



Giornale delle Cefalee

PERIODICO
SCIENTIFICO
E DI INFORMAZIONE
DELLA SOCIETÀ
ITALIANA
PER LO STUDIO
DELLE CEFALIE

Anno XXI • N. 1 • Aprile 2025

SOMMARIO

- 1 IL PROGETTO "PERLA": CEFALIE CRONICHE IN LOMBARDIA**
Grazia Sances e Claudia Sulmona
- 2 RUOLO DELLA NUTRIZIONE E DELL'ATTIVITÀ FISICA NELLA PREVENZIONE DELL'EMICRANIA**
Mario Ruggiero
- 3 CEFALIA NUMMULARE IN ETÀ EVOLUTIVA (II parte)**
Sofia D'Agostino, Carola Meo, Edvige Correnti e Vincenzo Raieli
- 4 IL 38° CONGRESSO NAZIONALE DELLA SISC TORINO, 26-28 SETTEMBRE 2024 (II parte)**
Marco Trucco, Flora Govone
- 6 L'EDITORIALE LA DIGNITÀ TRA LUCI E OMBRE**
Domenico Cassano
- 7 REPORT DELLA RIUNIONE REGIONALE SISC APULO-LUCANA - TRANI 24-25 GENNAIO 2025**
Maria Pia Prudenzeno
- 8 REPORT DEL X CONGRESSO REGIONALE SISC CALABRIA-GIZZERIA LIDO (CZ) 8 MARZO 2025**
Rosario Iannacchero
- 8 GIORNATA NAZIONALE DEL MAL DI TESTA 18 MAGGIO 2025**
- 9 SISC HEADACHE ACADEMY STATO DELL'ARTE DELLA TERAPIA EMICRANICA NAPOLI, 26-27 MAGGIO 2025**
- 9 ARTE E DOLORE DEL CORPO DELLA MENTE SCIACCA, 20 GIUGNO 2025**

IL PROGETTO "PERLA" CEFALIE CRONICHE LOMBARDIA

Grazia Sances e Claudia Sulmona

Centro Cefalee, IRCCS Fondazione C. Mondino, Pavia



Il progetto PERLA "Modalità integrata e coordinata di presa in cura dei pazienti con cefalea primaria cronica" nasce nel contesto della legge 81/2020 che riconosce la cefalea primaria cronica come malattia sociale e dalle successive linee di indirizzo del 23 marzo 2023 con cui sono stati stanziati fondi ad hoc affinché le regioni potessero mettere a punto dei protocolli di lavoro per armonizzare e rendere più fluido il percorso dei pazienti.

Il progetto ha coinvolto tutta la Rete Cefalee della Regione Lombardia costituita da 38 Centri (già identificata nel 2020 con decreto regionale) che sono stati coordinati da IRCCS Fondazione Mondino di Pavia, IRCCS Istituto C. Besta di Milano e UC Neurologia Spedali Civili di Brescia, in qualità di centri referenti di terzo livello. I sub-progetti affrontati dai coordinatori hanno riguardato differenti capitoli, uniti però nell'obiettivo comune di migliorare la conoscenza della patologia cefalalgica e rendere il sistema di cura più efficiente attraverso un approccio integrato ed olistico nella gestione del paziente (fig. 1).

Al fine di unificare il trattamento delle cefalee croniche a livello Regionale, come punto di partenza, è stato fondamentale avere informazioni sull'incidenza della malattia e sul carico assistenziale dei diversi centri, sulle terapie prescritte e sul percorso che il paziente, al momento, segue in Regione Lombardia. Queste informazioni sono state raccolte

te attraverso due survey (coordinatore Ist. Besta), una retrospettiva relativa all'anno 2023 ed una prospettica su 5 mesi per l'anno 2024. I dati finali, pur con alcuni limiti, hanno permesso di avere una 'fotografia' con la stima della misura epidemiologica dei pazienti con diverse forme di cefalea cronica, informazioni sul loro profilo clinico, stima del carico di lavoro che grava sui centri cefalea.

Per garantire una presa in carico completa e personalizzata del paziente, dalla diagnosi alle opzioni terapeutiche, si rende necessario migliorare le competenze e la formazione di tutti gli attori della rete (specialisti, medici di medicina generale, altri professionisti della salute, farmacisti) al fine di ottenere comportamenti professionali omogenei e standardizzati. A questo scopo un obiettivo del progetto è stato la realizzazione di 4 corsi di formazione FAD (coordinatore IRCCS Mondino) specifici per il personale medico e sanitario più allargato che lavora all'interno della rete. I corsi hanno sviluppato tutti gli argomenti necessari per una migliore conoscenza del problema: diagnosi, fattori scatenanti e comorbidità, fattori di cronicizzazione, disabilità, gestione anche in urgenza, terapie farmacologiche tradizionali e di nuova generazione, terapie non farmacologiche, aspetti psicopatologici, fisioterapici, nutrizionali.

Altro obiettivo rilevante è stata la costruzione di un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) (coordinatore Centro Cefalee Neurologia Brescia) per la definizione di ruoli e responsabilità degli attori coinvolti nella gestione del paziente affetto da cefalea, in particolare cronica, e coordinamento e pronta collaborazione tra i diversi livelli di assistenza nell'ambito della rete, al fine di annullare i ritardi nelle cure. Il PDTA costruito, nel 2025, sarà oggetto di discussione e valutazione



Fig. 1 - La rete cefalee Lombardia

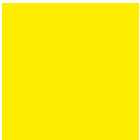
nell'ambito della Rete Cefalee per l'attuazione sul territorio e l'individuazione di eventuali criticità. Un modello assistenziale innovativo non può oggi prescindere dal coinvolgimento del paziente che, se informato in dettaglio della sua condizione, diventa più consapevole del percorso di cura e potrà essere di aiuto per il medico. Nel progetto PERLA è stato quindi inserito un obiettivo specifico per lo sviluppo di un'adeguata informazione ed un'efficace comunicazione con i cittadini (coordinatore IRCCS Mondino), sviluppato con la realizzazione di un sito web dedicato (<https://lombardia.progetticefalea.it/>) e contenuti sui social media (Facebook e Instagram: *Perla Cefalee Croniche*). Per questo obiettivo è stato molto prezioso il contributo dell'associazione pazienti Alleanza Cefalalgici (Al.Ce), sempre molto attiva sul campo e nei rapporti con le istituzioni. Il sito web è stato costruito con contenuti per i pazienti, per i medici e altri operatori sanitari, cercando di diffondere ai cittadini il complesso 'proble-

ma cefalea'. Tutta la rete cefalee è stata coinvolta nella realizzazione di "video pillole" con risposte degli esperti a domande dei pazienti, e "pillole di sapere" dedicate ad esporre e spiegare in breve argomenti specifici ma importanti nella cura e nella gestione della cefalea. È stato anche realizzato il podcast "Di testa nostra" in cui si sono confrontati specialista del settore e paziente. Le visualizzazioni dei contenuti social sono state significative già in pochi mesi, indicando il notevole interesse degli utenti e la diffusione capillare che si può ottenere con queste forme di comunicazione, fornendo però notizie controllate e corrette. I risultati di tutti i topics del progetto PERLA sono stati presentati a Milano il 24 Gennaio 2025 presso Regione Lombardia con un evento comune che ha visto la partecipazione dei referenti della Direzione Generale Welfare Lombardia, dei 3 Centri Cefalee di III livello e i rappresentanti di tutti i centri della Rete Cefalee Lombardia.

L'evento è stato un momento di condivisione e discussione sugli obiettivi fin qui raggiunti e sulla prosecuzione e messa in pratica del progetto nel territorio lombardo. Sono emerse alcune criticità:

- la necessità di avere un sistema di codifica adeguato che individui specificamente le diverse forme di cefalea al fine di 'catturare' i pazienti più difficili con forme croniche ed indirizzarli in tempi brevi al percorso più adeguato;
- ridotta disponibilità di tempi ambulatoriali (soprattutto nelle prime visite) per conoscenza ed approfondimento del paziente
- necessità per l'attività ambulatoriale di infermieri 'dedicati' e con conoscenze sulla patologia che possano coadiuvare il medico in alcune procedure pre e post visita (somministrazione di scale e test, informazioni sulla compilazione del diario, gestione dei contatti successivi alla visita); questo tipo di organizzazione contribuirebbe ad una migliore gestione dei tempi di gestione paziente.

Il rafforzamento della telemedicina, attività che ben si presta al paziente con cefalea per le valutazioni di controllo, è stato affrontato nell'ambito di fornire una migliore organizzazione e differenziazione dell'offerta agli utenti. Un obiettivo regionale dell'anno 2025, sviluppato nell'ambito del progetto PERLA, sarà la realizzazione di un Registro di Patologia per le Cefalee, base importante per avere dati più precisi sulla numerosità della casistica e sulle diverse diagnosi con attenzione particolare alle forme croniche resistenti alle terapie. Il progetto proseguirà nell'anno 2025 e ci auguriamo che, anche successivamente, sulla base dei risultati, possano essere disponibili risorse economiche stabili per la gestione a 360 gradi del paziente con cefalea. Se vuoi saperne di più sul progetto PERLA Cefalee Croniche Lombardia visita il sito <https://lombardia.progetticefalea.it/>



RUOLO DELLA NUTRIZIONE E DELL'ATTIVITÀ FISICA NELLA PREVENZIONE DELL'EMICRANIA

Mario Ruggiero
Scienze delle attività motorie e sportive, Università degli studi di Napoli Parthenope

L'emicrania è influenzata da molteplici fattori, sia interni (genetici ed epigenetici) che esterni (cultura, etnia, geografia, stile di vita e abitudini alimentari)^[1]. Tra questi, l'alimentazione e l'attività fisica rivestono un'importanza cruciale, poiché possono influenzare la frequenza e l'intensità degli attacchi emicranici. Alcuni alimenti possono agire da trigger, mentre altri possono contribuire alla prevenzione e al miglioramento della sintomatologia. Allo stesso modo, l'attività fisica può rappresentare un fattore protettivo, sebbene alcuni studi abbiano riportato che esercizi ad alta intensità potrebbero talvolta scatenare episodi emicranici in alcuni soggetti^[2].

STRATEGIE NUTRIZIONALI

I primi studi che associavano l'alimentazione all'emicrania si basavano sull'osservazione che il consumo di determinati alimenti fosse collegato all'insorgenza di questo disturbo. I trigger maggiormente riscontrati in letteratura sono cioccolato, formaggi stagionati, noci, agrumi, carni lavorate, glutammato monosodico, tiramina, istamina, feniletilamina, aspartame, sucralosio, glutine, cibi ricchi di grassi, caffeina e bevande alcoliche, in particolare vino rosso e birra^[3,4]. Un alimento può essere considerato un fattore scatenante se il mal di testa si verifica nel 50% dei casi entro un giorno dall'esposizione^[3]. L'individuazione e l'eliminazione di questi alimenti dalla dieta rappresentano una strategia comunemente adottata dai pazienti. Tuttavia, le diete di eliminazione devono essere applicate con cautela, poiché una riduzione eccessiva dell'introito alimentare potrebbe portare a carenze nutrizionali con effetti negativi sulla salute generale. Inoltre, alcuni degli alimenti trigger posseggono anche proprietà nutraceutiche che aiutano a prevenire e contrastare diverse patologie - ad esempio cioccolato, noci e vino rosso contengono il resveratrolo, composto dalle ben note attività antiossidanti^[5]. L'idea di adottare regimi alimentari mirati per la gestione dell'emicrania si è sviluppata parallelamente alle diete di eliminazione. Infatti, nella pianificazione di strategie nutrizionali personalizzate è fondamentale considerare specifici target biochimici, tra cui: la disfunzione serotoninergica,

l'eccitabilità neuronale, la presenza e concentrazione di sostanze con un ruolo nella patogenesi dell'emicrania (come il peptide correlato al gene della calcitonina, l'ossido nitrico, l'adiponectina e la leptina), la funzione mitocondriale cerebrale, la neuroinfiammazione, la funzione ipotalamica e l'aggregazione piastrinica^[6]. Negli ultimi anni, sono stati studiati diversi approcci dietetici mirati alla prevenzione dell'emicrania. Le diete chetogeniche, ad esempio, sono caratterizzate dalla produzione di corpi chetonici, che possono influenzare positivamente la funzione mitocondriale e il microbioma intestinale, ridurre lo stress ossidativo e l'infiammazione e modulare l'eccitabilità neuronale^[7]. Infatti, è stata proposta anche l'integrazione con corpi chetonici esogeni come potenziale strategia preventiva per l'emicrania^[8]. Un altro approccio dietetico prevede invece l'aggiunta di specifici composti bioattivi, capaci di modulare processi fisiologici coinvolti nella patogenesi della malattia. Questi piani alimentari, definiti "diete epigenetiche", agiscono su specifiche strutture cellulari (ad esempio, mitocondri) e molecole (ad esempio, DNA), e sono stati inizialmente sviluppati per la prevenzione del cancro^[9]. L'interesse per queste diete nella prevenzione dell'emicrania nasce dalla scoperta che una metilazione aberrante del DNA è associata all'insorgenza della patologia. Il folato, essenziale per la metilazione del DNA e già noto per i suoi benefici sull'emicrania, ha suscitato un crescente interesse nel contesto delle diete epigenetiche per questa patologia^[10].

ASSE INTESTINO-CERVELLO

La ricerca si sta concentrando sull'importante ruolo che l'intestino svolge nel benessere generale dell'organismo. Oltre alle sue funzioni digestive essenziali, questo organo può influenzare anche la psiche dell'individuo. Per questo motivo, l'intestino viene definito "secondo cervello". Si ipotizza che la diversità del microbiota intestinale possa modulare la funzione cerebrale sia in condizioni di salute che di malattia. In particolare, un'aumentata permeabilità intestinale potrebbe facilitare il passaggio di sostanze pro-infiammatorie nel sistema trigemi-

no-vascolare, contribuendo all'insorgenza dell'emicrania^[11]. La modulazione del microbiota intestinale è stata proposta come strategia per ridurre l'infiammazione e migliorare i sintomi dell'emicrania. L'uso di probiotici, in particolare ceppi di lattobacilli e bifidobatteri, potrebbe rafforzare la barriera intestinale e ridurre l'infiammazione sistemica^[12]. L'emicrania è spesso accompagnata da sintomi gastrointestinali, come nausea, vomito e dispepsia, con un'incidenza più elevata della patologia in pazienti affetti da sindrome dell'intestino irritabile^[13]. Strategie alimentari come una dieta ricca di fibre e/o a basso indice glicemico e l'integrazione con vitamina D e acidi grassi omega-3 potrebbero influenzare positivamente l'asse intestino-cervello, migliorando la sintomatologia emicranica^[14,15].

ATTIVITÀ FISICA ED EMICRANIA

L'esercizio fisico risulta una componente indispensabile per la salute dell'essere umano (fig. 1). L'OMS raccomanda di praticare attività motoria per un totale di 150-300 minuti settimanali, o tra 30 e 60 minuti giornalieri per 5 giorni^[5]. Tuttavia, L'esercizio ad alta intensità, come quello praticato negli sport competitivi o durante allenamenti prolungati, può indurre un aumento della concentrazione di ossido nitrico e peptide correlato al gene della calcitonina, due mediatori coinvolti nella vasodilatazione e nella neuroinfiammazione associata all'emicrania. Inoltre, uno sforzo fisico eccessivo può causare squilibri nel metabolismo energetico cerebrale e aumentare il rischio di disidratazione, entrambi fattori noti per innescare attacchi emicranici^[2]. D'altra parte, recenti studi hanno evidenziato come

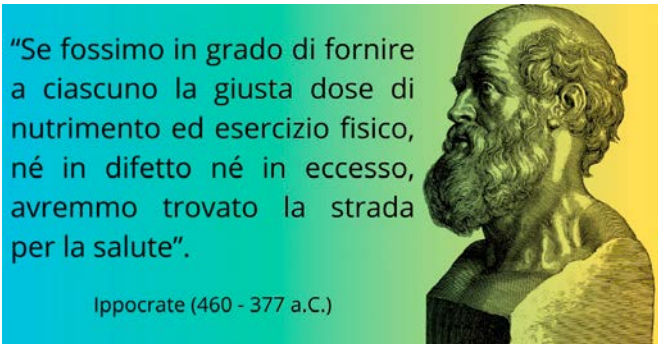


Fig. 1 - Aforisma di Ippocrate

un’attività fisica regolare e di intensità moderata possa ridurre la frequenza e l’intensità degli attacchi, migliorando la qualità della vita dei pazienti. L’esercizio aerobico controllato favorisce la produzione di β -endorfine, sostanze con effetti analgesici, e contribuisce alla regolazione dei livelli di stress, uno dei principali fattori scatenanti dell’emicrania^[2]. Mancano attualmente protocolli chiari per l’applicazione di approcci di terapia fisica per alleviare i sintomi nei pazienti con emicrania cronica. Per questo motivo, l’implementazione di programmi di allenamento personalizzati, adattati alle esigenze individuali, rappresenta una strategia efficace per sfruttare i benefici dell’attività fisica evitando al contempo i suoi potenziali effetti negativi^[16].

CONCLUSIONI

In conclusione, l’alimentazione e l’attività fisica svolgono un ruolo cruciale nella gestione dell’emicrania. Un’alimentazione equilibrata, che eviti i potenziali trigger alimentari e includa nutrienti benefici, può contribuire a ridurre la frequenza e l’intensità degli attacchi emicranici. Parallelamente, l’attività fisica regolare, se adeguatamente dosata e personalizzata, può fungere da efficace strategia preventiva. Tuttavia, è essenziale che tali interventi siano adattati alle esigenze individuali, considerando le specificità di

ciascun paziente. La ricerca futura dovrebbe focalizzarsi su studi clinici controllati per consolidare le evidenze esistenti e fornire linee guida più precise. L’approccio multidisciplinare, che coinvolge neurologi e specialisti della nutrizione e dell’esercizio fisico, risulta fondamentale per offrire una gestione integrata e personalizzata dell’emicrania.

Bibliografia

1. Tai, M.-L.S.; Yap, J.F.; Goh, C.B. Dietary Trigger Factors of Migraine and Tension-Type Headache in a South East Asian Country. *J. Pain Res.* **2018**, *11*, 1255–1261, doi:10.2147/JPR.S158151.
2. Leale, I.; Di Stefano, V.; Torrente, A.; Alonge, P.; Monastero, R.; Roccella, M.; Brighina, F.; Giustino, V.; Battaglia, G. Telecoaching and Migraine: Digital Approach to Physical Activity in Migraine Management. A Scoping Review. *J. Clin. Med.* **2025**, *14*, 861, doi:10.3390/jcm14030861.
3. Gazerani, P. Migraine and Diet. *Nutrients* **2020**, *12*, 1658, doi:10.3390/nu12061658.
4. Hindiyeh, N.A.; Zhang, N.; Farrar, M.; Banerjee, P.; Lombard, L.; Aurora, S.K. The Role of Diet and Nutrition in Migraine Triggers and Treatment: A Systematic Literature Review. *Headache* **2020**, *60*, 1300–1316, doi:10.1111/head.13836.
5. Ruggiero, M.; Motti, M.L.; Meccariello, R.; Mazzeo, F. Resveratrol and Physical Activity: A Successful Combination for the Maintenance of Health and Wellbeing? *Nutrients* **2025**, *17*, 837, doi:10.3390/nu17050837.
6. Razeghi Jahromi, S.; Ghorbani, Z.; Martelletti, P.; Lampl, C.; Togha, M.; School of Advanced Studies of the European Headache Federation (EHF-SAS) Association of Diet and Headache. *J. Headache Pain* **2019**, *20*, 106, doi:10.1186/s10194-019-1057-1.
7. Gross, E.C.; Klement, R.J.; Schoenen, J.; D’Agostino, D.P.; Fischer, D. Potential Protective Mechanisms of Ketone Bodies in Migraine Prevention. *Nutrients* **2019**, *11*, 811, doi:10.3390/nu11040811.

8. Gross, E.; Putananickal, N.; Orsini, A.-L.; Schmidt, S.; Vogt, D.R.; Cichon, S.; Sandor, P.; Fischer, D. Efficacy and Safety of Exogenous Ketone Bodies for Preventive Treatment of Migraine: A Study Protocol for a Single-Centred, Randomised, Placebo-Controlled, Double-Blind Crossover Trial. *Trials* **2019**, *20*, 61, doi:10.1186/s13063-018-3120-7.
9. Carlos-Reyes, Á.; López-González, J.S.; Meneses-Flores, M.; Gallardo-Rincón, D.; Ruiz-García, E.; Marchat, L.A.; Astudillo-de la Vega, H.; Hernández de la Cruz, O.N.; López-Camarillo, C. Dietary Compounds as Epigenetic Modulating Agents in Cancer. *Front. Genet.* **2019**, *10*, 79, doi:10.3389/fgene.2019.00079.
10. Fila, M.; Chojnacki, C.; Chojnacki, J.; Blasiak, J. Is an “Epigenetic Diet” for Migraines Justified? The Case of Folate and DNA Methylation. *Nutrients* **2019**, *11*, 2763, doi:10.3390/nu11112763.
11. Galland, L. The Gut Microbiome and the Brain. *J. Med. Food* **2014**, *17*, 1261–1272, doi:10.1089/jmf.2014.7000.
12. Hiippala, K.; Jouhten, H.; Ronkainen, A.; Hartikainen, A.; Kainulainen, V.; Jalanka, J.; Satokari, R. The Potential of Gut Commensals in Reinforcing Intestinal Barrier Function and Alleviating Inflammation. *Nutrients* **2018**, *10*, 988, doi:10.3390/nu10080988.
13. Cámara-Lemarroy, C.R.; Rodríguez-Gutierrez, R.; Monreal-Robles, R.; Marfil-Rivera, A. Gastrointestinal Disorders Associated with Migraine: A Comprehensive Review. *World J. Gastroenterol.* **2016**, *22*, 8149–8160, doi:10.3748/wjg.v22.i36.8149.
14. Arzani, M.; Jahromi, S.R.; Ghorbani, Z.; Vahabizad, F.; Martelletti, P.; Ghaemi, A.; Sacco, S.; Togha, M.; School of Advanced Studies of the European Headache Federation (EHF-SAS) Gut-Brain Axis and Migraine Headache: A Comprehensive Review. *J. Headache Pain* **2020**, *21*, 15, doi:10.1186/s10194-020-1078-9.
15. Gazerani, P.; Fuglsang, R.; Pedersen, J.G.; Sørensen, J.; Kjeldsen, J.L.; Yassin, H.; Nedergaard, B.S. A Randomized, Double-Blinded, Placebo-Controlled, Parallel Trial of Vitamin D3 Supplementation in Adult Patients with Migraine. *Curr. Med. Res. Opin.* **2019**, *35*, 715–723, doi:10.1080/03007995.2018.1519503.
16. Onan, D.; Ekizoglu, E.; Arkan, H.; Tasdelen, B.; Özge, A.; Martelletti, P. The Efficacy of Physical Therapy and Rehabilitation Approaches in Chronic Migraine: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J. Integr. Neurosci.* **2023**, *22*, 126, doi:10.31083/j.jin2205126.



CEFALEA NUMMULARE IN ETÀ EVOLUTIVA (II PARTE)

Sofia D’Agostino¹, Carola Meo¹, Edvige Correnti², Vincenzo Raieli²

¹ Pro.M.I.S.E. Dipartimento Materno-Infantile “G. D’Alessandro” – Università degli Studi di Palermo

² UOC NPI-ISMEP -ARNAS CIVICO di Palermo

CEFALEA NUMMULARE IN ETÀ EVOLUTIVA

Il mal di testa è una condizione comune osservata dai neurologi pediatrici. Il tasso di prevalenza del mal di testa tra i bambini in età scolare è stato stimato tra il 5,9% e l’82%. I tipi più comuni di sindromi da cefalea cronica riscontrate sono l’emicrania e la cefalea di tipo tensivo (TTH). In letteratura, i casi di cefalea nummulare nei bambini sono estremamente limitati, in parte a causa della rarità della condizione stessa e anche della difficoltà di diagnosi, spesso confusa con altre forme di cefalea, come l’emicrania o la cefalea tensiva. Qui esponiamo i pochi casi reports riportati.^[8]

CASO 1: CEFALEA NUMMULARE PERSISTENTE E REFRATTARIA

Una donna di 41 anni ha riportato un dolore pressorio costante in un’area ben definita del vertice sinistro da quando aveva 6 anni. L’area dolorosa, di circa 2,5 cm di diametro, era descritta come di bassa intensità ma persistente, con periodi di esacerbazione che duravano da 1 a 7 giorni. Non c’erano sintomi associati come nausea, fotofobia o fonofobia, e la neuroimaging (TC) risultava normale. Nonostante vari trattamenti, incluso l’uso di oppioidi e terapia con indometacina e blocchi nervosi locali, la cefalea nummulare non ha mai risposto positivamente a nessuna terapia, suggerendo che questa condizione sia refrattaria e possa rappresentare una entità a sé stante, distinta dall’emicrania.^[7]

CASO 2: CEFALEA NUMMULARE E RISPOSTA POSITIVA ALLA TERAPIA CON GABAPENTIN

Una bambina di 11 anni ha sviluppato un dolore pressorio nella zona del vertice della testa, che inizialmente era lieve, ma nel corso di sei mesi è aumentato in intensità fino a diventare invalidante. Il dolore era localizzato in un’area di forma circolare e non era associato a sintomi sistemici. Non sono

stati identificati fattori scatenanti e i sintomi non sono stati accompagnati da caratteristiche tipiche dell’emicrania. Dopo un trattamento infruttuoso con analgesici, tra cui FANS e farmaci per l’emicrania, è stata avviata una terapia con **carbamazepina**, seguita da **gabapentin**, con una risposta positiva e una risoluzione quasi completa del dolore entro un mese. A distanza di tre mesi dall’inizio della terapia, la paziente non ha più riferito episodi di mal di testa^[10].

CASO 3: GRANULOMA EOSINOFILO E CEFALEA NUMMULARE

Un paziente ispanico di 12 anni ha riferito dolore localizzato nella regione frontale sinistra, di intensità 3/10, che aumentava a 9/10 al contatto con l’area dolorosa. Le indagini radiologiche (TC, RMI, radiografia del cranio) hanno evidenziato una lesione sottostante nell’area del dolore. Dopo resezione chirurgica, la biopsia ha rivelato la presenza di un granuloma eosinofilo. In seguito alla rimozione del granuloma si è Il dolore si è immediatamente attenuato e il paziente è stato seguito in follow-up e non ha presentato recidive di dolore^[12].

CASO 4: CEFALEA NUMMULARE IN UN BAMBINO CON CHIAZZA ETEROCROMATICA

Un bambino di 4 anni ha presentato episodi parossistici di breve durata (5-20 sec) di dolore localizzato in un’area della testa che si ripetevano più volte al giorno anche durante il sonno. Il dolore, che si localizzava in una zona di circa 1-2 cm di diametro sotto una chiazza di capelli biondi sulla regione parietale destra. Sebbene gli esami neurologici, la risonanza magnetica e le analisi del sangue fossero normali, è stato ipotizzato che la chiazza di capelli eterocromatici fosse collegata alla cefalea nummulare. Non è stata riscontrata alcuna anomalia nei peli della chiazza, ma l’ipotesi che l’origine della

cefalea possa essere legata a un processo embriologico locale, che coinvolge sia i melanosomi dei capelli sia le cellule nervose periferiche nella cresta neurale, rimane un’area di ricerca interessante^[9]. In figura 2 noi presentiamo il disegno eseguito da una nostra adolescente con possibile cefalea nummulare, anche se l’area era descritta come rettangolare. Oltre a questi casi descritti singolarmente in letteratura, sono stati riportati da una revisione sistematica della letteratura (dal 1° gennaio 2002 al 25 settembre 2021) ulteriori 9 casi di NH pediatrica e altri 7 nuovi casi da uno studio retrospettivo condotto su pazienti pediatrici con diagnosi cefalea idiopatica seguiti presso un centro pediatrico di terzo livello tra il 2016 e il 2021. Dei 7 casi di NH su 8916 bambini e adolescenti visitati è stato evidenziato che l’età media di insorgenza era di 9,7 anni, con una predominanza femminile (4 femmine e 3 maschi). La localizzazione del dolore variava, e il diametro dell’area di dolore andava da 2,5 a 4 cm. Il dolore era descritto come pressorio o acu-



Fig.2 - Paziente di 14 anni. L’area di dolore è di circa 1-3 cm, localizzata in regione frontale di destra. Il tipo di dolore descritto è pulsante, di intensità moderata e dura diverse ore. In associazione al dolore talvolta sono riportati scarsi segni neurovegetativi.

to, con una gravità media di 5 su 10. La frequenza degli attacchi variava da episodica a continua, con gravi esacerbazioni. Altri disturbi in comorbidità includevano cefalea tensiva, cefalea da abuso di farmaci e cefalea primaria lancinante. L'imaging cerebrale era normale, ad eccezione di un caso con cisti pineale e uno con mega-cisterna magna, ritenuti riscontri incidentali. Per quanto riguarda i 9 nuovi casi in letteratura si è visto che l'età media di insorgenza era di 11,9 anni), con una predominanza femminile (5 femmine, 2 maschi). Il diametro del dolore variava da 1 a 5 cm e l'allodinia è stata segnalata in due casi. La localizzazione del dolore variava e quest'ultimo era descritto come pressorio. La frequenza degli attacchi era generalmente continua. In due casi riportati, è stata documentata una comorbidità di emicrania o dei suoi sottotipi. Solo un caso in letteratura ha mostrato cambiamenti trofici associati alla cefalea. L'imaging ha rivelato istiocitosi a cellule di Langerhans in un caso e una cisti di colesterolo in un altro.^[6] La maggior parte dei casi riportati in letteratura sono risultati refrattari ai trattamenti, sebbene alcuni casi abbiano mostrato miglioramenti grazie a trattamenti chirurgici o remissione spontanea. I trattamenti variavano a seconda della gravità e delle caratteristiche cliniche. Alcuni casi hanno tratto beneficio dalla supplementazione vitaminica nei casi di carenza, altri casi dopo wash out per cefalea

da abuso di farmaci, utilizzo di farmaci come valproato, amitriptilina e topiramato, antinfiammatori per gli attacchi acuti e utilizzo della tossina botulinica tossina botulinica.

CONCLUSIONI

La cefalea nummulare in età pediatrica è una condizione rara che richiede un'attenta valutazione clinica. Il riconoscimento della sua peculiarità clinica è essenziale per evitare diagnosi errate. In tutti i casi descritti, il dolore era localizzato in un'area ben definita, e l'assenza di sintomi associati come nausea, fotofobia e fonofobia ha aiutato a differenziare la NH da altre patologie. I casi clinici riportati contribuiscono a chiarire il fenotipo della cefalea nummulare (NH) nei bambini e adolescenti, mostrando una varietà di presentazioni cliniche, risposte ai trattamenti e possibili cause sottostanti. I trattamenti per la cefalea nummulare variano a seconda della risposta del paziente. In alcuni casi, come nel secondo caso clinico, l'uso di anticonvulsivanti come gabapentin ha portato a una risposta positiva, mentre in altri casi la condizione è rimasta refrattaria a qualsiasi intervento terapeutico. La chirurgia, come nel terzo caso clinico, può essere una soluzione in presenza di lesioni sottostanti che causano la cefalea nummulare, ma questo approccio è raro.^[8] La comprensione di questa condizione nella popolazione pediatrica è ancora in fase di sviluppo, e ulteriori studi clinici sono necessari per definire

meglio la patogenesi, i fattori predisponenti e le strategie terapeutiche ottimali per i bambini affetti da cefalea nummulare.

Bibliografia

1. Pareja JA, Caminero AB, Serra J, et al. Numular headache: a coinshaped cephalgia. Neurology 2002.
2. Pareja JA, Pareja J, Barriga FJ, et al. Nummular headache: a prospective series of 14 new cases. Headache 2004.
3. Guerrero A' L, Cortijo E, Herrero-Velazquez S, et al. Nummular headache with and without exacerbations: comparative characteristics in a series of 72 patients. Cephalalgia 2012.
4. Zhu K, Huang Y, Zhong S, Bao Z, Tian X. [Nummular headache: 21 new cases and therapeutic results]. [Chinese.] Zhonghua Yi Xue Za Zhi 2008.
5. Cristina García-Iglesias 1, Cristina Martínez-Badillo, David García-Azorín, Javier Trigo-López, Enrique Martínez-Pías, Ángel Luis Guerrero-Peral . Pain Medicine, Volume 22, Issue 11, November 2021. Secondary Nummular Headache: A New Case Series and Review of the Literature.
6. Silva Rosas C, Angus-Leppan H, Lemp MB, et al. Langerhans cell histiocytosis (eosinophilic granuloma) of the skull mimicking nummular headache. Report of two cases. Cephalalgia 2018.
7. Dach F, Speciali J, Eckeli A, Rodrigues GG & Bordini CA. Nummular headache: three new cases. Cephalalgia 2006.
8. Daniel N Lax, Andrew D Hershey. Nummular headache in children: A case series and systematic literature review.
9. G. Dabscheck, P. Ian Andrews. Cephalalgia April 2010. Nummular headache associated with focal hair heterochromia in a child.
10. Prateek Kumar Panda, Vetoni Moirangthem, Indar Kumar Sharawat. Department of Pediatrics, Pediatric Neurology Division, All India Institute of Medical Sciences, Rishikesh, Uttarakhand, India. Nummular Headache: A Rare Headache Type in a Child Responding to Carbamazepine and Gabapentin.
11. Gary N. McAbee DO, JD. A Review of Episodic and Chronic Pediatric Headaches of Brief Duration.
12. Carlos Silva Rosas, Heather Angus-Leppan , Melchor Bruno Lemp, Juan Pablo Rozas , Alonso Humberto Quijada. Cephalalgia 2018. Langerhans cell histiocytosis (eosinophilic granuloma) of the skull mimicking nummular headache. Report of two cases.

REPORT DAL 38° CONGRESSO NAZIONALE DELLA SISC

“IL PROGETTO BRAIN HEALTH E LA RIVOLUZIONE DELLE CEFALÉE”

TORINO, 26-28 SETTEMBRE 2024 (II PARTE)

Marco Trucco, 1Flora Govone
Libero Professionista - Già Dirigente Medico Centro Cefalee, S. C. Neurologia, Ospedale S. Corona, Pietra Ligure (SV) – Segretario-Tesoriere Sezione Interregionale SISC Nord-Ovest
1S. C. Neurologia, Ospedale Regina Montis Regalis, Mondovì, ASL CN1 - Consigliere Sezione Interregionale SISC Nord-Ovest



La 2^ Sessione, **“Cefalea a grappolo cosa c’è di nuovo?”**, ha visto gli interventi di Gianluca Coppola (LT), che ha relazionato sull’impiego degli anticorpi monoclonali in tale patologia: efficacia (discutibile) del galcanezumab 300 mg/mese nella forma episodica, non nella cronica, mentre gli studi real-life mostrano un’efficacia soddisfacente anche di altri mAbs. Ad una domanda il relatore ha escluso un’azione di neuromodulazione di tali farmaci, definendoli “sintomatici long-acting”. Agnese Onofri (AQ) ha esposto il questionario CHIQ (Cluster Headache Impact Questionnaire), a 8 item, tradotto in italiano dall’inglese e validato mediante il confronto con altri questionari indaganti tono dell’umore e qualità della vita. Laura Papetti (Roma) ha poi trattato della cefalea a grappolo in età evolutiva, talvolta misconosciuta o confusa con emicrania, anche per la minor durata

delle crisi emicraniche nel bambino e i minori sintomi autonomici. Le terapie sono sostanzialmente le stesse impiegate nell’adulto. In Sessione Parallela C si è tenuto l’evento Congiunto ANIN-SISC **“Innovazione nell’assistenza infermieristica: l’infermiere specialista nella cura dell’emicrania, lo stato dell’arte”**. Nella 3^ Sessione, **“La terapia con mAbs anti-CGRP nella profilassi dell’emicrania: cosa abbiamo imparato?”**, Fabrizio Vernieri (Roma), prendendo spunto dagli studi real-life, ha trattato di alcune differenze tra gli mAbs s. c.; non sono disponibili studi di confronto diretto. Erenumab presenterebbe un fenomeno di wearing-off a tre settimane dalla somministrazione, provocherebbe più spesso stipsi, alopecia e rialzi pressori. Gloria Vaghi (PV) ha poi citato numerosi fallimenti terapeutici, depressione e obesità (e in generale, gravità della pato-

logia e presenza di comorbidità) come predittori negativi di efficacia (il tessuto adiposo contiene fattori pro-infiammatori e si rileva incremento del CGRP in obesi e depressi con emicrania), mentre la risposta ai triptani, l’allodinia e l’unilateralità del dolore potrebbero prospettare una risposta positiva. Claudia Altamura (Roma) ha indagato gli effetti della sospensione del trattamento con mAbs, in cui in genere si assiste a recidive delle crisi: non ci sono ancora sufficienti dati per prevedere l’efficacia a lungo termine e per impostare una strategia prescrittiva condivisa di questi farmaci. Renata Rao (BS) ha ripreso il tema dell’efficacia a lungo termine degli mAbs; per i tre a somministrazione s. c. tale efficacia sembra confermata, tranne in alcuni casi di MOH. Simona Guerzoni ha poi trattato dell’associazione tra mAbs e tossina botulinica, che, per quanto non praticabile per il SSN, appare razionale, anche per il diverso meccanismo d’azione (la tossina è attiva sul CGRP a livello delle fibre C, gli mAbs delle fibre Aδ), efficace e ben tollerata, se pur gravata da costi ancora molto elevati. Nella 4^ Sessione, **“Nuovi farmaci per l’emicrania: le prime esperienze”**, Luigi Francesco Iannone ha esposto alcuni dati sui gepanti (metabolismo epatico, emivita superiore alle 11 ore, passaggio nel tessuto adiposo e lento successivo rilascio), scarsi effetti collaterali (nausea, sonnolenza), efficacia crescente col passare del tempo, anche nell’emicrania cronica. La relazione di Marcello Silvestro (NA) ha invece riguardato i ditani (lasmiditan); agonista recettoriale 5-HT_{1F}, non vasocostrittore, passa la BEE in quanto lipofilo, T_{max} rapido, rapida e sostenuta efficacia, ma gravato da effetti

collaterali quali sonnolenza, vertigini, nausea che ne limitano l'impiego in soggetti che devono mettersi alla guida.

A seguire il Simposio su **“Evoluzione delle strategie di trattamento nella prevenzione dell’emicrania: terapie specifiche e nuovi obiettivi”**. Cristina Tassorelli ha tenuto un’ampia relazione sul concetto di *Migraine Freedom* nell’emicrania episodica (riduzione della frequenza delle crisi ma anche miglioramento della qualità della vita del paziente), ottenibile con la profilassi con mAbs ma ancor meglio con rimegepant e atogepant, che sono in grado di bloccare anche i recettori del CGRP intracellulari, più rapidamente e con persistente efficacia. In particolare, pazienti trattati con atogepant hanno presentato a 1 anno una risposta del 100% nella percentuale del 48% e un miglioramento dell’80% nella QoL, senza l’effetto di *wearing-off* talvolta osservato con mAbs. Il rimegepant inoltre, se utilizzato in acuto, non esporrebbe i pazienti al rischio di MOH. Antonio Russo (NA) ha trattato delle terapie nell’emicrania cronica, evidenziando come solo pochi pazienti seguano un corretto percorso diagnostico-terapeutico prolungato nel tempo. L’oratore ha sostenuto l’impiego della tossina botulinica (attiva su fibre C, attivate dalla CSD e implicate nel rilascio di CGRP e altri neurotrasmettitori pro-algogeni), ad azione preventiva su sensitizzazione periferica e centrale, e degli mAbs, attivi su fibre Aδ a livello periferico, ricordando la controindicazione all’uso del VPA e TPM in gravidanza e in vista della stessa e senza escludere la possibile associazione tra mAbs e Botox. Anche l’atogepant è indicato nell’emicrania cronica e nella MOH, con una risposta sostenuta nel tempo.

Nella pausa pranzo di è tenuta la discussione itinerante della **Sessione Poster**, su svariati argomenti, dalla neurofisiologia alla clinica, terapia, forme secondarie e dell’età evolutiva, terapie non farmacologiche, psicologia (112 i contributi presentati). La **Sessione Plenaria Pros e Cons Round** ha visto Roberto De Icco (PV) e Anna Ambrosini (Pozzilli – IS) dibattere sull’opportunità dell’utilizzo degli mAbs anti-CGRP come farmaci di prima scelta nella profilassi dell’emicrania. Il primo oratore ha segnalato come in alcune linee guida internazionali tali farmaci siano già inseriti in prima linea (da prescrivere a pz. naïve) per la loro efficacia e tollerabilità; la seconda, pur riconoscendo tali caratteristiche, ha fatto rilevare come non esistano ancora studi comparativi tra mAbs e tra mAbs e gepanti, un solo studio vs. TPM e non adeguate evidenze di efficacia e tollerabilità a lungo termine; esistono inoltre problemi di approvvigionamento e costo elevato.

Nella Sessione 5[^], **“Nuove Linee Guida congiunte SISC-IHS per la terapia dell’emicrania”**, in cui la nostra Società ha un ruolo di primo piano, Raffaele Ornello ha esposto la metodologia GRADE che utilizza come criteri la qualità dell’evidenza (basata sulla qualità degli studi) e la forza della raccomandazione (concordanza degli studi nell’evidenziare un ottimo rapporto tra benefici e rischi). Antonio Russo dopo aver presentato il panel di studiosi dedicato all’argomento, ha esposto i lavori in corso sulla terapia dell’attacco (farmaci “suggeriti” o “raccomandati” in base all’evidenza degli studi). Simona Sacco (coordinatrice) ha presentato i lavori sulla profilassi, anche qui attribuendo ai farmaci “suggest” o “recommend”, ma esponendo anche vari suggerimenti contro l’impiego di taluni farmaci. Da valutare anche il consensus di esperti su farmaci largamente impiegati e per comune esperienza efficaci, ma su cui mancano studi controllati (es. indometacina sola o in associazione, flunarizina/cinnarizina, lamotrigina nell’emicrania con aura).

GREPPI AWARD

La consegna del Greppi Award è stata preceduto dalla **lectio magistralis** di Antoniette Maassen van den Brink (Rotterdam – NL), che ha illustrato in maniera coinvolgente e vivace come la conoscenza della farmacologia possa orientare le scelte terapeutiche: ad esempio in una donna che desideri una gravidanza può essere più indicato proporre un gepante con emivita di poche ore e quindi rapida clearance, invece di un anticorpo monoclonale con emivita di 4 settimane. Infine, ha auspicato una costante integrazione tra ricerca di base e clinica. In seguito è stata premiata la vincitrice del Premio Greppi 2024: Roberta Messina (MI) per il suo studio “Biomarkers of Migraine and Cluster Headache: Differences and Similarities”, che ha mostrato tramite analisi di risonanza magnetica che in entrambi i pazienti vi è una disfunzione dei networks ipotalamico e della sostanza grigia periacqueduttale, mentre è tipico della cefalea a grappolo il malfunzionamento delle connessioni talamo-corticali, che correla il caratteristico segno clinico dell’irrequietezza motoria.

Successivamente, nella 6[^] Sessione **“Il dolore di genere: influenze ormonali e fenotipo”**, congiunta con gruppo SISC Donne e dolore, Annamaria Aloisi (SI), Marianna Delussi (BA) e Giulia Di Stefano (Roma) hanno illustrato come siano note influenze ormonali sulla modulazione della percezione del dolore, con una maggiore prevalenza nel sesso femminile di talune sindromi dolorose croniche, tra cui il dolore neuropatico (ad es. nevralgie trigeminale e post-erpetica), imputabile sia a una maggiore innervazione cutanea di nocicettori e fibre Aδ e C, sia a differenti *pathways* di attivazione nocicettiva e recettoriali, ad esempio dei TRPV1. Vittorio Scirucchio (BA) ha evidenziato come l’emicrania abbia un fenotipo differente nei bambini, mentre con la pubertà si assimili a quello degli adulti e in ragazze emicraniche post-puberi si osservino le stesse caratteristiche MRI delle pazienti adulte (maggiore spessore della grigia in insula e precuneo a sin. e ridotto indice di girazione in corteccia sensoriale e uditiva dx).

In conclusione dei lavori di venerdì 27 settembre, si è tenuto un **Simposio** in cui Simona Guerzoni ha esposto le caratteristiche farmacologiche e le indicazioni del rimegepant nonché l’assenza di effetti collaterali epatici e coronarici. Cherubino di Lorenzo (LT) ha trattato dell’impiego come preventivo (75 mg a dì alterni), sottolineando l’assenza di rischio di MOH e la rapida efficacia. Roberto De Icco ha esposto gli studi real-life italiani, in cui il farmaco evidenzia in acuto efficacia (su dolore e sintomo più disturbante: MBS) e tollerabilità pari se non superiore agli studi registrativi, su emicrania episodica e cronica. Da valutarne l’impiego come profilassi periodica nelle forme catameniali. Nell’ultima **lettura** della giornata, Francesco De Cesaris (FI) ha ricordato gli studi di efficacia del galcanezumab su emicrania correlata al ciclo, MOH, pazienti con molteplici fallimenti e in comorbidità con depressione e fibromialgia. Edoardo Mampreso ha poi esposto gli studi real-life sul lasmiditan a confronto con i triptani, anche in rapporto al rischio di MOH.

A seguire si è tenuta l’annuale **Assemblea dei Soci**, che ha visto le relazioni del Presidente Franco Granella (PR), del Segretario Anna Ambrosini e del Tesoriere Innocenzo Rainero. Lo stesso è risultato Presidente Eletto dalle votazioni tenutesi nel corso del convegno. Massimiliano Valeriani (Roma) è stato eletto Segretario e Simona Guerzoni Tesoriere. Completano il CD in qualità di Consiglieri Simona Sacco, Edoardo Mampreso, Irene Toldo (PD), Filippo Brighina (PA) Catello Vollono (Roma) e Simone Vigneri (BO). E’ stata confermata l’acquisizione da parte della SISC della rivista

Confinia Cephalalgia, già alle stampe da alcuni mesi, su cui tutti i soci sono stati caldamente invitati a presentare contributi.

SABATO 28 SETTEMBRE - Sessione Parallela A Nella 1[^] Sessione **“Studio RICE: an update”**, sono stati illustrati due studi realizzati grazie alla piattaforma RICE: Gloria Vaghi (PV) ha mostrato i dati di efficacia e tollerabilità del lasmiditan (studio DART) per la terapia acuta dell’emicrania: lasmiditan è efficace anche se assunto tardivamente dall’esordio della cefalea, ma responsabile di sonnolenza, vertigini e *dizziness*. Il dosaggio da 100 mg pare abbia il migliore profilo di tollerabilità e un possibile utilizzo come *rescue therapy* o negli attacchi al risveglio. Giorgio Dalla Volta ha presentato uno studio multicentrico su alcuni sintomi dell’aura emicranica come astenia e disturbi cognitivi. Infine, Milena Zucca (TO) ha illustrato la Migraine Interictal Burden scale (MIBS-4), un questionario di 4 domande autosomministrabile, in corso di validazione in Italia, che ha mostrato ottima correlazione con MIDAS e MMD.

Nella 2[^] Sessione, appunto intitolata **“La fase intercritica dell’emicrania”**, M. Pia Prudenzeno ha illustrato i sintomi pre- e postdromici che secondo uno studio europeo su 3000 pazienti (Lampl et al. 2016) colpiscono il 26% degli emicranici in fase intercritica: ansia, depressione, cinetosi, sintomi gastrointestinali, fotosensibilità, deficit mnesici soggettivi, disturbi del sonno. Alberto Terrin si è focalizzato sulla valutazione cognitiva dei pazienti emicranici (MMSE e test sulle funzioni attentive e esecutive), illustrando come i pazienti emicranici performino peggio, ma dopo 6 mesi di profilassi ottengano un miglioramento anche delle scale cognitive. Mariarosaria Valente (UD) ha approfondito la fatigue intercritica nei pazienti emicranici e il sonno: gli emicranici hanno alterazioni micro e macrostrutturali, maggiore frammentazione del sonno, parametri polisonnografici migliorabili con erenumab (studio ERESN). Infine, Francesco Casillo (Roma) si è focalizzato sugli studi neurofisiologici: nei non emicranici sottoposti a potenziali evocati multimodali si verifica l’abituazione, ovvero riduzione di risposta agli stimoli ripetuti, mentre negli emicranici in fase interictale tale fenomeno non si verifica, per una ipotizzata disritmia talamo-corticale.

In Sessione Parallela B si sono tenute le Sessioni 3[^] e 4[^], dedicate a 11 **Comunicazioni Orali selezionate**.

A seguire un Simposio su **“Eptinezumab nell’esperienza clinica real-file”**, in cui Nicoletta Brunelli (Roma) ha relazionato sulle caratteristiche farmacocinetiche del preparato (T_{max} 30’-3 h; biodisponibilità 100%, emivita 27 gg.), condizionanti rapida e sostenuta efficacia e somministrazioni e. v. ogni 3 mesi. Ha poi esposto gli studi RELIEF (di fase III, utilizzo in acuto) e PROMISE 1 e 2 (su EM e CM) e alcune osservazioni real-life, evidenziando marcata efficacia. Danilo Antonio Montisano (MI) ha trattato della sostanziale equivalenza di efficacia e tollerabilità dei due dosaggi disponibili (100 e 300 mg), citando numerosi studi. A seguire una **lettura** di Sabina Cevoli sulla tossina botulinica, che incrementa l’aderenza terapeutica e la QoL nella CM; ha raccomandato l’impiego della dose di 195 U, l’impiego della stessa prima degli mAbs nelle forme con 25-30 MMD, negli anziani e nei pz. pluripatologici.

Ultima la Sessione 5[^] Congiunta SISC-AINAT **“L’organizzazione dei servizi territoriali per le cefalee”**.

Nel corso del Congresso sono state comunicate la sede e le date del 39° Congresso Nazionale SISC, che si terrà a Parma dal 6 all’8 novembre 2025.

EDITORIALE LA DIGNITÀ TRA LUCI E OMBRE

Domenico Cassano

È un termine apparentemente astratto ma rappresenta uno dei capisaldi del pensiero occidentale. Ha valenza multidisciplinare ed è oggetto di una eterna ricerca - tant'è che qualcuno l'ha definita "il Santo Graal delle Scienze umane". Parliamo della umana dignità. Declinata nelle forme e nei modi più disparati - talora perfino contrastanti -, essa continua a essere materia di approfondite riflessioni, specie se si considerano le tematiche del *fine* vita o quelle relative alla manipolazione genetica, che rimandano agli impervi territori del *post-umano*.

LE RADICI STORICHE E FILOSOFICHE

Partendo dal mondo classico, nella concezione greco-romana la dignità assume un doppio valore: può essere innata, ereditata "per diritto", secondo una visione che pone l'uomo al culmine della scala gerarchica della natura; di contro, la si può acquisire (e, altresì, perdere) in virtù del ruolo che l'individuo è in grado di assumere come animale sociale. Nell'ottica del Cristianesimo, la dignità ha un valore universale: essendo l'essere umano creato a immagine di Dio, ne consegue che a ciascuno compete uguale rispetto e considerazione.

Nel Rinascimento, con la visione antropocentrica, che pone l'uomo al centro dell'universo, matura una nozione di dignità quale diritto inalienabile di cui è titolare non solo il cristiano, l'intellettuale o il potente, ma ciascuna persona in quanto dotata di ragione. Una visione mirabilmente espressa nella orazione *De hominis dignitate* di Pico della Mirandola, ove si esalta una dignità "dinamica" data dal retto esercizio del libero arbitrio (fig. 1).



Fig. 1 – Pico della Mirandola (1463-1494)

Passando per Pascal, che riconosce la dignità dell'uomo nella sua attitudine al pensiero, giungiamo a Kant, che lega la dignità alla libertà morale. Nella sua opera *Metafisica dei costumi* (1797) il grande pensatore tedesco scrive: "agisci in modo da trattare l'umanità, sia nella tua persona sia in quella di ogni altro, sempre come fine e mai semplicemente come mezzo". Da ciò ne deriva l'esistenza di doveri verso se stessi e verso gli altri, e la prescrizione di adoperarsi non solo a conservare l'umanità ma anche nel promuoverla (fig. 2).

Il porre la sovranità della persona - e non la razza né il retaggio né lo Stato - a fondamento dell'esistenza e dell'umana convivenza ha costituito una pietra di paragone fondamentale rispetto agli ideali e ai sistemi di governo proposti o instaurati nei secoli successivi. Il nichilismo di ideologie totalitarie, così come i regimi che hanno esplicitamente o implicitamente contravvenuto al teorema espresso da Kant, si sono mostrati rovinosi per sé e per gli altri.



Fig. 2 - Immanuel Kant (1724-1804)

GLI ASPETTI GIURIDICI

Il giurista tedesco Ernst Böckenförde nel suo testo *Dignità umana e Bioetica* (2010) scrive che la dignità "spetta unicamente all'uomo, indipendentemente da caratteristiche determinate, da segni distintivi o da capacità in atto. [...] Ogni uomo, in quanto soggetto, è titolare di diritti fondamentali e della libertà all'agire responsabile. Tali diritti sono prestabiliti e non sono beni di cui si possa disporre a piacimento. Essi vanno riconosciuti e rispettati. Il riconoscimento e il rispetto della dignità umana sono fondamento del diritto costituzionale, non ultimo del diritto alla vita".

IL VERSANTE ETICO:

IL RISPETTO, IL RIGUARDO

Nel saggio dal titolo *Virtù* (1972), il filosofo e teologo Romano Guardini scrive che "se si vuole migliorare il genere umano, bisogna iniziare col rispettare una persona. Nel rispetto, l'uomo rinuncia a ciò che ben volentieri fa: ad acquisire possesso e a utilizzare qualcosa per i propri scopi. Ora invece egli si ritrae, sta in distanza. Nasce con questo uno spazio spirituale in cui ciò che merita rispetto può innalzarsi, presentarsi liberamente e brillare".

Il riguardo invece "è la salvaguardia della sfera privata dell'altro; dunque di quella zona in cui il soggetto vive con se stesso ed eventualmente con coloro che sono i suoi intimi, la sua famiglia, i suoi amici".

Nell'anticipare il divenire di un costume del nostro tempo, il geniale pensatore aggiunge: "È la sfera che oggi viene sempre più dimenticata, giacché domina l'impulso alla pubblicità: una smania di vedere proprio ciò che si mantiene ritirato e celato; una brama del sensazionale in cui si gusta il piacere malvagio di lacerare veli, di mettere a nudo, svergognare" (fig. 3).



Fig. 3 - Romano Guardini (1885-1968)

LA DIGNITÀ NEGLI STRUMENTI NORMATIVI

Con la fine dell'ultimo conflitto mondiale, la dignità ha costituito il concetto ispiratore di fondamentali strumenti normativi, di cui i primi sono stati elaborati nel vecchio continente e poi esportati in tutto il resto del mondo.

LA COSTITUZIONE TEDESCA E QUELLA ITALIANA

La solenne definizione che "la dignità dell'uomo è intangibile" rappresenta l'incipit con cui apre la Costituzione tedesca, varata nel 1949, nota anche come Legge fondamentale (*Grundgesetz*). "È dovere di ogni potere statale rispettarla e proteggerla" (Comma 1) (fig. 4).

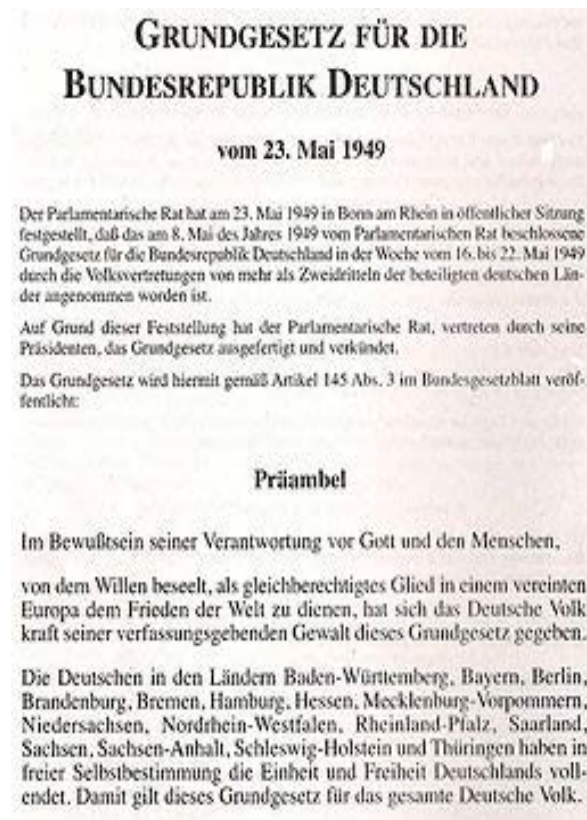


Fig. 4 - Legge fondamentale della Repubblica federale tedesca (1949)

Nella Costituzione Italiana (1947) il ruolo della dignità è maggiormente proiettato sul sociale: l'art. 3 riconosce la pari "dignità sociale" di tutti i cittadini e si impegna a "rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che [...] impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese".

IL RUOLO DELL'EUROPA

La **Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea** (2000) rappresenta il primo documento giuridico in cui la dignità umana viene definita in maniera incontrovertibile nonchè delineata nella sua piena autonomia nei confronti di diritti fondamentali quali la libertà e l'uguaglianza, ai quali veniva abitualmente associata.

La Carta dedica alla dignità l'intero capo I, definendola *inviolabile* e *oggetto necessario di rispetto e tutela* (art. 1). Viene altresì riconosciuto il diritto alla vita e all'integrità della persona (artt. 2 e 3); si pone il divieto di tortura e di pene e trattamenti inumani o degradanti (art. 4); infine, si proibiscono schiavitù e lavori forzati (art. 5).

DIGNITÀ E BIOETICA: LA LINEA D'OMBRA

Tra i documenti internazionali che si richiamano alla dignità come principio cardine per affrontare questioni di natura bioetica, un ruolo fondamentale è svolto dalla **Dichiarazione Universale sulla bioetica e i diritti umani** edita dall' UNESCO nel 2005.

Oltre al rispetto della dignità, dei diritti umani e delle libertà fondamentali (art 3 comma 1), viene affermato il primato del benessere e degli interessi dell'individuo sull'esclusivo interesse della scienza o della società.

L'art. 5 riguarda il principio dell'autonomia della persona nel prendere decisioni. Per le persone non più in grado di esercitare tale principio, vanno adottate misure speciali per la protezione dei loro diritti e interessi.

D'importanza notevole è l'art. 8, riguardante la tutela della dignità umana e dell'integrità della persona in condizioni di vulnerabilità (dolore, dipendenza, costrizione, demenza) o allorché il paziente, trovandosi al confine tra la vita e la morte - *la linea d'ombra* - è più esposto a condotte (errori, abusi, violenze, interferenze dei familiari) determinate non

dalla sua volontà ma da movimenti di opinione su base ideologica, politica, mediatica, emotiva.

È importante che quella terra di confine tra la vita e la morte - la terra di nessuno, sentiero sdruciolevole al di fuori di ogni controllo - , da zona grigia diventi una zona protetta. In tal senso, la dignità è connessa all'autodeterminazione, alla centralità nel prendere decisioni, alla possibilità di accettare o rifiutare terapie futili.

TRA SFIDE E SPERANZA

In un mondo in cui sopravvivono vaste aree abitate da persone ridotte a oggetto o merce di scambio, la dignità - come afferma il filosofo Zygmunt Bauman (fig. 5) - continua a essere *"un orizzonte che, come tutti gli orizzonti, si allontana ogni volta che cerchiamo di avvicinarci ad esso"*. Adoperarsi per la sua realizzazione deve costituire una sfida da af-



Fig. 5 - Zygmunt Bauman (1925-2017)

frontare strenuamente sì da tener sempre viva la speranza di poter consegnare ai posteri il migliore dei mondi possibili.

REPORT DELLA RIUNIONE REGIONALE SISC APULO-LUCANA, TRANI 24 E 25 GENNAIO 2025

DALLA FISIOPATOLOGIA ALLE NUOVE FRONTIERE NELLA CURA DELLE CEFALÉE

Maria Pia Prudenzeno

Coordinatrice SISC Sezione Apulo-Lucana

La Riunione Annuale della Sezione Apulo-Lucana della SISC si è svolta quest'anno nella splendida cornice della città di Trani, presso Palazzo San Giorgio, un edificio storico che risale al periodo medievale. Secondo alcune fonti, qui si sarebbero svolti eventi legati alle Crociate e alla storia marittima della città. L'accogliente location si trova nei pressi del lungomare, non lontano dalla famosa cattedrale simbolo della città e capolavoro dell'architettura romanica pugliese. Costruita tra l'XI e il XIII secolo, la cattedrale è famosa per il suo campanile slanciato, la maestosa porta in bronzo di Barisano da Trani e la cripta che custodisce le reliquie di San Nicola Pellegrino, patrono della città. Situata sul mare, la sua facciata in pietra calcarea chiara assume sfumature dorate con la luce del sole.

L'evento regionale SISC è stato organizzato e si è svolto nella stessa sede e in rapida successione temporale con la Riunione Annuale della Sezione Apulo-Lucana della Società Italiana di Neurologia (23-24 gennaio) con il triplice vantaggio di razionalizzare le risorse destinate agli eventi locali, di fornire ai partecipanti la possibilità di aggiornarsi e

confrontarsi su una più vasta gamma di argomenti e di effettuare un'unica procedura di accreditamento ECM che ha garantito ai partecipanti ben 21 crediti. Il convegno regionale della SISC 2025 è stato dedicato all'approfondimento delle nuove frontiere nella diagnosi e nel trattamento della cefalea (fig. 1).

Dopo i saluti istituzionali del Presidente della SISC, Prof.ssa Marina de Tommaso, e del Coordinatore Regionale SISC, Dott.ssa Maria Pia Prudenzeno, la Presidente, presentata dal Prof. Damiano Paolicelli, ha aperto i lavori con una lettura dedicata alle *basi fisiopatologiche dell'emicrania e ai meccanismi d'azione della target therapy*.

Subito dopo ha avuto luogo una tavola rotonda dedicata alla *presa in carico e al Brain Health del paziente con cefalea primaria cronica*. Moderata da M. de Tommaso e D. Paolicelli, la tavola rotonda ha coinvolto i referenti del progetto regionale pugliese e lucano sulle cefalee primarie croniche: Lorenzo Celli (Brindisi), Rossana Goffredo e Renato Pozzolante (Foggia), Antonella Mastronardi (Lecce), Nicola Paciello (Potenza) e Maria Pia Prudenzeno (Bari). Essi hanno fatto il punto sui risultati ottenuti e le prospettive future aprendo una discussione sul ruolo delle reti regionali e nazionali per la gestione delle cefalee con l'obiettivo di ottimizzare i percorsi di cura e garantire una migliore qualità di vita ai pazienti.

A seguire, M.P. Prudenzeno introdotta da M. de Tommaso, presentava una lettura dedicata alle *nuove frontiere nella terapia sintomatica e preventiva dell'emicrania: i gepanti*.

Un aspetto centrale della riunione è stata la condivisione delle *esperienze di real life con gli anticorpi monoclonali*, che rappresentano un'innovazione nel trattamento delle cefalee, in particolare per i pazienti con forme croniche e ad alta frequenza multiresistenti. La sessione moderata da Maria Elena Roca (Bari), Antonio Santoro (San Giovanni Rotondo) e Giovanna Trevisi (Campi) ha visto la partecipazione di Adriana Fallacara (Bari), Olimpia Di Fruscolo (Carbonara), Anna Totagiancaspro (Trani) ed Eleonora Vecchio (Acquaviva), che hanno affrontato temi legati all'efficacia e alla sicurezza delle terapie a lungo termine, con una riflessione sull'impatto che queste terapie possono avere nella gestione quotidiana dei pazienti.

La giornata si è conclusa con l'assemblea elettiva dei Soci SISC Apulo Lucani che ha visto nascere il

nuovo Consiglio Direttivo della Sezione composto da: Coordinatore: Maria Elena Roca; Vice Coordinatore: Giovanna Trevisi; Segretario: Olimpia Di Fruscolo; Consiglieri: Antonello D'Attoma, Antonella Mastronardi, Beatrice Pastore, Antonio Santoro, Eleonora Vecchio; Past-Coordinatore: Maria Pia Prudenzeno, Delegato SISC: Vittorio Sciriucchio.

I lavori della seconda giornata si sono aperti con una sessione dedicata alla *Gestione dell'Emicrania Cronica*. Moderata da Simona Lamberti (Bari) e Vittorio Sciriucchio (Bari), la sessione ha affrontato vari aspetti della gestione dell'emicrania cronica con interventi su disabilità critica ed intercritica (Silvia Grimaldi, Bari), comorbidità (Stefania Scannicchio, Bari), il ruolo dello psicologo (Eleonora Gentile, Bari) e l'emicrania cronica in età evolutiva (Daniela D'Agnano, Bari).

Subito dopo la Dott.ssa Renata Rao (Brescia), ospite d'onore dell'evento apulo-lucano, introdotta da MP Prudenzeno, ha presentato una interessante lettura sul *ruolo della tossina botulinica*, dal meccanismo d'azione al suo posizionamento nell'ambito della terapia preventiva dell'emicrania cronica. Non meno rilevanti i temi della seconda sessione della mattinata in cui è stata affrontata la sfida clinica rappresentata dalla *gestione dei pazienti con cefalea resistente o refrattaria*, per i quali è necessaria una personalizzazione ancora più accurata delle cure. Moderata da Cosimo Damiano Ciannamea (Molfetta) e Giuseppe Libro (Bari), la sessione ha trattato l'epidemiologia e la clinica dell'emicrania resistente (Martino Gentile, Bari), il ruolo degli integratori (Maria Elena Roca, Bari), l'approccio multidisciplinare (Antonello D'Attoma, Noci) e la stimolazione magnetica transcranica (Livio Clemente, Bari).

A corollario di questa sessione non poteva mancare una lettura sui *possibili trattamenti interventistici per la cefalea cronica resistente e refrattaria*, presentata da Maria Teresa Giglio (Bari), introdotta da M. de Tommaso.

L'ultima sessione dell'evento, intitolata *Hot Topics in tema di Cefalee*, moderata da Antonello D'Attoma (Noci) e Beatrice Pastore (Bari), ha esplorato temi come la cefalea a grappolo (Michele Sardaro, Barletta), l'approccio al paziente pediatrico con cefalea acuta (Vita Sinisi, Bari) e le cefalee nell'anziano (Antonella Mastronardi, Lecce).



Fig. 1 - Locandina dell'evento

Con la presentazione e la premiazione del miglior poster selezionato, di cui è autore il Dott. Martino Gentile (Bari), Maria Pia Prudeniano ha chiuso ufficialmente il congresso. L'evento ha rappresentato un'importante occasione di aggiornamento e confronto per specialisti e

ricercatori nel campo della cefalea. Le letture, le sessioni e le tavole rotonde hanno permesso di approfondire le più recenti strategie diagnostiche e terapeutiche, sottolineando l'importanza di un approccio integrato e multidisciplinare nella gestione della patologia. Al successo dell'evento,

decretato dalla partecipazione attiva di oltre 200 iscritti, ha sicuramente contribuito, oltre all'impegno del comitato scientifico, relatori e moderatori, nonché dell'impeccabile Segreteria Organizzativa CICSud anche Trani con il suo profumo di mare, i suoi colori, la sua storia e i suoi gustosissimi piatti.

REPORT DEL X CONGRESSO REGIONALE SISC CALABRIA GIZZERIA LIDO (CZ), 8 MARZO 2025 INNOVAZIONE E SANITÀ DIGITALE AL SERVIZIO DEI PAZIENTI EMICRANICI

Rosario Iannacchero
Responsabile del Centro di Riferimento Regionale per le Cefalee

Si è concluso con grande partecipazione il X Congresso Regionale della SISC, tenutosi presso l'Hotel Marechiaro di Gizzeria Lido. L'evento, dal titolo "Sanità digitale applicata alle cefalee: migliorare la presa in carico del paziente emicranico in Calabria" ha riunito esperti regionali del settore, professionisti sanitari e rappresentanti istituzionali, confermando il ruolo della Calabria come regione all'avanguardia nella gestione delle cefalee (fig. 1). La Presidente Nazionale SISC, Prof.ssa Marina de Tommaso, ha aperto il congresso con una lettura sui recenti progressi nella ricerca e nelle strategie terapeutiche. Gli interventi successivi hanno approfondito l'importanza della sanità digitale nel migliorare il percorso assistenziale dei pazienti, grazie a strumenti avanzati che permettono monitoraggio continuo e trattamenti più efficaci. Ampio spazio è stato riservato alla discussione sulla rete cefalee in Calabria, con interventi di esperti del settore. Il Dott. Rosario Iannacchero ha illustrato l'organizzazione della rete cefalee nella regione, sottolineando le sfide e le opportunità per migliorare l'accesso ai servizi e il ruolo all'impatto delle piattaforme digitali nel ridurre le disomogeneità nei percorsi diagnostico-terapeutici e limitare la migrazione sanitaria, garantendo ai pazienti un accesso più rapido e omogeneo alle cure nella propria regione. La Dr.ssa Lucia Muraca ha approfondito il ruolo del medico di medicina generale nella rete cefalee, evidenziando l'importanza di un inquadramento diagnostico accurato per

ottimizzare la presa in carico dei pazienti. La Dr.ssa Fortunata Tripodi ha invece discusso il ruolo del neurologo specialista territoriale, con particolare attenzione alla gestione terapeutica delle cefalee. Il Dott. Michele Trimboli ha illustrato il ruolo del Centro Cefalee di Riferimento Regionale all'interno della rete, sottolineando l'importanza di un approccio coordinato tra le diverse figure professionali per garantire un'assistenza efficace e capillare sul territorio. Infine la Prof.ssa Damiana Scuteri ha affrontato l'argomento relativo all'influenza della farmacologia nella scelta della terapia preventiva. Nella seconda sessione, sono stati forniti spunti su come le nuove molecole possano migliorare la qualità di vita dei pazienti emicranici. Inoltre, le dr.sse Iole Martino e Manuela Principe hanno presentato un'analisi sull'assessment psicodiagnostico e il ruolo della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) nella gestione delle cefalee, sottolineando l'importanza di un approccio multidisciplinare. La giornata formativa si è conclusa con una sessione interattiva con la presentazione di casi clinici, in cui i partecipanti hanno avuto l'opportunità di confrontarsi su scenari reali, favorendo un approfondimento pratico delle tematiche trattate. Molto apprezzata l'intervista che il dr. Rosario Iannacchero ha realizzato con una paziente calabrese che ha illustrato la sua esperienza nell'accedere ai percorsi diagnostico-terapeutici della regione Calabria, l'impatto socio-relazionale di questa malat-

tia nel vissuto quotidiano familiare e professionale nonché la speranza di poter usufruire, anche in Calabria, dei nuovi ed efficaci presidi terapeutici. Durante il congresso è stato presentato il progetto CHRONIC MIGRAINE CARE REGIONE CALABRIA, realizzato con i fondi ministeriali della Lg. 81/2020, un'iniziativa innovativa che integra tecnologie informatiche nella gestione clinica dei pazienti con emicrania ad alta frequenza e cronica, anche in presenza di abuso di farmaci analgesici. Il progetto, inserito nel Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA) regionale, mira a una presa in carico più efficace, coinvolgendo medici di medicina generale, neurologi territoriali/ospedalieri e specialisti dei Centri Cefalee. La piattaforma digitale sviluppata consentirà ai pazienti di interfacciarsi direttamente con gli specialisti, monitorare la propria condizione e ricevere indicazioni terapeutiche personalizzate. La collaborazione tra la SISC, il Centro Cefalee di riferimento regionale dell'AOU Renato Dulbecco e la rete cefalee calabrese punta a consolidare un modello di assistenza innovativo e sempre più accessibile, contribuendo a ridurre la migrazione sanitaria e garantendo cure tempestive ed efficaci ai pazienti emicranici calabresi. Il Centro Cefalee di Riferimento Regionale, con responsabile il dr. Rosario Iannacchero è articolato nei presidi Pugliese e Mater Domini dell'AOU Renato Dulbecco di Catanzaro, fulcro di questo modello assistenziale della rete cefalea Calabria. Qui vengono gestiti i casi più complessi, offrendo percorsi personalizzati di disintossicazione dalla medication overuse headache (MOH), terapie di ultima generazione (anticorpi monoclonali anti-CGRP, Gepanti, Ditani e tossina botulinica), terapie non farmacologiche, dalla neuromodulazione alla psicoterapia cognitivo-comportamentale, e follow-up a medio/lungo termine per prevenire ricadute e migliorare la qualità di vita dei pazienti. Nel corso dell'evento si è svolta l'assemblea dei soci per il rinnovo del Direttivo Regionale SISC per il biennio 2025-2026, che sarà composto da: *Coordinatore:* Michele Trimboli (Catanzaro), *Vice Coordinatore:* Fortunata Tripodi (rapporti con il territorio - Reggio Calabria); *Segretario/Tesoriere:* Oreste Marsico (Lamezia Terme); *Consiglieri:* Lucia Muraca (Catanzaro), Katia Roppa (Catanzaro), Roberta Ambrosio (Cosenza), Rosario Iannacchero (Catanzaro), Tiziana Tallarico (Catanzaro) e Manuea Principe (Catanzaro).



Fig. 1 - Locandina dell'evento

SISC HEADACHE ACADEMY – STATO DELL'ARTE DELLA TERAPIA EMICRANICA - NAPOLI, 26-27 MAGGIO 2025



Il corso analizzerà i meccanismi cellulari e molecolari che stanno alla base del ruolo del CGRP nelle cefalee primarie. Si parlerà dei successi, delle sfide nella pratica clinica con i nuovi farmaci anti-CGRP e dei dubbi che ancora restano da chiarire. Saranno oggetto di discussione le più recenti sperimentazioni cliniche e studi real life della

tossina botulinica, degli anticorpi monoclonali e dei gepanti.

Per informazioni:
Segreteria Organizzativa PLANNING
Tel. 324-8365700
s.cantelli@planning.it
www.planning.it



XVII GIORNATA NAZIONALE DEL MAL DI TESTA 18 MAGGIO 2025



Giunta alla XVII Edizione, la Giornata Nazionale del Mal di Testa si svolgerà il prossimo 18 maggio 2025. L'evento è stato organizzato anche quest'anno in collaborazione con la Società Italiana di Neurologia, con l'Al.Ce. (Alleanza

Cefalgici), la SIMG (Società Italiana di Medicina Generale), la Fondazione Onda e la CommtoAction. È prevista la diffusione sui social di un video che tratterà gli aspetti più interessanti riguardanti le cefalee primarie.

ARTE E DOLORE DEL CORPO E DELLA MENTE - SCIACCA 20 GIUGNO 2025

**ARTE E DOLORE
DEL CORPO E
DELLA MENTE**

COMUNE DI SCIACCA

GIMDO
Gruppo Italiano Multidisciplinare
Dolore Orofacciale

INVITANO

GIORNO 20 GIUGNO 2025

PRESSO

CHIESA DI SAN DOMENICO (P.ZZA SCANDALIATO - SCIACCA)

ORE 17:00 INTRODUZIONE AI LAVORI
PROF. BONIFACIO

ORE 17:15 IL DOLORE NEL PAZIENTE E NELL'ARTE
DOTT. SANDULLO

ORE 17:35 ARTE ED EMICRANIA
DOTT. RAIELI

ORE 17:55 IL DISEGNO DEL MAL DI TESTA NEI BAMBINI
DOTT.SSA FERRO

ORE 18:15 ARTE E IL DOLORE DELLA MENTE
DOTT.SSA PITINO

ORE 18:35 DISCUSSIONE

ORE 19:00 CONCLUSIONI E CHIUSURA DEI LAVORI

CON IL PATROCINIO DI

CAPURRO

SISC

Sinpia



Società Italiana per lo studio delle Cefalee

Dall'uovo di Pasqua
è uscito un pulcino
di gesso arancione
col becco turchino.
Ha detto: "Vado,
mi metto in viaggio
e porto a tutti
un grande messaggio".
E volteggiando
di qua e di là
attraversando
paesi e città
ha scritto sui muri,
nel cielo e per terra:
"Viva la pace,
abbasso la guerra"

Gianni Rodari



Buona Pasqua

La Presidente

NEWS

CAMBIO NEL COMITATO DI REDAZIONE

Si segnala un cambiamento nella composizione del Comitato di Redazione del Giornale delle Cefalee che vede la fuoriuscita della dott.ssa Valeria Capponnetto e l'ingresso del dott. Marcello Silvestro, dell'Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli. Alla collega Valeria il vivo ringraziamento per la valida opera prestata; al collega Marcello l'augurio di una proficua collaborazione.

RINNOVO QUOTA ASSOCIATIVA SISC 2025

Per coloro che non hanno provveduto a versare la quota d'iscrizione per l'anno in corso, si ricorda che essa ammonta a € 80,00 per i Soci Ordinari e € 40,00 per i Soci Junior (iscritti di età inferiore a 35 anni - è gradito l'invio di una fotocopia del documento di identità).

Il pagamento della quota annuale può essere effettuato tramite le seguenti modalità:

1. Carta di credito (Mastercard, VISA, ecc.) o circuito Paypal (sul sito sisc@sisc.it cliccare il pulsante "Effettua il rinnovo online");
2. bonifico bancario: Intesa San Paolo, intestato a Società Italiana per lo Studio delle Cefalee - IBAN: IT 42 T030 6902 9100 0000 0072 888; specificare il "Nome Socio, Quota SISC 2025". La copia del pagamento può essere inviata per e-mail a sisc@sisc.it.

Per ulteriori informazioni o chiarimenti sulla propria posizione contattare l'Ufficio di Segreteria allo 075 585 8181 o per e-mail a sisc@sisc.it.

IHS MEMBERSHIP 2025

È possibile rinnovare la quota o iscriversi alla International Headache Society (IHS). Il socio SISC che volesse rinnovare la quota IHS 2025 potrà effettuare il pagamento utilizzando il servizio on-line disponibile sul sito mediante carta di credito oppure circuito Paypal o anche tramite bonifico bancario specificando la causale "nome del socio, Quota IHS membership 2025". La quota ammonta a € 110,00 per Standard member; € 65,00 per Junior/Nurse member.

Per il bonifico bancario: Intesa San Paolo, intestato a Società Italiana per lo Studio delle Cefalee; IBAN: IT 42 T030 6902 9100 0000 0072 888.

Per ulteriori informazioni consultare il sito sisc@sisc.it oppure contattare l'Ufficio di Segreteria SISC allo 075 585 8181.



Giornale delle Cefalee

ANNO XXI • N. 1 Gennaio • GIORNALE TRIMESTRALE.

Autorizzazione n. 10/05 del Tribunale di Perugia del 1/4/2005

Direttore Responsabile: Francesco De Cesaris

Direttore Scientifico: Domenico Cassano

Storia della Medicina: Giorgio Zanchin

Medicina di genere: Marina de Tommaso

Social media: Edoardo Mampreso

Sezioni Regionali: Maria Pia Prudenzeno

Membri: Gianluca Coppola, Antonello D'Attoma, Luigi Francesco Iannone, Agnese Onofri, Vincenzo Raieli, Gabriele Sebastianelli, Marcello Silvestro, Marco Trucco

Progetto Grafico: MediaEnter

**PER SOSTENERE LA RICERCA DELLA SOCIETÀ
È POSSIBILE EFFETTUARE UNA DONAZIONE ONLINE
www.sisc.it (clicca La Società – Raccolta Fondi).**