

Confinia

Cephalalgica

Rivista interdisciplinare fondata da Giuseppe Nappi

SOMMARIO

N. 3	Dicembre 2003	Anno XII
EDITORIALE		
Le principali novità della seconda edizione della classificazione delle cefalee della IHS.....		103
<i>G.C. Manzoni</i>		
CONCORSO LETTERARIO CEFALÉE IN CERCA D'AUTORE - III EDIZIONE		
Introduzione.....		107
<i>D. Nigro</i>		
ARTICOLO ORIGINALE		
Familiarità nell'emicrania e nella cefalea di tipo tensivo: studio su 218 pazienti		151
<i>F. Brindani, P. Torelli, G.C. Manzoni</i>		
CASO CLINICO		
Due pazienti con cefalea e disturbi dell'equilibrio. Una possibile diagnosi di vertigine emicranica		161
<i>M. Versino, N. Ghiotto, S. Colnaghi, G. Nappi</i>		
BREVI DAI CONGRESSI		
XI Congresso IHS		169
<i>Roma, 13-16 settembre 2003 - A cura di A. Cecchini Proietti, N. Ghiotto</i>		
Cluster Club Meeting.....		173
<i>Roma, 12 settembre 2003 - A cura di P. Torelli</i>		
Italian-Ispanic Linguistic Subcommittees (IHS): II Joint Meeting		175
<i>Roma, 12 settembre 2003 - A cura di S. Cristina, G. Lovicu</i>		
RECENSIONI		
L'aura di Giorgio de Chirico. Arte emicranica e pittura metafisica		179
<i>A cura di M.L. Picascia</i>		
Artemicrania? Opere e parole tra mal di testa e metafisica		181
<i>A cura di G. Sances</i>		
ABSTRACTS DI INTERESSE		183
<i>A cura di P. Torelli</i>		
CEFALEE TODAY "26" (<i>e-bulletin www.cefalea.it</i>)		189
CEFALEE TODAY "27" (<i>e-bulletin www.cefalea.it</i>)		193



Cephalalgia

SOMMARIO

N. 3

Dicembre 2003

Anno XII

EDITORIALE

Le principali novità della seconda edizione della classificazione delle cefalee della IHS..... 103
G.C. Manzoni

CONCORSO LETTERARIO CEFALÉE IN CERCA D'AUTORE - III EDIZIONE

Introduzione..... 107
D. Nigro
Tra la signora Woolf e una (forse) così così - *R. Olindo*..... 109
L'errore di parallasse - *E. Bacigalupo*..... 119
Cefalea e piccola Aspirina - *M. Bolognese*..... 123
Sia fatta la tua volontà, la mia perduta per sempre - *M.P.G. Ciccarone*..... 131
Cefa ed Emy - *M. Mazzotta*..... 133
La vita persa?! - *L. Piccaluga*..... 141
Una Testa che soffre - *M.G. Priori*..... 147

ARTICOLO ORIGINALE

Familiarità nell'emicrania e nella cefalea di tipo tensivo: studio su 218 pazienti..... 151
F. Brindani, P. Torelli, G.C. Manzoni

CASO CLINICO

Due pazienti con cefalea e disturbi dell'equilibrio. Una possibile diagnosi di vertigine emicranica..... 161
M. Versino, N. Ghiotto, S. Colnaghi, G. Nappi

BREVI DAI CONGRESSI

XI Congresso IHS..... 169
Roma, 13-16 settembre 2003 - A cura di A. Cecchini Proietti, N. Ghiotto
Cluster Club Meeting..... 173
Roma, 12 settembre 2003 - A cura di P. Torelli
Italian-Ispanic Linguistic Subcommittees (IHS): II Joint Meeting
Roma, 12 settembre 2003 - A cura di S. Cristina, G. Lovicu..... 175

RECENSIONI

L'aura di Giorgio de Chirico. Arte emicranica e pittura metafisica..... 179
A cura di M.L. Picascia
Artemicrania? Opere e parole tra mal di testa e metafisica..... 181
A cura di G. Sances

ABSTRACTS DI INTERESSE..... 183
A cura di P. Torelli

CEFALEE TODAY "26" (e-bulletin www.cefalea.it)..... 189

CEFALEE TODAY "27" (e-bulletin www.cefalea.it)..... 193

CONFINIA CEPHALALGICA

DIRETTORE RESPONSABILE

Andrea Arrigo

Registrazione del Tribunale di Milano

N. 254 del 18 aprile 1992

Periodicità Quadrimestrale

*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 0382-380448

E-mail: confinia@mondino.it

Fondazione CIRNA

Editore

Sede Legale: Via Garibaldi, 72 - Milano

Sede Operativa: Via Palestro, 24 - Pavia

Tel. 335-6000459 - Fax 0382-303044

<http://www.cefalea.it>



Confinia



UNIVERSITÀ DI PAVIA

Cephalalgica

Rivista fondata da Giuseppe Nappi

Organo di collegamento del Centro Interuniversitario Cefalee e Disordini Adattivi

DIRETTORE SCIENTIFICO

Gian Camillo Manzoni (Parma)

DIRETTORE EDITORIALE

Cosma Damiano Nigro (Milano)

COMITATO SCIENTIFICO

Alfio Bertolini (Modena II), Giorgio Bono (Varese), Luigi Canonico (Novara), Fabio Facchinetti (Modena I), Andrea R. Genazzani (Pisa II), Luigi Murri (Pisa I), Francesco Pierelli (Roma), Francesco Pinto (Firenze), Giorgio Sandrini (Pavia), Giorgio Zanchin (Padova)

ASSISTENTE EDITORIALE

Silvia Molinari, Direzione Scientifica, IRCCS "Istituto Neurologico C. Mondino" (Pavia)
Tel.: +39 0382 380.299 - Fax 380.448 - E-Mail: confinia@mondino.it

COMITATO DI CONSULENZA

SEZIONI UCADH

Cefalee: metabolismo e terapia

Ferdinando Maggioni, Padova

Cefalee primarie: neurogenetica e neurofisiologia

Paolo Rossi, Roma

Cefalee sintomatiche e disordini correlati

Marco Mauri, Varese

Fisiopatologia e psicopatologia del dolore cefalico

Diego Miniciacchi, Firenze

Neuroendocrinologia ginecologica delle cefalee e dei disordini adattivi

Francesca Bernardi, Pisa (II)

Neuroepidemiologia applicata

Paola Torelli, Parma

Neurofarmacologia delle cefalee

Emilia Martignoni, Novara

Neuropsicobiologia delle cefalee e disordini adattivi

Cristina Tassorelli, Pavia

Neurotossicologia dell'abuso di farmaci

Emilio Sternieri, Modena (II)

Psicobiologia della vita riproduttiva

Alessandra Tirelli, Modena (I)

Studio delle alterazioni del ritmo sonno-veglia e cefalee

Sara Gori, Pisa (I)

AREA TRANSCULTURALE

Alimentazione e stile di vita

Carla Roggi, Pavia

Ambiente e mondo del lavoro

Ennio Pucci, Pavia

Antropologia

Evelina Flachi, Milano

Arte emicranica

Klaus Podoll, Aquisgrana

Cefalee today

Grazia Sances, Pavia

Econometria

Maurizio Evangelista, Roma

Filosofia

Ubaldo Nicola, Pavia

Informatica medica

Paolo Cristiani, Pavia

Letteratura

Giuseppina Arfè, Benevento

Medicina popolare, tradizioni, società

Luigi M. Bianchini, Pesaro

Musicoterapia

Roberto Aglieri, Pavia

Pedagogia

Giuseppe Vico, Milano

Scienza, vita e salute

Filippo M. Santorelli, Roma

Sessuologia

Rossella E. Nappi, Pavia

Storia della medicina

Federico Mainardi, Padova

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

Confinia Cephalalgica è recensita in Neuroscienze Citation Index®, EMBASE/Excerpta Medica

Le principali novità della seconda edizione della classificazione delle cefalee della IHS

L'impostazione generale della nuova classificazione delle cefalee della International Headache Society (IHS), pubblicata sul primo supplemento del 2004 di *Cephalalgia*, non subisce sostanziali modifiche rispetto alla versione precedente; permangono, infatti, sia il sistema di codificazione dei diversi tipi di cefalea secondo livelli progressivi di raffinatezza nosologica che le modalità di diagnosi delle singole forme attraverso il rispetto di precisi e ben dettagliati criteri clinici.

Al primo livello diagnostico la nuova revisione della classificazione comprende 14 gruppi: i primi 4 riguardano le cefalee primarie, i gruppi dal 5 al 12 si riferiscono alle cefalee secondarie, il gruppo 13 è costituito dalle nevralgie craniche e dalle algie facciali centrali, il gruppo 14 consiste nelle forme di cefalea e di nevralgia non classificabili.

Per quanto riguarda le cefalee secondarie, la classificazione del 1988 utilizzava la dizione "associate a", mentre la nuova versione ricorre alla dizione "attribuite a" in quanto il nesso causale tra le patologie sottostanti e la cefalea è stato, nel corso degli ultimi 15 anni, chiaramente stabilito. Importante novità è l'introduzione, al punto 12, delle cefalee attribuite a disturbi psichiatrici. Nella precedente versione questo capitolo mancava del tutto, nella nuova viene inserito ma risulta molto breve perché i dati scientifici relativi a questo settore sono a tutt'oggi assai scarsi. Le principali novità nel gruppo dell'emigrania sono:

- 1) la suddivisione dell'emigrania con aura tipica in due categorie a seconda della presenza o meno di una fase algica con le caratteristiche cliniche proprie dell'emigrania senza aura;
- 2) l'introduzione, a fianco dell'emigrania emiplegica familiare, dell'emigrania emiplegica sporadica;
- 3) l'uscita, dal gruppo delle emigranie, dell'emigrania oftalmoplegica che viene ora inserita tra le neuriti craniche;
- 4) l'inserimento, tra le sindromi periodiche dell'infanzia che possono preannunciare lo sviluppo di un'emigrania, del vomito ciclico e dell'emigrania addominale e la scomparsa, dalle stesse sindromi, dell'emiplegia alternante infantile;
- 5) l'ampliamento del settore delle complicanze dell'emigrania che adesso comprende, oltre allo stato emigranico ed all'infarto emigranico già presenti nella versione precedente, anche l'emigrania cronica già discussa in un precedente editoriale (*Confinia Cephalalgica* 2003;12(2):47-48), l'aura persistente senza infarto e le crisi epilettiche indotte da un'aura emigranica;
- 6) i nuovi criteri diagnostici dell'emigrania con aura che, molto opportunamente, introducono anche un limite inferiore di durata dell'aura (5 minuti).

Per quanto riguarda la cefalea di tipo tensivo, è da segnalare una sola significativa variazione rispetto alla classificazione del 1988: la distinzione della cefalea di tipo tensivo episodica in due forme a seconda della bassa o alta frequenza degli attacchi. Questa suddivisione appare sicuramente giustificata dalla necessità di tenere separate le forme banali ed estremamente comuni di cefalea di tipo tensivo da quelle d'interesse clinico. Nei criteri diagnostici stabiliti dalla nuova classifi-

cazione lo spartiacque tra forme non frequenti e forme frequenti è costituito dalla ricorrenza delle crisi una volta al mese per almeno tre mesi.

La principale novità relativa al gruppo della cefalea a grappolo riguarda l'inserimento della SUNCT, acronimo di short-lasting unilateral neuralgiform headache with conjunctival injection and tearing, descritta per la prima volta da Sjaastad nel 1989 e caratterizzata da un dolore strettamente unilaterale come nella cefalea a grappolo ma, rispetto a questa, si manifesta ad attacchi di più breve durata (10-120 secondi), di maggiore frequenza (3-200 al dì) e di minore intensità (grado medio nel 90% dei casi).

Le maggiori variazioni nell'ambito delle cefalee primarie rispetto alla classificazione del 1988 interessano il gruppo 4 (curato dal mio amico Nappi, fondatore di questa rivista), dal quale escono la cefalea da compressione esterna e la cefalea da stimolo freddo che vengono spostate nel gruppo delle nevriti e nel quale entrano 4 nuove forme: la cefalea ipnica, la cefalea primaria a colpo di tuono (primary thunderclap headache), la hemicrania continua e la new daily persistent headache (NDPH).

La cefalea ipnica, descritta per la prima volta da Raskin nel 1988, si manifesta solamente durante la notte e per almeno 15 notti al mese, dura più di un quarto d'ora dopo il risveglio ed interessa gli ultracinquantenni.

Il termine thunderclap headache è stato introdotto nel 1984 da Day e Raskin per indicare una cefalea violentissima, improvvisa ed inaspettata che raggiunge il massimo entro un minuto dall'esordio. In una casistica di 148 pazienti con cefalea a colpo di tuono, Linn nel 1999 riporta nel 25% dei casi la presenza di un'emorragia subaracnoidea e nel 12% dei casi un'altra patologia neurologica seria. Nel rimanente 63% dei casi non si rilevava alcuna si-

tuazione organica e la cefalea si risolveva nel giro di poche ore – alcuni giorni; ad un follow-up di 5 anni nessuno aveva presentato un'emorragia subaracnoidea e la cefalea a colpo di tuono si era ripresentata solo nel 8.8% dei casi. Pertanto, benchè tale tipo di cefalea debba sempre far sospettare una patologia organica che deve essere attentamente ricercata attraverso l'effettuazione delle opportune indagini strumentali (TAC, rachicentesi ed eventualmente angio-RMN), appare giustificato l'inserimento nel gruppo 4 della nuova classificazione di una forma primaria di cefalea a colpo di tuono.

La hemicrania continua è stata descritta per la prima volta da Sjaastad e Spierings nel 1984 e, al 2002, ne erano stati descritti circa 100 casi. I criteri diagnostici della nuova classificazione specificano che si tratta di una cefalea unilaterale fissa, ad andamento temporale cronico-quotidiano senza intervalli liberi, d'intensità media ma con possibili esacerbazioni durante le quali si manifestano sintomi autonomici omolaterali al dolore, con risposta completa alla indometacina. E' così, dopo l'emivrania cronica parossistica, il secondo tipo di cefalea primaria per la quale la nuova classificazione IHS richiede tassativamente, tra i criteri indispensabili per la diagnosi, la risposta alla indometacina.

La NDPH, per la quale l'inserimento nella classificazione è stato oggetto di acceso dibattito, è stata descritta per la prima volta da Vanast nel 1986. La lettura dei criteri diagnostici stabiliti dalla nuova classificazione IHS mette in evidenza le notevoli analogie tra questa forma di cefalea e la cefalea di tipo tensivo cronica; da questa ultima, la NDPH si distingue per l'andamento quotidiano fin dall'esordio e perché interessa soggetti senza una storia precedente di cefalea.

Gian Camillo Manzoni



CONCORSO LETTERARIO



Questa iniziativa intende offrire al paziente cefalogico l'opportunità di esprimere il proprio problema attraverso un momento di creatività. Di certo, questo non ci aiuterà a guarire, ma siamo convinti che, anche attraverso la cultura della cefalea, si possa far emergere una realtà spesso sottovalutata e che coinvolge, in modo più o meno grave, dieci milioni di italiani.

I concorrenti dovranno presentare racconti inediti sul tema "le cefalee". Il genere letterario (autobiografico, epistolare, d'avventura, realistico, giallo, rosa) potrà essere liberamente scelto dall'Autore.

La giuria, che valuterà tutte le opere, sarà formata da:

- Giulio Andreotti - Senatore della Repubblica
- Anna Gasparini - Vincitrice della I Edizione del Concorso
- Mario Giacomazzo - Presidente Accademia Romana del Mal di Testa
- Rosaria Cirillo - Vincitrice della II Edizione del Concorso
- Giuseppe Naggi - University Centre for Adaptive Disorders and Headache (UCADH)
- Ubaldo Nicola - Professore di Filosofia, Liceo Copernico di Pavia
- Damiano Nigro - Presidente Alleanza Cefalogici (A.I.Ce. Group)
- Maria Concetta Patti - Amministratore Delegato Aziendale

Il vincitore del concorso sarà premiato a Roma nell'ambito del *XI Congress of the International Headache Society / IHC 2003* - 13-16 Settembre.

E' prevista la pubblicazione dei racconti migliori su un numero speciale di *Cefalea Cephalogica*.

REGOLAMENTO

1
Ogni racconto non dovrà superare le 10 pagine dattiloscritte da 30 righe (escluso il 60 caratteri a riga). È preferibile inviare il testo anche su dischetto.

2
Insieme al racconto, l'Autore, oltre ai suoi dati personali (che rimarranno riservati ai sensi dell'attuale normativa sulla privacy, legge 675/96), deve inviare una liberatoria con cui cede gratuitamente alla Casa Editrice il diritto di stampare il racconto.

3
Saranno ammesse al concorso solo opere inedite.

4
Tutti i racconti dovranno essere inviati, entro e non oltre il 15 giugno 2003 a:
Accademia Romana del Mal di Testa "Pro Capite Edemantidore"
Via Chiesa, 48 (Scalo III interno II) - 00198 Roma

I racconti non pubblicati non saranno restituiti agli autori.

Il bando di concorso è disponibile anche sul sito Internet www.cefalca.it

E' davvero sorprendente – quest'anno – individuare quel sottile “file rouge” sottostante a tutte le produzioni letterarie che si sviluppano su due direttrici generali: da una parte il mal di testa avvertito come male sociale, dall'altra parte vissuto nei momenti più intimi, del tutto personali.

In entrambe le testimonianze, domina l'ironia, la grazia, una accettazione rassegnata, ma non passiva, disponibile al confronto ed attenta ad una valutazione oggettivante: la cefalea è vista persino come creatura animata in una tenera favola, e addolcita anche nei nomi: Emy - Cefa

Una sorta di esorcizzazione del male, un venire a patti, uno scendere a compromessi tutto particolare.

C'è chi, come Maurizio Mazzotta – con insospettabile garbo, perfino con sorriso - ha visto nel dolore un momento di palingenesi, uno spazio di sensuale attesa; un duello al quale ci si prepara con forza e consapevolezza e dal quale si uscirà sicuramente affranti, prostrati, ma mai definitivamente sconfitti.

“Cominciai col dire loro [Cefa – Emy] tutto ciò che di bello mi avevano dato ed elencai. Mi avete messo nelle condizioni di scoprire il metodo dell'osservazione sistematica ... mi ricordate spesso il dolore del mondo ma anche la gioia della nascita e della rinascita. Mi avete insegnato la rinuncia. A rinunciare ai peperoni arrostiti e al vino rosso ma anche alle cene conviviali ... al piacere del letto ...”.

E ancora, quando, nella favola “Cefalea e piccola Aspirina” si passa dalla giustificazione sociologica del mal di testa: “io non voglio essere troppo severo con voi, ... sottoposti ad attenzioni continue, con la spinta di dimostrare sempre e comunque quanto si valga, in continua competizione con gli altri” fino alla proposizione di un antidoto, che non è più un medicinale contenente l'ultima ricerca chimica, ma un nuovo atteggiamento con gli altri uomini: “non sprecate, vi prego, più tempo in false credenze e cercate di migliorare i vostri rapporti, e vedrete che, anche con fatica, riuscirete a condurre una vita più felice”; in tal caso, la cefalea diventa metafora del male di vivere, certamente, ma di un male tutto sociale.

Anche ne “L'errore di parallasse” c'è il tentativo di giustificare le dolorose e umanissime rinunce derivanti dalla cefalea, male sociale più che personale: una rinuncia che va al di là delle apparenze, finalizzata ad una capacità umana di accettazione, ad una sublimazione del dolore.

L'ironia, amara e consolatoria, impotente e tuttavia consapevole di Maria Pia Ciccarone, fino alle coincidenze parallele di Rosanna Olindo tra vite segnate non tanto dall'emicrania, ma da questa causata dalla lotta contro le insensibilità, i pregiudizi, le angustie degli uomini e dai tempi che hanno – di volta in volta – costretto donne eccezionali e normali in ambiti ristretti, pretestuosi.

Della vincitrice del concorso, Rosanna Olindo, diciamo a parte: nella sua novella e nelle sue poesie irrompe come attuale, autentica testimonianza scientifica la convinzione del Prof. Giuseppe Nappi secondo cui l'emicrania è la storia dell'uomo e della società in cui vive.

Damiano Nigro
Presidente Alleanza Cefalalgici
Al.Ce. Group

L'autrice affronta il tema dell'emicrania con sobria, aristocratica sopportazione: il male terribile appare in controtuce, nei colori grigi con cui guarda il mondo, nella comprensione delle persone che ne soffrono.

Ma il suo non è mai grido disperato, non male fisico, ma piuttosto l'effetto di un dolore intellettuale. La lotta di Virginia e delle altre donne è lotta culturale, dunque, contro i pregiudizi, i soprusi e le disattenzioni degli uomini, contro gli sciocchi, i giganteschi sciocchi che si oppongono ad ".....un'anima smagata e nevrotica, lacerata dall'emicrania e dal senso di prigionia interiore...". Così Virginia, Judith e tante altre oscure eroine, grandi incomprese, hanno dovuto combattere le loro battaglie di avanguardia, soccombere, e portare con sé, sino alla morte con i loro disagi, profondi, il malessere fisico.

Sapiente l'intreccio, originale l'impostazione, il racconto si snoda attraverso momenti di umana comprensione verso le protagoniste che, in diversa guisa, hanno vissuto il dramma della loro esistenza tra contrasti e incomprensioni.

Su questi momenti, l'autrice rivolge il proprio sguardo, consapevole e assorto, commosso e indagatore, non per giudicare ma per illuminare con la propria lucida sensibilità, aspetti rimasti in penombra ai più.

Le protagoniste del racconto, pur vivendo vite separate conoscono in comune delusioni e drammi, fino a concludere con il suicidio le loro travagliate esistenze.

Ma l'autrice, sulle ali dell'albatro, sceglierà "l'acqua, non per morire, ma per rinascere..." per spiccare voli solitari verso orizzonti di "saggezza placida", con cui comprenderà che " il rumore caotico di un mondo sofferente" ha "-forse- più bisogno di vivi che di morti" ed in cui saprà trovare, il proprio modo d'amare e di essere se stessa.



Tra la signora Woolf e una (forse) così così

Rosanna Olindo

Qualche anno fa – era un pomeriggio estivo di afa e di noia – mi dondolavo pigramente all'ombra dei pini che circondavano una casa a metà strada tra il mare e la città. Era una di quelle case che si affittano solo d'estate e che poi d'inverno, quando capita di passarvi davanti, appaiono fredde ed estranee come se non vi si fosse mai entrati dentro, come se l'estate non fosse mai arrivata e finita.

Ero assolutamente stanca di quell'estate trascorsa a dondolarmi aspettando qualcosa che non arrivò e che, in verità, non ebbe modo di arrivare neanche negli anni a venire. Sbiadì quella cosa, semplicemente evaporò nell'aria e il tempo se la portò via con sé, senza spiegazioni o chiarimenti.

Mentre andavo avanti e indietro sull'amaca, annoiata e mortificata da quell'attesa, un libro cadde dalla reticella e

il tonfo sull'erba secca mi fece rinvenire di colpo dalla sonnolenza triste in cui ero sprofondata. Mi sporsi dall'amaca e con la faccia arrivai quasi a sfiorare per terra così da poter sentire l'odore dell'estate sul prato.

Il libro si era aperto sull'ultima pagina - quella che di solito mi capita di leggere appena decido di metterne uno nuovo tra le mani - una pagina che da diversi giorni mi era sembrata lontana e inafferrabile. Una formica, con la sua briciola di pane raccattata chissà dove, prese a trascinarsi tra le righe, probabilmente chiedendosi come diavolo fosse finita lì e se ci fosse una via di scampo ...” Ad un tratto, come per subito richiamo, Lily si volse al cavalletto. Eccolo là il suo quadro. Eccolo là con i suoi verdi e i suoi turchini, col suo intreccio di righe, con la sua ambizione di essere qualcosa. “Finirà in soffitta” - ella pensò - “sarà distrutto” E poi, riprendendo il pennello : “che importa?” - si chiese. Guardò i gradini: erano deserti. Guardò la tela: era confusa. Con intensità repente, quasi che le fosse dato di veder chiaro per un attimo solo, tirò una linea là nel mezzo. Il quadro era finito, compiuto. “Sì” - pensò la ragazza posando il pennello - “ho avuto anch'io una visione” .

Richiusi il libro in fretta, quasi mi stes- se bruciando tra le mani. Delicatamente feci scendere giù la formica, che, nel frattempo, aveva avuto modo di trasferirsi sulla copertina, poi rimasi ad osservarla mentre si incuneava tra i ciuffi d'erba e spariva inevitabilmente. Per un attimo invidiai il suo viaggio sempre uguale, su e giù verso casa, la sua tolleranza alla ripetitività e a quella maledetta calura...poi ritornai col pensiero al mio libro.

Da qualche parte avvertii un senso di pruriginoso fastidio, un solletico assolu-

tamente insopportabile che non avevo voglia di grattare e tutto quanto intorno mi sembrò piombato in un disordine sconfinato e irrisolvibile. Mi girava la testa, eppure avevo smesso di dondolar- mi; volevo alzarmi e andare da qualche parte, ma mi sentivo paralizzata da quella pigra confusione... mi chiesi se non fosse il caso di metterlo da parte quel li- bro, anzi di archivarlo del tutto e sbat- terlo nell'ultimo ripiano della libreria e magari comprare uno di quegli stupidi suntini da mille parole in tutto, visto che, in ogni caso, ero costretta leggerlo per il prossimo esame universitario.

Ma, per quanto cercassi di opporre resi- stenza, ormai era fatta: la formica, dal li- bro, si era trasferita nel mio cervello e continuava a fare su e giù, da e verso casa, avanti e indietro, per una strada sconosciuta e familiare al contempo.

Il libro, con la sua formica, mi aveva già presa e alzato le palizzate attorno a me: ormai, quindi, ero completamente perdu- ta. Non sapevo come e perché, ma dove- vo andargli incontro e aprire la mia co- scienza, dovevo riscriverlo mentre lo leg- gevo, quel libro, e finalmente sarei arri- vata all' ultima pagina e all'inizio di qual- cosa che ancora mi era del tutto ignoto.

Qualche ora dopo, quando smisi di leg- gere, all'accendersi delle luci della sera, alzai la testa e realizzai che i rumori in- torno a me erano cambiati, che il giorno era finito. Sorrisi, allora, pensando alla serata che si stava avvicinando, alla mia serata da trascorrere nel più asso- luto caos. E, quando rientrai in casa con il libro sottobraccio, la prima cosa che feci fu quella di prendere la penna e se- dermi per usarla come se fosse il mio pennello e tirare giù una linea che rior- dinasse tutte le linee che avevo in te- sta. Fu così che scrissi il mio saluto af- fettuoso a Virginia Woolf.

Vidi la signora Woolf, finalmente. Stavolta mi sembrò più chiara, più comprensibile, diversa. Ne riconobbi il volto, o forse semplicemente per la prima volta fui capace di seguire i disegni zigzagati della mia immaginazione.

Era seduta nel suo salotto londinese, nella sua bella casa grigia, poca luce dalle vetrate si infiltrava nelle fessure degli scrittoi vittoriani, fra le trame dei pizzetti ecru appoggiati sui tavolini da tè. La brocca taceva, l'acqua si era fatta fredda; lei seduta sul divano, la tazza nella mano, disinvoltamente. Assorta e infelice. Distratta e dolorante.

Prima di allora mi era sempre apparsa come una persona giovane invecchiata in fretta, anche se mi era capitato di pensarla come una vecchia bambina tenera...ora invece ebbi modo di scoprire come il suo volto fosse bello e segnato da linee morbide, il collo allungato e fiero, i capelli imprigionati in una posa sempre uguale, forse mai sciolti, mai liberati.

La vidi, tra le pareti soffocanti della sua casa, guardare dalla finestra l'agone frenetico della Londra di fine secolo, dove la gente si muoveva veloce inseguendo le storie quotidiane, mentre la storia stava correndo verso straordinari cambiamenti. Tutti i giovedì sera la signora Woolf intratteneva a Bloomsbury i suoi ospiti, i compagni delle parole e delle idee: i discorsi andavano e venivano senza mai completamente concludersi...il socialismo, la muffa di circoli e accademie, l'insoddisfazione, il desiderio di una nuova scrittura dell'anima che scendesse giù a capofitto alla mente e al cuore per penetrarli e poi gridarli al mondo.

Il giovedì sera era davvero esaltante: la spregiudicatezza di Virginia e degli altri, aliena da legami con falsi tradizionalismi, il bisogno di mettere in discussione

tutto, soprattutto le confezioni culturali in serie, animarono quelle serate e la luce delle loro parole brillò a lungo e ancora brillò fino a diventare un punto di riferimento del nuovo secolo, arrivando fino a noi per indicarci la strada che giunge, lunga e impervia, alla coscienza.

Io la vidi una di quelle sere, composta e seria, una punta tradita di snob nel tono di voce, parlare di poesia e di scrittura e di un passato che aveva follemente e tristemente escluso le donne dalla partecipazione attiva alla vita e all'arte. Dalla sua torre pendente – posizione scomoda per una donna e una artista – ella si rendeva conto di come fosse giunto il tempo di cambiare parole e scrittura e di trovare un diverso "way of life" per stravolgere e coinvolgere le menti e le idee. Per farlo bisognava mettersi in prima linea e pagare in prima persona, accettando la lotta tra sentimenti contrastanti: il padre e la madre, l'educazione bigotta che voleva le donne nascoste in casa a fare da "specchio e ingrandimento all'uomo", la necessità incombente di scrivere e uscire da quella casa-prigione.

Dietro la sua compostezza io vidi quel contrasto originario che animava il ritmo di un'anima smagata e nevrotica, lacerata dall'emicrania e dal senso di prigionia interiore; io la vidi intraprendere il suo viaggio di conquista verso una soluzione illusoria che credette di trovare nell'albatro solitario dell'androgina: eccola lì, Virginia, allo specchio... il suo corpo e la sua mente, ciò che era e ciò che avrebbe voluto essere realmente, il segreto di un'anima maschile ingabbiata in un corpo femminile; che non riesce ad attraversare il grande fiume pur essendo attratta dai suoi oscuri richiami, pur avvertendone i più profondi sconvolgimenti e le più nascoste trasgressioni.

Avrei voluto parlarle, dirle qualcosa per tirarla fuori da quella stanza, consolarla dicendole che anch'io avevo un grande dolore nella testa, un diavolo che mi aveva divorato il cervello e le idee e che avevo un immenso vuoto nel cuore perché avrei voluto fuggire dalla mia vita e volermi più bene e trovare l'amore di un uomo che sapesse abbracciare il mio sentirmi così diversa da tutti e sola nel mondo. Ma non le dissi nulla, anzi non dissi nulla nemmeno a me stessa e lasciai che le cose andassero come volevano loro, senza dover decidere niente, aspettando di parlare l'indomani o forse dopo due giorni o dieci...oppure chissà quando... mai, probabilmente.

Lei si alzò dalla poltrona e salutò tutti, andò nello studio e, seduta sulla sua sedia liberty così poco confortevole, in bilico tra intellettuale e suffragetta, cominciò a scrivere. Non riuscii a vedere cosa stesse esattamente scrivendo, ma ero sicura che ancora una volta stesse parlando delle donne rivolgendosi a tutte quelle del suo tempo, che stesse cercando di dare voce a tutte le donne cui non era stato dato di parlare liberamente.

Chi era la protagonista dei suoi pensieri in quel momento? Era forse la signora Ramsay seduta alla finestra? Oppure Lily Briscoe sospesa tra il faro e la tela incompiuta? Forse era la signora Dalloway nel frastuono di Victoria Street? O Mary Carmichael in giro ai giardini dell'Università? Orlando che sorvola il tempo e lo spazio? Chi lo sapeva...io non riuscivo assolutamente a vedere il nome scritto sul foglio.

Sentivo, tuttavia, che dalla penna della signora Woolf stava uscendo la magia del canto dell'anima femminile, quell'anima inespressa che si era incarnata ma mai resa visibile nei corpi e nelle esistenze di milioni di donne da sem-

pre emarginate dalla storia, mai registrate dalle cronache ufficiali, mai realmente ascoltate, rimaste amaramente ai margini della quotidianità e della straordinarietà. Dapprima questo canto si sentì tenero, come un bisbiglio appena accennato, poi la voce andò piano piano spiegandosi finché non arrivò alle mie orecchie come un urlo disperato e alla mia anima come una spada che squarciò i dubbi della coscienza e aprì un varco verso la verità assoluta.

Attraverso Virginia, le donne stavano cantando la loro rabbia contro chi le aveva dimenticate, lasciate indietro e rinchiuso all'interno di case patriarcali – o matriarcali – da dove si levavano i sussulti di una creatività taciuta e soffocata dalla pesante coltre della tracotanza maschile, dove facevano eco i singhiozzi trattenuti nel buio silenzioso. A volte la penna sembrava esitare, come se la signora Woolf avesse paura di esprimersi liberamente, come se stesse commettendo un peccato veniale contro una società che non ammetteva trasgressioni perché creata a "misura d'uomo"; un mondo in cui la donna, per sopravvivere, era costretta ad usare l'arma del sotterfugio, la menzogna, la sensualità del proprio corpo e quant'altro gli uomini non esitavano a definire "demoniaco".

Io credo che anche lei non si sentisse del tutto liberata da quella pesante eredità lasciatale in qualche modo da sua madre, e che scrivesse soprattutto per esorcizzare i suoi fantasmi personali e quelli che condivideva "geneticamente" con le donne del presente e del passato. Credo che le sue emicranie fossero il sintomo di un continuo prendersi a pugni tra emancipazione e tradizione. Il dolore era la sua risposta al mondo che non provava dolore per lei e per tutte le donne...ed era proprio

la testa a dolere perché era come se fosse l'epicentro di un sisma che rimaneva dentro invece di eruttare drammaticamente il suo magma, che implodeva nelle viscere della terra, nell'esistenza profonda dell'anima femminile per fare solo eco e singhiozzi soffocati, male di vivere e di morire.

Poi, mentre riflettevo su questo dolore alla testa, riuscii a scorgere un nome scritto sul foglio. Era un nome di donna chiaro e distinto tra tanti altri che invece non riuscii a leggere – scarabocchi nervosi, linee ondulate, segni senza forma -, un nome che richiamò alla mia mente altre storie e altri tempi, ma anche il senso delle cose che non sembrano passare mai del tutto perché fanno parte delle categorie sempreverdi, dell'eterno fluire dell'umanità.

Lessi: Judith e, ovviamente, io che amavo la scrittura anglosassone, pensai subito a Shakespeare.

Shakespeare il genio, il vate, l'occhio che scruta, il viaggiatore in lungo e in largo della storia; Shakespeare, che era un uomo e che era riuscito a restare con noi per sempre lasciandosi alle spalle un epitaffio glorioso...certo, solo una mente maschile avrebbe potuto avere la capacità di scrivere la grandezza di re folli e deliri notturni, di traditori impuniti e giocolieri tristi, l'eterea inconsistenza di folletti boschivi e il rossore accennato di fanciulle innamorate, come dire tutte le categorie del corpo e dello spirito. Shakespeare, ripeto, era un uomo e quindi poteva permettersi di scrivere e fare ciò che diavolo aveva in mente.

Aveva, però, una sorella. Si chiamava Judith ed era morta suicida con un figlio in grembo, poi era stata sepolta e subito dimenticata in un incrocio tra Londra e Stratford, dove gli autobus andavano veloci e non facevano fermate.

Judith era rimasta dietro le tende dei palcoscenici calcati dal grande fratello, ma nessuno si era mai accorta di lei e dei suoi progetti. Dopo essere fuggita di casa, aveva girato a lungo per i teatri londinesi con i suoi foglietti spiegazzati; aveva anche lei il talento di William e, come lui, la penna sapiente – probabilmente era una questione ereditaria -; aveva cercato lavoro presso tutte le compagnie teatrali della città, era finita anche in periferia, ma non aveva mai trovato nulla per lei.

Venne presa da un regista di quart'ordine, che la usò a suo piacimento e la gettò via quando ormai non sapeva che farsene di lei..." vuole lavorare in teatro, vuole scrivere...ma, perbacco, è solo una donna! " e già a ridere di quella poveretta insana che non aveva saputo starsene al suo posto, tra i panni da lavare e il pane da infornare!

Judith non sapeva dove andare e a casa non poteva più tornare: era finita male nel giro di pochi mesi; il sogno dell'emancipazione era andato, ma aveva una creatura dentro la pancia. Diede un'ultima occhiata da lontano al lungo fiume, buttò via i foglietti e lasciò che la pioggia se ne impadronisse subito, consumandoli in fretta e facendo in modo che non fossero mai esistiti...si accarezzò il ventre rassegnata e poi si buttò sotto il primo tram che passava di lì. Così finì il dolore di Judith alla testa e la sua storia che nessuno conosce. Suo fratello non andò mai a deporre un fiore sulla sua misera tomba sotto terra, lì all'incrocio dei tram.

E nessuno avrebbe mai saputo nulla dell'esistenza della sfortunata sorella di Shakespeare se non fosse stato per quel nome scritto da Virginia sul foglietto! Lei aveva strappato dal nulla il nome di Judith perché aveva scorto in lei una quantità straordinaria di crea-

tività uccisa dall'imbecillità maschile, una autobiografia che avrebbe potuto essere speciale come quella del fratello se non fosse stata mutilata biecamente dalla storia fatta dagli uomini. Quel cervello traboccava di sensibilità letteraria e umana, ma troppo grande era lo smacco fatto da Judith alla società e troppo scandalose e lungimiranti le sue ambizioni, per cui l'unico epilogo possibile alla sua misera vita altro non poteva essere che la morte.

Quando lessi sul foglietto il nome di Judith compresi come quella morte avesse colpito la fantasia di Virginia. A che cosa e a chi era servito che Judith morisse? O meglio, a che cosa e a chi era servito che Judith avesse vissuto? Su questo la signora Woolf aveva a lungo riflettuto e alla fine aveva confessato che, in realtà, Shakespeare non aveva mai avuto una sorella aspirante scrittrice e io pensavo che, semmai l'avesse avuta, di sicuro non se ne era mai accorto, impegnato com'era a far carriera. Lei, però, l'aveva creata affinché tutti avessero la possibilità di crederla viva per dare un volto reale e veritiero a tutte quelle donne intraviste in penombra, a quei chiaroscuri silenziosi nascosti dietro pesanti tende, da loro stesse ricamate e intagliate durante quegli interminabili pomeriggi trascorsi in casa; a quei contorni sfumati di facce stanche e impaurite dai loro stessi pensieri, "pregiati acquerelli relegati in solaio a invecchiare e incartapecorire".

Virginia li scrutò, questi "bruchi dalle ali di farfalla, chiusi in cucina a tagliare il lardo", mentre prendevano gentilmente commiato per cercare un minuscolo angolo della casa, dove poter finalmente scrivere la poesia che sentivano dentro senza sentirsi "specchio e ingrandimento dell'uomo", ma solo se stesse, riconsegnate ad una legittima

individualità. Tutte queste immagini di donna la signora Woolf ci regalò, ne celebrò angosce e tremori che furono anche i suoi e così trasmise al mondo un messaggio talmente potente da attraversare gli anni e gli eventi, filtrandoli in un tempo del tutto interiore, scardinandoli dall'oggi e dal poi.

Non so se fu un bene o un male per lei, ma il suo orologio ticchettava con un ritmo diverso da quello del Big Ben e non c'era verso di fargli segnare le ore a scadenza regolare. Le lancette della signora Woolf andavano per conto loro, secondo la cadenza aritmica della coscienza disgregata; il tempo si dilatava nella testa – passato intersecato al presente – presente riepilogato nel passato -, gesti e parole, silenzi e odori, vento sulla faccia e pezzi di carta volati via, sole che scotta e pioggia che batte, cose rimaste in sospeso e cose sovrabbondate... tutto tornava per dare un senso alla vita... scivolando veloce come le sequenze di una pellicola filmata, che non è più possibile rivedere, ma che ci è dato di imprimere nella memoria per un montaggio complicatissimo che chissà se riusciremo mai ad ultimare prima di andarcene.

Eccole lì le creature cinematografiche della signora Woolf... sui set epifanici della sua macchina da presa ... tutta gente in movimento... piccoli passi su tacchi troppo alti... sguardi protesi in avanti e all'indietro...la brama di controllare tutto quello che è stato e quello che è a venire...onnicomprendere... onnitoccare...onniabbracciare...eccola lì la signora Ramsay, seduta alla finestra... la luce che viene da lei e dal faro, padrone sfacciato di una immobilità sfuggente e pulsante e figlio di un mare che nasconde e svela, nasconde e svela, nasconde e svela, segreti e verità e bugie, la luce che da loro viene non si spegnerà e si poserà sul mondo prima o

poi, come un lenzuolo caldo su un corpo infreddolito nel primo mattino d'estate. Oppure, laggiù ...ecco Lily Briscoe, con le sue tele e i suoi pennelli, mentre dipinge e ferma il tempo per dare il senso della stabilità e del divenire quieto ad una tela imbrattata. Lily Briscoe, con i suoi ricordi e il senso incessante della consapevolezza amara e in fondo un po' serena di ciò che non è mai avvenuto, delle parole che sono rimaste in gola... le parole che tornano a dilaniare e a struggere, a rimettere tutto in discussione e, infine, a placare.

Nel tempo, a suo piacimento, si muove Orlando, si allunga nelle dimensioni reali, un elastico rocambolesco in fuga nel tempo e nello spazio, due in uno, mille persone allo stesso tempo; la signora Dalloway giunge finalmente al suo "fear no more", attraverso il ricordo doloroso di ciò che non ha mai vissuto, decidendo finalmente di vivere. E poi, tutte le altre... volti e voci, figure di donne che hanno rappresentato qualcosa e che hanno lasciato qualcosa nelle "ore" del mondo e della letteratura. Come Virginia. Virginia, che scelse il fiume e l'immortalità contro un vivere malato, con il dolore dentro la testa, che preferì la rinuncia piuttosto che la lotta incessante tra educazione e diversità.

Ho pensato mille volte a quella scena triste. Sono arrivata a credere di poterla scrivere, un giorno (ma c'è stato chi è riuscito a farlo prima di me, con grande bravura e delicatezza, creando un libro particolarmente bello). Ho visitato mille volte quel luogo squallido. Credo di avere ancora in fondo agli occhi l'immagine di Virginia che si incammina presto per la via silenziosa lungo il fiume, dopo aver lasciato una lettera al marito in cui chiede perdono per il forte dolore che non la lascia mai e che la

spinge adesso a lasciare tutti. Ed è ancora troppo doloroso vederla abbandonare sulla riva il bastone e il cappello, guardare verso il lungo fiume grigio, e camminare piano dentro l'acqua purificatrice, con le pietre pesanti nelle tasche del cappotto, fino a consegnarsi per intera, corpo e anima, alla morte.

E piano arrivò la morte, come uno strano obiettivo da raggiungere, come un amico non del tutto sincero, sorridente, smagliante e un po' deludente alla resa dei conti.

Ho cercato, in questi anni, di immaginare quali potessero essere stati gli ultimi pensieri, cosa fosse successo in quel tratto di strada, se fosse stata lucida e capace di pensare a tutti noi che stava lasciando o persa nella sua follia definitiva. Ma così fu. La signora Woolf se ne andò per sempre, lasciandoci pieni di dubbi e quello stesso vuoto che non ebbe lei stessa la forza di colmare. Un vuoto lungo e profondo quanto la vita, nella cui cavità risuona senza cessare l'eco di parole e gesti che, ancora, ricordiamo e che, ancora, abbiamo paura di ripetere con un grido forte, che tiri fuori da quel pozzo il buio dei nostri anni.

Il grande uccello dalle ali immense, che tutti chiamano albatro, segna la scia delle navi senza mai planare perché è troppo grande il suo corpo e quando esso cammina sulle falde delle navi il suo movimento è talmente goffo da destare il riso e lo scherno dei marinai. Tuttavia, quando si alza in volo, il dispiegarsi delle ali è maestoso e supera di gran lunga, per eleganza e regalità, quello di qualunque altro uccello dell'universo.

Così scrisse Charles Baudelaire, tra una fumata e l'altra.

La metafora dell'albatro è davvero molto suggestiva e mi aiuta a consolarmi

per la morte della signora Woolf; comunque, mi chiedo se questa splendida splendente estraneità contemplativa valga il prezzo della solitudine, mentre da vicino e da lontano giunge il rumore caotico di un mondo sofferente, che, forse, ha più bisogno di vivi che di morti.

Dov'è allora la verità, se ne esiste una o semmai ne esistesse più di una? C'è un modo per restare vivi nella realtà delle cose e non solo sulla carta?

Convieni restare a terra - un po' goffi, un po' ciechi, un po' ironici - così da disperdersi nella folla e nel vento... oppure è meglio restarsene sulla cima dell' Himalaya - un po' diversi, un po' soli, un po' nobili - tanto per finire sul libro nero dei "già segnati a dito" come pigri, poetici, inguaribili buoni a nulla?". Per dirla con una metafora dei nostri anni che, a quanto pare, è andata molto di moda: "salirò" o "scenderò"?

Ecco il mio prurito nella testa, forse lo stesso che infastidiva la signora Woolf.

Sono passati ventidue anni dall'estate in cui lessi per la prima volta "Gita al faro" di Virginia Woolf (in seguito mi è capitato di rileggerlo per intero e, a volte, mi piace riprendere alcune pagine che ritengo particolarmente sorprendenti), ma, malgrado ciò, non ho ancora preso una vera decisione.

Molte estati e molti eventi si sono susseguiti da allora ed io continuo a pensare di essere sempre la stessa persona di allora e che, per uno strano errore del destino, i miei anni non siano quaranta, ma diciotto come allora.

E, come allora, non credo nel peccato inteso nel senso convenzionale della parola, ritenendo tuttavia terribile vivere nell'immobilismo dietro il quale si cela una squallida disonestà.

Con ciò non intendo affermare di essere diventata una persona in continua

progressione e particolarmente onesta - come a molti sembra - perché, oramai devo confessarlo, ho lasciato che la mia vita andasse da tutt'altra parte senza riuscire davvero a decidere se essere un po' goffa e un po' ironica, definitivamente, o restarmene appollaiata sulla mia cima tibetana come un condor solitario, definitivamente.

Insomma, in realtà non ho appreso nulla dall'esempio della signora Woolf e finirò come Lily Briscoe che guarda da lontano, serenamente immobile e, in fondo, disonesta con se stessa e con gli altri, una gita al faro che doveva compiersi trent'anni prima, in una delle tante, grigie estati britanniche!

Ho una tela in cantina o da qualche altra parte, ed è da tirare fuori prima o poi... sì sì, è così... forse è proprio questo manoscritto che ho cominciato vent'anni fa e che mi ha procurato quel terribile prurito di cui dicevo prima e che non mi ha abbandonato mai in questi anni, come non mi ha mai abbandonato il dolore alla testa.

Prima o poi, dovrò pur provare ad essere onesta e libera; torneranno a risplendere i "miei verdi e i miei turchini" e riuscirò a tirare quell'ultima linea che riassumerà tutte le altre. La mano si è alzata molte volte in questi anni per guidare il pennello, ma ero confusa e piena di dolore e di rabbia da non vedere neppure la tela. I padri interiori e i simboli significativi si sono susseguiti, attorcigliati tra di loro, mischiati e tramutati più volte... li ho guardati da tutte le parti e non sono riuscita a riconoscerli, a volte... ho sentito come un frastuono che li ha ridotti ad unica massa grigia, grigia come i miei occhi grigi di vecchia bambina.

Ho vissuto, da quella estate calda e inutile, come dentro ad un pugno nello stomaco, con tutti i miei alimenti da di-

gerire e nessuna bocca per mangiarli o per vomitarli. Ho fatto delle cose, ma non ho detto nulla di ciò che avrei voluto; ho guardato tutti e non ho visto nessuno; ho camminato a lungo e sono rimasta sempre nello stesso posto.

Ora, scorgo da lontano la certezza che un'estate come quella non tornerà più e che, se ne troverò il coraggio, la mia gita al faro dovrò farla d'inverno, nella seconda stagione della mia vita, visto che la prima se ne è già bella e andata! Poi, forse, sarà più facile raccontarla sulla tela

ancora semivuota, perché avrò gridato forte il mio grido.

Io credo che non sceglierò l'acqua per morire, ma per rinascere, più chiara e visibile al mondo.

E, se finora ho subito il mio essere a metà, tra la falda di una nave e la cima di una montagna, dovrò adesso trovare la follia dolce per vedermi buffa e goffa, e la saggezza placida per spiccare il miei voli solitari e trovare finalmente il mio modo di amare e di essere solo io. Posso farcela, signora Woolf? Sì, io posso farcela...

“Si vive per soffrire o si soffre per vivere?” Purtroppo, non è un mistico asceta medioevale a porsi questa domanda, ma il signor Emilio Bacigalupo, “cefalalgico cronicamente invalidato” e per questo ex navigatore, ex sportivo, ex frequentatore di teatri e di concerti. E quanto contò la paura di trasmettere la malattia ai figli nella sua rinuncia alla paternità? Nato nel 1934, il signor Bacigalupo è nell’età dei bilanci esistenziali: “Era meglio governare le difficoltà crescenti o governarle diversamente?” Ciò che è impressionante, in queste pagine, è come l’emicrania sia a tutti gli effetti un personaggio importante di questo bilancio esistenziale, un protagonista senza il quale, forse, la vicenda sarebbe andata diversamente.

L’errore di parallasse

Emilio Bacigalupo

Ovvero l’impossibilità della perfezione umana, da cui l’obbligo di scelte soggettive senza conoscere le controprove di quelle diverse: come si può evidenziare soprattutto nell’esistenza di un cefalalgico, cronicamente invalidato, per il quale resta il dubbio se vive per soffrire o se soffre per vivere.

Antefatto

L’autobiografo nasce, gennaio 1934, non con il nome deciso dai genitori bensì con quello del nonno paterno, da lui dichiarato all’anagrafe, come era frequente consuetudine ogni due generazioni.

La madre non poté intervenire per i postumi di un parto difficile, il padre stava lavorando distante da casa e quando fu di ritorno concretizzò l’irritazione per l’accaduto con una decisione “parallela” condivisa dalla moglie.

Infatti la sua preferenza onomastica gli ricordava una data vitale, una rinascita dal naufragio del piroscavo Tasmania nel temibile Golfo di Guascogna, mare forza 9 d’inverno, al largo di Brest.

Il carico della nave aveva subito uno sbandamento irreversibile così come l’inclinazione dello scafo, costringendo all’abbandono su due scialuppe: la prima s’infranse contro la murata battuta

dai marosi e metà equipaggio scomparse tra i flutti, la seconda con quindici uomini fu calata poco prima del gorgo finale e poté allontanarsi indenne.

Sangue freddo e casualità, i marinai resistettero quattro giorni alle intemperie, alla sete ed alla fame: quando la morte si stava approssimando furono avvistati nella nebbia e salvati da una nave diretta a Rotterdam.

Era il 9 gennaio 1924 e questo superstita, pur agnostico in materia di santi, vide nel calendario quel nome e promise a se stesso che lo avrebbe posto al figlio in una futura famiglia.

Questo bambino fu diversamente “ufficializzato”, come anzidetto, ma “ufficiosamente” chiamato come vollero i genitori; poi da parenti, amici e conoscenti: ma se riceveva un assegno intestato G., ad esempio, non poteva riscuoterlo, e se veniva appellato E. non pensava di voltarsi.

Comunque uno non era l’alter ego dell’altro!

Il fatto

Inoltre “l’eredità era la stessa”, dal padre la passione per navigare, dalla madre la predisposizione alla cefalea: dualismo imperfetto ed errore sicuro.

Ricordiamo infatti che negli anni 50 essere ufficiali su navi passeggeri e da carico costituiva una scuola di vita ed una posizione prestigiosa: per l'esperienza professionale, la conoscenza del mondo, le opportunità di carriera e guadagno.

Per la regola del contrappasso i ritmi orari di servizio, la durezza delle temperature in sala macchine, la pericolosità insita nelle complesse mansioni erano tutte aggravanti per la salute generale, certamente per il mal di testa. Questo disturbo era poco conosciuto e lo si motivava con un forte impegno negli studi, prima, al lavoro dopo; comunque ritenuto transitorio e non destinato per taluni ad una tortura continua, senza prevenzione allora e senza guarigione adesso.

Il signor G. lasciò il mare dopo tre anni per un'occupazione a terra meno gravosa ma di equivalente gratificazione, sinché crisi emicraniche "apparentemente immotivate" gli suggerirono una prudente autolimitazione aziendale negli anni '60; il peggioramento negli anni '70 lo indusse ad una ulteriore riduzione di ogni attività, anche privata, sino allo stato di invalidità civile parziale negli anni '80.

Addio allora a quel sano godimento degli sport, prima praticati più per entusiasmo e personalità che per resistenza del corpo, ora debilitato dall'alterata soglia nocipatica la cui conseguenza dolorifica accentua il mal di testa in un perverso circolo chiuso.

Addio successivamente a piaceri della mente, come teatri e concerti da prenotare, perché l'attacco cefalalgico è imprevedibile; e poi gli orari fuori abitudini ormai tranquille sono incentivanti.

Viene spontanea una riflessione sul commettere il minor errore nel traguar-

dare la direzione della vita: era meglio fronteggiare le negatività crescenti o governarle diversamente?

Certamente il riparo nella professionalità, intesa culturalmente, giova alla gratificazione morale (poco all'economica), pur attivando qualche malinconia (se non frustrazione) per posizioni meritorie non raggiunte.

Per contro l'emigranza non si attenua con maggior potere sociale, che può essere logorante anche per la restante salute; quindi dove si colloca la visuale più "parallela" per preservarla al meglio?

Nessuno ovviamente la conosce, tantomeno se il destino procura altre infermità: se queste sono serie ma chiare la soluzione è possibile, ma la cefalea essenziale è un male nel male, una malattia pressoché invisibile però invivibile, una sofferenza pubblicamente misconosciuta e circoscritta empaticamente tra pochi intimi.

L'ipersensibilità al dolore della vita cefalalgica si estende dal capo al corpo per qualunque modesto trauma e leggero disturbo, così fuorviando un'eventuale autodiagnosi preventiva: non si è esenti inoltre da altre turbative riverberate emicranicamente, comprese le quotidiane, fono e fotofobia in primis, nonché una scarsa tolleranza alle variazioni climatiche; tutto ciò che è poco o nulla fastidioso per persone normali.

Si avvertono spesso segnali dolenti che vengono tacitati per non essere giudicati vittimisti, anche quando non sarebbe il caso, così la dignità del cefalalgico porta a coprire malesseri nella speranza restino soggettivi; perché se oggettivi diventano problematiche le soluzioni ritardate.

La reazione caratteriale oscilla dallo sconforto alla rabbia, dalla speranza al

fatalismo, dall'eccesso medicale alla rinuncia: errori umani, fatte salve le opinioni personali, attorno ad un "asse" interpretabile quale mistero della sofferenza, sublimazione della fede, o viceversa sofferenza del mistero, punizione della razionalità.

Il bilancio esistenziale deve però essere omnicomprensivo, cioè convenire sui molti episodi in cui il dramma fu evitato e la fortuna arrise al signor G.; citeremo soltanto, per qualche analogia paterna, quella sulla motonave Pacinotti a Genova il 18/1/1957: si salvò dallo scoppio vicino di un motore elettrogeno con nove feriti, ne evitò un altro nella guardia di tre notti dopo così da essere prosciolto per il grave incidente a fine 1959 dalla procura penale a Palazzo di Giustizia.*

Il fato

Abbiamo constatato possa essere benigno ed allora perché non programmare, in un gennaio (sic) postmatrimoniale, un figlio dal nome in argomento, anzi fondendolo con l'altro su desiderio della moglie?

Il concepimento tardò e fu "distratto" da una cefalea tanto crescente quanto inquietante, pertanto rimandato nel dubbio, allora sospeso, di una ereditarietà che già colpiva parte del parentado, sorella compresa.

Quarant'anni fa non erano state scoperte le endorfine e gli altri peptidi oppioidi naturali che modulano la soglia del dolore, poi sintetizzati ma iniettabili

li soltanto nel liquor spinale, cioè una tantum per comprovarne la loro insostituibile e preziosa funzione.

A quel tempo, mancando la conferma scientifica della malattia, l'istinto naturale della procreazione, o almeno del suo tentativo, avrebbe potuto realizzarsi: così come successivamente per molte coppie, dato che il nascituro può ereditare dal genitore non cefalalgico. Come abbiamo riconosciuto all'inizio "non c'è la verifica del se..." e la conclusione è stata forse sensata, certamente amara per il signor G., ed amarissima per la consorte; idem per una mancata adozione, non per un'età avanzata ma per ulteriore avanzamento della cefalea, status delicato per gli adulti e comprensibilmente ancor più per i bambini nella loro naturalità ambientale.

Il "parallasse" ci ricorda l'ossimoro delle convergenze parallele, cioè il rischio di trasmettere al figlio un futuro tanto difficile e la rinuncia prudentiale; questa giudicabile un esagerato senso di responsabilità al limite di un altruismo impagabile, contrapposta ad una deformazione della continuità della specie ovvero ad un iperprotettivo egoismo esistenziale.

Chissà che le due concezioni al riguardo, distinte ed antitetiche, non si fondano all'infinito, in una prospettiva che adesso non possiamo vedere e comprendere.

Intanto, errore o non, Emiliano non è mai nato.

* www.see.it/opinioni

La scienza può aiutare, un'Aspirina può alleviare il dolore, ma nella lotta contro l'emicrania decisivo rimane lo sforzo individuale che ogni paziente deve fare per combattere senza lasciarsi sopraffare, senza cedere alla depressione o compiacersi in forme di auto-colpevolizzazione. Bisogna invece continuare a volersi bene, evitare gli stress inutili e lottare continuamente per migliorare la qualità della propria vita. Solo così si può non solo convivere con l'emicrania ma persino mitigarne gli attacchi e gli effetti. Questa la soluzione proposta da Manuela Bolognese, una ricetta che lei stessa definisce "semplice", forse addirittura "troppo banale", ma anche "l'unica possibile". Rimane però un dubbio. Perché l'autrice ha scelto per spiegarsi la forma letteraria di una fiaba per bambini? Ed il vero destinatario della favola è la piccola nipotina o lei stessa? In altri termini: la morale della fiaba, quella vera che si legge solo fra le righe, è che persino il semplice "volersi bene" (dedicare più tempo alla cura di se stessi, fare lunghe passeggiate, ecc.) rimane per molti pazienti un difficile obiettivo da realizzare, se non addirittura un sogno.

Cefalea e piccola Aspirina

Manuela Bolognese

Premessa:

Dopo uno dei più forti attacchi di cefalea e di fronte agli interrogativi impliciti di una bambina di quasi due anni, mia nipote, che non poteva comprendere l'entità del mio dolore, ho deciso di scrivere una favola, che riuscisse a soddisfare la sua curiosità e al contempo a darmi conforto.

Forse io non ho raggiunto il secondo obiettivo, ma senza dubbio, la mia nipotina ha trascorso qualche istante di serenità con il mio racconto.

C'era una volta un piccolo paese chiamato Babaluba, arroccato su una cima di montagna, così alta da sembrare a volte congiunta con il cielo.

La sua caratteristica principale risiedeva nella bellezza naturale del suo paesaggio, tanto ricco di colori, così vivi e splendenti, soprattutto nelle facciate delle case, da formare quasi una tavolozza su cui qualsiasi artista avrebbe desiderato sbizzarrirsi, per creare divertenti immagini.

Al primo sguardo ogni straniero, che lì per caso vi giungeva, restava affascinato da cotanta naturale armonia, da innamorarsene immediatamente.

Il problema, però, risiedeva nel carattere degli abitanti di quella cittadina, e precisamente nel loro umore, sempre più triste.

Tale situazione si era prolungata così a lungo nel tempo che nessuno, in realtà, sapeva bene se tale condizione era più la conseguenza o la causa del loro stato d'animo: sta di fatto che ogni giorno, in certe ore, quella gente soffriva di violenti attacchi di mal di testa.

Il solo pensiero di poter essere in qualche modo soggetti a questi attacchi rendeva la vita di queste persone insopportabile e ne condizionava pesantemente le abitudini quotidiane e le relazioni interpersonali. Tutte le tapparelle delle finestre delle case restavano abbassate l'intero giorno, per evitare di ascoltare, anche solo da lontano, la voce di quella che sembrava essere la causa di tutti i mali.

Nei boschi che circondavano la periferia, infatti, viveva un piccolo essere, tanto sconosciuto nelle sembianze, quanto ben noto nel nome: "Cefalea".

In effetti nessuno a Babaluba poteva ben dire di che specie si trattasse, ma tutti erano ben convinti del fatto che il solo ascolto della voce di Cefalea provocasse quegli insopportabili mal di testa. Nessuno era disposto a credere che, forse, si era creata una falsa leggenda, cioè che non avesse così tali poteri, come le venivano invece attribuiti, e che le avevano ancor di più impedito di instaurare qualsiasi rapporto con l'esterno, relegandola in una condizione di forte emarginazione.

La preoccupazione di quella gente restava, così, quella di riuscire un giorno a sconfiggere quel male, che essi ritenevano provocato da Cefalea.

Improvvisamente, un giorno qualunque, arrivò nel paese una piccola bambina di nome "Acido Acetilsalicilico", da tutti gli amici chiamata più semplicemente "Aspirina": come ben presto si vedrà il nome non era poi così importante, quanto il messaggio che sarebbe riuscita a trasmettere a tutti quegli uomini.

La piccola decise di sfidare la paura e, spinta da tanta curiosità, si addentrò nel bosco dove viveva appunto Cefalea.

Non appena Aspirina l'ebbe incontrata, spinta da una certa temerarietà e al contempo da generosità, pronunciò in un sol fiato queste parole:

"Buongiorno! Tu dovresti essere Cefalea! Il mio nome è Acido Acetilsalicilico, ma tutti mi chiamano Aspirina". E ancora: "Sono venuta a fare la tua conoscenza".

Cefalea presa all'improvviso esclamò: "Ma chi sei? Che cosa vuoi? Che cosa sei venuta a fare fin quaggiù?". Ma pri-

ma che la bimba potesse rispondere, ecco che Cefalea incalzò: "Ma certo, anche tu dovresti essere una di quelle del paese, (magari con più coraggio tanto da arrivare fin qui), che mi odia e che vuole che io scompaia immediatamente".

Aspirina profondamente imbarazzata e molto colpita dai toni violenti con cui Cefalea pronunciava quelle parole, un po' sulla difensiva, rispose: "Oh, Cefalea, non dire così! In paese, è vero, mi hanno parlato di te, ma non avere paura, io non sono giunta fino a qui con cattive intenzioni".

Il suo interlocutore, a quelle frasi che sembravano una sfida, e con l'aria di chi si sentiva essere presa in giro, disse: "Io paura! Deve ancora nascere chi sia in grado di impaurirmi!". Poi con un fil di voce velato di tristezza, quasi riflettendo sulle parole che aveva appena pronunciate, aggiunse: "Lo so, tutti mi detestano e vogliono che io scompaia, perché credono che io sia la causa dei loro mali".

A questo punto seguì qualche secondo di pausa nel dialogo, ma Aspirina sentendosi rincorata da quelle parole, che svelavano, in ogni caso, un bisogno di consolazione, decise di continuare: "In paese dicono così perché non ti conoscono e si fidano solo delle maldicenze che da tempo circolano su di te. In fondo non sei così male!".

Cefalea sembrò a quel punto, e per la prima volta dopo tanto tempo, quasi sollevata, ma subito si riebbe e riprese il controllo della situazione, per non mostrarsi troppo debole di fronte a quella, che al di là di tutto, era pur sempre una sconosciuta.

Fu così che C. in tono quasi provocatorio disse: "Ma tu chi sei veramente? In fondo non mi hai ancora risposto! Come fai a dare dei giudizi se sei ancora

una bambina?!". Aspirina a questo punto rispose: "E' giusto, sono piccola, ma senza presunzione, credo di aver capito che sia possibile, in fondo, vivere con te".

C. subito: "Ma allora non hai capito niente di quello che ti ho detto fino ad adesso!. Tutti sono convinti che solo l'udire della mia voce provochi un forte dolore alla testa!. Vattene immediatamente, ti ho concesso anche troppo tempo!". Quest'ultima frase fu pronunciata con così tanto impeto da riuscire, per la prima volta dall'inizio di quello strano incontro, a spaventare seriamente la piccola: in fondo Aspirina era convinta di non aver detto niente di offensivo, tale da scatenare una così violenta reazione verbale.

A questo punto, però A. decise di non sfidare ulteriormente il destino e fece un movimento con le spalle, di chi si accinge ad andarsene. Cefalea, così sicura nel pronunciare quelle parole, si accorse di avere offeso eccessivamente la bimba, e sicura che non avrebbe avuto più in futuro un'occasione del genere per poter parlare con qualcuno, quasi rivedendo la sua posizione, si affrettò a dire, con un certo timore di essere respinta: "Aspetta! Beh... Ti arrendi presto tu". E poi: "Credevo tu fossi più coraggiosa! Io non ho timore di te, ma la curiosità (e si intende solo quella) mi spinge a sapere quale sia, se in effetti c'è, una tua proposta, per migliorare i rapporti con gli abitanti di quel paese".

Aspirina, sentendosi quasi investita di una responsabilità, che poteva apparire in un primo momento troppo gravosa per una giovane come lei, rispose con entusiasmo: "Non ti preoccupare, è tutto molto più semplice di quanto sembri, basta solo che io ti presenti agli uomini e alle donne di Baba-

luba".

Cefalea, sorpresa da tanta ingenuità, rispose: "Ma tu sei un'illusiva! Come puoi pensare che coloro i quali mi hanno evitato per tutto questo tempo e che hanno una così scarsa considerazione di me, possano accettare una tale proposta e siano disposti, non tanto ad incontrarmi, ma solo a sentir pronunciato il mio nome?. Come ti ho già detto loro non mi sopportano e vorrebbero che io scomparissi per sempre. Non saranno mai disposti ad un compromesso del genere".

Aspirina: "Cefalea, devi smetterla di essere così poco fiduciosa nel genere umano: ci sono tante persone in questo mondo disposte a venire incontro agli altri. Basta solo sapersi un po' spiegare"

C.: "Ma io ho tentato tante volte di avvicinarmi a loro, di avanzare le mie ragioni, ma mi hanno sempre cacciato via! E' a quel punto che ho deciso di rifugiarmi in questo bosco, al di fuori da qualsiasi contatto umano, privandoli addirittura della mia vista, per non turbarli eccessivamente. Quella gente è troppo arroccata nelle sue convinzioni ed è incapace di comprendere che il suo dolore ha una causa da ricercarsi più all'interno di loro stessi, che all'esterno".

A: "Ma Cefalea, non devi essere così pessimista, vedrai che una soluzione riusciremo a trovarla".

Pronunciando queste parole, Aspirina si accorse di essersi spinta oltre, in quella che poteva apparire una promessa, in quel momento difficile da mantenere, ma il suo carattere le impediva di arrendersi così facilmente.

Sta di fatto che le due si lasciarono con l'impegno di ritrovarsi al solito posto, il giorno successivo, per dare tempo ad Aspirina di architettare un piano, che

le permettesse di raggiungere lo scopo tanto desiderato.

Fu così che la bimba ritornò in paese, nella speranza di trovare l'idea giusta per questo caso: ed è proprio arrivata nella piazza principale del paese, le si presentò l'occasione adatta.

Sul muro adiacente la fontana, infatti, era stato affisso un manifesto sul quale vi era l'invito rivolto a tutta la popolazione di partecipare alla festa in maschera, che si sarebbe svolta proprio in quella piazza il giorno successivo.

Ad Aspirina ciò sembrò un segno del destino, da cogliere immediatamente per realizzare il suo progetto, dato che in quell'occasione avrebbe avuto l'opportunità di vedere raccolti tutti gli abitanti di Babaluba, e di far valere le ragioni della sua nuova amica.

L'indomani, di buon ora, la bambina si svegliò al rumore dei preparativi che già si svolgevano in piazza: tutti i cittadini sembravano frementi di partecipare ad un evento festoso, che a dir loro avrebbe alleviato un po' le sofferenze che quotidianamente dovevano sopportare a causa del mal di testa.

Aspirina, di gran carriera, percorse la strada che l'avrebbe portata nel bosco, e così raggiunse velocemente il luogo dell'appuntamento fissato il giorno precedente.

"Senti" disse Cefalea incontrandola "tutta la notte ho ripensato a quello che mi avevi detto ieri, e... non sono più tanto convinta di voler fare un tentativo di riavvicinamento con gli abitanti di Babaluba".

Aspirina, un po' sorpresa delle parole che aveva appena ascoltate, disse: "Ma che cosa stai dicendo? Non puoi arrenderti proprio adesso che ho trovato la soluzione ai nostri problemi!".

Cefalea stupita, e allo stesso momento

quasi rincuorata, rispose: "Davvero? Hai veramente trovato una soluzione? Di che cosa si tratta, dimmi dai!".

Aspirina, finalmente felice di aver scatenato una reazione così interessata, svelò il suo progetto: "Ascoltami attentamente! Ieri in paese sono venuta a conoscenza che ci sarà una festa in maschera...".

Cefalea, quasi delusa: "E allora! Che cosa vuoi che mi interessi di una festa...".

Aspirina: "Aspetta! Fammi raccontare! Vedi, in quell'occasione si riuniranno tutti gli abitanti di Babaluba, e noi avremo l'opportunità di far valere le nostre ragioni...".

Cefalea, attonita: "Io veramente non ho ancora capito! Forse vuoi mandarmi in pasto a tutta quella gente, che non vede l'ora che io scompaia".

Aspirina: "Ma no, non ti ho ancora detto niente del mio piano! Trattandosi di una festa in maschera e dato che nessuno ti conosce in viso, noi due avremo l'opportunità di partecipare e di instaurare un primo contatto con loro". E poi: "Non ti preoccupare, per il resto ci penso io!".

A queste ultime parole, Cefalea apparì ancor più preoccupata, nel dubbio se fosse stato il caso di continuare a fidarsi della bambina: ma in fondo ben presto capì che non aveva altra scelta se voleva uscire da quello stato di emarginazione, a cui era relegata ormai da troppo tempo e decise di accettare.

La bimba curò nei minimi particolari il suo piano: scelse gli abiti delle maschere, si accertò sull'orario di svolgimento della festa e si presentò puntualissima all'appuntamento fissato alla mattina con Cefalea.

In gran fretta, la bambina aiutò Cefalea a vestirsi, perché non voleva certo arrivare in ritardo, compromettendo così irrimediabilmente il suo progetto: eb-

be però il tempo di rincuorare la sua amica di avventura con delle semplici parole. Aspirina, infatti, disse: "Non essere tesa, vedrai che tutto andrà bene! L'importante è che tu segua le mie indicazioni".

Ben resto le due arrivarono in piazza, che era già allora affollatissima di tante persone, che avevano atteso con trepidazione quella ricorrenza festosa. Per alcuni minuti Cefalea ed Aspirina rimasero in disparte, fino a che quest'ultima non decise che era arrivato il momento di attuare ciò che aveva progettato.

La bambina cercò, infatti, di fare amicizia con alcuni dei partecipanti, scambiando con loro qualche parola di cortesia, con Cefalea silente nell'infondato timore che qualcuno potesse riconoscere la sua voce. Si presentava, così l'occasione giusta per la bimba per agire e per far comprendere a tutti come l'opinione che si erano fatta su Cefalea fosse completamente sbagliata.

All'improvviso, Aspirina, fattasi coraggio, e sorprendendo per prima la sua povera amica, si precipitò al centro della piazza e con un grido fortissimo riuscì ad interrompere la musica e di conseguenza le danze.

La bimba in un sol fiato pronunciò queste parole: "Buonasera signori, sono spiacente di interrompere la vostra festa...".

Un uomo che si trovava in prossimità di Aspirina, e che più tardi si seppe essere il sindaco, la interruppe: "Ma tu chi sei? Io non ti ho mai visto in giro! Come ti permetti di disturbare la serata! "

Aspirina, un po' intimorita, proseguì: "Sì, ha ragione, non mi sono ancora presentata! Il mio nome è Aspirina e vengo da lontano. Ho preso la parola perché devo dire qualcosa di molto importante".

L'uomo che era appena intervenuto disse: "Va bene, ma allora fai in fretta, e dopo di questo lascia immediatamente Babaluba".

La bambina continuò: "Vedete, io sono qui solo per farvi rendere conto dello sbaglio che state commettendo...".

A queste parole la folla insorse: "Ma come si permette una giovincella, e per di più straniera, di offendere un'intera città...".

Aspirina rendendosi conto di essere stata troppo brusca, tentò di rifarsi: "Ma io non volevo in alcun modo offendervi, anzi volevo solo aiutarvi...".

Il sindaco, a questo punto, sbottò: "E per di più presuntuosa...!".

La bambina accorgendosi di essere in forte difficoltà e scorgendo il volto di Cefalea, che fino a quel momento era rimasta silenziosa, e che vedeva svanire pian piano il suo sogno, con forza riuscì ad imporre la sua voce sopra le altre: "Aspettatemi, fatemi parlare! Quello che vi chiedo è solo qualche istante...!". Aspirina, cogliendo l'attimo, proseguì: "Vedete, io sono venuta a conoscenza del fatto che voi da molto tempo soffrite di una dolorosissima malattia...". Uno dalla folla intervenne: "Certo, lo sanno tutti che ogni giorno dobbiamo combattere contro il mal di testa...".

"Ebbene", disse Aspirina "Io so anche che voi imputate la causa del vostro male ad un essere che si trova nel bosco...". Prima che potesse terminare la frase, uno di nuovo interruppe: "Non nominarla neppure, non vogliamo saperne niente di ciò che ci rovina ogni giorno l'esistenza!".

A quelle parole Cefalea, che si trovava, dopo tanto tempo, direttamente di fronte all'odio di quella gente, si sentì gelare.

Aspirina, comprendendo lo stato d'a-

nimo della sua amica, e non essendo disposta a demordere, non si fece intimorire e continuò: "Come stavo dicendo, io sono venuta a conoscenza di questo fatto e ho intenzione di dimostrare qui, di fronte ai vostri occhi, che le vostre credenze sono prive di ogni fondamento!".

Il sindaco incalzò: "Ma come fai a dire una cosa del genere! Tu non sai quale sia la nostra sofferenza! Ogni giorno ci chiudiamo nelle nostre case, e molti di noi non possono avere nessun contatto umano con l'esterno, proprio perché sono impediti dal dolore".

A: "Io vi comprendo perfettamente, e sono solidale con voi, ma ho la certezza che non sia Cefalea (e scusate se la nomino) ha provocare i vostri mal di testa".

Il sindaco, ancora: "Certo che è lei, ne siamo ormai sicuri. Nessuno ha il coraggio di avvicinarla e basta la sua presenza o addirittura la sua voce da lontano a scaturire in noi gli attacchi!".

A: "Se questo fosse vero, anche in questo momento, voi stareste soffrendo, e a me non sembra...". La folla rispose: "Ma che c'entra, allora non hai capito! In questo luogo non c'è Cefalea!".

A: "E' proprio qui che vi sbagliate! Cefalea è vicina a voi proprio in questa piazza!". La gente: "Ma tu stai scherzando! Non è vero, altrimenti ce ne saremmo subito accorti, dato che saremmo stati colpiti dalla malattia".

Aspirina: "Proprio questo vi deve far riflettere e capire che vi state sbagliando su Cefalea, e che la causa del vostro male sta in ben altro...!".

Un uomo dalla folla sfidò la bambina: "Se quel che dici è vero dimostracelo. Presentaci quella che, a tuo dire, sarebbe ingiustificatamente accusata".

Aspirina, accogliendo la provocazione che le era stata fatta, volse lo sguardo verso Cefalea e, con un cenno della te-

sta, la invitò a raggiungerla al centro della piazza. Quest'ultima, facendosi coraggio, decise di accettare l'invito e si avvicinò alla sua amica. Nessuno poteva certo riconoscere Cefalea sotto il suo abito di maschera, ma c'era un tratto fisico, che la contraddistingueva e per il quale veniva additata: la voce. Con molta timidezza riuscì solamente a pronunciare: "Buonasera..."; tanto bastò a tutti i presenti per capire che ciò che aveva appena detto la piccola corrispondeva a verità.

Dalla folla emerse una espressione di stupore generale: "Oh..."; nessuno, in realtà, riusciva ben a rendersi conto di quello che era accaduto.

Seguì qualche istante di grande silenzio, e alla fine fu solo il sindaco che aveva così attaccato duramente Aspirina, a prendere la parola e a dire: "Ma che cosa sta succedendo?... Si tratta certamente di uno scherzo?... Quella voce non può essere di Cefalea, perché altrimenti saremmo già stati colpiti dall'attacco di mal di testa...".

Approfittando della situazione, e prima che il rappresentante potesse concludere il suo pensiero, Aspirina intervenne: "Non vi siete affatto sbagliati... Questa è proprio Cefalea, quell'essere che voi tanto avete respinto in tutti questi anni, che avete allontanato dalle vostre vite, relegandola in uno stato di emarginazione al confine della città".

Grazie alle parole di Aspirina, tutti cominciarono a rendersi conto che forse poteva esserci un errore in ciò che avevano pensato in tutti questi anni rispetto a Cefalea, ma il ricordo quotidiano delle sofferenze che tutti gli abitanti di Babaluba avevano dovuto affrontare, impediva loro di avere una visione serena di quello che stava accadendo.

Aspirina non intendeva, dal canto suo,

arrendersi nel tentativo di far riconoscere a queste persone il tragico errore che avevano commesso, così continuò nel suo discorso: "Questa sera voi tutti avete avuto la prova di quale ingiustizia si sia consumata ai danni di Cefalea...Nei vostri pensieri c'è sempre stata la convinzione che la presenza o addirittura solo la voce di questa mia amica potesse cagionarvi dolori e sofferenze...Ma voi tutti siete qua, insieme a me, e non è successo niente di quanto voi paventavate, e non sarete soggetti a nessun tipo di rischio in questo senso..."

Mentre Aspirina pronunciava queste parole, dalla parte più esterna della piazza cominciarono a muoversi un gruppo di bambini, che fino a quel momento erano stati esclusi dalla festa, perché considerati troppo piccoli per parteciparvi, e relegati in un angolo giochi. Proprio i bambini con la loro ingenuità e bontà d'animo, erano quelli più consapevoli, di come tutti i mali che interessavano Babaluba, non fossero in alcun modo riconducibili a Cefalea, quanto ad una distorsione presente nella società.

Aspirina, sentendosi ancor più incoraggiata dalla presenza di quei piccoli, continuò: " Cefalea non è la causa dei vostri dolori, bensì la conseguenza!...Difatti tutto il male che è presente nella vostra società è imputabile solo alle distorsioni che si sono verificate nei vostri rapporti umani!...Pensate al fatto che nessuno di voi ha rispetto o fiducia nel prossimo...Voi siete impegnati tutto il giorno nei vostri affari e ciò vi impedisce di coltivare rapporti di amicizia con i vostri vicini...Siete in ogni momento sottoposti ad uno stress che non vi permette talvolta di pensare a volervi bene o a volerne ai vostri figli!"

Dopo qualche secondo, comprendendo di aver attirato oramai l'interesse di tutta la folla, Aspirina riprese: "Vedete, io non voglio essere troppo severa con voi, perché capisco quanto sia difficile vivere nella società moderna, sottoposti a tensioni continue, con la spinta di dover dimostrare sempre e comunque quanto si valga, in continua competizione con gli altri...Io ho sempre avuto la convinzione, però, che gli uomini siano per loro natura portati al bene e che debbano in ogni caso rifiutare tutto ciò che li porti in un senso contrario da questo....Pensate un momento a quanto potrebbe essere bella la vostra esistenza in questa città che sembra un paradiso incantato, ricco di colori e di luce...Non sprecate, vi prego, più tempo in false credenze e cercate di migliorare i vostri rapporti e vedrete che, anche se con fatica, riuscirete a condurre sicuramente una vita più felice".

Aspirina concluse: "Cefalea, indipendentemente da ciò che si pensi su di lei, fa parte dell'esistenza di molti: ciò che possiamo fare, ed è nostro dovere farlo, è vivere la nostra vita nella maniera più felice possibile, e con ciò eviteremo, o ridurremo drasticamente qualsiasi tipo di sofferenza fisica a noi e al nostro prossimo".

Da quel momento in poi gli abitanti di Babaluba cambiarono in maniera decisiva il loro stile di vita: dedicarono più tempo alla cura di loro stessi, facendo lunghe passeggiate per quei sentieri, che erano rimasti fino allora praticamente sconosciuti e rimanendo tante ore all'aria aperta; instaurarono solide amicizie con i loro compaesani, dimostrando la chiara volontà di aiutarsi sempre a vicenda e di evitare lunghe liti di quartiere; ascoltarono di più le parole dei loro figli, che si erano dimo-

strati, in fin dei conti, più saggi dei loro stessi genitori; infine ebbero sempre una gran voglia di vivere e di migliorare umanamente la loro esistenza.

Conclusioni:

Ogni favola che si rispetti ha una propria morale e questa ne ha una semplicissima indicata per chi soffre di mal di testa come me: la scienza viene incontro a tutti noi per alleviare la nostra sofferenza (nel racconto scherzosamente l'ho chiamata Aspirina, perché è uno dei principi attivi più semplici, anche se avrei potuto appellarla in qualsiasi altro modo), ma la cosa più semplice che noi possiamo fare, dal canto

nostro, è migliorare, (come metaforicamente fanno gli abitanti di Babaluba), la qualità della nostra vita (per dirla in breve, dobbiamo volerci più bene), cercando di colpevolizzarci meno e di non essere sottoposti a stress inutili e dannosi per la nostra salute.

Io stessa penso che queste parole possano essere troppo banali, ma in fondo questa ricetta è l'unica che possa permettere a noi tutti (e scherzosamente ai cittadini del paese immaginario) di stare meglio con noi stessi e con gli altri: fino a che non verrà messa in pratica dovremmo, almeno per la mia esperienza personale, combattere contro la nostra "Cefalea".

Un tratto psicologico interessante, variamente presente in tutti i racconti di letteratura emicranica, è la personificazione della malattia, ossia la sua trasformazione in una specie di persona, un soggetto dotato di vita e volontà sue proprie. La si chiama con un nome proprio (Emi, Cefy, Cefalea), ci si rivolge ad essa (a lei) in seconda persona, si cerca di convincerla ad andarsene, quasi che un franco dialogo con la malattia fosse l'ultima speranza dopo il fallimento di tutti i rimedi materiali. E come in ogni dialogo umano si cerca non solo di capire le parole dell'interlocutore ma anche di interpretarne il senso nascosto, intuire ciò che, con le sue parole, vuole dissimulare. Cercando una risposta alla domanda centrale "Oh! Ma tu chi sei? Perché mi hai voluto incontrare? Che ti ho fatto io?"

Sia fatta la tua volontà, la mia perdita per sempre

Maria Pia Grazia Ciccarone

La prima volta, c'è sempre una prima volta, che ti ho incontrato, è stato come un lampo a ciel sereno, perché fino ad allora... io ero serena!

Sei entrato nella mia vita senza chiederne il permesso, senza preavviso.

Hai invaso la mia mente, hai condizionato il mio corpo in tutte le sue cellule e ti sei piazzato lì.

Inizialmente ho creduto ad un momento passeggero e ti ho accolto senza chiedermi nulla.

Mi hai letteralmente monopolizzata.

Quanta forza che hai avuto!!

Nessuno avrebbe giurato che saresti stato un mio compagno per così lungo tempo, e poi, così imperioso e prepotente!

Qualcuno ha anche ironizzato, dicevano che i miei occhi, quando c'eri tu, brillavano di una luce strana, dicevano che avevo lo sguardo di una aringa affumicata!

Già ...proprio affumicata!!

Quando, distrattamente, mi toccavo le tempie, dicevano... "sta tentando di bucarsi la testa!"...

E sì, era proprio così, se ci penso.

Ho provato a mandarti via - ma che testardo - non ci sono riuscita. Ti sei imposto.

E bravo, mi congratulo con la scelta, mi volevi proprio nel tuo harem!!

Seduttore, Vedova Nera!

I momenti più belli della mia vita li ho vissuti con te, sempre a rincorrerci.

Io mi nascondevo dietro praline di zucchero colorato e tu facevi capolino, furbescamente celato da una coltre di fumo.

Che caparbio, sei più duro di una roccia granitica.

Che tempista che sei, sembrava che tutto fosse calcolato, arrivavi nei momenti più importanti, rovinando tutto.

Quante notti ho trascorso insieme a te, rinunciando a vivere momenti di felicità.

Il teatro, il cinema, le feste chiassose dall'allegria dirompente, non sono il tuo forte, eh? Gelosone!!!

Mi hai piegata sempre, eri così convincente ed assillante che io, stressata soccombevo.

Stanco di dividermi con altri, hai deciso di convivere con me!

E bravo! In barba ad ogni pregiudizio senza diritto di replica, ti sei piazzato nella mia vita, hai manomesso i miei equilibri, e mi hai imposto la tua dieta...

Basta con il cioccolato, basta con il formaggio, per me cibo degli dei, e..., non parliamo del brandy, no che io fossi una alcolizzata ma proibirmi un goccio nei momenti più bui della mia crescita esistenziale, e no!... questo non avresti dovuto farlo!

Proibito! Proibito!

Persino la pizza senza un bicchiere di birra! Perché eri allergico?

Oh! Ma chi sei?

Perché mi hai voluto incontrare? E che ti ho fatto io, ti ho rotto l'anima?

Lasciami, ti prego, ti scongiuro, lasciami!!!

Macchè!

Quante volte ho urlato il mio diritto alla libertà da te. Quante lacrime!!

E più piangevo e più ti facevi sentire, sadico, ora non piango più! Tiè!

E non parliamo dei viaggi...

Cristo che tormento!

Mi seguivi dovunque, non è che ti faceva male qualche mezzo di trasporto, no è?!

Sempre attaccato alla mia sottana e poi, non ho capito mai, perché quando urlavi ti sentivo solo io?

Ma no, scordavo, mi facevi venire le allucinazioni uditive.

Che scherzo da prete, non te lo perdonerò mai!

E mi devi spiegare perché hai sempre accelerato il mio ritorno dalle vacanze? Perché non ti bastava l'attenzione giornaliera fino all'esaurimento delle forze? Volevi di più, dovevo ritornarmene e starmene nei silenzi con te, perché tu ti sentissi appagato.

Ti odio, ti odio, ti odio.

Mi sono convinta, per un certo periodo

che l'antidoto giusto alla tua presenza fosse il sesso! E già, io credevo così! Povera illusa non mi hai concesso un giorno di tregua fino al punto da rinunciarti o da carpire l'attimo fuggente, approfittando della tua breve, illusoria, disattenzione da me...

Indiscreto e prepotente!

Guarda ho preso una decisione: o te ne vai o ti trascino dal neurologo!!

Arrivi persino a farmi illudere, in rari momenti, quando ti allontani per massimo due giorni di fila, che te ne sei andato de- fi- ni- ti- va- men- te!

Illusioni perdute.

Esplodi nella mia Pia Madre, come un razzo, fino al punto che non posso più inspirare col naso.

Altro che Pia Madre, se fosse Pia non ti accoglierebbe così.

Che bastardo, passi dalla madre per imprigionare la figlia, eh?! Vigliacco!

Mi sento crocifissa e quella corona di spine, pare che l'abbia ereditata io!

Ma perché proprio a me, chi la voleva? E' meglio se cambio religione.

Pregherò le ricerche nelle mie litanie, chissà, se un giorno riusciranno a farmi divorziare a ragione, da questo vincolo assurdo che ha fatto della mia vita un inferno.

Non lotterò per gli alimenti: ormai ho detto addio alla cara vecchia nutella, ai profiterol, alla pizza ai quattro formaggi; al loro posto cocktail a volontà di placebo colorati che mi fanno dormire senza sogni, mi illudono, per un attimo, che tu: MAL DI TESTA non sei la mia vita, sei riuscito a schiavizzare il mio corpo ma la mia anima è libera ed esiste.

Un pregio non indifferente dei concorsi letterari riservati ai pazienti cefalalgici è quello di fornire loro un'occasione per spiegare come ed attraverso quali percorsi mentali arrivino a trovare un modo per convivere con la malattia. Non pochi trovano nella fede religiosa una consolazione, o almeno una risposta a quesiti non marginali: "perché proprio a me?", "Ha questa sofferenza un qualche significato, una giustificazione che in qualche modo la trascenda?" Anche Maurizio Mazzotta ha trovato un "suo" modo di convivere con l'emicrania. Non è un metodo ortodosso, non ha nulla di religioso e non apparirà mai in alcun protocollo terapeutico o di sostegno psicologico. Però funziona, in parte almeno, e nessuno potrebbe negarne la creatività (che il suo inventore rivendica e noi volentieri riconosciamo). Cos'è? Leggi il racconto; solo all'ultima pagina capirai in cosa l'arguta mente di Maurizio Mazzotta ha saputo trasformare "Cefa" ed "Emy".

Cefa ed Emy

Maurizio Mazzotta

Quando Cefa ed Emy si catapultarono nella mia vita prepotentemente, sia pure non insieme, prima una poi a distanza di anni l'altra, ero comunque troppo giovane - al tempo di Cefa avevo solo dieci anni - per immaginare che sarebbero entrate in seguito, molto in seguito, nella mia vita sessuale in modo assai significativo e soddisfacente. Adesso posso pure descriverle. Cefa era grassottella, cicciona no, no, ma tondeggiante sì, tondeggiante, soprattutto il viso, una fronte ampia, oserei dire bombata, non era proprio piacevole a vedersi, forse per questo non ne fui attratto, perché in effetti a dieci anni avevo già le mie fantasie erotiche e un tipo di ragazza così era assai lontana dalle donnine degli almanacchi profumati che ciascuno di noi, metà bambino metà ragazzo, a quel tempo sfogliava di nascosto.

Appariva, Cefa, spesso dopo pranzi o cene consistenti, al momento della digestione, che era assai lenta. Appariva quasi a reclamare la sua parte, offesa, infastidita per non essere stata invitata e diventava così insistente che mi

dava nausea. La notte, la notte soprattutto, mi svegliava, se la prendeva tanto con me che finiva per farmi vomitare, scusate l'espressione. E si allontanava piano piano, come soddisfatta per essersi vendicata. Potete immaginare come mi svegliavo la mattina, dopo una nottata in sua compagnia con l'epilogo cui ho accennato. In aggiunta i miei genitori mi rimproveravano: tu mangi troppo la sera.

Nei miei, col passare del tempo, la preoccupazione aumentava e la frase "tu mangi troppo la sera" diventava sempre più circoscritta, sicché "il mangi troppo" divenne via via: "mangi troppo formaggio", "ti fa male il cibo fritto", "dovresti escludere i grassi dalla tua dieta" e così via finché il medico di famiglia mi palpò. Siccome non c'era granché da palpare mi fecero le analisi; siccome non risultò nulla subentrarono gli specialisti. Mi dissero che avevo lo stomaco allungato e che per questo la mia digestione era lenta. Parlavo di Cefa che mi si presentava anche quando non mangiavo molto, tantomeno grassi e fritti che mia madre aveva

eliminato dalla nostra dieta (con grave disappunto delle mie sorelle... ma si sa il maschio è maschio - sto parlando e si è capito di cinquant'anni fa -). Lo specialista faceva finta di non avermi sentito e parlava con i miei, come se il mio parere contasse meno che zero.

Dunque quando Cefa cominciò a presentarsi con una certa frequenza io avevo già capito che dovevo contare sulle mie forze e scoprii da solo, prima ancora che a scuola me ne parlassero, il metodo scientifico, che inizia con l'osservazione. Capii da solo l'importanza dell'osservazione sistematica, della verifica, della ripetizione dell'esperimento. Peccato! non ero consapevole di cotanta scoperta, ne sarei stato soddisfatto. Il mio impegno era *capire quali erano gli alimenti - perché su questo non avevo dubbi nemmeno io - che attiravano Cefa*. La ricerca durò anni.

Ai primi tempi dell'università a Roma avevo poche ma sicure certezze, non convinzioni, proprio certezze raggiunte col metodo scientifico (che in quegli anni mi si diceva fosse di vecchia data, tuttavia presi coscienza che comunque per quanto mi riguardava l'avevo scoperto io), dicevo *certezze* valide ancora oggi: le certezze erano che l'aglio, la cipolla, i peperoni (ahi i peperoni! rinunciarci mi duole assai), i farinacei ingeriti a cena, comunque le cene copiose (su questo come sappiamo si espresse per prima mia madre, le madri sono madri intuiscono il vero, sia pure in modo parziale), attiravano Cefa inesorabilmente.

E se non mi appariva di notte, appena la scorgevo da lontano mi prendevo un *saridon* e agli amici, compagni d'università, per gioco, ma non tanto, dicevo che prendevo un analgesico per di-

gerire. Figuratevi gli studenti in medicina degli ultimi anni! Chi mi dava per ignorante, chi mi considerava matto, chi semplicemente sorrideva con aria di sufficienza. Il bello invece era che il *saridon* funzionava e Cefa rimaneva a distanza e spesso scompariva del tutto. Che il paracetamolo facesse venire la nausea a lei? Chissà, può darsi. Intanto però, ad essere sottili, il quesito si ingarbugliava: insomma era la digestione lenta a farmi venire il mal di testa o era il mal di testa che bloccava la digestione?

A quei tempi si è incoscienti: per risparmiare pranzavo alla mensa degli studenti, dove le pietanze inadatte al mio stomaco lungo e delicato vi sostavano così a lungo che la sera, appena intravedevo la sagoma di Cefa, assumevo prontamente il *saridon*. Lei si allontanava e io, inappetente, andavo a cena col solo cappuccino. In tal modo col *saridon* e il cappuccino saltavo la cena e accumulavo i soldi per ben altre esperienze.

Passarono gli anni e mi trovai laureato, con un lavoro che mi piaceva, con degli hobby intellettuali e la compagnia delle ragazze. No, non più ragazze nello stesso tempo, sono monogamo (a parte Cefa, Emy e mia moglie). Voglio dire una ragazza dopo l'altra. Non mi risparmiavo, come si suol dire. E verso i trent'anni ecco Emy che arriva.

Beh sì, come ho fatto con Cefa, per prima cosa ve la descrivo. Avevano poco o niente in comune, solo la definizione generica di "mal di testa". Cefa è rancorosa, cupa, punitiva; Emy si distingue per un certo modo di manifestare la sua presenza più da presso e cioè con un tambureggiare che finisce per assumere il ritmo del battito del cuore. Forse per questo, credo, ho finito per innamorarmene. Sì, confesso ho un de-

bole per Emy. Ma quando apparve, benché graziosa e snella non ne fui attratto: non corrispondeva nemmeno lei ai miei modelli di donna. Anzi la trovavo buffa. Avete presente il visconte dimezzato... oppure certi fuoristrada, credo giapponesi o coreani, che vi trovate davanti in autostrada e vi meravigliate quanto sono alti e stretti che paiono appunto tagliati per lungo... Conoscevo una ragazza dalla testa così stretta che ogni volta che notavo quel tipo di fuoristrada pensavo a lei e poi subito, per associazione: ragazza-ragazza, ad Emy. Svelta, rapida, più docile ai rimedi con i quali la scongiuravo di andarsene, Emy fastidiosa certamente, rimaneva in mia compagnia molto meno tempo, soprattutto non mi annientava come Cefa. Tuttavia mi chiedevo chi mai fosse: era Cefa che si era trasformata? Fui subito smentito. E da dove veniva, chi era, che voleva, quali condizioni la portavano da me. Domande senza risposte, finché non scoprii una sua caratteristica: la puntualità. Un sabato sì e un sabato no.

Ero nella capitale e decisi di rivolgermi a un Centro dove avevo saputo che si studiava il comportamento di Cefa ed Emy. Sapevo da un pezzo che altre persone erano infastidite dalla loro presenza e quindi mi rallegrai di tale scoperta, che cioè ci fossero studiosi che affrontavano esclusivamente un tale fenomeno. Sapete cosa accadde? Fu una grande soddisfazione. Dopo un'intervista mi dettero un fascicolo nel quale "*avrei dovuto rilevare la frequenza e l'intensità delle visite di Cefa e di Emy*". Figuratevi, io efficiente come ero, con che soddisfazione trassi i miei appunti, quelli recenti di Emy, perché quelli di Cefa non li avevo con me, erano rilievi fatti tanto tempo prima sui diari dell'allora Ginnasio. Ma

tutto ciò che riguardava Cefa era vivo nella memoria per cui assicurai i medici che mi sarebbe bastata un'ora. Me ne vado di là dissi, sono in grado adesso di riempire il modulo. E quelli: la rilevazione deve essere attuata per la durata di almeno uno o due mesi e non sulla base della memoria. Guardate almeno questo lavoro che riguarda Emy! No, nemmeno quello di Emy vollero vedere. Dovevo prendere in considerazione *quel* modulo. Perché non accettavano nemmeno il mio lavoro su Emy? Ah! pensai, dove regna la burocrazia c'è poca competenza.

Poi ci ragionai su e mi piegai al loro volere. Era indubbio: per quanto riguardava Cefa volevano una completa, precisa e non basata sulla memoria rilevazione di dati. E per Emy non potevano credere che ero in grado di consegnargliela sedutastante, abituati a pazienti superficiali. Me ne andai però con la soddisfazione che io a quindici anni avevo già pensato a questa fase preliminare di indagine.

Ricostruii - a parte per me - le presenze di Cefa, intanto rilevai le sue compare per due mesi proprio per verificare di quanto la rilevazione sulla base della memoria si discostasse da quella attuata su richiesta. Le discrepanze risultarono minime. Ciò che mi stupì invece fu che, riguardo alla frequenza, Cefa ancora superava Emy, la quale invece mi lasciava attonito per quella sua puntigliosità di venire a trovarmi di sabato.

In quei due mesi di osservazione cercai letture e cominciai studiare. A proposito dei cibi, per esempio, non si parlava di quegli alimenti che facevano impazzire Cefa, ma di tutt'altro, che io mangiavo raramente, come i conservanti degli alimenti in scatola o la cioccolata, che mi piace sì, ma che mangiavo e

mangio raramente. Il vino rosso, ah questo fu un dispiacere! Io invece avevo notato che il vino bianco richiama Cefa, quello delle osterie romane forse trattato con additivi perché non inacidisse.

Scoprii, studiando, che si parlava di particolari tipi di persone che venivano infastidite da Cefa ed Emy, soprattutto da Emy. Persone iperattive, efficienti, ansiose, che venivano regolarmente visitate da questa strana metà di ragazza, e proprio il sabato o la domenica. Così c'era una ipotesi sulle visite di Emy dunque. Mi analizzai. Ero iperattivo ed efficiente? Sì. Ansioso non mi sembrava, a meno che non si intendesse l'ansia del compito, di voler concludere presto e bene l'impegno preso.

Quando tornai dai medici del Centro con le rilevazioni compiute mi dettero un cocktail di farmaci, un protocollo da seguire e un nuovo appuntamento.

Il cocktail funzionò per due mesi, nel senso che diminuirono le visite di Cefa ed Emy. Soprattutto quelle di Cefa. Poi ritornarono le frequenze di prima e ritornai dai medici, nuovo cocktail, incremento di dosi. Risultati gli stessi: frequenza diradata, presenze più tollerabili. Ma poi ripresa. Credetemi. Da allora ogni lustro, più o meno, esasperato da queste due fanciulle, ho cercato nuovi studiosi in giro per le regioni del mondo, al di là dei confini delle mie abituali residenze. I risultati sempre gli stessi. Oltre ai rimedi chimici, quante altre esperienze!, di alcune mi vergogno... Ho accettato che mi "imponessero le mani". Ora mi sono convinto che l'ho fatto per studiare il comportamento del pranoterapeuta. In parte è vero. Studiavo la sua mimica, i suoi gesti, il contenuto delle sue frasi... Argomento di un altro racconto.

Cefa ed Emy facevano a gara per veni-

re a trovarmi e hanno lasciato segni indelebili nella mia memoria di certe loro visite.

Vi racconto solo di quella volta che vennero prima una e poi l'altra, e rimasero insieme a farmi compagnia in automobile mentre dovevo ancora coprire trecento chilometri per giungere a destinazione e la strada era abbondantemente innevata, non avevo catene, la neve era un'eccezione in quel periodo dell'anno e per quei territori che dovevo attraversare. La meta era un incontro con una cinquantina di persone nel primo pomeriggio. Con la neve i trecento chilometri diventarono tremila. E con la compagnia di Cefa ed Emy trecentomila. Perciò a un motel telefonai e risolsi almeno il problema dell'appuntamento.

A quei tempi su quell'autostrada non c'erano motel con camere. Per cui l'automobile fu testimone di come mi ridussero Cefa ed Emy. Quanto si divertirono quella volta! Ora che le conosco come le mie tasche e ho con loro un altro rapporto, le giustifico, sì le giustifico. Mi fermavo per vomitare e ripartivo. (La convinzione che lo stomaco avesse la sua parte mi ha condizionato un bel po'. Ah, i medici, morderei loro le mani! Potevano dirmi che a volte il rimedio era proprio mangiare! Uno di loro, lo scoprirete tra breve, mi illuminò in questo senso, ma non uno specialista. Poi le conferme in seguito quando ho cominciato a dialogare con Cefa ed Emy). Insomma quando arrivai a destinazione, ero bianco come un lenzuolo e mi portarono all'ospedale. Che ridere!!! Si fa per dire. Perché, pensavo, "capiscono così poco gli specialisti, figurarsi i medici del Pronto Soccorso". Dissi quello che era, non potevo parlare di Cefa e di Emy, mi limitai a dire che avevo un forte mal di testa che gli

analgesici ormai non mi lenivano. Un giovane medico sbarbatello, chiaramente alle sue prime armi, mi fece un'iniezione di *buscopan* (importante! scoprii il *buscopan*) e mi disse che dal momento che avevo vomitato ormai anche l'anima, di mangiare qualcosa di leggero e digeribile, tipo fette biscottate. Oh! un medico giovanetto di un ospedale assai lontano dalla capitale mi rimise in sesto! Ah se avessi saputo che al termine del viaggio avrei incontrato quel giovane medico avrei percorso più speranzoso quei tre milioni di chilometri!

Ma quando, come e perché avvenne la loro trasformazione in giovani donne sulla trentina, stimolanti attraenti erotiche? Più di un lettore stupisce. Mi stupirei anch'io se la mutazione da (non oso quasi pronunciarlo, tanto mi dispiace di offenderle) *insopportabile mal di testa a ragazze da peccato* non fosse stato un processo lento, promosso da più fattori di cui avevo e ho piena consapevolezza.

Perché qualcuno non pensi che se ho potuto ricrearmele a modo mio e in modo siffatto significa che la loro compagnia non era poi così insostenibile, giuro che ero giunto sull'orlo della disperazione: come vi ho già detto le cure funzionavano per un po', poi tutto tornava come prima; quanto agli analgesici ero diventato intollerante, sicché me lo *cuccavo tutto interamente* il mal di testa che durava anche giorni (solo da pochi anni ho ripreso ad assumere qualche farmaco dell'ultima generazione e con molta cautela perché non accada come con gli altri); mi ero convinto di essere un handicappato...psichico (aggiungevo per gioco quando ne parlavo, per via della localizzazione dell'handicap), sia pure saltuario e forse nemmeno tanto se ci mettete che

tra una visita e l'altra di Cefa ed Emy vivevo nell'incubo del loro ritorno improvviso. Sì sì credetemi: era proprio come da manuale. E ne ho studiati di manuali! Quanti altri giorni ho vissuto simili a quello sull'autostrada innevata. Ve li risparmio. A quanti incontri di lavoro ho dovuto rinunciare, o realizzare in condizioni pietose.

Devo però raccontarvi di una fase che ritengo significativa e che richiamai alla memoria quando cominciai a inventarmi Cefa ed Emy per trattare con loro.

A occhio e croce, per gli eventi concomitanti che ricordo, verso i quarantacinque anni, per quasi un anno, e senza che io fossi in cura, accadde – non chiedetemi di spiegarlo, ho fatto ipotesi a non finire – che la comparsa delle fanciulle in questione divenne sporadica. Anche meno di un'apparizione al mese o dell'una o dell'altra. Sono consapevole che quello che sto per confessare darà ai nervi a qualche lettore e altri diranno che li prendo in giro oppure che sono autolesionista. Anche a me sembrò una bestemmia quella mattina, del periodo cui mi sto riferendo, quando avendo tempo di meditare a letto mi chiesi esplicitamente: ma com'è, dove è andato a finire? (allora lo chiamavo ancora mal di testa o "le cose mie" quando ero costretto a rifiutare a causa sua la compagnia di amici e amiche). Sentii quella mattina che le notti insonni e doloranti avevano un senso, quasi la possibilità di entrare nel profondo della natura umana dolente e disperata. Vivere e confrontarsi col malessere, entrare proprio dentro nel tunnel della sofferenza fisica, per poi, quando il male si allentava, intravedere la luce, ed era un tornare alla vita, ogni volta una rinascita, la mente sgombra libera sana tornava a proiet-

tarsi nel futuro. Questo era il senso del mio malanno: toccare il fondo e poi rivivere. Forse qualcuno mi capirà: veramente mi accadeva spesso di pensare che quello appena superato era l'ULTIMO MAL DI TESTA.

Comunque cacciai via quei pensieri quasi fossero bestemmie, ma qualche anno dopo mi sovvenne quella paradossale richiesta di sofferenza e contribuì al cambiamento insieme ai fattori che sto per descrivere.

Il primo riguarda la mia personalità (così getterete nel cestino l'ipotesi che io sia un autolesionista).

Quando Dio mi stava plasmando, probabilmente distratto da tutto il frastuono del creato e già credo pentito, era sul punto di completare un'opera d'arte, ma si accorse in tempo, e senza pensarci due volte mi dette una schicchiera sul capo: anzi tre, una al centro sopra il naso e le altre alla tempia destra e alla tempia sinistra. Ma era talmente scocciato per essersi lasciato andare che mi contrasse di qualche centimetro, intanto andava dicendo: lo farò nascere nell'area del Mediterraneo, così sarà microcitemico; lo renderò sensibile ai pollini primaverili, così avrà il naso chiuso per un paio di mesi; lo renderò intollerante a certi cibi così non potrà mangiare come quando e cosa vuole. Eh ma non basta! si disse, quest'uomo stava per essere il mio capolavoro, perciò devo dargli o non dargli qualcosa che per me va bene ma che laggiù sulla terra sia un grosso limite, insomma un pregio che al contempo sia un difetto. Cosa può essere? Meditava, mentre io lo guardavo stupito, perché sentivo intorno tanto amore ma nello stesso tempo afferravo nell'aria un senso di fastidio. Ho trovato! Esclamò Dio, soddisfatto: si distinguerà perché sarà zero il suo bisogno di

potere. Per il resto rimase il positivo che mi aveva dato, che è tanto: io gioco la vita, non nel senso di buttarla via, nel senso che la prendo *sul serio come un gioco*; sono ottimista; ho fiducia in me stesso e al contempo sono consapevole e accetto i miei limiti, soprattutto quelli posti da LUI all'ultimo momento e quelli che mi derivano proprio da Cefa ed Emy; ho fiducia negli Altri, nel prossimo, nell'UOMO (a questo aspetto LUI ci teneva tanto e me l'ha lasciato); sono un creativo, no, no, non voglio dire che produco oggetti d'arte, più semplicemente: che ho voglia di fare e di produrre; che creo e tento di risolvere problemi, come quelli per esempio procurati da Cefa e da Emy; che anche quando un qualcosa non mi piace e devo farla, trovo il modo per farmela piacere. Se permettete non è poco. Dunque il mio modo di affrontare la vita, ovvero la mia *weltanschauung*, visione del mondo e degli uomini, è il primo fattore che mi ha permesso di trasformare il mal di testa in due giovani donne.

C'è dell'altro. Verso i cinquant'anni ebbi un'intuizione, che a poco a poco divenne certezza. Avrei voluto verificarla, ma l'indagine scientifica sarebbe stata complessa e non alla portata di un solo studioso senza alcun tipo di risorsa. L'ipotesi era che Cefa ed Emy non sceglievano come compagni determinati tipi di persone, cioè l'ipotesi della personalità cefalalgica di cui si era parlato negli anni Ottanta. Pensavo che invece poteva essere il contrario, ossia le loro visite e gli incubi tra una visita e l'altra trasformavano le persone che prendevano di mira. Sicché secondo me si doveva parlare di effetti sulla personalità. Ammesso pure che il soggetto fosse in partenza ansioso, tale ansia si accresceva e debordava in

angoscia, se c'era malumore o ciclotimia, si trasformava in depressione, e poi l'irritabilità, l'intolleranza ed altri aspetti del carattere del cefalalgico si modificavano, quelli buoni si deterioravano, quelli negativi peggioravano. Mi convinsi e a questo punto mi ribellai.

Di recente l'ultimo specialista, dopo aver onestamente ammesso che io avevo provato tutti i cocktail possibili (gettandomi nel panico, perché speravo che ci fosse qualcosa di nuovo), mi dette poco dopo una grande soddisfazione, come quella dei primi medici che mi chiesero l'osservazione sistematica. Ragionando su ogni aspetto del mal di testa, mi confermò che non si parlava più di personalità cefalalgica ma di trasformazione della personalità a seguito delle crisi e dell'attesa delle crisi. Dunque questo secondo fattore fu altra molla potente di cambiamento.

Il terzo fattore fu la caduta della speranza. No, non dico nella ricerca che avrebbe trovato la soluzione, ma un altro tipo di illusione, che con l'anzianità a poco a poco, lasciato il lavoro, dandomi al giardinaggio, Cefa ed Emy mi avrebbero abbandonato. Letture, racconti di esperienze, conferme dei medici annullarono questa speranza. Avrei dunque sofferto sempre per la compagnia di Cefa ed Emy. Ero un handicappato e lo sarei stato per sempre.

Trattiamo, dissi con la lucidità di chi vede, si avvede e prevede.

Per trattare dovetti ovviamente interloquire con loro e per interloquire dovetti crearle, oggettivarle, e siccome ho un debole per tutto ciò che è femminile non creai un Signor MAL DI TESTA ma le giovani donne che conoscete.

Cominciai col dire loro tutto ciò che di bello mi avevano dato ed elencai.

Mi avete messo nelle condizioni di scoprire il metodo dell'osservazione siste-

matica; di porre ipotesi che altri hanno confermato. Così non avendo realizzato io le ricerche non si può parlare di influenza dell'effetto da aspettativa (mi riferisco alle conclusioni sulla trasformazione della personalità).

Mi ricordate spesso il dolore del mondo ma anche la gioia della nascita e della rinascita. Mi avete insegnato la rinuncia. A rinunciare non solo ai peperoni arrostiti e al vino rosso ma anche alle cene conviviali che tra amici in genere si svolgono di sera; a rinunciare al piacere del letto, a dormire lungo disteso come gli esseri umani, e scegliere invece una postura seduta per la quale assumo - me lo assicura mia moglie - la sagoma di un pappagallo che dorme con la testa ciondoloni. O a dormire in piedi come i cavalli (così si crede). Questo è merito tuo, Cefa, precisai con tenerezza rivolto a lei, tu sei stata la prima. Grazie a voi insomma cresco continuamente. E' un tendere alla saggezza. Un saggio isterico, ma sempre saggio.

E poi dissi: devo ringraziarvi e darvi qualcosa in cambio. Dovete sapere che io ho una grande esperienza sessuale. Non per vantarmi, e infatti è relativamente facile trovare uomini navigati della mia età. Dunque io posso darvi le gioie del sesso. Quando la mattina, a vostro piacimento, mi sveglierete all'alba, mi alzerò, prenderò un caffè, farò la borsa d'acqua calda da mettere sullo stomaco, prenderò un plaid pesante o una copertina, a seconda delle stagioni, e mi siederò sulla poltrona che voi stesse mi avete suggerito di acquistare, comoda senza sprofondare (che sarebbe letale), senza scivolare (che sarebbe peggio, se è mai possibile) come quando sono a letto. Modellerò le vostre tette, le natiche, i vostri volti. Sarete graziose, ciascuna con la sua personalità. Tu sei ombrosa Cefa

e rimarrai tale finché i piaceri non ti faranno sorridere. Tu sei più svelta e sciolta e volubile, passi da una parte all'altra e così sarai a letto con i tuoi amanti, Emy. Tu sarai più rotondetta; tu più magra e slanciata. Beninteso, mia moglie saprà tutto. Anche perché io non parteciperò, il mio compito sarà solo quello di educarvi, di farvi fare esperienze, le più diverse, le più osé. E ogni volta vi porrò in situazioni nuove, e quando avrete sperimentato tutto ricominceremo daccapo. Come se foste vergini. Cefa ed Emy erano già eccitate, su di giri, ma giri diversi, erano loro che non sapevano dove andare, si sbagliavano di testa, scusate, ma devo dirlo perché veramente funzionò e funziona sin dalla prima volta. Il mio coinvolgimento, come ho già detto, non è totale. Soltanto il lettore sprovveduto, nel senso che non conosce il mal di testa, avrà pensato che io mi masturbo e avrà smesso di leggere seccato da cotanto onanismo. D'altra parte a qualcuno sarò apparso esibizionista perché metto sulla pagina

bianca i "sessi" miei. Invece se vi racconto tutto questo è per proporre un rimedio. Rimanendo nel campo delle distorsioni del comportamento sessuale forse sarebbe più esatto dire che faccio il guardone con Emy e Cefa mentre se la spassano con maschi di tutti i colori forme e dimensioni. Insegno loro le porcherie e certamente una mia appendice è all'erta, ma non vado oltre né potrei. Invento storie e situazioni per le mie ragazze *per distrarle*. E non solo funziona, loro arrivano al punto di essermi grate perché do loro la possibilità di conoscere i tortuosi meandri del sesso libero e sfrenato.

Certo qualche volta accade, almeno ogni dieci giorni che una delle due sia refrattaria e si fermi puntigliosa determinata a svolgere i suoi compiti originali. Per il resto quasi ogni mattina mentre io mi preparo, loro si agghindano, si profumano, scelgono i vestiti più sexy e poi impazienti mi trascinano sulla poltrona, ansiose di affrontare nuove esperienze erotiche.

L'autrice inizia il suo racconto ricordando i momenti felici della prima infanzia, quando la mamma la metteva a letto con tutto l'amore e la cura che si convengono al più piccolo dei figli. Ed il lettore, dopo la prima pagina, si chiede cosa tutto ciò abbia a che fare con l'emicrania. Ma lo capisce subito dopo. Per tutti noi i ricordi della fanciullezza hanno per sempre un sapore speciale, ma per Luciana Piccaluga hanno un pregio in più: sono gli unici ricordi possibili di una vita sana. Dopo l'infanzia, infatti, non c'è stato momento importante della sua esistenza che non sia stato negativamente segnato dalla malattia. Spietatamente l'autrice ne fornisce l'elenco: le nozze, il matrimonio e la convivenza familiare, la nascita della figlia ed il suo primo giorno d'asilo, per non parlare del lavoro, degli amici, delle innumerevoli occasioni perdute. La conclusione non contiene alcun facile ed ingiustificato ottimismo: veramente una vita intera può essere condizionata dall'emicrania. Forse, come suggerisce il titolo, può essere addirittura persa (e solo quel punto di domanda testimonia la voglia di lottare ancora).

La vita persa?!

Luciana Piccaluga

Per molti anni il momento più bello della giornata, per lui, già grandicello, era stata la sera.

La mamma, dopo aver riordinato la cucina si sedeva al lato lungo del tavolo a rammendare qualcosa mentre il papà ascoltava la radio.

Non avevano ancora la televisione e le notizie si ascoltavano dopo cena in un rigoroso silenzio per captare meglio le parole tra un sibilo e uno sfrigolio della vecchia radio; solo al termine del notiziario si poteva parlare.

Qualche commento sui fatti appena ascoltati, poi i genitori iniziavano a far progetti sui loro figli. Il figlio maggiore voleva andare a lavorare all'estero, mentre quello di mezzo, voleva studiare e imparare a disegnare. Egli invece era "il bambino", il più piccolo, il più delicato, il più coccolato, e non si esprimevano ancora su di lui. Durante quelle serate stava seduto a capotavola con il libro di scuola aperto davanti e ascoltava. In seguito gli avevano regalato libri di avventura che leggeva e rileggeva tanto da saperli quasi a memoria.

Sognava ad occhi aperti, ascoltava le voci e si lasciava cullare dal tono più dolce e monotono, quello materno. Era bellissimo appoggiare la testa tra le braccia sul tavolo e fingersi addormentato. Dopo un po' il papà sottovoce diceva alla mamma che era ora di portare a dormire il bambino.

Allora la mamma lo prendeva in braccio, lo spogliava delicatamente, sussurrandogli tenere frasi in dialetto: era quasi una nenia, gli metteva il pigiama, mentre lui ciondolava qua e là ormai preso dal sonno e senza quasi rendersene conto era già steso nel letto.

D'inverno la mamma glielo aveva già preparato caldo con una specie di stufetta che chiamavano "monaca". D'estate invece la sua camera era fresca con la finestra spalancata sul giardino e la luna d'argento che, quando era piena, puntava dritta sulla testata del letto in lamiera di ferro con inserti di madreperla e li faceva tutti brillare.

Con gli anni queste belle abitudini si erano sempre più diradate per poi scomparire del tutto. Era diventato grande.

Era iniziata la scuola ora più importante e impegnativa, le serate con gli amici, le prime ragazze che lo interessavano, i primi problemi.

Aveva quasi quindici anni: gli cresceva una leggera peluria scura sul viso, il corpo era lungo e magro, aveva spesso pulsioni e stimoli fino ad allora mai conosciuti, sensazioni che lo lasciavano svuotato e sconvolto fino a divenire quasi degli incubi.

Gli capitava spesso di trascorrere delle lunghe ore in cui stava fermo a fissare il vuoto mentre un rumore sordo cominciava a battergli in testa; allora si chiudeva in camera, il capo sotto il cuscino e si imponeva di dormire. Fortunatamente al risveglio, era tutto passato.

Questi episodi si erano presentati per anni: dapprima solo raramente, poi sempre più spesso, più prolungati, violenti ed era sempre più difficile controllarli.

Si svegliava spesso nel cuore della notte con l'affanno di chi ha fatto una lunga corsa come per sfuggire ad un grave pericolo. E "il male" era lì, nella sua testa che rombava e girava. Allora stringeva forte i denti fino a farli digrignare mentre il sudore si mescolava alle lacrime che colando lungo le guance e il collo infuocavano il cuscino. Trascorsero così parecchi anni tra alti e bassi. Raramente parlava con qualcuno di quanto gli accadeva. La mamma lo avrebbe capito e forse aiutato, ma lui non voleva darle un dispiacere e quando lei lo vedeva sconvolto si giustificava dicendo di essere stanco, di aver dormito poco.

Ai pochi amici che aveva voleva sempre apparire in forma perfetta, perciò o non si faceva vedere per giorni con la scusa che doveva studiare, o si fingeva impegnato con una nuova misteriosa ragazza. Solo con due compagni parla-

va a volte di sé, ma quasi irridendo al suo dolore: così nessuno lo prendeva veramente sul serio e forse nemmeno sé stesso.

Finalmente, diventato adulto, aveva incontrato la ragazza giusta per la sua vita, con lei poteva parlare di tutto e in quel modo gli sembrava di aver finalmente sconfitto il male di testa. Aveva trovato un bel lavoro, una bella casa e perciò si era sposato.

Un giorno, in cui doveva uscire con sua moglie per andare a comperare la cameretta per il loro bambino che sarebbe dovuto nascere il prossimo mese, gli era scoppiato all'improvviso dentro la testa un dolore fortissimo. Si era sentito annullare, svenire e accecare dai fari delle auto che procedevano dall'opposta corsia. La paura lo aveva bloccato costringendolo a fermare la macchina al bordo della strada. Era impossibile per lui continuare a guidare e la moglie aveva preso il volante tra brontolii e lamenti, accusandolo di pericolosità e imperizia.

Così un giorno tanto felice era finito assai malamente.

Poi finalmente venne il giorno del parto, la gioia, la lunga attesa. Il suo rifiuto di stare accanto a lei in quei momenti duri e felici erano la conseguenza del grande male che lui aveva nella testa.

Ma come poteva dire che stava male a lei che già stava tanto soffrendo?

Cos'era un male di testa in confronto al dolore del parto?

Lui non poteva sapere com'era quel male, non poteva nemmeno immaginarlo, ma il suo era enorme, era senza fine, feroce e non dava, bensì toglieva la vita.

All'uscita dalla sala parto davanti a sua moglie che lo guardava felice con la piccola tra le braccia lui aveva sorriso a

malapena ed era corso velocemente a casa per premersi il cuscino sulla testa nel tentativo di scacciare il male.

Un altro giorno di gioia della sua vita era andato perduto così sotto "un cuscino".

Dopo di allora era iniziato il periodo più brutto della sua vita. Un lungo lento declino.

Sua moglie lo accusava continuamente di non volere la bambina: "Avresti preferito che fosse un maschio? Allora fallo tu."! "Ma no, la bambina è bellissima, è perfetta, la amo tanto, è solo che ho male di testa". "Allora fatti curare"! Prima un dottore, una cura, qualche analgesico. Poi un'altro, poi lo psicologo, una cura nuova e antidolorifici sempre più numerosi, sempre più potenti.

Liti, parole forti, prima trattenute, poi buttate fuori come schiaffi in faccia all'altro.

Chiedere scusa, fare promesse, appigli a cui aggrapparsi per continuare a vivere.

Affiorano in lui lontani ricordi.

La povertà della sua prima infanzia, le liti furiose tra i suoi genitori. Le parole e i gesti violenti a cui aveva assistito senza capire, anzi quasi prendendoli per giochi, adesso emergono e si mescolano al dolore fisico lasciandolo senza forze.

La sua corazza si incrina, si spezza, non ha più alcuna certezza in ciò che gli sta intorno, quasi sprofonda.

Si dibatte, lotta, si rialza ancora una volta. I giorni e i mesi passano: "Si sto meglio, magari sono guarito."

Due, tre anni trascorrono così tra alti e bassi. Ci sono periodi in cui è quasi felice. La bambina è bella, cresce bene, sua moglie la adora, vive per lei, è serena. Non chiede mai a lui come sta, tanto, dice, glielo legge in faccia. Non è

mai molto tenera nei suoi confronti, non lo ringrazia del tanto lavoro che fa, non lo capisce.

A lui piace essere sempre in ordine con se stesso e con gli altri, sentirsi sicuro, desidera essere il primo, si sforza di sentirsi sereno, ma non sempre ci riesce.

Deve fare i conti con le preoccupazioni di ogni giorno, con la stanchezza e quel male di testa che incombe: non si sa mai quando verrà, ma certamente verrà.

Oggi al lavoro è stata una cosa tremenda: il pezzo a cui stava lavorando gli è sfuggito di mano, poi è continuato tutto in un crescendo di sbagli e mancanze.

"Sto a casa ancora qualche giorno".

"Ma come sei stato già assente il mese scorso, cos'è ancora che non va?". "Ma allora lo fai apposta, sei uno scansafatiche, un lavativo, uno che non ha voglia di lavorare"! "No, è che ho un'atroce male di testa". "Oh! Per un po' di dolore cosa vuoi che sia, prova questo analgesico e vedrai ti passerà."

E giù a ingoiare capsule, pastiglie e veleni per tirare avanti.

Discussioni, arrabbiate e tanto, tanto male.

Male di testa, cefalea, emicrania con e senza aura, insonnia, esaurimento, depressione, stanchezza, ognuno dice la sua.

E lui non ce la fa più. Vorrebbe morire, vorrebbe annullarsi, vorrebbe avere qualche male tangibile per farlo vedere e perchè tutti possano dire: "Ah! stavi male davvero."

Come fare a spiegare cos'è il male di testa se neppure sua moglie che pure lo amava e che lui ancora ama non lo capisce?

Ma la vita continua; ci sono periodi buoni in cui tutto cambia, allora ogni

cosa sembra più facile e bella , quasi dimentica il dolore.

Poi di nuovo altre crisi, altri attacchi violenti.

Ed un pensiero che gli gira sempre per la testa :“Dov’ ero quando mia figlia ha iniziato ad andare all’asilo? E a Natale quando Gesù Bambino le ha portato i doni?” . “Ero a letto, naturalmente come al solito non stavo bene.”

Il giorno in cui sua moglie è andata ad una riunione è stato in casa a giocare con la sua bambina, rideva felice con lei, quando ha sentito un colpo violento in pieno occhio, come un pugno fortissimo che lo ha quasi tramortito. Si è portato la bambina a letto, ha preso tre compresse e si è addormentato. Ha sognato di essere un bambino felice con la sua mamma: nel sogno lei aveva il viso di sua moglie, lo spogliava dolcemente e gli mormorava le parole che lui da sempre avrebbe voluto sentirsi dire. Al risveglio sua moglie gli grida che lui è un’inaffidabile incapace.”Ha messo a letto la bambina senza lavarla e metterle il pigiama. Ancora una volta ha perso l’occasione di essere un buon padre, certamente non per colpa sua, ma per colpa del male.

Si trascinano i mesi; un ricovero in ospedale, una cura nuova.finalmente sta bene, è guarito davvero!?

Riprende con energia il lavoro, ritrova la fiducia in sé stesso, forse ritorna anche l’amore.

Una cosa importante che gli accade in quel periodo è la scoperta, o meglio la riscoperta della fede. Sua madre aveva sempre vissuto il rapporto con il Signore come con un amico fidato. All’improvviso anche per lui nei momenti più duri, in cui gli sembra di non poter farcela più si scopre a parlare con Dio come con un amico. Non vuole chiederGli miracoli, ma raccontarGli la sua vi-

ta e se anche non sente la Sua voce esce da questi incontri-colloqui con le idee più chiare ed è anche più tranquillo.

In quel periodo ha realizzato anche tanti desideri, vede tanti progetti portati a termine; la vita scorre quasi felice.

Ha una bella casa, tante cose che non si sarebbe più immaginato di riuscire a possedere. La moglie è carina, anche se non sempre disponibile nei suoi riguardi. La figlia cresce bene: è il suo orgoglio, così bella e intelligente da far invidia ai loro amici. Escono spesso in compagnia di altre coppie e anche se lui non ama molto queste riunioni è un modo diverso per evadere dalla monotonia delle serate davanti alla televisione e anche per sentirsi appagato.

Gli capita qualche volta di sognare i momenti più belli dell’infanzia, oppure di avere quasi degli incubi ricordando la prima adolescenza quando non riusciva ad accettare i suoi cambiamenti, le sue difficoltà e i primi sintomi della sofferenza che si sarebbe protratta negli anni: ricorda quanti giorni di vita non ha vissuto. Tutto ha breve durata. Poi di nuovo torna il buio: crisi di dolore, crisi d’amore, liti in casa, discussioni a non finire sul lavoro e male , male da pensare di non poter più continuare a vivere. “Questa volta Signore la faccio finita, non riesco proprio più ad uscirne, non c’è una persona che mi capisca” . “I medici dicono che sono depresso e perciò mi viene male alla testa: ma cosa ne sanno loro se non lo hanno mai provato! Non hanno ancora capito che è il dolore che mi deprime, che mi fa fuggire dalla vita,”

“A questo punto deve stare calmo, deve dormire, deve solo dormire”.

Si, anche lui vorrebbe dormire per non

sentire più nulla, per non pensare più a niente. Non vuole sentire la figlia che lo accusa di essere un padre assente. Non vuole vedere la moglie che lo guarda con indifferenza: l'indifferenza lo uccide quasi quanto il male. Non vuole sentirsi un fallito, lui che ha sempre lottato.

Ha lottato tutta la vita per conquistarsi gli affetti, per emergere nel lavoro, per restare a galla, per sentire e farsi sentire da Dio. Ha combattuto con tutte le sue forze per non accettare il male, per non subirlo passivamente e per non esserne sopraffatto.

Ma il male ha vinto: si sciaccia il cuscino sulla testa e si lascia sprofondare in un sonno artificiale che gli dona un po' di pace.....

Ormai sua moglie lo ha lasciato: sé ne è andata da casa portandosi via la figlia.

Forse il lavoro non ci sarà più quando si sarà ripreso.

E' un vinto! Lo sapeva! Nel profondo si era sentito sempre un debole ed un perdente.

Hanno tutti ragione. Pochi o quasi nessuno lo hanno aiutato a sentirsi diverso. Non ha mai ricevuto un complimento o un apprezzamento spontaneo da sua moglie; una dichiarazione. Un ringraziamento sincero salito dal cuore di chi gli è stato accanto non gli è mai stato fatto. E' ora di cedere! A chi importa? Tanto lui è considerato un depresso!

Ha perso i giorni, ha perso la vita, prima solo brandelli di essa, ora non restano altro che cocci scomposti che lui non ha più nemmeno la forza di raccogliere e di rimettere assieme. Il male ha vinto. O forse no? Può ancora sperare in un aiuto che lo risolleverà di nuovo!

E' un precetto evangelico che chi soffre sia degno di compassione ed è una norma del vivere civile che il malato goda almeno del conforto e della benevolenza di chi sta bene. Ma per l'emigrato non è così facile ottenere ciò che, in fondo, gli è dovuto. Non è che vi sia prevenzione contro di lui, ignoranza e presunzione sono più che sufficienti. Il fatto è che tutti hanno avuto un mal di testa almeno una volta, e quindi tutti, anche coloro che mai ne hanno fatto esperienza, pensano di sapere cosa in realtà l'emigrato sia: un po' di mal di capo, e che sarà mai! Si prenda una pastiglia e torni a lavorare! L'emigrato non chiederebbe di meglio. Mi sono state calcolate con esattezza le ore di lavoro perse per questa patologia? Potrà mai essere calcolato il peso dell'umiliazione di chi soffre e non è creduto, soffre ed è sospettato, soffre ed è per giunta umiliato?

Una Testa che soffre

Maria Grazia Priori

“ALLA DIREZIONE REGIONALE ENTRATE PER LA LOMBARDIA - SERVIZIO AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE - MILANO -”

OGGETTO: PRIORI MARIA GRAZIA - RICHIESTA VISITA MEDICO COLLEGGIALE -

“Avendo rilevato che l'impiegata in oggetto ha assommato nel corrente anno i seguenti periodi di assenza per malattia:

gg.3 dal 08/02/2001 - gg.6 dal 02/04/2001 - gg.4 dal 08/04/2001 - gg.8 dal 12/04/2001 - gg.4 dal 20/04/2001 - g.1 il 17/05/2001 - g. 1 il 21/05/2001 - g. 5 dal 22/05/2001, si richiede che codesto Ufficio valuti l'opportunità di sottoporre la menzionata a visita collegiale onde valutarne l'idoneità all'impiego”.

Mi permetto di scrivere il testo della lettera di trasmissione perché reputo che ciò mi ha ferito molto.

Quando mi ha chiamato nel suo Ufficio per avvisarmi di questa richiesta, sebbene tutte le volte che sono stata assente ero già stata sottoposta a visita fiscale (e questo era regolare in quanto è la prassi)ho avuto come un pugnala al cuore. Seduta sulla sua sedia, lui

davanti a me: freddo e cinico fino all'inverosimile, io indifesa e fragile non sono riuscita neanche a spiacciare una sola parola. Ho preso la mia lettera e sono tornata nella mia stanza: SCONVOLTA.

Oltre al male anche la beffa pensai, devo subire e risubire le angherie di questo Direttore che non ha mai capito il mio dolore. Ripetevo tra me: MOB-BING, questo è Mobbing.

Se il Mobbing è aggressione posta in essere nel mio caso dal datore di lavoro con intenti persecutori aveva colpito in pieno.

Lui era il mio incubo peggiore! Il suo è stato un atteggiamento severo, con rimproveri, ricerche dell'errore compiuto. A lui che evidentemente si è sentito di avere il coltello dalla parte del manico, che si è sentito autorizzato a farmi sentire una nullità, un'ipocrita. Una furba manovra per farmi vivere un autentico calvario psicologico. Quando capitava di svegliarmi con il mal di testa, ero combattuta sul fatto di andare o non andare in Ufficio, mi imbottivo di farmaci ed arrivavo distrutta, con la testa che pulsava, a volte mi hanno persino portata a casa e lui con-

tinuava imperterrito a non rendersi conto che la sofferenza era tanta. Forse adesso mi rendo conto di aver alimentato i suoi dubbi facendo così. Se ce la facevo a stare in Ufficio, perché mai a volte rimanevo a casa?

Il perché lo so io, il male è atroce, indescrivibile, nausea, vomito, giramenti di testa ecc., che durano giorni e anche settimane. In un attimo quel giorno ho rivisto questi anni della mia vita passati a soffrire, con questa emicrania che mi stava togliendo tutte le energie possibili, gli anni più belli, le gioie, i sorrisi e i progetti, sì, anche i progetti, rivoluzionati sempre dal suo arrivo inaspettato e improvviso.

A volte cammino tenendo per mano la mia tristezza, in fretta senza voltarmi. La colpa è di EMI, la mia emicrania l'ho chiamata teneramente così. Lei è un'amica fedele, che non mi lasci quasi mai. Emi fa parte di me, è subentrata nei miei giorni con una prepotenza vergognosa. Si è impossessata anche della mia mente. Se un po' di silenzio servisse per fermare la mente, ecco, sarebbe ferma.

Ma un susseguirsi di suoni, di pensieri, di scelte la animano. Questa mente che cammina con la leggerezza totale di che vuole e può volare in alto.

Se un po' di pace servisse per fermare la mente, ecco, sarebbe ferma. Agitata e velocemente sovrasta un tuo deciso punto fermo e ti prende per mano quasi per dirti che hai bisogno di svaghi nuovi, di nuove aurore, di nuove speranze. Ma c'è EMI, che io lo voglia o no, c'è lei. Accidenti, è con lei che devo fare i conti! Io non riesco più a convivere con lei, Emi non è una malattia e di questo posso ringraziarla, ma mi sconvolge la vita! Questo contatto con lei io non l'ho desiderato e non mi domando il perché ha scelto me, il perché non esiste, esiste invece la certezza.

Spegniti ti prego, oppure incendia tutto ma non ardere così, crudele e imperterrito di fronte alla mia esistenza! Pazzo amico mio, che mi regali giornate insopportabili, notti insonni, ti prego, dammi attimi di tregua tra un dolore e l'altro! Oggi ti sto scrivendo. Distrattamente penso alle parole che devono riempire questo foglio bianco, ma sono vere e sentite enormemente dentro. Sembra che tutto ciò non rimanga, se ne vada silenziosamente, senza importanza, senza curarsi di te.

In fondo Emi, tu non ti fai vedere. Se potessi invece far vedere che ci sei, sarebbe la miglior soluzione, anche il più insensibile dei Direttori potrebbe rendersi conto che hai una tua identità, una tua forma, magari colorati di rosso, di giallo, di verde, ma fai qualcosa, te lo chiedo in nome della nostra amicizia, visto che sei caparbia e invadente.

Dodici anni, sono esattamente dodici anni che hai stretto con me questo legame indelebile. Non potrò mai dimenticare la prima volta che ho scoperto che c'eri.

Cavi di Lavagna, agosto, ore 11,30.

La spiaggia era affollata, dal mio materassino nell'acqua sentivo il sole caldo sulla pelle e un mare quasi piatto mi trasportava piano piano. Che pace, che tranquillità! Una giornata degna di essere descritta, sotto quel cielo immenso e azzurro io vivevo gli attimi, i minuti, le ore di un giorno stupendo.

Il battito d'ali di un gabbiano era come l'ebbrezza di un'onda sulla pelle, inebriante come un'emozione e leggera come un sospiro.

Poi d'improvviso un dolore lieve alla tempia. Forse ero stata troppo tempo a cullarmi tra le onde sotto il sole. Invece no, era lei che diventava sempre più pulsante fino a farmi correre spaventata al pronto soccorso.

La diagnosi è stata tosta "EMICRANIA". Sono stata per una settimana in camera d'albergo, tra un analgesico e l'altro ed oggi a distanza di tempo sono sempre con la mia testa che scoppia.

E su quest'albero tormentoso della mia vita io mi aggrappo come posso e lui continua imperterrito a sostenermi. Sono come una foglia, esile e leggera attaccata da una frazione di tempo, ma capisco il suo significato, ed è come il richiamo di luce nell'oscurità perenne di un cieco.

Quando ero piccola ho sempre avuto la passione per le foglie. Attendevo l'autunno per collezionarle, adoravo i loro colori caldi e la loro forma quando, accartocciate si posavano a terra inermi. Anche se ho lasciato alle spalle con serenità le cose della giovinezza sono molto legata alla mia infanzia. Giocando in cortile con gli amici di allora, facevamo molto chiasso e nella spensieratezza dei nostri giovani anni per noi era lecito fare di tutto. Il cane legato alla catena ci faceva pena: dovevamo slegarlo, il canarino rinchiuso nella gabbia ci pareva triste e quando la Sig.ra Rosa riposava aprivamo la porticina e lo facevamo volare fuori. Tanti canarini ha comprato la Rosa, tanti ne abbiamo fatti scappare. Poi ci nascondavamo sotto una scala di granito grigia.

La scala fu per tanto tempo il nostro punto d'incontro e il nostro punto di riferimento.

Per noi bimbi era come un palco dove salivamo a cantare "quarantaquattro gatti in fila per sei col resto di due....." e Benito che aveva la finestra sopra questa famigerata scala si affacciava e ci cacciava in male modo dicendo che doveva riposare perché era molto malato.

Noi restavamo zitti e impauriti stava-

mo tranquilli, solo per poco però, poi attaccavamo ancora con quarantaquattro gatti. L'omone (così lo chiamavamo perché era grande e ben piazzato) ci cacciava di nuovo.

Dopo diversi anni il nostro omone è deceduto con il fegato sfasciato per i troppi medicinali assunti, proprio per la Cefalea.

Solo dopo ho capito che anche se urlava sempre alla finestra non era poi così cattivo: cercava comprensione. Quando mi piglia l'attacco non posso fare a meno di pensare a lui, ai fastidi che gli abbiamo procurato, a quante volte non l'abbiamo capito, alla sfortuna che ha avuto nel non poter andare in un centro cefalea.

La mia sofferenza a volte la offro a lui anche se non c'è più, ho la convinzione che mi senta ancora anzi, senta ancora cantare quarantaquattro gatti.

Povero omone, almeno io Emi l'ho portata dalla Dott.ssa Sances e la porto ancora ogni qualvolta mi sento di andare. Non è molto felice di venire, lei non mi molla quasi mai e pare che mi sussurri scherzosamente di prendere pure i farmaci preventivi tanto non lascerà così facilmente la presa!

Invece io insisto, ci sarà pure un modo per porre fine a questa benedetta tortura.

Voglio fare come il canarino che svollazzava libero fuori dalla gabbia della Rosa, voglio essere felice come il cane che slegavamo dalla catena.

Voglio, Posso e soprattutto **Devo** vincere questa battaglia, con tutte le forze che possiedo e prego Emi di non tormentarmi almeno in Ufficio! Non permetterò più a nessuno di umiliarmi come mi sono sentita io quando mi hanno sbattuto in mano quella lettera crudele di cui ho parlato all'inizio.

Perché nessuno deve abusare di que-

sto potere direzionale per dirti in faccia che dubita di questi mali solo perché non si vedono.

Ma si sentono, accidenti se si sentono! Io mi batterò per fare in modo che qualcuno “lotti” per questo. EMI deve

essere riconosciuta una volta per tutte, per non rovinare la mia vita e tutte le altre vite . Se la prima rivoluzione da fare è dentro sé stessi io comincio da lei.

Maledetta EMI!!!!!!

Familiarità nell'emicrania e nella cefalea di tipo tensivo: studio su 218 pazienti

Familiarity in migraine and tension type headache: analysis of 218 patients

Francesca Brindani*, Paola Torelli**, Gian Camillo Manzoni**,

*Sezione di Neurologia, **Centro Cefalee, Sezione di Neurologia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Parma

In questo studio è stata analizzata la prevalenza life time dell'emicrania senza aura (ESA), della cefalea di tipo tensivo (CTT) e dell'associazione delle 2 sindromi in 1010 parenti di primo grado di 218 pazienti, afferiti al Centro Cefalee dell'Università di Parma, al fine di valutare la presenza o meno di familiarità per tali disturbi. Le informazioni relative ai parenti sono state ottenute somministrando ai pazienti un questionario appositamente allestito. Nei 648 parenti di pazienti affetti da ESA la prevalenza della malattia è risultata del 18,7%; nei 192 parenti di pazienti con CTT la prevalenza della CTT era del 7,8%.

Il Rischio relativo (RR) per ESA, calcolato nei parenti di pazienti affetti da ESA, ha assunto valori simili nei 2 sessi, (0,6 - 1,25 nei maschi e 0,77 - 1,74 nelle femmine). Confrontando la percentuale di ESA nei parenti di pazienti affetti, rispettivamente, da ESA e da CTT è stata riscontrata una differenza significativa relativamente alla presenza della malattia, più frequente fra i parenti di soggetti affetti da ESA ($X^2 = 17,935$; $p < 0,000$). Valutando, invece, la presenza di CTT non sono emerse differenze significative nelle due popolazioni ($X^2 = 0,01$; $p = 0,916$). Il ruolo dei fattori genetici appare, quindi, decisamente più importante nell'ESA che nella CTT.

In this study the authors analyzed the life time prevalence of migraine without aura (MOESA), tension type headache (TTHCTT) and the association of the 2 syndromes in 1010 first degree relatives of 218 patients, seen at Parma Headache Center, in order to value the importance of familiarity in this kind of diseases. Among 648 relatives of patients with MOESA the life time prevalence of MOESA is 18,7%; among 192 relatives of patients with TTHCTT the life time prevalence of TTHCTT is 7,8%.

The relative risk (RR) for MOESA in the relatives of patients with MOESA is similar in both sexes (0,6 - 1,3 in males and 0,8 - 1,7 in females). Comparing the percentage of MOESA among relatives of patients with MOESA and relatives of patients with TTHCTT it has been found a significant difference between the 2 populations ($X^2 = 17,935$; $p < 0,000$), with an higher frequency of MOESA in the first group. There are not significant differences in the presence of TTHCTT in the 2 populations ($X^2 = 0,01$; $p = 0,916$). The role of genetic factors appear to be more important in MOESA than in TTHCTT.

Parole chiave: cefalea di tipo tensivo, emicrania, epidemiologia, familiarità, genetica.

Key words: epidemiology, genetics, migraine, tension type headache.

Introduzione

Già da diverso tempo è stata presa in considerazione l'importanza della familiarità dei fattori genetici nei diversi tipi di cefalea primaria anche se i dati della letteratura sono discordanti. Molteplici studi sono stati pubblicati in proposito, mostrando spesso risultati decisamente contrastanti; in alcuni di questi, ad esempio, l'aggregazio-

ne familiare per emicrania presenta, nelle diverse casistiche, una variabilità compresa fra il 10% e il 91% (1-3).

Tale disomogeneità è imputabile a numerosi problemi metodologici che hanno spesso reso difficilmente confrontabili fra loro i vari studi epidemiologici al riguardo. Tra questi ricordiamo: l'impiego di criteri non omogenei per la diagnosi di malattia; i differenti sistemi di raccolta delle informazioni relati-

ve ai pazienti o ai loro familiari, nonché i problemi connessi all'ampiezza e alla selezione del campione in esame.

Il ruolo dei fattori genetici pare, comunque, particolarmente rilevante nell'emigrania, tanto che la familiarità positiva era inserita tra i parametri da prendere in considerazione per porre diagnosi di questa forma in vecchie classificazioni delle cefalee, come quella di Vahlquist (4) e quella della "Ad Hoc Committee on Classification of Headache" (5), in vigore tra gli anni '50 e gli anni '80.

Studi sull'aggregazione familiare, sui gemelli e sulla comorbidità tendono in generale a concordare sull'importanza della genetica nell'eziologia della malattia.

Di più recente interesse, invece, è lo studio del ruolo che i fattori genetici possono rivestire nell'insorgenza della cefalea di tipo tensivo (CTT). Sebbene la CTT sia stata spesso considerata una malattia determinata principalmente da fattori esterni, come stress e posture anomale, molti pazienti riferiscono una storia di CTT nella loro famiglia (6). In uno studio recente, condotto su pazienti afferiti ad una clinica specializzata per la cura delle cefalee a Copenhagen, è stato riscontrato un rischio significativamente aumentato di ammalare di CTT cronica nei parenti di primo grado degli affetti da CTT cronica rispetto alla popolazione generale (7). Si tratta di un risultato indubbiamente molto interessante, anche se necessiterà della conferma di ulteriori studi al riguardo: poche sono ancora, infatti, le informazioni disponibili sulla ereditarietà della CTT.

Dal momento che la letteratura mostra ancora molti aspetti da chiarire in merito all'importanza della familiarità nelle cefalee primarie, ci è parso opportuno approfondire il problema attraverso

l'analisi della familiarità per emigrania e CTT in una serie consecutiva di pazienti afferiti presso il Centro Cefalee dell'Università di Parma.

Materiali e metodi

E' stata presa in esame una serie consecutiva di 304 pazienti giunti alla prima osservazione presso il Centro Cefalee dell'Università di Parma. Sono stati inclusi nello studio i soggetti risultati affetti, al termine della visita neurologica e degli accertamenti del caso, da emigrania senza aura (ESA), CTT o da entrambe le sindromi (ESA e CTT). La diagnosi è stata formulata in accordo con i criteri della International Headache Society (IHS) (8). Non sono stati inseriti i pazienti che presentavano, associate a queste, altre forme di cefalee primarie. Sono stati esclusi dallo studio anche quei pazienti che non erano in grado di fornire informazioni sufficienti in merito ai quesiti proposti circa la presenza di familiarità (5 pazienti di cui 3 affetti da ESA, 1 da CTT e 1 da ESA e CTT). Non è stata effettuata l'analisi dei dati considerando la presenza di eventuali patologie concomitanti. La popolazione è così risultata costituita complessivamente da 218 soggetti di cui:

140 pazienti affetti da ESA;
42 pazienti affetti da CTT;
36 pazienti affetti da ESA e CTT.

A tutti è stato somministrato un questionario, appositamente allestito, volto a rilevare:

- il numero dei parenti di primo grado;
- la loro età al momento della visita;
- la presenza o meno, in ognuno di essi, di una o più forme di cefalea primaria;
- il tipo di cefalea/e eventualmente presentata/e.

Per quest'ultimo dato gli items presenti

nel questionario ricalcavano in modo fedele i criteri stabiliti nella classificazione della IHS per la diagnosi delle due forme di cefalea primaria indagate.

I parenti di primo grado dei 218 pazienti erano complessivamente 1046. Di 36 parenti i pazienti non erano in grado di fornire alcuna informazione oppure, pur segnalando la presenza di cefalea, non erano in grado di dare alcuna informazione utile alla sua caratterizzazione.

Così, i parenti di primo grado dei 218 pazienti oggetto del nostro studio sono risultati complessivamente 1010, così distribuiti:

648 parenti di pazienti affetti da ESA, 192 parenti di pazienti affetti da CTT, 170 parenti di pazienti affetti da ESA e CTT.

Dal momento che la cefalea è un disturbo strettamente correlato al sesso sono stati analizzati i due sessi separatamente. E' apparso utile, inoltre, suddividere i parenti in base al tipo di parentela che li lega al paziente (madre, padre, fratello, sorella, figlio, figlia).

Nel gruppo complessivo dei 1010 parenti, e per ognuno dei gruppi nei quali è stata suddivisa la popolazione dei parenti, è stata calcolata la prevalenza life-time delle diverse forme di cefalee primarie.

Allo scopo di valutare un eventuale aumento del rischio di ammalare di cefalea primaria nei famigliari degli affetti è stato calcolato il rischio relativo (RR) prendendo come termine di confronto i dati dello studio condotto da Russell nel 1997 (9).

Si è, infine, proceduto ad una comparazione della prevalenza di ESA nei parenti dei pazienti con ESA e CTT e ad una comparazione della prevalenza di CTT nei parenti dei pazienti con CTT ed ESA al fine di valutare la presenza o meno di una maggiore familiarità per

lo stesso tipo di cefalea primaria del probando. Per tale analisi è stato utilizzato il test del chi quadro.

Risultati

Sulla base delle varie sindromi cefalalgie manifestate dai pazienti la popolazione costituita dai loro 1010 parenti di primo grado è stata suddivisa in 3 gruppi presi in esame singolarmente. In ognuno di essi è stata valutata la presenza dei diversi tipi di cefalee primarie.

Parenti di soggetti affetti da ESA

Il campione è costituito da 648 soggetti: 334 (51,5%) maschi e 314 (48,5%) femmine. Più in particolare è composto da: 137 (21,1%) padri, 138 (21,3%) madri, 117 (18,1%) fratelli, 103 (15,9%) sorelle, 80 (12,4%) figli e 73 (11,3%) figlie. L'età media dei 648 parenti è di 46,0 anni (\pm 23,0 anni; range 6 mesi – 93 anni).

171 soggetti sono risultati affetti da cefalea primaria e per la maggior parte da ESA (121 individui pari al 18,7%), mentre la CTT è descritta in 46 (7,1%) parenti.

La distribuzione in base al sesso, grado di parentela e tipo di cefalea primaria nonché i relativi dati di prevalenza sono illustrati nella tabella 1.

Parenti di soggetti affetti da CTT

Il campione è costituito da 192 soggetti, 88 (45,8%) maschi e 104 (54,2%) femmine. In particolare è composto da: 42 (21,9%) padri, 42 (21,9%) madri, 33 (17,2%) fratelli, 41 (21,3%) sorelle, 13 (6,8%) figli e 21 (10,9%) figlie. L'età media dei 192 parenti dei pazienti affetti da CTT è di 47,9 anni (\pm 21,3 anni; range 1 – 94 anni).

TABELLE ESA

SESSO/ PARENTELA	TIPO DI CEFALEA			SANI n (%)	TOTALE n (%)
	ESA n (%)	ECA n (%)	CTT n (%)		
Maschi	37 (11,1)	1 (0,3)	22 (6,6)	274 (82,0)	334
Femmine	84 (28,6)	3 (1)	24 (7,6)	203 (64,6)	314
Padre	18 (13,1)	-	5 (3,6)	114 (83,3)	137
Madre	55 (39,9)	-	7 (5,1)	76 (55,0)	138
Fratello	13 (11,2)	1 (0,7)	8 (6,8)	95 (81,3)	117
Sorella	15 (14,6)	-	6 (5,8)	82 (79,6)	103
Figlio	6 (7,5)	-	9 (11,2)	65 (81,3)	80
Figlia	14 (19,2)	3 (4,1)	11 (15,1)	45 (61,6)	73
Totale	121 (18,7)	4 (0,6)	46 (7,1)	477 (73,6)	648

ESA = emicrania senza aura; ECA = emicrania con aura; CTT = cefalea di tipo tensivo.

Tabella 1. Frequenza dell'emicrania senz'aura, dell'emicrania con aura e della cefalea di tipo tensivo nei 648 parenti dei pazienti affetti da emicrania senz'aura: distribuzione per sesso e per grado di parentela.

TABELLE CTT

SESSO/ PARENTELA	TIPO DI CEFALEA			SANI n (%)	TOTALE n (%)
	ESA n (%)	ECA n (%)	CTT n (%)		
Maschi	2 (2,3)	-	5 (5,7)	81 (92)	88
Femmine	12 (11,5)	1 (1)	10 (9,6)	81 (77,9)	104
Padre	2 (4,8)	-	2 (4,8)	38 (90,4)	42
Madre	10 (23,8)	1 (2,4)	5 (12)	26 (61,8)	42
Fratello	-	-	1 (3)	32 (97)	33
Sorella	2(4,9)	-	3 (7,3)	36 (87,8)	41
Figlio	-	-	2 (15,4)	11 (84,6)	13
Figlia	-	-	2 (9,5)	19 (90,5)	21
Totale	14 (7,3)	1 (0,5)	15 (7,8)	162 (84,4)	192

ESA = emicrania senza aura; ECA = emicrania con aura; CTT = cefalea di tipo tensivo.

Tabella 2. Frequenza dell'emicrania senz'aura, dell'emicrania con aura e della cefalea di tipo tensivo nei 192 parenti dei pazienti affetti da cefalea di tipo tensivo: distribuzione per sesso e per grado di parentela.

TABELLE ESA + CTT

SESSO/ PARENTELA	TIPO DI CEFALEA			SANI n (%)	TOTALE n (%)
	ESA n (%)	ECA n (%)	ESA+CTT n (%)		
Maschi	8 (9,3)	7 (8,1)	-	71 (82,6)	86
Femmine	18 (21,4)	7 (8,3)	1 (1,2)	58 (69)	84
Padre	6 (16,7)	3 (8,3)	-	27 (75)	36
Madre	14 (38,9)	3 (8,3)	1 (2,9)	18 (50)	36
Fratello	2 (5,3)	3 (8)	-	33 (86,8)	38
Sorella	3 (9,7)	-	-	28 (90,3)	31
Figlio	-	1 (8,3)	-	11 (91,7)	12
Figlia	1 (5,9)	4 (23,5)	-	12 (70,6)	17
Totale	26 (15,3)	14 (8,2)	1 (0,6)	129 (75,9)	170

ESA = emicrania senza aura; ECA = emicrania con aura; CTT = cefalea di tipo tensivo; ESA + CTT = presenza di emicrania senza aura e cefalea di tipo tensivo.

Tabella 3. Frequenza dell'emicrania senz'aura, della cefalea di tipo tensivo e dell'emicrania senza aura associata alla cefalea di tipo tensivo nei 170 parenti dei pazienti affetti da emicrania senz'aura associata alla cefalea di tipo tensivo: distribuzione per sesso e per grado di parentela.

I pazienti hanno riferito la presenza di cefalee primarie in 30 dei loro parenti. Di questi 15 (7,8%) sono risultati affetti da CTT, 14 (7,3%) da ESA e 1 (0,5%) da ECA. Nella tabella 2 è illustrata la distribuzione della popolazione in esame in base al sesso, al grado di parentela ed al tipo di cefalea primaria e i relativi dati di prevalenza.

Parenti di soggetti affetti da ESA E CTT

Il campione è rappresentato da 170 soggetti di cui 86 (50,6%) maschi e 84 (49,4%) femmine. In particolare è composto da: 36 (21,2%) padri, 36 (21,2%) madri, 38 (22,3%) fratelli, 31 (18,3%) sorelle, 12 (7,1%) figli e 17 (10,0%) figlie. L'età media dei parenti dei soggetti affetti da ESA e CTT è risultata di

46,6 anni ($\pm 21,3$ anni; range 1 – 91 anni). Per quanto riguarda la presenza di cefalee primarie, queste sono state riscontrate in 41 soggetti. Tra gli affetti compaiono 26 (15,3%) casi di ESA, 14 (8,3%) di CTT ed 1 (0,6%) che manifesta una forma mista rappresentata da ESA e CTT. Nella tabella 3 è illustrata la distribuzione della popolazione in esame in base al sesso, al grado di parentela ed al tipo di cefalea primaria e i relativi dati di prevalenza.

Nel campione più numeroso preso in esame, cioè quello dei parenti di pazienti con ESA, i dati di prevalenza dell'emicrania sono stati confrontati con quelli più significativi presenti in letteratura, ottenendo una stima del rischio relativo (RR). Tale parametro è risultato abbastanza simile nei due sessi, assumendo valori che oscillano da

0,6 a 1,25 nei maschi e da 0,77 a 1,74 nelle femmine, a seconda della fascia di età considerata.

Abbiamo infine confrontato la percentuale di soggetti con ESA e CTT nel gruppo dei parenti di pazienti affetti da ESA e in quello dei parenti di pazienti con CTT.

Il 18,7% (121 casi su 648) dei parenti di primo grado degli affetti da ESA e soltanto il 7,3% (14 casi su 192) dei parenti di soggetti con CTT è risultato affetto da ESA. La presenza di ESA risulta, quindi, significativamente diversa nei due campioni ($p < 0.000 - X^2 = 17,4$).

Procedendo con l'analisi dei parenti affetti da CTT, invece, non sono emerse differenze significative nei 2 gruppi. La cefalea di tipo tensivo compare nel 7,1% (46 casi su 648) dei parenti di soggetti con ESA e nel 7,8% (15 casi su 192) dei parenti di pazienti affetti da CTT ($p = 0,916 - X^2 = 0,01$).

Discussione

In questo studio abbiamo preso in esame dati relativi a pazienti affetti dalle forme più comuni di cefalea primaria (ESA, CTT, ESA e CTT) al fine di indagare la presenza o meno di tali disturbi nei loro parenti di primo grado. I dati raccolti in letteratura depongono, in linea di massima, per una ricorrenza familiare dell'emicrania anche se i risultati sono alquanto variabili. La storia familiare positiva per ESA nei pazienti affetti varia dal 37 al 91% (10-13), mentre oscilla dal 5 al 26% in soggetti che non hanno mai avuto emicrania. Anche le indagini condotte sui gemelli hanno dimostrato un tasso di concordanza per emicrania significativamente più elevato nei gemelli mono- zigoti rispetto ai dizigoti (14-16). La concordanza per malattia varia, infatti,

da 0,24 a 0,90 nei gemelli mono- zigoti ed indica che non vi è un'eredità di tipo mendeliano per la malattia. Più incerte appaiono, invece, le informazioni riguardanti la CTT, dato l'esiguo numero di studi condotti in proposito.

Per quanto concerne l'ESA, la nostra popolazione è risultata composta da 648 parenti di soggetti emicranici, di cui 121, pari al 18,7%, a loro volta affetti da emicrania. I risultati di questa indagine evidenziano una minor familiarità positiva, per questa forma di cefalea, rispetto ai dati della letteratura (10-13) e il RR calcolato confrontando la prevalenza dell'ESA nei parenti di pazienti a loro volta affetti da ESA con i dati di prevalenza popolazione generale, pari a 1,1 è inferiore a quello ottenuto da altri autori (9).

Russel et al. (9), infatti, esaminando un campione di 378 probandi, con un numero complessivo di 1109 parenti di primo grado, hanno trovato un RR per ESA di 1,9 nei parenti di primo grado dei pazienti affetti da ESA.

Per dare una interpretazione corretta dei nostri risultati sono necessarie alcune precisazioni metodologiche. Nello studio danese il RR è stato calcolato rapportando il numero di parenti affetti dei pazienti con ESA con quello dei parenti affetti di soggetti non emicranici. In primo luogo, in entrambi i gruppi la presenza di malattia nel parente del probando è stata confermata mediante un'intervista diretta. Nella nostra indagine, invece, non è stato possibile procedere nello stesso modo e ci siamo avvalsi di informazioni indirette, raccolte cioè dai pazienti. La prevalenza nella popolazione generale di Copenhagen, da noi utilizzata come termine di paragone, è stata ottenuta selezionando un campione della popolazione e sottoponendo a intervista e vi-

sita neurologica tutti i soggetti inclusi nello studio al fine di accertare o meno la presenza di malattia. Pertanto, nel nostro gruppo di parenti affetti, la prevalenza di ESA rischia di essere sotto-stimata rispetto a quella effettivamente riscontrata nella popolazione danese. Nel nostro caso, infatti, sono stati confrontati dati ottenuti tramite interviste indirette (la nostra popolazione di parenti affetti) con altri ottenuti mediante intervista diretta e visita neurologica (popolazione generale di Copenhagen). Nonostante il valore predittivo positivo dell'emicrania riferita da pazienti emicranici sia stato attestato all'81% in una recente indagine (17), suggerendo che la maggior parte dei casi riportati dal probando come affetti ha realmente l'emicrania, la sensibilità dei casi di ESA riferiti dal probando non supera il 50%, ragion per cui il numero di parenti di primo grado affetti potrebbe essere inferiore alla realtà. In secondo luogo, per calcolare il RR, abbiamo considerato i valori di prevalenza di ESA, standardizzati per età e per sesso, ottenuti nel nostro campione e li abbiamo rapportati con quelli della popolazione generale di Copenhagen (18). Ciò si è reso necessario in quanto non sono disponibili, a tutt'oggi, dati epidemiologici affidabili riguardanti la prevalenza delle cefalee primarie nella popolazione italiana. La prevalenza dell'ESA in popolazioni di aree geografiche diverse potrebbe differire a causa delle condizioni ambientali e delle abitudini di vita differenti.

La frequenza di altri tipi di cefalee primarie tra i parenti di pazienti affetti da ESA, non è risultata particolarmente elevata. Sono stati riscontrati, infatti, 46 casi di CTT 4 di ECA (pari rispettivamente al 7,1% ed allo 0,6%). La distribuzione della cefalea di tipo tensivo

è apparsa abbastanza omogenea per sesso (22 maschi e 24 femmine). I parenti con ECA, invece, erano in prevalenza femmine (3 su 4).

Per quanto riguarda la CTT, abbiamo raccolto informazioni relative a 42 pazienti, pari al 15,2% dei pazienti complessivamente considerati. I parenti di primo grado dei soggetti con CTT sono risultati 192, di questi 15 (7,8%) presentavano CTT, 14 (7,3%) ESA e uno solamente (0,5%) ECA. La limitazione numerica del nostro campione più apparire sorprendente, dal momento che la CTT è la forma più frequente di cefalea, tanto da interessare circa il 65% della popolazione (19). La prevalenza nell'ultimo anno varia, a seconda degli studi, dal 37% nei maschi e 42% nelle femmine, in un'indagine finlandese svolta su 200 individui (19), al 63% nei maschi e 86% nelle femmine in una ricerca danese su 740 soggetti. Questi dati sono però riferiti alla popolazione generale e non ad una specifica popolazione clinica. Sebbene siano molti a soffrire di CTT, solo una minoranza di questi fa riferimento ad un Centro specializzato nella cura delle Cefalee. Sono abbastanza frequenti, infatti, i casi di CTT di lieve e media gravità per le quali il paziente spesso ricorre autonomamente all'assunzione di analgesici senza rivolgersi ad uno specialista. Bisogna inoltre tenere presente che la CTT può manifestarsi con una notevole variabilità per quanto riguarda la frequenza di comparsa del disturbo, l'intensità del dolore e il grado di invalidità provocato. Ragion per cui, raccogliendo dati riguardanti i parenti di primo grado in modo indiretto, i pazienti interrogati potrebbero aver avuto particolari difficoltà nel riferire la presenza di casi, fra i loro famigliari, di forme di CTT lievi e di breve durata.

Questo problema, ovviamente, si presenta anche nella raccolta di informazioni riguardanti le altre forme di cefalee primarie, ma può assumere proporzioni maggiori nel caso della CTT. La cefalea di tipo tensivo, infatti, a differenza dell'ESA non mostra caratteristiche peculiari che ne facilitino l'identificazione e le forme a bassa frequenza presenti per 1-14 giorni all'anno, rappresentano fino al 58% dei casi (19).

Non è stato possibile, vista la modesta numerosità del campione, elaborare ulteriormente i dati riguardanti la presenza di cefalee primarie fra i parenti di pazienti affetti da CTT.

In letteratura non sono ancora disponibili molti dati attendibili riguardanti la familiarità nella cefalea di tipo tensivo, sebbene una storia positiva per CTT sia riferita da diversi pazienti (6). In una recente indagine Russel et al. hanno riscontrato un significativo aumento (3 volte) del RR per CTT nei parenti di primo grado di pazienti affetti (7). Tale risultato è stato, successivamente, confermato da un'indagine svolta col metodo dell'analisi di segregazione complessa che ha dimostrato una miglior aderenza al modello di trasmissione multifattoriale piuttosto che a quello sporadico (20).

E' parso interessante, infine, procedere ad un confronto interno dei risultati, da noi ottenuti, nei campioni più numerosi presi in esame. In particolare, abbiamo potuto osservare la presenza significativamente maggiore di soggetti che riferiscono ESA tra i parenti dei pazienti con ESA rispetto ai parenti dei pazienti con CTT. Ciò depone a favore di un ruolo dei fattori genetici nella trasmissione dell'ESA, dal momento che la più alta percentuale di individui affetti fra i famigliari dei malati con ESA rispetto a quelli con CTT non può essere ricondotta al caso.

Valutando, invece, la presenza di CTT, nei due gruppi precedentemente considerati, si ottengono risultati decisamente differenti con una percentuale simile di parenti di primo grado con CTT nei due campioni di parenti presi in esame.

I nostri dati depongono, quindi, per la presenza di una familiarità positiva per ESA fra i parenti di pazienti con ESA e non sembrano indicare una situazione analoga per quanto riguarda la CTT. Possiamo concludere che il ruolo dei fattori genetici nell'insorgenza della malattia è più importante nell'ESA rispetto alla CTT, anche se il dato necessita di futuri approfondimenti alla luce delle recenti acquisizioni.

Bibliografia

- 1) Selby G., Lance J. W., observation on 500 cases of migraine and allied vascular headache. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr.*, 1960; 23: 23-32.
- 2) Russel M. B., Hilden J., Sorensen S.A., olesen J. Familial occurrence of migraine without aura and migraine with aura. *Neurology* 1993; 43: 1369-1373.
- 3) Messinger H. B., Spierings E. L. K., Vincent A. J. P., Lebbink I. Headache and family history. *Cephalalgia* 1991; 11: 13-18.
- 4) Vahlquist B. Migraine in children. *Int. Arch. Allergy* 1955; 7: 348-355.
- 5) Ad Hoc Committee on Classification of Headache. Classification of headache. *J.A.M.A.* 1962; 179: 717-718.
- 6) Kors E.E., Haan J., Ferrari M.D. Genetics of primary headaches. *Curr. Opin. Neurol.* 1999; 12: 249-254.
- 7) Russel M.B., Iselius L., Østergaard S., Olesen J. Inheritance of chronic tension type headache investigated by complex segregation analysis. *Hum. Genet.* 1998; 102: 138-140.
- 8) Headache classification committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia*, 1988; 8, (suppl. 7): 1-96.
- 9) Russell M.B. Genetic epidemiology of mi-

- graine and cluster headache. *Cephalalgia*, 1997; 17: 683-701.
- 10) Rasmussen B.K., Olesen J. Migraine with aura and migraine without aura: an epidemiological study. *Cephalalgia*, 1992; 12: 221-228.
 - 11) Selby G., Lance J.W. Observation on 500 cases of migraine and allied vascular headache. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 1960; 23: 23-32.
 - 12) Liveing E. On migraine, sick headache and some allied disorders. London: Churchill, 1973: 27-30.
 - 13) Dasgaard Nielsen T., Ulrich J. Prevalence and heredity of migraine and migranoid headaches among 461 Danish doctors. *Headache* 1973; 12: 168-172.
 - 14) Harvald B., Hauge M. A catamnestic investigation of Danish twins. *Danish Medical Bulletin* 1956; 311: 541-544.
 - 15) Ziegler D. K., Hassanein R., Harris D., Stewrd R. Headache in a non clinic twin population. *Headache* 1975; 14: 213-218.
 - 16) Honkasalo M. L., Kaprio J., Winter T., Heikkila K., Philc M., Sillanpaa M., Koskenvuo M. Migrainen and concomitant symptoms among 8167 adult twin pairs. *Headache* 1995; 35: 70-78.
 - 17) Russell M.B., Fenger k., Olesen J. The family history of migraine. Direct versus indirect informations. *Cephalalgia* 1996; 16: 156-160.
 - 18) Russell M.B., Rasmussen B.K., Thorvaldsen P., Olesen J. Prevalence and sex ratio of the subtype of migraine. *Int. J. Epidemiol.* 1995; 24: 138-148.
 - 19) Rasmussen B. K. Epidemiology of headache. *Cephalalgia*, 1995; 15: 45-68.
 - 20) Russell M.B., Iselius L., Ostergaard S., Olesen J. Inheritance of chronic tension type headache investigated by complex segregation analysis. *Hum. Genet.* 1998; 102 (2): 138-140.

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

Due pazienti con cefalea e disturbi dell'equilibrio. Una possibile diagnosi di vertigine emicranica

Maurizio Versino*, **Natascia Ghiotto****, **Silvia Colnaghi***, **Giuseppe Nappi**,****

*Dipartimento di Scienze Neurologiche, **Centro Cefalee e Disturbi Adattativi (UCADH), Università degli Studi, IRCCS Istituto Neurologico C. Mondino, Pavia

***Dipartimento di Neurologia e ORL, Università di Roma "La Sapienza"

Non sono stati ancora definiti i criteri per la diagnosi di vertigine emicranica, sebbene la sua prevalenza potrebbe essere elevata.

Questo articolo discute di due pazienti, madre e figlia, entrambe con un disturbo vertiginoso, alla luce di due recenti proposte di criteri per la diagnosi di vertigine emicranica.

We still lack definite diagnostic criteria for migraine vertigo, despite its prevalence might be really high. Herein we discuss the diagnosis of migraine vertigo in two dizzy patients, a mother with her daughter, according to very recently proposed diagnostic criteria.

Parole chiave: cefalea, diagnosi, vertigine emicranica

Key words: diagnosis, headache, migraine vertigo

Introduzione

I casi clinici generalmente vengono descritti se la diagnosi è stata difficile e raggiunta grazie ad un brillante ragionamento clinico e ad un iter diagnostico ben condotto.

La descrizione che segue fa eccezione a questa regola, perché i due casi rimarranno non diagnosticati anche alla fine di una lunga serie di considerazioni. Forse proprio questo motivo, vale a dire che si prestassero alla discussione, li ha selezionati per essere presentati nell'ambito di un "Venerdì del Mal di Testa" e, successivamente, su questa rivista.

Potrà sembrare un particolare irrilevante, ma sin dal suo inizio questa storia si è sviluppata oltre le premesse. La descrizione riguarda due pazienti, madre e figlia, ma solo la figlia aveva chiesto un consulto neurologico. La madre, inizialmente solo un'accompagnatrice è stata arruolata durante la raccolta dell'anamnesi. Sappiamo che

forse non le colpe, ma sicuramente il genoma dei genitori ricade sui figli, e pertanto alcuni disturbi della madre per i quali non era mai stata trovata una spiegazione hanno suscitato un nuovo, inatteso interesse.

Un punto di interesse per la descrizione di questi due casi è la coesistenza in entrambe le pazienti di un disturbo vertiginoso e di una cefalea. I due disturbi sono molto frequenti nella popolazione generale e, pertanto, il loro rilievo nello stesso individuo, è frequentemente interpretato come casuale specialmente se non esiste una stretta contiguità temporale dei due disturbi nel singolo attacco. Ma questo atteggiamento è sempre giustificato? I numeri dicono di no (1): l'associazione tra i due disturbi sembra essere maggiore di quella attesa per caso. Allora esiste una vertigine emicranica? Probabilmente sì, verosimilmente al di fuori dell'ortodossia della classificazione dell'IHS (anche di quella prossima ventura), ed ancora in assenza di criteri

diagnostici stabiliti. La vertigine emicranica è dunque un'entità ancora indistinta, ma probabilmente reale e misconosciuta. Chi si occupa di vertigine e/o di cefalea dovrebbe almeno averne in mente la possibile esistenza come ci suggeriscono, tra diverse incertezze e dati ancora mancanti, i due casi che descriviamo.

Descrizione delle pazienti

PAZIENTE #1

F.L. è una signora di 47 anni. Nell'anamnesi si segnala 20 anni prima dell'attuale controllo l'asportazione di una cista tiroidea e, dopo 7 anni, il riscontro di un'ipotiroidismo trattato con terapia sostitutiva (levotiroxina 50 µg/die), sospeso autonomamente dalla paziente da tre mesi. Si segnalano inoltre tre problemi ricorrenti:

1. Negli ultimi sei mesi, cioè da quando presenta irregolarità mestruali, riferisce comparsa di cefalea a bassa frequenza di crisi (<2 crisi/mese) caratterizzata da dolore frontale bilaterale, di tipo continuo, che diventa pulsante e peggiora con il movimento, senza sintomi associati, parzialmente disabilitante, responsivo a ibuprofene 200 mg.
2. Negli ultimi anni riferisce episodi di vertigine rotatoria soggettiva (ma durante questi episodi la paziente chiude gli occhi e pertanto non può rendersi conto dell'eventuale oscillopsia), di brevissima durata (secondi), che si associa a lieve nausea e si presenta con particolari spostamenti del capo (retromarcia).
3. Da circa 15 anni riferisce episodi di vertigine oggettiva rotatoria, con gli oggetti che si spostano da destra verso sinistra (questo dato ci sug-

gerisce un possibile deficit vestibolare destro), associata incostantemente a nausea e vomito. Si associa acufene bilaterale (di cui la paziente non è in grado di caratterizzare la tonalità), ma maggiore a destra, e sensazione di pienezza auricolare (non di ipoacusia), della durata di circa un'ora, che, che immediatamente o con un periodo libero anche di alcune ore, precede la comparsa della vertigine. In occasione di questi episodi la paziente è costretta a letto immobile. La vertigine permane di intensità elevata per 3 giorni e regredisce completamente in 5 giorni. Dalla descrizione emergono dei dubbi relativi ad una possibile componente posizionale o di posizionamento della vertigine. Questi episodi si verificavano sempre in periodo premenstruale (ultimo episodio circa due anni prima) In passato ha eseguito numerosi esami strumentali (non disponibile documentazione) ed era stata posta diagnosi di labirintite, trattata con betaistina.

Esame obiettivo generale, neurologico

Nella norma incluso l'esame neuro-otologico: ricerca nistagmo spontaneo con e senza fissazione, test di Halmagyi - head-thrust sign-, ricerca di nistagmo indotto da: head-shaking orizzontale e verticale compressione ripetuta del trago, manovra di Valsalva, vibrazione mastoidea, iperventilazione, posizione, posizionamento -manovre di Dix-Hallpike e McClure-.

Valutazione strumentale: 1) prove vestibolari rotatorie nella norma (valutazione del riflesso vestibolo-oculomotorio ed interazioni visuo-vestibolari), movimenti oculari saccadici (valutazione strutture troncoencefaliche e cerebellari), poten-

ziali evocati acustici troncoencefalici, potenziali evocati vestibolari miogeni (valutazione otolitica/sacculo), audiometria tonale; 2) verticale visiva soggettiva (valutazione otolitica/utricolo) ai limiti superiori della norma.

Ipotesi diagnostiche (i numeri corrispondono a quelli dei problemi elencati nell'anamnesi)

1. Cefalea tipo emicrania senza aura (non viene riferita l'associazione né con fonofotofobia né con nausea/vomito), con insorgenza nel periodo del climaterio analogamente a quanto sembra essere accaduto alla sorella (della quale non si hanno notizie precise riguardo il tipo di cefalea).
2. Vertigine di breve durata, scatenata dai cambiamenti di posizione, con presentazione a grappolo, senza associazione con altri sintomi: deve far pensare ad una Vertigine Parossistica Posizionale Benigna (VPPB), che al momento della visita è spenta in quanto le manovre diagnostiche sono negative. Le caratteristiche anamnestiche sono altamente suggestive, ma la sicurezza diagnostica verrà raggiunta solo con la positività delle manovre diagnostiche in occasione di nuovo eventuale episodio.
3. Vertigine rotatoria oggettiva ricorrente come da deficit vestibolare destro, senza fattori scatenanti, associata a sintomi cocleari (bilaterali, ma prevalenti a destra), della durata di ore/giorni, con una dubbia componente posizionale (ma più verosimile peggioramento da posizione); generalmente si presenta nel periodo mestruale, è scomparsa (?) alcuni mesi prima della comparsa della cefalea; l'obiettività clinica strumentale sono

sostanzialmente nella norma (è presente unicamente un valore di SVV ai limiti superiori della norma, compatibile con un deficit vestibolare, che nel caso fosse periferico sarebbe destro). Questa vertigine NON si è più presentata dopo la comparsa della cefalea. Possiamo porre le seguenti ipotesi diagnostiche, discutendo direttamente i fattori a favore e/o a sfavore per le prime quattro.

- I. Idrope endolinfatica (vista l'associazione con i flussi mestruali: sd di Ohresser). A sfavore: dopo 15 anni esame audiometrico e funzione vestibolare sostanzialmente normali (unica alterazione SVV, e in anamnesi non episodi tipo catastrofe otolitica di Tumarkin, la forma otolitica, piuttosto che canale, di idrope endolinfatica). Sarebbe opportuno rivedere la paziente vicino ad un episodio con ripetizione degli esami strumentali.
- II. Conflitto neurovascolare. A favore: vertigine da posizione (ricorrente). A sfavore: durata troppo lunga, non altri sintomi parossistici da conflitto (non necessari per la diagnosi, ma utili), l'iper ventilazione NON induce alcun disturbo (non necessario per la diagnosi, ma molto utile). Sarebbe opportuno eseguire una RMN dell'encefalo.
- III. Atassia episodica (verosimilmente di tipo 2). A favore: ricorrenza, durata degli episodi. A sfavore: manifestazioni non propriamente atassiche (fanno piuttosto pensare ad una disfunzione "anche" canale), mancanza di familiarità (ma sono possibili forme sporadiche, e verosimilmente si tratta di una patologia "allelica" con l'em-

crania emiplegica familiare (FHM) ed l'atassia spinocerebellare (SCA) di tipo 6, anche se finora non sono mai state descritte contemporaneamente nella stessa famiglia), esordio tardivo, non vi sono fattori scatenanti, esame intercritico normale anche a distanza di anni.

- IV. Vestibolo-cocleopatia idiopatica ricorrente: sarebbe opportuno restringere il campo alle forme associate a malattie autoimmunitarie, per le quali non esiste un elemento anamnestico suggestivo (se non forse l'ipotiroidismo, del quale manca però la documentazione).
- v. Vertigine emicranica: vedi più avanti.

PAZIENTE #2

C.C. è una ragazza di 20 anni, per la quale il dato anamnestico più saliente è quello di essere figlia di FL, della quale abbiamo esposto sopra la storia clinica.

Da ottobre 2000, circa un anno prima del controllo attuale, ha iniziato a presentare degli episodi caratterizzati da associazione di instabilità e cefalea. L'instabilità consiste in una sensazione di cadere verso sinistra "tale da impedire/rendere assai difficoltoso il mantenimento della stazione eretta". La cefalea si caratterizza come un dolore gravativo, diffuso, di elevata intensità e totalmente disabilitante, peggiorato dal movimento, associato a lieve fotofobia.

Nel singolo episodio più frequentemente i due sintomi sono associati: talora l'instabilità può precedere la cefalea di 10 minuti, e può cessare prima della cefalea. La cefalea, ma mai l'instabilità, può presentarsi anche isolatamente (vedi anche sotto). Solo in occasione del primo episodio: si è brevemente (secondi) associato un disturbo

visivo ("si accavallavano le righe durante la lettura").

Come fattori scatenanti/favorenti solo a partire dal mese di luglio 2001 è descritta relazione con i flussi mestruali (ma non con un particolare momento del flusso).

Come fattori aggravanti riferisce la stazione eretta ma solo sull'instabilità, non sulla cefalea [in particolare il peggioramento avviene immediatamente e si risolve immediatamente ritornando alla posizione supina).

Gli episodi hanno una durata di giorni (4 - 7) ed una frequenza variabile (da ottobre 2000 a gennaio 2001 3 episodi; da febbraio 2001 a luglio 2001 2 -3 episodi/mese; successivamente 1 episodio/mese).

Da un punto di vista della risposta farmacologia sono risultati poco efficaci sia l'ibuprofene sia il pizotifene.

Inoltre segnala che, a partire da gennaio 2001, dopo avere assunto fluoxetina 20mg x 2/die, ha notato la comparsa di tremore distale agli superiori, che non è completamente scomparso dopo la sospensione del farmaco, e si presenta occasionalmente come fine tremore distale agli arti superiori, prevalente a sinistra, notato dalla madre durante alcuni movimenti quali lo scrivere od il mangiare. Prima del controllo attuale, aveva eseguito un'altra visita neurologica, in occasione della quale veniva posta la diagnosi di emicrania senz'aura, ed aveva eseguito degli accertamenti neuroradiologici (TC con m.d.c. e RMN encefalo) risultati nella norma.

Esame obiettivo generale, neurologico (incluso l'esame neuro-otologico)

Nella norma se non per la presenza di un tremore attitudinale, fine, distale agli arti superiori e maggiore a sinistra, non modificato dal movimento.

Valutazione strumentale: prove vestibolari rotatorie, movimenti saccadici, verticale visiva soggettiva, potenziali evocati acustici troncoencefalici, potenziali evocati vestibolari miogeni, ECD-TSA, Eco-Doppler transcranico: nella norma.

Ipotesi diagnostiche

In questo caso sono meno numerose rispetto a quelle per la prima paziente, ed assumono che instabilità e cefalea da un lato e, tremore dall'altro, siano tra di loro indipendenti (ma successivamente considereremo che possano non esserlo).

1. Vertigine emicranica? (vedi più avanti).
2. Atassia episodica: avendola ipotizzata per la madre e perché la forma è ereditaria. Tuttavia le probabilità sono molto basse nella madre, ed ancora di più nella figlia vista la presentazione clinica.
3. Il tremore posturale è verosimilmente un tremore essenziale (classico) o, meno probabilmente, un tremore fisiologico accentuato.

L'associazione tra vertigine ed emicrania: la vertigine emicranica

Nella classificazione delle cefalee proposta dall'IHS nel 1988 (2), nell'adulto è codificata un'unica condizione di associazione tra vertigine ed emicrania, vale a dire l'emicrania basilare. I criteri diagnostici sono simili a quelli dell'emicrania con aura se non per le caratteristiche dell'aura, e prevedono almeno due attacchi con le seguenti caratteristiche:

1. almeno 3 dei seguenti punti:
 - I. uno o più sintomi corrispondenti all'aura, completamente reversibili ed indicanti un deficit focale cor-

ticale e/o troncoencefalico, e nel caso dell'emicrania basilare l'associazione di almeno due dei seguenti sintomi: deficit del campo visivo omonimi, disartria, vertigine, acufeni, ipoacusia, diplopia, atassia, parestesie bilaterali, paresi bilaterali, restringimento dello stato di coscienza;

- II. almeno un sintomo d'aura si sviluppa gradualmente nell'arco di almeno 4 minuti, oppure, due o più sintomi si sviluppano in successione;
 - III. nessun sintomo dell'aura dura più di 60 minuti. Se vi è più di un sintomo la durata ammissibile è aumentata proporzionalmente;
 - IV. la cefalea si sviluppa dopo l'aura con un intervallo libero non superiore a 60 minuti (l'inizio può avvenire nel corso dell'aura o coincidere con quello dell'aura).
2. Almeno uno dei seguenti punti:
 - I. anamnesi, esame obiettivo generale e neurologico non suggestivi per le condizioni riportate nei punti 5 – 11 della classificazione;
 - II. anamnesi, esame obiettivo generale e neurologico suggestivi per le condizioni riportate nei punti 5 – 11 della classificazione, che vengono però escluse da appropriati esami strumentali;
 - III. anamnesi, esame obiettivo generale e neurologico suggestivi per le condizioni riportate nei punti 5 – 11 della classificazione, con conferma da parte degli esami strumentali ma l'esordio dell'emicrania non coincide con quello della malattia in causa.

Le pazienti soddisfano questi criteri? (N.d.R.: FL non è mai stata sottoposta ad un esame neuroradiologico utile per

escludere alcune cause di vertigine e/o cefalea). FL no: abbiamo due sintomi, acufene e vertigine, tra quelli previsti per l'aura ma uno dei due dura troppo a lungo; inoltre manca la costante associazione con la cefalea nel singolo attacco. C.C. no: un solo sintomo per l'aura; solo nel primo episodio è riportato anche un disturbo visivo ma la sua durata è stata inferiore ai quattro minuti e quindi troppo breve.

Più recentemente sono state fatte due proposte di criteri diagnostici per la vertigine emicranica. Vediamo quali sono e la loro applicabilità nelle nostre due pazienti.

La prima proposta è quella di Dietrich et al. (3) che analizzando novanta pazienti, con almeno cinque episodi, ha delineato quattro possibili tipologie di vertigine emicranica.

TIPO 1: attacchi ricorrenti di vertigine od instabilità e deficit neurologici troncoencefalici; associazione con cefalea durante od immediatamente dopo l'attacco di vertigine /instabilità ("aura troncoencefalica con cefalea"); storia personale di emicrania.

TIPO 2: attacchi ricorrenti di disturbi unicamente vestibolari e/o oculomotori; associazione con cefalea durante od immediatamente dopo l'attacco di vertigine /instabilità ("aura vestibolare o oculomotoria con cefalea"); storia personale di emicrania.

TIPO 3: attacchi ricorrenti di disturbi unicamente vestibolari e/o oculomotori; associazione con cefalea durante od immediatamente dopo l'attacco di vertigine /instabilità ("aura vestibolare o oculomotoria con cefalea"); efficacia del trattamento antiemicranico.

TIPO 4: attacchi ricorrenti di disturbi unicamente vestibolari e/o oculomotori;

non associazione con cefalea durante od immediatamente dopo l'attacco di vertigine /instabilità ("aura vestibolare o oculomotoria senza cefalea"); efficacia del trattamento antiemicranico.

Le pazienti soddisfano questi criteri? Dobbiamo tenere conto che alcuni dati sono mancanti o parziali, in particolare quelli riguardanti l'efficacia del trattamento antiemicranico. F.L. potrebbe essere un tipo 4 se fosse efficace il trattamento antiemicranico mentre C.C. potrebbe essere un tipo 2 (o un tipo 3).

La seconda proposta è quella di Neuhauser et al. (4) che hanno definito due forme:

Forma definita

1. sintomi vestibolari episodici (vertigine rotatoria, altre illusioni di movimento riferite a sé stessi od all'ambiente circostante, intolleranza al movimento della testa intesa come illusioni di movimento riferite a sé stessi od all'ambiente circostante scatenate dai movimenti della testa) di intensità almeno moderata (tali da almeno interferire sulle attività quotidiane);
2. diagnosi di emicrania definita sulla base dei criteri dell'IHS;
3. almeno uno dei seguenti sintomi emicranici in almeno due attacchi di vertigine: cefalea emicranica, fonofobia, fotofobia, aura visiva o di altro tipo;
4. esclusione di altre possibili cause per mezzo di indagini appropriate.

Forma probabile

1. Sintomi vestibolari episodici di intensità almeno moderata.

2. Almeno uno dei seguenti: diagnosi di emicrania sulla base dei criteri dell'IHS; sintomi emicranici durante la vertigine; fattori precipitanti analoghi a quelli tipicamente descritti per l'emicrania (ad es: alcuni cibi, irregolarità del ciclo sonno-veglia, variazioni ormonali); risposta al trattamento antiemicranico.
3. Esclusione di altre possibili cause per mezzo di indagini appropriate.

Le pazienti soddisfano questi criteri? F.L. no; C.C. potrebbe essere una forma possibile.

Prima di passare alle conclusioni, vogliamo provare ad inserire anche il tremore nel tentativo di una diagnosi unificante. Baloh et al. (5) hanno descritto casi di emicrania familiare associata a vertigine e tremore essenziale. Negli affetti l'età di esordio era inferiore ai 25 anni e l'emicrania era l'unico elemento sempre presente soddisfacendo i criteri IHS per la diagnosi di emicrania senza aura e, in alcuni casi, con aura visiva. Poteva coesistere una vertigine: rotatoria oggettiva; della durata di secondi-ore, non posizionale, generalmente non associata alla cefalea nello stesso episodio.

Il tremore era un tremore posturale agli arti superiori, peggiorato dal movimento e talora asimmetrico. Come curiosità segnaliamo che alcuni di questi pazienti rispondevano all'assunzione di acetazolamide (come l'atassia episodica di tipo 2) e che in due pazienti era stata posta erroneamente la diagnosi di sindrome di Ménière.

Conclusioni

Come premesso, non è possibile trarre una diagnosi definitiva. Per entrambe

le pazienti sembra opportuno un nuovo controllo clinico e strumentale "critico" in occasione di un nuovo eventuale episodio. Inoltre potrebbe essere valutata l'efficacia di un trattamento sintomatico e di profilassi per l'emicrania che, come riportato sopra, può assumere una valenza diagnostica. Infine, per le singole pazienti, potrebbe essere utile una RMN dell'encefalo (F.L.), uno studio del tremore (C.C.) ed eventualmente una valutazione clinica nei parenti.

Prescindendo ora dai due casi specifici, possiamo fare alcune considerazioni sulla vertigine emicranica. Sebbene non abbia ancora raggiunto la dignità di un'entità diagnostica precisa, diversi studi (inclusi quelli già citati) mostrano come possa essere frequente e trattabile e come la sua definizione forse necessiti di uscire dagli schemi abitualmente adottati nella Classificazione delle Cefalee (si veda la differenza tra la definizione classica di emicrania basilare e le due proposte di definizione di vertigine emicranica). In particolare bisogna sottolineare che secondo questa visione allargata la vertigine può decorrere isolatamente senza essere accompagnata (seguita) dalla cefalea, e che la sua durata non rientra nei termini previsti per l'aura emicranica.

Pragmaticamente la diagnosi di vertigine emicranica potrebbe essere considerata dopo avere escluso tutte le altre possibili forme di vertigine in pazienti che soffrono di emicrania. In questa situazione, piuttosto che trovarsi di fronte ad una forma di vertigine ricorrente "idiopatica", si disporrebbe del razionale per una terapia anti-emicranica. Il successo di queste terapie permetterebbe anche di evitare l'instaurarsi di una condizione di ansia di attesa, di fo-

bia posturale che quasi inevitabilmente complicano le forme di vertigini ricorrenti.

Gli studi futuri su questi argomenti e

l'osservazione dell'evoluzione del disturbo nelle due pazienti potranno forse dirci se l'ipotesi diagnostica di vertigine emicranica fosse corretta.

Nota bibliografica

1. Versino M, Sances G, Colnaghi S, Anghileri E, Albizzati C, Bono G, Cosi V. Dizziness and migraine: a causal relationship? *Funct Neurol* 2003;18(2):97-101
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8 (Suppl):1-96
3. Dieterich M, Brandt T. Episodic vertigo related to migraine (90 cases): vestibular migraine? *J Neurol* 1999;246: 883-892
4. Neuhauser H, Leopold M, Von Brevern M, Arnold G, Lempert T. The interrelations of migraine, vertigo, and migrainous vertigo. *Neurology* 2001; 56: 436-441
5. Baloh RW, Foster CA, Yue Q, Nelson SF. Familial migraine with vertigo and essential tremor. *Neurology* 1996; 46:458-460

Corrispondenza: prof. M. Versino, Istituto Neurologico C. Mondino, via Palestro 3 - 27100 Pavia, Italy
e mail: mversino@unipv.it

XI CONGRESSO IHS

Roma, 13-16 settembre 2003

A cura di Alberto Proietti Cecchini, Natascia Ghiotto

Dal 13 al 16 settembre 2003 si è tenuto a Roma, presso il Palazzo dei Congressi, l'XI Congresso della Società Internazionale delle Cefalee (IHS), che torna a svolgersi in Italia dopo 16 anni dalla Conferenza di Firenze del 1987. L'XI Congresso Internazionale delle Cefalee (IHC 2003) è stato organizzato e presieduto dai professori Giuseppe Nappi (Roma, Pavia) e Virgilio Gallai (Perugia). L'evento, che ricorre ogni due anni (nel 2001 è stato organizzato a New York), si è svolto affrontando le principali tematiche nell'ambito dei modelli sperimentali, la genetica, le metodiche di ricerca clinica, la patofisiologia e la neuroimmagine, i marker neurofisiologici e biologici, le caratteristiche cliniche e le strategie di trattamento sintomatico e di profilassi fino alla nuova nosografia delle cefalee. Infatti, il Congresso ha visto tenere a battesimo, per la seconda volta in Italia, la seconda edizione della Classificazione Internazionale delle Cefalee, che fa seguito alla prima edizione del 1988, esattamente dopo 15 anni. Si tratta di un rinnovamento molto atteso, considerato che la scoperta dei nuovi farmaci triptani, introdotti negli anni '90 e oggi classificati come "salvavita" e, le ricerche nel settore, hanno fortemente cambiato l'approccio alla gestione clinica della cefalea, patologia che l'OMS inserisce al 12° posto tra le venti patologie più frequentemente invalidanti, con un costo sociale enorme, in termini di spese per medicinali, giorni di malattia e assenze lavorative o ridotta capacità lavorativa. La nuova

edizione è stata presentata dal presidente della commissione, prof. Jes Olesen, il quale, unitamente all'australiano prof. Lance e al prof. Nappi, sono gli unici membri della precedente commissione ad aver collaborato all'attuale edizione. Olesen ha così illustrato le principali novità introdotte nella 2° edizione, quali le nuove entità nosologiche inserite nel capitolo IV come la cefalea ipnica e la cefalea thunderclap nonché il nuovo capitolo XII dedicato alle cefalee attribuite a disordini psichiatrici.

Le nuove linee guida diagnostiche sono uno strumento indispensabile in quanto, come ha detto lo stesso Olesen, la cosa peggiore che può capitare a chi soffre di cefalea è quella di ricevere una diagnosi sbagliata, cui consegue la prescrizione di farmaci sbagliati, inefficaci e spesso con effetti collaterali.

Il Congresso si è aperto con una revisione storica della cefalea del prof. G. Zanchin (Padova), il quale afferma che, nonostante l'estrema diffusione del disturbo cefalalgico, con una prevalenza nel corso della vita che raggiunge il 90%, la cefalea resta tuttavia un'esperienza soggettiva e profondamente intima, e, come tale, elusiva, tanto da essere sovente ispiratrice nell'arte, sia di opere letterarie sia figurative di estremo interesse scientifico, in quanto documentano l'estrema varietà dell'esperienza individuale.

E' seguita la relazione del prof H.C. Diener circa l'attività metabolica ed il flusso circolatorio del tronco encefalico

in fase acuta, che, sottolineando le evidenze scientifiche in studi di neuroimmagine di un'attivazione unilaterale dei nuclei del rafe, del locus coeruleus e del grigio periacqueduttale in fase acuta, pone l'interrogativo se siano i veri generatori dell'emicrania o abbiano essi un ruolo modulatore sull'attacco. Inoltre, si chiede se tale attivazione sia o meno specifica dell'attacco emicranico e se sia analogo il rilievo in caso di cefalea bilaterale. Conclude l'intervento richiamando il riscontro, negli studi del prof. Welch, di depositi di ferro nel grigio periacqueduttale nei casi di emicrania cronica, alludendo a possibili condizioni di emicrania sintomatica per lesioni troncoencefaliche.

In continuità con le evidenze di neuroimmagine è stata la relazione del prof. J. Schoenen che ha presentato i più recenti risultati delle indagini neurofisiologiche sui circuiti troncoencefalici, includendo gli studi sul riflesso di ammiccamento condotti mediante nuove metodiche di stimolazione selettiva delle fibre nocicettive Ad e C che hanno evidenziato fenomeni di sensitizzazione centrale sul lato del dolore per aumento dell'area della risposta R2 e assenza di abitudine.

Altre indagini presentate sono stati i potenziali evocati acustici corticali e l'analisi spettrale dei potenziali evocati somatosensitivi per le componenti ad alta frequenza di oscillazione, che confermerebbero che il deficit di abitudine è una caratteristica neuronale generalizzata, possibilmente sostenuta da una condizione di ridotto livello di pre-attivazione corticale (ridotta eccitabilità).

L'intervento del prof. R. Burstein circa le implicazioni cliniche della sensitizzazione trigemino vascolare, centrale e periferica durante la crisi emicranica, responsabili rispettivamente del carat-

tere pulsante del dolore emicranico e dell'allodinia cutanea, è stata relativa ai tempi di impiego dei triptani rispetto all'esordio dell'attacco emicranico, ed ha dimostrato la superiore efficacia dell'uso in fase precoce dei triptani, prima dell'instaurarsi dell'allodinia cutanea, con il vantaggio di prevenire la sensitizzazione centrale.

Il prof. P.J. Goadsby ha discusso il ruolo modulatore del troncoencefalo sulle afferenze somatosensoriali e nocicettive e sui meccanismi di vasoregolazione della circolazione cerebrale, affermando che nell'emicrania tale struttura è disfunzionale ed ha ruolo primario, governando la corteccia cerebrale.

Infine il prof. M.A. Moskowitz ha ripercorso le principali scoperte relative alla *cortical spreading depression* sia come meccanismo di innesco dell'attacco emicranico sia come correlato del fenomeno di aura emicranica, dimostrando, inoltre, come la *cortical spreading depression* evochi un riflesso assonale responsabile dell'infiammazione neurogenica a livello dei vasi meningei.

Dal Congresso è emerso, inoltre, un altro grande problema che è quello della corretta informazione ai pazienti, che spesso ricorrono all'automedicazione, cadendo in una condizione di eccessivo uso di farmaci antidolorifici che, anziché alleviare la cefalea, paradossalmente concorre al suo peggioramento. Invero, si instaura un mal di testa "chimico" ed una condizione di vera e propria dipendenza dai sintomatici che raggiunge una prevalenza del 5% nella popolazione generale. In tali casi diviene spesso necessario instaurare un programma riabilitativo e di disintossicazione, possibile presso i centri di diagnosi e cura delle cefalee, talora con ricovero ospedaliero per trattamenti farmacologici endovenosi specifici e stra-

tegie complementari di tipo cognitivo-comportamentale.

Uno dei campi di ricerca più dinamici nell'ambito delle cefalee è quello della genetica dell'emicrania, che conferma la tesi per cui il terreno ereditario predisponente all'emicrania gioca un ruolo fondamentale nell'estrinsecazione clinica non solo del disturbo emicranico ma possibilmente anche di quelle patologie frequentemente associate, comorbide all'emicrania, che includono tutti i disturbi della serie cardio-cerebrovascolare, dei disturbi ansioso-depressivi e di altri disordini neurologici tipo l'epilessia e le patologie del sonno, l'atassia, le vertigini, il tremore, che fanno dell'emicrania un disordine neurobiologico complesso. Infatti, sono state identificate diverse mu-

tazioni sul cromosoma 19 e sul cromosoma 1, in varia misura responsabili dell'attività dei canali del calcio e del potassio, di estrema importanza sulla modulazione del rilascio dei neurotrasmettitori e sull'eccitabilità della membrana neuronale, e già riconosciute sostenere alcune forme autosomiche dominanti di Emicrania Emiplegica Familiare .

In occasione del Congresso è stata inaugurata, su iniziativa dell'Accademia Romana del Mal di Testa, una mostra dedicata ad una *vittima illustre* della cefalea, in particolare della forma di emicrania con aura: Giorgio De Chirico. La mostra si è tenuta al Circolo Brutium, con il titolo emblematico "Artemicrania? Opere e parole tra mal di testa e metafisica".

CLUSTER CLUB MEETING

Roma, 12 settembre 2003

A cura di Paola Torelli

La cefalea a grappolo è una patologia rara, ma estremamente interessante per la particolarità della presentazione clinica e per i risvolti fisiopatologici che questo comporta. Il Cluster Club è nato nel 1979 con la denominazione "International Cluster Headache Study Group" per iniziativa di alcuni ricercatori "appassionati" di cefalea a grappolo come occasione di confronto, discussione e approfondimento scientifico sui molteplici aspetti che caratterizzano questa forma di mal di testa. Dopo quasi 25 anni dalla sua creazione, si è tenuto a Roma, come evento parallelo al XI Congresso della International Headache Society, l'International Meeting organizzato dalla Sezione Italiana del Cluster Club ad opera del Prof. Giuseppe Nappi e del Prof. Gian Camillo Manzoni. L'incontro ha occupato un intero pomeriggio e il Prof. Nappi ha aperto i lavori ricordando i momenti fondamentali della storia del Club e ha sottolineato l'intento degli organizzatori di realizzare un momento di scambio di alto livello scientifico grazie a relazioni preordinate e ampio spazio lasciato alla discussione. L'introduzione è stata affidata a Karl Ekbohm e in pochi minuti il ricercatore svedese è riuscito a sintetizzare le più importanti conquiste in materia di epidemiologia, aspetti clinici, patogenesi e terapia degli ultimi decenni. Peter Goadsby (UK) ha illustrato le novità nell'ambito della seconda edizione della classificazione internazionale delle cefalee che, per quanto concerne il gruppo 3, riguardano l'inserimento della forma episodica dell'emicrania parossistica e l'ingresso

di una nuova forma, la SUNCT, acronimo di short-lasting unilateral neuralgiform headache with conjunctival injection and tearing. A questo proposito è già presente nell'appendice della classificazione la proposta di modificare l'acronimo SUNCT in SUNA (short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic symptoms) e di prevedere un sottotipo episodico e cronico analogamente alla cefalea a grappolo e all'emicrania parossistica; questo aspetto è stato puntualizzato da Pareja nella sessione "Discussants". Importanti novità a proposito dell'epidemiologia della cefalea a grappolo sono state illustrate da Gian Camillo Manzoni. La prevalenza della cefalea a grappolo, ad oggi stimata in soli due studi condotti nella popolazione generale, è pari a 0.06-0.07%. Una recente indagine eseguita a Parma tra il 2002 e il 2003 in un campione rappresentativo della popolazione generale ha invece evidenziato una prevalenza circa quattro volte superiore pari a 0.28%, 0.23% per le donne e 0.34% per gli uomini, con un rapporto maschi:femmine di 1.3:1 indice di una sempre minor predominanza del sesso maschile in linea con quanto descritto in alcune casistiche cliniche. I complessi meccanismi patogenetici che sottendono la cefalea a grappolo sono stati efficacemente illustrati da Giorgio Sandrini (Italia) che ha descritto la genesi del dolore, dei sintomi neurovegetativi associati e le recenti osservazioni sulla funzione dell'ipotalamo quale elemento chiave nel determinismo della presentazione periodica degli episodi di cefalea. In que-

sto ambito, nella sezione "Discus-sants", Gabriella Buzzi (Italia), utilizzando soprattutto i dati sperimentali di Moskowitz, ha precisato il ruolo del sistema trigemino-vascolare nella cefalea a grappolo. Elisabet Waldenlind (Svezia) ha illustrato lo stato dell'arte per quanto riguarda la genetica della cefalea a grappolo. Il contributo di Gennaro Bussone (Italia), in merito all'esperienza del gruppo milanese dell'Istituto Besta sulla "deep brain stimulation" in 7 pazienti con cefalea a grappolo cronica resistente ai trattamenti farmacologici, rappresenta un interessante testimonianza a favore del coinvolgimento ipotalamico in questa forma di cefalea. La sessione plenaria è stata chiusa da Ninan Mathew (USA) che ha riportato le comuni strategie terapeutiche sintomatiche e preventive e ha discusso alcune recenti segnalazioni, quali la presunta efficacia del topiramato nella prevenzione della cefalea a grappolo, che sicuramente richiedono ulteriori conferme mediante l'esecuzione di studi metodologicamente accurati. La giornata si è conclusa con le brevi relazioni scientifiche di alcuni giovani ricercatori emergenti (K. Ravishankar, P. Torelli, F.

Antonaci, M. Vandenheede) sulla validazione di un questionario per le indagini epidemiologiche nella popolazione generale sulle correlazioni tra emicrania e cefalea a grappolo, sull'uso dei corticosteroidi endovena nel trattamento della cefalea a grappolo e sull'esperienza (di cautela e ancora contraddittoria) dei belgi sulla stimolazione ipotalamica nei soggetti con forma cronica e intrattabile. In particolare Antonaci et al. hanno valutato, in uno studio in aperto condotto in un campione di 12 pazienti con CG episodica, gli effetti dell'infusione e.v. di 2 g di metilprednisolone senza evidenziare alcun effetto positivo. Al termine sono stati presentati i rappresentanti delle associazioni nazionali e internazionali dei pazienti con cefalea a grappolo (OUCH) che già collaborano a vari livelli con i gruppi di ricerca.

L'incontro, che ha permesso di rimarcare conoscenze acquisite e di illustrare dati nuovi e all'avanguardia, sarà seguito, nei prossimi anni, da meeting, ne siamo certi, altrettanto interessanti. Attenta e fortemente interattiva la qualificata platea di numerosi esperti e pazienti provenienti da vari paesi del mondo.

ITALIAN-HISPANIC LINGUISTIC SUBCOMMITTEES (IHS): II JOINT MEETING

Roma, 12 settembre 2003

A cura di Silvano Cristina, Gianfranca Lovicu

Nel settembre ultimo scorso si è svolto a Roma in occasione della XI edizione del congresso IHS, il secondo meeting dei sottocomitati linguistici italofono ed ispanofono della Società Internazionale delle cefalee.

L'incontro si è svolto con l'egida del COLOMBO 2000, progetto di ricerca inserito nel programma di cooperazione scientifica e tecnologica Italia/Argentina 2002-2003.

La manifestazione, che ha visto la partecipazione di un folto qualificato pubblico di ricercatori italiani, spagnoli, latino-americani, fa seguito alla edizione di Buenos Aires, 28 settembre 2002. La giornata è stata aperta dai coordinatori dei due comitati IHS (prof. G. Nappi, prof. M.J.A. Lainez) e dal prof. J. Leston (Associazione Latino Americana delle Cefalee / Aladec).

La prima sessione comprendeva relazioni di taglio culturale sulla *Semantica dell'emigranza fra i Latini* e ha visto gli interventi del prof. E. Raffaelli (Brasile), dep. C. Tulunay (Turchia), del prof. G. Zanchin (Italia); la sessione si è conclusa con una animata discussione e gli interventi preordinati del prof. M. Giacobuzzo (Italia) sulla "De Re Medica" di Aulo Cornelio Celso e del Prof. A. Bianchi (Italia) sulla Scuola Medica Salernitana.

La seconda sessione, coordinata dai Prof. V. Guidetti (Italia), Prof. N. Barrientos (Cile), M. Fanciullacci (Italia), è entrata nel vivo della *Nuova classificazione internazionale delle cefalee* con relazioni sulle *Cefalee Primarie* e le molte novità rispetto alla classifica-

ne dell'88; sono intervenuti il prof. M.J.A. Lainez / Spagna (emicrania), il prof. M. Medici / Uruguay (cefalea tensiva), la dr.ssa Marita Figuerola (Argentina) sulla cefalea a grappolo e le cefalee trigemino-autonomiche, la dr.ssa G. Sances (Italia) sulle "altre cefalee primarie" (Capitolo IV).

La terza sessione, coordinata dai prof. A. Moglia (Italia) e dal prof. S. Muchnik (Argentina), era dedicata alla *Cefalee Secondarie* con relazioni del prof. M.J.A. Lainez (Spagna), del dr. I. Rainero (Italia), della prof. Lucia M. Bonomi (Cordoba / Argentina).

L'ultima sessione è stata dedicata alla *Cooperazione Scientifico Tecnologica tra Europa ed America Latina* che ha visto fiorire negli ultimi anni numerose iniziative tra ricercatori, medici, istituzioni di ricerca e di assistenza in Italia, Europa, America Latina, vivificando il profondo legame dei diversi popoli dei Paesi Europei che, nel corso dei secoli, hanno trasferito le proprie tradizioni linguistiche e culturali nel Nuovo Mondo, a partire da Cristoforo Colombo e i suoi compagni di viaggio. Non è un caso, pertanto, che il Progetto inserito nel programma di cooperazione tra i Governi di Italia ed Argentina (coordinato dal prof. Giuseppe Nappi dal '94), porti il nome di "COLOMBO 2000". Il prof. Nappi ha aperto questa ultima sessione ricordando l'esperienza e i principali risultati di anni di collaborazione con i ricercatori Argentini e degli altri paesi del "cono Sur" (Uruguay, Brasile, Cile).

La sessione è stata moderata dal Magnifico Rettore dell'Università di Roma Tor Vergata, prof. A. Finazzi-Agrò ed ad essa sono intervenuti:

- l'On.le Prof. G. Nisticò (Deputato del Parlamento Europeo) che ha illustrato le opportunità di integrazione tra le due aree geografiche in materia di cooperazione nella ricerca e nello sviluppo tecnologico, ricordando come esistano numerosi progetti finanziati dalla Comunità Europea che favoriscono progetti comuni (Progetto Alfa in primo luogo);
- il Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Pavia e Presidente dell'IRCCS "Istituto Neurologico C. Mondino", prof. R. Schmid, che ha illustrato l'esempio di un Progetto Europeo di formazione post-università ad alto livello: Progetto Al_an;
- il Decano della Facoltà di Scienze Mediche dell'Università di Cordoba (Argentina), prof. J.M. Willington, che ha fatto il punto sulla situazione relativa alle attività di ricerca scientifica e quantità di lavori pubblicati su riviste indicizzate della realtà latino-americana rispetto a quella europea o dell'America del Nord; Willington ha sottolineato la necessità per i ricercatori latino-americani di collaborare con i colleghi europei per migliorare la situazione attuale;
- il Direttore del Dipartimento della Salute Umana, della Sanità Pubblica,

Veterinaria e dei Rapporti Internazionali del Ministero della Salute, prof. Vittorio Silano, che ha illustrato il nuovo progetto relativo ad una rete tra gli Ospedali Italiani all'estero e le reti di eccellenza degli Istituti di cura italiani. Silano ha posto un particolare accento sulle realtà sanitarie italiane che già rappresentano punti di riferimento per l'America Latina;

- il Presidente dell'Ospedale Italiano di Buenos Aires, Ing. Juan Mosca, che ha portato l'esperienza del suo grande Ospedale, che celebrerà i suoi 150 anni di attività proprio nel mese di dicembre di quest'anno. L'Ospedale Italiano rappresenta un importante punto di riferimento per tutto il Sud-America, in particolare nel campo dei trapianti d'organo.

La manifestazione ha avuto l'onore della partecipazione del Ministro Mirko Tremaglia (Ministero degli Italiani nel Mondo); durante il suo intervento si sono toccati momenti di forte emozione, in particolare quando è stato ricordato come molti dei ricercatori che lavorano in queste aree del Continente americano siano di origine italiana e come molti degli utenti di queste strutture sanitarie d'Oltreoceano siano nostri connazionali. Questa circostanza rende ancora più forte il legame tra i ricercatori coinvolti nel "Colombo 2000" e nei gruppi linguistici di matrice latina.

UBALDO NICOLA

KLAUS PODOLL

G L'AURA DI GIORGIO DE CHIRICO

ARTE EMICRANICA E PITTURA METAFISICA



MIMESIS
neuro-estetica

L'aura di Giorgio de Chirico. Arte emicranica e pittura metafisica

A cura di Maria Luisa Picascia

Ricerca la razionalità e una composta fisicità nelle opere metafisiche di Giorgio de Chirico è impresa improba e forse inutile, perché ciò che caratterizza l'opera del pittore è una visione della realtà che supera le regole e si spinge oltre l'ordine del mondo. Resta solo l'emozione di fronte alle forme, ai colori, ai disegni. E' lecito chiedersi da dove essi nascano. E' ciò che hanno fatto Ubaldo Nicola e Klaus Podoll (un saggista il primo, un neurologo e psichiatra il secondo) che nel volume *L'aura di Giorgio de Chirico. Arte emicranica e pittura metafisica*, Mimesis, Milano 2003, indagano l'arte di uno dei maggiori artisti del Novecento alla luce di un'ipotesi che sembra essere assodata: il pittore soffriva di emicrania con aura.

Un ben dosato amalgama di scienza medica e letteratura conduce il lettore in un itinerario interpretativo che scorre su due binari paralleli: da un lato un'attenta ricostruzione storica del percorso creativo del pittore, dall'altro una descrizione della patologia emicranica, anche sulla base di testimonianze biografiche ed artistiche di pazienti emicranici.

Nei quadri realizzati da de Chirico nel decennio metafisico (1909-1919) sono presenti elementi irreali, estranei al contesto pittorico, che gli autori fanno

risalire a sintomi costanti e testimoniati dell'aura emicranica: zone scure impenetrabili alla luce, ombre lunghe, linee a zig zag avrebbero la loro fonte prima nelle allucinazioni visive causate dall'aura. Anche le sensazioni di enigmaticità, di attesa sospesa, di apertura verso un mondo che sta al di là del sensibile, di estraneità degli oggetti usuali, che gli stessi quadri trasmettono a chi li osserva, risulterebbero meglio chiarite assumendo a chiave di lettura il senso di angoscia che accompagna il presentarsi dell'aura nei pazienti emicranici.

Dall'indagine su numerosi scritti teorici e autobiografici di de Chirico, i due autori hanno potuto mettere in rilievo la convinzione del pittore circa l'origine della sua creatività artistica. Il Maestro (al quale non è mai stata diagnosticata la patologia di cui soffriva) ha ritenuto (stimolato anche dalla lettura delle opere di Nietzsche) che gli aspetti metafisici della sua arte non derivassero da normali esperienze sensoriali, ma da speciali illuminazioni appartenenti alla dimensione dello spirito; pensava, insomma, di essere il privilegiato fruitore di una rivelazione, di un dono dall'alto che consentiva alla sua mente l'ingresso in un "altro mondo". Rifiuterà questa interpretazione dell'o-

U. Nicola, K. Podoll

L'aura di Giorgio de Chirico. Arte emicranica e pittura metafisica
Milano: Mimesis 2003

rigine fuori di sé della pittura metafisica e con la svolta stilistica del 1919 teorizzerà il possesso pieno del suo oggetto artistico, definendosi vero artefice e creatore d'arte, cioè genio. Non rinnegò però del tutto lo stile metafisico, che saltuariamente riprese lungo tutta la vita, continuamente chiedendosi quale fosse il vero valore dell'arte pittorica. Suggestiva è l'ipotesi dei due autori, secondo i quali il 1919 è l'anno in cui termina la fase acuta della patologia di de Chirico, il che avvalorata

tesi che guida tutto il libro: l'origine emicranica della pittura metafisica.

Di stimolante lettura, il libro è frutto di un notevole impegno documentario che si estende dagli scritti teorici ai dettagli psicologici e caratteriali del pittore e via via si arricchisce di richiami ad altri illustri personaggi che soffrirono dello stesso disturbo neurologico: Ildegarda di Bingen, Lewis Carroll, J.J. Ignatius Brennan, a conferma delle potenzialità creative insite nell'aura emicranica.

Artemicrania? Opere e parole tra mal di testa e metafisica

A cura di Grazia Sances

Nella cornice dell'Associazione Bruttium a Roma, si è svolta dal 10 al 17 settembre la mostra di pittura "Artemicrania? Opere e parole tra mal di testa e metafisica" promossa dall'Accademia Romana del Mal di Testa (A.Ro.Ma.T), da Alleanza Cefalalgici (Al.Ce Group-CIRNA Foundation) e dal Centro Universitario Cefalee e Disordini Adattativi (UCADH). Coordinatori dell'iniziativa sono stati il prof. Giuseppe Nappi ed il prof. Pino Nisticò.

La Fondazione Giorgio e Isa de Chirico ha gentilmente messo a disposizione una selezione di alcuni splendidi quadri nati dallo straordinario talento pittorico di Giorgio de Chirico, in occasione dell'XI Congresso dell'International Headache Society che si è tenuto a Roma dal 13 al 16 settembre.

Ma perché una mostra di de Chirico nell'ambito di un congresso scientifico sulle cefalee?

L'idea nasce dalla tesi secondo cui il maestro de Chirico abbia dato vita ai suoi quadri metafisici in quanto affetto da mal di testa ed in particolare di una forma di emicrania con aura.

Gli esperti della materia conoscono bene questo fenomeno definito "aura" che può manifestarsi prima del dolore con alterazioni della percezione visiva e del proprio corpo, ma ai più il verificarsi di questi fenomeni risulta sconosciuto e, a volte, drammatico. Ebbene, de Chirico avrebbe sperimentato nella sua vita queste manifestazioni auratiche e la sua sensibilità artistica gli avrebbe permesso di "vedere al di là delle cose fisiche" e di trasformarle in

splendide immagini metafisiche che incantano i suoi ammiratori e che sono un patrimonio dell'umanità.

La tesi è descritta dettagliatamente in un libro di Ubaldo Nicola, "L'aura di Giorgio de Chirico", in cui si ipotizza che il maestro, non avendo mai avuto una diagnosi clinica dei suoi disturbi, li spiegava come "rivelazioni", "febbri spirituali", "fantasmi" o "spettri".

Nella prefazione al catalogo della mostra, Nappi e Nisticò scrivono che "l'aura può essere oggi affrontata come una *finestra sul cervello*, sul suo funzionamento modulare, e noi neurologi dobbiamo ringraziare Giorgio de Chirico e le sue *emicranie metafisiche* per aver contribuito ad aprirla".

La mostra è stata, inoltre, l'occasione per alcune manifestazioni contestuali. All'Onorevole Antonio Tajani è stato consegnato il Premio European Award 2003 per l'impegno profuso nella manifestazione e che ha reso possibile l'omaggio a De Chirico ed alla sua arte metafisica nella sede del Parlamento Europeo. E' stata premiata poi la vincitrice del Concorso Letterario "Cefalee in cerca d'autore", giunto alla terza edizione e promosso da Al.Ce. Group-CIRNA Foundation; la signora Rosanna Olindo di Siracusa si è classificata al primo posto con il racconto "*Tra la signora Woolf e una (forse) così così*".

Un momento particolarmente entusiasmante della serata è stata la presenza di Rita Levi Montalcini; il premio Nobel per la medicina ha ricordato la profonda amicizia e stima che legava il pittore De Chirico a lei e alla sorella, an-

ch'essa apprezzata pittrice, pur in un momento storico particolarmente drammatico della storia italiana, durante le leggi razziali. La professoressa Levi Montalcini, da sempre studiosa delle neuroscienze, ha messo anche l'accento sull'importanza della ricerca scientifica e sulla necessità di avere nel nostro paese istituzioni che permettano a molti ricercatori di lavorare ad alto livello ed a molti altri "cervelli emigrati all'estero" di tornare in Italia. Proprio per questo scopo ha annuncia-

to con piacere la nascita, a Roma, dell'European Brain Research Institute (EBRI) dove molti ricercatori italiani potranno finalmente sviluppare ricerche scientifiche lavorando nel proprio paese.

L'affluenza di numerosi visitatori nel giorno dell'inaugurazione e nei giorni della mostra, dimostra, ancora una volta, come arte e scienza siano un connubio possibile e vincente da cui trarre ispirazione per la diffusione delle idee e della cultura artistica e scientifica.

A cura di Paola Torelli

Rates and predictors for relapse in medication overuse headache: a 1-year prospective study

Katsarava Z, Limmroth V, Finke M, Diener HC, Fritsche G.

Tra i fattori che possono determinare un peggioramento della frequenza della cefalea, fino ad arrivare ad una forma di cefalea cronica quotidiana, l'eccessivo utilizzo di farmaci sintomatici gioca un ruolo particolarmente negativo. In questo ambito, le definizioni di "abuso" non sono univoche, ma genericamente si può considerare "eccessiva" l'assunzione quotidiana o quasi quotidiana di sintomatici – antiinfiammatori non steroidei, ergotaminici oppure triptani – per alcuni mesi consecutivi. Il trattamento consigliato nelle forme croniche di cefalea associate ad abuso di farmaci sintomatici è costituito dalla brusca sospensione della sostanza che ha favorito la cronicizzazione, provvedimento che usualmente viene effettuato in regime di ricovero.

Dall'esperienza clinica sappiamo che una certa percentuale di pazienti, dopo la "disassuefazione", tende a ritornare, in un tempo variabile, alla situazione di partenza e alcuni ricercatori tedeschi hanno valutato se vi siano o meno delle caratteristiche che possano dare un'indicazione sulla prognosi di queste forme. E' stato considerato un gruppo di 96 soggetti costituito da 69 pazienti affetti da emicrania, 13 da cefalea di tipo tensivo e 14 da una forma mista (emicrania

e cefalea di tipo tensivo); i pazienti sono stati ricoverati e trattati in base ad un protocollo di disassuefazione e per tutti è stato evidenziato un miglioramento del quadro clinico nel mese successivo il trattamento. Per ciascuno è stata registrata la tipologia del sintomatico utilizzato prima della disassuefazione, la durata di malattia e la durata "dell'abuso" ed infine l'andamento del mal di testa, in termini di frequenza e intensità delle crisi e di numero di sintomatici assunti mensilmente, dopo un follow-up di 12 mesi dalla disassuefazione.

I dati hanno mostrato che il 69% delle persone ha presentato una ricaduta dopo 6-12 mesi dal trattamento e sono risultati più a rischio 1) gli affetti da cefalea di tipo tensivo, 2) coloro che presentavano l'associazione tra emicrania e cefalea di tipo tensivo e 3) i soggetti che abusavano di antiinfiammatori non steroidei. Non è stata evidenziata alcuna correlazione tra le altre variabili considerate (durata della malattia e dell'abuso) e la ricomparsa di una cefalea cronica associata ad abuso di sintomatici dopo 12 mesi dal trattamento ospedaliero.

Da questa indagine emerge che gli unici due fattori predittivi la possibile ricaduta dopo la terapia di disassuefazione, anche se non esistono protocolli standardizzati e comuni a tutti i Centri, sono rappresentati dal tipo di cefalea e dal tipo di farmaco sintomatico assunto in eccesso.

Neurology 2003;60:1682-3

Depression and anxiety disorders associated with headache frequency. The Nord-Trøndelag Health Study

Zwart JA, Dyb G, Hagen K, Ødegård KJ, Dahl AA, Bovim G, Stovner LJ

Alcuni studi hanno evidenziato una comorbidità tra emicrania e patologie psichiatriche. L'obiettivo di questa ricerca trasversale condotta in un ampio campione della popolazione generale è esaminare l'associazione tra emicrania, cefalea non emicranica e frequenza degli episodi con depressione e disturbi d'ansia. Tra il 1995 e il 1997, i 92566 abitanti della contea di Nord-Trøndelag in Norvegia, di età superiore a 20 anni, sono stati invitati a partecipare al Nord-Trøndelag Health Study. Dei 64560 (70%) soggetti che hanno preso parte all'indagine, 51383 (80%) hanno compilato un questionario relativo alla presenza di cefalea e di questi 47257 (92%) hanno completato gli items dell'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) inerenti la depressione e 43478 (85%) quelli pertinenti all'ansia. Rispetto ai soggetti non affetti da cefalea, depressione e disturbi d'ansia sono risultati significativamente associati all'emicrania (OR = 2.7, 95% IC 2.3-3.2; OR = 3.2, 95% IC 2.8-3.6) e alla cefalea non emicranica (OR = 2.2, 95% IC 2.0-2.5; OR = 2.7, 95% IC 2.4-3.0). La correlazione è più evidente per l'ansia, ma per entrambe le patologie psichiatriche, sia negli emicranici che nei cefalalgici non emicranici, l'OR aumenta in relazione all'aumento della frequenza degli episodi algici. Questo studio conferma pertanto le precedenti osservazioni di un'associazione tra disordini emicranici,

cefalea e disturbi del tono dell'umore ed ansia, ma al contrario di quanto descritto in passato il maggiore determinante della comorbidità riscontrata non sembra essere la forma di cefalea, ma piuttosto la ricorrenza delle crisi di cefalea.

Eur J Neurol 2003;10:147-152

Clinical warning criteria in evaluation by computed tomography the secondary neurological headaches in adults

Aygun D, Bildik F

Il 16% delle visite nei dipartimenti di emergenza (DE) viene richiesto a causa della cefalea e nella maggior parte delle forme di cefalea secondarie a patologie organiche il riconoscimento tempestivo della lesione sottostante è fondamentale al fine di instaurare un trattamento efficace ed adeguato. In questo contesto, le indicazioni in merito all'esecuzione della TAC cerebrale non sono del tutto univoche e gli obiettivi di questo studio prospettico sono 1) valutare la frequenza di lesioni intracraniche evidenziabili con la TAC cerebrale in soggetti adulti giunti in un DE con elementi clinici sospetti per una forma secondaria di cefalea e 2) determinare l'importanza delle caratteristiche cliniche suggestive di una cefalea secondaria quali fattori predittivi una lesione encefalica rilevabile con la TAC cerebrale. Il campione è costituito da 70 pazienti con cefalea osservati consecutivamente tra novembre 1999 e dicembre 2000 al DE del Ondokuz Mayıs University Hospital in Turchia. Tutti riferivano uno o più sintomi suggestivi per una for-

ma secondaria di cefalea e in particolare: a) aumento della frequenza e dell'intensità della cefalea preesistente; b) esordio improvviso della cefalea; c) persistenza del dolore nonostante l'utilizzo di farmaci analgesici; d) variazioni nelle caratteristiche della cefalea preesistente tali da non soddisfare i criteri diagnostici della classificazione della International Headache Society (IHS); e) presenza di sintomi o segni neurologici focali. Sono stati esclusi soggetti con anamnesi positiva per patologie del sistema nervoso centrale (compresi i traumi cranici), neoplasie extracraniche, disordini del metabolismo, alterazioni dei test di laboratorio di routine. Tutti sono stati sottoposti ad una TAC cerebrale senza mezzo di contrasto e solo per coloro in cui sono state evidenziate alterazioni cerebrali l'esame è stato ripetuto con m.d.c. Il campione è costituito da 42 femmine e 28 maschi e l'età media è 46.4 anni (min. 18 anni, max 80 anni); nel 35.7% dei casi (25/70) è stato possibile individuare segni patologici significativi con la TAC cerebrale senza m.d.c. indicativi di emorragia subaracnoidea, neoplasia cerebrale, infarto ischemico, ipertensione endocranica idiopatica, emorragia cerebrale, ematoma subdurale, aneurisma cerebrale, malformazione artero-venosa e cisti aracnoidea. Nei pazienti senza lesioni alla TAC cerebrale, nel 64.4% la cefalea è risultata primaria mentre nel 35.6% non rispettava i criteri della IHS per una forma primaria. Per quanto riguarda i segni di allarme, solo la presenza di segni e/o sintomi neurologici focali è risultata significativamente correlata con la presenza di lesioni rilevabili con la TAC cerebrale, ma nel 56%

dei soggetti con alterazioni organiche reperite con la TAC cerebrale erano presenti gli altri quattro sintomi di allarme. Gli autori concludono che di fronte ad un paziente che si presenta in un DE lamentando cefalea, in presenza di sintomi suggestivi per una forma secondaria, la TAC cerebrale dovrebbe essere sempre eseguita.

Eur J Neurol 2003;10:437-442

Cluster headache prevalence. Vågå study of headache epidemiology

Sjaastad O, Bakketeig LS

Il "Vågå study" è un'indagine tesa a valutare gli aspetti epidemiologici di molte forme di cefalea primaria, inclusa la cefalea a grappolo (CG), in un campione di 1838 abitanti della contea norvegese di Vågå di età compresa tra 18 e 65 anni (età media 35.9 anni) costituito da 942 donne (51.3%) e 896 uomini (48.7%). Tutti i soggetti sono stati intervistati personalmente dall'autore principale dello studio: in 7 casi (1 femmina e 6 maschi) è stata fatta diagnosi di CG secondo i criteri della classificazione della International Headache Society ed è stata calcolata una prevalenza pari a 381 casi ogni 100000 abitanti (IC 95% 153-783/100000), 106 ogni 100.000 abitanti per le donne e 670 ogni 100.000 abitanti per gli uomini. Gli aspetti che caratterizzano la sintomatologia, analogamente alle casistiche descritte in ambito cliniche, sono la predominanza nel sesso maschile, l'estrema intensità del dolore, la localizzazione unilaterale della sintomatologia, la presenza di sintomi e segni neurovegetativi associati

al dolore e l'andamento temporale periodico. In un caso sono stati descritti dei cosiddetti "minibouts" cioè periodi attivi della durata di 1-3 giorni con attacchi a ricorrenza pluri-quotidiana, e la donna affetta da CG non ha riportato la tipica agitazione psicomotoria che nella maggior parte dei casi caratterizza il comportamento dei soggetti con questa forma di cefalea durante gli episodi dolorosi. Nonostante la durata media di malattia di 11 anni, solo in un caso era già stata formulata la diagnosi di CG e 5 soggetti non si erano mai recati dal medico a causa della cefalea adducendo come motivazione principale la consapevolezza della scomparsa degli episodi al termine del periodo attivo. Nonostante la scarsa numerosità del campione, se si fa riferimento alla bassa prevalenza della CG ad oggi calcolata, questi dati indicano una frequenza della CG nella popolazione generale nettamente superiore rispetto a quella comunemente riportata.

Cephalalgia 2003;23:528-533

Placebo response in cluster headache trials: a review

Nilsson Remahl AIM, Laudon Meyer E, Cordonnier C, Goadsby PJ

La prevalenza della cefalea a grappolo è nettamente inferiore rispetto a quella dell'emicrania e della cefalea di tipo tensivo e questo rappresenta una delle motivazioni per il limitato numero di studi farmacologici controllati condotti nell'ambito del trattamento sintomatico e preventivo di questa forma di cefalea. A causa dell'elevata intensità del dolore,

la risposta al placebo è sempre stata considerata assente, ma, negli anni '80 è stata evidenziata, nel primo trial controllato teso a valutare l'effetto dell'inalazione di ossigeno puro come terapia acuta degli attacchi, una risposta positiva, in un paziente (7%), in seguito all'inalazione di aria normale utilizzata come placebo. Gli studi randomizzati e controllati condotti successivamente, 5 in tutto relativi all'efficacia della diidroergotamina spray nasale (1 mg), del sumatriptan sottocute (6 mg e 12 mg), dello zolmitriptan per os (5-10 mg) e del sumatriptan spray nasale (20 mg), hanno riportato un effetto della sostanza inerte, inteso sia come riduzione dell'intensità del dolore che come scomparsa completa della sintomatologia, in una percentuale variabile da 8 a 42%. Nei 7 studi considerati in questa review effettuati con un design in doppio cieco, controllato e a gruppi paralleli, con farmaci ad azione preventiva - pizotifene (2.5 mg al giorno), sumatriptan (100 mg al giorno per os per 7 giorni), carbonato di litio (800 mg al giorno), melatonina (10 mg al giorno per 14 giorni), verapamil (360 mg al giorno per 14 giorni), capsaicina intranasale (2 volte al giorno per 7 giorni), misoprostolo - in 5 non è stato rilevato alcun effetto del placebo, mentre in 2 indagini è stata descritta una risposta che varia dal 14 al 43%. In 5 di questi trial il placebo è stato utilizzato solo durante il run-in allo scopo di identificare la frequenza degli episodi al baseline considerata come valore di riferimento per la valutazione dell'efficacia del farmaco e, in nessuno, sono stati calcolati i risultati separatamente per la cefalea a grappolo episodica e cronica. Gli au-

tori concludono che la risposta al placebo è presente anche per la cefalea a grappolo ed è paragonabile a quella riscontrata per l'emicrania. Questa affermazione suscita molte perplessità in quanto, vista la breve durata degli episodi e l'andamento tipicamente periodico della cefalea a

grappolo, in molti casi non è possibile stabilire se la risoluzione della sintomatologia è avvenuta spontaneamente oppure se è realmente da addebitare all'azione del farmaco di volta in volta utilizzato.

Cephalalgia 2003;23:504-510

Sommario

L'arte emicranica	1-2
La diagnosi di vertigine emicranica	2-4
Eventi	4

L'arte emicranica

Alcune forme di emicrania sono caratterizzate dall'insorgere, prima o durante la cefalea, di particolari fenomeni complessivamente denominati "aura". Il paziente può sperimentare la comparsa nel campo visivo di luci pulsanti, linee a zigzag, punti o zone di non visione, archi luminosi dalle forme angolate, come le mura delle antiche città (tanto che il fenomeno è detto "spettro di fortificazione"). Gli oggetti possono apparire raddoppiati oppure può venir meno la normale percezione dello spazio così che gli oggetti sembrano tutti su di uno stesso piano, come in un mosaico o in caleidoscopio. Sono solo alcuni esempi, i più frequenti. La sintomatologia è veramente molto varia e comprende anche allucinazioni dell'olfatto (sentire odori di cose inesistenti), del gusto (strani sapori in bocca) e, più raramente, disturbi della parola (lapsus) e dell'autopercezione corporea ("sentire" una mano o un'altra parte del corpo anormalmente grande).

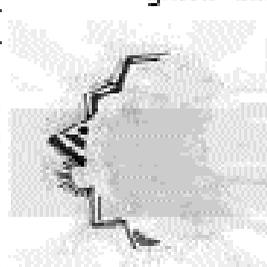
L'esordio di questi fenomeni, soprattutto nell'adolescenza, è spesso fonte di eccessiva preoccupazione, sia per il paziente che per i famigliari. Certo, la comparsa di

vere e proprie allucinazioni è psicologicamente destabilizzante, ma nulla giustifica il timore di "avere qualche rotella fuori posto". In realtà, una volta che la diagnosi differenziale abbia escluso più gravi possibilità, si deve dire che la presenza di un'aura, anche se prolungata o elaborata, non è affatto segnale di una forma di emicrania "più grave" delle altre. Per quanto singolari i

fenomeni auratici non sono di per sé allarmanti, e per quanto numerosi sono in numero limitato e si ripetono in modo stereotipato nello stesso soggetto.

Spesso il timore è accresciuto dalla difficoltà a descrivere in parole fenomeni fuori dall'

esperienza comune. Fu questa considerazione a spingere alla fine degli anni Settanta Derek Robinson, dirigente di una casa farmaceutica inglese, a chiedere ad una paziente, Miss J.R.B., di illustrare con schizzi e disegni i sintomi visivi della sua aura. Sull'onda del successo di questa esperienza furono poi indetti numerosi concorsi di pittura riservati solo a pazienti emicranici. Il risultato è noto con il termine di "arte emicranica".



un vero e proprio archivio visivo in cui ogni paziente può riconoscere la propria particolare forma allucinatoria, facilitando così la comunicazione con il medico.

L'immagine riportata nella pagina precedente, un disegno di Miss J.R.B., è un esempio di questa "arte emicranica". Questo è quanto un paziente vede quando sperimenta ciò che il dottore chiama "uno spettro di fortificazione": attorno ad una zona di non-visione, la cui forma ricorda quella di un fagiolo, appare un arco formato da linee a zig-zag fortemente colorate e cangianti.

Alcune collezioni di arte emicranica sono disponibili in rete:

<http://www.health.discovery.com/centers/headaches/migraineart/migraineart.html>

<http://www.headaches.org/consumer/gallery2001/01gallery.html>

<http://www.migrainepage.com/images.html>

Bibliografia

- U. Nicola e K. Podoll. *L'aura emicranica di Giorgio De Chirico. Mimesis, 2003.*

- U. Nicola e K. Podoll. *L'arte emicranica come strumento di studio dell'ispirazione artistica. In: Storie di Mal di Testa; G. Nappi, G. Sances, G. Sandrini, Ed. Antares, Pavia, 2002.*

Ubaldo Nicola (uten.87@libero.it)
Klaus Podoll

La diagnosi di Vertigine emicranica

Il controllo dell'equilibrio utilizza informazioni riguardanti la posizione ed il movimento del

corpo rilevate per mezzo della vista, della propriocizione (meccanismo che rileva le condizioni di allungamento dei muscoli e la posizione delle articolazioni) e del sistema vestibolare (riconosce le accelerazioni della testa). Lo stesso dato è rilevato, in maniera ridondante, secondo tre modalità diverse (sistema visivo, propriocettivo, vestibolare) la cui sintonia e corretta integrazione definisce la condizione di equilibrio normale. La non-sintonia genera un conflitto sensoriale che produce la sintomatologia tipica del disequilibrio. In questa accezione, i sintomi di disequilibrio potranno essere molto variegati (vedere la stanza che gira, sentirsi inclinati, sentirsi instabili per cui il mantenimento dell'equilibrio diventa un processo attivo e cosciente piuttosto che automatico e scontato), potranno generarsi anche in condizioni fisiologiche (si spiegano così condizioni quali la chinetosi cioè il mal d'auto e l'acrofobia cioè la paura dei posti elevati) e possiamo aspettarci che siano frequenti.

Di seguito etichetteremo questa sintomatologia con il termine di "vertigine". I puristi del lessico medico storceranno il naso, ma saranno così sintonizzati con il lessico del paziente che generalmente utilizza questo termine per descrivere il disturbo dell'equilibrio per cui si rivolge al medico, con una sintesi che involontariamente riflette l'esistenza di un meccanismo fisiopatogenetico comune: la caratterizzazione del disturbo dell'equilibrio, e quindi della vertigine, viene dopo.

Fatte queste premesse, e vista l'elevata frequenza dei due disturbi, la coesistenza casuale di un disturbo dell'equilibrio in pazienti emicranici non dovrebbe essere un evento raro. Gli studi di comorbilità (valutazione della

presenza di un disturbo dell'equilibrio in pazienti selezionati per essere emicranici e viceversa) hanno mostrato una frequenza di associazione dei due disturbi.

Questo tipo di associazione causale è codificata nell'infanzia (la vertigine benigna ricorrente dell'infanzia è da taluni considerata un precursore dell'emicrania), o in forme rare e particolari di emicrania, come l'emicrania di tipo basilare, dove però vengono poste alcune condizioni quali la durata della vertigine e la necessità che nello stesso attacco sia presente almeno un altro sintomo riferibile ad una struttura vascolarizzata dall'arteria basilare o dai suoi rami. Teoricamente, considerandola come un sintomo neurologico focale, la vertigine potrebbe essere un sintomo dell'aura emicranica (quando sono presenti le altre caratteristiche che ne permettono l'inquadramento in questa forma). Tuttavia, la Classificazione delle Cefalee dell'International Headache Society non sancisce l'esistenza né le caratteristiche di una vertigine emicranica.

Il fatto che l'ortodossia prevista dalle classificazioni possa contribuire a lasciare diverse diagnosi di vertigine nel limbo delle forme idiopatiche emerge da alcuni lavori focalizzati sulla "vertigine emicranica" pubblicati recentemente. Questi lavori, pur non delineando in maniera univoca le caratteristiche della vertigine emicranica, evidenziano alcuni elementi importanti.

Nel singolo attacco, spesso, la vertigine può essere l'unico sintomo e non essere associata alla presenza di cefalea; qualora vi sia un'associazione, più frequentemente è la vertigine a manifestarsi per prima.

La vertigine può assumere connotazioni molto diverse: essere rotatoria oggettiva ("io sono fermo ma vedo la stanza che si muove") o consistere in una sensazione di instabilità e, in alcuni pazienti, variare

da un attacco all'altro. La durata degli episodi è più frequentemente breve (inferiore ad un'ora e spesso di secondi o minuti) o molto lunga; anche la frequenza può variare da annuale a praticamente continua. Questa variabilità rende difficile la caratterizzazione della vertigine emicranica e potrebbe spiegare perché finora non abbia assunto la dignità di un'entità diagnostica definita: alcuni autori hanno proposto criteri articolati su due livelli di probabilità diagnostica, mentre altri hanno proposto criteri che identificano quattro diverse tipologie di vertigine emicranica. D'altro canto la variabilità potrebbe derivare dal fatto che i pazienti vengono osservati in fasi diverse della malattia la cui storia naturale, almeno in alcuni casi, può essere quella di cronicizzarsi, trasformandosi progressivamente in una condizione di continua instabilità. La cronicizzazione della vertigine potrebbe essere equivalente a quella che può occorrere per la cefalea nei pazienti emicranici e, ad essa, può concorrere l'innesto di componenti fobiche e d'ansia di attesa. La vertigine, per quanto poco intensa o breve, interferisce con la capacità di collocare noi stessi e gli oggetti nello spazio, un assunto sul quale si basa la nostra capacità di mantenere un equilibrio stabile. Pertanto episodi imprevedibili e ricorrenti di vertigine, soprattutto se rimangono senza spiegazione apparente e privi di una diagnosi come nel caso della vertigine emicranica, provocano una condizione di allarme ed un'amplificazione di tutti i disturbi che potrebbero preannunciare l'inizio di un nuovo episodio. La vertigine emicranica sembra quindi porre diversi problemi, e viene naturale domandarsi se valga la pena di cercare di risolverli. La risposta deve essere positiva per almeno



due ragioni: i dati finora disponibili indicano che la frequenza relativa della vertigine emicranica, stimabile tra il 5-10%, potrebbe essere la terza di tutte le vertigini. Inoltre, la vertigine emicranica è trattabile farmacologicamente: la risposta alla terapia anti-emicranica è inclusa tra i criteri diagnostici proposti da alcuni autori.

Per concludere, quali sono le prospettive? Da un punto di vista diagnostico e terapeutico, il medico che si occupa di vertigini deve ricordare che l'emicrania (o forse soffrire di emicrania) può essere causa di vertigine, mentre il medico che si occupa di emicrania deve ricordare che la vertigine può essere una delle manifestazioni dell'emicrania. La diagnosi di vertigine emicranica, in mancanza di criteri definiti, rimane ancora una diagnosi da riservare alle forme "idiopatiche", e quindi da considerare una volta che si siano escluse altre forme di vertigine. Per questo motivo è necessaria un'anamnesi precisa del disturbo vertiginoso, un esame clinico neuro-otologico e neurologico accurato e, spesso, l'esecuzione di una batteria di esami strumentali. Per la diagnosi di vertigine emicranica non necessariamente i due disturbi devono coesistere nello stesso attacco; la storia personale (e magari solo familiare) di emicrania è sufficiente, e probabilmente non si possono applicare al disturbo dell'equilibrio i criteri richiesti per definire l'aura. Quando la diagnosi di vertigine emicranica venga considerata molto probabile, può essere proposta una terapia per il singolo attacco e di profilassi. La risposta al trattamento potrà essere di supporto alla diagnosi: nell'esperienza personale i farmaci sintomatici sono spesso inefficaci, mentre mostrano un buon successo i farmaci di prevenzione tipo calcio-antagonisti. Parallelamente a questo approccio pragmatico al problema, devono essere promossi studi di tipo epidemiologico, clinico e strumentale che permettano di definire la vertigine o le vertigini emicraniche e studi

che ne spieghino nello specifico la fisiopatogenesi.

Bibliografia

- M. Versino et al. *Dizziness and migraine: a casual relationship?* *Funct Neurol* 2003; 18 (2): 97-101.

Maurizio Versino

"Eventi"

XI Congress of the International
Headache Society

Cluster Club Meeting

September 12th 2003

h. 15:00-19:30

Ambasciatori Palace Hotel

Via Veneto 62, Rome

XI Congress of the International
Headache Society

II Joint Meeting of the Italian and Hispanic Linguistic Subcommittees of the International Headache Society

September 12th, 2003

h. 8:30-13:30

Ambasciatori Palace Hotel

Via Veneto 62, Rome

Cefalee Today

- Bollettino di informazione bimestrale a cura della
Fondazione CIRNA

- Organo ufficiale di Alleanza Cefalalgici (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); Ennio Pucci (Pavia);

Paolo Rossi (Roma); Cristina Tassorelli (Pavia);

Paola Torelli (Parma)

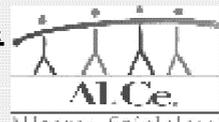
Per informazioni: Alleanza Cefalalgici (Al.Ce.)

V.le C. Battisti, 17 - 27100 Pavia

Tel. 0382-380358

Fax. 0382-380369

E-mail: alcegroup@tin.it



Sommario

L'odore nel dolore	1-2
<i>Petalostemum hybridum</i> : una pianta potenzialmente efficace per prevenire gli attacchi emicranici	3
News	3
Dalla letteratura Internazionale	4



L'odore nel dolore

Può essere esperienza comune a molti soggetti emicranici che l'esposizione ad odori intensi possa precipitare l'insorgere di un episodio di cefalea, per es. entrando in una profumeria.

L'emicrania è caratterizzata da una spiccata sensibilità agli stimoli ambientali, possibile espressione di deficit intrinseci dei meccanismi di analisi dell'informazione neurosensoriale (cosiddetto deficit dell'abitudine).

Ma è soprattutto durante la fase dolorosa, acuta, che maggiore è la reattività all'ambiente, per es. risultando intollerabile l'ambiente caotico di un centro commerciale dove luci intense (fotofobia), frastuono di rumori (fonofobia) e illusione di movimento continui (vertigine/cinetosi) accentuano il malessere generale e la nausea, cui concorre anche l'accresciuta sensibilità ai molteplici odori che vi si possono incontrare.

Invero, non si tratta propriamente di una iperacuità visiva o uditiva (non è il super-udito o la super-vista!) od olfattiva,

ma piuttosto un aumentato *discomfort* soggettivo arrecato dall'esposizione a stimoli altrimenti innocui al di fuori della crisi emicranica.

Vi sono evidenze clinico-sperimentali, biologiche e genetiche di una ipersensibilità al neurotrasmettitore dopamina nei soggetti emicranici. Un tono dopaminergico crescente sarebbe responsabile di tutta la serie dei sintomi prodromici della crisi emicranica, includendo l'aumento di desiderio per cibi particolari, la sonnolenza, gli sbadigli frequenti, l'irritabilità, l'iperattività fino a raggiungere l'acme con le manifestazioni più tipiche della fase dolorosa acuta: alterazioni della funzionalità del tratto digestivo, causa di rallentato svuotamento gastrico, nausea fino al vomito.

Un recente studio ha dimostrato l'esistenza di meccanismi comuni responsabili dell'insorgenza dei sintomi di nausea e vomito nell'iperemesi gravidica e nell'emicrania, possibilmente sostenuto da varianti alleliche del gene

per i recettori della dopamina (recettori DRD2), già dimostrato essere rappresentato in un sottogruppo di soggetti emicranici. La dopamina svolge un ruolo cruciale anche nel funzionamento della via olfattiva. Per le difficoltà ad oggettivare la funzione olfattiva nell'uomo, sono - allo stato attuale - pochi gli studi condotti sull'olfatto nell'emicrania.

La metodica dei potenziali evocati con l'impiego di gas per la stimolazione della mucosa olfattoria ha in parte superato tale limite, mostrando, con l'uso dell'anidride carbonica quale stimolante prevalentemente trigeminale, un'iperreattività nei soggetti emicranici a confronto con i controlli, non riscontrata, invece, con uno stimolo olfattivo puro come l'idrogeno solforato, composto con il caratteristico odore delle uova marce. Si deve considerare che, nel sesso femminile, la fase mestruale condiziona significativamente la risposta olfattiva, oltre che la soglia di predisposizione agli attacchi emicranici.

Confrontando la risposta olfattiva in un campione di donne in due momenti del ciclo mestruale sono state riscontrate, infatti, risposte tendenzialmente più ampie nella fase luteale rispetto alla fase follicolare.

Lo studio dell'olfatto nell'emicrania potrebbe condurre, tra l'altro, all'individuazione di strategie adiuvanti, come dimostrerebbe uno studio sperimentale che vorrebbe la fragranza di mela verde capace di arrecare sollievo durante le crisi di cefalea.

Bibliografia

- Grosser K. et al. Olfactory and trigeminal event-related potentials in migraine. *Cephalalgia* 2000, 20 (7):621-631.
- Proietti Cecchini A. Olfactory evoked potential in migraine. *Cephalalgia* 2000, 20: 276
- Hirsh AR. e Kang C. The effect of inhaling green apple fragrance to reduce the severity of migraine: a pilot study. *Headache Q.* 1998, 9:159-163.

Alberto Proietti Cecchini

Petasites hybridus: una pianta potenzialmente efficace per prevenire gli attacchi emicranici

Il *Petasites hybridus*, arbusto ampiamente diffuso in Europa, Asia e Nord-America, è stato molto utilizzato nel Medio Evo per il trattamento della peste e, nei secoli successivi, per la cura dell'asma, della tosse e delle piaghe cutanee. La ricerca contemporanea ha portato a scoprire che il *Petasites hybridus* ha anche la proprietà di agire come agente profilattico dell'emicrania. In un primo studio, Grossmann dell'Università di Monaco (Germania), ha somministrato per 3 mesi 100mg di estratto secco della pianta a 33 pazienti affetti da almeno 3 attacchi emicranici al mese, confrontandone l'efficacia in rapporto al placebo (somministrato a 27 pazienti con caratteristiche di cefalea analoghe). Il numero degli attacchi nel gruppo dei soggetti trattati con la pianta medicinale si è quasi dimezzato ed il 77% dei pazienti hanno dichiarato un miglioramento soggettivo delle loro condizioni fisiche rispetto al 27% di quelli trattati con placebo.

Uno studio analogo è stato condotto dalla stessa équipe trattando questa volta i soggetti per 4 mesi. Al terzo mese si è osservata una significativa riduzione di frequenza ed intensità degli attacchi emicranici, fino al 60%. Tuttavia l'effetto è massimo al terzo mese, mentre sembra attenuarsi verso il quarto. Questo suggerirebbe che il trattamento debba essere seguito a cicli.

In nessuno dei due studi è risultato che qualche effetto collaterale fosse più frequente nei soggetti trattati con

l'estratto vegetale rispetto a quelli trattati con placebo. Il meccanismo d'azione sembra essere legato ad un'azione antinfiammatoria e vasocostrittiva secondaria al blocco della produzione di alcuni mediatori chimici che prodotti in eccesso aggraverebbero il disturbo emicranico. Questi stessi mediatori sono peraltro implicati nello scatenamento delle crisi asmatiche, una delle altre indicazioni per l'impiego di questa pianta. Inoltre, uno studio condotto in vitro ha dimostrato come l'estratto di *Petasites hybridus* protegga anche le mucose gastriche ed intestinali dal danno indotto



Petasites hybridus protegga anche le mucose gastriche ed intestinali dal danno indotto

dall'indometacina, un antinfiammatorio frequentemente impiegato dai pazienti emicranici per sedare l'attacco acuto di cefalea. Le indicazioni elettive sembrerebbero quindi essere pazienti con emicrania di moderata gravità (comunque non troppo frequente, né con attacchi molto intensi), specie se affetti anche da asma bronchiale e bronchite cronica. Per quanto riguarda la sicurezza della pianta, contenendo questa delle sostanze sospettate di essere cancerogene (alcaloidi piperididnici) è necessario utilizzare solo estratti ottenuti con l'anidride carbonica in quanto purificati da queste sostanze. E' comunque sempre necessario ricordare che anche questa pianta, nonostante i risultati più che promettenti dei primi studi condotti, non ha un profilo di sicurezza ben delineato, specie per quanto riguarda le potenziali interazioni con altri farmaci eventualmente coassunti. Pertanto, l'assunzione deve essere fatta con cautela e dopo controlli medici accurati anche da parte del medico competente nell'impiego delle piante medicinali (fitoterapeuta accreditato).

Bibliografia

- Grossmann WM, Schmidramel H. An extract of *Petasites hybridus* is effective in the prophylaxis of migraine. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2000;38:430-35.
- Mauskop A, Grossmann WM, Schmidramel H. *Petasites hybridus* (butterbur root) extract is effective in the prophylaxis of migraines. Results of a randomized, double-blind trial. *J Head Face Pain* 2000;40:4-9.
- Associazione Italiana Fitoterapia Fitofarmacologia drugresearch@interfree.it

Arrigo F.G. Cicero

"News"



Al.Ce Group-CIRNA Foundation organizza il 7 ed il 28 novembre 2003 la II giornata dei Venerdì del Mal di Testa, presso il Collegio Cairoli a Pavia.

Nelle due giornate verranno discussi con il prof. Giuseppe Nappi, esperto della materia, casi clinici rari di cefalea.

I seminari sono rivolti non solo ai medici ma anche ai pazienti e loro familiari; la partecipazione è libera.

Per informazioni:
 Segreteria Al.Ce. Group-CIRNA
 Foundation
 Tel. 0382-380358 /380375
 Fax. 0382-380369
 e-mail: alcegroup@tin.it

"Dalla Letteratura Internazionale"

(a cura di Paola Torelli)



Tra i fattori che possono determinare un peggioramento della frequenza della cefalea, fino ad arrivare ad una forma di cefalea cronica quotidiana, l'eccessivo utilizzo di farmaci sintomatici gioca un ruolo particolarmente negativo. In questo ambito, le definizioni di "abuso" non sono univoche, ma genericamente si può considerare "eccessiva" l'assunzione quotidiana o quasi quotidiana di analgesici – antiinfiammatori non steroidei, ergotaminici oppure triptani – per alcuni mesi consecutivi. Il trattamento consigliato nelle forme croniche di cefalea associate ad abuso di farmaci sintomatici è costituito dalla brusca sospensione della sostanza che ha favorito la cronicizzazione, provvedimento che usualmente viene effettuato in regime di ricovero. Dall'esperienza clinica sappiamo che una certa percentuale di pazienti, dopo la "disassuefazione", tende a ritornare, in un tempo variabile, alla situazione di partenza e alcuni ricercatori tedeschi hanno valutato se vi siano o meno delle caratteristiche che possano dare un'indicazione sulla prognosi di queste forme. E' stato considerato un gruppo di 96 soggetti costituito da 69 pazienti affetti da emicrania, 13 da cefalea di tipo tensivo e 14 da una forma mista (emicrania e cefalea di tipo tensivo); i pazienti sono stati ricoverati e trattati in base ad un protocollo di disassuefazione e per tutti è stato evidenziato un miglioramento del quadro clinico nel mese successivo al trattamento. Per ciascuno è stata registrata la tipologia del sintomatico utilizzato, la durata di malattia e la durata "dell'abuso" ed infine l'andamento del mal di testa, in termini di frequenza e intensità delle crisi e di numero di sintomatici assunti mensilmente, dopo un follow-up di 12

mesi dalla disassuefazione. I dati hanno mostrato che il 69% delle persone ha presentato una ricaduta dopo 6-12 mesi dal trattamento e sono risultati più a rischio 1) gli affetti da cefalea di tipo tensivo, 2) coloro che presentavano l'associazione tra emicrania e cefalea di tipo tensivo e 3) i soggetti che abusavano di antiinfiammatori non steroidei. Non è stata evidenziata alcuna correlazione tra le altre variabili considerate (durata della malattia e dell'abuso) e la ricomparsa di una cefalea cronica associata ad abuso di sintomatici dopo 12 mesi dal trattamento ospedaliero. Da questa indagine emerge che gli unici due fattori predittivi la possibile ricaduta dopo la terapia di disassuefazione, anche se non esistono protocolli standardizzati e comuni a tutti i Centri, sono rappresentati dal tipo di cefalea e dal tipo di farmaco sintomatico assunto in eccesso.

(Katsarava Z, Limmroth V, Finke M, Diener HC, Fritsche G. Rates and predictors for relapse in medication overuse headache: A 1-year prospective study. *Neurology* 2003;60:1682-3).

Cefalee Today

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

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

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

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



INDICE PER SEZIONI

EDITORIALI

- 5 *G.C. Manzoni*
I più recenti libri italiani sulle cefalee
- 47 *G.C. Manzoni*
Le cefalee croniche quotidiane nella seconda edizione della classificazione della International Headache Society
- 103 *G.C. Manzoni*
Le principali novità della seconda edizione della classificazione delle cefalee della International Headache Society

RASSEGNE

- 11 *K. Podoll, D. Robinson, U. Nicola*
L'ipotesi di un'origine emicranica della pittura di Picasso: una rassegna critica
- 25 *L.M. Bianchini*
Paracelso, uomo medioevale, alchimista, ma anche innovatore e pioniere della moderna speculazione scientifica, tragicamente solo in lotta con i suoi due mondi
- 33 *E. Pucci, F. Matozzo, G. Sandrini, G. Nappi*
Cefalee ed ambiente di lavoro
- 53 *K. Podoll, D. Robinson, D. Ayles, U. Nicola*
Le allucinazioni caleidoscopiche come sintomo visivo dell'aura emicranica

ARTICOLO ORIGINALE

- 151 *F. Brindani, P. Torelli, G.C. Manzoni*
Familiarità nell'emicrania e nella cefalea di tipo tensivo: studio su 218 pazienti

CASO CLINICO

- 161 *M. Versino, N. Ghiotto, S. Colnaghi, G. Nappi*
Due pazienti con cefalea e disturbi dell'equilibrio. Una possibile diagnosi di vertigine emicranica

CORSO DI AGGIORNAMENTO

- 67 Cefalee e riabilitazione - Roma 11 giugno 2003
A cura di *M.G. Buzzi*

BREVI DAI CONGRESSI

- 169 XI Congresso Internazionale delle Cefalee (IHS) - Roma, 13-16 settembre 2003
A cura di *A. Cecchini Proietti, N. Ghiotto*
- 173 Cluster Club Meeting - Roma, 12 settembre 2003
A cura di *P. Torelli*
- 175 Italian-Ispanic Linguistic Subcommittees (IHS):
II Joint Meeting - Roma, 12 settembre 2003
A cura di *S. Cristina, G. Lovicu*

VERBALE

- 87 Verbale della III riunione Cluster Club Italia
Modena, 25 maggio 2003

CONCORSO LETTERARIO: CEFALEE IN CERCA D'AUTORE (III Edizione)

- 107 *D. Nigro*
Introduzione
- 109 *R. Olindo*
Tra la signora Woolf e una (forse) così così
- 119 *E. Bacigalupo*
L'errore di parallasse
- 123 *M. Bolognese*
Cefalea e piccola Aspirina
- 131 *M.P.G. Ciccarone*
Sia fatta la tua volontà, la mia perduta per sempre
- 133 *M. Mazzotta*
Cefa ed Emy
- 141 *L. Piccaluga*
La vita persa?!
- 147 *M.G. Priori*
Una Testa che soffre

RECENSIONI

- 177 *M.L. Picascia (a cura di)*
L'aura di Giorgio de Chirico. Arte emicranica e pittura metafisica
- 181 *G. Sances (a cura di)*
Artemicrania? Opere e parole tra mal di testa e metafisica

ABSTRACTS DI INTERESSE (Dalla letteratura internazionale)

- 39 *A cura di P. Torelli*
- 89 *A cura di P. Torelli*
- 183 *A cura di P. Torelli*

CEFALEE TODAY

- 43 **"23"** (e-bulletin www.cefalea.it)
- 95 **"24"** (e-bulletin www.cefalea.it)
- 99 **"25"** (e-bulletin www.cefalea.it)
- 189 **"26"** (e-bulletin www.cefalea.it)
- 193 **"27"** (e-bulletin www.cefalea.it)

INDICE PER AUTORI

Ayles D.	53	Nappi G.	33, 87, 161
Bacigalupo E.	119	Nicola U.	11, 53
Bianchini L.M.	25	Nigro D.	107
Bolognese M.	123	Olindo R.	109
Brindani F.	151	Picascia M.L.	179
Buzzi M.G.	67	Piccaluga L.	141
Cecchini Proietti A.	169	Podoll K.	11, 53
Ciccarone M.P.G.	131	Priori M.G.	147
Colanghi S.	161	Pucci E.	33
Cristina S.	175	Robinson R.	11, 53
Ghiotto M.	161, 169	Sances G.	181
Lovicu G.	175	Sandrini G.	33
Manzoni G.C.	5, 47, 103, 151	Tassorelli C.	87
Matozzo F.	33	Torelli P.	39, 89, 151, 173, 183
Mazzotta M.	133	Versino M.	161