



Giornale delle Cefalee

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

Anno XXI • N. 2 • Luglio 2025

SOMMARIO

- 1 NEUROMODULAZIONE DEL GANGLIO SFENOPALATINO CON KOS: EVIDENZE CLINICHE NELLA PREVENZIONE DELL'EMICRANIA**
Marcello Silvestro, Antonio Russo
- 2 LA CEFALÉA A GRAPPOLO: POCHE CERTEZZE E GRANDI SFIDE PER IL FUTURO**
Gianluca Coppola
- 4 ATTIVITÀ FISICA E CEFALÉE: DA FATTORE SCATENANTE A STRATEGIA TERAPEUTICA**
Mario Ruggiero

- 5 L'EDITORIALE IL PRIMO DOVERE DI UN MEDICO**
Domenico Cassano
- 6 CEFALÉA DA TOSSE IN ETÀ PEDIATRICA: UNA CONDIZIONE RARA MA CLINICAMENTE RILEVANTE**
Florian Ferri, Carola Meo, Edvige Correnti, Vincenzo Raieli
- 7 LA XVII GIORNATA NAZIONALE DEL MAL DI TESTA**
Martina Proietti Checchi, Chiara Rosignoli e il Gruppo Social Media SISC

- 7 DONNE DETENUTE CON CEFALÉA: PER UN PERCORSO DI CURA TEMPESTIVO ED EFFICACE**
- 8 SISC HEADACHE ACADEMY – NAPOLI, 26-27 MAGGIO 2025**
Marcello Silvestro

NEUROMODULAZIONE DEL GANGLIO SFENOPALATINO CON KOS: EVIDENZE CLINICHE NELLA PREVENZIONE DELL'EMICRANIA

Marcello Silvestro, Antonio Russo

Programma Interdipartimentale di Medicina delle Cefalee e delle Sindromi Dolorose Primarie.
Università della Campania "Luigi Vanvitelli", Napoli

Le terapie orali tradizionalmente impiegate nella prevenzione dell'emicrania presentano numerosi limiti, sia in termini di efficacia che di tollerabilità. La risposta clinica è spesso variabile e non prevedibile, con una quota significativa di pazienti che non ottiene un beneficio soddisfacente. Inoltre, molti farmaci orali, riposizionati da altri ambiti terapeutici (come antidepressivi, anticonvulsivanti o beta-bloccanti), agiscono con meccanismi non specifici e sono frequentemente associati per questo a una scarsa tollerabilità (es. sonnolenza, aumento di peso, disturbi gastrointestinali). Inoltre, le interazioni farmacologiche e le controindicazioni in pazienti con comorbidità ne limitano l'impiego in ampie fasce di popolazione. Tutto questo si traduce in una scarsa aderenza al trattamento che è stata stimata intorno al 20% a un anno di trattamento. Tali criticità, unitamente al riconoscimento del ruolo cruciale svolto dal CGRP nella fisiopatologia dell'attacco di emicrania, hanno spinto la ricerca verso terapie più mirate e ben tollerate, come i farmaci che agiscono selettivamente su questo neuropeptide. Tuttavia, nonostante i significativi progressi ottenuti con l'introduzione di anticorpi monoclonali e gepanti, entrambi mirati al pathway del CGRP, una parte consistente dei pazienti continua a non rispondere in modo soddisfacente o non può accedere a questi trattamenti a causa di controindicazioni cardiovascolari o cerebrovascolari. In particolare, condizioni preesistenti - come angina instabile, ictus o fattori di rischio vascolare elevati - possono limitare l'impiego sicuro di tali farmaci. Questo scenario evidenzia la necessità di ampliare le opzioni terapeutiche disponibili attraverso l'identificazione di nuovi target fisiopatologici e lo

sviluppo di approcci alternativi, inclusi trattamenti non farmacologici e minimamente invasivi, che possano offrire efficacia clinica anche in popolazioni più fragili o refrattarie alle terapie convenzionali.

LA STIMOLAZIONE CINETICO-OSCILLATORIA (KOS)

In questo scenario si inserisce una tecnica non farmacologica che utilizza vibrazioni meccaniche ad alta frequenza somministrate per via intranasale. Più specificamente, la stimolazione cinetico-oscillatoria (KOS) prevede la stimolazione mediante

un catetere gonfiabile inserito nella cavità nasale delle afferenze trigeminali mucosali e, attraverso queste, del ganglio sfenopalatino, coinvolto nel riflesso trigemino-parasimpatico. Tale riflesso è un circuito neurovascolare che connette le terminazioni trigeminali periferiche con il sistema nervoso autonomo, in particolare con le strutture parasimpatiche del ganglio sfenopalatino^[1] (fig. 1). La KOS, interferendo con il riflesso trigemino-parasimpatico è stata inizialmente impiegata nel trattamento della rinite non allergica, una condizione caratterizzata da congestione nasale, ipersecre-

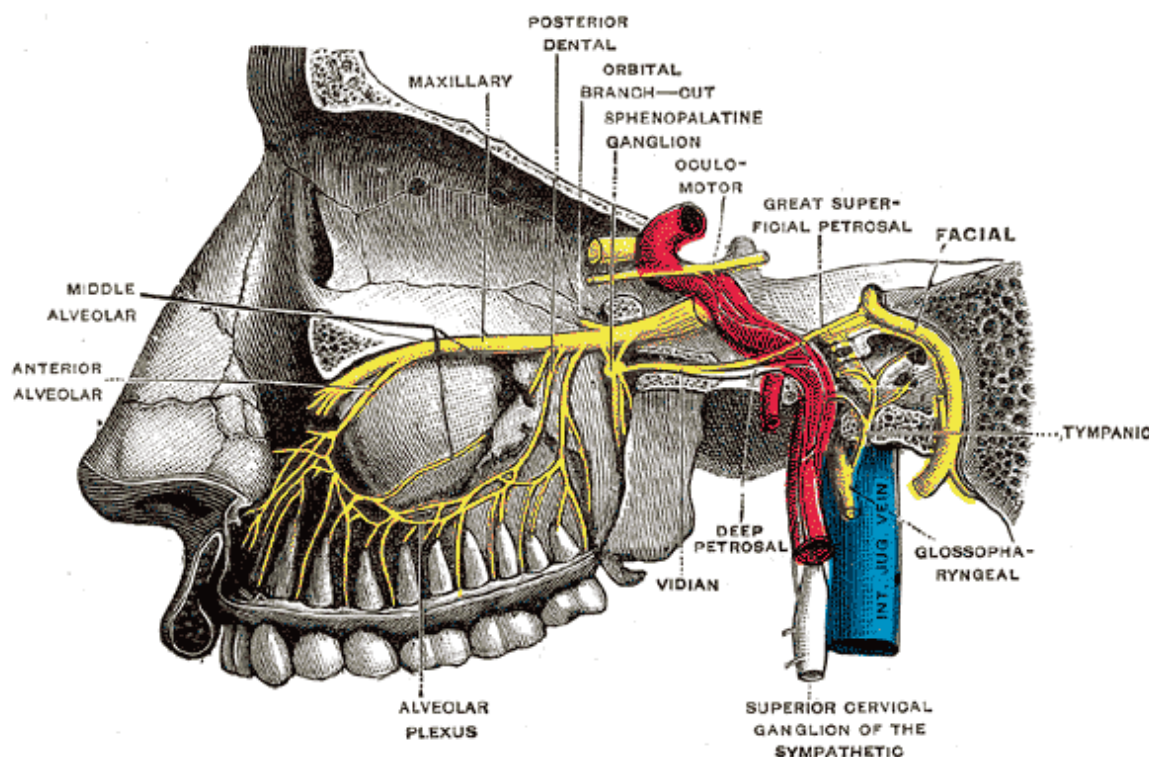


Fig. 1 – Il ganglio sfeno-palatino e rapporti con il nervo trigemino

zione e iperreattività della mucosa in assenza di un'etiologia allergica, ottenendo benefici clinici significativi in termini di riduzione dei sintomi e miglioramento della qualità della vita^[2]. L'efficacia in questo contesto ha successivamente aperto la strada al suo utilizzo in ambito neurologico, incluso il trattamento dell'emicrania.

Il riflesso trigemino-parasimpatico svolge infatti un ruolo cruciale nella fisiopatologia dell'emicrania. La stimolazione delle afferenze trigeminali indotta dal dolore acuto che caratterizza l'attacco di emicrania (così come delle cefalee autonomico-trigeminali) può innescare il riflesso trigemino-parasimpatico. Quest'ultimo da un lato contribuisce alla vasodilatazione delle arteriole meningee mediata dal rilascio di neuropeptidi infiammatori - come il CGRP - amplificando la trasmissione delle afferenze dolorose e perpetuando la crisi emicranica; dall'altro lato, determina la comparsa di sintomi disautonomici craniali ipsilaterali al dolore - quali iniezione congiuntivale, lacrimazione, rinorrea e congestione nasale.

ALCUNE NOVITÀ IN TEMA DI TRATTAMENTO MIRATO

Oltre alla KOS, la sempre più approfondita comprensione del ruolo chiave del riflesso trigemino-parasimpatico - in particolare del ganglio sfenopalatino - nella fisiopatologia dell'attacco emicranico ha favorito lo sviluppo di approcci terapeutici mirati, sia farmacologici che non farmacologici, finalizzati a modularne l'attività. Tra questi si annoverano i blocchi anestetici locali, la radiofrequenza pulsata e le tecniche di neuromodulazione invasiva.

I RISULTATI DEGLI STUDI CLINICI

Uno studio clinico pilota randomizzato, controllato con placebo, in doppio cieco ha esplorato l'efficacia della KOS nel trattamento degli attacchi di emicrania in 36 pazienti^[3] (fig. 2).



Fig. 2 – La Kos nel trattamento dell'emicrania

Nel trial, la KOS veniva somministrata settimanalmente per sei settimane utilizzando un catetere monouso nella cavità nasale e insufflando un palloncino a 80 mbar con vibrazione meccanica a 85 Hz (sham: 30 mbar senza vibrazione) per 10 minuti a narice (per un totale di circa 20 minuti a sessione). La KOS si è dimostrata superiore rispetto al placebo nella riduzione dell'intensità della cefalea e molto rapida con l'effetto già significativo dopo 5 minuti di trattamento. Inoltre, l'89% dei pazienti nel gruppo attivo ha ottenuto almeno il 50% di sollievo dal dolore a 2 ore, contro solo il 17% del gruppo placebo. La procedura è risultata generalmente ben tollerata, con un solo evento avverso (reazione vagale) nel gruppo placebo.

Più recentemente, uno studio multicentrico, randomizzato, in doppio cieco e controllato con placebo,

condotto su 163 pazienti pubblicato su *Neurology* ha valutato l'efficacia della KOS tramite il sistema Chordate come trattamento preventivo per l'emicrania cronica^[4]. Il trattamento settimanale per 6 settimane consecutive con le medesime modalità dello studio precedente ha prodotto una riduzione media significativa dei giorni mensili con cefalea di intensità moderata o severa (-3,5 giorni nel gruppo attivo contro -1,2 giorni nel gruppo placebo), con benefici mantenuti anche nelle quattro settimane successive. Sono emersi miglioramenti anche nei giorni mensili con emicrania, nell'uso di farmaci sintomatici e nella percentuale di pazienti che ha ottenuto almeno una riduzione del 30% nei giorni con mal di testa. Gli effetti collaterali, generalmente lievi - nasofaringite, capogiri, epistassi - sono risultati simili nei due gruppi e non sono stati osservati eventi avversi gravi legati al trattamento.

IN CONCLUSIONE

Considerando la buona tollerabilità, l'efficacia dimostrata e l'assenza di effetti sistemici, la KOS si propone come un'opzione terapeutica promettente per i pazienti con emicrania cronica, in particolare per quelli che non rispondono (o rispondono solo parzialmente) ai trattamenti farmacologici o che presentano effetti collaterali significativi.

Bibliografia

1. Khan S, Schoenen J, Ashina M. Sphenopalatine ganglion neuromodulation in migraine: what is the rationale?. *Cephalalgia*. 2014;34(5):382-391.
2. Juto JE, Axelsson M. Kinetic oscillation stimulation as treatment of non-allergic rhinitis: an RCT study. *Acta Otolaryngol* 2014; 134(5): 506-512.
3. Juto JE, Hallin RG. Kinetic oscillation stimulation as treatment of acute migraine: a randomized, controlled pilot study. *Headache* 2015; 55(1): 117-27.
4. Hoffmann J, Kaube H, Rimmele F, et al. Kinetic Oscillation Stimulation for the treatment of chronic migraine—a subgroup analysis of a randomized controlled clinical trial. In *Migraine Trust international symposium 2022 [MTIS]*, London, 8-11 September 2022.

LA CEFALEA A GRAPPOLO: POCHE CERTEZZE E GRANDI SFIDE PER IL FUTURO

Gianluca Coppola

Sapienza Università di Roma Polo Pontino ICOT, Dipartimento di Scienze e Biotechnologie Medico Chirurgiche, Latina

Sia la cefalea a grappolo (CG) episodica che quella cronica presentano una serie di caratteristiche cliniche distintive come il dolore di intensità severa unilaterale e sintomi autonomici ipsilaterali. Secondo i criteri diagnostici della International Classification of Headache Disorders, gli attacchi durano generalmente tra i 15 e i 180 minuti, presentano una ricorrenza circadiana e circannuale e possono essere associati ad agitazione o irrequietezza^[1]. Le diverse frequenze degli attacchi, la durata degli episodi e la sintomatologia distinguono la CG episodica da quella cronica, evidenziando la complessità di questa patologia.

Una maggiore conoscenza nel campo della fisiopatologia della CG può migliorare la diagnosi, che comunque rimane tardiva, e il trattamento attraverso l'identificazione di biomarcatori e nuovi bersagli farmacologici, nonché lo sviluppo di strategie terapeutiche future.

Una recente meta-analisi ha segnalato un ritardo diagnostico di circa 10 anni per la diagnosi di CH, con tempi notevolmente prolungati nei pazienti con CG cronica farmacoresistente rispetto a quelli non-farmacoresistenti^[2].

ASPETTI GENETICI

Negli ultimi anni sono stati compiuti progressi significativi nella genetica della CG. Diversi geni



Fig. – I dipinti pubblicati nel presente articolo sono stati realizzati da pazienti affetti da cefalee disablinganti

candidati, come quelli correlati all'ipotalamo e alle funzioni cronobiologiche, sono stati selezionati in coorti di CG in tutto il mondo, ma con risultati contrastanti^[3]. Ciò è dovuto principalmente al numero limitato di studi di replicazione, alle coorti di piccole dimensioni e alle differenze geografiche. D'altra

parte, studi di associazione genomica hanno identificato otto loci significativi, tre dei quali sono comuni all'emicrania, e i geni prioritari mostrano un arricchimento nei tessuti arteriosi e cerebrali^[4].

LA FISIOPATOLOGIA

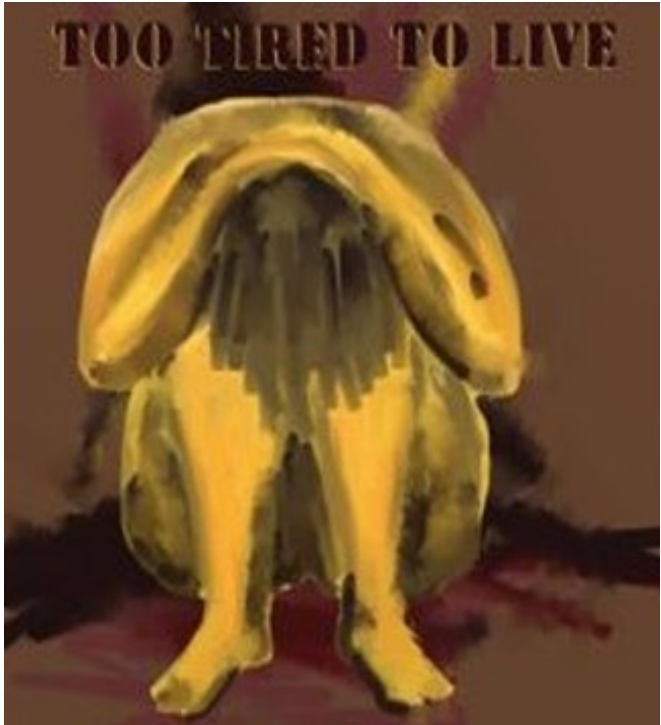
Il riflesso autonomico trigeminale è sicuramente un meccanismo neurale cruciale alla base della fisiopatologia della CG, che coinvolge intricate interazioni tra i sistemi nocicettivo e parasimpatico. L'attivazione periferica del sistema trigemino-vascolare avvia il flusso parasimpatico, che si manifesta con le caratteristiche autonome tipiche della CG, mentre i meccanismi ipotalamici centrali regolano la suscettibilità del riflesso agli attacchi. Questa comprensione ha rivelato molteplici bersagli terapeutici, che vanno dai neuropeptidi periferici ai modulatori centrali. Infatti, diversi studi supportano il ruolo del CGRP, del PACAP, del VIP e del NO nella fisiopatologia della CG^[5, 6], nonostante, da una parte, il ruolo svolto nello scatenamento dell'attacco sia ancora poco chiaro e, dall'altra, anticorpi monoclonali che antagonizzano il CGRP non sembrano avere una efficacia clinica consistente^[7]. La ricerca futura dovrebbe concentrarsi sul chiarimento di come il controllo ipotalamico si intersechi con la segnalazione periferica ed esplorare strategie terapeutiche combinate che inter-



rompano contemporaneamente entrambi i bracci dell'arco riflesso. Comunque, sebbene per alcuni ricercatori gli attacchi di CG siano molto probabilmente generati nell'ipotalamo^[8], la partecipazione del nocicettore periferico è indispensabile per la genesi della cefalea^[9]. Ciò è dimostrato dalle opzioni di trattamento neuro-stimolatorio, come la stimolazione del ganglio sfenopalatino, che hanno dimostrato di prevenire la cefalea a grappolo clinica senza un meccanismo noto di modulazione dell'ipotalamo. Le prove esaminate evidenziano che la CG non è il risultato di una disfunzione cerebrale localizzata, ma riflette piuttosto disturbi diffusi che coinvolgono sia strutture subcorticali, come il tronco cerebrale, il talamo e l'ipotalamo, sia disfunzioni di rete su larga scala, in particolare all'interno delle reti meso-corticolimbica e della salienza^[10]. Sebbene ciò supporti la concettualizzazione della CG come disturbo multisistemico, una comprensione completa del significato funzionale e delle dinamiche temporali di queste alterazioni rimane ancora un problema da chiarire. Nel loro insieme, gli studi elettrofisiologici sulla CH rivelano costantemente disfunzioni centrali e lateralizzate nell'elaborazione del dolore, anomalie diffuse nel controllo autonomo e alterazioni della fisiologia del sonno, tutte rilevate utilizzando tecniche neurofisiologiche affidabili^[11]. Tutto questo rimane essenzialmente una curiosità fisiopatologica, poiché il divario verso le applicazioni cliniche di queste conoscenze non è stato ancora colmato.

CEFALEA A GRAPPOLO E PROFILO DI PERSONALITÀ

Sebbene non esista un profilo di personalità specifico per la CG, diversi tratti, come caratteristiche



ossessivo-compulsive, istrioniche, paranoiche e schizoide, sembrano essere più frequenti in questa popolazione rispetto ad altri disturbi cefalalgici^[12]. Sono comuni anche modelli di distacco emotivo, impulsività e scarso impegno sociale, che possono contribuire ad aumentare la disabilità e la complessità del trattamento^[13]. Le prove accumulate suggeriscono che alcuni psichedelici^[14], alcuni integratori alimentari^[15] e a base di erbe^[16], la melatonina^[17] e il sodio oxibato^[18, 19] potrebbero offrire un'alternativa promettente o un trattamento aggiuntivo per la CG. Tuttavia, mancano solide validazioni cliniche e permangono ostacoli significativi, tra cui le sfide normative.

TECNICHE DI NEUROMODULAZIONE E BLOCCHI NERVOSI

Numerose tecniche di neuromodulazione sono state utilizzate allo scopo di trattare soprattutto pazienti affetti da forme farmaco-resistenti di CG^[20]. La stimolazione transcutanea del nervo vago (t-VNS) è attualmente l'unica terapia di neuromodulazione non invasiva supportata da alcuni studi controllati nella CG. Le prove disponibili suggeriscono che la t-VNS può essere efficace come terapia per gli attacchi acuti nei pazienti con CG episodica^[21, 22]. Tuttavia, non è chiaro se la t-VNS possa essere efficace nei pazienti che non rispondono né al sumatriptan iniettabile né all'ossigeno, che sono molto efficaci e più convenienti rispetto alla t-VNS.

Diverse evidenze suggeriscono l'efficacia del blocco del nervo grande occipitale come terapia a ponte della CG^[23].



CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Le conoscenze sulla prognosi della CG sono scarse. La CG, in particolare nella forma cronica e resistente al trattamento, ha generalmente una prognosi incerta, ma sono stati osservati alcuni miglioramenti parziali: regressione a un pattern episodico fino al 33% dei pazienti^[24], remissione della durata degli attacchi fino al 23% dei pazienti e aumento dell'intervallo tra gli attacchi. Esiste anche una prognosi negativa. Infatti, la maggior parte dei pazienti mostra un andamento della malattia stabile e proprio per questo motivo il rischio di suicidio deve essere preso seriamente in considerazione: infatti, l'ideazione suicidaria potrebbe coinvolgere fino al 60% dei pazienti e i tentativi di suicidio dal 2% al 7% dei pazienti^[25]. Pertanto, molte domande rimangono senza risposta sul decorso e sulla prognosi della CG, in particolare sulle implicazioni dei cambiamenti nella frequenza e nella gravità degli attacchi come fattori che potrebbero predire la remissione della cefalea in oggetto. Sono necessari studi di coorte a lungo termine che seguano popolazioni di età diverse e con diversi decorsi della malattia, per affrontare meglio la prognosi della CG.

In conclusione, la CG è caratterizzata da una fisiopatologia complessa, multifattoriale e ancora non del tutto compresa. Per migliorare la qualità della vita delle persone affette da questa disabling condizione sono necessari una diagnosi precisa, ulteriori studi di ricerca nonché un solido sostegno psicosociale e istituzionale.

Bibliografia

1. (2018) Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia 38:1–211. <https://doi.org/10.1177/0333102417738202>
2. Membrilla JA, Cuadrado M-L, González-García N, et al (2025) The profile of refractory chronic cluster headache. Neurol Sci 46:295–302. <https://doi.org/10.1007/s10072-024-07708-0>
3. Cargnin S, Sances G, Shin JI, et al (2021) Gene polymorphism association studies in cluster headache: A field synopsis and systematic meta-analyses. Headache 61:1060–1076. <https://doi.org/10.1111/head.14168>
4. Winsvold BS, Harder AVE, Ran C, et al (2023) Cluster Headache Genomewide Association Study and Meta-Analysis Identifies Eight Loci and Implicates Smoking as Causal Risk Factor. Ann Neurol 94:713–726. <https://doi.org/10.1002/ana.26743>
5. Ashina M, Hansen JM, Do TP, et al (2019) Migraine and the trigeminovascular system—40 years and counting. The Lancet Neurology 18:795–804. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30185-1](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30185-1)
6. Ashina H, Christensen RH, Hay DL, et al (2024) Pituitary adenylate cyclase-activating polypeptide signalling as a therapeutic target in migraine. Nat Rev Neurol 20:660–670. <https://doi.org/10.1038/s41582-024-01011-4>
7. Lipton RB, Barbanti P, Schiemann J, et al (2019) Efficacy and safety of fremanezumab for the prevention of episodic cluster headache: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled, phase 3 study. Cephalalgia 39:358–359
8. May A, Bahra A, Büchel C, et al (1998) Hypothalamic activation in cluster headache attacks. Lancet 352:275–278. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)02470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(98)02470-2)
9. May A, Schwedt TJ, Magis D, et al (2018) Cluster headache. Nature Reviews Disease Primers 4:18006. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.6>
10. Coppola G, Abagnale C, Sebastianelli G, Goadsby PJ (2024) Pathophysiology of cluster headache: From the trigeminovascular system to the cerebral networks. Cephalalgia: an international journal of headache 44. <https://doi.org/10.1177/03331024231209317>
11. Coppola G, Perrotta A, Pierelli F, Sandrini G (2020) Neurophysiology of Cluster Headache and Other Trigeminal Autonomic Cephalalgias. In: Leone M, May A (eds) Cluster Headache and other Trigeminal Autonomic Cephalalgias. Springer International Publishing, Cham, pp 189–208
12. Iscan D, Dal C (2024) The relation of cluster headache to alexithymia, depression, and anxiety. Arq Neuropsiquiatr 82:1–5. <https://doi.org/10.1055/s-0044-1791516>
13. Cuypers J, Altenkirch H, Bunge S (1981) Personality profiles in cluster headache and migraine. Headache 21:21–24. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.1981.hed2101021.x>
14. Schindler EAD, Gottschalk CH, Weil MJ, et al (2015) Indoleamine Hallucinogens in Cluster Headache: Results of the Clusterbusters Medication Use Survey. J Psychoactive Drugs 47:372–381. <https://doi.org/10.1080/02791072.2015.1107664>
15. Batcheller P (2014) A Survey of Cluster Headache (CH) Sufferers Using Vitamin D3 as a CH Preventative (P1.256). Neurology 82:P1.256. https://doi.org/10.1212/WNL.82.10_supplement.P1.256
16. Sewell RA (2009) Response of cluster headache to kudzu. Headache 49:98–105. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2008.01268.x>
17. May A, Evers S, Goadsby PJ, et al (2023) European Academy of Neurology guidelines on the treatment of cluster headache. Eur J Neurol 30:2955–2979. <https://doi.org/10.1111/ene.15956>
18. Khatami R, Tartarotti S, Siccoli MM, et al (2011) Long-term efficacy of sodium oxybate in 4 patients with chronic cluster headache. Neurology 77:67–70. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e31822313c6>
19. Hidalgo H, Uhl V, Gantenbein AR, et al (2013) Efficiency of sodium oxybate in episodic cluster headache. Headache 53:1490–1491. <https://doi.org/10.1111/head.12068>
20. Khan S, Schoenen J, Ashina M (2014) Sphenopalatine ganglion neuromodulation in migraine: what is the rationale? Cephalalgia 34:382–391. <https://doi.org/10.1177/0333102413512032>
21. Silberstein SD, Mechtler LL, Kudrow DB, et al (2016) Non-Invasive Vagus Nerve Stimulation for the ACute Treatment of Cluster Headache: Findings From the Randomized, Double-Blind, Sham-Controlled ACT1 Study. Headache 56:1317–1332. <https://doi.org/10.1111/head.12896>
22. Goadsby PJ, de Coo IF, Silver N, et al (2018) Non-invasive vagus nerve stimulation for the acute treatment of episodic and chronic cluster headache: A randomized, double-blind, sham-controlled ACT2 study. Cephalalgia 38:959–969. <https://doi.org/10.1177/0333102417744362>
23. Ornello R, Lambro G, Caponnetto V, et al (2020) Efficacy and safety of greater occipital nerve block for the treatment of cluster headache: a systematic review and meta-analysis. Expert Rev Neurother 20:1157–1167. <https://doi.org/10.1080/1473717.2020.1809379>
24. Manzoni GC, Miceli G, Granella F, et al (1991) Cluster headache—course over ten years in 189 patients. Cephalalgia: an international journal of headache 11:169–174
25. Rozen TD, Fishman RS (2012) Cluster Headache in the United States of America: Demographics, Clinical Characteristics, Triggers, Suicidality, and Personal Burden. Headache 52:99–113. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2011.02028.x>

ATTIVITÀ FISICA E CEFALEE: DA FATTORE SCATENANTE A STRATEGIA TERAPEUTICA

Mario Ruggiero

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

Per la prevenzione o la cura della sintomatologia cefalgica le terapie farmacologiche risultano essere ad oggi le principali strategie terapeutiche. L'attività fisica, considerata in passato come fattore trigger per le cefalee, oggi risulta essere una strategia vincente per il contrasto di alcune di queste patologie. Già in passato i ricercatori avevano riscontrato che non tutte le cefalee rispondevano in modo negativo all'esercizio motorio. Una diagnosi accurata è fondamentale perché determina l'intero percorso terapeutico: trattamenti efficaci per un tipo possono essere inutili o dannosi per un altro. I medici possono trovare vantaggi dall'utilizzo della Classificazione Internazionale delle Cefalee (ICHD-3)^[1], uno strumento dinamico e gerarchico, utile per la consultazione rapida e sensibile (non per essere memorizzato ma consultato al bisogno). Nella pratica, la classificazione aiuta a diagnosticare casi complessi: distinguere cefalee primarie da secondarie (sintomo di patologie sottostanti), gestire pazienti con più tipi di cefalea contemporanei, e risolvere dubbi quando i sintomi sovrappongono più diagnosi. Qui entrano in gioco dettagli come storia clinica, familiarità, risposta ai farmaci e l'uso di "diari del mal di testa" per registrare caratteristiche degli attacchi.

Alcuni esempi di cefalee aggravate dall'esercizio fisico sono l'emicrania, sebbene paradossalmente l'esercizio aerobico regolare sia invece raccomandato come terapia preventiva, e le cefalee secondarie a patologie sottostanti (vascolari, ipertensive o strutturali), che richiedono particolare attenzione poiché lo sforzo potrebbe aggravare sintomi già presenti. Un discorso a parte merita la cefalea da abuso di farmaci o altri composti (inibitori della fosfodiesterasi, alcol, cocaina), che può peggiorare in risposta a stimoli fisici intensi, complicando il quadro clinico. Nell'ambito della classificazione ICHD-3, le cefalee da attività fisica occupano un posto rilevante poiché l'esercizio motorio ne rappresenta la causa scatenante diretta. Questo argomento verrà trattato più nello specifico nel paragrafo successivo^[1]. (Fig. 1)



Fig. 1 – Attività fisica e mal di testa

CEFALEA DA ATTIVITÀ FISICA

La cefalea da attività fisica può manifestarsi in forma primaria (circa l'80% dei casi) o secondaria, rendendo indispensabile un'attenta valutazione clinica per escludere patologie sottostanti. Epidemiologicamente, essa costituisce approssimativamente l'1-2% delle consulenze neurologiche ambulatoriali generali e raggiunge il 5,3% degli accessi presso i Centri Cefalee specializzati. La cefalea si presenta sia in atleti allenati che in soggetti

non allenati, con possibile aggravio in condizioni ambientali critiche come caldo intenso o alta quota. Viene tipicamente indotta da sforzi fisici prolungati, sufficienti ad almeno raddoppiare la frequenza cardiaca basale per diversi minuti o ore. Il dolore insorge al culmine dell'attività, risolvendosi solitamente con l'interruzione dello sforzo, sebbene in alcuni casi possa protrarsi fino a 48 ore^[2].

L'indagine per forme secondarie diviene imperativa in presenza di alcuni parametri: episodio unico nella storia del paziente, sesso femminile (fattore di maggior rischio), sintomi o segni associati come perdita di coscienza o rigidità nucale, età superiore ai 40-50 anni, durata dell'attacco oltre le 24 ore^[3].

Dal punto di vista fisiopatologico, l'origine della forma primaria rimane dibattuta. L'ipotesi prevalente chiama in causa un'alterazione dell'autoregolazione cerebrovascolare, con vasodilatazione aberrante durante lo sforzo quale meccanismo scatenante il dolore^[4]. Altre teorie propongono il coinvolgimento di insufficienza valvolare giugulare o stenosi dei seni venosi intracranici, che potrebbero causare reflusso venoso transitorio e ipertensione endocranica^[5]. Tuttavia, queste ipotesi non hanno trovato conferma convincente nella maggior parte dei casi primari, lasciando aperto il campo alla ricerca.

Gli interventi non farmacologici includono un adeguato riscaldamento prima dell'esercizio fisico, un'adeguata idratazione e un regolare allenamento sportivo. Se gli attacchi sono prevedibili in pazienti che non si allenano regolarmente, è possibile somministrare un trattamento preventivo farmacologico subito prima dell'esercizio^[2].

L'ATTIVITÀ FISICA NEL TRATTAMENTO DELLE CEFALEE

L'esercizio fisico rappresenta un pilastro della salute umana, con un ruolo preventivo e terapeutico ampiamente riconosciuto e validato dalla letteratura scientifica^[6]. Numerosi studi evidenziano il ruolo dell'attività motoria come approccio non farmacologico efficace sia nella prevenzione che nel trattamento delle cefalee. L'esercizio regolare si è dimostrato in grado di ridurre frequenza e intensità degli attacchi, oltre a migliorare la qualità della vita dei pazienti^[7].

Per quanto riguarda l'emicrania, l'esercizio aerobico (come camminata veloce, ciclismo o allenamento a intervalli) ha mostrato effetti positivi nel ridurre sia l'intensità che la frequenza del dolore. I meccanismi proposti includono la modulazione dei sistemi di controllo del dolore a livello centrale e la riduzione dello stress, noto fattore scatenante^[8].

Nella cefalea di tipo tensivo, la forma più comune di mal di testa, la combinazione di esercizi specifici per la muscolatura cervico-scapolare con terapia manuale ha dimostrato particolare efficacia. Questo approccio multimodale risulta vantaggioso soprattutto nei casi cronici, con miglioramenti sia nell'intensità del dolore che nella disabilità correlata^[9].

Per la cefalea cervicogenica, gli esercizi di stabilizzazione cervicale associati a tecniche manuali hanno prodotto benefici significativi, specialmente a breve termine. Tuttavia, i dati sugli effetti a lungo termine appaiono meno consistenti, suggerendo la necessità di ulteriori ricerche^[10].

CONCLUSIONE

L'analisi presentata evidenzia come il rapporto tra attività fisica e cefalee sia complesso e multifatto-

riale. Se da un lato l'esercizio fisico intenso può rappresentare un fattore scatenante per alcune forme di cefalee primarie, dall'altro emerge con chiarezza il suo ruolo terapeutico e preventivo nella gestione di diverse tipologie di mal di testa, in particolare l'emicrania e la cefalea di tipo tensivo. La personalizzazione degli interventi si conferma elemento cruciale: una diagnosi accurata secondo i criteri ICHD-3 è il punto di partenza imprescindibile per identificare la strategia più adatta a ciascun paziente. Come dimostrato, approcci non farmacologici come l'esercizio aerobico regolare, gli esercizi specifici per la muscolatura cervico-scapolare e le tecniche di stabilizzazione cervicale possono apportare benefici significativi in termini di riduzione della frequenza e dell'intensità degli attacchi, oltre che miglioramento della qualità della vita.

Tuttavia, permangono aree che richiedono ulteriori approfondimenti: la necessità di sviluppare protocolli standardizzati per l'integrazione dell'attività fisica nei percorsi terapeutici e la valutazione degli effetti a lungo termine degli interventi motori.

L'approccio interdisciplinare tra neurologi, fisioterapisti e specialisti in scienze motorie si prospetta come la strategia più promettente per massimizzare i benefici dell'attività fisica nella gestione delle cefalee, minimizzando al contempo i rischi di effetti avversi. L'attività fisica si configura così non solo come strumento terapeutico, ma come vero e proprio pilastro di uno stile di vita preventivo, in grado di agire sinergicamente con le terapie farmacologiche quando necessarie, offrendo un approccio a basso costo, accessibile e privo degli effetti collaterali tipici dei trattamenti medici.

Bibliografia

- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd Edition. *Cephalalgia* 2018, 38, 1-211, doi:10.1177/0333102417738202.
- González-Quintanilla, V.; Madera, J.; Pascual, J. Update on Headaches Associated with Physical Exertion. *Cephalalgia* 2023, 43, 03331024221146989, doi:10.1177/03331024221146989.
- Pascual, J. Other Primary Headaches. *Neurol Clin* 2009, 27, 557-571, doi:10.1016/j.ncl.2009.01.005.
- Heckmann, J.G.; Hilz, M.J.; Mück-Weymann, M.; Neundörfer, B. Benign Exertional Headache/Benign Sexual Headache: A Disorder of Myogenic Cerebrovascular Autoregulation? *Headache* 1997, 37, 597-598, doi:10.1046/j.1526-4610.1997.3709597.x.
- Donnet, A.; Valade, D.; Houdart, E.; Lanteri-Minet, M.; Raffaelli, C.; Demarquay, G.; Hermier, M.; Guegan-Massardier, E.; Gerardin, E.; Geraud, G.; et al. Primary Cough Headache, Primary Exertional Headache, and Primary Headache Associated with Sexual Activity: A Clinical and Radiological Study. *Neuroradiology* 2013, 55, 297-305, doi:10.1007/s00234-012-1110-0.
- 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.
- Herranz-Gómez, A.; García-Pascual, I.; Montero-Iniesta, P.; Touche, R.L.; Paris-Alemany, A. Effectiveness of Exercise and Manual Therapy as Treatment for Patients with Migraine, Tension-Type Headache or Cervicogenic Headache: An Umbrella and Mapping Review with Meta-Analysis. *Applied Sciences* 2021, 11, 6856, doi:10.3390/app11156856.
- La Touche, R.; Fernández Pérez, J.J.; Proy Acosta, A.; González Campodónico, L.; Martínez García, S.; Adraos Juárez, D.; Serrano García, B.; Angulo-Díaz-Parreño, S.; Cuenca-Martínez, F.; Suso-Martí, L.; et al. Is Aerobic Exercise Helpful in Patients with Migraine? A Systematic Review and Meta-analysis. *Scandinavian Med Sci Sports* 2020, 30, 965-982, doi:10.1111/sms.13625.
- Jiang, W.; Li, Z.; Wei, N.; Chang, W.; Chen, W.; Sui, H.-J. Effectiveness of Physical Therapy on the Suboccipital Area of Patients with Tension-Type Headache: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Medicine (Baltimore)* 2019, 98, e15487, doi:10.1097/MD.00000000000015487.
- Fernandez, M.; Moore, C.; Tan, J.; Lian, D.; Nguyen, J.; Bacon, A.; Christie, B.; Shen, I.; Waldie, T.; Simonet, D.; et al. Spinal Manipulation for the Management of Cervicogenic Headache: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Eur J Pain* 2020, 24, 1687-1702, doi:10.1002/ejp.1632.

EDITORIALE – LA SOFFERENZA NEL LINGUAGGIO CINEMATOGRAFICO

Le risorse e i rischi insiti nella relazione di cura nell'analisi di alcuni capolavori del cinema. Inizieremo con **Il posto delle fragole** per la regia di Ingmar Bergman (1957).

IL PRIMO DOVERE DI UN MEDICO

Domenico Cassano

Vincitore di numerosi premi - tra cui l'Orso d'oro al Festival di Berlino nel 1957 - *Il posto delle fragole*, scritto e diretto dal regista svedese Ingmar Bergman (fig. 1), è una riflessione sul senso della vita e sulla morte. L'impegno alla realizzazione del film fu tale da causare al regista un esaurimento nervoso (fig. 2).



Fig. 1 – Il regista Ingmar Bergman (1918-2007)

LA TRAMA

Isak Borg, illustre clinico, è stato insignito di una prestigiosa onorificenza in occasione del suo giubileo professionale. Durante il percorso in auto da Stoccolma verso Lund, sede della premiazione, rivede i luoghi della sua adolescenza spensierata (*Il posto delle fragole*) mettendo in atto un' amara ma salvifica riflessione su se stesso, sulla sua vita e i propri fallimenti (fig. 3). Accusato dai familiari di egoismo, comprende che gli rimane poco tempo per recuperare ciò che ha più trascurato - vale a dire gli affetti -, il solo bene in grado di riscattarci da una esistenza altrimenti vuota e insignificante (fig. 4).



Fig. 2 – La locandina del film



Fig. 3 – Nel percorso in auto, il dottor Borg sogna che Sara, amata in gioventù, lo costringe a guardare in uno specchio il proprio volto invecchiato ricordandogli che presto dovrà morire



Fig. 4 – Nel corso del viaggio la nuora Marianne, offertasi come accompagnatrice, lo accusa di essere un "egoista incallito"

LA SCENA DELL'ESAME

Nel corso del viaggio, Borg, colto dal sonno, viene sopraffatto da incubi. In uno di essi, sogna di essere sottoposto a un esame inerente alla sua attività professionale: il medico, celebre e famoso, si dimostra impreparato nella risposta allorché sulla lavagna compare una frase misteriosa di cui non riesce a comprendere il significato: non sa dire per l'appunto quale sia il primo dovere del medico (fig. 5).



Fig. 5 – La scena dell'esame

Sarà l'esanimatore a suggerire all'allievo, disorientato e stupito, l'imprevedibile risposta: **"Il primo dovere del medico è chiedere perdono"**. Il chiedere perdono non va inteso come l'invito a essere gentili, disponibili o a scusarsi per aver commesso qualche errore bensì è un atto simbolico e anticipatorio: **"ti chiedo perdono perché in questo momento ho potere su di te"**. E **"nessun uomo dovrebbe mettersi al di sopra di un altro, se non per porgergli la mano per alzarli"** ammonisce Gabriel Garcia Marquez.

IL POTERE NELLA RELAZIONE TERAPEUTICA

Nell'esercizio della medicina, è al medico che va riconosciuto il potere di curare in quanto custode della promessa di operare per il bene di chi soffre, nel rispetto della costui dignità.

Il potere nella relazione terapeutica è strettamente connesso al concetto di responsabilità, termine dai molteplici significati e che trascende quello giuridico di imputabilità (v. *Giornale delle Cefalee* - n. 3, settembre 2024).

In tale contesto, la responsabilità va intesa secondo due diverse accezioni:

1. come capacità di "soppesare" (da *res ponderans*, una cosa che ha peso), di valutare una situazione considerando tutti i fattori in gioco, prevedendo le conseguenze delle proprie azioni. Tale definizione avvicina la logica della responsabilità alla *phronesis* aristotelica - vale a dire la saggezza che indirizza il sapere scientifico verso scelte pratiche, finalizzate al bene dell'altro;
2. come etica della promessa, dell'impegno, della scelta vocazionale (da *respondēo*, io prometto, mi impegno). In tal senso, la responsabilità è proporzionale alla vulnerabilità dell'altro: se l'autonomia del paziente è scarsa, la responsabilità dell'operatore deve essere altissima (Carlo Pasetti, 2016).

RISCHI INSITI NELLA RELAZIONE DI CURA

Un'eccessiva identificazione con il ruolo, l'arroganza della conoscenza, la scarsa capacità di mettersi in gioco rappresentano qualità negative del medico, che possono ingenerare abuso di potere.

Di contro, una rinuncia al potere per pavidità o insicurezza può portare il paziente a sentirsi solo con le proprie scelte. Emblematico è il caso del *consenso informato* quando inteso come transazione che scarica le responsabilità sul paziente stesso.

COME SUPERARE QUESTI RISCHI?

È necessario che il medico sia in grado di non identificarsi in maniera eccessiva nel proprio ruolo: conservarlo come indispensabile, riconoscendone nel contempo i limiti.

"La percezione del mondo non dipende dai luoghi ma dall'andatura", afferma lo scrittore Paolo Rumiz: sta al "buon" medico - dotato di un'expertise professionale - accompagnare il paziente sulla strada dell'acquisizione di una competenza che lo renda capace di condurre in maniera congiunta *"un dialogo attorno al sintomo"*, creando un rapporto partecipativo, dove la condivisione si confronti con il potere senza annullarlo.

L'essere *"in due per sapere e in due per curare"* rende efficace la relazione di cura, restituendo al paziente la centralità che gli spetta e al medico l'autorevolezza che merita.



https://www.youtube.com/watch?v=1Z6A_A_F_uw

CEFALEA DA TOSSE IN ETÀ PEDIATRICA: UNA CONDIZIONE RARA MA CLINICAMENTE RILEVANTE

Floriana Ferro, Carola Meo, Edvige Correnti, Vincenzo Raieli
UO NPI - ISMEP - ARNAS CIVICO – Palermo

La cefalea da tosse primaria (Primary Cough Headache, PCH) è definita dall’International Classification of Headache Disorders (ICHD-3) come un dolore acuto, improvviso alla testa, scatenato da manovre di Valsalva, come tosse, starnuto o sforzi di defecazione, in assenza di patologie intracraniche sottostanti^[1]. Mentre è ben documentata nella popolazione adulta, la sua incidenza nei pazienti pediatrici è estremamente bassa e potenzialmente sottodiagnosticata.

EPIDEMIOLOGIA E CASI RIPORTATI

La PCH rappresenta circa l’1% delle cefalee valutate in ambito neurologico^[2]. Nella popolazione pediatrica, i casi sono eccezionali. Uno studio di Omata et al. ha descritto un caso clinico in un bambino di 7 anni con cefalea scatenata da pertosse e associata a flebectasia della vena giugulare interna^[3]. In questo caso, la cefalea era intensa, quotidiana, con durata di circa 30 minuti, e non rispondeva a farmaci sintomatici comuni. L’ecografia cervicale durante manovra di Valsalva ha mostrato una dilatazione significativa della vena giugulare interna destra.



Fig. 1 – La cefalea in età pediatrica

FISIOPATOLOGIA

La fisiopatologia della PCH non è completamente chiarita. Nei soggetti adulti, si è ipotizzata una correlazione con l’insufficienza della valvola della vena giugulare interna e l’aumento transitorio della pressione intracranica durante la tosse o altre manovre di Valsalva^[4,5]. Questo meccanismo può portare a reflusso venoso cerebrale e attivazione del nervo trigemino, causando dolore^[6,7]. Nei bambini, però, il ruolo di queste alterazioni venose non è stato pienamente confermato, sebbene alcune anomalie morfologiche, come la flebectasia giugulare, possano aumentare la suscettibilità al disturbo^[3,8].

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Poiché il 40% delle cefalee da tosse sono secondarie, è fondamentale escludere malformazioni strutturali come la malformazione di Chiari tipo I tramite RM cerebrale^[1,9]. La diagnosi differenziale include inoltre emicrania, cefalee trigemino-autonomiche e forme sintomatiche da aumento della pressione intracranica.

TRATTAMENTO

Nella maggior parte dei casi adulti, la PCH risponde all’indometacina^[2]. Tuttavia, in età pediatrica, l’approccio è più cauto. Nel caso riportato da Omata et al., la cefalea si è risolta spontaneamente con la remissione della pertosse, senza necessità di terapia profilattica^[3]. L’identificazione di un’anomalia venosa sottostante può orientare la gestione e ridurre l’ansia familiare.

CONCLUSIONI

La cefalea da tosse è rara in età pediatrica, ma può rappresentare una condizione clinicamente significativa. La diagnosi precoce, l’esclusione di patologie secondarie e la valutazione delle anomalie venose possono facilitare una gestione mirata e rassicurante. L’inclusione della PCH nella diagnosi differenziale delle cefalee pediatriche acute dovrebbe essere considerata, soprattutto in presenza di un trigger tussigeno evidente.

Bibliografia

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1-211.
2. Cordenier A, De Hertogh W, De Keyser J, et al. Headache associated with cough: a review. *J Headache Pain*. 2013;14:42.
3. Omata Y, Takahashi Y, Nakazawa T, et al. Paediatric primary cough headache with internal jugular phlebectasia. *BMJ Case Rep*. 2021;14:e242590.
4. Liu H, Cao X, Zhang M, et al. A case report of cough headache with transient elevation of intracranial pressure and bilateral internal jugular vein valve incompetence. *Cephalalgia*. 2018;38:600-3.
5. Nedelmann M, Eicke BM, Dieterich M. Functional and morphological criteria of internal jugular valve insufficiency as assessed by ultrasound. *J Neuroimaging*. 2005;15:70-5.
6. Lane RJM, Davies PTG. Modified Valsalva test differentiates primary from secondary cough headache. *J Headache Pain*. 2013;14:31.
7. Sharpey-Schafer EP. The mechanism of syncope after coughing. *Br Med J*. 1953;2:860-3.
8. Figueroa-Sanchez JA, Ferrigno AS, Benvenuti-Regato M, et al. Internal jugular phlebectasia: a systematic review. *Surg Neurol Int*. 2019;10:106.
9. Bhattacharya D, Endrakanti M, Kumar R. Right internal jugular vein phlebectasia: a rare cause of neck swelling. *Case Rep Pediatr*. 2017;2017:9278728.

TABELLA 1 – CRITERI DIAGNOSTICI PER LA CEFALEA PRIMARIA DA TOSSE (ICHD-3, SEZIONE 4.1)

CRITERI DIAGNOSTICI	
A.	Almeno due episodi di cefalea che soddisfino i criteri B–D
B.	È scatenata e si manifesta solo in concomitanza con colpi di tosse, sforzi fisici e/o altra manovra di Valsalva
C.	Esordio improvviso
D.	La durata è compresa tra 1 secondo e 2 ore
E.	Non meglio inquadrata da altra diagnosi ICHD-3

IL 39° CONGRESSO NAZIONALE SISC PARMA 6-8 NOVEMBRE 2025



Si terrà a Parma in data 6-8 novembre 2025 il 39° Congresso Nazionale SISC nel corso del quale saranno esplorati i più recenti avanzamenti nel campo dello studio fisiopatologico e della terapia delle cefalee in un’ottica multidisciplinare. Per informazioni, consultare il sito sisc@sisc.it

YOUNG RESEARCHER AWARD 2025

La SISC ha stabilito un premio per i giovani iscritti alla Società che sarà consegnato nel corso del 39° Congresso nazionale SISC. Il Young Researcher Award viene assegnato al miglior documento originale nel settore della cefalea pubblicato su una rivista scientifica peer-reviewed. Scadenza per l’invio delle domande: 30 settembre 2025. Per informazioni, consultare il sito sisc@sisc.it

XVII GIORNATA NAZIONALE DEL MAL DI TESTA - 18 MAGGIO 2025

DAL DOLORE PUO' NASCERE UN FIORE

Martina Proietti Checchi¹ e Chiara Rosignoli²

¹ Research Fellow, U.O.C. di Neurologia dello Sviluppo Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, IRCCS.

² Research Fellow, Dipartimento di Scienze Cliniche Applicate e Biotecnologiche, Università degli Studi dell'Aquila con la partecipazione del **Gruppo Social Media SISC**

Il 18 maggio u.s. si è celebrata la XVII Giornata Nazionale del Mal di testa, che rappresenta un'importante occasione per sensibilizzare la popolazione su un disturbo molto diffuso, invalidante ma ancora sottovalutato e stigmatizzato.

Anche quest'anno l'iniziativa è stata promossa in maniera congiunta tra la Società Italiana di Neurologia (SIN) e la Società Italiana per lo Studio delle Cefalee (SISC).



Fig. 1 - La locandina dell'evento

Purtuttavia, a supportare la diffusione dell'iniziativa sono intervenute anche la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), l'Associazione ALCE (Associazione per la Lotta contro le Cefalee) e la Fondazione Onda, da anni impegnata nella promozione della salute e di genere.

Le attività svolte hanno coinvolto il pubblico attraverso eventi sia in presenza, organizzati in varie regioni italiane, sia online, accessibili a tutti. Tra le iniziative più efficaci, si segnala la realizzazione di oltre 40 video-pillole informative, in cui specialisti del settore hanno risposto in modo chiaro e sintetico alle domande più frequenti raccolte dai pazienti.

L'obiettivo era duplice: da un lato fornire informazioni attendibili e facilmente fruibili, dall'altro contribuire a sfatare falsi miti ancora molto diffusi sulle cefalee. I contenuti multimediali sono stati pubblicati, a partire dal 18 maggio, sulle pagine Facebook e Instagram di SIN e SISC. Esse hanno raggiunto quasi 240.000 visualizzazioni raccogliendo commenti, condivisioni e un forte interesse da parte del pubblico.

In seguito alla pubblicazione del primo video, la pagina social ha registrato circa 3000 visite (di cui

il 30% da utenti che non seguivano la pagina) con successivo incremento di quasi 200 nuovi followers. Tra i video più visualizzati spicca quello della Dott.ssa Maria Pia Prudenzeno che ha trattato il tema dei rischi legati all'automedicazione nei casi di cefalee frequenti, totalizzando 21.200 visualizzazioni. Invece, il video a totalizzare un maggior numero di "mi piace" è stato quello del Dottor Cherubino di Lorenzo incentrato sugli effetti della caffeina sul mal di testa.

A coronamento dell'iniziativa, il 20 maggio si è svolta una diretta social in cui esperti del settore hanno risposto in tempo reale alle domande del pubblico. Hanno partecipato all'evento i neurologi Prudenzeno, Roca, Pastore, De Tommaso, Paolicelli, Lamberti e Fallacara, offrendo un momento di confronto diretto e di elevato valore scientifico ma anche umano. La grande partecipazione e l'interesse dimostrato dal pubblico confermano quanto sia urgente e necessario continuare a parlare di mal di testa in modo competente, accessibile e inclusivo, dando voce ai pazienti e rafforzando la rete tra specialisti, Medicina generale e Associazioni.

XVII GIORNATA NAZIONALE DEL MAL DI TESTA: L'INIZIATIVA

DONNE DETENUTE CON CEFALIA: PER UN PERCORSO DI CURA TEMPESTIVO ED EFFICACE

In occasione della XVII Giornata Nazionale del Mal di testa, la Presidente SISC prof.ssa Marina De Tommaso, insieme con le dott.sse Giovanna Trevisi, vice-coordinatrice della SISC appulo-lucana e Laura Carmillo, hanno incontrato le detenute della sezione femminile della Casa Circondariale di Lecce.

Il dialogo tra le parti è stato altamente proficuo non solo perché ha evidenziato che circa la metà di queste donne soffre di cefalea ma ha altresì costituito lo spunto per la nascita di un progetto, estensibile su scala nazionale, che potrebbe consentire a costoro di poter accedere agli ambulatori cefalea

distrettuali o essere curate direttamente presso la Casa Circondariale. La dott.ssa Giovanna Trevisi, responsabile del Centro Cefalee di Campi Salentina, in virtù del suo ruolo di neurologa del Territorio, si è resa immediatamente disponibile in prima persona alla realizzazione di una tale evenienza.

Un grazie particolare va alla Direzione della Casa Circondariale di Lecce e a *Made in Carcere*, cooperativa sociale non a scopo di lucro. Immane il plauso per le nostre tre care colleghe che, con la loro determinazione, umanità e professionalità hanno reso possibile la realizzazione di questa lodevole iniziativa. Ad maiora semper!



Fig. 1 - La prof.ssa Marina De Tommaso, insieme con le dott.sse Giovanna Trevisi e Laura Carmillo in visita presso la Casa Circondariale di Lecce



Giornale delle Cefalee

ANNO XXI • N. 2 Luglio • 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).

REPORT DELLA SISC HEADACHE ACADEMY – NAPOLI, 26-27 MAGGIO 2025

STATO DELL'ARTE DELLA TERAPIA DELL'EMICRANIA: DALLE LINEE GUIDA ALLE RACCOMANDAZIONI PRATICHE

Marcello Silvestro

Programma Interdipartimentale di Medicina delle Cefalee e delle Sindromi Dolorose Primarie. Università della Campania "Luigi Vanvitelli", Napoli

Il corso "SISC Headache Academy", organizzato dal Prof. Antonio Russo e dal Prof. Gioacchino Tedeschi, svoltosi a Napoli il 26 e 27 maggio 2025, ha rappresentato un momento di aggiornamento scientifico e confronto clinico rivolto a specialisti e operatori sanitari coinvolti nella gestione dell'emicrania. Il focus dell'evento è stato incentrato sullo stato dell'arte delle terapie per le cefalee primarie, con particolare attenzione all'emicrania, affrontata attraverso l'analisi critica delle linee guida, delle più recenti evidenze cliniche e delle implicazioni pratiche nella presa in carico del paziente.

La prima giornata si è aperta con una sessione dedicata all'inquadramento teorico e normativo delle linee guida per il trattamento dell'emicrania, elaborate grazie al lavoro congiunto della SISC e dell'IHS e recentemente pubblicate sulla prestigiosa rivista scientifica *Cephalalgia*. Nell'intervento della Prof.ssa Simona Sacco è stato evidenziato come le linee guida, sviluppate secondo la metodologia GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation), rappresentino uno dei vertici più elevati nella piramide delle evidenze scientifiche, e più in generale della medicina basata sull'evidenza. Tale approccio metodologico consente di sintetizzare in maniera sistematica e trasparente le migliori prove disponibili, traducendole in raccomandazioni cliniche concrete e applicabili. La relazione ha illustrato nel dettaglio le fasi di selezione, analisi e interpretazione delle evidenze relative alla terapia dell'emicrania, nonché i criteri adottati per giungere alle raccomandazioni finali.

A seguire, la Prof.ssa Marina De Tommaso ha approfondito le indicazioni delle linee guida in merito alla terapia preventiva, mentre il Prof. Innocenzo Rainero ha infine proposto un'analisi critica complessiva delle linee guida, mettendo in luce punti di forza e limiti, nonché sottolineando le principali aree di incertezza e le sfide che la pratica clinica pone all'applicazione sistematica di tali raccomandazioni. In tale sessione lo scrivente ha presentato le raccomandazioni riguardanti la gestione sintomatica dell'attacco emicranico.

Nella seconda sessione, l'attenzione si è spostata sugli aspetti fisiopatologici dell'emicrania, con un focus sul ruolo centrale del peptide correlato al gene della calcitonina (CGRP) nella mediazione del dolore emicranico. Il Prof. Pierangelo Geppetti ha tenuto una lettura magistrale sul ruolo del CGRP, spiegando come questo neuropeptide, liberato dai terminali periferici dei neuroni trigeminali, sia un attore chiave nei meccanismi di vasodilatazione e neuroinfiammazione alla base dell'attacco emicranico. La lezione ha integrato evidenze precliniche e dati sperimentali recenti, sottolineando la centralità del CGRP come target terapeutico per le nuove classi di farmaci, rafforzando ulteriormente il concetto di una sua modulazione come pilastro nella gestione moderna dell'emicrania. Ha fatto seguito l'intervento del Dott. Luigi Francesco Iannone, che ha fornito una panoramica sui meccanismi d'azione di tre strategie terapeutiche oggi disponibili: la tossina botulinica di tipo A (Onabotulinumtoxin-A), gli anticorpi monoclonali anti-CGRP e le small molecules (gepanti). L'intervento ha chiarito come questi trattamenti, pur agendo tutti sul circuito trigemino-vascolare, differiscano per modalità d'azione, tempi di risposta, durata



Fig. 1 – La locandina dell'evento

dell'effetto e profilo di sicurezza, aprendo alla possibilità di impiego combinato o sequenziale, da valutare in base al fenotipo del paziente.

Dopo una ricca discussione collegiale, la giornata è proseguita con due letture. Nella prima, il Prof. Gianluca Coppola ha esplorato l'utilizzo delle small molecules anti-CGRP nella prevenzione dell'emicrania, con particolare riferimento all'efficacia, alla rapidità d'azione, al buon profilo di tollerabilità e alla flessibilità d'impiego nei contesti clinici real-life. Nella seconda lecture, la Dr.ssa Renata Rao ha illustrato i risultati maturati in cinque anni di utilizzo del fremanezumab, anticorpo monoclonale anti-CGRP. Grazie a dati provenienti da registri osservazionali e casistiche reali, è stata documentata l'efficacia del trattamento nella riduzione della frequenza e dell'intensità degli attacchi, l'impatto positivo sulla qualità di vita e l'elevato grado di soddisfazione dei pazienti. È stato inoltre sottolineato il favorevole profilo di sicurezza e la gestione sostenibile nel lungo termine.

La seconda giornata si è aperta con una lettura della dott.ssa Simona Guerzoni, che ha presentato i dati dello studio Tachis sull'eptinezumab, anticorpo anti-CGRP somministrato per via endovenosa con cadenza trimestrale. Il farmaco si è dimostrato efficace nella riduzione della frequenza e dell'intensità degli attacchi, con una buona tollerabilità e un profilo di somministrazione particolarmente adatto a sottogruppi di pazienti con esigenze specifiche. Successivamente, la Prof.ssa Cristina Tassorelli ha illustrato il processo di sviluppo delle raccomandazioni pratiche dell'International Headache Society (IHS), evidenziando il loro valore operativo, soprattutto nei contesti clinici in cui non sono ancora disponibili gli strumenti terapeutici per aderire alle terapie secondo le linee guida formali. La Dr.ssa Anna Ambrosini ha discusso il tema del riposizionamento terapeutico, analizzando il ruolo attuale di farmaci come antidepressivi, antiepilettici, calcio-antagonisti e beta-bloccanti, nati per altri ambiti clinici ma ancora impiegati nella prevenzione dell'emicrania. È stato posto il quesito sulla loro utilità residua, soprattutto nei contesti con limitazioni di accesso alle nuove terapie o in presenza di comorbidità complesse.

La Prof.ssa Maria Rosaria Valente ha quindi illustrato le opportunità offerte dalle terapie di associazione, mettendo in evidenza la potenziale sinergia tra trattamenti differenti, come tossina botulinica e anticorpi monoclonali, e proponendo criteri clinici per adottare strategie combinate in modo razionale, sicuro ed efficace. La Dr.ssa Maria Pia Prudenza ha approfondito l'uso delle terapie "oltre le linee guida", sostenendo come l'esperienza clinica, il contesto individuale del paziente e i dati real-life possano giustificare scelte terapeutiche non strettamente codificate, specie in casi refrattari.

La terza sessione ha posto l'accento sugli approcci non farmacologici e su scenari clinici complessi. La Dr.ssa Licia Grazzi ha aperto con una panoramica sulla terapia preventiva non farmacologica, includendo modifiche dello stile di vita, tecniche di rilassamento e gestione dello stress. Il Prof. Franco Granella ha affrontato la questione dei fattori trigger, spiegando l'importanza di un'identificazione accurata attraverso strumenti come i diari cefalgici e di un'educazione efficace del paziente. Il Dott. Edoardo Mampreso ha posto l'attenzione sull'anamnesi farmacologica, fondamentale per orientare scelte terapeutiche personalizzate e basate sulla storia di risposta e tollerabilità.

Nel pomeriggio, la sessione finale si è concentrata su sottogruppi clinici particolari. La Prof.ssa Maria Albanese ha trattato la gestione dell'emicrania in gravidanza, indicando i trattamenti compatibili con le diverse fasi gestazionali. Il Dott. Domenico Cassano ha affrontato la presa in carico del paziente anziano, sottolineando l'impatto delle comorbidità, della polifarmacoterapia e delle fragilità cognitive. Il Prof. Raffaele Ornello ha infine approfondito la gestione del paziente con comorbidità cardio- e cerebrovascolari, richiamando la necessità di un'attenta valutazione del profilo di rischio e dell'appropriatezza terapeutica.

La giornata si è conclusa con una vivace discussione plenaria e con l'intervento conclusivo del Prof. Antonio Russo, che ha ribadito il valore della formazione continua e della collaborazione multidisciplinare per una gestione sempre più moderna, efficace e personalizzata dell'emicrania.



Fig. – La rivista ufficiale della SISC