 1432-4
21. Schäfer ML. *Typus melancholicus as a personality characteristic of migraine patients*. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1994;243:328-39
22. Bahra A, Goadsby PJ. *Comorbidity of migraine and depression: is there a link? Prog Neurol Psychiatry* 1998;2:23-7
23. Chirico G de. *Il meccanismo del pensiero. Critica, polemica, autobiografia 1911-1943*. Maurizio Fagiolo ed. Turin: Einaudi 1985

24. Critchley EMR. Hallucinations and their impact on art. Preston: Carnegie Press 1987, 160
25. Ardila A, Sanchez E. Neuropsychologic symptoms in the migraine syndrome. *Cephalalgia* 1988;8:67-70
26. Fernández-Beer E, Saver JL, Biller J. Stroke symptoms associated with migraine headaches. *Heart Dis Stroke* 1993;2:69-74
27. Raskin NH, Appenzeller O. Migraine: Clinical aspects. In: Smith LH ed. *Major Problems Internal Medicine* 1980;19:28-83
28. Ey H, Bernard P, Brisset C. *Manuel de psychiatrie*. 5th ed. Paris: Masson 1978;102-4
29. Myers DH, Grant G. A study of depersonalization in students. *Br J Psychiat* 1972;121:59-65
30. Silbermann I. The jamais phenomenon with reference to fragmentation. *Psychoanal Quart* 1963;32:181-91
31. Loewenstein RM. Some thoughts on interpretation in the theory and practice of psychoanalysis. In: Eissler RS et al. eds. *The psychoanalytic study of the child*. London: Imago Publishing Co. Ltd. 1957;127-50
32. Volz PD. *Nietzsche im Labyrinth seiner Krankheit*. Würzburg: Königshausen U. Neumann 1990
33. Andreas-Salomé L. *Friedrich Nietzsche in seinen Werken*. Wien: Konegen 1894
34. Möbius PJ. Ueber das Pathologische bei Nietzsche. *Grenzfragen des Nerven-und Seelenlebens*, Heft 17. Wiesbaden: J.F. Bergmann 1902
35. Förster-Nietzsche E. Die Krankheit Friedrichs Nietzsche. *Die Zukunft* 1900;30: 9-27
36. Schmied W. Turin als Metapher für Tod und Geburt. *Neue Zürcher Zeitung* 31 October 1980. Reprinted in: Schmied W, De Chirico und sein Schatten. *Metaphysische und surrealistische Tendenzen in der Kunst des 20. Jahrhunderts*. München: Prestel 1980;57-60
37. Baldacci P. *Giorgio de Chirico. The metaphysical period 1888-1919*. Boston-New York-Toronto-London: Little Brown and Co. 1997
38. Schmied W. Die metaphysische Kunst des Giorgio de Chirico vor dem Hintergrund der deutschen Philosophie: Schopenhauer, Nietzsche, Weininger. In: Rubin W, Schmied W, Clair J eds. *Giorgio de Chirico der Metaphysiker*. München: Prestel 1982;89-107
39. Freud S. *Die Traumdeutung*. Leipzig-Wien: Deuticke 1900
40. Podoll K, Robinson D, Nicola U. *Giorgio de Chirico/Alberto Savinio-Die andere Moderne. Die Geburt der metaphysischen Malerei aus dem Geist der Migräne*. *Dtsch Ärztebl* 2002;99:A449-50
41. Baldacci P. "Zu zweit hatten wir einen einzigen Gedanken"-Die concordia discors der Dioskuren. In: Baldacci P, Schmied W eds. *Die andere Moderne: De Chirico/Savinio. Ostfildern-Ruit: Hatje Cantz Verlag* 2001;44-79
42. Garcin R, Halbron P. Contribution à l'étude des migraines accompagnées et en particulier de la physiopathologie des migraines ophtalmiques accompagnées. *Ann Méd* 1934;36:81-114

Corrispondenza: prof. U. Nicola, via Teodorico, 24 - 27100 Pavia, Italy
e-mail: uten.87@libero.it

Riunione Annuale

GRUPPO di STUDIO CEFALEE
della SOCIETÀ ITALIANA di NEUROLOGIA

Gestione dei Maggiori Centri Cefalee in Italia

Rimini
30 settembre 2001

A cura di
Paola Torelli

Introduzione

La riunione annuale del Gruppo di Studio Cefalee della Società Italiana di Neurologia (SIN) si è tenuta a Rimini, lo scorso Settembre, nell'ambito del XXXII Congresso della SIN. L'incontro è stato articolato in due sessioni. Nella prima si è voluto delineare lo "stato dell'arte" della letteratura relativa ad un gruppo di cefalee primarie, spesso trascurate nei congressi del settore, codificate nel gruppo 4 della classificazione della International Headache Society (IHS) che recita "Cefalee varie non associate a lesioni strutturali"; la sessione è stata brillantemente chiusa dalla relazione del Prof. Giuseppe Nappi, unico rappresentante italiano nel comitato di revisione della classificazione della IHS, che ha illustrato le modifiche che verranno apportate alla codificazione e ai criteri diagnostici di questo eterogeneo gruppo di cefalee nell'ormai prossima revisione della classificazione.

Nella seconda sessione, è stato trattato l'argomento "Gestione dei maggiori Centri Cefalee in Italia". L'obiettivo di questa parte, pienamente raggiunto, voleva essere quello di dare ampio spazio al dibattito e all'interazione tra i partecipanti esponendo e discutendo i dati emersi da una ricerca multicentrica, coordinata dal Prof. Gian Camillo Manzoni (Centro Cefalee dell'Università di Parma) e dal Prof. Gennaro Bussoni (Istituto Neurologico Besta), condotta in 21 Centri Cefalee italiani che hanno partecipato attivamente alla raccolta dei dati.

Al termine la Dr. Paola Torelli e la Dr. Teresa Catarci, basandosi su personali esperienze di studio all'estero, hanno esposto le caratteristiche organizzative di tre importanti Centri Cefalee europei mettendo in luce analogie e differenze con il modello italiano.

In questa relazione descriverò le basi razionali del progetto, la metodologia adottata per condurre l'indagine nei 21 Centri partecipanti, i risultati ottenuti e le principali tematiche che sono state oggetto di discussione.

Paola Torelli

La Gestione del paziente cefalalgico in 21 Centri Cefalee Italiani

The management of the headache patient in 21 italian specialist centres

Centri partecipanti

Giorgio **Bono** (Servizio di Neurologia, Varese), Maria Grazia **Buzzi** (IRCCS Neuro-med, Pozzilli -IS-), Antonio **Carolei** (Clinica Neurologica, Università de L'Aquila, Ospedale San Salvatore, Coppito, L'Aquila), Rosanna **Cerbo** (Dipartimento di Scienze Neurologiche, Università di Roma "La Sapienza"), Vincenzo **Di Monda** (Divisione Neurologica I, Spedali Civili di Brescia), Giovanni **Ferrarini** (Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova, Reggio Emilia), Cinzia **Finocchi** (Dipartimento di Scienze Neurologiche e della Visione, Università di Genova), Fabio **Frediani** (U.O. Neurologia Policlinico S. Pietro, Ponte S. Pietro -BG-), Annico **Ganga** (Clinica Neurologica Università, Sassari), Carlo **Lisotto** (Ospedale San Vito al Tagliamento, Ambulatorio Cefalee, San Vito al Tagliamento -PN-), Gian Camillo **Manzoni**, Paola **Torelli**, Francesca **Brindani** (Centro Cefalee, Istituto di Neurologia, Università di Parma), Nicola **Martucci** (Istituto Neurotraumatologico Italiano, Grottaferrata -RM-), Pasquale **Montagna**, Giulia **Pierangeli** (Clinica Neurologica, Università di Bologna), Giuseppe **Nappi**, Francesco **Pierelli** (Dipartimento di Neurologia, ORL, RSM, Università di Roma "La Sapienza"), Maria Carola **Narbone**, Raul **Di Perri** (Clinica Neurologica I, Policlinico Universitario Consolare Valeria-Contesse, Contesse -ME-), Francesco **Perini** (Divisione Neurologica Ospedale San Bortolo, Vicenza), Lorenzo **Pinessi**, Lidia **Savi** (Dipartimento di Neuroscienze, Clinica Neurologica III, Centro Cefalee, Torino), Giuliano **Relja** (Dipartimento di Medicina Clinica e Neurologia-UCO di Clinica Neurologica, Ospedale di Cattinara, Trieste), Giorgio **Sandrini**, Grazia **Sances** (IRCCS "Istituto Neurologico C. Mondino", Pavia), Mario **Signorino** (U.O. di Neurologia, Ospedale di Fermo -AP-), Emilio **Sternieri**, Anna **Ferrari** (Servizio di Tossicologia e Farmacologia Clinica, Modena), Giorgio **Zanchin** (Clinica Neurologica I, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Padova)

L'approccio diagnostico-terapeutico nei Centri Cefalee (CC) in Italia è ancora alquanto eterogeneo. Allo scopo di ottenere una "fotografia" dell'attuale situazione nel nostro Paese abbiamo allestito una ricerca alla quale hanno partecipato 21 (75.0%) dei 28 CC contattati. Lo studio era articolato in due fasi distinte: una fase retrospettiva in cui è stato chiesto agli operatori di ciascun Centro di indicare in una scheda appositamente allestita le diagnosi poste, e i relativi codici secondo i criteri diagnostici della classificazione dell'International Headache Society (IHS), in tutti i pazienti afferiti per la prima visita da settembre 2000 a marzo 2001 (n = 4020), con l'obiettivo di valutare "l'epidemiologia" delle forme di cefalee primarie o secondarie diagnosticate in un arco temporale di circa 6 mesi; una fase prospettica in cui gli operatori di ciascun Centro dovevano compilare un'apposita scheda, per ognuno dei primi 50 pazienti afferiti consecutivamente per prima visita, dal momento di

adesione allo studio (1.03.2001) a fine Giugno 2001 (n = 884). La scheda, suddivisa in più sezioni, permetteva di ottenere informazioni relative allo "status" del paziente, inteso in termini di inquadramento diagnostico, indagini eseguite e terapie assunte, prima e dopo la prima visita al CC. Il 51.4% (2067/4020) dei pazienti considerati nella fase retrospettiva è affetto da emicrania senz'aura (ESA), l'8.4% (339/4020) da emicrania con aura (ECA), il 9.4% (378/4020) e il 9.1% (365/4020) da cefalea di tipo tensivo episodico (CTTE) e cronico (CTTC) rispettivamente, e il 3.1% (123/4020) da cefalea a grappolo (CG). Dalla fase prospettica è emerso che il tempo medio di attesa per accedere al CC è di 77.5 giorni ed oltre la metà dei casi (53.8%) deve aspettare da 1 a 4 mesi per la prima visita. 462/884 (52.3%) soggetti sono arrivati al CC con una diagnosi di cefalea già formulata in precedenza e, di queste, 312/462 (67.5%) sono state ritenute corrette dall'operatore del Centro, mentre 150/462 (32.5%) non erano concordanti con la diagnosi posta al termine della visita. All'arrivo al CC il 24.4% (50/205) delle forme di ESA, il 27.7% (13/47) di ECA, il 16.9% (4/25) di CTE e ben il 71.4% (15/21) di CTC e il 48.0% (12/25) di CG, secondo il parere del medico del CC, non era stato inquadrato correttamente dal punto di vista diagnostico. Delle 172 diagnosi fatte dal medico di medicina generale, 72 (41.9%) non sono risultate concordanti con quella del medico del CC così come 32/66 (48.5%) diagnosi formulate dallo specialista non neurologo. Hanno eseguito una indagine strumentale prima della visita 366/884 (41.4%) soggetti. 867/884 (98.1%) hanno assunto un farmaco per cefalea oppure hanno tentato un approccio non farmacologico, ma solo il 26.8% (237/884) ha trattato la cefalea con una molecola ad azione preventiva. Dai dati relativi al "dopo visita" risulta che i medici dei CC hanno richiesto 121 EEG e in 91 casi indagini emato-chimiche a fronte di solo 25/884 (2.8%) diagnosi di cefalea secondaria. La terapia preventiva è stata suggerita a 549/884 (62.1%) pazienti.

Current diagnostic and therapeutic approaches in Italy vary widely between the different Headache Centres (HCs). In order to get a "picture" of the present-day situation in this country, we prepared a survey of 28 HCs. The rate of respondents was 75% (21 HCs out of 28 have responded). The survey consisted of two different stages: a retrospective stage and a prospective stage. In the first, retrospective stage, operators in each HC were asked to use a specially designed form to record all diagnoses made for first referrals seen at the HC between September 2000 and March 2001 (n = 4020), as well as the relevant codes corresponding to the diagnostic criteria of the International Headache Society Classification (IHS). The purpose of this stage was to evaluate the "epidemiology" of the primary or secondary headache forms diagnosed over a period of about 6 months. In the second, prospective stage, operators at each HC were asked to fill in a special form for each of the 50 consecutive patients who showed up for a visit at the HC from the time of their agreement to participate in the study (March 1, 2001) until the end of June 2001 (n = 884). The form comprised several sections and was so structured as to enable data collection about the patient's "status", i.e. his/her diagnosis, and any examinations taken or treatments administered either before or after the first visit at the HC. Overall, 51.4% (2067/4020) of the patients investigated in the retrospective stage were found to have migraine without aura (MO), 8.4% (339/4020) migraine with aura (MA), 9.4% (378/4020) and 9.1% (365/4020) episodic (ETTH) and chronic (CTTH)

tension-type headache, respectively, and 3.1% (123/4020) cluster headache (CH). The prospective stage of the study showed that the average waiting time for admission to the HC was 77.5 days; half the cases (53.8%) had to wait 1 to 4 months for the first visit. A total of 462/884 patients (52.3%) were referred to the HC on previous headache diagnoses. Of these, 312/462 (67.5%) were found to be correct by the HC specialist, while 150/462 (32.5%) were not consistent with the diagnosis made at the end of the first visit. Upon admission to the HC, 24.4% (50/205) of MO cases, 27.7% (13/47) of MA cases, 16.9% (4/25) of ETTH cases and as much as 71.4% (15/21) of CTTH cases and 48.0% (12/25) of CH cases were judged by the HC specialist not to have been properly diagnosed. Of the 172 diagnoses made by GPs, 72 (41.9%) were not consistent with those of the HC specialist; nor did 32/66 diagnoses (48.5%) made by specialists other than neurologists. Overall, 366/884 patients (41.4%) had had an instrumental examination taken prior to the visit, 867 (98.1%) had taken an anti-headache drug or attempted a non-pharmacological treatment, and only 237 (26.8%) had their headache treated with molecules exhibiting a preventive action. Data about "post-visit" procedures showed that an EEG was prescribed in 121 cases and a blood test in 91 cases even though only in 25/884 cases (2.8%) was made a diagnosis of secondary headache. Preventive therapy was suggested to 549/884 patients (62.1%).

PAROLE CHIAVE: cefalea, centro cefalee, gestione della cefalea, indagini strumentali, terapia preventiva, terapia sintomatica

KEY WORDS: headache, headache centre, headache management, instrumental examination, preventive therapy, symptomatic therapy

Introduzione

Le cefalee primarie rappresentano, per l'elevata prevalenza nella popolazione generale, una patologia con un rilevante impatto socio-economico sia a livello individuale che collettivo. Negli ultimi anni sono stati effettuati vari studi al fine di individuare le aree esistenziali maggiormente coinvolte quantificando in termini economici, e non solo, "il costo" della cefalea per la società e per l'individuo (1). D'interesse ancora più attuale sono le analisi rivolte alla comprensione del funzionamento delle varie realtà sanitarie nazionali, legate al management del paziente con cefalea, che permettano di stilare linee guida atte a migliorare l'outcome (2).

Obiettivi primari dell'indagine

L'approccio diagnostico-terapeutico nei Centri Cefalee (CC) in Italia è ancora alquanto eterogeneo e manca una visione globale delle linee di comportamento in questo ambito. Gli obiettivi della ricerca sono stati pertanto di ottenere precise informazioni circa: 1) "l'epidemiologia" delle cefalee primarie e secondarie, valutata in modo retrospettivo, diagnosticate in un arco temporale di circa 6 mesi nei CC contattati; 2) i percorsi burocratici e gli aspetti organizzativi che coinvolgono i soggetti con cefalea che chiedono di accedere ad un Centro Specializzato in Italia; 3) gli iter diagnostico-terapeutici applicati dal medico di medicina ge-

nerale e dallo specialista neurologo prima dell'afferenza al CC e dallo specialista neurologo esperto nel campo delle cefalee nel CC. In particolare, lo "status" del paziente alla prima visita al CC (correttezza delle eventuali diagnosi poste, indagini eseguite, ricoveri effettuati, terapie preventive e/o sintomatiche assunte) e lo "status" del paziente dopo la prima visita al CC (indagini consigliate e/o eseguite, proposta di ricovero, terapie preventive e/o sintomatiche prescritte) (tabella 1).

Materiali e metodi

Lo studio prevedeva due fasi metodologicamente distinte (tabella 1): una fase retrospettiva in cui è stato chiesto agli operatori di ciascun CC di indicare in una scheda appositamente allestita

le diagnosi poste, e i relativi codici secondo i criteri diagnostici della classificazione della IHS (3), in tutti i pazienti afferiti per la prima visita da settembre 2000 a marzo 2001 (figura 1); una fase prospettica in cui gli operatori di ciascun CC dovevano compilare un'apposita scheda, per ognuno dei 50 pazienti afferiti consecutivamente per prima visita, dal momento di adesione allo studio (1.03.2001) a fine Giugno 2001. La scheda per la raccolta prospettica delle informazioni era suddivisa in 4 parti: la prima sezione per la registrazione dei dati anagrafici del paziente - sesso, scolarità, professione, residenza rispetto al Centro o all'Ambulatorio - e della durata di malattia; la seconda finalizzata alla ricostruzione dell'iter seguito dal paziente per accedere al CC per una prima visita - la modalità di prenotazione, il richiedente la visita, il

Tabella 1 - Modalità e obiettivi dell'indagine

Fase retrospettiva

- Scheda di raccolta dei dati
- "Epidemiologia" delle cefalee primarie e secondarie diagnosticate in un arco di tempo di 6 mesi (Settembre 2000 - Marzo 2001)

Fase prospettica

- Scheda raccolta dati - 50 pazienti afferiti consecutivamente al Centro
- Modalità di afferenza al Centro (iter burocratico e medico)
- "Status" del paziente prima della visita
- "Status" del paziente dopo la visita

Figura 1 - Fase retrospettiva: scheda raccolta dati

Indicare il numero dei pazienti afferiti al Centro o all'Ambulatorio per prima visita dall'1.9.2000 al 31.03.2001

- N° cefalee primarie (fino al 2° livello diagnostico IHS):

1.1 1.2 altre (specificare)

2.1 2.2 altre (specificare)

3.1 altre

4 (specificare)

- N° cefalee secondarie (primo livello diagnostico IHS)

5 6 7 8 9 10 11.....

12 13

tempo di attesa; la terza e la quarta focalizzate a fornire il quadro relativo allo "status" del paziente, inteso in termini di inquadramento diagnostico, indagini eseguite, eventuali ricoveri effettuati e terapie assunte, prima e dopo la prima visita al CC (figura 2).

Le schede per la raccolta dei dati sono state inviate ai maggiori CC italiani, distribuiti uniformemente nel territorio, dopo aver avuto conferma da parte degli stessi della partecipazione allo studio. I dati sono stati analizzati nella loro globalità e non abbiamo considerato separatamente realtà singole in quanto la scelta iniziale delle strutture partecipanti prevedeva l'inclusione di CC omogenei tra loro per bacino d'u-

tenza, "flusso" di pazienti, personale dedicato e tecnologie disponibili.

Dei 28 CC contattati, 21 (75.0%) hanno partecipato alla ricerca fornendo dati relativi a 4020 pazienti nella fase retrospettiva e a 884 soggetti nella fase prospettica (figura 3).

Risultati

Fase retrospettiva

Il 51.4% (2067/4020) del campione è affetto da emicrania senz'aura (ESA), l'8.4% (339/4020) da emicrania con aura (ECA), il 9.4% (378/4020) e il 9.1% (365/4020) rispettivamente da cefalea di tipo tensivo episodico (CTTE) e cro-

Figura 2 - Fase prospettica: scheda raccolta dati

N. Scheda:			
Sesso: M	F	Età:	
Professione (specificare):			
.....			
Scolarità:	elementare laurea breve	media inferiore laurea	media superiore altro (specificare).....
Residenza (rispetto al Centro o Ambulatorio):		comune regione	provincia fuori regione
Da quanto tempo il paziente soffre di cefalea? (n° anni)			

Qual è stato l'iter per la prenotazione della visita?		
a) telefonica	di persona	altro (specificare)
b) direttamente al Centro o Ambulatorio		
attraverso centri di prenotazione ASL		
attraverso centri di prenotazione Az. Ospedaliera		
altro (specificare)		
Da chi è stata chiesta la visita?	decisione autonoma	curante
	specialista neurologo	specialista non neurologo
	altro (specificare)	
Quale è stato il tempo di attesa per la visita (in giorni)?.....		

PRIMA DELLA VISITA AL CENTRO

- 1) Era già stata diagnosticata una cefalea primaria o secondaria? si no
 Se sì, da chi? curante specialista neurologo specialista non neurologo
 altri (specificare)
 Se sì, la diagnosi posta era corretta? si no
 Se no, che diagnosi era stata fatta? (specificare)
- 2) Il paziente aveva già effettuato indagini per la cefalea? si no
 Se sì, indicare quali
- | | | | |
|---------------------------|----------|-------------------------|----------|
| Rx cranio | n° | Rx rachide cervicale | n° |
| Tac cerebrale senza m.d.c | n° | Tac cerebrale con m.d.c | n° |
| Tac cervicale | n° | RMN cerebrale | n° |
| RMN cervicale | n° | EEG | n° |
| Indagini ematochimiche | | Ecocolor-doppler TSA | n° |
| Altro (specificare) | | | |
- 3) Il paziente aveva avuto ricoveri per cefalea? si n°

no

4) Il paziente ha assunto terapie farmacologiche prima della visita? si no
 Se sì,
 solo sintomatiche
 solo preventive
 sia sintomatiche che preventive

5) Il paziente aveva praticato terapie “alternative”? si no
 Se sì, quali? (specificare)

AL TERMINE DELLA VISITA AL CENTRO

- 1) Sono state prescritte indagini? si no Se sì, indicare quali
- | | | |
|---------------------------|--|----------------------------------|
| Rx cranio | | Rx rachide cervicale |
| Tac cerebrale senza m.d.c | | Tac cerebrale con m.d.c |
| Tac cervicale | | RMN cerebrale |
| RMN cervicale | | EEG |
| Indagini ematochimiche | | Ecocolor-doppler TSA n° |
| Altro (specificare) | | |
- 2) E' stato consigliato il ricovero? si no
- 3) Sono state prescritte terapie? si no
 Se sì,
 solo sintomatiche
 solo preventive
 sia sintomatiche che preventive
- 4) Sono stati prescritti trattamenti “alternativi”? si no
 Se sì, quali? (specificare)
- 5) Diagnosi formulata al Centro Cefalee
 Specificare

Figura 3 - Geografia dei Centri contattati e partecipanti



nico (CTTC), e il 3.1% (123/4020) da cefalea a grappolo (CG). I soggetti che riportano una forma di cefalea appartenente ai gruppi 5 -13 della classificazione della IHS sono il 9.5% (383/4020) e, di questi, 138 casi (3.4%) sono cefalee associate ad uso o sospensione di sostanze. La diagnosi di cefalea cronica quotidiana, non contemplata nel sistema nosografico attualmente adottato, è posta in 90 soggetti (2.2%).

I nostri dati, ottenuti in una popolazione altamente selezionata, si differenziano, naturalmente, da quelli osservati da Rasmussen nella popolazione generale (4) e da Sanchez-Migallon et al. (5) in pazienti che afferiscono ad un ambulatorio di neurologia. A causa della disomogenea provenienza dei soggetti presi in considerazione in questi studi, e delle diverse metodologie applicate, è difficile trarre conclusioni dal confronto

dei risultati, ma è comunque interessante notare come si differenziano i rapporti tra le principali forme di cefalea primaria nei tre diversi gruppi analizzati: il rapporto ESA:ECA al CC è pari circa a 6.1:1, mentre nella popolazione generale e nell'ambulatorio di neurologia è 1.5:1. E' possibile che nell'ECA il deficit neurologico focale che precede l'insorgenza della fase algica, frequentemente meno severa ed invalidante rispetto al dolore riportato dai soggetti con ESA, indirizzi i pazienti che ne sono affetti dallo specialista neurologo e, in misura minore, in un centro specializzato per il "mal di testa".

Il rapporto tra la percentuale di presentazione dei soggetti con CTTE e CTTC è circa 1:1 sia nei CC che nell'ambulatorio di neurologia, mentre nella popolazione generale la forma nettamente più rappresentata è quella

episodica: probabilmente la sporadica presentazione delle crisi e la lieve intensità del dolore della CTTE spiega la minore richiesta di una visita medica da parte di chi ne soffre. È verosimile pensare che i pazienti con CG si comportino in modo diametralmente opposto rispetto a quelli con CTTE, presentandosi sollecitamente al CC o richiedendo una visita neurologica, proprio in relazione alla severità del quadro clinico. La CG rappresenta, infatti, il 3.1% di tutte le cefalee diagnosticate ai CC e il 2.0% di quelle formulate dal neurologo, entrambe frequenze decisamente superiori alla prevalenza della CG stimata nella popolazione generale. Non è possibile commentare, in relazione ad altri studi, la percentuale di soggetti affetti da cefalea cronica quotidiana afferiti al CC sia per l'ambiguità del termine, che in letteratura vie-

ne utilizzato per identificare diverse forme di patologia cefalalgia, sia perché, come già ribadito, non si tratta di un'entità codificata nella classificazione della IHS. Le frequenza delle forme secondarie nei CC è relativamente bassa e non supera il 3.4% (tabelle 2.1-2.3).

Fase prospettica

Prima sezione - Dati generali

Ai CC considerati si sono presentate 653 donne (73.9%) e 231 uomini (26.1%) (figura 4) con una età media alla prima osservazione di 37.6 anni, 37.9 anni per le femmine e 36.7 anni per i maschi, rispettivamente (figura 5). Le professioni svolte sono molto eterogenee per cui le abbiamo raggruppate in categorie con caratteristiche comuni: il 38.3% (339/884) degli individui opera nel settore privato o pubblico, come di-

FASE RETROSPETTIVA				
Tabella 2.1 - Epidemiologia delle cefalee primarie				
1. Emicrania	n	%	Popolazione generale	Ambulatorio neurologia
1.1	2067	51.4	9%	15.0%
1.2	339	8.4	6%	10.1%
1.2.5	4	0.1		(Sanchez-Migalloni, 2000)
1.2 e 1.2.5	2	0.05		
1.1 e 2.1	30	0.7	(Rasmussen, 1995)	
1.1 e 2.2	13	0.3		
1.1 e 1.2 e 2.1	4	0.1		
1.1 e 4.6	2	0.05		
1.1 e 7.7	1	0.02		
1.1 e 2	19	0.5		
1.2 e 1.1	14	0.3		
1.2 e 2.1	1	0.02		
1.6	5	0.1		
1.7	90	2.2		

FASE RETROSPETTIVA

Tabella 2.2 - Epidemiologia delle cefalee primarie

			Popolazione generale	Ambulatorio neurologia
2. Cefalea di tipo tensivo				
	n	%		
2.1	378	9.4	66%	18.9%
2.2	365	9.1	3%	20.3%
2.3	11	0.3		
3. Cefalea a grappolo ed emicrania cronica parossistica				
3.1	123	3.1	0.1%	2.0%
3.2	3	0.07		(Sanchez-Migallon, 2000)
3.3	1	0.02		
4. Cefalee primarie non associate a lesioni strutturali				
4.1	10	0.2	2%	
4.5	2	0.05	1%	
4.6	3	0.07	1%	(Rasmussen, 1995)

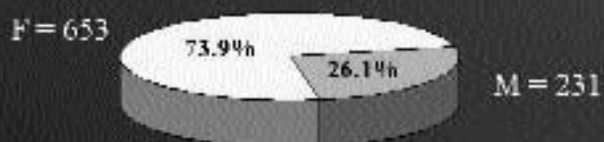
FASE RETROSPETTIVA

Tabella 2.3 - Epidemiologia delle cefalee secondarie ed altre diagnosi

	n	%
5. Cefalee associate a traumi cranici	43	1.1
6. Cefalee associate a disturbi vascolari	16	0.4
7. Cefalee associate a disturbi non vascolari intracranici	4	0.1
8. Cefalee associate ad uso o sospensione di sostanze	138	3.4
9. Cefalee associate ad infezioni non cefaliche	-	-
10. Cefalee associate a disturbi metabolici	-	-
11. Cefalee associate a disturbi di varie strutture craniche	72	1.8
12. Nevralgie	22	0.5
13. Cefalee non classificabili	88	2.2
Altre diagnosi non IHS		
Cefalea cronica quotidiana	90	2.2
?	58	1.4
Vertigini	2	0.05

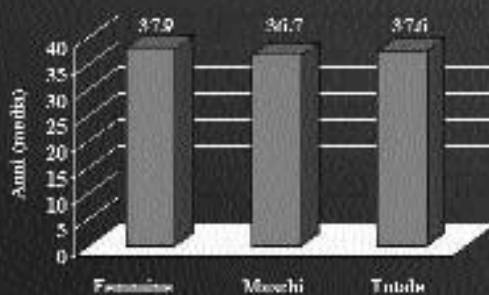
FASE PROSPETTICA

Figura 4 - Distribuzione per sesso



FASE PROSPETTICA

Figura 5 - Età media alla prima visita



pendente, con attività prevalentemente sedentaria; il 29.1% (257/884) del campione è rappresentato da operai/artigiani e il 21.0% (186/884) da studenti/casalinghe/pensionati; il 6.7% (59/884) è disoccupato e solo il 4.9% (43/884) riveste un ruolo dirigenziale. Per quanto riguarda il grado di scolarità, 297 soggetti (33.6%) hanno una licenza media inferiore, 368 (41.6%) una licenza media superiore, 97 sono laureati (11.0%) e il 10.4% (92/884) ha fre-

quentato solamente la scuola elementare (tabella 3).

Il 64.1% del campione (567/884) risiede nello stesso comune o nella stessa provincia del CC contattato, il 12.6% (112/884) nella stessa regione e il 13.0% (115/884) in regione differente (tabella 4). La durata media di malattia al momento della prima visita al CC è superiore, in entrambi i sessi, ai 10 anni: è pari a 15.6 anni nelle femmine, 11.7 anni nei maschi (figura 6).

FASE PROSPETTICA

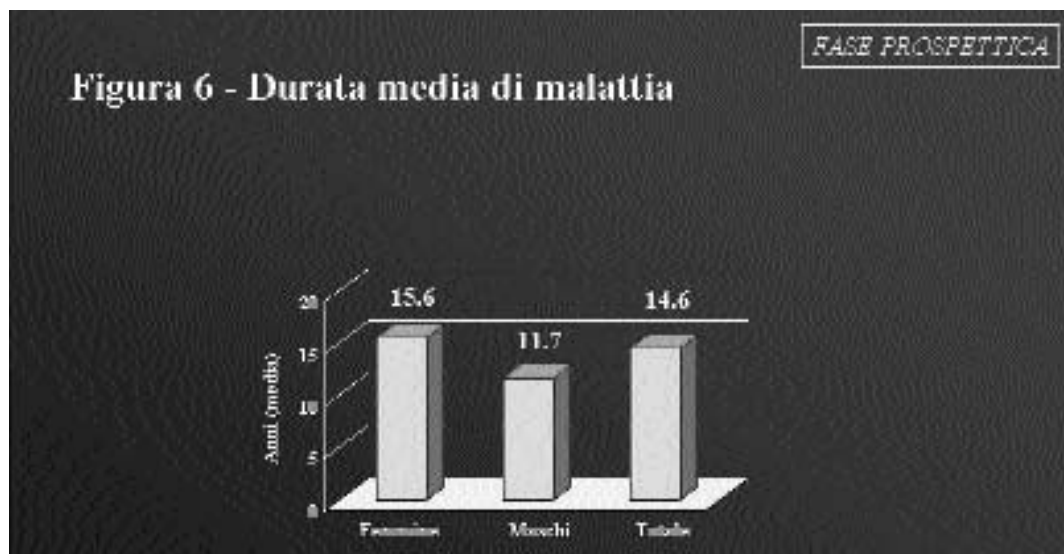
Tabella 3 - Scolarità

	Femmine		Maschi		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Elementare	71	10.9	21	9.1	92	10.4
Media inferiore	223	34.2	74	32.0	297	33.6
Media superiore	274	42.0	94	40.7	368	41.6
Laurea breve	8	1.2	1	0.4	9	1.0
Laurea	65	10.0	32	13.9	97	11.0
Accademia	1	0.2	0	-	1	0.1
Analfabeta	1	0.2	0	-	1	0.1
Dm	10	1.5	9	3.9	19	2.2
Totale	653	100	231	100	884	100

FASE PROSPETTICA

Tabella 4 - Residenza rispetto al Centro Cefalee contattato

	Femmine		Maschi		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Stesso comune	215	32.9	73	31.6	288	32.6
Stessa provincia	211	32.3	68	29.4	279	31.6
Stessa regione	78	11.9	34	14.7	112	12.6
Fuori regione	86	13.2	29	12.6	115	13.0
Dm	63	9.7	27	11.7	90	10.2
Totale	653	100	231	100	884	100



Seconda sezione - Iter seguito per prenotare la visita

Meno della metà dei soggetti viene indirizzata ai CC per una visita specialistica dal medico di medicina generale (45.4%, 401/884), ben il 39.3% (348/884) dei pazienti si rivolge al centro specializzato in seguito ad una decisione autonoma e solo nel 11.5% dei

casi (102/884) la visita è consigliata da uno specialista neurologo o non neurologo (tabella 5). Il 64.5% delle persone richiede la visita telefonicamente (570/884) e il 26.1% (231/884) di persona (tabella 6). Più della metà dell'utenza (56.0%, 495/884) effettua la prenotazione direttamente al CC, il 31.2% dei soggetti (276/884) deve rivolgersi a

FASE PROSPETTICA

Tabella 5 - Decisione di contatto con il Centro Cefalee

	N	%
Autonoma	348	39.4
Curante	401	45.4
Neurologo	40	4.5
Specialista non neurologo	62	7.0
Parenti-connessi datore di lavoro	20	2.2
DM	13	1.5
Totale	884	100

FASE PROSPETTICA

Tabella 6 - Modalità di contatto con il Centro Cefalee - 1

	N	%
Telefonica	570	64.5
Di persona	231	26.1
Tramite amici- conoscenti - parenti	35	4.0
Contatti tra medici (colleghi - conoscenti)	15	1.7
Medico curante o PS	3	0.3
DM	39	4.4
Totale	884	100

strutture deputate appartenenti al Sistema Sanitario Nazionale e l'1.4% dei pazienti (12/884) ricorre a conoscenze personali in ambito sanitario; in 20 casi (2.3%) la visita è stata effettuata in regime privatistico (tabella 7). Il tempo medio di attesa per accedere al CC è risultato essere 77.5 giorni ed oltre la metà dei casi (53.8%) aspetta da 1 a 4 mesi per la prima visita (tabella 8).

Terza sezione - "Status" prima della visita

Circa la metà dei soggetti (52.3%, 462/884) è arrivata al CC con una diagnosi di cefalea già formulata in precedenza (figura 7). Nel 37.2% (172/462) dei casi è il medico di medicina generale che ha posto la diagnosi, nel 44.3% (205/462) lo specialista neurologo, nel 14.3% (66/462) lo specialista non neu-

FASE PROSPETTICA

Tabella 7 - Modalità di contatto con il Centro Cefalee - 2

	N	%
Direttamente al Centro Cefalee	495	56.0
Centri di prenotazione ASL	129	14.6
Centri di prenotazione Az. Ospedaliera	147	16.6
Tramite amici-conoscenti-colleghi	12	1.4
Visita privata	20	2.3
DM	81	9.2
Totale	884	100

FASE PROSPETTICA

Tabella 8 - Tempo di attesa per la visita

Tempo medio di attesa per la visita: 77.5 giorni

	N	%
0 - 30 giorni	290	32.8
31 - 120 giorni	476	53.8
> 120 giorni	94	10.6
Dm	24	2.7
Totale	884	100

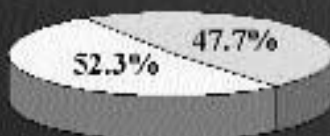
rologo e solo nell'1.5% (7/462) un altro CC (tabella 9). Il medico del CC era invitato ad esprimere la propria opinione in merito alla correttezza della diagnosi di arrivo: 312/462 (67.5%) sono state ritenute esatte dall'operatore del Centro, mentre 150/462 (32.5%) non sono state considerate concordanti con la diagnosi posta al termine della visita

(tabella 10). Assumendo a priori, vista l'impossibilità di specifiche verifiche, che l'inquadramento diagnostico del CC è corretto, possiamo concludere che circa la metà dei soggetti che si presentano ad un CC per la prima visita soffre di un'entità clinica a cui è già stato dato "un nome" e in un terzo dei casi tale "etichetta" è sbagliata.

FASE PROSPETTICA - PRIMA DELLA VISITA

Figura 7 - Diagnosi di arrivo al Centro Cefalee

Presente (n = 462)



Absente (n = 422)

FASE PROSPETTICA - PRIMA DELLA VISITA

Tabella 9 - Chi ha formulato la diagnosi di arrivo al Centro Cefalee

	N	%
Medico curante	172	37.2
Specialista neurologo	205	44.3
Specialista non neurologo	66	14.3
Centro Cefalee	7	1.5
Pronto Soccorso	2	0.4
Paziente	5	1.1
DM	5	1.1
Totale	462	100

FASE PROSPETTICA - PRIMA DELLA VISITA

Tabella 10 - Correttezza della diagnosi di arrivo al Centro Cefalee

	N	%
Si	312	67.5
No	150	32.5
Totale	462	100

Abbiamo verificato a) quali sono le cefalee che più frequentemente vengono codificate in modo errato, b) quali sono le forme di cefalea che più spesso vengono attribuite in modo non appropriato e c) quale figura medica compie più "errori".

Al fine di verificare quali sono entità cliniche più "difficili" da definire, abbiamo preso in considerazione la dia-

gnosi finale dei 462 individui che si sono presentati al CC con una diagnosi di arrivo e le abbiamo divise, in base al riferito dell'operatore, in forme di cefalea diagnosticate correttamente e forme non diagnosticate correttamente. Senza considerare le sindromi non previste nella classificazione della IHS, ad esempio la cefalea cronica quotidiana, per le quali è ipotizzabile e ammissibi-

le la discordanza dei termini utilizzati, tra le cefalee primarie è possibile evidenziare che il 24.4% delle forme di ESA (50/205), il 27.7% (13/47) delle ECA e il 16.9% (4/25) delle CTTE non è sta-

è difficile cogliere a pieno il significato medico, 49 (32.7%) da "sinusite", senza una migliore definizione della sede del processo flogistico e dell'andamento nel tempo (acuta o cronica), mentre

FASE PROSPETTICA - PRIMA DELLA VISITA

Tabella 11 - Le forme di cefalea "più difficili" da diagnosticare

Cefalee primarie	Diagnosticate correttamente		Non diagnosticate correttamente		Totale	Cefalee secondarie	Diagnosticate correttamente		Non diagnosticate correttamente		Totale
	N	%	N	%			N	%	N	%	
I.1	155	75.6	50	24.4	205	F	2	100	-	-	2
I.1+2.1	22	75.0	7	28.6	31	6	2	40.0	3	90.0	5
I.1+2.2	-	-	1	100	1	7	1	100	-	-	1
I.1+3	14	38.4	7	36.4	23	10	-	-	1	100	1
I.1+3+2.1	1	50.0	1	50.0	2	11	2	50.0	2	50.0	4
I.1+3+4	2	100	-	-	2	Cefalee non classificabili					
I.1+4	-	-	1	100	1	Cefalee con diagnosi non IIIIS					
I.1+5	1	100	-	-	1	Emicrania cronica					
I.1+11	-	-	2	100	2	DCII					
I.7	1	33.3	2	66.7	3	Emicrania trasformata					
I.2.5	1	100	-	-	1	Cefalea associata ad					
I.2	34	72.3	13	27.7	47	abuso di sintomatici					
I.3+2.1	3	60.0	2	40.0	5	Altre					
2.1	21	84.0	4	16.0	25						
2.2	6	28.6	15	71.4	21						
2.3	-	-	1	100	1						
3.1	13	52.0	12	48.0	25						
3.2	-	-	1	100	1						
4.1	-	-	1	100	1						
12	2	100	-	-	2						

to inquadrato correttamente dal punto di vista diagnostico prima della visita al CC. I risultati più sorprendenti riguardano la CTTC e la CG: la diagnosi di arrivo è errata nel 48.0% (12/25) dei pazienti affetti da CG e nel 71.4% (15/21) di quelli con CTTC (tabella 11). Dall'analisi dei dati relativi ai 150 soggetti che si sono presentati al CC con una valutazione precedente considerata sbagliata, emerge che nella maggior parte dei casi la cefalea era stata inquadrata in un altro ambito di patologie: 83 casi (55.3%) erano stati considerati affetti da "cervicale", termine sicuramente molto usato, ma del quale

nel restante 12.0% dei soggetti erano stati utilizzati termini impropri o in "disuso" quali "emicrania oftalmica". Considerando sempre i 462 soggetti con una diagnosi di arrivo già formulata, emerge che delle 172 diagnosi fatte dal medico di medicina generale, 72 (41.9%) non sono risultate concordanti con quella del medico del CC così come 32/66 (48.5%) diagnosi formulate dallo specialista non neurologo. Lo specialista neurologo si dimostra più accurato degli altri medici con 38/205 (18.5%) diagnosi non corrette. Nonostante i numeri piccoli, non è irrilevante sottolineare che ben 3/7 diagnosi sono state

formulate in modo difforme tra CC diversi (tabella 12).

366/884 soggetti, ben il 41.4% dell'intero campione, arrivano al CC avendo già eseguito un'indagine strumentale: il 23.6% (209/884) ha effettuato una ra-

cola ad azione preventiva. Il 12.8% del campione analizzato (113/884) si è rivolto alla cosiddetta "medicina alternativa", nel tentativo di trovare un trattamento non farmacologico efficace (tabella 16).

FASE PROSPETTICA - PRIMA DELLA VISITA

Tabella 12 - Correttezza della diagnosi di arrivo al Centro Cefalee - chi ha formulato la diagnosi

	Diagnosi corrette		Diagnosi scorrette		Totale
	N	%	N	%	N
Medico curante	100	58.1	72	41.9	172
Specialista neurologo	167	81.5	38	18.5	205
Specialista non neurologo	34	51.5	32	48.5	66
Centro Cefalee	4	57.1	3	42.9	7
Pronto Soccorso	-	-	2	100	2
Paziente	4	80.9	1	20.0	5
DM	3	60.0	2	40.0	5

diografia del cranio e il 23.0% (203/884) una radiografia del rachide cervicale; 236/884 (26.7%) sono stati sottoposti ad una TAC cerebrale con o senza mezzo di contrasto e 93 (10.5%) ad una RMN dell'encefalo. Un'alta percentuale di pazienti (244/884-27.6%) ha fatto un elettroencefalogramma e 183 (20.7%) indagini ematochimiche generiche (tabella 13). Solo una piccola minoranza dei soggetti (23/884-2.6%) ha consultato uno specialista non neurologo, e nel 2.3% dei casi (20/884) si è trattato di un oculista (tabella 14). Nel 9.3% dei casi il paziente è stato ricoverato allo scopo di definire la diagnosi (83/884) e, di questi, 3 sono stati accessi in Pronto Soccorso (tabella 15).

La quasi totalità del campione (98.1%, 867/884) ha assunto almeno un farmaco per cefalea, ma solo il 26.8% (237/884) è stato trattato con una mole-

Quarta sezione - "Status" dopo la visita

Dall'analisi delle indicazioni date dal medico del CC al termine della visita, emerge, sorprendentemente, che sono stati richiesti 121 (13.7%) EEG. È possibile che questo dato non sia rappresentativo della condotta generale dei CC italiani, ma che sia piuttosto determinato dall'abitudine, in alcuni CC, di richiedere l'esecuzione di un EEG di routine in tutti i pazienti cefalalgici che afferiscono per la prima visita. Sono state consigliate 180 (20.4%) indagini neuroradiologiche - radiografia del cranio, TAC cerebrale senza mezzo di contrasto, TAC cerebrale con mezzo di contrasto e RMN dell'encefalo -, 46 (5.2%) ecocolor-doppler dei tronchi sovraortici e in 91 casi indagini ematochimiche a fronte di solo 25/884 (2.8%) diagnosi di cefalea secondaria (tabella 17).

Tabella 13 - Indagini

FASE PROSPETTICA - PRIMA DELLA VISITA

366/884 pazienti (41.4%) hanno eseguito indagini strumentali

	N	%
Rx Cranio	209	23.6
Rx rachide cervicale	203	23.0
Tac cerebrale senza m.d.c.	159	18.0
Tac cerebrale con m.d.c.	77	8.7
Tac cervicale	15	1.7
RMN cerebrale	95	10.5
RMN cervicale	15	1.7
EEG	244	27.6
Indagini ematochimiche	183	20.7
Kranulor-duppler TNA	56	6.3
Altre		
AGT e ANGIO RM	3	0.3
Duppler transcranio	3	0.3
Potenziali evocati	4	0.5
NPRCT	2	0.2
Radiocentesi	1	0.1
Termografia	4	0.5
KIN	8	0.9
Eccardiogramma	3	0.3
Studio ATM	6	0.7

Tabella 14 - Visite

FASE PROSPETTICA - PRIMA DELLA VISITA

	N	%
Visita oculistica	20	2.3
Visita ORL	2	0.2
Visita oculistica + ORL	4	0.5
Visita odontoiatrica	2	0.2

23/884 pazienti (2.6%) hanno consultato uno o più specialisti non neurologi

Tabella 15 - Ricoveri

FASE PROSPETTICA - PRIMA DELLA VISITA

	N	%
Ospedalieri	80	9.0
<i>Uno</i>	<i>61</i>	<i>6.9</i>
<i>Più di uno</i>	<i>19</i>	<i>2.1</i>
Pronto Soccorso	3	0.3
<i>Più di uno</i>	<i>3</i>	<i>0.3</i>

83/884 pazienti (9.3%) sono stati ricoverati per cefalea

Tabella 16 - Terapie

FASE PROSPETTICA - PRIMA DELLA VISITA

	N	%
Farmacologiche	808	91.4
<i>Solo sintomatiche</i>	<i>571</i>	<i>64.6</i>
<i>Solo preventive</i>	<i>13</i>	<i>1.5</i>
<i>Entrambe</i>	<i>224</i>	<i>25.3</i>
Non farmacologiche	113	12.8
<i>Agopuntura</i>	<i>42</i>	<i>4.8</i>
<i>Terapie fisiche</i>	<i>35</i>	<i>4.0</i>
<i>Omeopatia</i>	<i>9</i>	<i>1.0</i>
<i>Tecniche di rilassamento</i>	<i>7</i>	<i>0.8</i>
<i>Varie</i>	<i>20</i>	<i>2.3</i>

867/884 pazienti (98.1%) hanno effettuato un trattamento per la cefalea

Tabella 17 - Indagini

FASE PROSPETTICA - DOPO LA VISITA

	N	%
Rx Cranio	19	2.2
Rx rachide cervicale	23	2.6
Tac cerebrale senza m.d.c	35	4.0
Tac cerebrale con m.d.c	57	6.5
Tac cervicale	2	0.2
RMN cerebrale	69	7.8
RMN cervicale	6	0.7
EEG	121	13.7
Indagini ematochimiche	91	10.3
Ecocolo-doppler TSA	46	5.2
AGE o ANGIO RM	4	0.5
Doppler transcranico	2	0.2
Potenziali evocati	5	0.6
ECG studio cardiaco	10	1.1
Valutazione PA	6	0.7
Studio ATM	4	0.5
Altro	17	1.9

Solo in 4 (0.5%) casi il medico del CC ha ritenuto opportuno un approfondimento diagnostico richiedendo una visita oculistica, otorinolaringoiatrica oppure odontoiatrica e sono stati effettuati 24/884 (2.7%) ricoveri ospedalieri (tabella 18).

Considerando che una delle indicazioni per l'ospedalizzazione è la presentazione quotidiana della cefalea associata ad abuso di farmaci sintomatici, il numero di ricoveri emerso in questa indagine non è proporzionale al 4% circa di cefalee croniche quotidiane diagnosticate. Per quanto riguarda l'approccio terapeutico, il trattamento sintomatico è stato riconfermato nella quasi totalità dei pazienti, la terapia preventiva è stata suggerita a 549/884 (62.1%) soggetti e le terapie non farmacologiche sono state consigliate solo nel 3.2% (28/884) dei casi (tabella 19). La

prescrizione di farmaci ad azione preventiva in poco più della metà del campione può trovare una valida motivazione nella necessità di monitorare, prima di intraprendere un trattamento di profilassi, l'andamento clinico nel tempo, con un diario delle cefalee, al fine di stabilire con precisione la frequenza e la durata degli episodi e la risposta ai farmaci sintomatici. La distribuzione delle diagnosi effettuate nei CC non si discosta dai dati emersi dalla fase retrospettiva: sono stati individuati 400 (45.2%) soggetti affetti da ESA, 65 (7.4%) da ECA, 71 (8.3%) da CTTE, 58 (6.6%) da CTTC e 30 (3.4%) da CG. In 16 (1.8%) casi si trattava di una cefalea non classificabile (gruppo 13) e in 60 (6.8%) soggetti la forma diagnosticata non rientra tra quelle codificate nella classificazione attualmente adottata (tabelle 20.1-20.3).

Tabella 18 - Visite e ricoveri

FASE PROSPETTICA - DOPO LA VISITA

Per 4/884 pazienti (0.5%) è stata richiesta la visita presso uno specialista non neurologo

	N	%
Visita oculistica	2	0.2
Visita ORL	1	0.1
Visita odontoiatrica	1	0.1

Per 24/884 pazienti (2.7%) è stato richiesto il ricovero ospedaliero

	N	%
Ricovero ospedaliero	24	2.7

Tabella 19 - Terapie

FASE PROSPETTICA - DOPO LA VISITA

	N	%
Farmacologiche	803	90.8
<i>Solo sintomatiche</i>	<i>254</i>	<i>28.7</i>
<i>Solo preventive</i>	<i>35</i>	<i>4.0</i>
<i>Entrambe</i>	<i>514</i>	<i>58.1</i>
Non farmacologiche	28	3.2
<i>BFB</i>	<i>4</i>	<i>0.3</i>
<i>Terapie fisiche</i>	<i>14</i>	<i>1.6</i>
<i>Byte e ortodonzista</i>	<i>4</i>	<i>0.3</i>
<i>Tecniche di rilassamento</i>	<i>2</i>	<i>0.2</i>
<i>TENS</i>	<i>2</i>	<i>0.2</i>
<i>Infiltrazioni locali</i>	<i>2</i>	<i>0.2</i>

A 816/884 pazienti (92.3%) è stata prescritta una terapia farmacologica e/o non farmacologica

Tabella 20.1 - Diagnosi

FASE PROSPETTICA - DOPO LA VISITA

<u>Cefalee primitive</u>	<u>N</u>	<u>%</u>		<u>Cefalee primitive</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
1.1	400	45.2		2.1	71	8.3
1.1 e 2.1	64	7.2		2.2	58	6.6
1.1 e 2.2	16	1.8		2.3	3	0.3
1.1 e 1.2	34	3.8		2.1 e 4.1	1	0.1
1.1 e 1.2 e 2.1	2	0.2		3.1	30	3.4
1.1 e 1.6	2	0.2		3.2	2	0.2
1.6	1	0.1		4.1	3	0.3
1.1 e 4.1	1	0.1		4.5	2	0.2
1.1 e 5	1	0.1		12	2	0.2
1.1 e 11	2	0.2				
1.1 e 12	2	0.2				
1.7	13	1.5				
1.7 e 2.3	1	0.1				
1.2	65	7.4				
1.2 e 2.1	5	0.7				
1.2 e 2.2	1	0.1				
1.2 e 11	1	0.1				

Tabella 20.2 - Diagnosi

FASE PROSPETTICA - DOPO LA VISITA

<u>Cefalee secondarie</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
5	6	0.7
6	7	0.8
7	2	0.2
9	1	0.1
10	1	0.1
11	8	0.9
<u>Cefalee non classificabili</u>		
13	16	1.8

Tabella 20.3 - Diagnosi

<u>Cefalee con diagnosi non IHS</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Emicrania cronica	4	0.5
DCH	12	1.4
MIH	1	0.1
Emicrania trasformata	11	1.2
Cefalea associata ad abuso di sintomatici	15	1.7
Cefalea psicogena	2	0.2
Nevralgia faciale atipica	2	0.2
Cefalea accessuale atipica	1	0.1
Cefalea cervicogenica	3	0.3
Cefalea da irritazione del n. grande occipitale	1	0.1
Cefalea ipnica	1	0.1
Cefalea a grappolo subcronica	1	0.1
Hemicrania continua	3	0.3
Cluster-migraine	1	0.1
Cefalea a "colpo di tuono"	1	0.1
Sindrome "vertiginosa"	1	0.1

Discussione

La definizione degli iter burocratici e delle modalità diagnostiche e terapeutiche adottati nella gestione del paziente con cefalea rappresenta un punto di partenza che permette, in primo luogo, di focalizzare i comportamenti non adeguati ad un soddisfacente management del soggetto cefalalgico e, in secondo luogo, di individuare le aree di confronto con modelli organizzativi propri di realtà straniere. L'obiettivo principale di questa ricerca è pertanto prevalentemente descrittivo e nasce dalla necessità di delineare le principali linee di tendenza nei maggiori CC in Italia, dati del tutto carenti nella letteratura del settore. Le tematiche approfondite durante la discussione, aperta a tutti i presenti in sala, permettono di fare alcune considerazioni.

Come primo elemento di analisi dobbiamo sottolineare il ruolo che il medico di medicina generale riveste nella diagnosi e nel trattamento di questa patologia nel nostro Paese: quasi la metà delle diagnosi formulate dal medico di medicina generale non concorda con quelle del medico del Centro e circa il 40% dei pazienti riferisce di aver deciso autonomamente di recarsi in un centro specializzato. Questi risultati sono in linea con le considerazioni effettuate dalla British Association for the Study of Headache (6), secondo la quale solo una piccola percentuale di medici generici si è dimostrato preparato nella gestione dei soggetti affetti da cefalea. Nel 1997 la Task Force della IHS ha indicato 4 differenti livelli di intervento nel management del paziente con cefalea ed ha definito i compiti delle varie figure professionali co-

involte (7). Alla luce di queste raccomandazioni ogni medico di medicina generale dovrebbe avere una buona conoscenza della patologia cefalalgica e la capacità di trattare correttamente la maggior parte dei pazienti affetti, individuando quelli che necessitano di una visita specialistica. In questo ambito, viene attribuito un ruolo fondamentale al Sistema Sanitario Nazionale incaricato di istituire ed organizzare "Progetti educativi" rivolti a pazienti e medici al fine di fornire i concetti e le conoscenze essenziali relative ai diversi tipi di cefalee e alle possibili terapie (tabella 21).

Il secondo elemento di riflessione è rappresentato dall'elevato numero di indagini strumentali effettuate in seguito alla richiesta del medico di medicina generale e dello stesso specialista del CC, quando sappiamo che la diagnosi di cefalea e l'impostazione del

piano terapeutico si basano quasi esclusivamente sulla raccolta di una dettagliata anamnesi e sull'esecuzione di un accurato esame obiettivo. L'EEG tradizionalmente viene o veniva considerato un'utile aggiunta alla valutazione clinica. In accordo con le conclusioni raggiunte dal comitato per gli standard di qualità della American Academy of Neurology, si può affermare che "nessuno studio ha dimostrato con certezza che l'EEG migliora l'accuratezza diagnostica per i pazienti con cefalea. L'EEG non è in grado di identificare i diversi sottotipi di cefalea e non è uno strumento efficace per lo screening di possibili cause organiche della cefalea". Lo stesso comitato ribadisce, come linea guida, che "l'EEG non è di utilità nella valutazione di routine dei pazienti con cefalea. Ciò però non esclude", prosegue il comitato, "l'uso dell'EEG per valutare pazienti cefalal-

Tabella 21

Livelli di intervento nella gestione del paziente cefalalgico

Task Force della International Headache Society, 1997

Livello 1

Programmi di educazione per i pazienti. L'obiettivo è fornire le conoscenze di base sui vari tipi di cefalea, su fattori scatenanti e aggravanti e sui segnali di allarme per una cefalea secondaria.

Livello 2

Programmi di educazione per i medici di medicina generale. L'obiettivo è insegnare a diagnosticare e a trattare correttamente le cefalee non complicate.

Livello 3

Coinvolgimento degli specialisti neurologi e dei Centri Cefalee. È indicato per forme di cefalea che pongono problemi diagnostici (forme atipiche o complicate), quando è presente una comorbidità con altre patologie di pertinenza neurologica e nel caso di cefalee farmaco-resistenti.

Livello 4

Ospedalizzazione. È indicata per cefalee severe ad esordio acuto e per cefalee croniche associate ad abuso di farmaci.

gici con sintomi associati che possono far sospettare un disordine epilettico, come un'aura emicranica atipica o una perdita di coscienza episodica" (8).

Un altrettanto interessante, ma spinoso, capitolo è rappresentato dall'uso delle neuroimmagini in soggetti con cefalea e anche in questo ambito le indicazioni più recenti arrivano dall'oltreoceano. L'Headache Consortium americano, nel 2000, ha formulato le "Evidence-Based Guidelines in the Primary Care Setting: Neuroimaging in Patients with Nonacute Headache" (9) ponendosi l'obiettivo di rispondere ai seguenti quesiti:

ci sono elementi anamnestici o obiettivi che costituiscono una chiara indicazione a sottoporre un paziente affetto da cefalea ad una neuroimmagine per il sospetto di una patologia organica sottostante?

In pazienti affetti da cefalea ad esordio non acuto e con esame obiettivo neurologico negativo, con quale frequenza vengono riscontrate cause organiche del mal di testa grazie all'uso della TAC cerebrale o della RMN?

Qual è la sensibilità della TAC cerebrale e della RMN nell'identificazione di lesioni intracraniche in pazienti con cefalea ad esordio non acuto?

Dopo un'ampia revisione della letteratura, ecco le considerazioni formulate:

a) il rapido incremento della frequenza della cefalea, l'evidenza nell'anamnesi patologica recente di vertigini, perdita di coordinazione, ipoestesia e parestesie, anomalie nell'esame fisico generale o neurologico aumentano significativamente la probabilità di trovare alterazioni cerebrali evidenziabili con le neuroimmagini.

b) Il riscontro di patologie organiche sottostanti la cefalea è percentualmente basso nel caso di emicrania (0.2-0.6%),

cefalea di tipo tensivo e cefalea a grappolo, aumenta in forme di cefalea ad esordio recente o con un chiaro e rapido cambiamento nel pattern clinico (22.5%) ed è frequente in soggetti con cefalea da tosse, con cefalea associata ad attività fisica o ad attività sessuale.

c) La RMN encefalica non è più sensibile della TAC cerebrale nell'identificare patologie clinicamente rilevanti ai fini della diagnosi di cefalea secondaria. Al termine di questo processo, l'Headache Consortium americano, ha tratto i seguenti dei principi generali:

- le indagini non sono indicate quando il trattamento non è suscettibile a variazioni in seguito ai risultati ottenuti;
- le indagini non sono indicate in quegli individui che non hanno una probabilità significativamente più elevata, verso un soggetto della popolazione generale, di avere una patologia intracranica;

- indagini normalmente non raccomandate possono essere consigliate in base a specifiche esigenze di singoli pazienti come, per esempio, soggetti gravemente invalidati dalla paura di avere un disturbo serio.

Infine sono state stilate alcune raccomandazioni:

- le indagini neuroradiologiche sono indicate ogni volta in cui si riscontra un'anormalità non spiegabile nell'esame obiettivo neurologico in un paziente con una cefalea ad esordio non acuto;

- in pazienti emicranici con un esame obiettivo neurologico normale non sono raccomandate indagini neuroradiologiche;

- le evidenze sono insufficienti per stilare raccomandazioni in merito alle indagini da effettuare in pazienti affetti da cefalea di tipo tensivo;

- le evidenze sono insufficienti per stilare raccomandazioni in merito alla sensibilità della TAC o della RMN encefalica.

In base agli studi fino ad ora condotti, appare ragionevole concludere che non vi sono motivazioni solide che inducano a consigliare l'esecuzione di indagini neuroradiologiche quando la cefalea si presenta "anamnesticamente tipica" e quando l'obiettività neurologica è normale.

L'ultima considerazione deriva dalla limitata prescrizione, nei CC italiani, di terapie non farmacologiche nel trattamento preventivo delle cefalee. Nonostante la difficoltà nell'allestimento di studi controllati e in doppio cieco nell'ambito delle terapie "non-convenzionali", esistono evidenze che supportano l'efficacia di alcuni trattamenti comportamentali e fisici nella cura, in particolare, dell'emicrania e della cefalea di tipo tensivo (10). Questo dovrebbe essere uno stimolo per gli specialisti dei CC italiani ad abbracciare un orientamento multidisciplinare e integrato nel trattamento di alcune forme di cefalea primaria. L'attività di alcuni CC europei - in Danimarca e in Germania - che operano già in tale direzione potrà fornire in futuro dati di sicuro interesse sul piano pratico e scientifico.

Conclusioni

Il corretto inquadramento diagnostico e terapeutico delle cefalee primarie costituisce, in Italia, ancora un problema per i medici di medicina generale e per gli specialisti non neurologi ed è pertanto possibile ipotizzare che, come in altri paesi europei, le cefalee rappresentino una patologia sottostimata; il numero delle indagini strumentali richieste prima e dopo la visita al CC è elevato e questo, verosimilmente, non solo non si traduce in un diretto beneficio per il paziente in termini diagnostici

e terapeutici, ma comporta un inutile incremento dei costi; la prescrizione delle terapie preventive non farmacologiche è assolutamente sporadica in contrasto con i dati della letteratura che, per alcune, riportano un'efficacia paragonabile ai trattamenti tradizionali.

Bibliografia

1. Rasmussen B. Epidemiology of headache. *Cephalalgia* 2001; 21:774-7
2. Danish Neurological Society and the Danish Headache Society. Guidelines for the management of headache. *Cephalalgia* 1998;18:9-22
3. Headache Classification Committee of the IHS. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8(suppl 7):1-96
4. Rasmussen BK. Epidemiology of headache. *Cephalalgia* 1995;15:45-68
5. Sanchez-Migallon MJ, Galiano M, Fernandez Y. La cefalea en la consulta de neurologia general. *Neurologia* 2000;15:274-277
6. British Association for the Study of Headache. Review of the Organisation of Headache Services in Primary Care and Recommendations for Change. 1st ed, 2000
7. Organisation and delivery of services to headache patients. Task Force of the International Headache Society. *Cephalalgia* 1997;17:702-710
8. Silberstein SD for the US Headache Consortium. Practice parameter: Evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2000; 55:754-762
9. Evidence-Based Guidelines in the Primary Care Setting: Neuroimaging in Patients with Nonacute Headache. US Headache Consortium, 2000
10. Lake AE 3rd. Behavioral and nonpharmacologic treatments of headache. *Med Clin North Am* 2001;85:1055-75

Corrispondenza: dr.ssa P. Torelli, Centro Cefalee, Istituto di Neurologia, Strada del Quartiere, 4 - 43100 Parma, Italy
e-mail: paolatorelli@libero.it

Quale utilità delle metodiche clinico-strumentali per la valutazione della tensione muscolare nelle cefalee?

Contributo alla campagna contro gli esami inutili

La cefalea è una patologia molto comune e, sebbene più di 300 condizioni cliniche possano produrre alcune forme di cefalea, nel 95-97% dei casi è di natura benigna; pur tuttavia fondamentale è poter discernere tra cefalee che sottendono una patologia organica potenzialmente dannosa per la salute da forme che logorano il normale vivere quotidiano ma in sé incapaci di porre a rischio la salute dei pazienti.

Le **cefalee primarie**, dunque, sono quelle in cui il mal di testa è il sintomo primario e dominante, alla cui base vi sono alterazioni fisiologiche (neuronali e neurovascolari) piuttosto che disturbi strutturali, per contro le **cefalee secondarie** sono quelle in cui il mal di testa è direttamente o indirettamente conseguenza di un processo organico definibile (ad esempio strutturale o metabolico). Il più importante elemento per una corretta diagnosi e per un adeguato trattamento farmacologico è rappresentato da una ap-



profondita storia clinica e da un accurato esame neurologico. Secondo la classificazione dell'International Headache Society (IHS) è possibile, sulla base di questi criteri, raggiungere, nella maggior parte dei casi, una corretta diagnosi. Un approfondimento diagnostico strumentale e/o di laboratorio non deve pertanto servire a confermare la diagnosi di cefalea primaria, ma ad escludere patologie organiche sottostanti e/o concomitanti e ad individuare eventuali comorbidità.

Vare tecniche neurofisiologiche, per il loro costo relativamente contenuto e per la diffusione delle strumentazioni sono state impiegate nel tentativo di identificare markers neurofisiologici utili per il trattamento dei pazienti cefalalgici. L'impiego di tali metodiche varia in misura considerevole tra i singoli clinici ed i

Sommario

Quale utilità delle metodiche clinico-strumentali per la valutazione della tensione muscolare nelle cefalee?	3-3
La Sommatoria della Cefalea	3
Delta di lettura via Internet/online	4

vari Centri, anche se sembra ormai evidente che l'utilizzo di molti esami sia scarsamente suffragato da evidenze di carattere scientifico.

Tutto ciò risulta particolarmente evidente per la valutazione della tensione muscolare. Diverse sono le metodiche preposte a tale scopo:

A) **Palpazione manuale:** permette di valutare clinicamente la tensione muscolare e la dolorabilità della muscolatura pericranica. Essa si effettua imprimendo una leggera pressione (2-3 Kg) col II-III dito della mano, in senso rotatorio, mentre l'altra mano sostiene il capo del paziente. Le sedi esplorate da tale metodica sono standardizzate e corrispondono a possibili zone trigger a livello delle inserzioni tendinee e della muscolatura dello scalpo. L'esaminatore valuta la risposta del paziente alla pressione utilizzando una scala di punteggi da 0 a 3. L'aumento della tensione muscolare valutato attraverso la palpazione manuale è l'aspetto più caratteristico della cefalea tensiva, purtroppo la sua specificità è decisamente bassa. La palpazione manuale dipende dalla predisposizione del soggetto e da quella dell'esaminatore ed è difficile da graduare ed interpretare. Lo sviluppo degli Algotometri a pressione è stato un tentativo di migliorare la quantificazione della sensibilità a diversi punti mediante la standardizzazione della tecnica di applicazione della pressione, semplificando la reazione e pertanto semplificando l'interpretazione.

B) **L'Algotmetro a pressione:** è uno strumento che, premuto contro la superficie del corpo, misura solo la pressione esercitata su una determinata superficie:

può indicare la pressione in differenti unità, inclusi Kg, onces o newton per unità d'area e, conoscendo la misura dell'area di contatto, questi possono essere trasformati in adeguate unità di misura della pressione (kilopascal, newton per cm², o Kg per cm²). Quando l'investigatore aumenta la pressione, la sensazione alla pressione includerà dolore nello stesso punto. Il soggetto viene istruito (in modo standard) a segnalare che la soglia del dolore sia stata raggiunta, sia verbalmente che premendo un pulsante. Il valore verrà letto dallo strumento e considerato come soglia di dolore alla pressione. Con l'applicazione di tale metodica, un solo parametro viene misurato, mentre con la palpazione manuale le reazioni sono più complesse. Questo tenderebbe a ridurre sia le differenze tra i soggetti esaminati che le variazioni tra esaminatori mediante la standardizzazione del metodo. In diversi pazienti con cefalea di tipo tensivo, la soglia del dolore è chiaramente relativamente ridotta, ma la sensibilità di tale approccio strumentale è, come la precedente, bassa.

C) **Elettromiografia (EMG):** tale metodica è fondata sulla derivazione dei potenziali bioelettrici muscolari. I potenziali di origine muscolare si diffondono nei tessuti circostanti fino alla superficie cutanea e possono essere derivati da questa con elettrodi metallici a piastra. Gli elettrodi di placca applicati sulla superficie cutanea consentono solo uno studio globale dell'attività elettrica del muscolo esplorato perché permettono di raccogliere la somma dell'attività dei gruppi muscolari sottostanti, non consentono lo studio analitico delle singole unità

motorie, a differenza degli elettrodi ad ago. Nel caso delle cefalee, l'EMG, viene eseguita per valutare la tensione dei muscoli dello scalpo; un minor incremento dell'attività elettromiografica dei muscoli pericranici è riportata in alcuni studi, ma non in altri, e la sensibilità diagnostica risulta bassa. La valutazione dell'incremento di attività legato ad alcuni tipi di stress (ad esempio calcolo mentale) aumenta la sensibilità al metodo, che tuttavia è scarsamente correlabile ai dati clinici.

Riguardo la forza dell'evidenza concernente i dati relativi a studi elettrofisiologici nelle cefalee, questa risulta mediamente di non alto livello (relativamente pochi studi controllati). Inoltre, solo un numero limitato di studi riporta dati relativi alla specificità e sensibilità dei test impiegati; anche quando informazioni in merito sono riportate, non sempre sono ricavabili indicazioni sull'effettiva rilevanza clinica degli esami impiegati che il più delle volte hanno il solo scopo di assicurare il paziente e talvolta il clinico.

Analogamente, le linee guida per gli standard diagnostico-strumentali nelle cefalee suggeriscono l'utilizzo della palpazione manuale per la diagnostica della contrattura muscolare nelle cefalee di tipo tensivo, limitando ad esami di ricerca l'impiego di algometria e dell'EMG di superficie (Friberg L. et al. *Clinical and para-clinical tests in the routine examination of headache patients*. *Functional Neurology* 2000; 15, suppl.: 82-85).

E' auspicabile che la nuova classificazione dell'IHS recuperi queste indicazioni.

Ennio Pucci



I.R.C.C.S. Fondazione
Istituto Neurologico C. Mondino
Pavia



University Centre
for Adaptive Disorders and Headache



Alliance Cefalalgici
AI.Ce. Group
CIRNA Foundation

LA SETTIMANA a headache break DELLA CEFALEA

Pavia
Vigevano - Voghera
10 - 16 marzo 2002



Per informazioni:

Alliance Cefalalgici (AI.Ce.)

V.le C. Battisti, 17

27100 Pavia

tel. 0382 380358

fax 0382 380358

e-mail: alcegroup@tin.it



AI.Ce.

Alliance Cefalalgici

"Dalla Letteratura Internazionale"

(a cura di Paola Torelli e
Gian Camillo Manzoni)

Cefalea a grappolo e chirurgia



Il mal di testa rappresenta spesso una malattia che condiziona pesantemente la vita di chi ne soffre e la scienza è continuamente alla ricerca di nuove soluzioni che possano "curare" questa patologia.

Recentemente, un'équipe di medici dell'Istituto Neurologico C. Besta di Milano ha effettuato un intervento che ha dato ottimi risultati in un paziente affetto da cefalea a grappolo cronica intrattabile.

La metodica prevede l'impianto permanente, a livello di una parte centrale del cervello – ipotalamo – di una "placchetta" – elettrodo – che emette stimoli elettrici non dannosi in grado di bloccare l'insorgenza degli attacchi dolorosi.

La tecnica è attualmente ancora in fase di sperimentazione ed è stata proposta solo per una forma molto specifica di mal di testa, la cefalea a grappolo, e solo quando questa non migliora con il trattamento farmacologico.

Ad oggi, non c'è nessuna indicazione ad applicare l'intervento descritto in altre forme di mal di testa, quali ad esempio l'emicrania o la cefalea di tipo

tensivo, ed i promettenti risultati ottenuti, limitatamente alla cefalea a grappolo, dovranno essere confermati in futuro da altri studi che coinvolgano un numero sufficientemente ampio di soggetti.

(M. Leone et al. *N Engl J Med* 2001; 345:1428-1429)

Cefalee Today

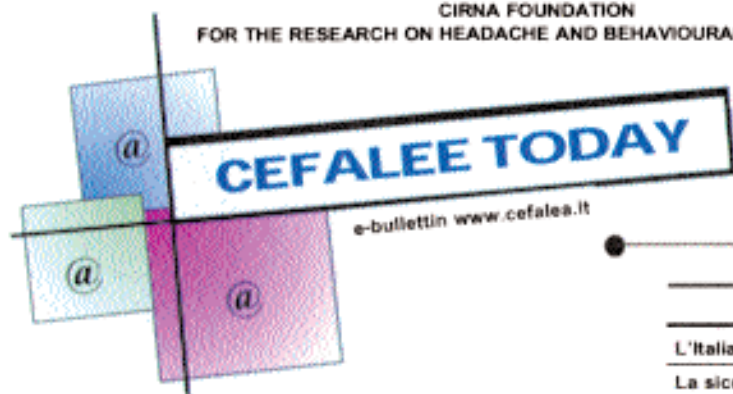
Redattore Responsabile:
Grazia Sances (Pavia)

Comitato Editoriale:

- Piero Barbanti (Roma)
- M. Gabriella Buzzi (Roma)
- Alfredo Costa (Pavia)
- Silvano Cristina (Pavia)
- Anna Ferrari (Modena)
- Natascia Ghiotto (Pavia)
- Alberto Proietti Cecchini (Pavia)
- Paolo Rossi (Roma)
- Cristina Tassorelli (Pavia)
- Paola Torelli (Parma)

Cefalee Today

- Bollettino di informazione bimestrale a cura della Fondazione CIRNA
- Organo ufficiale di Alleanza Cefalalgici (Al.Ce.)
- Publisher: CIRNA Foundation



Anno 4, Numero 19
Aprile 2002

L'ITALIA DEI TRIPTANI

Con l'introduzione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nel Sistema Sanitario Nazionale (SSN) italiano si verificherà una piccola rivoluzione nella classificazione dei farmaci secondo fasce di rimborsabilità.

Inoltre, l'autonomia amministrativa regionale prevederà un'autogestione nella scelta della fascia in cui inserire i vari farmaci e quindi nella loro gratuità o meno. I triptani, per via del loro spostamento nella categoria di sostanze non essenziali e con attività terapeutica sovrapponibile agli analgesici, avranno pertanto una loro mappa regionale con costi differenziati per i pazienti.



Sommario

L'Italia dei triptani	1
La sicurezza dei farmaci	2-3
Eventi	3
Congressi	3
Il libro	4
Dalla letteratura internazionale	4

Regione	Rimborsabilità
Puglia	Fascia C - totale carico del paziente
Liguria	Ticket del 50% a carico del paziente
Veneto	Quota fissa di 3 Euro per il paziente
Valle d'Aosta Piemonte Lombardia Trentino Alto Adige Friuli Venezia Giulia Emilia Romagna Toscana Umbria Marche Lazio Abruzzo Molise Campania Basilicata Calabria Sicilia Sardegna	Fascia A - Totalmente gratuiti

Nota: almotriptan in fascia A in tutte le regioni

Grazia Sances

LA SICUREZZA DEI FARMACI

Il tema della sicurezza dei farmaci è oggi di importanza primaria in quanto un numero sempre crescente di persone assume farmaci; sono in aumento gli anziani che, nei paesi occidentali, consumano grandi quantità di farmaci. Gli anziani, inoltre, sono maggiormente a rischio di reazioni avverse da farmaci e sono le persone in cui queste reazioni possono avere le conseguenze più gravi.

Sempre, ogni qual volta si assume un farmaco si corre un certo rischio. La soluzione non può tuttavia essere quella di non usarli. Quando sono necessari è rischioso anche non assumerli. Andrebbero pertanto utilizzati dopo aver effettuato un bilancio dei benefici attesi rispetto ai rischi potenziali. Ogni farmaco ha le sue regole di uso: deve essere prescritto dal medico e assunto dal paziente secondo determinate dosi, tempi e modalità e per precise indicazioni. Attenersi a queste regole riduce, ma non elimina del tutto, i rischi che sono insiti nel farmaco stesso e nel suo modo di interagire con l'organismo. Solo uno o comunque di solito pochi dei numerosissimi effetti che derivano dall'interazione farmaco/organismo è quello desiderato e terapeutico cioè utile e benefico per prevenire o trattare una malattia. Tutti gli altri, la maggioranza, sono effetti collaterali, indesiderati. Possono essere lievi, transitori e trascurabili rispetto ai vantaggi della terapia ma a volte possono portare a gravi danni per l'organismo, fino a provocare la morte. Nel 1994 le reazioni avverse da farmaci sono state tra la quarta e la sesta causa di morte negli USA tra i pazienti ricoverati. Non è possibile identificare tutti gli effetti collaterali dei farmaci prima che siano immessi in commercio.



A causa della diversità biologica degli esseri viventi, alcune reazioni avverse poco frequenti, anche se il processo di sviluppo di un nuovo farmaco è stato del tutto corretto, possono rendersi evidenti solo successivamente, quando la sostanza sarà assunta da un grande numero di persone. Proprio allo scopo di definire il bilancio rischio/beneficio di una terapia farmacologica nella realtà terapeutica quotidiana, quando il farmaco è usato dall'intera popolazione dei pazienti per i quali è indicato, è stata istituita la farmacovigilanza o monitoraggio post-marketing (Post-Marketing Surveillance). In Italia la farmacovigilanza è obbligatoria per legge fin dal 1987 e impone a tutti gli operatori sanitari (anche alle industrie farmaceutiche) di segnalare all'autorità sanitaria (Ministero della Salute) ogni evento e/o sospetta reazione avversa, sia che si tratti di un farmaco in corso di studio che di qualsiasi farmaco già in commercio.

I farmaci impiegati nel trattamento delle cefalee primarie provocano comunemente diversi effetti collaterali, di solito questi sono però transitori e non gravi. La maggior parte si verificano con i trattamenti di profilassi oppure alle prime assunzioni di farmaci sintomatici. Generalmente i primi si riducono al minimo iniziando il trattamento con dosi basse e aumentando gradualmente il dosaggio una volta che l'effetto collaterale si è attenuato. Curiosamente la cefalea è proprio una delle reazioni avverse da farmaci più frequente. E' provocata più spesso dai farmaci vasodilatatori usati nel trattamento delle malattie cardiovascolari ma può verificarsi cefalea anche come effetto collaterale di farmaci antinfiammatori e analgesici quali l'indometacina e il ketorolac.

Ogni prescrizione è l'inizio di una sorta di esperimento che aumenterà le conoscenze del problema solo se di questo esperimento verranno valutati i risultati in termini di efficacia e di sicurezza. In questo processo di cura le responsabilità non sono esclusivamente del medico ma anche del paziente. Soprattutto nell'ambito del trattamento del dolore, in cui rientrano anche le cefalee primarie, il medico per poter valutare gli esiti delle terapie ha bisogno di informazioni rilevanti che solo il paziente è in grado di fornire. Il suo ruolo deve essere attivo ed è molto più importante di quanto, a prima vista, sembrerebbe nel segnalare non solo i risultati positivi ma anche gli eventi negativi. Solo la conoscenza di entrambi può consentire un reale miglioramento della pratica terapeutica.

Anna Ferrari

"Congressi"



Società Italiana Per lo Studio delle Cefalee

XVI Congresso Nazionale

"Cefalee ed età della vita"

Chieti, 12-15 Giugno 2002

Segreteria Organizzativa:

amcongressi@libero.it



European Headache Federation

6th Headache Congress

26-30 giugno 2002

Istanbul, Turchia

Informazioni:

www.6thehf.org



Eventi

• Il paziente emicranico è più a rischio di altri di sviluppare importanti patologie quali l'ipertensione e la depressione.

Di questi temi tratterà il Convegno organizzato dalla Accademia Romana del Mal di Testa il prossimo 8 giugno a Tivoli e che vedrà la partecipazione di alcuni tra i massimi esperti nazionali ed internazionali del settore.

Saranno presenti pazienti, ricercatori, specialisti, personaggi della cultura e del giornalismo. Il Convegno vedrà inoltre la premiazione del vincitore della II edizione del premio letterario *Cefalee in cerca di autore*, aperto a tutti i soggetti affetti da mal di testa •

"Il Libro"

"Storie di Mal di Testa"

a cura di G. Nappi, G. Sances, G. Sandrini
Edizioni Antares - Pavia



Il libro è stato pubblicato nell'ambito della manifestazione scientifico-culturale, rivolta a pazienti ed operatori sanitari del settore, "La Settimana della Cefalea - a headache break", che si è svolta a Pavia dal 10 al 16 marzo 2002. Nel volume sono contenuti i 3 racconti risultati vincitori al Concorso Letterario "Cefalee in cerca d'autore - I Edizione"; seguono alcuni interessanti articoli su *I primi testi italiani sulle cefalee*, *L'emicrania di Giorgio De Chirico*, *L'arte emicranica come strumento di studio dell'ispirazione artistica*, *Dall'ergot ai triptani: antiche terapie e farmaci innovativi per l'attacco emicranico*, *Le donne e il mal di testa. Storie di pazienti e i loro demoni, Il ruolo delle associazioni di pazienti*. Il libro, in formato pocket, risulta di facile e gradevole lettura anche per i non addetti ai lavori, avendo gli articoli, volutamente, un taglio divulgativo.

"Dalla Letteratura Internazionale"

(a cura di F. Granella)



Lamotrigina nel trattamento della sindrome SUNCT

La sindrome SUNCT (Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing) è una rara

forma di cefalea primaria, finora considerata incurabile. Le caratteristiche cliniche si manifestano con accessi pluri-quotidiani, brevi, di dolore severo, strettamente unilaterale, prevalentemente nel territorio della I branca del nervo trigemino; si associano iniezione congiuntivale e lacrimazione, omolaterali al dolore. Gli Autori hanno trattato 5 pazienti con dosi medio-basse (125-200 mg al di) di lamotrigina, ottenendo una remissione completa in 3 pazienti e una sostanziale riduzione (circa l'80%) della frequenza degli attacchi negli altri 2. Non si sono manifestati effetti collaterali. La lamotrigina sembra costituire il primo farmaco specifico per il trattamento della sindrome SUNCT.

G. D'Andrea, F. Granella, N. Ghiotto, G. Nappi; *Neurology* 2001;57:1723-5

Cefalee Today

- Bollettino di informazione bimestrale a cura della Fondazione CIRNA
- Organo ufficiale di Alleanza Cefalalgica (Al.Ce.)

Redattore Responsabile: Grazia Sances (Pavia)
Comitato Editoriale: Piero Barbanti (Roma); M. Gabriella Buzzi (Roma); Alfredo Costa (Pavia); Silvano Cristina (Pavia); Anna Ferrari (Modena); Natascia Ghiotto (Pavia); Alberto Proietti Cecchini (Pavia); Paolo Rossi (Roma); Cristina Tassorelli (Pavia); Paola Torelli (Parma)

Per informazioni: Alleanza Cefalalgica (Al.Ce.)
V.le C. Battisti, 17 - 27100 Pavia

Tel. 0382-380358
Fax. 0382-380369
E-mail: alcegroup@tin.it



NORME PER GLI AUTORI

Scopo della rivista

La rivista è interamente dedicata allo studio interdisciplinare delle sindromi cefalalgiche e dei disordini adattativi; essa pubblica contributi provenienti da cultori delle branche principali della medicina (medicina interna, neurologia, anesthesiologia, etc...) che si interessano al problema del dolore cefalico. L'obiettivo del giornale è quello di costituire un forum in cui idee e competenze diverse possano confrontarsi, nella convinzione che un aperto dialogo fra esperti di differenti discipline possa contribuire in modo sostanziale all'avanzamento delle conoscenze. La rivista ha periodicità trimestrale e contiene articoli originali, casi clinici di interesse e casi impossibili (ovvero storie cliniche di casi rari, complessi o comunque difficili da diagnosticare), rassegne, editoriali, note terapeutiche e storiche, informazioni sui congressi, recensioni librarie.

Norme per gli autori

La rivista pubblica articoli originali o su invito del Comitato Editoriale. I testi inviati devono essere inediti. 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 scientifica 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 Scientifica 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. I dattiloscritti dovranno essere inviati alla Segreteria Scientifica: dr.ssa Silvia Molinari, Direzione Scientifica, "Istituto Neurologico C. Mondino", via Palestro, 3 - 27100 Pavia. L'articolo deve essere inviato in triplice copia accompagnato da una lettera con gli estremi per poter contattare facilmente gli Autori. Alla versione cartacea andrà allegato un floppy disk contenente i seguenti files:

- il testo del manoscritto in formato Word versione per Windows;
- le tabelle in formato Word o Excel versione per Windows;
- i grafici in formato Power Point versione per Windows.

I successivi "revised" potranno essere inviati tramite fax (0382-380311) o, laddove possibile, per posta elettronica sempre nei formati sopra indicati (e-mail: confinia@mondino.it). Il testo non deve superare le 10 cartelle dattiloscritte (formato A4, doppio spazio, 30 righe per pagina, 60 caratteri); per i casi clinici la lunghezza massima è prevista in 5 cartelle. 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 in lingua inglese, il riassunto in lingua inglese della lunghezza massima di 10 righe e almeno tre Key Words sempre in lingua inglese. Il riassunto in lingua italiana è previsto alla fine dell'articolo prima della bibliografia insieme alle parole chiave in italiano. Gli articoli 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 - I grafici ed i disegni devono essere di qualità professionale; le fotografie devono essere inviate su copia cartacea o diapositiva. Sia per i disegni che per le fotografie devono essere inviate tre copie di cui una in originale; le restanti due copie possono essere fotocopie. Le figure devono essere numerate con numeri arabi; sul retro delle illustrazioni vanno riportati a matita il relativo numero progressivo, il nome del primo Autore e l'indicazione del lato superiore. Le didascalie delle figure devono essere scritte in ordine progressivo su un foglio separato; tutte le abbreviazioni ed i simboli che compaiono nelle figure devono essere adeguatamente spiegati nelle didascalie. Le figure 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: "... come recentemente riportato" (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:

- 1) tutti gli Autori eventualmente citati nel testo e nelle didascalie di tabelle/figure;
- 2) tutti gli Autori fino a un massimo di sei. Se sono in un numero superiore, riferire il nome dei primi tre seguiti dalla dicitura "et al.";
- 3) i titoli delle riviste abbreviati seguendo la convenzione in uso nell'Index Medicus (Medicine). I periodici non indicizzati da questo repertorio devono avere il titolo per esteso. Si invitano gli Autori ad attenersi ai seguenti esempi:

per riviste:

1) Anthony M, Hinterberger H, Lance JW. Plasma serotonin in migraine and stress. Arch Neurol 1967; 16:544-552.

Per libri:

- 2) Kudrow L. Cluster headache: mechanism and management. New York: Oxford University Press 1980; 1-18.
- 3) 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; 7:133-137.

Per abstract:

4) Caffarra P, Cammelli F, Scaglioni A et al. Emission tomography (SPECT) and dementia: a new approach. J Clin Exp Neuropsychol 1988; 3:313, abstract.