



CEFALEE TODAY

for the research on headache and clinical neuroscience

N. 113 MAGGIO 2018

**EMICRANIA, MALATTIE
VASCOLARI E
CONTRACCETTIVI:
CONOSCERE E CAPIRE IL
LEGAME**

SIMONA SACCO- pag. 2

CEFALEE ED ALGOLOGIA

MAURIZIO EVANGELISTA - pag. 4

NETWORK ITALIANO

CEFALEE

RIABILITY GROUP – SUZZARA
(MN) E S. GIOVANNI IN
PERSICETO (BO) - pag. 5

**SOSTIENI LA RICERCA,
DONA IL TUO 5X1000!** - pag. 5



DIRETTORE SCIENTIFICO

Ennio Pucci (Pavia)

DIRETTORE RESPONSABILE

Silvia Molinari (Pavia)

DIRETTORE EDITORIALE

Roberto Nappi (Pavia)

COMITATO EDITORIALE

Marta Allena (Pavia)

Filippo Brighina (Palermo)

Biagio Ciccone (Saviano)

Alfredo Costa (Pavia)

Vittorio di Piero (Roma)

Maurizio Evangelista (Roma)

Enrico Ferrante (Potenza)

Federica Galli (Milano)

Nataschia Ghiotto (Pavia)

Guido Giardini (Aosta)

Rosario Iannacchero (Catanzaro)

Armando Perrotta (Pozzilli)

Paolo Rossi (Grottaferrata)

Grazia Sances (Pavia)

Elisa Sancisi (Ferrara)

Marzia Segù (Pavia)

Cristina Tassorelli (Pavia)

Cristiano Termine (Varese)

Michele Viana (Novara)

SEGRETERIA

Gabriele Zecca (Pavia)

Per informazioni:

Alleanza Cefalalgici (Al.Ce.)

c/o Biblioteca

IRCCS Fondazione Istituto Neurologico

Nazionale C. Mondino

Via Mondino 2 – 27100 Pavia

E-mail: alcegroup@cefalea.it

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

Bollettino di informazione bimestrale

Emicrania, malattie vascolari e contraccettivi: conoscere e capire il legame

Simona Sacco



Prof.ssa Simona Sacco
Università degli Studi
dell'Aquila – Dipartimento di
Scienze Cliniche Applicate e
Biotecnologiche

• L'EMICRANIA È UNA PATOLOGIA CHE METTE A RISCHIO DI EVENTI VASCOLARI?

L'emicrania è una patologia che può essere molto disabilitante per chi ne soffre, ma che in genere è considerata benigna. Tuttavia, ormai da molti anni, i dati scientifici indicano che i soggetti con emicrania rispetto alle persone senza emicrania hanno un rischio più elevato di avere malattie cardiovascolari come ictus ed infarto, patologie invece che possono essere fatali o disabilitanti. Il rischio è particolarmente evidente nei soggetti con emicrania con aura, ma sussiste anche se in minore entità per i soggetti con emicrania senza aura.

I meccanismi che sottendono a questo aumento del rischio non sono ancora del tutto noti, ma è verosimile che l'ipereccitabilità tissutale propria dell'emicrania, e che sottende la patologia stessa, si associ ad una più bassa soglia per gli eventi ischemici.

Vari fattori concomitanti, quali ad esempio disturbi trombofilici, forame ovale pervio, uso di contraccettivi contenenti estrogeni, dissezioni vascolari, potrebbero in vario modo concorrere al verificarsi di eventi vascolari.

• IL RISCHIO È ALTO O BASSO?

Globalmente, il rischio in termini assoluti di avere un evento vascolare negli emicranici non è elevato e pertanto non c'è bisogno di allarmismi in chi ne soffre. Tuttavia, vista l'elevata prevalenza di emicrania nella popolazione generale, la patologia ha un ruolo rilevante tra i possibili fattori di rischio per ictus.

Ad oggi non ci sono test o esami diagnostici che ci possono permettere di identificare chi sono i soggetti con emicrania che svilupperanno un evento vascolare. I dati scientifici ci dicono che avere un'emicrania con aura in fase attiva ed un elevato numero di attacchi potrebbero essere marcatori di maggior rischio, ma ci sono anche tanti soggetti con emicrania con aura ad alta frequenza che non avranno mai un evento vascolare e pertanto tale criterio non riveste un ruolo discriminante certo.

Ad oggi non sono state identificate terapie in grado di ridurre il rischio vascolare nei soggetti con emicrania e non è noto se le terapie preventive per l'emicrania stessa, che riducono frequenza e severità degli attacchi, siano in grado contestualmente anche di ridurre il rischio vascolare correlato alla patologia. I classici farmaci di prevenzione cardiovascolare, come ad esempio gli antiaggreganti piastrinici, non sono indicati per la prevenzione in rapporto alla sola presenza di emicrania e vanno assunti solo se ci sono indicazioni aggiuntive. L'aspetto però di prioritaria importanza è l'identificazione di tutti quei fattori che possono concorrere all'aumento del rischio. Tra questi fattori un ruolo importante spetta ai contraccettivi ormonali.

• E' APPROPRIATO L'USO DEI CONTRACCETTIVI ORMONALI NELLE DONNE CON EMICRANIA?

In effetti anche i contraccettivi ormonali contenenti estrogeni sono stati associati ad un aumento del rischio di malattie vascolari ed in particolare di ictus cerebrale ischemico.

Chi lavora nelle stroke unit ha esperienza di donne in età giovane che presentano un evento ischemico cerebrale ed il cui unico fattore di rischio identificabile per l'evento è l'uso di un contraccettivo ormonale contenente estrogeni.

Anche in questo caso, considerando l'elevato numero di donne che usano contraccettivi, solo una minoranza sviluppa eventi vascolari, ma, data la gravità dell'evento, anche i bassi numeri meritano la dovuta attenzione.

Il binomio tra contraccettivo contenente estrogeni ed emicrania è particolarmente a rischio in quanto i due fattori si potenziano vicendevolmente nell'incrementare il rischio. Una donna con emicrania con aura ha un rischio doppio rispetto ad una donna non emicranica di avere un ictus; questo rischio aumenta fino a 6 volte se la donna assume un contraccettivo ormonale contenente estrogeni. L'incremento diviene ancora maggiore se la stessa donna soffre di emicrania, fuma ed assume il contraccettivo estroprogestinico; in questo caso il rischio è dieci volte superiore.

• L'EMICRANIA È DUNQUE UNA CONTROINDICAZIONE?

Il rischio di eventi vascolari correlato all'uso di contraccettivi contenenti estrogeni è più evidente per le donne con emicrania con aura e meno evidente per le donne con emicrania senza aura per cui le linee guida internazionali considerano l'emicrania con aura una controindicazione all'assunzione di contraccettivi ormonali con estrogeni e l'emicrania senza aura una controindicazione assoluta solo in presenza di fattori di rischio aggiuntivi (e.g. fumo, ipertensione, dislipidemia, diabete).

• DA QUESTO PUNTO DI VISTA I CONTRACCETTIVI SONO TUTTI UGUALI?

No. In realtà non tutti i contraccettivi sono equivalenti dal punto di vista di rischio cardiovascolare.

I contraccettivi che sono stati associati ad un aumento del rischio sono quelli contenenti etinilestradiolo un estrogeno sintetico. Peraltro il rischio dipende dal dosaggio di etinilestradiolo. I contraccettivi ad alte dosi ($\geq 50 \mu\text{g}$ di etinilestradiolo) che oggi si usano molto poco sono quelli a maggior rischio, mentre i contraccettivi con dosi minori di etinilestradiolo sono stati comunque associati ad un incremento del rischio di ictus che però è di minore entità.

Il rischio vascolare è presente sia per le formulazioni orali (la pillola estroprogestinica) che per le formulazioni diverse, quali il cerotto o l'anello vaginale, che comunque comportano un assorbimento per via sistemica del principio attivo.

Per i contraccettivi che contengono estrogeni naturali diversi dell'etinilestradiolo quali l'estradiolo valerato ed il 17β estradiolo, i dati non sono certi, ma non si può escludere un aumento del rischio per cui al momento attuale vanno considerati alla stregua dell'etinilestradiolo per quanto riguarda il rischio di ictus.

• ALLE DONNE EMICRANICHE QUALE CONTRACCETTIVO È CONSIGLIATO?

Nelle donne con emicrania una soluzione contraccettiva sicura è rappresentata, oltre che dai contraccettivi non ormonali, anche dai contraccettivi ormonali a base di solo progestinico.

I contraccettivi a base di solo progestinico includono pillole da assumere per via orale, impianti sottodermici, iniezioni e dispositivi intrauterini. Questi non comportano un aumento del rischio di ictus e possono essere utilizzati anche dalle donne con emicrania con aura o dalle donne con emicrania senza aura con fattori di rischio aggiuntivi. Bisogna considerare che alcune donne hanno necessità di assumere l'estroprogestinico non per motivi contraccettivi, ma per motivi medici (e.g. ovaio policistico, endometriosi, dismenorrea).

In questi casi il rapporto rischio-beneficio è diverso e la decisione sull'opportunità di uso va presa caso per caso, informando la paziente coinvolta. Quando una donna incomincia a presentare emicrania, in particolare con aura, a seguito dell'inizio dell'uso del contraccettivo, è necessaria una valutazione specialistica ed in molti casi la sospensione o sostituzione del contraccettivo.

• COME È ATTUALMENTE GESTITA L'ASSOCIAZIONE TRA EMICRANIA E CONTRACCETTIVI?

Il problema dell'uso dei contraccettivi nelle donne con emicrania non è di poco conto. I contraccettivi sono generalmente prescritti dai ginecologi. Non tutti i ginecologi possiedono una sufficiente esperienza per poter riconoscere e diagnosticare un'emicrania e per stabilire se è presente o no l'aura. Spesso le donne stesse che soffrono di emicrania non ne sono consapevoli in quanto è una condizione ampiamente sotto diagnosticata. Molte donne considerano normale il soffrire di cefalea soprattutto in concomitanza del ciclo mestruale, mentre la situazione molto spesso sottende la presenza di una forma di emicrania.

Spesso le donne con emicrania ritengono erroneamente di soffrire di attacchi di sinusite o di cefalea correlata a patologia della colonna cervicale. In realtà, queste forme di cefalea sono piuttosto rare ed anche in questi casi c'è molto spesso un errore diagnostico che maschera una diagnosi corretta di emicrania.

Altre volte alcune donne pensano che la loro cefalea sia dovuta solo a stress o a fattori alimentari, mentre questi sono solo fattori che possono favorire l'attacco emicranico, ma che non sono in grado di generare la cefalea se non associati ad un substrato emicranico.

• COME SI PUÒ MIGLIORARE LA SITUAZIONE?

E' necessario aumentare la cultura dell'emicrania per ridurre il numero di casi che non sono adeguatamente diagnosticati. D'altro canto, nei centri cefalee e negli ambienti neurologici dove è presente una cultura dell'emicrania manca invece spesso una conoscenza appropriata dei contraccettivi. I medici non hanno familiarità con la prescrizione e l'ottimizzazione di questi regimi terapeutici, mancanza che può comportare svantaggi per le pazienti.

Infatti i contraccettivi, oltre a poter essere associati a dei rischi vascolari come già illustrato, possono associarsi ad effetti, positivi o negativi, sulla stessa emicrania.

Molto spesso, l'uso di contraccettivi va a peggiorare la sintomatologia emicranica, andando a causare attacchi che si verificano particolarmente nei giorni in cui il contraccettivo viene sospeso. In questi casi, usare strategie contraccettive che prevedono cicli estesi con riduzione dell'intervallo libero dal farmaco può portare ad un miglioramento della sintomatologia emicranica.

Inoltre, alcuni tipi di contraccettivi, come ad esempio la pillola con il solo progestinico desogestrel, è stata associata in studi piloti ad un beneficio sulla sintomatologia cefalalgica.

In conclusione, quindi il binomio emicrania-uso di contraccettivi è di comune riscontro in quanto entrambe le situazioni sono di pertinenza delle donne in età fertile.

Per ottimizzare l'uso di questi farmaci, evitando rischi e apportando i necessari benefici alla donna, è necessaria una conoscenza ed un'esperienza che si estende sia all'ambito cefalalgico che ginecologico e che in alcuni contesti richiede la collaborazione di differenti specialisti.

Cefalee ed Algologia

Maurizio Evangelista



Prof. Maurizio Evangelista
Direttore UO Terapia del
Dolore
Università Cattolica del Sacro
Cuore/CIC, Roma

Da molti anni Cefalee ed Algologia (Medicina del dolore) sono considerate, sia dal punto di vista del Paziente che del Clinico, come due entità tra loro distinte con diagnosi e gestione ad esclusivo appannaggio, rispettivamente, del Neurologo e del Medico del dolore.

Questa rappresentazione, alla luce dei risultati raggiunti dalla ricerca di base e di quella clinica, non è più in linea con una moderna interpretazione della cronicità e richiede un vero e proprio "viraggio" culturale.

Bisognerebbe invece chiedersi: cosa sono le cefalee, quando non acute e

sintomatiche, se non una rappresentazione clinica di una malattia "di per sé" in cui il dolore non sta avvisando di nessun pericolo reale?

E cosa è un dolore cronico, non secondario a nessuno stimolo doloroso "nocicettivo", se non l'espressione clinica di una malattia in cui non c'è più una causa o la stessa non dovrebbe essere in grado di generare dolore così "smisurato" (allodinia, iperalgesia)?

A parte un mero criterio topografico, un dolore cronico (neuropatico o con fenotipo neuropatico della schiena, ad esempio) in cosa si distingue da una cefalea cronica? A ben guardare, la copiosa letteratura esistente, sebbene di differente provenienza dottrinarie e specialistica, documentando numerose analogie (di tipo epidemiologico e patogenetico), suggerisce la necessità di un conseguenziale atteggiamento, diagnostico e terapeutico, più sinergico tra le due discipline mediche che storicamente si dedicano a cefalee e medicina del dolore.

Il primo e forse più importante elemento di condivisione è il fatto che entrambe sono capaci di generare un impatto negativo, di grado molto elevato, sul "quoad valetudinem" piuttosto che sul "quoad vitam". Le cefalee, come il dolore cronico, non ti uccidono, ma non ti fanno vivere in maniera "adeguata".

Molto spesso, l'incapacità della diagnostica strumentale di documentare gli specifici meccanismi (prevalentemente molecolari e cellulari) rende i pazienti cefalalgici e quelli con dolore cronico "scarsamente credibili" a livello medico, professionale, sociale e li costringe ad un progressivo isolamento.

In entrambi i casi, sebbene siano patologie di interesse primario per la politica sanitaria della nazione, è possibile parlare di malattie sottodimensionate e sottodiagnosticate. In entrambi i casi si evidenzia, però, un aumento dei costi diretti, ma soprattutto di quelli indiretti, con un enorme effetto negativo sia per il sistema Sanitario sia, soprattutto, per il "Sistema Paese", che deve farsi carico dei costi associati alla marcata diminuzione della qualità della vita succedanea alla grave disabilità bio-psico-sociale derivata dalla sottodiagnosi e dal sottotrattamento.

Il mal di testa ed il dolore cronico non oncologico sono invece due

paradigmi di malattia cronica, responsabili di un danno a carico non solo dell'individuo (disabilitato non solo nella sfera strettamente biologica ma anche in quella psicologica, professionale, sociale e relazionale), ma anche della Società nel suo insieme. Entrambe, cefalea e dolore cronico non oncologico, causano alterazioni dell'equilibrio psicologico, depressione secondaria, perdita di ruoli sociali e professionali, che, nei casi più gravi (circa il 20%), possono determinare in una prima fase una riduzione delle mansioni lavorative, fino a giungere, così come documentato in letteratura, al licenziamento.

Cefalee e dolore cronico, anche se distinti secondo un criterio topografico, condividono molti meccanismi e fasi fisiopatogenetiche. Uno dei campi più attuali in cui convergono neurologi e terapisti del dolore è quello della neuroinfiammazione e della sensibilizzazione centrale, due meccanismi chiave per l'attivazione, il mantenimento e la successiva perpetuazione del dolore.

Il dolore come sintomo, filogeneticamente responsabile dell'omeostasi dell'organismo contro il danno reale o potenziale, diventa una malattia inutile senza alcun significato protettivo. Un altro importante passaggio patogenetico condiviso è quello dei meccanismi neuroimmuni, che collegano il sistema immunitario con il sistema nervoso centrale.

Infine, numerosi contributi della letteratura scientifica internazionale evidenziano la necessità di modificare l'approccio terapeutico che va orientato non più, e non solo, secondo il criterio etiologico ma secondo quello semeiotico (fenotipo del dolore: segni e sintomi specifici di tipi di meccanismi, multipli e coesistenti, in quello specifico momento). Ciò consentirebbe una prescrizione più appropriata, una maggiore efficacia terapeutica e la conseguenziale possibilità di "tornare alla vita di tutti i giorni".

Sia per le cefalee che per il dolore cronico, un protocollo terapeutico, poiché orientato a recuperare disabilità piuttosto che ad ottenere un'improbabile "analgesia totale", dovrebbe inoltre essere efficace e sostenibile sia in termini di aspetto biologico (rapporto efficacia / sicurezza) sia di praticabilità (minima interferenza con la vita professionale, relazionale e sociale). E questo un aspetto, insieme ai precedenti, che unisce nei metodi e negli obiettivi i due "apparentemente differenti" Specialisti e Pazienti dedicati.

Tutti gli aspetti sopra menzionati sono ugualmente importanti, ma uno di essi può prevalere sugli altri in base alle caratteristiche ed al personale "Universo" del paziente. Da ciò deriva un altro aspetto condiviso: il concetto di terapia "dinamica" personalizzata e condivisa, in cui il medico (neurologo o medico del dolore), una volta individuati gli obiettivi realistici che il paziente vuole raggiungere, deve definire il miglior protocollo possibile basandosi sulla sua esperienza e sui trattamenti disponibili, nonché periodicamente rivalutare l'andamento clinico al fine di apportare modifiche o integrazioni alla terapia, se necessario.

In conclusione, gli aspetti condivisi tra cefalea e dolore cronico non oncologico sono significativamente maggiori di quelli che li dividono. Cefalee e dolore cronico non sono due entità nettamente distinte, ma due differenti espressioni di quadri patologici in cui è possibile identificare dei minimi comuni denominatori (cronicità, disabilità bio-psico-sociale indotta dal dolore, impatto socio-economico generato, necessità di approccio inter e multidisciplinare per la strutturazione e gestione di protocolli terapeutici) che diventano i veri bersagli da colpire per ottenere quel miglioramento della Qualità della Vita che il Paziente, vero fine di questa Alleanza inter e multidisciplinare, ci chiede.

Network Italiano Cefalee



RIABILITY GROUP –
Suzzara (Mantova) e
S. Giovanni in Persiceto (BO)

Riability Group è un Poliambulatorio specialistico olistico libero-professionale, che si avvale di Neurologi addestrati ad operare secondo i criteri diagnostici e terapeutici della Int. Headache Society, Psicologi, Psichiatri, Fisiatri, Reumatologi, Gnatologi, Biologi con indirizzo nutrizionale ed enzimologico-biodinamico, Fisioterapisti con formazione avanzata in terapia manuale ortopedica, Osteopati, Podologi. Peculiarità del poliambulatorio è il lavoro in équipe prendendo in carico il paziente a 360°, non solo dal punto di vista clinico ma anche dal punto di vista biomeccanico posturale e, quando la situazione lo richieda, visite in collegialità, secondo un meccanismo collaudato che si avvale di strumentazioni all'avanguardia in ambito posturologico/biomeccanico, in grado di diagnosticare disfunzioni di mobilità cervicali o cranio-mandibolari associate a cefalea tensiva, emicrania e patologie comorbide. Il Centro si avvale di sistemi computerizzati per la raccolta e la conservazione dei dati clinici e, in relazione alla patologia cefalalgica, di procedure di monitoraggio dei caratteri di intensità, frequenza, durata delle crisi di cefalea (carte-diario mensili), consumo farmaci, reazioni avverse, efficacia delle terapie, monitoraggio dei principali fattori facilitanti e scatenanti, con programmazione per il paziente di orari di attività, orari dei pasti (e relative caratteristiche dietologiche) e suggerimenti sui cicli sonno-veglia.

Strumentazioni elettromedicali in dotazione: spinometria formetric 4d e 4d motion, baropodometria elettronica e stabilometrica, trattamento con ioniterapia tissutale ioniflex

Strumentazioni elettromedicali in dotazione: spinometria formetric 4d e 4d motion, baropodometria elettronica e stabilometrica, trattamento con ioniterapia tissutale ioniflex

Responsabile: Gloriana Turazza (Tecnico ortopedico, Master in Posturologia clinica)

Collaboratori: Gianfranco Marchesi (Specialista in Neurologia, Psichiatria, Fisiatria e Fisiocinesiterapia ortopedica), Ennio Pucci (Specialista in Neurologia e Medicina del Lavoro), Giovanni Del Sante, (Specialista in Reumatologia), Paolo Tinarelli (Osteopata), Mariele Ruffoli (Gnatologo), Maria Scola Gagliardi (Biologo nutrizionista), Daniele Zecchinato (Podologo).

Contatti: info@riabilitygroup.it - sito web www.riabilitygroup.it

Sede: Via Marangoni 5 - Suzzara (MN) e Via Guardia Nazionale, 12 - 40017 S. Giovanni in Persiceto (BO)

Per informazioni e prenotazioni:

Tel. 0376 532 686 - Fax: 0376 536 701 (Sede di Suzzara)

Tel. 051 6871477 Fax 051 6875536 (Sede di S. Giovanni in Persiceto)

ORARI: (su appuntamento) dal lunedì al venerdì 9-13 15.30-19.30, sabato 9-13



Sostieni la Ricerca, dona il tuo 5x1000!

Un piccolo gesto di grande valore.

Anche quest'anno è possibile destinare alla Fondazione CIRNA Onlus il 5 per mille sulla dichiarazione dei redditi 2018. E' sufficiente trascrivere il **codice fiscale 10242930153** nel riquadro dedicato al sostegno del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale presente nell'allegato ai moduli 730, UNICO persone fisiche, ovvero apposita scheda allegata al CUD e apporre la propria firma (senza la quale la scelta sarà considerata nulla!).

Un piccolo gesto di grande valore.

SCELTA PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF (in caso di scelta FIRMARE in UNO degli spazi sottostanti)

<p>Sostegno del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale e delle associazioni e fondazioni riconosciute che operano nei settori di cui all'art. 107, comma 1, lett. a) del D.Lgs. n. 460 del 1997</p> <p>FIRMA <u>Franco Rossi</u></p> <p>Codice fiscale del beneficiario (eventuale) <u>10242930153</u></p>	<p>Finanziamento della ricerca scientifica e dell'università</p> <p>FIRMA <u>Firma</u></p> <p>Codice fiscale del beneficiario (eventuale) _____</p>
<p>Finanziamento della ricerca sanitaria</p> <p>FIRMA _____</p> <p>Codice fiscale del beneficiario (eventuale) _____</p>	<p>Sostegno alle attività di tutela, promozione e valorizzazione dei beni culturali e paesaggistici</p> <p>FIRMA _____</p> <p>Codice fiscale del beneficiario (eventuale) _____</p>
<p>Sostegno delle attività sociali svolte dal comune di residenza del contribuente</p> <p>FIRMA _____</p> <p>Codice fiscale del beneficiario (eventuale) _____</p>	<p>Sostegno alle associazioni sportive dilettantistiche riconosciute ai fini sportivi dal CONI a norma di legge, che svolgono una rilevante attività di interesse sociale</p> <p>FIRMA _____</p> <p>Codice fiscale del beneficiario (eventuale) _____</p>

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
Massimo Radaelli (CIRNAOnlus)
radamass1@gmail.com

PROVIDER ECM
Symposia Meeting & Congress (Roma-Catanzaro)
segreteria@symposiamc.it

SEGRETERIA OPERATIVA LOCALE
Silvia Nisticò (Soverato)
silnisticò@gmail.com



Calabria: La terra di Pitagora

PRESIDENTI ONORARI
Giuseppe Nappi (Pavia)
Giuseppe Nisticò (Roma)

COMITATO SCIENTIFICO
Francesco Maria Avato (Univ. Ferrara)
Umberto Balottin (Univ. Pavia - IRCCS Mondino)
Fabio Blandini (IRCCS Mondino - Pavia)
Mario Borghese (Univ. Cordoba - RA)
Domenico Conforti (Univ. Calabria Cosenza)
Paolo Cristiani (CBIM - Pavia)
Vincenzo Guidetti (Univ. Roma La Sapienza)
Rosario Iannacchero (Az. Osp. Pugliese - Ciacco Catanzaro)
Nicola Leone (Univ. Calabria Cosenza)
Steven Nisticò (Univ. Magna Grecia Catanzaro)
Sergio Petrillo (Dip. Salute Regione Calabria)
Liliana Rizzo (Dip. Salute Regione Calabria)
Giorgio Sandrini (Univ. Pavia - IRCCS Mondino)
Santiago Spadafora (Univ. Lasalus Buenos Aires - RA)
Cristina Tassorelli (Univ. Pavia - IRCCS Mondino)

COORDINAMENTO
Rosario Iannacchero (Az. Osp. Pugliese - Ciacco Catanzaro)

COMITATO ORGANIZZATORE
Antonio Armentano (Az. Osp. Reggio Calabria)
William Auteri (Az. Osp. Cosenza)
Domenico Bosco (Az. Sanitaria Provinciale Crotone)
Umberto Cannistrà (Az. Osp. Catanzaro)
Cherubino Di Lorenzo (Univ. Roma La Sapienza)
Oreste Gualtieri (Terme di Repole - Crotone)
Roberto Lacava (Az. Sanitaria Provinciale Catanzaro)
Antonio Lavitola (Az. Sanitaria Provinciale Catanzaro)
Franco Lucchese (Univ. La Sapienza Roma)
Dorotea Musolino (Az. Sanitaria Provinciale Vibo Valentia)
Sandra Paglionico (Az. Provinciale Cosenza)
Francesco Peltrone (Az. Osp. Catanzaro)
Ermanno Pisani (Az. Osp. Cosenza)
Ennio Pucci (Univ. Pavia - IRCCS Mondino)
Fortunata Tripodi (Az. Sanitaria Provinciale Reggio Calabria)



Neuroscienze in rete:
Polis, Ricerca, Salute e Società

I Simposi di Confinia
cephalalgica et neurologica

La Centralità del Paziente

PROGRAMMA PRELIMINARE

Soverato (CZ)
Hotel S. Domenico
12-13 ottobre 2018



Venerdì 12 ottobre

8.30 Apertura dei lavori

9.00 - 10.30 **SESSIONE I**
PDTA CEFALEE DELLA REGIONE CALABRIA: CENTRALITÀ DEL PAZIENTE
MODERATORI: **Bruno Zito**, Direttore Generale Dipartimento alla Salute, Catanzaro
Daniele Bosone, Direttore Sanitario IRCCS Mondino, Pavia

- **Rosario Iannacchero** (Catanzaro)
Pianificazione e gestione clinica integrata del paziente cefalalgico
- **Stefania Pezzi** (Pavia)
La piattaforma Alcmeone a supporto dell'empowerment del paziente e dei processi di diagnosi e trattamento
- **Nicola Leone** (Cosenza)
Intelligenza artificiale a supporto della diagnostica medica
- **Domenico Conforti** (Cosenza)
Strumenti di pianificazione dei Servizi Sanitari nei PDTA

Discussione

10.30 - 11.00 PAUSA CAFFÈ

11.00 - 12.30 **SESSIONE II**
CEFALEE CRONICHE E MEDICINA DEL DOLORE: STRUMENTI TERAPEUTICI NEL TRATTAMENTO DELL'EMICRANIA
MODERATORI: **Pietro Antonio Ricci** (Catanzaro), **Rosario Iannacchero** (Catanzaro)

- **Nicola Mercuri** (Roma)
Mecanismi cellulari comuni tra emicrania ed epilessia. Implicazioni terapeutiche
- **Santo Grotzeri** (Catanzaro)
Rosa Maria Gaudio (Ferrara)
Cannabis e derivati: aspetti farmacologici e aspetti medico-legali
- **Filippo Brighina** (Palermo)
Interesse e limiti delle tecniche innovative di neurostimolazione nel trattamento del dolore emicranico

Discussione

12.30 - 13.00 Lettura Magistrale
DIFFERENZE DI GENERE E CORRELATI PNEI PER UN INVECCHIAMENTO DI SUCCESSO
PRESENTA: **Antonio Aversa** (Catanzaro)
Alfredo Costa (Pavia)

13.00 - 14.15 **LIGHT LUNCH**

14.15 - 17.00 **SESSIONE III**
CUTE E SISTEMA NERVOSO CENTRALE
MODERATORI: **Stefano Calvieri** (Roma), **Steven Nisticò** (Catanzaro)

14.15 - 14.30 Introduzione
Steven Nisticò (Catanzaro)

14.30 - 15.00 Lettura Magistrale
SINDROMI NEURO CUTANEE: IL RAPPORTO EMBRIONALE TRA CUTE E SNC
Stefano Calvieri (Roma)

15.00 - 15.20 **Andrea Chiricozzi** (Pisa)
Psoniasi: immunopatogenesi e farmaci biologici

15.20 - 15.40 **Alfredo Costa** (Pavia)
Le sindromi Psico cutanee secondo la classificazione del DSM-V: prospettive cliniche e strategie terapeutiche

15.40 - 17.00 Tavola rotonda e discussioni
ASSOCIAZIONI PAZIENTI; Giancarlo Valenti, Catanzaro; Eugenio Provenzano, Cosenza; Lorenzo Donato, Crotone; Giovanna Malara, Reggio Calabria; "HeLLeR" (PSORIASIS HELP LEAGUE), Milano.

17.00 - 17.30 Lettura Magistrale
COMORBIDITÀ TRA EMICRANIA ED ICTUS
Antonio Carolei (L'Aquila)
Antonio Siniscalchi (Cosenza)

PRESENTA: **Antonio Siniscalchi** (Cosenza)

17.30 CHIUSURA DEI LAVORI

18.00 - 20.00 CONFERENZA STAMPA

20.30 - 22.30 DINNER PARTY

Sabato 13 ottobre

9.00 - 10.40 **SESSIONE IV**
COMORBIDITÀ EMICRANICA E DISTURBI DEL SONNO
MODERATORI: **Vincenzo Guidetti** (Roma), **Umberto Balottin** (Pavia)

- **Raffaele Menni** (Pavia), **Michele Terzaghi** (Pavia)
Melatonina e disturbi del sonno
- **Oliviero Bruni** (Roma)
Disturbi del sonno in età evolutiva
- **Rosa Marotta** (Catanzaro)
Profilo clinico-comportamentale del bambino con cefalea

10.40 - 10.50 Discussione

10.50 - 11.00 PAUSA CAFFÈ

11.00 - 11.40 **SESSIONE V**
30 ANNI DI RICERCHE CIRNA TRA L'ITALIA E I PAESI DELLE AMERICHE LATINE
MODERATORI: **Giuseppe Nisticò** (EBPI, Roma), **Giacomo Brencati** (Azienda Sanitaria Provinciale, Reggio Calabria)

- **Franco Lucchese** (Roma), **Mario Borghese** (Cordoba), **Santiago Spadafora** (Buenos Aires), **Paolo Cristiani** (Pavia), **Antonio Del Canton** (Pavia), **Giuseppe Nappi** (Pavia - Roma)
Dal Progetto Intergovernativo Colombo 2000 Genetica e Ambiente (1995-2005) ai Progetti EU 2006-2020 COMOESTAS-ALFA FUNDA ENFERMERIA-LASALUS
- **Francesco Maria Avato** (Ferrara), **Lara Merighi** (Ferrara), **Rosa Maria Gaudio** (Ferrara), **Ennio Pucci** (Pavia), **Paolo Rossi** (Roma), **Cherubino Di Lorenzo** (Roma), **Grazia Sencos** (Pavia)
Alleanza Cefalalgici compie 20 anni: valori e limiti di una serie di esperienze vissute sul campo

11.40 - 11.50 Discussione

11.50 - 12.30 Premiazione
KAUCHTSCHISCH-MILJAW AWARD 2018
INTRODUCE: **Tonino Aceti** (Cittadinanza Attiva)
PREMIATO: **Paolo Rossi** (Roma)
Le best practice europee nella gestione dei mal di testa primari, emicrania e cefalea a grappolo in particolare

12.30 CHIUSURA DEI LAVORI
Francesco Maria Avato (Ferrara), **Rosario Iannacchero** (Catanzaro)

13.00 - 15.00 **FAREWELL LUNCH CHETOGENICO**
Cherubino Di Lorenzo (Roma), **Maria Particone** (Catanzaro), **Angela Moneta** (Pavia), **Italo Ricchichi** (Pavia)