
PREMESSA

La Società Italiana per lo Studio delle Cefalee (SISC), è stata la prima Società Scientifica a redigere le Linee Guida Terapeutiche dell'Emicrania, pubblicate nel 1993 (1). Questo documento, per la sua chiarezza e brevità, ha costituito una pietra miliare nella storia delle Società Scientifiche dedicate alle cefalee. L'esigenza di fornire un percorso aggiornato, diagnostico e terapeutico, ai cultori delle cefalee si è fatto pressante non solo per i notevoli progressi in campo terapeutico ma anche sulla scia della pubblicazione di linee guida per le cefalee da parte di Società Scientifiche di altri paesi (Canadese, Danese, Inglese, Americana ecc.) (2-5).

Una necessità urgente era poi quella di redigere linee guida diagnostico-terapeutiche della cefalea a grappolo che non sono mai state pubblicate da Società Scientifiche o Consorzi di Società Scientifiche. La nostra attenzione è stata inoltre rivolta alle terapie non farmacologiche che non erano state considerate nelle precedenti linee guida SISC. È stato infine istituito un Sottocomitato sulle TACS e sulle questioni irrisolte con l'obiettivo di individuare o suggerire orientamenti diagnostici e, quando possibile, terapeutici nell'intricato mondo delle nuove entità nosografiche che si stanno recentemente delineando.

Elementi fondamentali che hanno portato alla scelta dei Membri dell'Ad Hoc Committee sono stati il rispetto dell'approccio multidisciplinare che caratterizza la nostra Società e l'obiettivo di avere come interlocutori i pazienti, quali fruitori, ultimi ma non meno importanti, del documento.

Al primo scopo si è giunti attraverso l'identificazione degli esponenti più rappresentativi delle varie discipline coinvolte nello studio delle cefalee (Società Italiana per lo Studio delle Cefalee, Società Italiana di Neurologia, Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, So-

cietà Italiana di Medicina Interna, Società Italiana di Medicina Generale, Società Italiana dei Clinici del Dolore, Società Italiana di Medicina del Pronto Soccorso, Associazione Nazionale dei Medici d'Urgenza, Società Italiana di Farmacologia Clinica). La struttura organizzativa si è sviluppata attraverso l'istituzione di cinque sottocomitati, coordinati ciascuno da un responsabile.

La seconda finalità è stata raggiunta includendo nell'Ad Hoc Committee due pazienti per avere il loro parere sugli approcci diagnostici e terapeutici. Questo rispecchia l'intento di redigere linee guida volte al rispetto della nuova normativa bioetica che dovrebbe essere sempre tenuta presente nel delineare i vari percorsi diagnostico-terapeutici.

Un altro aspetto fondamentale preso in considerazione durante i lavori dell'Ad Hoc Committee è stato quello di rispondere alle esigenze di applicabilità nella pratica clinica. Ciò ha portato a sottolineare nelle linee guida precise indicazioni di comportamento che necessiteranno di una verifica e validazione nonché di una revisione periodica.

Criterio metodologico primario è stato il **fondamento sull'evidenza** (6), ed in tal senso sono stati valutati gli studi disponibili attribuendo un ordine qualitativo decrescente a quelli controllati, randomizzati, in doppio cieco con placebo, condotti secondo le norme di Good Clinical Practice (GCP), e agli studi di meta-analisi, e successivamente agli studi prospettici, agli studi trasversali, alle reviews e alle evidenze aneddotiche o ai case reports (7). Criterio di giudizio fondamentale è stato quello basato su parametri statistico-matematici, che hanno permesso di stabilire la forza dell'evidenza.

Infine i Membri di ciascun Sottocomitato, sulla base della loro esperienza clinica, hanno espresso una valutazione sull'efficacia delle procedure diagnostiche o dei principi farmacologici. Le differenze con altre linee guida in alcuni punti, in particolare con quelle Americane, sono sostanziali, soprattutto relativamente all'uso di oppioidi e barbiturici, come pure di farmaci di associazione. L'opinione di esperti a livello internazionale è fondamentale a riguardo, al fine di sviluppare un dibattito ampio e costruttivo. È inoltre fondamentale nell'approccio clinico non solo considerare i singoli attacchi esperiti dal paziente ma considerare lo stesso nella sua globalità, come una "persona" affetta da una patologia che l'accompagna per un periodo della vita e che può divenire cronica, con il rischio potenziale di abuso farmacologico.

Il nostro paziente è in lotta con il dolore e noi dobbiamo sconfiggerlo. Una piccola digressione: Il termine “paziente” va assolutamente abolito perché fa riferimento alla “pazienza” (etimologicamente paziente significa persona che soffre ma, nell’uso comune, significa persona che può serenamente aspettare), e forse, anche inconsciamente, ciò può contribuire ad una Sanità troppo farraginosa e statica. Chi soffre, come ogni paziente, non può e non deve aspettare: ma una forte rivolta di tutti i soggetti che non sono più “pazienti” può migliorare l’organizzazione della nostra rete sanitaria. Se democristiano devo immediatamente ricostruire per cui d’ora in poi chiamerò i pazienti con il nome di “urgenti” e questo termine dovrà entrare nell’uso comune (è chiaro che l’urgenza può essere immediata o differita a seconda dei casi). All’inizio ogni cambiamento può essere visto come ridicolo: in questo caso è un forte avanzamento culturale.

Ci auguriamo che lo sforzo fatto abbia portato ad un documento fruibile, snello, ma completo e che, periodicamente, sarà aggiornato con il contributo di tutti i cultori di questo affascinante capitolo della medicina.

Prof. Virgilio Gallai (Presidente Ad Hoc Committee)

Tel.: +39 075-578 3568

Fax: +39 075-578 3583

E-mail: gallai@unipg.it

Riferimenti bibliografici

- 1) Guidelines and recommendations for the treatment of migraine. Italian Society for the Study of Headache (SISC). *Funct Neurol* 1993;8(6):441-6.
- 2) Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. *CMAJ* 1997;156:1273-87.
- 3) Guidelines for the management of headaches. Danish Neurological Society and The Danish Headache Society. *Cephalgia* 1998;18:9-22.
- 4) British Association for the Study of Headache. BASH Management Guidelines. Guidelines for all doctors in the diagnosis and management of migraine and tension-type headache, 2nd edition. 2000;<http://www.bash.org.uk/guidelines.htm>.
- 5) McCrory DC, Matchar DB, Rosenberg JH, Silberstein SD. Evidence-based guidelines for migraine headache. US Headache Consortium. 2000;<http://www.ahsnet.org/guidelines.php>, <http://www.aoa-net.org/Members-Only/headachemain.htm>.
- 6) Becker WJ. The challenge of evidence-based migraine therapy. *Cephalgia* 2000;20(Suppl. 2):1-4.
- 7) Tfelt-Hansen P, Block G, Dahlof C, Diener HC, Ferrari MD, Goadsby PJ, Guidetti V, Jones B, Lipton RB, Massiou H, Meinert C, Sandrini G, Steiner T, Winner PB. Guidelines for controlled trials of drugs in migraine: second edition. *Cephalgia* 2000;20(9):765-86.