

Cefalee Today

for the research on headache and clinical neuroscience

Cefalea e alimentazione

I benefici controversi della dieta chetogenica

*Quante volte abbiamo letto che determinati cibi, più di altri, possono indurre attacchi di mal di testa? L'alimentazione ha senza dubbio una incidenza importante nello scatenamento di cefalea in soggetti già abituati a soffrirne. Esiste, però, un regime dietetico che, a quanto pare, è in grado di avere un effetto terapeutico in particolare sull'emigrania: la dieta chetogenica. Per saperne di più abbiamo interpellato il dott. **Cherubino Di Lorenzo**, neurologo attivo tra Roma e Latina, studioso dei legami tra alimentazione e mal di testa.*

Dott. Di Lorenzo, la dieta chetogenica è una scoperta recente?

No, è un regime dietetico codificato a partire dagli anni '20 del secolo scorso, ma si basa su osservazioni ben più antiche risalenti ai tempi di Ippocrate, quando fu osservata una riduzione delle crisi convulsive in corso di digiuno.

Cosa si intende per dieta chetogenica?

E' un regime dietetico particolarmente povero (ma non del tutto privo) di carboidrati, che induce l'organismo a sintetizzare i cosiddetti corpi chetonici. La dieta chetogenica tradizionale si basa sul presupposto che un'alimentazione ricca di proteine e lipidi, e molto povera di carboidrati, mantenga costantemente bassi i livelli di insulina, evitando l'accumulo di grasso e favorendone l'utilizzo a scopo energetico.

Corpi chetonici: probabilmente pochi tra i nostri lettori ne hanno sentito parlare...

La produzione di corpi chetonici è un fenomeno biologico comune a tutti i mammiferi, consistente nel trasformare i depositi di grasso in un substrato energetico al fine di superare i protratti periodi di digiuno cui l'organismo può andare incontro in determinati periodi dell'anno. Il cervello umano ha un'ottima capacità di "bruciare" corpi chetonici, da cui riesce ad estrarre una notevole quantità di energia.

All'inizio lei ha accennato alla riduzione di crisi convulsive durante il digiuno. C'entra dunque l'epilessia?

Sì, fin dall'antichità è noto che il digiuno protratto può essere una strategia di cura dell'epilessia e negli anni venti del XX secolo si è capito che il fenomeno biologico cui era dovuta quest'azione protettiva era proprio la chetogenesi.

Questa consapevolezza portò alla diffusione del cosiddetto "digiuno simulato", ovvero un regime dietetico povero di carboidrati ma ricco di grassi, in grado di portare l'organismo ad innescare la chetogenesi senza privarsi di calorie, come avviene nel digiuno. Per circa un decennio, le diete chetogeniche incontrarono una discreta fortuna nel trattamento dell'epilessia fino all'immissione in commercio di farmaci più maneggevoli e sicuri, che portò ad un progressivo abbandono delle stesse.

Ad un certo punto però si scoprì anche una efficacia di questa dieta sull'emigrania, è così?

Esatto. Nel 1928 il medico Charles Francis Schnabel, del Kansas City Rockhust College, presentò uno studio dai risultati molto promettenti. Egli voleva dimostrare l'utilità dell'erba di grano come integratore alimentare in diete scadenti. Essa infatti è ricchissima di proteine, vitamine e sali minerali. Inaspettatamente, emerse un effetto terapeutico di questo alimento, altamente chetogenico, anche sull'emigrania.

Successivamente la dieta chetogenica riuscì a prendere piede come anti-emigranico?

Direi di no. Come per l'epilessia, la diffusione di farmaci specifici per il trattamento dell'emigrania (all'epoca era già in commercio l'ergotamina, ad esempio) limitò il campo di applicazione terapeutica della chetogenesi.



Dott. Cherubino Di Lorenzo
neurologo studioso dei legami tra alimentazione e mal di testa

Inoltre, uno dei principali limiti della classica dieta chetogenica era la scarsa aderenza al trattamento, dovuta all'erronea assunzione di alimenti glicidici, e la comparsa di effetti indesiderati gastroenterici, conseguente all'abbondanza di lipidi ingeriti.

In epoca più recente che sviluppo ha avuto questo tipo di dieta?

A partire dagli anni settanta del secolo passato, una modalità alternativa di dieta chetogenica ha incontrato larga diffusione e maggior fortuna nel trattamento dell'obesità e della sindrome metabolica. Infatti, le cosiddette "diete proteiche", data la scarsa presenza di carboidrati nei pasti, sono in grado di indurre l'organismo a mobilitare le proprie riserve lipidiche inducendo la produzione di corpi chetonici. Questo tipo di dieta fornisce due vantaggi rispetto a quella classica lipidica: la presenza in commercio di prodotti gastronomici preparati industrialmente (simili a quelli per i diabetici o i celiaci, reperibili in farmacia e in alcuni supermercati) evita l'erronea assunzione di cibi "non consentiti" che interromperebbero la chetogenesi, il tutto senza correre il rischio di "affamare" il paziente. Inoltre, la povertà di lipidi ingeriti (< 5%) evita l'insorgenza di effetti collaterali gastroenterici, oltre a migliorare di molto il quadro metabolico e la lipidemia.

Continua a pagina 4 >>

**Sostieni la Ricerca,
sostieni la Fondazione
CIRNA Onlus!
dona il tuo 5x1000**

Anche quest'anno è possibile destinare alla Fondazione CIRNA Onlus il 5 per mille della propria dichiarazione dei redditi, senza alcun costo aggiuntivo. E' sufficiente trascrivere il codice fiscale 10242930153 nel riquadro dedicato agli enti di volontariato presente nell'apposito modulo allegato alla dichiarazione e apporre sotto la propria firma. Un piccolo gesto di grande valore.

NETWORK ITALIANO CEFALÉE



Centro Diagnosi e Cura delle Cefalee

Sede: INI Grottaferrata
via Sant'Anna Snc
00046 Grottaferrata (Roma)

Responsabile: Dott.ssa
Jessica Veronica Faroni
Collaboratori : Dott. Paolo
Rossi
E-mail: paolo.rossi90@alice.it

Info: Giorni di visita:
Lunedì, Martedì, Giovedì e
Venerdì
Tel: 06-942851 (centralino)
fax: 06 94285243

ACCESSI AL SITO

Visite totali
Aprile 2012

7.204

Visualizzazioni di
pagina

28.723

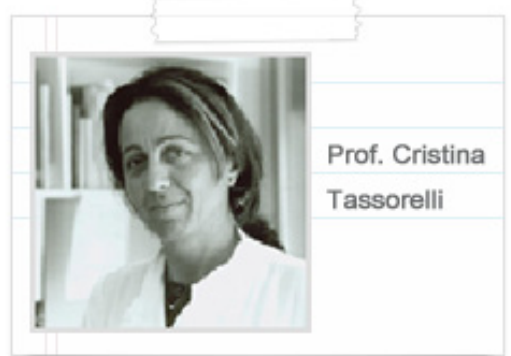
Visitatori unici assoluti

3.704

Cefalee in Rete

**Cristina Tassorelli, Headache
Science Center, IRCCS C. Mondino,
Pavia***

Le cefalee primarie, caratterizzate da attacchi ricorrenti con frequenza variabile e variabile risposta ai trattamenti, rappresentano un esempio emblematico di malattia cronica ad elevata incidenza, con un alto impatto medico, economico e sociale. Si pensi che il soggetto emicranico, in presenza di attacchi intensi e disabilitanti, è solito rivolgersi sia al medico di base sia allo specialista, oltre che, in alcuni casi, ai servizi di emergenza sul territorio e ai dipartimenti ospedalieri. Chi soffre di cefalea cronica quotidiana - termine sotto cui si raccolgono le cefalee che si manifestano almeno 15 giorni al mese per almeno 3 mesi e che di sovente sono il risultato negativo di un'emicrania non diagnosticata o mal gestita - spesso approda dove può ricevere la cura adeguata soltanto dopo un lungo peregrinare tra figure mediche di varia estrazione. Inoltre, le cefalee primarie sono associate ad elevati costi diretti, a causa dell'uso di risorse mediche e per il consumo di farmaci, e indiretti, in primis la ridotta produttività: le cefalee primarie colpiscono infatti una fetta significativa della popolazione (il 15% emicrania, il 3% la cefalea cronica quotidiana) e quasi esclusivamente in età lavorativa. Infine, non secondario appare l'impatto sociale delle cefalee, quando si considerino i risultati di un recente progetto europeo, Eurolight, nel corso del quale è stato dimostrato (partner italiani sono stati la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino e la Fondazione CIRNA Onlus, quest'ultima attraverso il proprio comitato Al.Ce. Group) che la cefalea costituisce una severa limitazione ai vari aspetti della vita (lavoro, matrimonio, figli, attività ricreative e altro) non solo per chi ne è affetto, ma di riflesso anche per familiari e amici. La gestione delle cefalee, specie nelle forme più aggressive e frequenti, richiede un'attenzione e una continuità di cura che ben si inquadra in una Rete elettronica, da cui può trarre forza e precisione, all'interno della quale lo specialista rappresenta uno degli snodi principali, senza dimenticare il medico di base e, ovviamente, il paziente stesso. Recentemente si è concluso un altro progetto europeo, Comoestas, coordinato dall'Istituto Mondino e che ha visto coinvolta anche l'America Latina, in cui la Rete ha consentito di mettere in comunicazione diretta e continua lo specialista con il paziente affetto da cefalea cronica causata dall'abuso di farmaci



Prof. Cristina
Tassorelli

sintomatici (MOH), attraverso un sistema di monitoraggio esperto. Tale sistema controlla l'input sintomatologico e comportamentale del paziente, istruito a compilare un diario della cefalea online, mediante un sistema di invio di promemoria, messaggi di allerta e allarmi, secondo una gradazione di gravità, sia al medico che al paziente stesso. I risultati sono stati molto confortanti nel miglioramento dell'outcome della malattia: riduzione del numero di ricadute nell'uso eccessivo di farmaci e conseguente riduzione dell'impatto economico e sociale della cefalea. La piattaforma elettronica si è rivelata:

- utile nell'aumentare la capacità del paziente di conoscere e gestire, insieme al medico, la propria malattia in maniera proattiva;
- adatta a coinvolgere altre figure mediche nella Rete, consentendo di ottimizzare la gestione del paziente;
- capace di garantire un flusso informativo pressoché continuo, non limitato a quando il paziente si reca in ambulatorio per chiedere aiuto.

La Rete facilita dunque l'interazione delle diverse figure coinvolte nel processo assistenziale, potenziandone le rispettive competenze e rendendo concretizzabile quell'obiettivo di continuità assistenziale fino ad oggi troppo spesso disatteso nella pratica clinica, a causa di barriere nelle comunicazioni e nella condivisione dei dati clinici.

* testo tratto dagli atti del convegno "La rete ospedaliera e la ricerca in Lombardia", Milano, 11 aprile 2011 - adattamento di Roberto Nappi



Depliant

E' stato pubblicato il depliant di Alleanza Cefalalgici "Il mal di testa" Al.Ce. Sud. E' realizzabile una versione personalizzabile per area o sportello.
Info: alcesud@cefalea.it



Poster

Sono stati realizzati i poster (disponibile anche roll-up) in formato A4 che possono essere personalizzati per regione richiedendo a
alcebrianza@cefalea.it



Contattaci per
acquistare
il libro
acquisti@cefalea.it

DA MEDICO A RICERCATORE PROFESSORE ... E RITORNO

Dalla presentazione del Prof. Giuseppe Nappi, "Il Mondino e le sue storie al tempo della nascita delle Neuroscienze in Italia", Alessandro Agnoli Lecture, XXV Congresso SISC, Riccione, 7-9 ottobre 2011 (la presentazione è visionabile per intero nella Rubrica "Approfondimenti" del sito www.cefalea.it)

Quando alla fine degli anni '60 ho cominciato a visitare i pazienti nell'Istituto Mondino di via Palestro, io pensavo in termini meccanicistici e ragionavo seguendo i canoni nosografici propri della neuro-correlazionistica anatomo-clinica della Salpêtrière di Parigi.

Dopo un po' mi resi però conto che mi trovavo di fronte degli individui, ciascuno con il proprio carico di sofferenza, di dolore, disabilità più o meno grave, angoscia e speranze.

Ho imparato così che la medicina non è soltanto la cura medico-chirurgica di una malattia o di lesioni più o meno segmentarie del corpo. La medicina è invece anche cura della Persona - e cioè di un individuo nella sua interezza, portatore sì di un'anamnesi (storia clinica), ma pure espressione di una biografia (o storia della vita), non riconducibile a valori medi parametrici di popolazione o a categorie nosografiche.

Ho cominciato così ad accostarmi alla malattia non più da "entomologo", bensì da "antropologo"; e questo anche nel solco delle teorie fisiognomiche di Lombroso e delle intuizioni (per molti versi già epigenetiche e/o di darwinismo neuronale) delle interazioni fra Stili di vita / Modelli di apprendimento / Comportamenti a rischio e Pro-patologie di Mantegazza.

Certo che dall'epoca delle avventure scientifiche di Lombroso (Calabria) e Mantegazza (Argentina), ne è passata di acqua sotto i ponti del Po e del Ticino, ma è anche con l'insegnamento dei Maestri di Palazzo Botta che sono nate le moderne Neuroscienze e le tecnologie capaci di studiare l'architettura "fine" del sistema nervoso, comparativamente alla storia individuale della persona: ognuno è infatti il proprio corredo genetico, insieme alla storia della sua evoluzione nel tempo.

Anche se oggi, evidentemente, non è più possibile una Medicina Clinica senza il supporto della Medicina Tecnologica



Esterno di Palazzo Botta, acquistato dall'Università di Pavia (1866)



Ospedale Psichiatrico di Pavia in Voghera (1894)



La Clinica Neuropatologica di via Palestro (1907)



IRCCS Istituto Neurologico Nazionale Mondino al Cravino (2007)

Rapporto medico - paziente: come è cambiato!

Saper parlare e ascoltare, due doti che tutti vorremmo padroneggiare bene, ma in cui, oggi più di ieri, sono tenuti ad eccellere in particolare i medici. Negli ultimi tempi, allargando un po' l'arco temporale potremmo dire negli ultimi secoli, il rapporto medico-paziente è notevolmente mutato. Si è passati da una medicina paternalistica in cui "questa è la malattia, questa è la cura" ad una medicina che potremmo definire di condivisione, in cui, data una diagnosi, il medico prospetta pro e contro di più alternative, ovviamente ove possibile, e il paziente sceglie la cura preferita. Ciò deriva dal fatto che l'approccio medico attuale considera sempre più il paziente un unicum da studiare non soltanto sotto l'aspetto della storia clinica, ma anche di quella personale, scissa dalle problematiche di salute. Parallelamente, questa evoluzione, a mio parere senza dubbio positiva, è stata agevolata in epoca recente dallo sviluppo della tecnologia applicata alla medicina. Il medico possiede ora strumenti più sofisticati per approfondire ogni giudizio, riuscendo così, in alcune situazioni, a fornire diversi percorsi terapeutici. Inoltre, l'espansione globale ed irrefrenabile del Web (La Grande Rete Mondiale) consente potenzialmente a tutti di informarsi in autonomia, pur senza essere esperti in materia, tanto che spesso il medico si trova nella condizione di dover "togliere" informazioni al paziente più che darne, perché non pertinenti al suo caso. Nonostante gli importanti passi avanti compiuti, il paziente resta dunque ancora una risorsa non completamente esplorata dalla medicina moderna, come ben rappresentato dall'estratto della presentazione del Prof. Giuseppe Nappi "Il Mondino e le sue storie al tempo della nascita delle Neuroscienze in Italia".

Roberto Nappi

(neuroimmagini funzionali, biomarkers, genetica, etc.) compito / dovere del medico è quello di evitare a tutti i costi di cadere nelle braccia delle sirene dello scientismo culturale, ricordandosi sempre che il paziente rappresenta una individualità psicobiologica, irriducibile al solo dato statistico. Lombrosiano è un aggettivo che ancora oggi sopravvive rimandando a una caricatura della

scienza positivista o alla fisiognomica. E forse proprio alla "sbornia" di scienza dei decenni a cavallo del XIX e XX secolo sono dovuti i limiti, le illusioni e gli errori del positivista Lombroso.

D'altra parte, nella seconda parte della sua vita Mantegazza decise di abbandonare la ricerca in ambito medico, dedicandosi, da vero Uomo del suo tempo, all'antropologia e alla medicina sociale.

HUMANITIES & TECHNOLOGY Non solo medici!



La Società Feudale, titolo dell'opera magna di Marc Bloch (1886-1944) rispecchia la realtà del mondo della Sanità nel nostro paese oggi e delle conseguenze sulla nostra salute. Si tratta di un classico della storia medievale e cioè di "quella vasta rete gerarchica delle soggezioni contadine e delle fedeltà militari cui diamo il nome di feudalesimo". Dell'opera, non solo il titolo è rivelatore della nostra epoca. Anche nel contenuto si riscontrano altre similitudini ...

Tutti ci rendiamo conto che le risorse economiche e umane devono essere ottimizzate e gestite secondo criteri genuini al servizio della sanità pubblica, ma questo processo non può essere delegato a chi, per anni, ha pensato sistematicamente in senso opposto. I cittadini e l'associazionismo - in un ambito dove diventano protagonisti in una fase di debolezza della vita (la malattia) - sono esclusi dai veri momenti decisionali e gestionali di questa presunta riforma. L'aspetto più pericoloso è il venir meno del rapporto fiduciario tra paziente e medico, base di qualunque percorso terapeutico.

Un'organizzazione in rete che coinvolge orizzontalmente medici e pazienti e che comporti un'empowerment di entrambi i soggetti (HEALTH IN THE NET), può diventare un tool di cambiamento ed ispirare un nuovo modello di medicina che combini Humanities and Technology.

Il paziente è la risorsa meno esplorata della medicina moderna.

Un'organizzazione in rete che coinvolge orizzontalmente medici e pazienti e che comporti un'empowerment di entrambi i soggetti (HEALTH IN THE NET), può diventare un tool di cambiamento ed ispirare un nuovo modello di medicina che combini Humanities and Technology.



Continua da pagina 1

Oggi si considera ancora questa dieta come possibile "coadiuvante" il contrasto dell'emigrania?

Per periodi limitati di tempo potrebbe esser presa in considerazione. Precedenti studi osservazionali hanno messo in luce l'efficacia di tale tipo di dieta anche nell'emigrania. Si tratta per lo più di segnalazioni aneddotiche o di studi in aperto (open-label trial). Il nostro gruppo di ricerca ha già effettuato un'esperienza in questo campo. Gli scorsi anni, sono stati valutati presso lo studio di un nutrizionista 100 soggetti sovrappeso sofferenti pure di emigrania. Abbiamo valutato l'andamento del mal di testa prima e durante la dieta dimagrante (50 sottoposti a dieta chetogenica e 50 a quella tradizionale), osservando un miglioramento della cefalea in circa l'80% dei soggetti sottoposti a dieta chetogenica verso il 6% di quelli sottoposti a dieta tradizionale. La dieta chetogenica potrebbe esser proposta come transitoria strategia terapeutica di supporto per i pazienti emigranici. È infatti nota l'associazione tra emigrania e sindrome metabolica, così come è noto il fatto che molti dei farmaci utilizzati per la profilassi dell'emigrania hanno come effetto collaterale l'aumento ponderale, spesso mal accettato dai pazienti, notoriamente in prevalenza giovani donne.

Per concludere, a prescindere dall'efficacia sull'emigrania, la dieta chetogenica è un regime alimentare consigliabile a lungo termine?

No. Senza dubbio la dieta chetogenica funziona nell'immediato e può andar bene per brevi periodi, ma se effettuata in maniera continuativa sottopone l'organismo ad uno stress le cui conseguenze, ad oggi, ci sono ignote. In buona sostanza, essa deve essere sempre seguita da altri regimi alimentari più bilanciati. In ambito terapeutico, la dieta chetogenica è attualmente adottata in maniera continuativa solo in casi selezionati di epilessie pediatriche farmaco-resistenti.

Tutti conoscono l'utilizzo del grano in chicchi nelle sue svariate forme ed usi, ma pochissimi conoscono l'erba di grano, ossia l'erba tenera e succosa del frumento germogliato da venti giorni. Se ne parla dai tempi biblici. Essa è in grado di fornire tutti gli elementi di cui il corpo ha bisogno: minerali, vitamine, enzimi, clorofilla, aminoacidi, nell'esatta proporzione che la natura vuole. Un'antica tradizione della Settimana Santa, ancora molto radicata in tutta Italia, in modo particolare nei piccoli paesi, è quella preparare dei piattini con germogli di grano da portare in chiesa per allestire i Sepolcri del Giovedì Santo. La preparazione dei Sepolcri comincia circa venti giorni prima della Pasqua. In un vaso si mettono i semi di grano - chi vuole può aggiungervi anche ceci, lenticchie, orzo e altri cereali - e si coprono col cotone. Il grano deve essere periodicamente innaffiato, fino alla sera del Mercoledì Santo. Il tutto viene conservato in un posto buio, affinché l'oscurità faccia crescere i germogli assolutamente bianchi. Il mattino di Pasqua questi vasi di grano bianco vengono portati nelle case o nei campi, per benedire e auspicare ricchezza e prosperità a quei luoghi. Così ricomincia il ciclo della natura: dalla morte alla vita, tutto il mistero racchiuso in un chicco di grano.

Roberto Nappi

<p>La cefalea in età pediatrica</p> <p>Ferrara 25-26 maggio 2012</p> <p>Aula Magna Università Via Savonarola 9</p>		<p>14.05 Linee guida farmacologiche I. L'attacco. C. Scalas (FI)</p> <p>14.30 Linee guida farmacologiche II. La profilassi. P.A. Battistella (PD)</p> <p>14.55 La farmacogenomica. A. Genazzani (NO)</p> <p>15.20 Le terapie non farmacologiche. F. Galli (PV)</p> <p>15.45 Coffee break</p> <p>16.00 "Mal di denti e mal di testa": il bambino ci parla.</p> <p>Tavola Rotonda. Chairman: S. Catapano (FE)</p> <p>Inquadramento clinico generale: la cefalea e il dentista. M. Segù (PV)</p> <p>Cefalea nel bambino: il punto di vista dell'odontoiatra pediatrico. N. Zerman (FE)</p> <p>Cefalea nel bambino: il punto di vista dell'ortognatodonzista. L. Tiano (FE)</p>
<p>VENERDI' 25 maggio</p> <p>9.00 Saluto delle autorità</p> <p>9.15 Dalla fisiopatologia alla diagnosi</p> <p>Moderatori: G. Nappi (PV), P.A. Battistella (PD)</p> <p>9.20 Impatto della cefalea sul Sistema Sanitario Nazionale. E. Fiumana (FE)</p> <p>9.45 Fisiopatologia della cefalea emigranica nelle varie età della vita. C. Tassorelli (PV)</p> <p>10.10 Quadri clinici e aspetti nosografici dell'adulto e del bambino. F. Antonaci (PV)</p> <p>10.35 Linee guida diagnostiche nazionali e internazionali. B. Gallai (PG)</p> <p>11.00 Coffee Break</p> <p>11.30 Clinica e disabilità Moderatore: M. Martini (FE)</p> <p>11.35 Cefalea, stress e vomito ciclico. S. Palazzi (FE)</p> <p>12.00 L'aura emigranica nel bambino; da "Carroll" ai "videogiochi". B. Bellini (Roma)</p> <p>12.25 La disabilità e gli aspetti medico-legali. R.M. Gaudio (FE)</p> <p>13.00 Light Lunch</p> <p>14.00 Il percorso terapeutico</p> <p>Moderatore: S. Tanganelli (FE)</p>	<p>SABATO 26 maggio</p> <p>9.00 Lo spazio dei pazienti: Education.</p> <p>Moderatori: F.M. Avato (FE), F. Antonaci (PV-MB)</p> <p>9.15 Nutraceutica e cefalea: stile di vita ed autocontrollo. G. Scapagnini (CB)</p> <p>9.45 Trattamento cognitivo: esperienza su volontari del gruppo di autoaiuto di Ferrara. C. Ferronato (FE)</p> <p>10.15 Coffee break</p> <p>10.30 video corso: "che mal di testa: parliamone insieme medici e pazienti" F. Antonaci (PV)</p> <p>11.15 Alleanza cefalalgici: relazione e proposte. L. Merighi (FE)</p> <p>11.45 Discussione</p> <p>12.15 QUESTIONARIO ECM e CONCLUSIONI</p>	

Education Day
I volti della cefalea

- **4 Maggio 2012 - ore 20.30**
Istituto Suore Marcelline - Milano
info: alcemilanoovest@cefalea.it
- **12 Maggio 2012 - ore 17.30**
Sala conferenze Ordine dei Medici
Brindisi - info: alcebrindisi@cefalea.it
- **26 Maggio 2012 - ore 10.30**
Aula Magna Università Ferrara
Ferrara - info: alceferrara@cefalea.it

IV GIORNATA NAZIONALE DEL MAL DI TESTA
DAI UN CALCIO AL MAL DI TESTA

MAL DI TESTA

Ti aspettiamo a Pavia il **19 maggio 2012**, Strada Nuova angolo Corso Cavour (h 10-13)

Società Italiana per lo Studio della Cefalea
www.italian.societyforheadache.org

DIRETTORE SCIENTIFICO
Fabio Antonaci (Pavia)

DIRETTORE RESPONSABILE
Silvia Molinari (Pavia)

DIRETTORE EDITORIALE
Roberto Nappi (Pavia)

COMITATO EDITORIALE
Marta Allena (Pavia); Filippo Brighina (Palermo); M. Gabriella Buzzi (Roma); Domenico Cassano (Sarno); Biagio Ciccone (Saviano); Cherubino Di Lorenzo (Latina); Vittorio di Piero (Roma); Maurizio Evangelista (Roma); Enrico Ferrante (Milano);

Anna Ferrari (Modena); Federica Galli (Milano); Natascia Ghiotto (Pavia); Guido Giardini (Aosta); Marcello Lastilla (Bari); Armando Perrotta (Pozzilli); Paolo Rossi (Grottaferrata); Grazia Sances (Pavia); Cristina Tassorelli (Pavia); Cristiano Termine (Varese); Michele Viana (Novara)

SEGRETERIA
Silvana Bosoni (Pavia)

Per informazioni:
Alleanza Cefalalgici (Al.Ce.)
Via Mondino, 2 - 27100 Pavia

E-mail: alcegroup@cefalea.it

Cefalee Today

EDIZIONE N. 80
Maggio 2012

inserito nel registro stampa e periodici del Tribunale di Pavia al numero 680 in data 03/09/2007 - Bollettino di informazione bimestrale