



Giornale delle Cefalee

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

Anno XXI • N. 3 • Novembre 2025

SOMMARIO

- 1 SULLE ORME
DEI GRANDI MAESTRI
Franco Granella
- 2 LO STRESS È DAVVERO
UN TRIGGER DELL'EMICRANIA?
Gabriele Sebastianelli,
Gianluca Coppola
- 3 CEFALÉE RARE IN ETÀ
PEDIATRICA: LA CEFALÉA
DA STIMOLO FREDDO
Carola Meo, Floriana Ferro,
Sofia D'Agostino, Edvige Correnti,
Vincenzo Raieli

- 4 EDITORIALE
IL POTERE DELLA PAROLA
Domenico Cassano
- 5 FREMANEZUMAB NEI BAMBINI
E NEGLI ADOLESCENTI
CON EMICRANIA:
DALL'EVIDENZA CLINICA
ALLA PRATICA
Luigi Francesco Iannone
- 5 MAL DI TESTA E SCUOLA:
PROBLEMA NASCOSTO
O OPPORTUNITÀ
DI PREVENZIONE?
Agnese Onofri

- 6 CASE REPORT: IL CAMMINO
DI ANASTASIO
Antonello D'Attoma
- 7 DOCUMENTARIO:
UNA VITA A METÀ
L'emicrania fra stigma sociale
e nuove opzioni terapeutiche
- 7 PARMA, CITTÀ D'ARTE
E DI CULTURA
GASTRONOMICA

IL 39° CONGRESSO NAZIONALE SISC, PARMA 2025 SULLE ORME DEI GRANDI MAESTRI



Dal 6 all'8 novembre 2025 si terrà a Parma il 39° Congresso Nazionale della SISC. Non è la prima volta che il nostro Congresso si svolge nella città emiliana. C'è un lontano precedente nel 1986, quando la nostra Società, di cui il prossimo anno si celebrerà a Firenze il cinquantenario, era ancora, se non proprio nell'infanzia, nella sua adolescenza. Già allora, tuttavia, la ricerca italiana nell'ambito delle cefalee, sotto la guida di grandi maestri quali Federigo Sicuteri, Giuseppe Nappi e Alessandro Agnoli era ai primissimi posti nel mondo. La fiaccola della ricerca accesa da quei maestri fortunatamente non si è mai spenta, anzi si è rinvigorita nel corso degli anni, come testimonieranno i tanti tefori che converranno a Parma per illu-

strare gli ultimi frutti delle loro ricerche. Mai come quest'anno, infatti, la partecipazione al Congresso si annuncia numerosa, in particolare per quanto riguarda la generazione dei giovani ricercatori, che hanno inviato oltre cento contributi scientifici. Non è saggio stilare un bilancio consuntivo *quo ante*, ma le premesse sono ottime. Il programma è veramente ricco e si propone di contemperare le esigenze dell'aggiornamento professionale con quelle della divulgazione dei risultati delle ultime ricerche. Si toccheranno tutti i temi principali connessi al nostro settore, con un'enfasi particolare, ovviamente, sulle terapie innovative dell'emicrania, che hanno veramente rivoluzionato il nostro *modus operandi* e, soprattutto, drasticamente migliorato

la qualità di vita dei pazienti che si affidano a noi. Spero anche vivamente che i congressisti riescano a ritagliarsi qualche scampolo di tempo, magari prolungando la permanenza nel week-end, per poter apprezzare alcune delle bellezze artistiche che la città offre, e magari avranno anche modo di assaporare alcune delle prelibatezze gastronomiche per cui la food valley è famosa nel mondo.

**Buon congresso
a tutti!**

Franco Granella
Presidente del Congresso

LO STRESS È DAVVERO UN TRIGGER DELL'EMICRANIA?

Gabriele Sebastianelli, Gianluca Coppola

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

INTRODUZIONE

L'emicrania è una delle principali cause di disabilità, soprattutto nelle donne sotto i 50 anni^[1]. Si manifesta con attacchi ricorrenti, la cui frequenza varia molto tra i pazienti. I trigger, cioè i fattori che possono scatenare un attacco, sono numerosi, ma lo stress è uno dei più frequentemente riportati^[2-4]. Inoltre, lo stress sembra influenzare negativamente il peso della malattia sotto altri aspetti, tra cui la predisposizione alla cronicizzazione e l'aumento della percezione e dell'intensità del dolore^[5]. Tuttavia, il legame tra stress e attacchi di emicrania, così come i meccanismi fisiopatologici sottostanti, non sono ancora del tutto chiari^[6].

EVIDENZE CLINICHE

Numerosi studi clinici hanno confermato che lo stress è uno dei trigger più comuni per l'emicrania, sia negli adulti che nei bambini e adolescenti. In particolare, le donne riportano lo stress come fattore scatenante più spesso rispetto agli uomini, suggerendo un ruolo delle differenze biologiche in base al sesso^[7] (fig. 1).

Anche altre forme di emicrania, come quella vestibolare^[8], e le forme pediatriche, sono influenzate dallo stress^[9].

Diversi tipi di stress sono stati associati agli attacchi: stress percepito, stress sociale (ad esempio durante la pandemia di COVID-19)^[10, 11], stress scolastico nei bambini^[12]. Il livello di stress percepito può variare durante il ciclo dell'emicrania, mostrando diversi pattern: in alcuni casi lo stress diminuisce dopo l'attacco ("let down"), in altri rimane stabile o aumenta durante la fase dolorosa^[13].

Alcuni studi hanno tentato di prevedere gli attacchi di emicrania sulla base dei livelli di stress, con risultati contrastanti: sebbene un aumento dello stress sia associato a un rischio maggiore di attacco il giorno successivo, la capacità predittiva dei modelli rimane limitata^[14, 15].

MECCANISMI FISIOPATOLOGICI

Lo stress agisce sull'emicrania attraverso diversi meccanismi. Il principale è il coinvolgimento dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, che porta al rilascio di glucocorticoidi (come il cortisolo) in risposta a situazioni stressanti^[16]. Questi ormoni possono aumentare l'eccitabilità corticale e sensibilizzare le strutture periferiche coinvolte nella percezione del dolore^[17, 18].

L'ipotalamo ha un ruolo centrale, in quanto modula la percezione del dolore sia tramite connessioni anatomiche dirette con le aree del dolore, sia tramite il rilascio di neuropeptidi come l'orexina. Inoltre, l'attivazione cronica dell'asse HPA può portare a una disregolazione che favorisce la comparsa di attacchi^[19, 20]. È interessante notare che alcuni autori hanno osservato che né lo stress acuto né quello cronico possono influenzare la suscettibilità alla *cortical spreading depression* (CSD, fenomeno elettrico alla base dell'aura emicranica) da soli, mentre solo lo stress cronico, se seguito da sollievo, può abbassare la soglia per lo scatenamento della CSD^[19].

Le differenze di sesso sono rilevanti. Studi preclinici mostrano che la risposta ai glucocorticoidi e la sensibilizzazione delle vie del dolore sono più marcate nelle femmine^[21, 22]. Anche la regolazio-



Fig. 1 - Stress ed emicrania: un binomio frequente

ne di mediatori infiammatori e la sensibilizzazione dei nocicettori trigeminali sembrano essere influenzate dal sesso, con un ruolo della prolattina e dei suoi recettori^[23].

LIMITI E COMPLESSITÀ

Nonostante il ruolo centrale dello stress, esso non è sufficiente da solo a scatenare un attacco. Devono essere presenti anche altre condizioni permissive, come uno stato di aumentata eccitabilità cerebrale o altri fattori biologici. Inoltre, la percezione soggettiva dei trigger può essere influenzata dalle convinzioni personali dei pazienti, complicando ulteriormente la ricerca di una relazione causale chiara^[2].

CONCLUSIONI

Lo stress rappresenta un importante "catalizzatore" per gli attacchi di emicrania, agendo principalmente attraverso l'ipotalamo e l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, e influenzando l'eccitabilità corticale e la sensibilità delle vie del dolore. Tuttavia, la sua azione dipende dalla presenza di altri fattori predisponenti. Nonostante sia un trigger molto comune, le variazioni dello stress non permettono di prevedere con certezza un attacco imminente. Sono necessari ulteriori studi per chiarire appieno la relazione tra stress ed emicrania e per sviluppare strategie di prevenzione più efficaci.

Bibliografia

- Steiner TJ, Stovner LJ, Jensen R, et al (2020) Migraine remains second among the world's causes of disability, and first among young women: findings from GBD2019. The journal of headache and pain 21:. <https://doi.org/10.1186/S10194-020-01208-0>
- Sebastianelli G, Atalar AC, Cetta I, et al (2024) Insights from triggers and prodromal symptoms on how migraine attacks start: The threshold hypothesis. Cephalalgia 44:3331024241287224. <https://doi.org/10.1177/03331024241287224>
- Peris F, Donoghue S, Torres F, et al (2017) Towards improved migraine management: Determining potential trigger factors in individual patients. Cephalalgia 37:452-463. <https://doi.org/10.1177/0333102416649761>
- Marmura MJ (2018) Triggers, Protectors, and Predictors in Episodic Migraine. Curr Pain Headache Rep 22:81. <https://doi.org/10.1007/s11916-018-0734-0>
- Viero FT, Rodrigues P, Trevisan G (2022) Cognitive or daily stress association with headache and pain induction in migraine and tension-type headache patients: a systematic review. Expert Rev Neurother 22:257-268. <https://doi.org/10.1080/14737175.2022.2041414>
- Stubberud A, Buse DC, Kristoffersen ES, et al (2021) Is there a causal relationship between stress and migraine? Current evidence and implications for management. J Headache Pain 22:155. <https://doi.org/10.1186/s10194-021-01369-6>
- van Casteren DS, Verhagen IE, Onderwater GL, et al (2021) Sex differences in prevalence of migraine trigger factors: A cross-sectional study. Cephalalgia 41:643-648. <https://doi.org/10.1177/0333102420974362>

- Beh SC, Masrour S, Smith SV, Friedman DI (2019) The Spectrum of Vestibular Migraine: Clinical Features, Triggers, and Examination Findings. Headache 59:727-740. <https://doi.org/10.1111/head.13484>
- Solotareff L, Cuvelier J-C, Duhamel A, et al (2017) Trigger Factors in Childhood Migraine: A Prospective Clinic-Based Study From North of France. J Child Neurol 32:754-758. <https://doi.org/10.1177/0883073817705251>
- Gonzalez-Martinez A, Planchuelo-Gómez Á, Guerrero ÁL, et al (2021) Evaluation of the Impact of the COVID-19 Lockdown in the Clinical Course of Migraine. Pain Med 22:2079-2091. <https://doi.org/10.1093/pm/pnaa449>
- Kato Y, Poh W, Horvath Z, et al (2021) Impact of COVID-19 pandemic on migraine management in the United States: insights from migraine tracking app users. BMC Neurol 21:345. <https://doi.org/10.1186/s12883-021-02378-3>
- Son H-J, Jin J-O, Lee K-H (2025) Evaluation of pediatric migraine triggers: a single-center study. Clin Exp Pediatr 68:163-169. <https://doi.org/10.3345/cep.2024.00738>
- Vives-Mestres M, Casanova A, Buse DC, et al (2021) Patterns of Perceived Stress Throughout the Migraine Cycle: A Longitudinal Cohort Study Using Daily Prospective Diary Data. Headache 61:90-102. <https://doi.org/10.1111/head.13943>
- Houle TT, Turner DP, Golding AN, et al (2017) Forecasting Individual Headache Attacks Using Perceived Stress: Development of a Multivariable Prediction Model for Persons With Episodic Migraine. Headache 57:1041-1050. <https://doi.org/10.1111/head.13137>
- Holsteen KK, Hittle M, Barad M, Nelson LM (2020) Development and Internal Validation of a Multivariable Prediction Model for Individual Episodic Migraine Attacks Based on Daily Trigger Exposures. Headache 60:2364-2379. <https://doi.org/10.1111/head.13960>
- Lippi G, Mattiuzzi C (2017) Cortisol and migraine: A systematic literature review. Agri 29:95-99. <https://doi.org/10.5505/agri.2017.25348>
- Kumar S, Petschner P, Gecse K, et al (2025) Acute neuroendocrine challenge elicits enhanced cortisol response and parallel transcriptomic changes in patients with migraine. Pain Rep 10:e1254. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000001254>
- Ziegler DK, Hassanein RS, Kodanaz A, Meek JC (1979) Circadian rhythms of plasma cortisol in migraine. J Neurol Neurosurg Psychiatry 42:741-748. <https://doi.org/10.1136/jnnp.42.8.741>
- Balkaya M, Seidel JL, Sadeghian H, et al (2019) Relief Following Chronic Stress Augments Spreading Depolarization Susceptibility in Familial Hemiplegic Migraine Mice. Neuroscience 415:1-9. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2019.07.006>
- Kaufmann D, Brennan KC (2018) The Effects of Chronic Stress on Migraine Relevant Phenotypes in Male Mice. Front Cell Neurosci 12:294. <https://doi.org/10.3389/fncel.2018.00294>
- Hu Y-Y, Souza R, Muthuraman A, et al (2024) Glucocorticoid signaling mediates stress-induced migraine-like behaviors in a preclinical mouse model. Cephalalgia 44:3331024241277941. <https://doi.org/10.1177/03331024241277941>
- McIlvried LA, Borghesi LA, Gold MS (2015) Sex-, Stress-, and Sympathetic Post-Ganglionic Neuron-Dependent Changes in the Expression of Pro- and Anti-Inflammatory Mediators in Rat Dural Immune Cells. Headache 55:943-957. <https://doi.org/10.1111/head.12596>
- Watanabe M, Kopruszinski CM, Moutal A, et al (2022) Dysregulation of serum prolactin links the hypothalamus with female nociceptors to promote migraine. Brain 145:2894-2909. <https://doi.org/10.1093/brain/awac104>



Società Italiana per lo Studio delle Cefalee

5 x 1000
Sostieni la ricerca scientifica sulle Cefalee

Inserisci il codice fiscale della SISC nello spazio destinato al 5 x 1000 della tua dichiarazione dei redditi: codice fiscale SISC 01529430488

Per informazioni vai al sito sisc@sisc.it

CEFALEE RARE IN ETÀ PEDIATRICA: LA CEFALEA DA STIMOLO FREDDO

Carola Meo ¹, Floriana Ferro¹, Sofia D’Agostino¹, Edvige Correnti ², 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

INTRODUZIONE

Con questo articolo si conclude questa sintetica rassegna su un gruppo di cefalee rare o poco conosciute facenti parte del Gruppo 4 della ICHD-3, ad eccezione della Sindrome dell’orecchio rosso (Red ear syndrome: termine coniato da Lance nel 1996). Qualcuna di queste forme non è poi così rara, vedi la cefalea trafittiva primaria o la cefalea da stimolo freddo, ma la maggior parte di quelle descritte sono realmente poco riportate in letteratura, casi clinici che si contano sulle punte delle dita delle mani, vedi la cefalea ipnica di cui sono riportati solo 7 casi (Ferretti et al., 2024). Prima di introdurre i due tipi di cefalea primaria di cui parleremo in questa breve sintesi, sarebbe interessante porsi questa domanda: sono realmente rare questi tipi di cefalea in età evolutiva? È poco probabile che ciò sia dovuto all’incompleta maturazione del sistema nervoso, considerato che le cefalee primarie, come emicrania e cefalea tensiva, si presentano già in modo rilevante nei primi anni di vita e, negli adolescenti, raggiungono dati di prevalenza praticamente simili a quelli dell’età successiva. Un probabile fattore è la scarsa conoscenza di questi quadri tra i pediatri e gli specialisti, così come contribuisce la sorprendente osservazione che circa 1/3 dei genitori non è a conoscenza che il minore accusa episodi ricorrenti di cefalea (Lo Cascio et al.). Ulteriori fattori che potrebbero contribuire alla scarsa rilevazione sono la difficoltà di raccolta anamnestica nei bambini più piccoli (potrebbe essere facilitata dall’uso di tecniche non verbali come il disegno), oppure l’osservazione che in età evolutiva sia le cefalee primarie più comuni che queste cefalee del Gruppo IV tendono ad avere una durata più breve dell’episodio doloroso, con risoluzione completa e piena ripresa delle attività consuete di gioco e di studio, per cui il minore non sollecita l’attenzione del genitore né del pediatra, temendo possibili trattamenti invasivi. Sicuramente studi prospettici sulla popolazione generale pediatrica e una campagna informativa con i pediatri territoriali potrebbero incrementare le nostre conoscenze. Qui presentiamo una breve sintesi dei dati in età pediatrica, riportati in letteratura, su cefalea da stimolo freddo. Nel prossimo numero parleremo della cefalea ipnica.

CEFALEA DA STIMOLO FREDDO (ICHD-3: 4.5)
La cefalea da stimolo freddo (CSH) è una forma primaria di cefalea indotta dal contatto e/o esposizione del capo a uno stimolo termico freddo, dall’ingestione e/o inalazione di sostanze fredde. Nonostante sia frequentemente osservata nella popolazione generale, la letteratura scientifica pediatrica dedicata a questa condizione è sorprendentemente limitata [Bonemazzi et al., 2023]. (Fig. 1) In tabella 1 sono riportati i criteri diagnostici di questo tipo di cefalea secondo la ICHD-3. Dai dati disponibili emerge che la prevalenza della CSH in età pediatrica è significativamente superiore rispetto a quella osservata negli adulti, con valori che variano tra il 40,6% e il 79% [Fuh et al., 2003; Kaczorowski et al., 2002; Zierz et al., 2016]. A differenza dell’età adulta, nei bambini non si osservano differenze significative tra il sesso maschile e il sesso femminile. È stata inoltre evidenziata una forte associazione tra CSH e anamnesi personale positiva per emicrania, così come una chiara correlazione con la familiarità positiva per la stessa condizione [Zierz et al., 2016]. In ambito pediatrico, i trigger descritti sono generalmente legati all’ingestione di sostanze fredde (gelato, acqua fredda, cubetti di ghiaccio), mentre le forme provocate da freddo ambientale risultano finora raramente descritte [Bonemazzi et al., 2023]. Dal punto di vista clinico, il dolore è solitamente acuto, pulsante o trafittivo, con insorgenza rapida (entro 10–60 secondi dallo stimolo) e di breve durata (1–5 minuti). La localizzazione è prevalentemente frontale o temporale e spesso bilaterale. In soggetti emicranici, la zona colpita tende a coincidere con quella del mal di testa abituale [Selekler et al., 2004]. Le ipotesi patogenetiche principali comprendono fenomeni vasoattivi (vasocostrizione seguita da vasodilatazione), attivazione dei nocicettori a livello faringeo e un possibile coinvolgimento del riflesso trigemino-autonomico [Mages et al., 2016; Hensel et al., 2019]. Nei soggetti emicranici si ipotizza una disinibizione segmentale dei circuiti centrali del dolore [Selekler, 2003]. Non esistono terapie specifiche, poiché gli attacchi sono autolimitanti. La strategia principale per prevenire gli attacchi è l’evitamento o l’esposizione

graduale ai fattori scatenanti [Kaczorowski et al., 2002]. In conclusione, la CSH nei bambini è una condizione più frequente di quanto generalmente percepito e mostra caratteristiche peculiari rispetto all’età adulta. Ulteriori studi sono necessari per comprenderne meglio i meccanismi fisiopatologici e sviluppare linee guida cliniche appropriate [Bonemazzi et al., 2023].



Fig. 1 - Bambina di 9 anni con cefalea da stimolo freddo (Immagine generata tramite CHAGPT)

Bibliografia

- S. Lo Cascio et al. Schoolchildren’s headache: the difference between children and mothers’ perceptions and awareness. Pain Research and Management, 2025 accepted
- Bonemazzi, I. et al. (2023). Cold-Stimulus Headache in Children and Adolescents. Life, 13(4), 973. <https://doi.org/10.3390/life13040973>
- Fuh, J.L. et al. (2003). Ice-cream headache—A large survey of 8359 adolescents. Cephalalgia, 23, 977–981
- Kaczorowski, M. et al. (2002). Ice cream evoked headaches (ICE-H) study. BMJ, 325, 1445–1446
- Zierz, A.M. et al. (2016). Ice cream headache in students and family history of headache. J. Neurol., 263, 1106–1110
- Selekler, H.M. et al. (2004). Experimental model of ‘ice-cream headache’. Cephalalgia, 24, 293–297
- Selekler, H.M. (2003). Idiopathic Stabbing Headache and Experimental Ice Cream Headache. Eur. Neurol., 51, 6–9
- Mages, S. et al. (2016). Experimental provocation of ‘ice-cream headache’. Cephalalgia, 37, 464–469
- Hensel, O. et al. (2019). Increased blood flow velocity in MCA and headache upon ingestion of ice water. Front. Neurol., 10, 677

TABELLA 1 – CEFALEA DA STIMOLO FREDDO SECONDO I CRITERI DELLA ICHD-3	
4.5.1 Cefalea attribuita all’applicazione esterna di stimolo freddo Descrizione: La cefalea esordisce con l’esposizione del capo senza alcuna protezione a bassissime temperature.	4.5.2 Cefalea attribuita a ingestione di sostanze fredde o inalazione di aria fredda Terminologia utilizzata in precedenza: Cefalea da ingestione di gelato, Cefalea da cervello congelato. Descrizione: Il dolore di questa cefalea è frontale oppure temporale, intenso e compare al passaggio nel palato e a livello della parete posteriore della faringe di sostanze fredde (solide, liquide o gassose) in soggetti predisposti.
Criteri diagnostici: A. Almeno 2 episodi di cefalea acuta che soddisfino i criteri B e C B. È scatenata e si manifesta solo in seguito all’applicazione al capo di uno stimolo freddo esterno C. La cefalea si risolve entro 30 minuti dalla rimozione dello stimolo freddo D. Non meglio inquadrata da altra diagnosi ICHD-3.	Criteri diagnostici: A. Almeno 2 episodi di cefalea acuta frontale o temporale che soddisfino i criteri B e C B. È scatenata e si manifesta immediatamente dopo uno stimolo freddo a livello del palato e/o della parete posteriore della faringe, da ingestione di cibi o bevande freddi o da inalazione di aria fredda C. La cefalea si risolve entro 10 minuti dalla rimozione dello stimolo freddo D. Non meglio inquadrata da altra diagnosi ICHD-3.

EDITORIALE – LA SOFFERENZA NEL LINGUAGGIO CINEMATOGRAFICO

Analizzeremo in questo numero il film **Ordet (La Parola)** diretto da Carl Theodor Dreyer nel 1955

IL POTERE DELLA PAROLA

Domenico Cassano

*In principio parole e magia
erano una sola cosa.
Perfino oggi le parole conservano
molto del loro potere magico.*

Sigmund Freud

Ispirato all'opera teatrale del drammaturgo Kaj Munk, il film **Ordet (La Parola)**, capolavoro del regista danese Carl Theodor Dreyer (1889-1968), vincitore del Leone d'oro alla Mostra del Cinema di Venezia del 1955, è considerato tra le pellicole migliori della storia del cinema (fig. 1). Celebre e commovente la scena finale della resurrezione, considerata tra le più emozionanti di sempre.



Fig. 1 - La locandina del film

LA TRAMA

In una fattoria dello Jutland, una zona rurale della Danimarca ai confini con la Germania, vive la famiglia Borgen, il cui patriarca è il vecchio Morten un agiato e stimato contadino (fig. 2). Di carattere autoritario, egli ha imposto ai suoi figli le proprie scelte, non accettando che essi fossero diversi dal padre. Il primogenito Mikkel è un pastore protestante, poco incline alle credenze religiose, sposato con Inger, dalla quale attende il terzo figlio (fig. 3). L'altro, Johannes, affetto da un disturbo



Fig. 2 - Il vecchio Morten: "il fanatismo", la pretesa di voler dare alle cose un corso rigido



Fig. 3 – A destra, il Pastore (l'Istituzione), in grado di offrire solo retoriche consolazioni. A sin. il Medico, il solo in grado di cedere a un impulso irrazionale

mentale, versa in una condizione di delirio mistico, ritenendo di essere l'incarnazione di Cristo. Un evento inatteso sconvolgerà la quiete familiare: al momento del parto, per sopraggiunte complicanze, Inger muore insieme col suo bambino nonostante gli strenui tentativi da parte del medico di salvarla.

Nel corso della veglia funebre, il folle Johannes, ricomparso dopo una lunga assenza, non si rassegna alla morte della cognata e afferma, alla presenza dei familiari e del medico, di essere in grado di riportarla in vita ricorrendo a una parola d'ispirazione divina (Fig. 4).

Nell'indignazione generale, mentre il Pastore si scaglia verso il blasfemo cercando di impedirgli di pronunciare *quella bestemmia*, il medico si mostra, di contro, ben disposto ad ascoltarlo: il solo in grado di accogliere un atto di speranza.

Johannes, spinto dalla ingenua nipotina Maren, pronuncerà *quella parola* che, squarciando il silenzio tombale della camera, ridonerà la vita alla defunta (fig. 5). Costei, rialzatasi, abbraccia il marito, tra lo stupore e la gioia dei presenti.

PER VEDERE LA SCENA FINALE CLICCA QUI.



Fig. 4 - Johannes e Maren, il folle e la bambina, "il mondo degli esclusi": il ribaltamento delle norme consolidate mediante un atto di fede totale, irrazionale

LA PAROLA È MAGIA

Come può una parola essere in grado di mutare un ordine in apparenza irreversibile?

Richiamandoci a una arcaica tradizione teologico-filosofica, la parola è qualcosa che va al di là



Fig. 5 – Pronunciando una parola d'ispirazione divina, Johannes intende riportare in vita la cognata

del semplice comunicare: essa è *pensiero, energia, azione*, come ci ricorda lo scrittore Gianrico Carofiglio nel suo saggio *La manomissione delle parole*. Logos per i Greci (Ragione), per i Latini è il Verbo: "*In principio erat Verbum*", recita l'incipit della Genesi - in un' allusione all'energia dinamica che crea l'universo e gli conferisce ordine e armonia.

Nella tradizione ebraica, il termine *Davar* fa riferimento alla parola come potenza generatrice del pensiero sulla materia. Da esso deriva il versetto *Avrah KaDabra (Creo come parlo)* conservatosi nel corso dei secoli nella storpiatura dell'*abracadabra*, la formula magica, tanto cara ai bambini, utilizzata per compiere incantesimi o riti scaramantici. Analogamente nella cultura indiana, *Om* è il suono primordiale che pervade l'intero universo: una frequenza cosmica che dà inizio alla creazione e la mantiene in essere.

TRA RAZIONALITÀ E SENTIMENTO

Il film oppone il Verbo nella sua accezione più ampia non solo alle contraddizioni di una religione che non riesce più a comunicare al cuore della gente ma anche a uno sterile pensiero razionale, che nulla può di fronte alla tragedia della Morte. Sarà un medico, attraverso un atto di "razionalismo aperto", a cedere a un impulso "antiscientifico", attuando una mirabile sintesi di due mondi contrapposti: quello "ordinato" della scienza, dove "*tutto ciò che si può dire si può dire chiaramente*", come afferma il filosofo Lido Valdrè, con quello misterioso della sofferenza.

L'EMPATIA SALVERÀ IL MONDO

Empatia è non solo capacità di comprendere lo stato d'animo altrui in uno specifico momento. Come sottolinea la filosofa e mistica Edith Stein, attraverso lo scambio di sentimenti ed emozioni essa "*consente la comunicazione intersoggettiva e apre l'io alla dimensione comunitaria pur preservandogli la propria irriducibile libertà e autonomia*".

Nell'epoca delle iperconnessioni virtuali, in bilico tra l'indifferenza collettiva e l'assuefazione allo spettacolo mediatico dell'infinito dolore del mondo, urge il richiamo a un'*etica dell'empatia* basata sui valori dell'ascolto e del legame. Papa Bergoglio la riassume nell'espressione "*il disarmo del cuore*", un gesto - afferma - che deve coinvolgere tutti gli esseri umani, dal primo all'ultimo, sì da segnare "*l'inizio di un nuovo mondo in cui ci scopriamo diversi, ma più uniti e più fratelli rispetto a quanto avremmo immaginato*".

FREMANEZUMAB NEI BAMBINI E NEGLI ADOLESCENTI CON EMICRANIA: DALL'EVIDENZA CLINICA ALLA PRATICA

Luigi Francesco Iannone

Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze, Università di Modena

L'emicrania è una delle malattie neurologiche più frequenti e disabilitanti. Non colpisce solo gli adulti, ma fino all'11% di bambini e adolescenti^[1]. Nella fascia pediatrica si associa a importanti conseguenze come assenze scolastiche, calo del rendimento, difficoltà di concentrazione e riduzione della qualità di vita, spesso paragonabile, se non superiore, a quella degli adulti (fig. 1). Nonostante l'impatto, le opzioni di trattamento preventivo disponibili per i più giovani sono state poche e insoddisfacenti^{[1] [2]}.



Fig. 1 - Bambino sofferente di mal di testa

Farmaci come topiramato, amitriptilina, propranololo o flunarizina sono stati utilizzati per anni, ma senza solide evidenze di efficacia in studi controllati pediatrici e con un profilo di tollerabilità non sempre ideale. Lo studio CHAMP^[3], ad esempio, ha mostrato che né topiramato né amitriptilina erano superiori al placebo nella riduzione degli attacchi nei bambini e adolescenti, evidenziando il grande bisogno di terapie più efficaci e sicure. La scoperta del ruolo centrale del CGRP (*calcitonin gene-related peptide*) nella fisiopatologia dell'emicrania ha cambiato radicalmente lo scenario terapeutico degli adulti^[4, 5]. Il CGRP è un neuropeptide che promuove vasodilatazione e nocicezione nel sistema trigeminovascolare. Bloccare l'azione, con anticorpi monoclonali diretti contro il ligando o il recettore o piccole molecole (gepanti) contro il recettore, ha dimostrato di prevenire in modo efficace gli attacchi^[6].

Il fremanezumab è un anticorpo anti-CGRP e si somministra per via sottocutanea. In adulti con emicrania episodica o cronica, ha dimostrato effi-

cacia e buona tollerabilità^[7]. Fino a pochi mesi fa, però, nessun anti-CGRP era stato approvato per la popolazione pediatrica.

Ad agosto 2025 la FDA (*Food and Drugs Administration*) ha approvato fremanezumab per la prevenzione dell'emicrania episodica nei bambini e adolescenti dai 6 ai 17 anni con peso ≥ 45 kg, rendendolo il primo anti-CGRP autorizzato in età pediatrica^[8]. La decisione si è basata sui risultati dello studio SPACE, un trial di fase 3, randomizzato e controllato con placebo^{[8] [7] [9, 10]}.

Nello studio, fremanezumab ha ridotto significativamente i giorni di emicrania e di cefalea mensili rispetto al placebo. Quasi la metà dei pazienti trattati ha raggiunto una riduzione $\geq 50\%$ della frequenza degli attacchi, un tasso di risposta molto simile a quello osservato negli adulti. Anche l'uso di farmaci sintomatici al bisogno è diminuito. Il profilo di sicurezza è risultato sovrapponibile a quello noto negli adulti con gli eventi avversi più comuni riportati quali reazioni locali al sito di iniezione. Gli eventi gravi sono stati molto rari e presenti uniformemente nel gruppo con trattamento e placebo^[9].

Il comportamento farmacocinetico del fremanezumab nei bambini è molto simile a quello degli adulti, con un'emivita di circa 30 giorni che giustifica la somministrazione mensile. La differenza principale riguarda il peso corporeo, che influenza in modo determinante l'esposizione al farmaco.

Infatti, modelli di farmacocinetica hanno mostrato che nei bambini < 45 kg sarebbe necessario un dosaggio di 120 mg al mese (non disponibile né approvato), mentre nei bambini e adolescenti ≥ 45 kg si usa il dosaggio di 225 mg al mese, uguale a quello degli adulti^[11, 12].

Questa strategia garantisce concentrazioni plasmatiche equivalenti a quelle degli adulti, evitando sia il rischio di sottodosaggio nei più piccoli sia quello di sovradosaggio nei soggetti con peso vicino a quello adulto^{[13] [11, 12]}.

Nel breve termine, fremanezumab appare sicuro e ben tollerato. Tuttavia, il CGRP svolge funzioni fisiologiche che vanno oltre la trasmissione del dolore. Infatti regola il tono vascolare, partecipa al metabolismo osseo, al controllo della crescita e allo sviluppo del sistema nervoso^[6]. Per questo motivo, l'uso

cronico di anti-CGRP nei bambini solleva interrogativi sul potenziale impatto a lungo termine su crescita, pubertà e maturazione degli organi.

Ad oggi non ci sono segnali di allarme, ma mancano dati a lungo termine. Sono in corso estensioni open-label dello studio SPACE e altri trial dedicati alla popolazione pediatrica. Solo la raccolta di dati prospettici pluriennali potrà chiarire se il blocco prolungato del CGRP in età evolutiva sia completamente sicuro.

L'approvazione di fremanezumab rappresenta perciò un punto di svolta per la cefalea pediatrica. Per la prima volta si dispone di una terapia preventiva mirata, basata su un meccanismo biologico chiaro e validato da trial clinici.

Bibliografia

1. Greene, K., S.L. Irwin, and A.A. Gelfand, *Pediatric Migraine: An Update*. *Neurol Clin*, 2019. **37**(4): p. 815-833.
2. Hershey, A.D., *Current approaches to the diagnosis and management of paediatric migraine*. *Lancet Neurol*, 2010. **9**(2): p. 190-204.
3. Powers, S.W., et al., *Trial of Amitriptyline, Topiramate, and Placebo for Pediatric Migraine*. *N Engl J Med*, 2017. **376**(2): p. 115-124.
4. Al-Hassany, L., et al., *Calcitonin gene-related peptide-targeting drugs for migraine: how pharmacology might inform treatment decisions*. *Lancet Neurol*, 2022. **21**(3): p. 284-294.
5. Ashina, M., *Migraine*. *N Engl J Med*, 2020. **383**(19): p. 1866-1876.
6. Evers, S., *CGRP in Childhood and Adolescence Migraine: (Patho)physiological and Clinical Aspects*. *Curr Pain Headache Rep*, 2022. **26**(6): p. 475-480.
7. Teva Pharmaceutical Inc, *Fremanezumab FDA prescribing information*. 2025.
8. Teva Pharmaceutical Inc. *FDA Approves Expanded Indication for AJOVY® (fremanezumab-vfrm), The First Anti-CGRP Preventive Treatment for Pediatric Episodic Migraine*. 2025 [cited 2025 27 Aug 2025]; Available from: <https://ir.tevapharm.com/news-and-events/press-releases/press-release-details/2025/FDA-Approves-Expanded-Indication-for-AJOVY-fremanezumab-vfrm-The-First-Anti-CGRP-Preventive-Treatment-for-Pediatric-Episodic-Migraine/default.aspx>.
9. Teva Pharmaceutical Inc, *A Study to Test if Fremanezumab is Effective in Preventing Episodic Migraine in Patients 6 to 17 Years of Age*. 2020, <https://ClinicalTrials.gov/show/NCT04458857>.
10. Teva Pharmaceutical Inc. *Fremanezumab Compassionate Use Program for Pediatric Patients (NCT03539393)*. 2025 [cited 2025 27 Aug 2025].
11. Cherniakov, I., et al., *A Pharmacokinetic Bioequivalence Study of Fremanezumab Administered Subcutaneously Using an Autoinjector and a Prefilled Syringe*. *Clin Pharmacol Drug Dev*, 2021. **10**(9): p. 1018-1027.
12. Cohen-Barak, O., et al., *Dose selection for fremanezumab (AJOVY) phase 3 pediatric migraine studies using pharmacokinetic data from a pediatric phase 1 study and a population pharmacokinetic modeling and simulation approach*. *Cephalalgia*, 2021. **41**(10): p. 1065-1074.
13. Jones, A., et al., *Scaling Approaches for Pediatric Dose Selection: The Fremanezumab (AJOVY®) Journey to Select a Phase 3 Dose Using Pharmacokinetic Data from a Phase 1 Study*. *Pharmaceutics*, 2021. **13**(6).

MAL DI TESTA E SCUOLA: PROBLEMA NASCOSTO O OPPORTUNITÀ DI PREVENZIONE?

Agnese Onofri, Psicologa clinica e della salute - PhD.

Università degli Studi dell'Aquila, Dipartimento DISCAB

La scuola è il luogo in cui bambini e adolescenti trascorrono gran parte della giornata ed è quindi un contesto privilegiato non solo per l'apprendimento, ma anche per la promozione della salute. Qui è possibile intercettare precocemente segnali di disagio fisico ed emotivo, tra cui le cefalee, che rappresentano uno dei disturbi più frequenti in età evolutiva (fig. 1).

Il mal di testa nei più giovani non è soltanto un sintomo doloroso: limita la partecipazione scola-



Fig. 1 - Bambino con cefalea in età scolare

stica, riduce la concentrazione, ostacola le attività quotidiane e può compromettere le relazioni sociali e familiari^[1].

Il burden delle cefalee pediatriche si estende anche alle famiglie: i genitori devono spesso affrontare preoccupazioni costanti, assenze lavorative e difficoltà organizzative, con un impatto significativo sulla qualità della vita di tutto il nucleo familiare. Studi recenti indicano che oltre il 60% dei ragazzi tra 8 e 18 anni ha sperimentato alme-

no un episodio di cefalea, con un impatto sulla qualità di vita paragonabile a quello di altre malattie croniche come asma o diabete. Nei casi di cefalea frequente, aumentano le assenze scolastiche e il rischio di percepirsi in condizioni di salute peggiori rispetto ai coetanei. Inoltre, già in età adolescenziale si osservano differenze di genere, con una prevalenza maggiore nelle ragazze, che riflette la successiva distribuzione osservata nella popolazione adulta^[2].

In questo contesto, la scuola può svolgere un duplice ruolo: educativo e di osservazione. Da un lato, i progetti di sensibilizzazione aiutano bambini e ragazzi a riconoscere e descrivere il dolore, favorendo il dialogo con insegnanti e genitori. Dall'altro, le attività scolastiche mirate offrono occasioni preziose per esprimere vissuti spesso difficili da verbalizzare. Un esempio significativo è stata l'esperienza promossa dal Dipartimento DISCAB dell'Università degli Studi dell'Aquila, in occasione della Giornata Nazionale del Mal di Testa promossa dalla SISC proprio quest'anno. Gli alunni di diverse scuole sul territorio sono stati invitati a partecipare a laboratori creativi e a rappresentare il proprio mal di testa attraverso il disegno, trasformando un sintomo silenzioso in uno

spazio di espressione e comprensione condivisa. Esperienze di questo tipo mostrano come le campagne di sensibilizzazione scolastiche possano ridurre lo stigma e il senso di isolamento, contribuendo a creare un ambiente più inclusivo e solidale. Un ruolo cruciale è ricoperto anche dagli insegnanti, che possono diventare figure sentinella, in grado di riconoscere segnali precoci di disagio legati al mal di testa, a patto che siano adeguatamente formati e supportati. Accanto alla sensibilizzazione, è fondamentale però disporre di dati affidabili sulla diffusione e sull'impatto delle cefalee. Studi epidemiologici condotti nelle scuole mostrano che circa 1 studente su 5 soffre di mal di testa almeno una volta alla settimana e che in molti casi il burden della malattia si riflette su rendimento scolastico e benessere psicosociale. Strumenti come il questionario HARSHIP (the Child and Adolescents Headache-Attributed Restriction, Disability, Social Handicap and Impaired Participation), adottato da tempo a livello europeo e validato oramai anche in italiano, consentono una raccolta standardizzata di dati, rendendo confrontabili le informazioni e supportando lo sviluppo di politiche sanitarie evidence-based^[3]. Affrontare le cefalee in età evolutiva non significa

solo ridurre l'impatto immediato sulla vita scolastica, ma anche prevenire il rischio di cronicizzazione in età adulta, con importanti ricadute sulla salute pubblica. Investire in programmi scolastici di sensibilizzazione e in progetti di screening epidemiologico significa investire nella salute dei giovani e nel futuro della comunità. La scuola può così diventare non solo un luogo di istruzione, ma anche un osservatorio privilegiato capace di promuovere benessere, prevenzione e resilienza.

Bibliografia

1. Onofri A, Pensato U, Rosignoli C, Wells-Gatnik W, Stanyer E, Ornello R, Chen HZ, De Santis F, Torrente A, Mikulenk P, Monte G, Marschollek K, Waliszewska-Proszól M, Wiels W, Boucherie DM, Onan D, Farham F, Al-Hassany L, Sacco S; European Headache Federation School of Advanced Studies (EHF-SAS). Primary headache epidemiology in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. J Headache Pain. 2023 Feb 14;24(1):8.doi: 10.1186/s10194-023-01541-0. PMID: 36782182; PMCID: PMC9926688.
2. Wöber-Bingöl C. Epidemiology of migraine and headache in children and adolescents. Curr Pain Headache Rep. 2013 Jun;17(6):341. doi: 10.1007/s11916-013-0341-z. PMID: 23700075.
3. Onofri A, Ornello R, Rosignoli C, Trozzi V, Adipietro MT, Germani B, D'Ambrosio M, Cascione C, Russo ME, Fani S, Ciuffini R, Sacco S. Headache diagnosis in children and adolescents: validation of the Italian version of the HARSHIP questionnaire. J Headache Pain. 2025 Jul 28;26(1):169. doi: 10.1186/s10194-025-02113-0. PMID: 40721728; PMCID: PMC12302833.

CASE REPORT

IL LUNGO PERCORSO PER UNA CORRETTA GESTIONE DELLA CEFALEA

IL CAMMINO DI ANASTASIO

Antonello D'Attoma
Neurologo ASL Bari – Ambulatorio multidisciplinare PTA Noci

L'Emicrania cronica rappresenta una patologia altamente disabling, caratterizzata spesso da refrattarietà ai trattamenti convenzionali, alto consumo di farmaci e bassa qualità di vita. L'avvento negli ultimi anni delle nuove terapie anti-CGRP ha contribuito a creare squarci di cielo sereno e a ridare prospettive di vita a una miriade di donne e uomini a cui la cefalea toglieva gioia quotidiana e prospettiva di futuro. La storia che sto per raccontare è il case report di Anastasio, un giovane di 25 anni, di professione personal trainer, emicranico da epoca adolescenziale, con un quadro clinico iniziale di emicrania senza aura a media frequenza, con importanti interferenze sul rendimento scolastico, pur con lunghi periodi di benessere, generalmente associati alle vacanze e al periodo estivo. Questo, almeno fino al 2020. Quando l'intera umanità faceva i conti con il Covid e le polemiche sui vaccini, costui, terminato l'impegno scolastico, si era arruolato nell'esercito, svolgendo turnazioni anche notturne. Certo è che da quel periodo in poi vi è stato un repentino aggravamento delle crisi emicraniche e quindi, molteplici visite presso gli ambulatori per le cefalee con relativa prescrizione di cure farmacologiche tradizionali – da cui il nostro paziente non ha tratto benefici. Di contro, oltre all'aumento della frequenza, durata e intensità delle crisi, Anastasio ha dovuto fare i conti con una fenomenologia emicranica sempre più complessa, per non parlare dei fastidiosi effetti collaterali delle diverse cure eseguite e del consumo elevato di triptani e FANS. La sua cefalea si è complicata, sono comparsi fenomeni di aura visiva e nuovi fattori scatenanti, come l'esercizio fisico che facilitava la comparsa di cefalea severa, cosa purtroppo insolita e insostenibile per un atleta (fig. 1). Tutti gli esami eseguiti, sono risultati nella norma: del resto è dal 2014 in poi che il giovane si è sottoposto a decine di esami e indagini diagnostiche di ogni tipo, in relazione alle sue crisi di mal di testa.

Posta la diagnosi di Emicrania cronica refrattaria, è stato avviato nell'ottobre 2023 alla terapia con anticorpi monoclonali (Galcanezumab), terapia che ha significativamente ridotto la sintomatologia emicranica, sia in termini di frequenza che di intensità delle crisi. Attualmente sono presenti quattro/cinque episodi mensili di cefalea moderata e, mediamente, un episodio al mese di cefalea severa, ma l'evoluzione clinica della sua patologia, negli ultimi due anni è stata complessa, anche in rapporto a quei fattori scatenanti di cui sopra. Anastasio, attualmente personal trainer di professione, ha sempre praticato regolare esercizio fisico, aerobico e anaerobico, senza problematiche sino al 2021. Quando la sua cefalea si è aggravata, probabilmente anche a causa delle terapie farmacologiche tradizionali eseguite, si è presentato un generale quadro di spossatezza marcata che ha comportato una necessaria riduzione di attività fisica, sino praticamente a sospenderla del tutto. Le rare sessioni residue praticate, tra l'altro, scatenavano in breve

tempo intensa e persistente cefalea, spesso preceduta da aura visiva, e "brain fog", costringendo il paziente alla immediata interruzione delle sedute di allenamento. In particolare, l'aumento della frequenza cardiaca oltre i 120 bpm, rappresentava il fattore limite scatenante più significativo, probabilmente associato a variazioni del circolo e della ossigenazione cerebrale. Senza scoraggiarsi, nel 2022 egli ha intrapreso un programma anaerobico con iniziale miglioramento del benessere psico-fisico, supportato da dieta mediterranea normocalorica: tale programma è stato comunque sospeso dopo 8 settimane, visto il successivo peggioramento clinico. Visite cardiologiche e visite sportive, tutto nella norma; il test da sforzo su cicloergometro è stato interrotto per esaurimento muscolare, residuando poi una severa cefalea e affaticamento persistente per 48 ore. Nel giugno 2024, Anastasio ha intrapreso un programma integrato di fisioterapia cervicale e allenamento aerobico, per migliorare la stabilità e la mobilità cervicale, con esercizi di mobilizzazione attiva e passiva del rachide cervicale, rinforzo dei muscoli profondi flessori e stabilizzatori cervicali, training propriocettivo, tecniche manuali per il rilascio miofasciale e il miglioramento dell'escursione articolare. L'attività fisica (corsa e camminata) è stata calibrata su frequenze cardiache controllate (media 120 bpm, picco 146 bpm), con iniziale buona risposta e riduzione della frequenza delle crisi, pur persistendo sporadici episodi post-allenamento, della durata massima di 72 ore. L'esercizio fisico mostra chiari segnali di adattamento: attualmente riesce a sostenere sessioni di corsa-camminata con intervalli di 1'30" senza superare la soglia critica di 146 bpm, mentre nei test iniziali raggiungeva la soglia già dopo 10 secondi. Nel 2024 ha completato il Cammino di Santiago, percorso noto per la intensità medio-alta, sviluppato su 200 km a dislivelli variabili. Durante l'intero percor-



Fig. 1 – Svolgere attività fisica può migliorare o scatenare il mal di testa.

so non si sono verificate crisi emicraniche dovute allo sforzo fisico, nonostante i picchi di 172 bpm in alcuni tratti. Indubbiamente l'aspetto esperienziale positivo e quello psicologico possono avere giocato un ruolo determinante nel risultato ottenuto, così come i fattori ambientali, il ritmo costante, probabilmente la ridotta stimolazione cognitiva, pur in un contesto di alterazione del ritmo del sonno e di alimentazione alterata, fattori notoriamente nemici degli emicranici. Attualmente il paziente mantiene una routine regolare di allenamento, con almeno 2 sedute setti-

manali miste, autoregolando l'intensità in base alle segnalazioni soggettive. Le tecniche fisioterapiche prima descritte, inizialmente associate ad insorgenza di cefalea anche per via della sensibilizzazione neuromuscolare presente, grazie alla progressiva ri-educazione motoria, hanno nel tempo portato a risultati favorevoli e all'adattamento progressivo alla attività fisica, con riduzione della latenza all'affaticamento, maggiore tolleranza agli sforzi intermittenti, migliore recupero tra le sedute, assenza di sintomi post-esercizio. A ciò si associa netto miglioramento

del tono dell'umore, della qualità del sonno, della capacità di concentrazione, della percezione soggettiva di maggiore controllo sulla patologia. La storia clinica di questa grave condizione emicranica ci consente di lanciare chiari messaggi, a partire dalla grande efficacia terapeutica dei farmaci anti-CGRP, dell'importanza dell'approccio multidisciplinare e del processo di "taking care" o presa in carico del paziente, ma innanzitutto l'importanza della forza d'animo, della compliance e della caparbia di Anastasio.

DOCUMENTARIO - UNA VITA A METÀ L'EMICRANIA TRA STIGMA SOCIALE E NUOVE OPZIONI TERAPEUTICHE

Il 4 Settembre u.s. è stato presentato in anteprima al Festival del Cinema di Venezia il documentario "UNA VITA A METÀ" che racconta cosa significhi vivere con una patologia complessa e invalidante quale l'emicrania, spesso considerata un "banale mal di testa". Chi soffre di emicrania invece ha attacchi di dolore così intenso da dover rimanere al buio, isolato, rinunciando a vivere momenti sociali, lavorativi, affettivi anche 15/20 giorni in un mese. In più il pregiudizio che condiziona la patologia fa sì che molti pazienti si vedano percepiti come persone pigre, svogliate, che inventano la scusa del mal di testa per non fare qualcosa.

Il documentario vuole esplorare queste dinamiche attraverso le testimonianze di persone comuni e personaggi noti come Saverio Raimondo, standup-per, attore e scrittore, Matteo Sartori, olimpionico di canottaggio (fig. 1) e Monica Guerzoni, giornalista

del Corriere della Sera che ci raccontano la loro vita in equilibrio fra luce e buio, fra dolore e continue sfide per non rinunciare ai propri progetti. Accanto a loro le voci dei clinici che ci raccontano la rivoluzione che la ricerca scientifica sta rendendo possibile, e cioè la messa a punto di farmaci specifici per l'emicrania, non solo farmaci antidolorifici come quelli utilizzati fino ad ora ma molecole dedicate che possono essere usate come profilassi per prevenire gli attacchi e restituire quindi giornate serene e libere dal dolore ai pazienti. Il documentario scritto e prodotto da Donatella Romani e Roberto Amato di Medicina e Informazione e prodotto da Telomero Produzioni dopo l'anteprima al Festival di Venezia sarà in onda in tv e disponibile sulle piattaforme di streaming nelle prossime settimane.

[PER VISUALIZZARE IL TRAILER CLICCA QUI.](#)



Fig. 1 - Il canottiere Matteo Sartori

PARMA, CITTÀ D'ARTE E DI CULTURA GASTRONOMICA

Cultura e gastronomia sono i due elementi che rendono Parma una città dal fascino unico e indimenticabile.

Tra i siti iconici da non perdere citiamo in primis il **Duomo di Parma** con l'imponente facciata in stile romanico e le sue opere d'arte, tra cui spicca la cupola con gli affreschi del Correggio (*l'Assunzione della Vergine*). A pochi passi si trova il **Battistero**, in stile romanico, dalla forma ottagonale, rivestito di marmo rosa di Verona, ricco di bassorilievi che evocano storie bibliche e allegoriche.

Il **Palazzo della Pilotta** è un complesso monumentale costruito dai Farnese nel XVI secolo.

All'interno, da non perdere il **Teatro Farnese**, edificato in legno, che stupisce per la sua grandiosità e l'unicità dello stile architettonico.

Nello stesso complesso è ubicata la **Galleria Nazionale** che custodisce una vasta collezione di opere, tra cui capolavori di artisti come Tiepolo, Canaletto e molti altri.

Per gli appassionati di storia, il **Museo Archeologico** offre una panoramica affascinante sulla storia della regione.

Per una passeggiata rilassante, ideale è il **Parco Ducale**, un'oasi di pace e tranquillità nel cuore della città, creato nel XVI secolo dalla famiglia Farnese.

Sul parco si affaccia il **Palazzo Ducale**, con la sua elegante architettura, un tempo residenza dei duchi di Parma.

Da visitare, infine, il **Teatro Regio di Parma**, fondato nel 1829, uno dei templi della lirica italiana, luogo di culto per gli appassionati dell'opera.

Una visita a Parma non può dirsi completa senza aver assaporato due simboli gastronomici di eccellenza: il **Parmigiano Reggiano**, il re dei formaggi italiani, famoso in tutto il mondo per il sapore unico e una lunga tradizione artigianale; il **Prosciutto di Parma**, un crudo apprezzato per il suo sapore dolce e delicato.



Giornale delle Cefalee

ANNO XXI • N. 3 Novembre • 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).