

University Course on Advanced Headache Treatment Corso di Perfezionamento Universitario

IV CORSO DI ALTA FORMAZIONE IN TERAPIA AVANZATA DELLE CEFALEE

1° Modulo: L'umanesimo della scienza (28-30 Marzo 2026)

2° Modulo: L'umanesimo del domani (5-7 Novembre 2026)

Courtyard by Marriott Rome Central Park, Roma

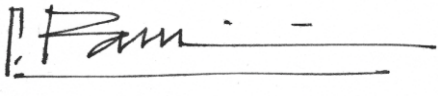
Il Corso rilascia CFU e crediti ECM

RATIONALE

A volerlo dire con parole oltrepassanti, l'umanesimo applicato alla scienza è un concetto rivoluzionario e tutt'altro che astratto che attribuisce agli studi scientifici e tecnici valore di educazione integrale - dove l'intellettualità si coniuga con la spiritualità, l'emotività, la fisicità e la socialità - e di formazione culturale.

Quale miglior occasione che un Corso di Alta Formazione per rappresentarlo, unendo al rigore epistemologico dell'oggi l'opzione ancora inesplorata ma già sognante del domani.



Piero Barbanti e Gerardo Casucci
Responsabili Scientifici del Corso

1° Modulo: L'umanesimo della scienza

Sabato, 28 Marzo 2026

- 13.00-13.20 Registrazioni
- 13.20-13.30 Presentazione del Corso e apertura lavori
P. Barbanti, G. Casucci

I SESSIONE: TRA IL VECCHIO E IL NUOVO

Moderatori: B. Colombo, P. Torelli

- 13.30-14.00 Vintage non significa inutile: terapie di profilassi e dell'attacco
S. Cevoli
- 14.00-14.15 Discussione interattiva su terapie vintage di profilassi e dell'attacco
B. Colombo, P. Torelli
- 14.15-14.45 Tossina botulinica per la profilassi dell'emicrania: innovare attraverso la riscoperta
S. Guerzoni
- 14.45-15.00 Discussione interattiva su tossina botulinica per la profilassi dell'emicrania
B. Colombo, P. Torelli
- 15.00-15.45 Lezioni dalla pratica clinica (casi clinici su tossina e vecchie terapie)
S. Quintana
- 15.45-16.00 Discussione interattiva sui casi clinici presentati
B. Colombo, P. Torelli
- 16.00-16.45 LEZIONI SENZA TEMPO dagli insegnamenti del Prof. Vincenzo Bonavita
G. Casucci
- 16.45-17.00 Discussione interattiva sulle terapie per l'emicrania, tra il vecchio e il nuovo
B. Colombo, P. Torelli
- 17.00-17.15 *Tea Time*

II SESSIONE: CEFALEE E TERZA ETA'

Moderatori: F. Pistoia, M. Bartolini

- 17.15-17.45 Diagnosi differenziale delle cefalee in età geriatrica
C. Lovati
- 17.45-18.15 Gestione della cefalea in età geriatrica*
E. Mampreso
- 18.15-18.45 Equivalenti emicranici nella terza età
G. C. Manzoni
- 18.45-19.30 Discussione interattiva su cefalee e terza età
F. Pistoia, M. Bartolini

Domenica, 29 Marzo 2026

III SESSIONE: QUANDO E PERCHE' INVIARE IL PAZIENTE EMICRANICO DAL FISIOTERAPISTA

Moderatori: P. Barbanti, M. Franceschini

- 08.30-09.00 Fisioterapia ed emicrania: le evidenze scientifiche
M. Castaldo
- 09.00-09.30 Fisioterapia ed Emicrania: tecniche Hand-ON
S. Di Antonio
- 09.30-10.00 Fisioterapia ed emicrania: tecniche Hand-OFF
R. Rosa
- 10.00-10.30 Discussione interattiva su quando inviare il pz emicranico dal fisioterapista
P. Barbanti, M. Franceschini
- 10.30-11.00 *Pausa Caffè*
- 11.00-11.45 Deficit cognitivo e mal di testa*
R. Gil-Gouveia
- 11.45-12.15 Discussione interattiva su deficit cognitivo e mal di testa
P. Barbanti, M. Franceschini
- 12.15-13.00 Lezioni dalla pratica clinica (Casi clinici di fisioterapia ed emicrania)
C. Camarda
- 13.00-13.30 Discussione interattiva
- 13.30-14.30 *Pausa Pranzo*

IV SESSIONE: NUOVI ORIENTAMENTI

Moderatori: F. Frediani, C. Finocchi

- 14.45-15.15 Anticorpi Monoclonali anti CGRP (Calcitonin Gene-Related Peptide): cosa c'è di nuovo?
R. Messina
- 15.15-15.45 Gepanti: cosa c'è di nuovo?*
- B. Raffaelli**
- 15.45-16.15 Questioni irrisolte sulle terapie anti CGRP (Calcitonin Gene-Related Peptide)
P. Barbanti
- 16.15-16.45 Epoca post CGRP (Calcitonin Gene-Related Peptide): MOH (Medical Overuse Headache) entità clinica ancora possibile?
S. Ashina
- 16.45-17.30 Discussione interattiva sulle nuove terapie
F. Frediani, C. Finocchi
- 17.30-17.45 *Tea Time*
- 17.45-18.30 Lezioni dalla pratica clinica (casi clinici sulle nuove terapie)
G. Viticchi
- 18.30-19.00 Discussione interattiva sulle nuove terapie
F. Frediani, C. Finocchi

Lunedì, 30 Marzo 2026

V SESSIONE: CEFALIE E PRIME EPOCHE DELLA VITA

Moderatori: F. Vigevano, F. d'Onofrio

- 08.30-09.15 Diagnosi differenziale delle cefalee in età pediatrica e adolescenziale
M. Valeriani
- 09.15-09.45 Discussione interattiva su cefalee in età pediatrica e adolescenziale
F. Vigevano, F. d'Onofrio
- 09.45-10.30 Gestione della cefalea in età pediatrica e adolescenziale*
A. Ozge
- 10.30-11.00 Discussione interattiva su cefalee in età pediatrica e adolescenziale
F. Vigevano, F. d'Onofrio

11.00-11.15 *Pausa Caffè*

VI SESSIONE: CEFALIE TRIGEMINALI AUTONOMICHE

Moderatori: M. Leone, F. Frediani

- 11.15-12.00 Approcci avanzati nella gestione della cefalea a grappolo*
A. Sundholm
- 12.00-12.30 Discussione interattiva su approcci avanzati nella gestione
della cefalea a grappolo
M. Leone, F. Frediani
- 12.30-13.15 Cosa c'è di nuovo per le altre TACs (Trigeminal Autonomic
Cephalalgias)*
G. Lambro
- 13.15-13.45 Discussione interattiva su cefalee trigeminali autonome
M. Leone, F. Frediani
- 13.45-14.45 *Pausa Pranzo*

VII SESSIONE: CASI CLINICI

Moderatori: M. Autunno, S. Cevoli

- 14.45-15.30 Lezioni dalla pratica clinica 1 (casi clinici su adolescenza,
pediatria, terapie avanzate)
R. Terlizzi, R. Vecchio
- 15.30-16.15 Lezioni dalla pratica clinica 2 (casi clinici su cefalea a
grappolo e tacs)
D. Mascarella, A. Ranieri
- 16.15-16.45 Discussione interattiva dei casi clinici presentati
M. Autunno, S. Cevoli
- 16.45-17.00 Test finale d'esame e conclusione lavori

** Le lezioni contrassegnate con 'asterisco potrebbero svolgersi da remoto*

2° Modulo: L'umanesimo del domani

Giovedì, 5 Novembre 2026

- 13.00-13.30 RegISTRAZIONI
- 13.20-13.30 Presentazione e apertura lavori
P. Barbanti, G. Casucci

I SESSIONE: CEFALIE E PSICHE

Moderatori: F. d'Onofrio, C. Di Bonaventura

- 13.30-14.15 Neuropsicofarmacologia
S. Guerzoni
- 14.15-15.00 Gestione della cefalea nei pazienti con comorbidità
psichiatriche: la prospettiva del neurologo
S. Braca
- 15.00-15.30 Discussione interattiva su neuropsicofarmacologia, cefalea e
comorbidità psichiatriche
F. d'Onofrio, C. Di Bonaventura
- 15.30-16.15 Gestione della cefalea nei pazienti con comorbidità
psichiatriche: la prospettiva dello psichiatra
G. Serafini
- 16.15-17.00 Gestione della cefalea nei pazienti con comorbidità
psichiatriche: la prospettiva dello psicologo
G. Fiorentini
- 17.00-17.30 Discussione interattiva sulle comorbidità psichiatriche
F. d'Onofrio, C. Di Bonaventura
- 17.30-17.45 *Tea Time*
- 17.45-18.30 Gestione della cefalea nel paziente con epilessia
F. Bisulli
- 18.30-19.00 Discussione interattiva sulle comorbidità psichiatriche
F. d'Onofrio, C. Di Bonaventura

Venerdì, 6 Novembre 2026

II SESSIONE: CEFALIE, IMMUNITA' E METABOLISMO

Moderatori: P. Barbanti, G. Fabbrini

- 08.30-09.15 Gestione della cefalea nel paziente con arterite a cellule giganti*
S. Mollan
- 09.15-10.00 Vasculiti del SNC (Sistema Nervoso Centrale) e cefalea
C. Salvarani
- 10.00-10.30 Discussione interattiva su cefalee, immunità e metabolismo
P. Barbanti, G. Fabbrini
- 10.30-10.45 *Pausa Caffè*
- 10.45-11.30 Epidemiologia, fisiopatologia e gestione del paziente con obesità
M. Caprio
- 11.30-12.15 Gestione dell'emicrania nel paziente con obesità
C. Di Lorenzo
- 12.15-12.45 Discussione interattiva su cefalee, immunità e metabolismo
P. Barbanti, G. Fabbrini
- 12.45-13.30 Cefalea nei disturbi neuroendocrinologici
G. Egeo
- 13.30-14.30 *Pausa Pranzo*

III SESSIONE: NEURALGIE CRANIO FACCIALI

Moderatori: M. Aguggia, R. De Simone

- 14.30-15.15 Fisiopatogenesi delle neuralgie craniche
A. Truini
- 15.15-16.00 Trattamento farmacologico delle neuralgie craniche*
L. Bendtsen
- 16.00-16.30 Discussione interattiva su neuralgie cranio-facciali
M. Aguggia, R. De Simone
- 16.30-16.45 *Tea Time*
- 16.45-17.30 Approccio anestesiológico alle neuralgie craniche
E. Piraccini

- 17.30-18.15 Approccio neurochirurgico alle nevralgie craniche
A. Franzini
- 18.15-19.00 Discussione interattiva su nevralgie cranio-facciali
M. Aguggia, R. De Simone

Sabato, 7 Novembre 2026

IV SESSIONE: CEFALEE NELLE LINEE GUIDA

Moderatori: C. Finocchi, G. Rezza

- 08.30-09.15 Cos'è una linea guida
N. Vanacore
- 09.15-09.45 Discussione interattiva sulle linee guida
C. Finocchi, G. Rezza
- 09.45-10.30 Le linee guida delle cefalee*
M. Nattan
- 10.30-11.00 Discussione interattiva sulle linee guida
C. Finocchi, G. Rezza
- 11.00-11.15 Pausa Caffè*
- 11.15-12.00 Cosa le linee guida tralasciano
P. Torelli
- 12.00-12.30 Discussione interattiva sulle linee guida
C. Finocchi, G. Rezza
- 12.30-13.30 Lezioni dalla pratica clinica (Casi clinici su applicazioni delle Linee Guida nella pratica clinica)
M. Albanese; A. Di Summa
- 13.30-14.30 Pausa Pranzo*

V SESSIONE: CEFALEE DEL DOMANI

Moderatori: G. Casucci, S. Cevoli

- 14.30-15.15 Gestione della cefalee nell'era della IA (Intelligenza Artificiale)
A. Doretti
- 15.15-15.45 Discussione interattiva su gestione delle cefalee e IA (Intelligenza Artificiale)
G. Casucci G, S. Cevoli

15.45-16.30	Organizzazione di un centro cefalee del futuro prossimo: il centro cefalee che vorrei A. Ranieri
16.30-17.00	Discussione interattiva su gestione delle cefalee e IA (Intelligenza Artificiale) G. Casucci G, S. Cevoli
17.00-17.15	Test finale d'esame e conclusione lavori

* *Le lezioni contrassegnate con asterisco potrebbero svolgersi da remoto*

Informazioni generali

Sede del Corso

Courtyard by Marriott Rome Central Park
Via Giuseppe Moscati, 7 - Roma
Tel. 06-355741

Segreteria Organizzativa



EVA Communication S.r.l.
Via Romeo Rodriguez Pereira, 151/D – 00136 Roma
Tel. 06 6861549 – Fax 06 68392125
E-mail: asc@evacommunication.it, info@evacommunication.it
www.evacommunication.it, www.anircef.it

Breve descrizione dei casi clinici

Sono previste presentazioni di casi clinici sugli argomenti trattati nelle varie sessioni del Corso. I casi clinici illustreranno casi inerenti i topics del Corso, secondo lo schema:

- 1) ANAMNESI
- 2) IPOTESI DIAGNOSTICHE
- 3) ESAME OBIETTIVO
- 4) NUOVE IPOTESI DIAGNOSTICHE FORMULATE IN BASE ALL'ESAME OBIETTIVO
- 5) ESAMI DIAGNOSTICI
- 6) IPOTESI DIAGNOSTICHE CONFUTATE DAGLI ESAMI
- 7) DIAGNOSI CONCLUSIVA, PROTOCOLLI TERAPEUTICI ED EVENTUALE FOLLOW UP

Descrizione a titolo esemplificativo di alcuni casi clinici

Caso di un uomo di 41 anni affetto da cefalea sin dall'adolescenza. Inizialmente gli attacchi presentavano una semeiologia compatibile con cefalea tensiva episodica a bassa frequenza secondo la classificazione ICHD-3. A 32 anni è comparsa al risveglio, in assenza di apparenti fattori scatenanti una cefalea che non è più regredita. La qualità della cefalea era analoga alla precedente ma nel tempo sono comparsi anche sintomi emicranici che sono aumentati progressivamente di frequenza, parallelamente ad un uso

quotidiano di analgesici. Negli anni sono state tentate numerose terapie di profilassi (tra cui antidepressivi, beta-bloccanti, neurolettici, antiepilettici, tossina botulinica tipo A, calcioantagonisti) anche in associazione, senza beneficio. Si riporta il fallimento anche di ricoveri per disassuefazione nel sospetto di Medication Overuse Headache. EON nella norma, neuroimaging negative e misurazione della pressione liquorale escludono cause secondarie della cefalea. L'esordio di una cefalea continua in un giorno preciso depone per una diagnosi di New Daily Persistent Headache ma per la copresenza di sintomatologia emicranica viene iniziata una profilassi con Fremanezumab 225 mg sc mensile con notevole beneficio sia su intensità sia su frequenza della cefalea. Il caso risulta didattico in quanto pone numerosi spunti diagnostici e terapeutici che saranno discussi in aula.

Donna di 25 anni, obesa fumatrice. Da qualche mese assume contraccettivi orali. Storia di emicrania. Nell'ultima settimana episodi di dolore con caratteristiche emicraniche non responsive ai FANS. Ricoverata in PS viene dimessa con diagnosi di stato di male emicranico.

Esercizio di diagnosi differenziale. Per la persistenza del dolore torna in PS e durante l'osservazione presenta episodio di perdita di coscienza. Esercizi di diagnostica differenziale. Esami ematici aumento indici di flogosi e dimero elevato. Sospetto diagnostico e quali accertamenti. Angio TC cerebrale: trombosi dei seni venosi. Quale terapia e follow up.

La paziente dal dolore misterioso: Caso di emicrania cronica con overuse associato a cefalea a grappolo cronica, con lunga storia di misdiagnosis ed interventi inappropriati anche invasivi. Molti spunti di ragionamento sul "metodo clinico".

Ragazzo di circa 30 anni che ha avuto a maggio 2020 una cefalea di nuovo esordio, con caratteristiche TACs-like e riscontro alla RM di cisti di tasca di Rathke (a RMN precedenti fatte per altri motivi era sempre stato interpretato come adenoma ipofisario). Il paziente è affetto da emicrania senz'aura episodica e cefalea di tipo tensivo episodica frequente da alcuni anni. Il padre soffre di cefalea a grappolo (inizialmente cronica, adesso pare episodica). E' in corso la valutazione di un eventuale approccio chirurgico per la cisti.

Maschio di 40 anni, pesa 80 kg per 190 cm. Nega patologie degne di nota. Da circa 4 anni comparsa di cefalea con le seguenti caratteristiche: Tipo di dolore: pulsante-trafittivo
Localizzato in sede retro-intraorbitario in OD; fronto-temporo-parietale
con diffusione retroauricolare cervico-occipitale dx; -Unilateralità: fissità di lato (dx);
-Sintomi associati: iniezione congiuntivale, lacrimazione, ptosi, secchezza mucosa narice (omolaterali), nausea e talora vomito. Attività fisica: non modifica la sintomatologia. Epoca di comparsa giornaliera: prevalentemente la notte. Fattori scatenanti: fumo di sigaretta o assunzione di alcool -Frequenza: 2-4 crisi/die; Intensità: severa-Durata: entro 30 min. circa. Esercizio di diagnostica differenziale tra forme primarie e secondarie

Donna di 70 anni. Ipertensione dall'età di 69 anni, in trattamento con eprosartan; (600mg/die), in buon compenso, diabete mellito di tipo II non in trattamento farmacologico (regime dietetico ipocalorico) da 2 anni depressione per la morte del marito. Dall'età di 63 anni 1-2 attacchi di cefalea ad esordio notturno (tra le 3-4 del mattino) frequenza: "quasi" tutte le notti del mese sede del dolore: bilaterale, a localizzazione fronto-temporale all'esordio; successivamente diffuso, tipologia del dolore: continuo, non pulsante, intensità del dolore: moderato, ma sveglia la paziente, durata: mediamente 1h (max durata 2 h), sintomi associati: saltuariamente nausea, non segni autonomici locali. comportamento durante l'attacco: la paziente si alza dal letto camminando per la stanza o mettendosi seduta su una sedia, non ha mai assunto analgesici per l'attacco a risoluzione spontanea entro 1-2 h, mai attacchi diurni o dopo sonno pomeridiano, mai assunta terapia di profilassi, sonno: regolare, sebbene di minore durata totale dopo esordio della cefalea, assenza di russamento e apnee del sonno (a detta della paziente). Discussione interattiva sulle ipotesi diagnostiche.

Uomo di 55 anni d'età. Neoplasia ossea a 12 anni, trattata chirurgicamente, con follow up negativo. Lievi e sporadiche crisi emicraniche. Insorgenza improvvisa e intensa di cefalea posteriore e algie in regione cervicale. Il dolore si accompagna a vertigini, turbe dell'equilibrio e vomito. Ipotesi diagnostiche. Esame

neurologico in P.S. (non praticato da un neurologo): negativo, Esame obiettivo generale: negativo. P.A. 150/90 mm/Hg. Dopo 30 minuti i sintomi persistono immutati. Al paziente viene somministrata 1 fl di Toradol i.m. Dopo circa 20 minuti la sintomatologia dolorosa e neurologica regrediscono. Viene dimesso con diagnosi di emicrania basilare. Ipotesi diagnostiche. Dopo 4 giorni torna al PS con la stessa sintomatologia. Esegue la TC encefalo che mostra lesione ischemica cerebellare sinistra. Discussione su eventuali altri accertamenti e terapie. ANGIO-RM: dissecazione dell'arteria vertebrale dx e occlusione della PICA(arteria cerebellare postero-inferiore). Diagnosi conclusiva e trattamento farmacologico.

Paziente di 35 anni di sesso maschile. Nega patologie degne di nota. Da qualche mese riferisce cefalea frontale diffusa, non un dolore un senso di pesantezza. Dorme poco. Il dolore è costante la mattina ha un'intensità maggiore che tende a ridursi nel corso della giornata. Risposta parziale ai FANS. Esame neurologico nella norma. Ipotesi diagnostiche. Dopo un mese comparsa di cefalea più forte delle precedenti refrattario a terapia sintomatica. Associato a vomito e successiva crisi epilettica. Ipotesi diagnostiche e accertamenti. In PS viene effettuata TC cerebrale che mostra spianamento dei solchi. Ricoverato esegue RM encefalo che mostra Glioblastoma multifocale. Operato regressione della sintomatologia.

Donna di 25 anni, obesa fumatrice. Da qualche mese assume contraccettivi orali. Storia di emicrania. Nell'ultima settimana episodi di dolore con caratteristiche emicraniche non responsive ai FANS. Ricoverata in PS viene dimessa con diagnosi di stato di male emicranico.

Esercizio di diagnosi differenziale. Per la persistenza del dolore torna in PS e durante l'osservazione presenta episodio di perdita di coscienza. Esercizi di diagnostica differenziale. Esami ematici aumento indici di flogosi e dimero elevato. Sospetto diagnostico e quali accertamenti. Angio TC cerebrale: trombosi dei seni venosi. Quale terapia e follow up.

Paziente, sesso femminile, di 25 anni. In anamnesi patologica remota nulla di rilevante. Dall'età di 12 anni soffre di cefalea con le seguenti caratteristiche: Dolore pulsante in regione orbitaria e temporale sinistra. L'intensità del dolore è moderata, si associa a foto e fonofobia. La frequenza è di circa 2 episodi al mese. Fattori scatenanti: stress e ciclo mestruale. Assume FANS senza beneficio.

Si apre la discussione interattiva con i discenti: Cefalea primaria o secondaria. Ci sono elementi che fanno pensare ad una secondarietà. L'esame neurologico è negativo, Fondo dell'occhio negativo. Quali sono gli elementi mancanti per porre diagnosi? La cefalea soddisfa tutti i criteri per effettuare un corretto inquadramento diagnostico. La diagnosi è emicrania senz'aura.

Si discute sull'eventuale indicazione di profilassi terapeutica: che non c'è perché mancano i criteri per inserire la terapia di profilassi. Quale trattamento per l'attacco acuto: triptani si apre la discussione sul trattamento acuto: quale sono le indicazioni: pro e contro sui triptani

Donna di 58 anni, si reca in PS per dolore periorbitario in occhio sinistro presente da circa un giorno e mezzo, di intensità progressivamente crescente (NRS iniziale 5/10 divenuto dopo qualche ora 10/10), con irradiazione frontale omolaterale. La cefalea è pulsante, presente costantemente, cui si associa importante nausea e vomito. La paziente riferisce di non aver mai provato una cefalea di questo tipo, appare estremamente prostrata, con necessità di restare in posizione supina, il più possibile immobile, con gli occhi chiusi. Nell'arco di 24 ore sono riportati all'incirca 5-6 episodi di vomito. Il giorno precedente la paziente si era già recata presso il PS di altro ospedale ove aveva eseguito TC encefalo senza mdc, di cui reca in visione immagini e referto, con riscontro incidentale di piccolo angioma intradiploico della teca cranica in sede frontale destra. In PS la paziente esegue: esami ematici di routine (nella norma), valutazione oculistica (blefarite occhio sinistro, iperemia congiuntivale sinistra). Si somministra indometacina + desametasone ev, nel sospetto di TAC, con scarso beneficio. Valutata dal collega neurologo si pone indicazione a ricovero in ambiente di competenza. In anamnesi la paziente riferisce storia di cefalea tensiva infrequente, insonnia iniziale con deflessione del tono dell'umore in trattamento con sertralina.

Uomo di 50 anni, si reca in PS per cefalea ad insorgenza subacuta progressivamente ingravescente (intensità del dolore da 4/10 a 8/10 nell'arco di 12 ore) insorta da circa 3 giorni. La cefalea è descritta come un dolore sordo olocranico, con una componente costrittivo-pulsante in sede fronto-temporo-parietale

destra, associata a dolore retro-orbitario, nausea ed un episodio di vomito. Riportati due episodi di vomito alimentare. Il paziente riferisce, inoltre, dolore in sede cervicale laterale destra, che peggiora ai movimenti di rotazione. Il paziente non necessita di stare al buio né al letto, riferisce dolore significativo non appare particolarmente sofferente. La cefalea nei giorni precedenti l'accesso in PS è riferita come costante, di intensità fluttuante tra 6/10 e 8/10 e breve remissione in seguito ad assunzione di FANS (ketoprofene cp) per un'ora al massimo. Il paziente si reca quindi presso il PS del nostro ospedale, ove esegue TC encefalo, negativa per acuzie, ecocolordoppler dei tronchi epiaortici, negativo per dissecazione, e valutazione neurologica con indicazione a ricovero in ambiente neurologico. In anamnesi il paziente riferisce una non meglio specificata "artrite polidistrettuale" in trattamento sintomatico al bisogno con FANS ed una storia di emicrania episodica in età pediatrica fino all'età di 13-14 anni; dall'età di 18 anni storia di cefalea tensiva infrequente. Il paziente non assume alcuna terapia farmacologica domiciliare. Riferita familiarità per aneurismi cerebrali (madre deceduta per ESA da rottura di aneurisma cerebrale non meglio specificato).