



CEFALEE TODAY

for the research on headache and clinical neuroscience

N. 144 SETTEMBRE

EDITORIALE

CHERUBINO DI LORENZO - PAG. 2

NUOVA TERAPIA CON RIMEGEPANT: CONOSCIAMOLA MEGLIO DANDO VOCE AGLI ESPERTI

M. DE TOMMASO, P. BARBANTI,
A. SORRENTINO - PAG. 3

UNA VITA A METÀ... A VENEZIA

ALESSANDRA SORRENTINO - PAG. 5

DIARIO DI VIAGGIO DI UNA EMICRANICA IN PERÙ

GAIA LA SPINA - PAG. 5

CEFALEE TODAY AMARCORD - CEFALEA D'ALTA QUOTA

GUIDO GIARDINI - PAG. 7



DIRETTORE SCIENTIFICO

Cherubino Di Lorenzo (Roma)

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)
 Federica Galli (Roma)
 Natascia Ghiotto (Pavia)
 Elena Guaschino (Pavia)
 Rosario Iannacchero (Catanzaro)
 Armando Perrotta (Pozzilli)
 Grazia Sances (Pavia)
 Elisa Sancisi (Ferrara)
 Marzia Segù (Vigevano)
 Cristina Tassorelli (Pavia)
 Cristiano Termine (Varese)

Per informazioni:

Francesca Cappelletti
 c/o Biblioteca
 IRCCS Fondazione Istituto Neurologico
 Nazionale C. Mondino,
 Università di Pavia
 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 trimestrale

EDITORIALE

Cherubino Di Lorenzo

Dott. Cherubino Di Lorenzo
 Direttore Scientifico
 Cefalee Today

Ben ritrovati, amiche e amici, spero che i colori dell'autunno e il clima ancora mite vi stiano graziando dal troppo soffrire. La ripresa dopo le ferie è sempre dura, ma fortunatamente più esse diventano uno sbiadito ricordo, meno la quotidianità ci fa soffrire. A chi le cose invece non stanno andando bene, speriamo possano essere d'aiuto le novità di cui parleremo nel numero del nostro bollettino.

Ormai sono iniziate le prescrizioni del rimegepant come terapia sintomatica dell'attacco di emicrania, ma ancora i meccanismi sono da rodare. Se ne parlerà nell'intervista del nostro Roberto Nappi ai Presidenti di SISC (prof.ssa Marina De Tommaso), AIC (prof. Piero Barbanti) e Al.Ce. (Alessandra Sorrentino), in cui si affrontano le criticità legate alla prescrizione di questo farmaco e degli altri farmaci rivolti verso il CGRP che sono già in uso per

le terapie preventive. È inutile girarci attorno: i pazienti percepiscono la presenza di un'enorme difficoltà prescrittiva dovuta all'eccessiva burocratizzazione del processo di genesi dei piani terapeutici. Già molti Centri Cefalee in giro per la Penisola sono letteralmente esplosi per far fronte all'onere del rinnovo dei piani terapeutici per le terapie preventive, con liste d'attesa di molti mesi (ben oltre i sei della massima durata della prescrizione). Figuriamoci cosa accadrà con i nuovi farmaci sintomatici che spingeranno sempre più pazienti a rivolgersi ai grossi centri. Sì, in teoria, tutti i "neurologi territoriali" saranno abilitati alla prescrizione del nuovo farmaco in acuto, ma ad oggi, da pazienti e medici di almeno 3 grandi Regioni veniamo a sapere che questa entità del "neurologo territoriale" è tutt'altro che ben definita e che al momento gli unici che possono prescrivere il farmaco sono sempre i soliti centri che già facevano le prescrizioni per la profilassi. Siamo certi che a breve il disguido sarà risolto, ciò è la conseguenza dell'avere in una sola nazione 21 diversi sistemi regionali autonomi, ma resta il disagio e la frustrazione dei tanti pazienti che da mesi ormai sperano in questa nuova opzione di cura, e pure la rabbia e il danno economico dei tanti che il farmaco se lo son finora pagato a caro prezzo e stanno continuando a farlo. Poi, come appunto emerge dall'intervista, se, oltre a prescrivere il farmaco in acuto, i neurologi del territorio potessero pure fare i rinnovi dei piani terapeutici, forse si riuscirebbe a far desaturare l'attività dei centri d'eccellenza, ormai trasformati in meri centri prescrittivi, con buona pace dei casi complessi che andrebbero ivi gestiti e per i quali non c'è più posto.

Voglio segnalarvi che una possibile soluzione alternativa potrebbe venire dalla telemedicina: molti centri ormai la offrono come alternativa alla visita in presenza e proprio un recentissimo documento della American Headache Society riconosce a questo tipo di prestazione una dignità non inferiore alla visita in presenza, con dati molto incoraggianti provenienti dalla letteratura scientifica a seguito delle esperienze maturate negli anni del COVID e conseguente lockdown. Non c'è stato lo spazio per approfondire la questione, ma è sicuramente un tema di cui dovremmo tornare a parlare perché potrebbe semplificare di molto il "patient journey" di cui tanto si parla nella letteratura scientifica. Letteralmente significa "il viaggio del paziente", inteso come l'insieme di esperienze e frustrazioni che portano il paziente a trovare il giusto percorso di cura, ma che in Italia potrebbe acquisire un significato molto differente e più letterale, essendo il nostro il Paese del cosiddetto "turismo sanitario" e dei "viaggi della speranza". Il settore delle cefalee non è esente da questo fenomeno e sicuramente i dati del documento americano sono molto incoraggianti.

Ma torniamo ai contenuti del nostro giornalino per una notizia apparentemente un po' glamour ma che in realtà ha un alto valore non solo simbolico per tutto il nostro mondo: alla recente 82esima edizione della Mostra Internazionale del Cinema di Venezia è stato presentato un docufilm dal titolo molto evocativo "Una vita a metà", per raccontare com'è l'esistenza di chi condivide la propria esistenza con l'emicrania. Al.Ce. era degnamente rappresentata dalla nostra presidentessa che ci ha scritto questo breve resoconto sull'evento. Se pensiamo a quanto fosse ghetizzante e stigmatizzante fino a poco tempo fa dover vivere con il mal di testa, questo film e l'evento di lancio rappresentano davvero una bella rivincita per tanti di noi.

Per questo numero mettiamo in stand-by la rubrica de "La Cefalea in cucina" perché ho pensato fosse interessante fare un altro tipo di approfondimento un po' pop che riguarda la vita quotidiana

di noi tutti. La dottoressa Gaia La Spina, psicologa e persona con emicrania, ci racconta le sue vicissitudini di un recente viaggio in Perù. Spesso i pazienti ci raccontano di quanto sia per loro penoso dover andare in vacanza perché il sole del mare o l'alta quota della montagna sono situazioni devastanti. Ebbene, una testimonianza di un viaggio del genere, a suo modo estremo per il cambio di emisfero (e quindi di stagione) e per l'alta quota, può essere utile per chiunque pensi che non lo si possa fare e pure per spiegare cosa ci si potrebbe aspettare affrontandolo. Il messaggio che vorrei che passasse è che noi siamo più forti del nostro mal di testa e che il limite è nato per essere spostato, con coraggio e determinazione.

Per la rubrica Amarcord, abbiamo ripescato dai nostri archivi – non a caso – un articolo del 2010 dedicato alla cefalea d'alta quota, a cura del dott. Guido Giardini di Aosta.

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

Nuova Terapia con Rimegepant: conosciamola meglio dando voce agli esperti

M. De Tommaso, P. Barbanti, A. Sorrentino.

Alla luce dei recenti cambiamenti dell'offerta farmacologica con la rimborsabilità del rimegepant come terapia sintomatica per la fase acuta del dolore emicranico, si è assistito da un lato ad una rivoluzione del paradigma di cura (lo stesso farmaco può fare da sintomatico e preventivo), dall'altro ad un'ulteriore evoluzione delle complicazioni burocratiche associate alla prescrizione. Approfondiamo la questione con la professoressa **Marina De Tommaso**, il professor **Piero Barbanti** e la nostra **Alessandra Sorrentino**, rispettivamente presidenti di Società Italiana per lo Studio delle Cefalee, Associazione Italiana per la Lotta contro le Cefalee e Alleanza Cefalalgici.

L'ultimo farmaco sintomatico a carico del SSN, il frovatriptan, fu introdotto 20 anni fa circa; nel frattempo, per la



Marina De Tommaso
P.O. di Neurologia, Dipartimento di Scienze Mediche di Base, Neuroscienze e Organi di Senso-Università di Bari



Piero Barbanti
P.O. di Neurologia, IRCCS-Università San Raffaele di Roma



Alessandra Sorrentino
Presidente di Alleanza Cefalalgici e autrice del blog "Le parole dell'emicrania".

profilassi sono arrivate molte novità, dal botulino alle terapie anti-CGRP: si sentiva il bisogno di una nuova terapia della fase acuta?

De Tommaso: Certamente sì. Sebbene i triptani abbiano rappresentato il primo farmaco specifico per il dolore emicranico, oltre il 30% dei pazienti ha scarsi o nulli risultati dal loro impiego. Il meccanismo di azione, sebbene specifico, necessita di una azione tempestiva, in quanto non sono in grado di bloccare il fenomeno infiammatorio quando esso è già in corso. Peraltro, non sono somministrabili, ovvero lo sono con estrema cautela, nei soggetti in età senile, che diventano progressivamente una popolazione target con il progressivo avanzare dell'invecchiamento demografico.

Barbanti: Sì. Da un lato esiste un 30% dei soggetti che non riesce ad ottenere una piena risoluzione del dolore emicranico e dei sintomi ad esso associati con le terapie per l'attacco disponibili (FANS, associazioni analgesiche, triptani), dall'altro i triptani non sono impiegabili in soggetti con patologie cardio-cerebrovascolari. La classe dei gepanti consente invece il trattamento anche di quei soggetti che abbiano avuto problemi ischemici cardiaci o cerebrali. Inoltre, rimegepant non sembra in grado di indurre cefalea da iperuso di analgesici e – in aggiunta – potrebbe esercitare la cosiddetta azione "acute plus", cioè una azione sintomatica sull'attacco ed una concomitante azione di profilassi a breve termine sugli attacchi temporalmente più vicini.

Sorrentino: Sì, era necessario. Ci sono casi in cui i pazienti sono restii ad assumere i triptani per alcuni effetti che il farmaco può dare dopo l'assunzione, ad esempio il senso di "costrizione" al collo e "oppressione" sul petto. Anche se c'è la piena consapevolezza che questa sensazione è assolutamente innocua e generalmente di durata limitata nel tempo, è comunque fastidiosa e per alcune persone difficile da tollerare.

Qual è la differenza del rimegepant rispetto ai triptani o ai comuni antinfiammatori dal punto di vista di specificità, efficacia e sicurezza?

Barbanti: Rimegepant antagonizza il recettore per il CGRP (peptide ad azione vasodilatatoria), ma non esercita alcun effetto vaso-costrittore. I triptani hanno invece affinità non solo per i recettori 5HT-1D (posti sui neuroni), ma anche per il sottotipo recettoriale 5HT-1B localizzato sui vasi, che media invece la vasocostrizione. Risulta quindi una maggiore maneggevolezza e sicurezza di impiego dei gepanti anche in soggetti con fattori di rischio vascolare.

De Tommaso: Il rimegepant blocca specificatamente il recettore del principale mediatore della cosiddetta infiammazione sterile responsabile del dolore emicranico, il CGRP. Ha un'azione rapida e anche durevole, non presenta azione vasocostrittiva, non bloccando direttamente il CGRP in quanto vasodilatatore, ma

piuttosto modulandone il recettore. I comuni antinfiammatori sono efficaci, ma non specifici, agendo su numerosi target dell'infiammazione. Per le sue caratteristiche di azione, non determina dipendenza, evitando in tal modo che si sviluppi una modalità di cefalea connessa al possibile abuso di triptano e antinfiammatori.

Questo farmaco potrà essere prescritto a tutti i pazienti

o solo in casi selezionati? Quali saranno le caratteristiche che deve soddisfare il paziente per avere il prodotto tramite SSN? È vero che chi assume anticorpi monoclonali o gepanti come profilassi non potrà avere il rimegepant come sintomatico dal SSN?

Barbanti: In generale, le nuove molecole per il trattamento acuto o preventivo dell'emicrania presentano costi elevati e la loro rimborsabilità può avvenire attualmente solo in alcune documentate situazioni. Rimegepant può essere rimborsato dal SSN per il trattamento acuto dell'attacco emicranico a patto che il paziente non abbia risposto (o presenti intollerabilità o controindicazioni) a FANS e ad almeno 2 triptani. Purtroppo, AIFA non prevede ora la rimborsabilità di rimegepant in pazienti in trattamento con anticorpi monoclonali diretti contro il CGRP o il suo recettore, anche se questa combinazione risulta essere sicura e tollerata secondo la letteratura scientifica.

De Tommaso: Secondo le autorevoli opinioni delle Società Scientifiche italiane e internazionali, l'impiego di rimegepant andrebbe consigliato a tutti i pazienti, con particolare riguardo ovviamente a coloro con provata resistenza e/o controindicazioni all'uso di triptani o antiinfiammatori. La rimborsabilità attualmente è prevista per l'emicrania episodica resistente ai triptani e agli antiinfiammatori. La coesistenza di trattamento con altro farmaco anti-CGRP costituisce al momento condizione di non rimborsabilità, sebbene esistano già evidenze che il trattamento preventivo e acuto con anti-CGRP sia efficace e sicuro.

Sorrentino: Siamo di fronte a uno scenario in cui il numero di persone trattate in profilassi con i farmaci anti-CGRP tenderà ad aumentare, ovviamente nel rispetto dell'appropriatezza prescrittiva e della sostenibilità del sistema. Sappiamo che ci sono dei super responder in cui l'emicrania tende quasi a scomparire; ma anche nei casi in cui c'è un'ottima risposta alla profilassi un numero limitato di attacchi può continuare a manifestarsi e questi attacchi devono essere trattati efficacemente. Permettere anche a chi è in profilassi con i farmaci anti-CGRP di avere accesso a un'ulteriore opzione terapeutica in acuto, ideale anche per chi ha controindicazioni per l'utilizzo di altri farmaci e in alcuni casi anche meglio tollerata, è importante, oltre che necessario. Dobbiamo guardare all'uso di questi farmaci in un'ottica di investimento e non di costo, dobbiamo considerare sempre la malattia nella sua cronicità per natura e dobbiamo garantire ai pazienti l'accesso a terapie che permettono loro di avere una qualità ottimale della vita, anche nella gestione della singola crisi in acuto.

Pure per l'indicazione in acuto vi sarà il problema del piano terapeutico che potrà essere redatto dai pochi centri che oggi prescrivono le terapie preventive?

De Tommaso: Certamente sì, la prescrizione di rimegepant in acuto è riservata a pochi centri, ma comunque più di quelli deputati alla prescrizione degli anti-CGRP di profilassi.

Barbanti: Per la terapia acuta dell'attacco emicranico la situazione sarà più semplice perché il farmaco potrà essere prescritto anche dagli specialisti territoriali. Si tratta di un piccolo passo avanti, che testimonia il riconoscimento della diffusione e disabilità della patologia, con la conseguente necessità di un allargamento della base prescrittiva di una molecola che mira – tra l'altro – a un rapido ritorno al normale funzionamento sociale e lavorativo del soggetto emicranico.

Il piano terapeutico per la terapia preventiva anti-CGRP è lo spauracchio di molti pazienti che lamentano liste d'at-

tesa interminabili per la prima prescrizione e per i rinnovi, mentre i medici lamentano la difficoltà a star dietro all'aumentato carico assistenziale e adempimenti burocratiche. Vedete lo spazio per una semplificazione, con la possibilità di estendere la facoltà prescrittiva (almeno per i rinnovi) anche ai neurologi territoriali? Come si potrebbe fare per conseguire tale risultato? Vedete un ruolo per le Società Scientifiche e l'associazionismo nel conseguire il risultato?

De Tommaso: Certamente l'allargamento progressivo del numero dei pazienti in trattamento comporterà l'assoluta esigenza di demandare per lo meno i rinnovi delle prescrizioni al territorio. Le Società Scientifiche e le Associazioni stanno attuando un'opera costante di sensibilizzazione degli Organi Istituzionali demandati alla gestione e al controllo della spesa farmaceutica, oltre che attività formative destinate ad aumentare le competenze degli operatori sanitari anche al di fuori dei Centri Cefalee, affinché l'emicrania rientri pienamente nella Medicina di prossimità.

Barbanti: Questo è un punto davvero cruciale: dover necessariamente passare attraverso i centri prescrittori comporta un aggravio di lavoro per gli specialisti che vi operano. Il dato è ancora più complesso. È emerso che dei quasi 300 centri prescrittori identificati dalle varie regioni ne risultano in realtà attivi meno di 50 ed in diversi casi l'attività avviene in modalità ridotta. Tradotto in altri termini, nella realtà sono davvero pochi i centri cefalee italiani che riescono a farsi giusto carico del superlavoro imposto dai registri di monitoraggio. È essenziale che le 2 società scientifiche delle cefalee (ANIRCEF e SISC) e le 2 associazioni dei pazienti cefalalgici (AIC ed Al.Ce.), assieme alla SIN e auspicabilmente con SNO, AINAT e LINIT, esercitino un'azione comune verso AIFA per la revisione delle attuali norme.

Sorrentino: Dare la possibilità di prescrizione in acuto o il rinnovo dei piani terapeutici anche ai neurologi territoriali è fondamentale. Non soltanto perché dobbiamo rendere meno tortuoso per il paziente l'accesso alla terapia, ma anche perché abbiamo il dovere di sostenere al meglio il lavoro dei clinici che dei pazienti si occupano. Spesso i pazienti lamentano tempi di visita limitati, poca attenzione alla comunicazione e liste di attesa infinite: questi sono tutti problemi che possiamo risolvere attraverso una stretta collaborazione tra centri ospedalieri e territorio anche allargando la base prescrittiva delle terapie. Non dimentichiamo, inoltre, la telemedicina in particolare per quanto riguarda i rinnovi dei piani terapeutici e la gestione di pazienti che grazie alla profilassi hanno riportato la patologia a una forma episodica: la tecnologia c'è, utilizziamola.

Negli USA, l'indicazione in fase acuta per i gepanti è stata data anche ad altre molecole, alcune delle quali adottano vie di somministrazione alternativa, come lo spray nasale, ma per il momento non sembra che le Aziende siano interessate a portare in Europa tali farmaci, con grande dispiacere per i pazienti che, a causa della nausea, prediligono vie di somministrazione non orali. Esiste, secondo voi, un modo in cui Società Scientifiche e associazionismo possano interloquire con le Aziende al fine di far modificare tali decisioni?

Barbanti: L'Italia non solo è una componente importante delle cosiddette EU5 ("European Big Five: Italia, Francia, Spagna, Germania, UK), ma ha una straordinaria esperienza clinica e di ricerca sulle cefalee ed esprime forse la massima concentrazione

mondiale di centri cefalee. La mia speranza è la creazione di una federazione degli attori, scientifici e no, del settore delle cefalee che – nel rispetto delle peculiarità e complementarietà dei soggetti – possa fare massa critica per far sentire la voce alle Companies internazionali.

De Tommaso: Le logiche di marketing sono complesse e possiedono innumerevoli sfaccettature. Le Società Scientifiche operano spesso condividendo le progettualità delle Aziende, sulle quali determinano azione di sensibilizzazione sulla base delle potenzialità di sviluppo delle formulazioni farmaceutiche e di miglioramento dell'outcome della patologia. Esistono però priorità di mercato e politiche produttive spesso in conflitto con la semplice logica dell'efficacia e teorica diffusione del farmaco.

Sorrentino: La modalità di somministrazione di un farmaco è un nodo centrale di cui dobbiamo assolutamente tenere conto quando parliamo di aderenza terapeutica. Le aziende con cui dialoghiamo e collaboriamo sono molto attente e sensibili rispetto alle esigenze dei pazienti ed è per questo che credo ci sia la possibilità di aprire una discussione anche su questi temi, sempre nel rispetto delle esigenze e delle regole specifiche di ciascun paese. Anche perché siamo accomunati tutti – associazioni, aziende e società scientifiche – dallo stesso obiettivo: il benessere del paziente.

Una vita a metà...a Venezia

Alessandra Sorrentino

Ho pianto. Non le lacrime trattenute, quelle che restano negli occhi e scivolano via silenziose, ma quelle che arrivano di colpo, travolgenti, difficili da contenere. E poi ho sorriso, di quella felicità limpida che nasce dalla consapevolezza: trasformare il dolore è possibile, e soprattutto è possibile cambiare lo sguardo degli altri su quel dolore.

Il 2025 ha permesso ad Alleanza Cefalalgici di realizzare diversi progetti importanti.

Uno di questi è **“Una vita a metà”**, il docufilm che racconta l'esperienza di chi vive con l'emicrania e che è stato presentato il 4 settembre in anteprima nella cornice della *Villa powered by Giffoni Innovation Hub* in occasione della 82esima edizione della Mostra Internazionale del Cinema di Venezia.

Un contesto inusuale, apparentemente lontano da una malattia che si vive spesso nel silenzio e nell'ombra. Eppure, proprio per questo, necessario.

Il docufilm nasce dal desiderio di mettere in primo piano le voci di chi convive con l'emicrania, dare un volto e una storia a ciò che troppo a lungo è stato ridotto a “un banale mal di testa”.

Chi vive questa malattia sa bene che non è così. È buio, isolamento, giorni sospesi. È rinuncia a momenti di vita comune: una cena con gli amici, un colloquio importante, un pomeriggio al parco con i figli. È la sensazione di avere una lama conficcata nella testa che ti obbliga a fermarti, a restare chiuso in casa, mentre fuori gli altri ridono e corrono.

In **“Una vita a metà”** ognuno ha portato un pezzo del proprio vissuto: dolore, certo, ma anche gioia, fatica, coraggio e rinascita. Raccontare il dolore davanti a una telecamera significa esporsi, rivelare una parte fragile di sé. Eppure chi ha accettato di partecipare lo ha fatto perché la posta in gioco era più grande della paura: dare voce a milioni di persone che ogni giorno affrontano la stessa realtà.

La proiezione è stata seguita da un incontro aperto: un dialogo tra chi la malattia la vive, chi la studia, chi la racconta e chi lavora ogni giorno per trovare nuove soluzioni terapeutiche. È stato un intreccio di esperienze diverse che hanno trovato un terreno comune: la volontà di accendere una luce su un dolore invisibile. Il docufilm sarà trasmesso su **La7 e La7d** e successivamente reso disponibile su **Amazon Prime Video**, raggiungendo così un pubblico ancora più ampio.

E quando il buio dell'emicrania incontra la luce del grande schermo, quello che accade non è soltanto una proiezione: è un **atto di trasformazione collettiva**, un **atto di advocacy culturale**. È un invito a cambiare sguardo: da “il solito mal di testa” a una **malattia neurologica cronica e invalidante** che merita ascolto, rispetto e ricerca.

“Una vita a metà” è stato prodotto da Donatella Romani e Roberto Amato di Telomero Produzioni in collaborazione con Alleanza Cefalalgici e Fondazione CIRNA ETS, con il contributo non condizionante di AbbVie, e con i patrocini di SISC, SIN, Fondazione Onda e AIC.

Grazie a: Monica Guerzoni - Giornalista Corriere Della Sera, Francesca Cavallin - Attrice, Saverio Raimondo - Attore e Scrittore, Matteo Sartori - Atleta Olimpionico di Canottaggio delle Fiamme Gialle, Piero Barbanti - Neurologo, Professore Ordinario Di Neurologia, Università-Irccs San Raffaele, Roma Membro Del Direttivo Della International Headache Society, Cristina Tassorelli - Neurologa, Professore Ordinario Di Neurologia, Università Degli Studi Di Pavia, Irccs C. Mondino, Pavia, Simona Guerzoni - Farmacologa E Tossicologa, Responsabile Farmacologia E Tossicologia Clinica Centro Cefalee E Abuso Di Farmaci - Azienda Ospedaliera-Universitaria Di Modena, Simona Sacco - Neurologa, Professoressa Ordinaria Di Neurologia, Università Degli Studi Dell'aquila, Direttrice Uoc Neurologia e Stroke Unit Avezzano-Sulmona-L'aquila, Isabella Fiorillo - Studentessa in psicologia, Chiara Antoniol - Fisioterapista, Mathilda Prearo - Studentessa e Nicoletta Orthmann - Fondazione Onda.

Diario di viaggio di una emicranica in Perù

Gaia La Spina

Prima del viaggio in Perù ho vissuto una forte ansia legata all'incertezza su come il mio corpo avrebbe reagito all'altitudine e alla fatica: temevo che gli attacchi di emicrania potessero manifestarsi con intensità elevata e compromettere la vacanza. A questo si aggiungeva la mancanza di testimonianze specifiche di altri pazienti emicranici in viaggio in Perù e la consapevolezza di

non avere una preparazione fisica adeguata né un allenamento al trekking.

Sabato 13 settembre 2025 – Roma - Lima (via Parigi)

Giornata di lunghi spostamenti aerei, con arrivo a Lima (154 m). Durante il volo ho avuto un attacco di emicrania che è iniziato alle **10:04** e si è concluso alle **16:40**. L'intensità è stata **5/10** e ho assunto **Sumanet** come trattamento. L'attacco è iniziato poco prima del decollo da Parigi ed è durato per gran parte del viaggio aereo verso Lima. Giornata di acclimatazione nella capitale, al livello del mare.

Domenica 14 settembre – Paracas e isole Ballestas

Escursione verso la costa con aliscafo e il deserto a bassa quota. **Nessun episodio di emicrania**. Iniziata profilassi con **Diamox**. **Notte in bus notturno** preso la sera per arrivare ad Arequipa il giorno successivo (10-12 ore di viaggio), con conseguente riduzione del riposo notturno (i sedili erano reclinabili ma non molto confortevoli).

Lunedì 15 settembre – Arequipa (2.335 m)

Primo giorno ad altitudine moderata. **Nessun episodio di emicrania**. **Martedì 16 settembre – Verso Chivay / Canyon del Colca (3.600 m)**

Partenza intorno alle 4 del mattino per spostarci verso Chivay (3.635 m). Prima camminata ad alta quota: 40 minuti di trekking per raggiungere la cima sopra la Cruz del Condor. Lungo il percorso sono stati sfiorati i 5000 m. Durante il pomeriggio si è presentato un attacco, iniziato alle **12:14** e terminato alle **14:30**. Intensità **3/10**. Trattato con **Relpax**, con beneficio.

Mercoledì 17 settembre – Lago Titicaca

Sveglia alle 5:00, 6 ore di viaggio per raggiungere Puno, con uno stop al Mirador de Los Volcanes. In mattinata ho avuto un attacco iniziato alle **10:48** e terminato alle **13:00**. Intensità **4/10**. Farmaco: **Relpax**. Notte trascorsa presso abitazioni locali, nel pomeriggio abbiamo fatto un trekking della durata totale circa 1h.

Giovedì 18 settembre - Isole di Uros

Escursione nell'isola di Taquile (si trova a ben 4.000 metri). Episodio di emicrania dalle **07:37** alle **12:29**, intensità **4/10**. Trattata con **Relpax**.

Venerdì 19 settembre – Red Valley e Rainbow Mountain (fino a 5.200 m)

Giornata di trekking più impegnativa del viaggio. Siamo arrivati fino a circa 5.200 m. È proprio in questa giornata che ho avuto l'attacco più forte di emicrania (10/10), che è aumenta-

to significativamente durante la discesa dalla Red Valley, sotto la grandine. Ora di inizio attacco alle **09:24**, orario di fine alle **14:54**, intensità **10/10**. Necessaria **terapia di emergenza con Toradol**.

Sabato 20 settembre – Cuzco (3.400 m)

Dopo la giornata estrema del giorno precedente, a Cuzco non ho riportato nuovi episodi di emicrania. Non è stato fatto trekking intenso come il giorno precedente, ma c'è stato del movimento a piedi per visitare la città (3.400 m).

Domenica 21 settembre – Valle Sacra (2.800 m circa)

Escursione con tratti di trekking e visita a siti archeologici, come Maras e Moray (3.400 m), Pisac e Ollantaytambo (2.800–2.900 m). **Nessun attacco**.

Lunedì 22 settembre – Machu Picchu (2.430 m)

Trekking leggero/medio: salita al sito, camminato fino a metà del Wayna Picchu. Altitudine circa 2.430 m. **Nessun attacco**. Rientro a Cuzco (3.400 m). Interrotta profilassi con Diamox.

Martedì 23 settembre – Ritorno a Lima (154 m)

Volo interno da Cuzco a Lima, con discesa a bassa quota. **Nessun attacco**. Ultima giornata libera in città.

Mercoledì 24 settembre 2025 – Rientro in Italia

Lungo viaggio di ritorno (Lima - Parigi - Roma). **Nessun attacco di emicrania**.

Nel corso del viaggio ci sono state diverse giornate con partenze programmate molto presto al mattino, il che ha comportato una riduzione delle ore di sonno e un'ulteriore condizione di stanchezza che potrebbe aver influito sulla comparsa degli attacchi di emicrania.

Nonostante il cambio di fuso orario, il passaggio repentino da una stagione calda in Italia a un clima freddo in Perù e l'esposizione a quote elevate, la cefalea non si è manifestata in modo significativamente più grave rispetto ai miei standard abituali. Nel complesso l'esperienza è stata molto positiva: mi aspettavo un decorso peggiore; invece, le giornate sono state affrontate meglio del previsto e, nonostante avessi portato con me la terapia di emergenza, ho dovuto ricorrervi solo in un'occasione e non con la frequenza che temevo. Rispetto al viaggio effettuato a gennaio a Zanzibar anche il volo intercontinentale è stato tollerato decisamente meglio. Va inoltre sottolineato che dal mese di agosto seguì una profilassi farmacologica con **Adepril 50 mg**, **Ajovy**, **Azalia** e **Metarelix 2 cp**, che potrebbe aver contribuito a contenere l'andamento della cefalea durante l'intera esperienza.

Gaia La Spina, psicologa ed emicranica

CEFALEA D'ALTA QUOTA

L'uomo si è geneticamente evoluto per vivere a bassa quota. Tuttavia nei millenni per necessità ha dovuto colonizzare territori a quote elevate (fino a 5000 m) laddove le condizioni climatiche lo permettevano (Himalaya, catene andine, Africa).

Ai nostri giorni circa 40 milioni di persone annualmente si recano in alta quota, non solo per sport (alpinismo, trekking), ma anche per turismo o lavoro.

Per esempio ci si può recare in un Paese straniero situato ad altitudini elevate e atterrare direttamente a 4000 m dopo essere partito da un aeroporto europeo situato a livello del mare o quasi, senza quindi essere acclimatati.

È bene pertanto conoscere i possibili rischi per la salute. Quando ci si reca rapidamente a quote elevate (superiori a 2500 m) si va spesso incontro a cefalea.

Questo tipo di mal di testa è lieve o moderato, frontale bilaterale, più spesso costrittivo e risponde ai comuni analgesici (per es. aspirina, paracetamolo, ibuprofene). È spesso esacerbato dagli sforzi fisici, si manifesta la notte mentre di

giorno tende ad alleviarsi per poi ricomparire la sera successiva.

È un sintomo di mal adattamento all'altitudine. Quasi sempre si autolimita e lo controlliamo bene con i farmaci, ma in taluni casi, soprattutto ad altitudini elevate (superiori ai 3500-4000 m), diviene intenso e si accompagna ad altri sintomi, quali nausea, vomito, insonnia, fatica eccessiva, vertigini. Si configura allora il quadro del "male acuto di montagna".

In questi casi l'organismo ci lancia un chiaro messaggio, e cioè che non riesce ad adattarsi. L'unica soluzione, farmaci sintomatici a parte, è fermarsi alla quota a cui ci si trova o addirittura scendere di almeno 500 fino alla risoluzione dei disturbi. Alla quota di 4500 m, quindi a quote ancora alpine (per es. alla Capanna Margherita sul Monte Rosa), circa il 50% di coloro che vi giungono senza attenta acclimatazione è colpito da questa sindrome. Ne deriva come un'arma importante sia la prevenzione.

È necessario pertanto educare coloro che si recano in alta quota a salire lentamente, non più di 400-500 m tra due notti successive. In tal modo limitiamo il rischio di male acuto di montagna. Esistono anche farmaci preventivi come l'acetazolamide, ma vanno riservati a casi specifici e dopo consulenza di un medico esperto in medicina di montagna.

Guido Giardini

DIVENTA SOCIO DI ALLEANZA CEFALALGICI (AL.CE.) PER IL 2025

Socio Ordinario

Versando **20 euro** riceverai:

- **la newsletter** (un aggiornamento trimestrale sulle notizie di maggiore interesse e su novità nel campo delle cefalee),
- **la rivista online per pazienti Cefalee Today** (articoli scritti da esperti in un linguaggio semplice e aggiornato per il paziente su tematiche di attualità nel campo delle cefalee)

Partecipa **gratuitamente**:

- **ai webinar** (esperti nel campo delle cefalee affrontano temi di attualità discutendone con pazienti di Alleanza Cefalalgici).

Socio Sostenitore

Versando **60 euro** e potrai:

- **Accedere al gruppo privato Fb Chiedi al medico Specialista** (un medico esperto risponde ai tuoi quesiti),
- **Gruppi di Auto Mutuo Aiuto** (un paziente esperto e formato a fungere da facilitatore e coordinatore di piccoli gruppi di pazienti che soffrono di cefalea li guida in incontri periodici online nella discussione e condivisione dei problemi di chi soffre di mal di testa, [clicca qui per saperne di più](#)),
- **buoni sconto per trattamenti non farmacologici** (mindfulness, esercizio fisico, yoga) **SERVIZIO IN VIA DI ATTIVAZIONE**,
- **e-book sulle cefalee** (in cui pazienti cefalalgici descrivono le loro esperienze di vita).

Cosa aspetti? Puoi aderire fin da subito per il 2025. PIU' SIAMO, PIU' CONTIAMO!

COME ISCRIVERSI

Per diventare socio è sufficiente compilare con i propri dati il modulo presente in fondo alla pagina dedicata che trovi [qui](#) e inviarlo cliccando su "invia la richiesta", donare almeno 20/60 euro mediante bonifico bancario a favore di Fondazione CIRNA (IBAN IT56 F030 6909 6061 0000 0060 512) oppure utilizzando paypal.