

# confinia cephalalgica

RIVISTA INTERDISCIPLINARE FONDATA DA GIUSEPPE NAPPI

2012;XXI(2)

**DIRETTORE RESPONSABILE**

Roberto Nappi

**DIRETTORE EDITORIALE**

Silvia Molinari

**DIREZIONE SCIENTIFICA**

Pier Giuseppe Milanese (Pavia)

**REDAZIONE**

IRCCS Fondazione “Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino” (Pavia)  
Tel.: +39.0382.380299 - Fax: +39.0382.380448 - E-mail: [confinia@mondino.it](mailto:confinia@mondino.it)

Confinia Cephalalgica è supportata dal Centro Italiano Ricerche Neurologiche Avanzate Onlus (Fondazione CIRNA Onlus), da University Consortium for Adaptive Disorders and Head pain (UCADH) e dall’Istituto C. Mondino.

Confinia Cephalalgica è indicizzata in EMBASE (Elsevier)

Registrazione del Tribunale di Milano N. 254 del 18 aprile 1992 - Periodicità Quadrimestrale

**SCOPO DELLA RIVISTA**

La rivista pubblica con periodicità quadrimestrale contributi teorici sperimentali di ricerche biomediche e in scienze umane a carattere multidisciplinare prioritariamente dedicati allo studio, diagnosi e cura delle cefalee e altri MAL DI TESTA nell’accezione più vasta di sindromi e manifestazioni dolorose complesse ai confini tra natura e cultura, tra mente e cervello, archetipi, comportamenti e stile di vita.

Il nuovo piano editoriale della rivista rispecchia, nella sua architettura, un’idea di “forum circolo”, “palestra costellazione” di ricerche e contributi che, a partire dal nucleo centrale delle cefalee e disturbi adattativi correlati, si sviluppa in cerchi di riflessione e approfondimenti sempre più ampi, che comprendono editoriali di interesse, saggi monografici, interviste con protagonisti della ricerca in neuroscienze, lavori originali e sezioni dedicate quali: neurofisiologia, neuroteoretica, scienze cognitive, neurogenetica, cybermedicina, arte emicranica, storia della medicina, sport e società, letteratura, medicina popolare.

**COMITATO DI CONSULENZA**

**Controllo del Dolore**

Giorgio Sandrini, Pavia

**Cybermedicina**

Paolo Rossi, Roma

**Differenze di Genere**

Rossella E. Nappi, Pavia

**Filosofia**

Ubaldo Nicola, Pavia

**Informatica medica**

Paolo Cristiani, Pavia

**Medicina Popolare, Tradizioni, Società**

Luigi M. Bianchini, Pesaro

**Medicina Complementare**

Daniele Bosone, Pavia

**Medicina Trascendentale**

Fulvio Pietramola

**Musicoterapia**

Roberto Aglieri, Pavia

**Neurogenetica**

Filippo M. Santorelli, Pisa

**Neuropolitica**

Stefano Colloca, Pavia

**Neuroscienze**

Cristina Tassorelli, Pavia

**Tra Oriente e Occidente**

Graziano Lissandrin, Pavia

**Storia e Diritti**

Dimitri de Rada, Pavia

**Storia della Medicina**

Paolo Mazzarello, Pavia

**Gruppo di interesse linguistico:**

Natalia L Arce Leal (Cordoba), Maria de Lourdes Figuerola (Buenos Aires), Calherine Wrenn (Pavia)

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

**Fondazione CIRNA ONLUS**

Editore

Sede Legale: Corso Mazzini, 3 - Pavia

Tel. 0382.539468 - Fax 0382.520070

e-mail: [cirna@cefalea.it](mailto:cirna@cefalea.it)

website: [www.cefalea.it](http://www.cefalea.it)

**Sito internet**

Pixeljuice snc - Genova

e-mail: [info@pixeljuice.it](mailto:info@pixeljuice.it)

website: [www.pixeljuice.it](http://www.pixeljuice.it)

**Progetto grafico di copertina:**

MIKIMOS, Pavia

## INDICE

### TRA NEUROSCIENZE E MONDO DELLE IDEE

**Stagioni della vita, stagioni dell'emicrania. L'emicrania tra passato, presente e futuro**

*G. Nappi*

**Progetto "Filosofi in corsia"**

*P.G. Milanesi, G. Sandrini*

### MEDICINA POPOLARE, TRADIZIONI, SOCIETÀ

**La favola ecologica**

*L.M. Bianchini*

**Due eroi attuali**

*L.M. Bianchini, F. Bianchini (a cura di)*

### DALLA LETTERATURA INTERNAZIONALE

**Abstracts di interesse**

*M. Allena, M. Viana (a cura di)*

**STAGIONI DELLA VITA, STAGIONI DELL'EMICRANIA.  
L'EMICRANIA TRA PASSATO, PRESENTE E FUTURO**

*Questo abstract si riferisce alla lettura che il prof. Giuseppe Nappi ha tenuto al congresso "Passio Corporis et animi: verso la sintesi"*

*Vietri sul Mare, 11-12 maggio 2012*

*Giuseppe Nappi*

IRCCS Fondazione Istituto Neurologico Nazionale Casimiro Mondino, Pavia & Università di Pavia -  
Università Sapienza di Roma



Secondo la mitologia classica Atena, simbolo della sapienza e del progresso, nacque dalla cefalea di Giove, per una sorta di “gravidanza cerebrale” del padre degli dei. Il racconto offre spunto per una analisi sui rapporti tra Cefalea e Civiltà e per una discussione sulle criticità dell’interconnessione tra architetture cerebrali e complessità del Mondo. In un crescendo di sollecitazioni sempre più accelerate, il cervello risponde con un aumento volumetrico e una differenziazione digitalica della struttura neurale (olosfera delle origini, aree corticali specializzate, lateralizzazione emisferica...). Secondo lo schema proposto anni fa da MacLean (1971), l’attuale struttura sarebbe la risultante di “tre cervelli” sovrapposti (*Triune Brain*): il cervello “rettile” sensori-motorio del “colpisci e/o fuggi” e del controllo delle funzioni viscerali elementari, il cervello “felino” delle grandi passioni, umoralità e conoscenza emozionale, il “terzo cervello” proprio dei Primati, sede nell’uomo dell’autocontrollo degli istinti primordiali, linguaggi, Logos, creatività, cultura. Nella storia infinita dell’evoluzione, noi ora dobbiamo presupporre che il modello, non potendosi esprimere in uno spazio fisico ormai saturato, si sia progressivamente evoluto in uno spazio virtuale/dominio superiore (“l’isola che non c’è”), alla ricerca di dimensioni evolutive più avanzate: **la coscienza**.

È così che possiamo cominciare a parlare di *Quadriune Brain* (**QUARTO CERVELLO**). In questo nuovo modello la coscienza viene pensata non più come emanazione metafisica pura di circuiti neuronali ipercomplessi, bensì come vera e propria espansione dell’encefalo in una spazialità comunicazionale. Si tratta, in effetti, di una corteccia virtuale (luogo di sintesi /attrattore quantico) che, operando in maniera integrata con il cervello reale, utilizza algoritmi digitalici di conversione (neuroquantistica/mondo dei *qualia*; dolore innocente/macchina semantica/emicrania quantica). E’ chiaro che noi ora ci stiamo muovendo tra le ombre di suggestioni al confine tra tesi metafisiche, fenomenologia clinica, ricerche di neuroscienze e neurofilosofia. Non è però priva di fondamenta l’ipotesi che gli attacchi di emicrania, unitamente ai disturbi comorbidi che l’accompagnano, siano scatenati da fattori ricorrenti di *default daily living*, attraverso processi da un lato di riduzione/azzeramento del prezioso equilibrio dei sistemi di adattamento alle turbolenze delle emozioni, dall’altro di elicitazione/rinforzo di funzioni nocicettive superiori (livelli di coscienza/scala del dolore; modello circolare di coscienza del dolore). Le dinamiche di interazioni tra la Persona e il Mondo (*milieu intèrieur*/habitat/modelli clanici/stile di vita) hanno subito indubbiamente nel tempo un aumento progressivo di richieste/sollecitazioni funzionali, mettendo alla prova i sistemi di organizzazione/

gestione dell'esperienza vissuta dalla linea *Homo* - da quando all'incirca due milioni di anni fa il cervello dell'*Homo habilis*, grande più o meno quanto un'arancia di Sorrento, cominciò a crescere fino alle dimensioni dell'encefalo dell'*Homo sapiens* di oggi!

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) Nappi G., Savoldi F. Appunti per una fenomenologia del dolore. In: Le cefalee. Sistema diagnostico e criteri di classificazione. Workshop Italiana Editrice, 1983
- 2) Kernick D. Migraine - new perspectives from chaos theory. *Cephalalgia* 2005; 25: 561-6
- 3) Nappi G. Le origini misteriose della coscienza: alla ricerca dei perduti déi. *Confinia Cephalalgica* 2006; 15 (1-2): 12-17, 53-60
- 4) Edelman G.M. *Seconda Natura*. Cortina, 2007
- 5) Kernick D., Goadsby P. *Headache*. OUP, 2009
- 6) Nappi G., Milanesi P.G. Innocent pain: the experience of pain in metaphysics, phenomenology and neurophilosophy, *Funct Neurol* 2009; 24(3):119-120
- 7) Arecchi F.T. Phenomenology of consciousness: from apprehension to judgement. *Nonlinear Dynamics, Psychology and Life Sciences* 2011; 15: 359-375
- 8) Novello M. *Qualcosa anziché il nulla*. Einaudi, 2011
- 9) Merighi L. (a cura di). *Cefalee e dolori dell'anima. Tra immagini e parole*. cirna@cefalea.it, 2011
- 10) Milanesi P.G. La nascita di Atena. *Cefalee sulle vie del cielo*. *Confinia Cephalalgica* 2012; 21(1): e-journal ([www.cefalea.it](http://www.cefalea.it))

*Corrispondenza*  
[giuseppe.nappi@mondino.it](mailto:giuseppe.nappi@mondino.it)

## PROGETTO “FILOSOFI IN CORSIA”

### *Come nasce la domanda filosofica in un contesto di trattamento del disagio esistenziale*

*Progetto di studio in sperimentazione presso*

*l'IRCCS Fondazione Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino (Pavia) e approvato dal Comitato Etico*

*Pier Giuseppe Milanese<sup>1</sup>, Giorgio Sandrini<sup>2</sup>*

Gruppo di Neuroteoretica, Pavia & Brain Connectivity Center, IRCCS Fondazione Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino, Pavia<sup>1</sup>; Dipartimento di Neurologia e Riabilitazione, IRCCS Fondazione Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino, Pavia & Università di Pavia<sup>2</sup>

### INTRODUZIONE

La clinica è una comunità che esprime una gamma di “situazioni limite” che rivestono un profondo significato esistenziale. Viene portato in primo piano il rapporto dell'uomo con la decadenza, la malattia e il proprio destino. E' il luogo dove le più profonde angosce si confondono con le più grandi speranze e dove le scelte assumono spesso aspetti drammatici e irreversibili. E' un territorio di frontiera dove le scelte diventano spesso tali da mettere in gioco il proprio stesso essere, o l'essere di un altro.



Con questo approccio vogliamo significare che la clinica non è solo il luogo in cui si incontrano le competenze più avanzate della medicina, ma è anche una dimensione in cui vengono evocate tematiche di assoluta rilevanza filosofica, per quando le riflessioni sull'uomo e sul suo destino, sul senso della vita, sul dolore, sulla morte e sulle grandi scelte appartengono storicamente (almeno nell'immaginario culturale) all'ambito di riflessione della filosofia.

Quindi, almeno in linea di principio, non dovremmo stupirci di incontrare tra le corsie di un ospedale, oltre al medico, anche il filosofo, come figura di riferimento, di ascolto e di consultazione per la gestione di quelle problematiche di natura etico-esistenziale che si incontrano numerose nella comunità terapeutica e che coinvolgono pazienti, operatori e famigliari.

La malattia non è una ferita che affligge solo un corpo, ma anche quello che il corpo rappresenta come strumento in cui si estrinseca il nostro essere nel mondo. La malattia, anche la più insignificante, è sempre una sofferenza totale. Questa sofferenza diventa ancora più universale nel caso di una malattia

che cambia la vita: la malattia *cronica*, le lesione che provoca uno stato di disabilità permanente. In questo caso si pone effettivamente il problema, nella persona colpita, di ricostruirsi una visione del mondo, di rimodellare la propria quotidianità, di ridisegnare gli orizzonti della propria esistenza. La persona, in questo caso, è chiamata a immaginare un mondo nuovo, alla cui costruzione vengono coinvolte tutte le risorse (intellettuali, emotive, volitive) della coscienza.

Nasce nell'uomo una immediata *domanda di senso* che richiede una risposta di tipo globale o assoluto in termini soggettivi. Di fronte a questa domanda è difficile non pensare alla filosofia come una risorsa in grado di offrire un apporto essenziale alla elaborazione di risposte adeguate.

La pratica di trattamento del disagio esistenziale in ambito filosofico si presenta come una ulteriore e più specifica applicazione della già sperimentata tecnica del *counseling filosofico*, che oggi costituisce

l'ambito principale di applicazione "pratica" della filosofia. La tecnica del *counseling* richiama, nelle sue tecniche fondamentali, l'arte "maieutica" socratica. Il filosofo, mediante il dialogo, l'interrogazione, la richiesta di definizione del senso di una parola, stimola l'interlocutore ad intraprendere un percorso più ampio di chiarificazione dei propri pensieri e sentimenti.

L'obiettivo è ricucire un quadro esistenziale per varie ragioni compromesso. L'interlocutore viene sollecitato a definire e a chiarificare i propri fondamenti etici, le proprie opinioni, le credenze, i principi e i valori. E' un "veder chiaro in se stessi" attraverso uno strumento potente come quello della analisi filosofica: una riflessione analitica che tende a rimuovere il pregiudizio, il luogo comune, le confusioni concettuali, le prese di posizioni acritiche, superando le criticità della vita mediante un ampliamento degli orizzonti esistenziali e delle proprie risorse cognitive.

Il progetto "filosofi in corsia" tende a trasferire queste tecniche di facilitazione maieutica in un contesto ospedaliero e in particolare all'interno di percorsi di riabilitazione e del trattamento del disagio post-traumatico.

### COME SI DISTINGUE UN INTERVENTO FILOSOFICO

Uno dei problemi che più frequentemente viene posto è come si deve caratterizzare un intervento di tipo "filosofico", per poterlo distinguere da altri tipi di intervento potenzialmente simili che già vengono messi in atto nel trattamento del disagio esistenziale, e che vedono coinvolti psicologi, psicanalisti, psichiatri.

Per cercare di delimitare sul piano concettuale questo confine, è opportuno partire da qualche esempio pratico, descrivendo sperimentazioni già avviate con successo. Citiamo a tal fine un progetto che per quanto riguarda gli obiettivi prefissati può essere preso come modello per meglio comprendere il significato di un supporto filosofico all'interno di un percorso terapeutico-riabilitativo.

L'esempio a cui ci riferiamo è descritto nei testi in bibliografia, e riguarda l'inserimento un esperimento della pratica del *counseling filosofico* in un programma statunitense di riabilitazione dei soldati reduci dalla guerra in Iraq.

La guerra ha un effetto devastante, non solo per chi la subisce, ma anche in chi la fa: nei reduci sono frequenti i disturbi da *stress* post traumatico con manifestazioni di ansia, disturbi del sonno, spesso alcolismo.

Il percorso riabilitativo "canonico" comportava una serie di interventi di *routine* da parte di psicologi e neuropsichiatri ecc. Però si è visto che questo non era sufficiente, perché il reduce rielaborava anche domande e questioni di tipo etico, che esigevano risposte affrontabili con strumenti intellettuali e culturali adeguati. L'esperienza traumatica vissuta stimolava ambiti di riflessione in cui venivano chiamati in causa i valori e i propri parametri di orientamento nel mondo.

E' giusto fare una guerra? La guerra a cui ho partecipato era una guerra giusta? Che cosa significa una guerra "giusta"? Ho fatto bene ad entrare nell'esercito sapendo che un giorno sarei stato chiamato ad uccidere? Ecco alcune domande (esemplificative) che la persona chiamata a confrontarsi con il proprio vissuto e con problematiche afferenti alla sfera etica, ideale e "metafisica", ossia alle sfere che più profondamente caratterizza l'essere umano.

Sono domande e aspirazioni che, proprio a ragione della loro natura "metafisica", non trovano il loro giusto ambito di trattamento in contesti di tipo psicologico, psicanalitico, neuroscientifico ecc. Quando si tratta di cercare delle ragioni, di interrogare sul "senso" è necessario intraprendere un *percorso* di chiarificazione di tipo etico e culturale che coinvolge una riflessione sui valori, sulle aspirazioni e sulle prospettive, sulle proprie coerenze interiori, utilizzando e potenziando a tal fine le opportune risorse concettuali in grado di affrontare problemi di coscienza.

E' stato rilevato (come ad esempio è stato rilevato anche in altri contesti di trattamento del disagio esistenziale) che la richiesta di un approfondimento di tipo filosofico nasceva proprio dalla persona stessa, come desiderio di sapere, di conoscere, di ampliare gli orizzonti della propria coscienza, razionalizzando e armonizzando le proprie esperienze.

L'intervento tendeva ad indurre l'interlocutore a rappresentarsi le proprie problematiche etico-esistenziali

all'interno di *un quadro narrativo di tipo filosofico*. Nel caso citato di un trauma provocato dall'esperienza vissuta della guerra, è possibile convertire ed iscrivere problematiche estratte dal vissuto individuale in problematiche di tipo filosofico, discutendo sul problema della guerra, sulle sue cause storiche, sul pacifismo ecc. confrontandosi, in questo percorso di chiarificazione del proprio disagio intellettuale, anche col pensiero di grandi autori.

Gli stessi pazienti dichiaravano di trarre un tangibile beneficio dai colloqui filosofici, al punto da non sentire il bisogno di ulteriori aiuti di tipo psicologico. Si deve considerare che il dialogo filosofico non è una "cura", non è una "terapia", se per terapia si intende un intervento mirato, che parte da una diagnosi e che ha un inizio e una fine. Il percorso filosofico non parte da una diagnosi ed è un cammino tendenzialmente *infinito*: il percorso filosofico è un percorso continuo, una continua costruzione di sé.

#### RAPPORTO TRA FEDE RELIGIOSA E RAPPORTO FILOSOFICO

Una seconda importante e delicata questione che si deve considerare per definire l'ambito e la natura di un intervento di tipo "filosofico" in un contesto di trattamento del disagio esistenziale e di "ricerca del senso" è legata alla gestione del rapporto tra fede religiosa e ragione filosofica.

Soprattutto di fronte agli eventi drammatici (o critici) della vita, la fede e il trasporto religioso diventano per molte persone un supporto essenziale. Si è dunque posto il problema se un approccio di tipo filosofico, con il suo appello prevalente alla razionalità, non finisca con ledere o incrinare una risorsa preziosa per persona (la fede) – e se pertanto non possa, tale intervento, entrare in conflitto con le convinzioni religiose o ideologiche del paziente.

In ogni caso va sottolineato che il dialogo filosofico non intende inculcare dottrine o principi, bensì deve tendere a potenziare quelle risorse che sono già *presenti* nella persona. Il supporto filosofico deve essere concepito come una trasposizione in quadro filosofico di quelle *positività* che la persona già possiede sul piano spirituale.

In linea di principio sarà anche facile trovare momenti di affinità e sbocchi intellettuali tra religioni e filosofie. Le religioni sono comunque ... filosofie, o in ogni caso posseggono al loro interno dei principi che ritroviamo pari pari sviluppati ed enunciati in forma filosofica. La filosofia, nel corso della sua storia, ha spesso rappresentato un momento di rafforzamento e di conferma di istanze di natura religiosa, come possiamo osservare ad esempio nell'opera di Agostino o nel *De Consolatione Philosophiae* di Severino Boezio.

Anche i principi etici che sono imposti dalla ragione, come l'imperativo categorico di Kant, non sono in conflitto con i precetti comuni alle religioni. Il lavoro del filosofo di fronte ad un interlocutore pervaso da profondo sentimento religioso è individuare in prima istanza i punti comuni (etici ed esistenziali) che connettono i principi religiosi ad analoghi principi enunciati nella letteratura filosofica. L'interlocutore viene così condotto in un percorso di approfondimento della propria spiritualità, con effetti benefici in termini di ampliamento dei propri orizzonti di coscienza.

#### IL PROGETTO ALLA FONDAZIONE ISTITUTO NEUROLOGICO NAZIONALE C. MONDINO

Il progetto è stato studiato in collaborazione con il prof. Pier Giuseppe Milanesi, dottore in Filosofia. Responsabile scientifico del progetto è il prof. Giorgio Sandrini, Direttore del Dipartimento di Neurologia e Riabilitazione dell'IRCCS C. Mondino di Pavia.

Nella sua fase iniziale (sperimentale) sarà anche possibile avvalersi, qualora lo si ritenesse opportuno, della consulenza di un esperto con funzioni di supervisione, monitoraggio, e verifica dei risultati del progetto.

#### Obiettivi

Aiutare la persona a potenziare i propri strumenti cognitivi e di analisi per affrontare problematiche di natura etica, esistenziale, ideale, sociale, di ricostruzione della visione del mondo (e del proprio essere-

nel-mondo) in un quadro di vita compromesso dalla malattia. All'interno di una più ampia gamma di teorizzazioni e di applicazioni pratiche già in atto, il progetto "Filosofi in corsia" presso l'IRCCS Mondino si propone anche come laboratorio sperimentale e di *perfezionamento* delle pratiche di supporto filosofico al disagio esistenziale che già sono state avviate in tal senso in ambiente ospedaliero. La prospettiva è dunque anche quella di mettere a punto modalità di interventi ad hoc per la clinica, aventi caratteristiche specifiche rispetto al più vasto ambito del *counseling* filosofico.

### **Destinatari**

Pazienti affetti da patologie che non comportino debilitazione/compromissione delle capacità cognitive. L'idoneità alla partecipazione viene valutata dal coordinatore dell'equipe terapeutica. La partecipazione al ciclo di colloqui di ri-orientamento esistenziale è facoltativa e gratuita e implica l'accettazione tramite la dichiarazione di consenso.

### **Modalità dell'intervento**

Colloqui di esplorazione/approfondimento di problematiche di significato etico-esistenziale connesse al vissuto della malattia. Si parte con una ipotesi di sperimentazione della durata di 3-5 mesi con un numero limitato di casi. Potranno essere sperimentate sia sedute collettive che individuali. Nel primo caso si propongono sedute/corsi interattive/i con piccoli gruppi di pazienti selezionati (4-5). La durata della seduta (mediamente 1 ora) può variare a seconda delle circostanze che si vengono a creare nel corso della seduta. Il numero delle sedute è proporzionale al numero dei pazienti componenti il gruppo. In via teorica si può pensare di "dedicare" una seduta ad ogni paziente – nel senso che nelle varie sedute possono essere discusse e approfondite prevalentemente problematiche o "domande" esposte a *turno* dai singoli pazienti. In questo caso però i pazienti devono rendersi disponibili a discutere collettivamente le proprie problematiche esistenziali. Il lavoro su piccoli gruppi costituisce una forma di mediazione tra la necessità di un intervento quanto più individualizzato e le esigenze di tipo organizzativo/istituzionale che, in una fase iniziale, non consentono di allestire interventi unicamente di tipo individualizzato. Le sedute collettive sono precedute da un colloquio individuale, conoscitivo e preparatorio svolto dall'operatore. Tale colloquio è anche utile per potere creare dei gruppi quanto più omogenei sulla base di parametri stabiliti dall'equipe. Nel caso di sedute individuali, comunque prevedibili nell'ambito di un progetto che si prefigge anche obiettivi di ricerca, di studio, di sperimentazione e di perfezionamento delle modalità di inserimento della filosofia nei percorsi terapeutici ospedalieri, le tecniche di intervento non si differenzieranno sostanzialmente da quelle adottate nelle interazioni/conversazioni di gruppo. E' necessario ribadire che le modalità di interazione del *counseling* filosofico, metodo di base da cui si sviluppano anche gli interventi di *counseling* ospedaliero, sono ormai tecniche consolidate, con obiettivi propri, e non sostituiscono, bensì integrano, altri tipi di intervento di tipo psicoterapeutico, psicanalitico ecc. Quindi la seduta individuale non può trasformarsi o confondersi con una seduta di tipo psicanalitico o psicoterapeutico. L'ammissione ad un ciclo di colloqui di tipo individuale, sarà autorizzata dal responsabile del progetto, sulla base di criteri di valutazione e di opportunità compatibili con il percorso terapeutico del paziente, tenendo anche conto della volontà e della personalità del soggetto che ha richiesto il servizio. Si prevede una prima fase di sperimentazione della durata di 3 mesi seguita da una fase di analisi e valutazione critica dei risultati, da parte dell'equipe, anche con il supporto eventuale di esperti, in vista di una prospettiva di perfezionamento e/o ampliamento degli interventi. In questa fase di sperimentazione e di affinamento delle pratiche sono anche previsti momenti di verifica, di monitoraggio e di riflessione teorica sul lavoro svolto.

Pertanto il progetto, nella sua fase sperimentale, sarà anche supportato da iniziative collaterali che prevedono il confronto con altri progetti simili che si svolgono presso altri ospedali, con incontri, conferenze, scambi di materiali e di esperienze.

### *Tecniche utilizzate*

Gli strumenti di intervento sono quelli propri del dialogo tendente alla rappresentazione, alla descrizione e al trasferimento del disagio esistenziale in un contesto narrativo, di riflessione e chiarificazione mediate

dal linguaggio della filosofia. Le tecniche di base sono quelle già codificate nella pratica del counseling filosofico (a titolo esemplificativo si veda l'articolo Caso, speranza, distacco di Roberto Mazza pubblicato sulla Rivista di Counseling Filosofico nel quale viene riportato un esempio di seduta di counseling di un paziente affetto da sclerosi multipla).

### Operatori

Personale con laurea in filosofia con competenze ed esperienze nel campo delle applicazioni pratiche della filosofia. E' possibile prevedere, in questa fase sperimentale, l'apporto di un consulente esperto con funzioni di supervisione e monitoraggio del progetto da affiancare agli operatori.

### BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

#### *Tecniche di impiego della filosofia nel trattamento del disagio esistenziale*

Fitz-Gibbon A., Russell K. Cases Studies from Research at SUNY Cortland. Philosophical Practice 2009;4,3:502-518

#### *Descrizione di progetti di inserimento della filosofia in ospedali italiani*

Nava L. Clinica socratica. Il counseling filosofico quale filosofia pratica della medicina. Rivista Italiana di Counseling Filosofico 2009;5:20-50

Arreghini L. Il counseling filosofico in ospedale: l'accompagnamento filosofico. Rivista Italiana di Counseling Filosofico 2009;5:52-64

#### *Descrizione di un progetto di formazione filosofico-linguistica del personale paramedico tendente alla ottimizzazione del rapporto con i pazienti*

Kettunen T., Poskiparta M., Liimatainen L. Empowering counselling - a case study: a nurse-patient encounter in a hospital. Health education research 2001;16(2):127-238

#### *Esempio di seduta di counseling filosofico di un paziente affetto da sclerosi multipla*

Mazza R. Caso, speranza, distacco. Rivista Italiana di Counseling Filosofico 2009;5:181-230

Corrispondenza  
[pimila@tiscali.it](mailto:pimila@tiscali.it)

### APPENDICE

### FOGLIO INFORMATIVO E DICHIARAZIONE DI CONSENSO

L'IRCCS Fondazione Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino ha attivato uno sportello di ascolto e di supporto filosofico-culturale al percorso terapeutico, riservato ai pazienti designati.

#### *Tipo di intervento*

Il tipo di intervento consiste in incontri di dialogo e approfondimento sulle problematiche di natura spirituale, personale ed esistenziale sorte dalla necessità di convivere con la malattia. L'analisi e la discussione di queste problematiche sarà condotta in modo interattivo con lo strumento del dialogo costruttivo, sotto la guida di un filosofo esperto. L'esperto assolve una funzione di guida, di mediazione, di facilitazione e di impostazione di un colloquio che tende a far emergere e potenziare le risorse spirituali e cognitive del paziente. Non è compito dell'esperto in alcun modo di imporre teorie filosofiche o propri personali punti di vista. Durante gli incontri non saranno effettuate cure mediche, né psicologiche, né tanto meno ristrutturazioni della personalità o diagnosi, come non saranno somministrati test psicologici riservati alla professione dello psicologo. Si ribadisce che gli incontri non hanno finalità terapeutiche, di cura o diagnosi riservati allo psicologo, allo psicoterapeuta, al medico generico o allo psichiatra. L'intervento avverrà a titolo gratuito e nulla dovrà essere corrisposto dal paziente all'operatore o alla clinica.

*In che cosa consiste l'intervento?*

Il rapporto del paziente con il filosofo consiste in una serie di colloqui che tendono a portare alla luce, ad esplorare, attraverso il dialogo filosofico, quelle risorse intellettuali che consentono alla persona di chiarire "autonomamente" i propri pensieri, di analizzare le proprie emozioni cercando di dissipare quelle negative, di ampliare le proprie prospettive, di modificare e migliorare la propria visione del mondo, di recuperare i mezzi per potere effettuare con sicurezza le proprie scelte in modo coerente con il proprio modo di sentire e di essere.

N.B. Nel corso dei colloqui non verranno in alcun modo inculcate, imposte o indotte, da parte dell'operatore, dottrine filosofiche, religiose, oppure particolari e personali concezioni e visioni del mondo dell'operatore. Parimenti non saranno attuati interventi e indagini riconducibili ad ambiti disciplinari di tipo medico, psicologico, psicoterapeutico, psicanalitico ecc.

*Quali sono i benefici che sarà possibile ricavare?*

Lo scopo dell'intervento tende a fornire strumenti per affrontare e superare il proprio disagio esistenziale, attraverso un potenzialmente delle proprie risorse spirituali e cognitive. L'appello alle risorse della spiritualità si è dimostrato in tutti i casi come una risorsa naturale benefica in grado di influire positivamente su tutti i processi organici e perciò come uno dei presupposti per tutelare il proprio stato di salute.

*Come si svolgerà l'intervento?*

Il paziente è assolutamente libero di aderire o di non aderire al servizio di supporto filosofico-etico-esistenziale offerto dalla clinica. La richiesta di adesione dovrà essere in ogni caso sottoposta e valutata dalla equipe terapeutica. La non adesione o la non ammissione al servizio non pregiudicherà e non modificherà in nulla il percorso terapeutico intrapreso. Una volta accettata la richiesta di ammissione, il paziente affronterà la prima seduta/incontro con un colloquio individuale. Il colloquio individuale costituisce un momento preparatorio per potere accedere alle sedute successive, le quali si svolgeranno o sul piano individuale, o preferibilmente con piccoli gruppi omogenei di pazienti.

In questo caso il paziente deve rendersi disponibile a condividere con altri pazienti partecipanti alle sedute le proprie problematiche personali in un gioco interattivo a cui partecipano più soggetti. La durata di ogni incontro è mediamente di un'ora, con frequenza settimanale. Il numero degli incontri è fissato mediamente in 4. Al termine del ciclo di incontri sarà sottoposto ai partecipanti un questionario (anonimo) utile a valutare i risultati conseguiti e il grado di soddisfazione dei partecipanti.

Mi dichiaro informato/a che gli incontri con il dr. (nome, cognome e codice fiscale del filosofo operatore), si configurano in un rapporto di tipo consultivo, fondato esclusivamente sulla relazione interpersonale.

Sono consapevole che qualora il dr. (nome e cognome del filosofo operatore), rilevasse la necessità di un intervento più specifico per la mia persona mi indirizzerà a figure professionali di riferimento specifiche.

Inoltre, consapevole che i miei dati personali e ogni tipo di informazione sulla mia persona verrà trattata secondo quanto previsto dal D.Lgs. 30.6.2003, n.196.

Il sottoscritto .....autorizza il trattamento dei dati relativi alla mia persona nel rispetto della normativa vigente sulla privacy (in allegato).

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## LA FAVOLA ECOLOGICA

*Questo scritto si ispira all'intervento introduttivo "Non c'è due senza tre" che l'autore ha presentato alla 3° edizione del convegno "Antropologandotrè" (Aula Consiliare Provincia di Pesaro e Urbino, 25 giugno 2011)*

*Luigi Maria Bianchini*

UOC Neurologia, A.O. OORR Marche Nord, Dipartimento Ospedaliero San Salvatore, Pesaro



Raccontiamole ancora le favole, è già quasi tutto favola e tra poco tutto sarà favola, anche quello che ora è ancora realtà. La Terra, ormai è un pianeta virtuale.

L'impovertimento di specie vegetali e animali, ognuno con una sua propria collocazione e funzione nell'ambiente e nella catene alimentare.

Le catastrofi naturali, cosiddette, e l'estinzione di specie vegetali sono sempre esistite, in modo naturale, per i mutamenti climatici, quali le glaciazioni o il scioglimento dei ghiacci, nel corso dei millenni.

La favola invece sta per finire e le specie animali e vegetali si estinguono con una frequenza e rapidità unica, non naturalmente, tutt'altro che naturalmente, ma guidate, consciamente o inconsciamente, dalla stupidità dell'uomo, ancora convinto, per una favola che si racconta da milioni d'anni, ancora convinto d'essere superiore agli altri esseri, di poterli piegare alle sue idiozie, di poterne fare a meno, perché nulla è importante come lui.

Non fa più parte della Natura, che ormai è completamente al suo servizio e di cui può disporre a suo piacimento.

E poi, quanto sono più belle, più comode, più moderne le autostrade, senza la terra e la polvere che ci sporcano le scarpe e i pantaloni.

Cosa m'importa a me della natura, delle foreste nostrane e, tantomeno, di quelle remote africane o amazzoniche, delle foche, delle balene?

Siamo sicuri che ci siano? Qui fuori non ne ho vista nessuna. Se fossero indispensabili, ce ne sarebbero a ogni angolo, come i negozi delle varie marche di telefonini cellulari!

Io non le vedo, se non nei documentari, e lì sono molte, che vuoi che sia una di più, una di meno?

Trasformate in borse, in pellicce, invece, le vedo e sono belle. Meglio così che, inutili e immobili, a prendere il sole sulla riva ghiacciata d'un mare troppo lontano e poco probabile. E poi, da lì a qui, cosa sposta levarne una o due o tre?

Le emissioni dei gas, l'anidride carbonica, ecc. fanno surriscaldare la crosta terrestre. Ma anche questa è una favola che ci raccontano. Sotto gli alberi del parco, con una bibita in mano, c'è tanto fresco!

O in casa, con i condizionatori d'aria, raggiungiamo temperature polari, mentre fuori si schiatta dal caldo e, al caldo che c'è già fuori, aggiungiamo quello che buttiamo da dentro.

Ma non dobbiamo preoccuparci, la tecnologia ci consente di continuare a vivere la nostra favola, sospesa tra la realtà, sempre più negletta e dimenticata e le evidenze campate in aria che ci propina in continuazione la pubblicità, il convincimento occulto martellante, senza sosta, in un inesauribile girone dantesco di forsennati, condannati a non alzare il capo e a non vedere e conoscere quanto li circonda.

Condannati a correre sempre di più, tutti presi dalla velocità, dall'efficacia tecnologica, dal prevalere e

prevaricare gli altri.

Non ci sono limiti, confini, regole. Le cose non devono essere verosimili, sono e basta. Qui, gli asini volano! E ciò non meraviglia nessuno. Ci si può, ci si deve credere. Questa è la realtà, non si può non credere alle favole belle che ci raccontano dalla mattina alla sera coloro che pensano sempre a noi, che ci vogliono bene e vogliono solamente il nostro bene e in continuazione si superano con nuovi marchingegni perché possiamo sempre più e sempre più essere compiutamente felici. E' un'irreale realtà fantastica, possibile al di là del possibile, senza coordinate e punti di riferimento che non siano concorrenziali.

E' come con i politici. Anche loro hanno molta fantasia! Ma questa è un'altra dimensione.

Riprendiamo a parlare di favole e dei loro significati più reconditi. Cerchiamo di capire ancora se e quali differenze ci siano tra le varie popolazioni sotto le varie latitudini. Che immagini ne possiamo ricavare dalla letteratura e, ancora, dalle interpretazioni psicologiche e da quelle antropologiche.

Si può, come s'era detto già lo scorso anno, parlare attraverso le favole e comunicare esperienze, passioni, significati nascosti, paure, aspirazioni, desideri mai confessati, forse anche non confessabili, non ammessi e non confessati nemmeno a noi stessi.

Ancora, la favola può assumere l'aspetto d'un momento comunicativo, espressione delle tensioni interiori, ma anche di analisi psicologica, d'indagine, di cartina al tornasole dei comportamenti umani, significato ancestrale dell'Uomo, ma espressione caratteristica, significativa e particolare, unica specificatamente di alcuni popoli, alfine, ma purtuttavia a tutti comune.

*Corrispondenza*  
[Imbianchini@libero.it](mailto:Imbianchini@libero.it)

**DUE EROI ATTUALI**

*Elaborato in memoria dei magistrati Giovanni Falcone e Paolo Borsellino  
Classe II C, Istituto Comprensivo Falcone e Borsellino, Roma*

*A cura di Luigi Maria Bianchini<sup>1</sup>, Fausta Bianchini<sup>2</sup>*

UOC Neurologia, A.O. OORR Marche Nord, Dipartimento Ospedaliero San Salvatore, Pesaro<sup>1</sup>, Istituto Comprensivo Falcone e Borsellino, Roma<sup>2</sup>



Per ricordare Falcone e Borsellino, ci è sembrato che nulla fosse più attuale e che nulla potesse esprimere meglio di questi versi, di un poeta greco del V secolo a. C., la deferenza e il rispetto per gli eroi morti per la Patria, il cui ricordo il tempo non cancella.

Simonide di Ceo, nella poesia che leggeremo, descrive il sacrificio dei trecento giovani spartani alla battaglia delle Termopili.

Per la prima volta, le rivali Atene e Sparta si erano alleate contro il nemico comune, la Persia, militarmente più forte.

Il re di Sparta Leonida, al comando delle truppe, pose lo sbarramento al passo delle Termopili, ma un traditore guidò

di notte i Persiani attraverso un passaggio poco noto, consentendo loro di aggirare le posizioni spartane. Leonida e i suoi uomini preferirono morire piuttosto che accettare la resa.

Giovanni Falcone e Paolo Borsellino, due coraggiosi magistrati italiani, erano anche loro in guerra, non contro un nemico straniero ma contro altri italiani nemici dell'Italia.

Anche loro, nella strenua difesa della libertà, hanno visto imminente il pericolo di morte, ma non sono arretrati d'un passo entrando nell'Empireo degli Eroi.

Consci della prossima fine, hanno proseguito il loro delicato e rischioso lavoro e sono stati colpiti l'uno dopo l'altro, a breve distanza di tempo, ben sapendo a cosa andavano incontro, tanto che, dopo la morte di Giovanni, Paolo dirà serenamente "Adesso tocca a me".

Frammento in onore dei morti alle Termopili  
Simonide di Ceo, V sec. a. C.

DI QUELLI CHE CADDERO ALLE TERMOPILI,  
FAMOSA E' LA VENTURA,  
BELLA LA SORTE.  
E LA TOMBA UN'ARA,  
AD ESSI MEMORIA E NON LAMENTI  
ED ELOGIO IL COMPIANTO.  
NON MUSCHIO  
NE' IL TEMPO CHE DEVASTA OGNI COSA  
POTRA' SU QUESTA MORTE.  
CON GLI EROI, SOTTO LA STESSA PIETRA,  
ABITA ORA LA GLORIA DELLA GRECIA.

Corrispondenza  
[lbianchini@libero.it](mailto:lbianchini@libero.it)

## DALLA LETTERATURA INTERNAZIONALE

## Abstracts di Interesse

*A cura di Marta Allena, Michele Viana*

**Neurostimulation therapies for primary headaches disorders: present and future**

*Neurostimolazione come terapie per i disordini della cefalea primaria; presente e futuro*

*Magis D., Jensen R., Schoenen J.*

L'utilizzo di stimolazioni elettriche per le sindromi dolorose acute o croniche sembra essere noto sin dai tempi dell'imperatore romano Tiberio Claudio Cesare Augusto, nel primo secolo a.C, quando il suo medico personale, Scribonio Largo, trattava la lombalgia con il pesce elettroforo Torpedo Marmolata.

Più recentemente sono stati fatti numerosi progressi nel campo della neurostimolazione e le tecniche sono oggi divenute più accurate e meno invasive. Nel campo delle cefalee, la neurostimolazione è stata inizialmente utilizzata in pazienti refrattari alle usuali terapie farmacologiche mentre oggi viene proposta come un'alternativa al trattamento acuto o di profilassi in pazienti meno gravemente affetti quando le terapie convenzionali risultino poco efficaci o associate a fastidiosi effetti collaterali.

Dopo aver escluso tecniche per le quali le evidenze di efficacia sono limitate (come la stimolazione del nervo vago o del nervo sopraorbitario), in questo articolo viene proposta una prima revisione della letteratura su due procedure di neurostimolazione ormai ben conosciute per le cefalee: la stimolazione cerebrale profonda (DBS, Deep Brain Stimulation) e la stimolazione del nervo grande occipitale (ONS).

La DBS a livello ipotalamico è stata provata, al momento, solo nella terapia di prevenzione nelle cefalee trigemino-autonomiche, ed in particolare nella cefalea a grappolo cronica e resistente.

La percentuale di successo globale, calcolata su studi in aperto e condotti senza braccio di controllo, è pari al 60%. Tuttavia, un recente studio randomizzato (stimolazione placebo vs stimolazione attiva) non ha evidenziato alcuna differenza significativa tra i due gruppi.

Anche la stimolazione del nervo grande occipitale (ONS) è stata utilizzata, per la prima volta nel 2007, in pazienti affetti da cefalea a grappolo cronica e resistente, risultando il trattamento di prima scelta in questa cefalea disabilitante a causa della sua minore invasività e del suo miglior profilo di sicurezza. Recentemente la sua efficacia è stata confermata su una più ampia coorte di pazienti mentre il gruppo di Liegi in Belgio (Schoenen et al.) ha riportato, su un periodo di osservazione più lungo, sino a 5 anni, una riduzione marcata della frequenza delle crisi di cefalea a grappolo nel 80% dei casi e per il 60% dei pazienti anche un prolungato periodo di assenza di dolore dopo l'impianto.

L'ONS ha dato risultati incoraggianti anche nel trattamento dell'emicrania cronica, dimostrando un chiaro miglioramento nel 50% dei soggetti impiantati. Studi più recenti e su più ampie popolazioni di pazienti sembrano confermare questi positivi risultati.

Nella revisione, vengono successivamente analizzate altre tecniche di neurostimolazione più emergenti, come la stimolazione del ganglio sfenopalatino e la stimolazione magnetica transcranica (TMS) e la stimolazione transcranica a correnti dirette (tCDS).

La prima, basata sull'ipotesi di un coinvolgimento del ganglio sfenopalatino nella fisiopatologia della cefalea a grappolo tramite sue connessioni con anche il sistema trigeminovascolare, è stata applicata sia per il trattamento acuto che di profilassi di questa patologia. Nel primo caso, la stimolazione del ganglio sfenopalatino (per 1-3 minuti), condotta su 5 pazienti affetti da cefalea a grappolo, ha indotto una risoluzione completa del dolore in 11 attacchi e pari al 50% in altri 4 attacchi. In uno studio multicentrico, invece, è stato impiantato chirurgicamente un microstimolatore a livello della fossa pterigopalatina da attivare durante la fase attiva della cefalea a grappolo. Lo studio è attualmente in corso, ma su 6 dei 12 pazienti arruolati e che hanno completato la prima fase di titolazione, tre hanno sperimentato una risoluzione del dolore nel 100% delle crisi e per 5 di essi si è ottenuta anche una riduzione del 50% della frequenza degli attacchi, suggerendo un possibile effetto preventivo della stimolazione.

L'impianto di un microstimolatore nel ganglio sfenopalatino è stato proposto anche nell'emicrania cronica resistente e sta prendendo l'avvio uno studio multicentrico per valutarne l'efficacia.

La stimolazione magnetica transcranica (TMS) e la stimolazione transcranica a correnti dirette (tDCS) sono, invece, metodologie non invasive in grado di modulare transitoriamente l'eccitabilità della corteccia cerebrale sottostante al punto di stimolazione.

La TMS è stata utilizzata con buoni risultati nel trattamento degli attacchi di emicrania con aura in quanto potenzialmente capace di inibire, attraverso la stimolazione sulla corteccia cerebrale occipitale, la ormai nota "cortical spreading depression" (che è il fenomeno alla base dell'aura emicranica).

L'effetto della tDCS è, invece, stato recentemente studiato sul processo nocicettivo attraverso registrazioni elettrofisiologiche in soggetti sani utilizzando il riflesso trigeminale nocicettivo-specifico (il nocicettivo blink rflex). La sua applicazione nella profilassi dell'emicrania ad elevata frequenza è alla base di un recente studio ma i risultati sono ancora poco concordi e l'effetto della stimolazione placebo sembrerebbe essere troppo preponderante.

Le neurostimolazioni stanno dando promettenti risultati nel campo delle cefalee ed offrono una alternativa al trattamento farmacologico. Tranne la DBS a livello ipotalamico, queste tecniche sono spesso minimamente o non invasive, con un buon profilo di sicurezza. Tuttavia, sono ancora scarsi sia studi controllati verso stimolazioni placebo che studi su larga scala, ed ulteriori ricerche sono necessarie per stabilire i reali benefici, la modalità di azione, e gli aspetti farmacoeconomici della neurostimolazione.

*Curr Opin Neurol 2012;25(3):269-76*

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Neurostimulation%20therapies%20for%20primary%20headaches%20disorders%3A%20present%20and%20future>

### **Treatment-Resistant Medication Overuse Headache Can Be Cured**

*La cefalea da uso eccessivo di farmaci resistente ai trattamenti può essere curata*

*Munksgaard S.B., Bendtsen L., Jensen R.H.*

La cefalea da abuso di farmaci o Medication Overuse Headache (MOH) è una condizione estremamente comune (è la terza cefalea per frequenza ed affligge tra l'1 e il 2% della popolazione generale), disabilitante e con un elevato impatto economico sulla società. La gestione dell'MOH è difficoltosa ed è caratterizzata da alti tassi di insuccesso terapeutico, sia per la scarsa efficacia delle terapie, sia per le ricadute dei pazienti dopo un iniziale periodo di beneficio. Inoltre molti dei pazienti che non hanno beneficiato dai trattamenti specifici vengono poi esclusi da nuovi studi, lasciando nella letteratura scientifica un vuoto di evidenze e indicazioni rispetto a come comportarsi con tali soggetti.

Gli autori di questo lavoro hanno voluto valutare con uno studio in aperto l'efficacia a lungo termine di un programma di terapia strutturato e multidisciplinare in pazienti con MOH che sono stati precedentemente trattati specificamente per MOH senza successo.

Sono stati reclutati 98 pazienti riferiti al Centro Cefalee della Danimarca, portatori di una diagnosi di MOH che avevano ricevuto precedentemente senza successo un trattamento per la loro condizione. I pazienti venivano visitati a cadenze strette e programmate (a -28 giorni, - 4 giorni, +2 mesi, + 4 mesi e + 12 mesi rispetto all'inizio del programma di detossificazione) e valutati con approccio multidisciplinare da un team di medici, fisioterapisti, psicologi e infermieri, tutti esperti di cefalee.

Dei 98 pazienti arruolati, 86 hanno completato lo studio. Il numero di pazienti che hanno risposto alla terapia è risultato più alto e il numero di ricadute più basso rispetto a quanto descritto nella maggior parte degli studi precedenti. Infatti al controllo a 12 mesi, l'82.6% dei pazienti non presentava più abuso, il 48.8% ha presentato una riduzione dei giorni di cefalea superiore al 50% e il 60.5% dei pazienti non presentava più una cefalea cronica. Un altro dato importante ed in contrasto con le precedenti evidenze è che il numero dei responders raddoppiava tra nel periodo compreso tra il controllo a 2 mesi e quello dopo un anno. Tale dato è molto importante perché propone evidenze in grado di motivare i pazienti e sostenerli ad una aderenza a lungo termine al programma proposto dai medici.

In conclusione questo studio dimostra che anche pazienti con MOH che erano considerati resistenti ad almeno un pregresso trattamento specifico possono ottenere importanti benefici da un programma specifico caratterizzato da un trattamento multidisciplinare e uno stretto follow-up clinico.

*Headache* 2012;52:1120-1129

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22724425>

**NORME PER GLI AUTORI**

La rivista pubblica articoli originali proposti direttamente dagli autori o su invito del Comitato di Consulenza. I testi devono essere inediti o in caso contrario si possono pubblicare con le dovute autorizzazioni.

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

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

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

Il materiale dovrà essere inviato alla redazione al seguente indirizzo e-mail: [confinia@mondino.it](mailto:confinia@mondino.it), almeno 20 giorni prima della pubblicazione del numero (indicativamente 15 marzo; 10 luglio; 10 novembre).

I documenti devono i seguenti requisiti:

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

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

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

Gli articoli originali devono essere di norma suddivisi in: introduzione, materiale e metodi o caso clinico, risultati, discussione.

**TABELLE** - Le tabelle (in numero non eccedente la metà delle pagine di testo) devono:

- essere citate nel testo ed inserite nel medesimo in modo coerente;
- avere un titolo conciso ed essere numerate con numeri romani;
- riportare le abbreviazioni chiaramente definite.

**FIGURE** - I grafici, le fotografie e i disegni (in numero non eccedente la metà delle pagine di testo) devono essere in formato Power Point o JPG di buona definizione (risoluzione da 150 dpi in su).

Inoltre devono:

- essere citate nel testo ed inserite nel medesimo in modo coerente;
- avere un titolo conciso ed essere numerate con numeri romani;
- riportare le abbreviazioni chiaramente definite.

**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:

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

Si invita ad attenersi ai seguenti esempi:

per riviste

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

per libri

Kudrow L. Cluster headache: mechanism and management. New York: Oxford University Press 1980;

Barzizza F, Cresci R, Lorenzi A. Alterazioni ECGrafiche in pazienti con cefalea a grappolo. In: Richichi I. & Nappi G. eds. Cefalee di interesse cardiovascolare. Roma: Cluster Press 1989; 7:133-13

per abstract

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