



# CEFALEE TODAY

*for the research on headache and clinical neuroscience*

N. 129 DICEMBRE

## EDITORIALE

CHERUBINO DI LORENZO - PAG. 2

## LA MEDITAZIONE E GLI APPROCCI COMPORTAMENTALI PER LA EMICRANIA: ANTICHI/ NUOVI RIMEDI

LICIA GRAZZI - PAG. 3

## CEFALEA DA VACCINO ANTI-COVID 19: COSA SAPPIAMO

MARIA PIA PRUDENZANO - PAG. 4

## LA CEFALEA IN CUCINA - GLI ALCOLICI E IL MAL DI TESTA

ELEONORA DI PIETRO - PAG. 5

## CEFALEE TODAY AMARCORD - L'ACCADEMIA ROMANA DEL MAL DI TESTA

PIERO BARBANTI - PAG. 6

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

VALENTINA CANI - PAG. 6



**DIRETTORE SCIENTIFICO**

Cherubino Di Lorenzo (Roma)

**DIRETTORE RESPONSABILE**

Silvia Molinari (Pavia)

**DIRETTORE EDITORIALE**

Roberto Nappi (Pavia)

**COMITATO EDITORIALE**

Coordinamento: Ennio Pucci (Pavia)

Marta Allena (Pavia)

Filippo Brighina (Palermo)

Biagio Ciccone (Saviano)

Alfredo Costa (Pavia)

Vittorio di Piero (Roma)

Maurizio Evangelista (Roma)

Enrico Ferrante (Potenza)

Federica Galli (Milano)

Nataschia Ghiotto (Pavia)

Guido Giardini (Aosta)

Rosario Iannacchero (Catanzaro)

Armando Perrotta (Pozzilli)

Grazia Sances (Pavia)

Elisa Sancisi (Ferrara)

Marzia Segù (Vigevano)

Cristina Tassorelli (Pavia)

Cristiano Termine (Varese)

Michele Viana (Lugano)

**Per informazioni:**

Francesca Cappelletti

c/o Biblioteca

IRCCS Fondazione Istituto Neurologico

Nazionale C. Mondino

Via Mondino 2 – 27100 Pavia

E-mail: [alcegroup@cefalea.it](mailto:alcegroup@cefalea.it)

*Inserito nel registro stampa e periodici  
del Tribunale di Pavia al numero 680 in  
data 03/09/2007*

*Bollettino di informazione bimestrale*

# EDITORIALE

*Cherubino Di Lorenzo*

**Dott. Cherubino Di Lorenzo**  
Direttore Scientifico  
Cefalee Today

Ben ritrovati, amiche e amici. Le feste di Natale sono ormai prossime e, come sempre, sono precedute da frenetiche corse per accaparrarsi i regali, l'organizzazione dei fuorisede per gli spostamenti per tornare a casa, il caos del traffico impazzito, il freddo di dicembre. Insomma, tutti fattori stressanti che hanno purtroppo a che fare troppo spesso con il nostro mal di testa. Ed è solo l'inizio: nei giorni di festa si tenderà a dormire di meno, ad alzare un po' il gomito (e vedremo in questo numero ciò cosa comporta), a mangiare di più, e magari si sarà pure costretti a rivedere parenti e conoscenti di vario ordine e grado, che non è proprio detto ci faccia tanto piacere incontrare (magari non tutti insieme, ma a piccole dosi). Quindi, una tempesta perfetta per il mal di testa. Come se non bastasse, ci si mette pure quest'anno il COVID che proprio non ne vuol sapere di andarsene via e restituirci la nostra normalità (ma anche qui, non vi

vorrei "spoilerare" quanto leggerete di seguito), aggiungendo stress allo stress. Insomma, amiche ed amici, teniamo duro e non dimentichiamo mai che spesso è proprio quando strafacciamo che stiamo peggio con la nostra cefalea. No, non vedetela come una punizione, un'impossibilità a festeggiare con gli altri, o l'ennesimo ingiusto limite che il mal di testa ci impone. Non è vivendo come se il problema non ci fosse che riusciremo a superare il problema. In altri termini, abbiamo dei limiti diversi da quelli degli altri, dobbiamo conoscerli e muoverci in essi, senza superarli, per non stare poi troppo male. Come dicevamo, possiamo sì festeggiare con gli altri, ma forse non come gli altri, abbiamo il nostro modo, il nostro limite, che non necessariamente è inferiore a quello altrui, solo diverso. Imparare a conoscere la propria diversità è il punto di partenza per imparare a farsi del bene e non farsi più così tanto male. Ecco, questo è il mio augurio per il nostro Natale: di ritrovare noi stessi, i nostri riferimenti e i nostri limiti, per poterci muovere liberi in essi.

Ma veniamo ora ai contenuti del numero in uscita.

Partiamo dall'intervista del nostro Roberto Nappi con la dottoressa Licia Grazi del Dipartimento Neuroalgologia-Centro Cefalee, IRCCS Fondazione Istituto Neurologico C. Besta di Milano. Nella loro chiacchierata affrontano un tema molto interessante e legato proprio alle situazioni di stress, come quelle di questo periodo: la meditazione e gli approcci comportamentali per la emicrania. Il soggetto emicranico deve acquisire una maggiore consapevolezza di sé e compiere una sorta di riabilitazione nel modo che ha di vedersi e di comportarsi, per riuscire a stare meglio e per imparare a gestire meglio i farmaci che ha a disposizione, al fine di ottimizzarne i benefici, prevenirne gli effetti collaterali e le condotte di uso erraneo. Sono sempre più le evidenze scientifiche che si accumulano sull'efficacia di tali approcci, il tutto con effetti collaterali inesistenti e un grande miglioramento delle condizioni generali.

Come promesso la scorsa volta, parleremo della cefalea da vaccino anti-COVID. Si tratta di un'entità che spesso spaventa molti pazienti con cefalea, che già tanto soffrono e pensano che proprio non sia il caso di andarsela a cercare. Beh, non è proprio così. Nel bell'articolo della dottoressa Maria Pia Prudenzeno, del Centro Cefalee - Clinica Neurologica "L. Amaducci" del Policlinico di Bari, leggerete che effettivamente la cefalea da vaccino è un'entità abbastanza frequente, ma non deve spaventare, sia perché passa generalmente in fretta, sia perché è il prezzo da pagare per conquistare un pezzettino di sicurezza e libertà. Inutile nascondersi: la variante Omicron mette paura, l'immunità garantita dalle dosi precedenti di vaccino inizia a calare, il rischio di ammalarsi e di nuovi lockdown si fa palpabile, tutti dovremmo quindi già fare il richiamo, se non controindicato. È vero, chi soffre di cefalea ha sempre maggior rischio di averne una post-vaccinale, ma la sua entità è trascurabile se paragonata alle conseguenze del COVID, sia in acuto che in cronico. Vi posso garantire che i nostri ambulatori sono pieni di sindromi long-COVID, quindi meglio fare di tutto per non rinfoltirne le fila.

Nella rubrica "Amarcord" riprendiamo un vecchio articolo di 20 anni fa inerente alle attività dell'Accademia Romana del Mal di Testa "pro capite laborantibus", a cura del prof. Piero Barbanti. Si tratta della presentazione di un workshop dal titolo "Assistenza e Ricerca sulle Cefalee nel territorio della Regione Lazio", in cui si dibatteva alla presenza del vicepresidente della Regione dei problemi organizzativi e gestionali dei centri cefalee. A distanza di vent'anni, nulla pare essere cambiato in

questa Regione, anche perché, malgrado l'avvento dei farmaci innovativi auspicati già allora proprio alla luce della comprensione del ruolo dei CGRP nella patogenesi della cefalea, non sono stati ancora creati i Percorsi Diagnostico-Assistenziali (PDA) necessari alla nascita di una rete assistenziale degna di questo nome, necessaria per raccogliere le sfide terapeutiche venutesi a creare con l'immissione in commercio degli anticorpi monoclonali e il prossimo arrivo di gepanti e ditani, le 2 nuove classi di farmaci antiemigranici.

Per la rubrica "La Cefalea in cucina" vi proponiamo un altro articolo della dott.ssa Eleonora Di Pietro, biologa nutrizionista dell'Associazione Eupraxia. Questa volta ci parlerà del rapporto esistente tra alcool e cefalea, sicuramente d'interesse in questo periodo dell'anno, ma non solo. Mi raccomando, seguite il suo consiglio, brindate con moderazione e possibilmente biologico (non biodinamico, quella è un'altra cosa, più attinente alla stregoneria che non alla scienza: ne ha parlato anche il presidente Mattarella di recente).

Infine, chiudiamo il numero con un doveroso omaggio al prof. Giuseppe Nappi, ideatore di Cefalee Today quando alla fine del vecchio millennio nacque Alleanza Cefalalgici. Nappi è stato anche il fondatore del Centro Cefalee dell'IRCCS Mondino dell'Università di Pavia e qui vi proponiamo un estratto dell'intervista presente nella monografia realizzata in occasione dei 50 anni del Centro Cefalee celebrati in un recente convegno internazionale tenutosi a Pavia.

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

## La meditazione e gli approcci comportamentali per la emicrania: antichi/nuovi rimedi

Licia Grazzi



Dott.ssa Licia Grazzi, Dipartimento Neuroalgologia-Centro Cefalee, IRCS Fondazione Istituto Neurologico C. Besta, Milano

### Cosa sono le terapie comportamentali e in cosa consistono?

Gli approcci comportamentali sono possibilità terapeutiche da considerare sia per pazienti che abbiano controindicazioni ai farmaci sia per pazienti che abbiano già in corso terapie farmacologiche che possono essere potenziate nella loro azione dal supporto con terapie comportamentali. Negli anni più recenti le esperienze cliniche con trattamenti di tipo comportamentale per le cefalee si sono diffuse anche con protocolli standardizzati e rigorosi, fornendo risultati significativi/incoraggianti e arrivando a vantaggi clinici compresi tra il 35 e il 50% in termini di riduzione di

frequenza degli attacchi dolorosi. Gli approcci comportamentali includono diversi tipi di metodiche: Terapie Cognitive-Comportamentali (CBT), Biofeedback, Relaxation Training, Acceptance Commitment Therapy e Mindfulness. In particolare, CBT e biofeedback sono state definite *evidence-based* dalla American Academy of Neurology nel 2005. L'utilizzo di questi approcci può favorire un significativo vantaggio clinico senza peraltro incorrere in situazioni di eventi avversi prodotti dai comuni trattamenti farmacologici. Inoltre, essi esercitano un importante effetto educativo, ridimensionando l'uso di farmaci sintomatici, istruendo il paziente ad una gestione meno farmacologica del dolore e dell'ansia connessa al dolore stesso.

### Perché gli approcci comportamentali hanno un razionale nel campo delle cefalee e delle emicrania?

Negli ultimi anni è emersa una concezione più articolata per spiegare il fenomeno emicranico: non è un fenomeno legato esclusivamente ad una anomalia di un neurotrasmettitore, bensì un fenomeno molto più complesso, che ha una origine biopsico-sociale; in questo caso gli aspetti biologici hanno strette connessioni con aspetti psico-affettivi e sociali. Dunque, considerando questa spiegazione, diventa evidente come, per affrontare un fenomeno così articolato e complesso, una terapia esclusivamente farmacologica possa essere insufficiente e sia necessario invece un approccio più multidisciplinare.

### Viste le nuove possibilità terapeutiche per la emicrania ha senso parlare di terapie comportamentali?

Le opzioni di trattamento farmacologico per le forme emicraniche sono molteplici e negli ultimi anni sono stati approvati trattamenti farmacologici specifici per la prevenzione della emicrania episodica e cronica che hanno riscosso successo dopo i numerosi studi randomizzati per testarne efficacia e sicurezza. Tali trattamenti, a differenza dei precedenti, sono specifici poiché hanno effetto su una molecola particolare, il CGRP, direttamente coinvolta nel processo emicranico. Ciononostante, una educazione ed un supporto al paziente dato attraverso gli approcci comportamentali è efficace poiché rende il paziente più consapevole della sua condizione di malattia, oltre che dell'uso corretto dei farmaci, cosa che può influenzare positivamente la terapia farmacologica in corso, rendendola maggiormente efficace. Rendere il paziente più partecipe del processo di terapia e recupero rappresenta un valore aggiunto irrinunciabile nella strategia terapeutica rispetto alla scelta esclusivamente farmacologica. Per tali motivi un approccio comportamentale rimane un valido ed efficace strumento di terapia anche in presenza di farmaci innovativi e specifici.

### Sono adatte a tutte le età?

Poiché non sono terapie farmacologiche, gli approcci comportamentali diventano terapie di scelta per categorie di pazienti "fragili": per esempio, sono da privilegiare in pazienti in età pediatrica - giovanile o in pazienti in gravidanza o ancora in pazienti che abbiano problemi di comorbidità e/o che abbiano in corso terapie farmacologiche per altre condizioni di malattia. Non vi sono particolari controindicazioni a questo tipo di approccio che però richiede che il paziente sia concorde nel partecipare al programma e consapevole che il programma di terapia richiede un suo personale coinvolgimento e impegno.

### Cosa imparano i pazienti facendo terapie comportamentali e come funzionano?

Attraverso un approccio comportamentale i pazienti vengono educati a ridurre o ridimensionare alcuni tipici triggers che

scatenano il fenomeno emicranico, a gestire l'ansia e lo stress, incrementando un senso di *self-efficacy*, cioè di fiducia nelle proprie risorse che possono essere di aiuto nella gestione del dolore, correggendo anche, dove possibile, alcuni aspetti di vita e alcune abitudini che possono favorire il dolore. Il meccanismo di azione delle terapie comportamentali, non è ancora del tutto spiegato, ma diversi programmi di ricerca si stanno focalizzando su questo tema con studi di risonanza funzionale che vanno ad analizzare alcuni circuiti cerebrali specifici coinvolti nel dolore emicranico per dimostrare se e come tali tecniche possano influenzare l'assetto di queste aree cerebrali. Andranno condotti ulteriori studi in questo senso per rafforzare le evidenze cliniche: promuovere studi con gruppi di controllo, piuttosto che studi con lungo *follow up* con anche la valutazione di alcuni markers biologici specifici che possano modificarsi durante le terapie comportamentali in modo da rafforzare il risultato clinico e quindi confermare sempre più l'utilizzo di tali approcci.

### In cosa consiste la *Mindfulness*?

La *Mindfulness* è una pratica dalle origini molto antiche, la quale, pur non avendo ancora raggiunto risultati definitivi con gli studi fino ad ora condotti, sta diventando un approccio sempre più diffuso e utilizzato come supporto terapeutico in aggiunta alle terapie farmacologiche tradizionali nel campo del dolore cronico ed in particolare della emicrania. Si tratta di una pratica di meditazione/consapevolezza attraverso la quale il paziente viene educato a "porre attenzione al momento presente in modo non giudicante", occupandosi di sé, lasciando andare pensieri che arrivano alla mente e mantenendo un atteggiamento concentrato di osservazione curiosa. Tale pratica, sui pazienti affetti da situazioni di dolore cronico, ha uno scopo preciso: ovvero quello di ridurre pensieri intrusivi o inquinanti che possono deviare la concentrazione e che possono influenzare negativamente il soggetto, educandoli ad una mente calma e in pace, lasciando andare i pensieri per il loro corso e riducendo dunque tutti i rimuginii, le attitudini al catastrofismo e le ansie connesse ai pensieri, ai programmi e alle pianificazioni. "Stare nel momento presente con quello che c'è" è uno degli insegnamenti derivanti dalla *Mindfulness*.

### Come possono essere integrate nei programmi di terapia tradizionale?

Gli approcci comportamentali e in particolare la *Mindfulness* potrebbero essere inseriti in tutti i programmi di terapia per dolore cronico primario, incluse le forme emicraniche. I pazienti potrebbero trarre vantaggio per evitare assunzione eccessiva di analgesici e incorrere dunque in condizioni *medication overuse*, per evitare recidive di *overuse* dopo aver completato cicli di terapia di disintossicazione, per educare i più giovani al corretto uso di sintomatici e alla gestione non farmacologica del dolore. Un approccio comportamentale consiste innanzi tutto nella educazione dei pazienti ad una vita con abitudini regolari, un ritmo sonno veglia adeguato, alla pratica regolare di attività fisica. Sono tutti aspetti troppo spesso trascurati perché considerati poco importanti, ma che fanno parte di una corretta strategia terapeutica e che possono favorire già da sole un miglioramento clinico davvero significativo.

## Cefalea da vaccino anti-Covid 19: cosa sappiamo

Maria Pia Prudenzeno



Dott.ssa Maria Pia Prudenzeno, responsabile Centro Cefalee - Clinica Neurologica "L. Amaducci" - A.O. Universitaria Consorziata Policlinico di Bari

L'attuale pandemia ha spinto la scienza a dare una risposta rapida all'esigenza di sicurezza dei cittadini e, come sempre è successo in passato, la via più efficace ed economica è stata rappresentata dalla creazione di vaccini specifici. Nel giro di pochi mesi, essi sono entrati nella disponibilità delle strutture sanitarie, garantendo una riduzione del rischio d'infezione, dello sviluppo di complicanze e di decesso. Tra i principali effetti collaterali di questi vaccini, tuttavia, c'è proprio la cefalea. Attualmente, vengono utilizzati tre tipi di vaccino contro il COVID:

- 1. VACCINI a mRNA (Comirnaty Pfizer/BioNTech e Moderna)** che contengono quote di mRNA di SARS-CoV-2 su cui sono conservate le istruzioni per la codifica di una specifica proteina del virus, nota come spike o proteina S.
- 2. VACCINI a vettore virale non replicante (Vaccino AstraZeneca + University of Oxford, Vaccino Gamaleya Research Institute + Health Ministry of the Russian Federation [Gam-COVID-Vac - Sputnik V], Vaccino Janssen Pharmaceutical [Ad26.CoV2.S], Vaccino CanSino Biological Inc./Beijing Institute of Biotechnology [Ad5-nCoV])** che utilizzano un virus (di solito un adenovirus), opportunamente reso inoffensivo, per introdurre nelle cellule di chi riceve la vaccinazione la sequenza di SARS-CoV-2 codificante per la già citata proteina spike.
- 3. VACCINI a virus inattivati (Vaccino Sinovac [CoronaVac], Vaccino Sinopharm + China National Biotec Group Co + Wuhan Institute of Biological Products [Vero Cell])** che contengono particelle di SARS-CoV-2 uccisi, ma comunque in grado di stimolare il sistema immunitario e la produzione di anticorpi necessari a immunizzare dal virus.

Come dicevamo, il mal di testa è tra gli effetti avversi più frequenti del vaccino antiCOVID19. Negli studi clinici la cefalea è segnalata da circa la metà dei destinatari del vaccino: in particolare, nel 39-80% dei casi con vaccini ad RNA, nel 39-66% con vaccini con vettore virale non replicante nel 13% con vaccini a virus inattivato (non disponibili in Europa, e apparentemente, i meno efficaci anche per contrastare la malattia). Un recente studio condotto nella Repubblica ceca, che ha esplorato i dati di vita reale su tutti gli eventi avversi correlati al vaccino mRNA COVID-19, ha riscontrato la cefalea nel 45,6% di 877 soggetti monitorizzati nel tempo. I dati riscontrati non sorprendono dal momento che il mal di testa è un evento avverso frequente anche dopo altri vaccini, come quelli per influenza, morbillo-parotite-rosolia, varicella-zoster virus

(VZV) e virus del papilloma umano (HPV). Le caratteristiche della cefalea da vaccino anti-COVID 19 sono state esaminate in 1819 operatori sanitari, di cui 209 erano stati in precedenza contagiati dal virus. Il 30,6% riportava cefalea che in un quarto dei casi durava più di 3 giorni. Nello studio si rilevava che la cefalea era per lo più bilaterale, meno intensa, senza sintomi di accompagnamento e meno durata di quella riscontrata in corso di vaccinazione da COVID. La probabilità di avere cefalea post-vaccino aumentava nei soggetti con cefalea primaria preesistente, in quelli di sesso femminile, con patologia tiroidea, in presenza di febbre e in quelli che avevano presentato cefalea dopo vaccinazione per l'influenza. Nel 30,8% dei casi la cefalea era d'intensità lieve e non richiedeva alcuna terapia, nel 69,2% dei casi la cefalea rispondeva alla terapia sintomatica con paracetamolo, FANS, triptani, ergotaminici o miorilassanti e l'1,8% di questi ultimi pazienti ricorreva al PS. La cefalea post-vaccinica è un sintomo abbastanza precoce e generalmente si risolve in pochi giorni spontaneamente o dopo terapia sintomatica. Il meccanismo con cui il vaccino provoca cefalea non è ben conosciuto. Si può ipotizzare che le proteine virali e la loro interazione con l'organismo umano determinino la liberazione di citochine proinfiammatorie che inducono la cefalea, come in precedenza dimostrato con altri vaccini (es. antivaioleso). Inoltre, molti vaccini contengono degli adiuvanti come l'allume, un sale dell'alluminio che a sua volta stimola la risposta immunitaria. Lo stato infiammatorio è indicato anche dalla frequente associazione con febbre, mentre l'assenza di allodinia indica che alla base della cefalea post-vaccino non sarebbero implicati processi di sensibilizzazione del sistema nervoso centrale e periferico tipici dell'emicrania. La

frequente associazione con ipotiroidismo, oltre che nella cefalea post-vaccinica, è stata descritta anche nelle cefalee primarie, suggerendo la possibilità di una predisposizione genetica o di un meccanismo causale bidirezionale basato su uno stato di alterato funzionamento del sistema immunitario che potrebbe generare sia la cefalea che il distiroidismo. Il riscontro di febbre in associazione a cefalea sembrerebbe indicare che vi possa essere un coinvolgimento dell'ipotalamo, struttura che regola il calore corporeo e si interpone fra sistema endocrino e sistema nervoso, oltre ad essere connesso con le vie di modulazione del dolore. Sono tutte ipotesi che andranno verificate in studi successivi. In alcuni pazienti sottoposti a vaccino con vettore virale non replicante è stata raramente osservata pure una cefalea ad insorgenza più tardiva, dopo circa 7 giorni dalla somministrazione del vaccino, ma soprattutto più durata e ad andamento progressivo. Questa cefalea si è rivelata secondaria ad una trombosi dei seni venosi cerebrali, patologia che, se individuata precocemente, presenta maggiore probabilità di risposta terapeutica. Il meccanismo patogenetico di questo tipo di cefalea è completamente differente. In questo caso, il vaccino stimola la produzione di anticorpi antifattore 4 piastrinico, inducendo attivazione piastrinica, aggregazione, trombosi e consumo di piastrine con conseguente piastrinopenia. Tali tipi di vaccino, al momento, non sono più disponibili nel territorio dell'Unione Europea, che attualmente distribuisce solo quelli ad RNA messaggero. In sintesi, ci si può vaccinare senza paura, sapendo che se il mal di testa arriverà, andrà presto via, talvolta senza neppure dover ricorrere ad analgesici specifici.

## Cefalee Today AMARCORD

### L'Accademia Romana del Mal di Testa

Nella regione Lazio circa 700.000 persone soffrono di emicrania, 2.000.000 di cefalea tensiva e 3.500 di cefalea a grappolo. Ogni mese vengono acquistate, nel Lazio, 350.000 confezioni di analgesici per la sola emicrania. Nonostante le dimensioni del problema, il paziente cefalalgico non "emerge" a sufficienza: solo una minima percentuale è consapevole del proprio disturbo e si rivolge al medico o allo specialista. Tutto ciò comporta una ingiustificata rassegnazione del paziente, una cattiva gestione del proprio problema e, a volta, espone il paziente alle complicità di terapie non idonee. L'Accademia Romana del Mal di Testa "pro capite laborantibus" ha organizzato il 5 maggio scorso, presso la Pontificia Università Urbaniana il 2° Workshop dal titolo "Assistenza e Ricerca sulle Cefalee nel territorio della regione Lazio" alla presenza del vicepresidente della regione Lazio, dr. Tommaso Luzi. Nel corso dell'incontro sono state discusse varie tematiche.

Il prof. Giacobozzo, presidente dell'Accademia, si è soffermato in apertura sulla scoperta della presunta proteina causa dell'emicrania da parte degli studiosi di Firenze, sottolineando come si tratti solo di un tassello per il momento iniziale e non confermato nel difficile percorso scientifico sulle cause dell'emicrania e stigmatizzando la diffusione, spesso troppo semplicistica e trionfalistica, tramite i media di notizie scientifiche. Successivamente il prof. Nappi, vicepresidente dell'Accademia, ha affrontato il tema Cefalee e Sanità pubblica, discutendo sulla gestione del paziente cefalalgico in regime ambulatoriale e di ricovero e affrontando le questioni inerenti i modelli organizzativi ed i requisiti delle strutture dedicate (centri clinici, centri di diagnosi e cura, centri di ricerca ed educazionali), con riferimento ai costi gestionali. La seconda parte dell'incontro è stata dedicata alla creazione di un coordinamento tra i centri e gli ambulatori cefalee della regione Lazio finalizzato ad un'ottimizzazione delle risorse assistenziali e di ricerca. L'Accademia rappresenta infatti il tessuto connettivo dei centri e degli ambulatori specialistici presenti nel Lazio (ne esistono 30). È stato presentato in anteprima il sito web dell'Accademia Romana del Mal di Testa che rappresenterà proprio il punto di incontro tra medici, ricercatori, associazioni di pazienti ed istituzioni.

Prof. Piero Barbanti (Roma)  
(tratto dal numero 14 di Cefalee Today - aprile 2001)



### CAMPAGNA ADESIONI AI.Ce. 2022

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

**PIÙ SIAMO, PIÙ CONTIAMO**

# La Cefalea In cucina



## Gli alcolici e il mal di testa

Sono molte le leggende legate alla nascita e diffusione delle bevande alcoliche, la cui preparazione, sebbene in forme diverse, è diffusa in tutto il mondo. Il tratto comune è la fermentazione di un liquido zuccherino, estratto dal latte (come il kefir), dalla frutta (come il vino, l'acquavite o il sidro) o i suoi scarti di lavorazione (come la grappa), dal miele (come l'idromele), dai cereali (come la birra, i whisky, e il sakè) o dai tuberi (come la vodka). Una cosa è però certa: tali bevande incontrano grande successo in buona parte del pianeta, verosimilmente più per le loro qualità psicotrope (la capacità di far perdere il controllo, inducendo uno stato di ebbrezza) che non quelle salutistiche. A dirla tutta, di salutistico l'ingestione di alcool non ha proprio nulla. Infatti, il suo consumo è classificato fin dal 1988 come a rischio cancerogeno dallo IARC (agenzia internazionale per la ricerca sul cancro), collocandolo nel Gruppo 1, cioè quello in cui sono incluse le sostanze con dimostrata capacità di influenzare l'insorgenza dei tumori. Anche le presunte doti termogeniche che consentirebbero di migliorare la sopravvivenza al freddo sono in realtà smentite dai fatti: nel medio periodo l'alcool porta a disperdere la temperatura corporea a causa del suo effetto vasodilatatorio, agevolando così i processi di assideramento. Infine, arriva tombale la definizione della OMS (l'Organizzazione Mondiale della Sanità) che classifica l'alcool tra le droghe, causa di una dipendenza il cui grado è superiore rispetto alle altre sostanze più conosciute. Insomma, per dirla con la rivista *The Lancet* (in una metanalisi realizzata per il *Global Burden of Disease Study*), non esistono soglie di consumo di alcool considerate non potenzialmente nocive per la salute. Eppure, gli alcolici sono molto diffusi. Il loro consumo inizia, purtroppo, fin dalla più giovane età ed entro certi limiti sono considerati parte del nostro patrimonio culturale / alimentare e come tali la politica in varie parti del mondo ne norma e tutela la produzione. A onor del vero, sembrerebbe che un modico consumo di vino (in particolar modo, rosso) e birra possa esercitare effetti protettivi sul sistema cardiovascolare, ma il modico consumo si esaurisce entro la soglia di 12 gr di etanolo, la cosiddetta unità alcolica (pari all'alcol contenuto in un bicchiere di vino rosso o un boccale di birra media), quantità di alcool che comunque richiede all'organismo una o due ore per essere smaltita e che intanto potrebbe indurre danni in altri organi e apparati (come fegato, reni e cervello), oltre al già succitato rischio tumorale. Ma veniamo al mal di testa, perché mai una bevanda alcolica dovrebbe favorire l'insorgenza di mal di testa? I motivi sono molteplici e in parte non tutti adeguatamente

studiati. Per iniziare, ci potrebbe essere un effetto diretto dell'alcool come detonatore del mal di testa, almeno questo è ciò che si osserva nella cefalea a grappolo, in cui spesso l'attacco segue di massimo 2-3 ore l'ingestione di una bevanda alcolica, qualunque essa sia, probabilmente per un meccanismo di interferenza neurotrasmettitoriale (i metaboliti dell'alcool interferiscono con il sistema GABAergico, glutammatergico, dopaminergico e opiatergico). Un altro effetto che l'alcool può esercitare sull'organismo e, indirettamente, potrebbe influire sulla genesi di un mal di testa è la disidratazione. Si sa, infatti, che l'alcool ha la capacità di indurre uno stato di disidratazione, oltre ad alterare l'omeostasi elettrolitica, e tale condizione potrebbe essere alla base dello scatenamento, per esempio, delle crisi emicraniche (che si sa, sono sensibili tanto alla disidratazione, quanto ad un alterato equilibrio elettrolitico). Inoltre, l'alcool è un efficientissimo solvente per le sostanze apolari, molte delle quali vengono assorbite con maggior efficienza dall'organismo se disciolte in soluzione alcolica. È il caso, ad esempio, dell'istamina, sottoprodotto della fermentazione alcolica e potentissimo trigger emicranico. I soggetti emicranici sembrerebbero essere molto sensibili all'istamina perché molti di essi sono carenti dell'enzima intestinale preposto alla sua degradazione, la diaminossidasi (DAO). I vini rossi a lungo invecchiamento, soprattutto se affinati in botte, sono spesso ricchi di istamina e la presenza dell'alcool ne facilita l'assorbimento, mentre l'organismo non riesce a disfarsene efficientemente. Anche la birra è spesso ricca di istamina, oltre a contenere glutine e carboidrati che in soggetti particolarmente predisposti possono indurre lo scatenamento della crisi di cefalea. Sempre i vini, in particolar modo quelli bianchi possono essere ricchi di solfiti. Tali sostanze sono prodotte direttamente dalla fermentazione dell'uva (i cosiddetti solfiti naturali), ma generalmente in bassa quantità (circa 10 mg/l, soglia sotto la quale non vanno dichiarati in etichetta), mentre possono essere additivati per mezzo dell'aggiunta di anidride solforosa al fine di conservare meglio i vini, soprattutto i bianchi dolci, i passiti e i muffiti. I vini biologici spesso non hanno solfiti aggiunti e comunque ne hanno quantità minori. Proprio per questo sono i preferiti dai soggetti emicranici, anche se non è chiaro il ruolo che tali sostanze esercitano sulla cefalea. Infatti, pare che solo i solfiti presenti nei vini inducano cefalea, mentre ciò non accade con l'ingestione di quantitativi maggiori provenienti da altri alimenti, probabilmente perché è l'interazione alcool – solfiti a fungere da fattore scatenante. Per i vini rossi, oltre all'istamina, un ruolo scatenante può poi essere esercitato dai tannini, meno abbondanti in quelli più leggeri. Attenzione, infine, ai distillati affinati in botte o torbati, anch'essi possono avere disciolte molecole in grado d'essere assorbite con maggior facilità se in soluzione alcolica ed innescare al crisi di mal di testa. Insomma, se proprio volete, bevete leggero, biologico e con moderazione.

A cura della Dott.ssa Eleonora Di Pietro,  
Biologa nutrizionista - Associazione Eupraxia

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

*I cinquant'anni del Centro Cefalee segnano un grande traguardo nella storia dell'Istituto Mondino che, come già ricordato, è oggi un punto di riferimento nazionale per lo studio, la diagnosi e il trattamento delle cefalee. Cosa significa per un medico e ricercatore affrontare una patologia così complessa e per certi versi ancora misteriosa con un forte impatto sociale?*

Nel 1981 feci leggere a un collega senior, per sentire il suo parere, il manoscritto del mio manuale "Sistema Diagnostico e Criteri di Classificazione delle Cefalee", preparato 10 anni prima della "Classificazione e Criteri Diagnostici delle Cefalee" a cura del Comitato "Headache Classification" dell'IHS, oggi universalmente accettata. A commento, tra l'ironico e il sar-

castico, il collega mi disse che secondo lui esistevano soltanto tre tipi di mal di testa: quello delle 'Donne mal maritate', quello delle 'Donne emigrate dal Sud' (magari con l'aggiunta di qualche donna veneta dopo l'alluvione del Polesine nel 1951) e la 'Sindrome valtelinese' che colpisce i maschi ipocondriaci delle Valli (che per tradizione sono venuti da sempre a curarsi al manicomio del Mondino!). Questo ricordo penso spieghi bene quanta strada è stata fatta in questo cinquantennio e quante difficoltà, e pregiudizi, abbiamo dovuto affrontare...

A cura di Valentina Cani – Università di Pavia

\* Estratto dall'intervista al Prof. Giuseppe Nappi contenuta nella monografia "Cinquant'anni di ricerca e cura al Centro Cefalee di Pavia" – Glifo Associati Editore 2021