

# **GIORNALE delle CEFALEE**

**ANNO IX - SETTEMBRE 2013  
Supplemento al n. 2**

## **Atti del Convegno**

**“Gli aspetti epidemiologici,  
clinico-gestionali e socio-economici  
delle cefalee croniche: lo stato  
dell’arte e i possibili nuovi approcci”**

**Venezia, 26 novembre 2012**

**Palazzo Ferro Fini**

**Sede Consiglio Regionale Veneto**

**PERIODICO  
SCIENTIFICO  
E DI INFORMAZIONE  
DELLA SOCIETÀ  
ITALIANA  
PER LO STUDIO  
DELLE CEFALEE**



PROMOSSO DA

Associazione Parlamentare  
per la tutela e la promozione  
del diritto alla prevenzione



CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO

Convegno:

***Gli aspetti epidemiologici,  
clinico-gestionali e socio-economici  
delle cefalee croniche:  
lo stato dell'arte e i possibili nuovi approcci***



Venezia - 26 Novembre 2012

Palazzo Ferro Fini,  
sede Consiglio regionale del Veneto  
San Marco 2322  
ore 9,00 - 14,30

CON IL PATROCINIO DI



Società Italiana per lo Studio delle Cefalee

# Organizzazione nei processi assistenziali dei pazienti cefalalgici

Carlo Lisotto

## Introduzione

Il giorno 26 novembre 2012 si è tenuto presso la Sede del Consiglio Regionale del Veneto (Palazzo Ferro Fini) un importante Convegno, che ha coinvolto non solo soci SISC e altri specialisti in campo medico, ma anche rappresentanti del mondo politico e Dirigenti di Aziende Sanitarie. Il Board scientifico del progetto è stato costituito da G. Zanchin, P.A. Battistella, F. Maggioni e C. Lisotto. Ha moderato il Convegno Eleonora Benfatto, Direttore dell'Italian Health Policy Brief. I lavori sono stati inaugurati dal Senatore On. Antonio Tomassini, Presidente della XII Commissione Igiene e Sanità del Senato, che ha dichiarato la piena disponibilità a inoltrare una interrogazione parlamentare sui temi trattati nel corso del Convegno. Sono ind seguiti i lavori veri e propri, suddivisi in 2 sessioni. Nel corso della prima, dedicata alla epidemiologia delle cefalee croniche e alla disabilità provocata da tale patologia, i relatori sono stati F. Mainardi, M. Mucchiut, A. Palmieri, C. Lisotto, A. Granato e I. Toldo. Sono anche intervenute A. Celio, che ha relazionato in una duplice veste, come paziente e come Presidente della Lega Italiana Cefalalgici del Veneto e G. Scroccaro, Direttore del Servizio Farmaceutico della Regione Veneto. Nell'ambito della seconda sessione, focalizzata su "Le cefalee: cronicità ed equità assistenziale" sono intervenuti L.A. Pini, G. Zanchin e M.C. Corti, Direttore dell'Attuazione della Programmazione Sanitaria della Regione Veneto. I lavori sono stati conclusi da una Tavola Rotonda, a cui ha partecipato anche A. Lazzarini, Consigliere Regionale del Veneto e Segretaria della V Commissione Consiliare (Assistenza, Igiene, Sanità e Sicurezza Sociale). Quest'ultima, in collaborazione con G. Zanchin, ha condotto il percorso normativo che ha portato all'approvazione unanime in Consiglio Regionale del Veneto del progetto di legge statale per il riconoscimento della cefalea cronica come malattia sociale. Il testo è stato presentato a maggio 2011, e in agosto è stato approvato in Commissione, ove si è verificato un consenso trasversale di tutti i partiti. Infine, in ottobre 2011, è stato approvato all'unanimità dall'Aula e il 9 maggio 2012 è stato

illustrato in Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni. A dicembre anche la Commissione Sanità di Palazzo Madama ne ha preso visione e sono state illustrate le motivazioni e sono stati presentati gli obiettivi all'attenzione dei senatori. Nell'ambito del Convegno è stato enfatizzato come l'emicrania cronica resti una patologia sotto-diagnosticata e sotto-trattata e come non vi sia piena consapevolezza sul suo impatto sulla qualità di vita e sui costi sociali. Ciò, nonostante l'emicrania cronica risulti molto più disabilitante rispetto all'emicrania episodica. La prevalenza della forma cronica varia, nei vari studi, dall'1,4% al 2,2% della popolazione generale; le donne costituiscono circa quasi l'80% di tale popolazione. È probabile che tali dati siano sottostimati a causa delle difficoltà nel diagnosticare la patologia. In Italia, secondo dati ISTAT del 2005, la cefalea/emicrania è tra le patologie croniche con maggiore prevalenza, insieme all'artrosi, all'ipertensione arteriosa e alle malattie allergiche. Un'altra rilevante problematica correlata alla cefalea cronica è l'associazione con altre patologie, specie in ambito psicopatologico. Nei confronti dell'emicrania episodica, nell'emicrania cronica la depressione ha una prevalenza doppia, mentre l'ansia e gli attacchi di panico sono 3 volte più frequenti. Per la depressione, non si tratta solo di una reazione affettiva al dolore cronico, ma è stato dimostrato un rapporto bidirezionale di causalità, per cui una patologia influisce negativamente sull'andamento dell'altra e viceversa. L'emicrania cronica provoca un carico di malattia significativo, un numero maggiore di ore di lavoro perse, un rischio maggiore di disoccupazione, difficoltà nelle relazioni sociali e familiari. Rispetto ai pazienti con emicrania episodica, i pazienti con emicrania cronica dimostrano una notevole compromissione delle attività quotidiane e sostengono un notevole onere conseguente alla loro patologia. L'emicrania rappresenta un importante problema di salute pubblica in Italia ed è associata a costi sociali rilevanti. Tra i disordini neurologici l'emicrania risulta il più dispendioso, con una spesa annua totale che raggiunge € 3,5 miliardi. In Italia i soggetti con emicrania

cronica hanno una probabilità doppia di rivolgersi ad un medico di Medicina Generale e di circa 3 volte superiore di richiedere una visita da un neurologo o da uno specialista per le cefalee rispetto ai pazienti con emicrania episodica. I soggetti con emicrania cronica utilizzano una quantità maggiore di risorse e servizi del Sistema Sanitario, come ricoveri ospedalieri, uso di farmaci e visite, molte delle quali in Pronto Soccorso, con utilizzo spesso di indagini dispendiose, quali TC e RM. In Italia i costi medici diretti per i soggetti con emicrania cronica ammontano a circa € 233 milioni all'anno. È stato calcolato come i costi diretti annuali totali per paziente con emicrania cronica in Italia siano 3 volte superiori a quelli per un paziente con emicrania episodica (€ 2.631, rispetto a € 830). Rispetto ai costi diretti, quelli indiretti sono superiori e sono riconducibili alla perdita di produttività lavorativa e al compromesso rendimento quando i pazienti continuano a lavorare in corso di attacchi emicranici. Le Linee Guida della SISC per la terapia delle cefalee primarie promuovono per la profilassi dell'emicrania cronica l'adozione di tutte le misure atte a garantire l'aderenza del paziente al trattamento, in quanto ritenuta fondamentale per l'esito favorevole della terapia. Gli unici farmaci con evidenze di efficacia sono il topiramato e l'onabotulinumtoxin A. Secondo le Linee Guida, è auspicabile che, prima di intraprendere un trattamento di profilassi, siano identificati tutti i fattori scatenanti e aggravanti provvedendo, quando possibile, alla loro eliminazione e che i pazienti con uso eccessivo di farmaci sintomatici siano sottoposti ad un ciclo di disintossicazione prima o all'inizio della terapia di profilassi. Nell'ambito dei percorsi diagnostico-terapeutici (PDT) dedicati ai pazienti cefalalgici, devono essere previste le seguenti strategie terapeutiche: 1) trattamento sintomatico,

2) trattamento preventivo farmacologico, 3) trattamento preventivo non farmacologico, 4) disassuefazione dall'uso eccessivo di farmaci sintomatici, se presente. Di rilevante importanza dal punto di vista normativo è la legge 38/2010, "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", una norma che cambia lo scenario nel governo clinico del dolore. Le cefalee primarie rappresentano una notevole percentuale delle condizioni patologiche correlate al cosiddetto dolore cronico non oncologico e condividono tra loro elementi di fisiopatologia, modelli e tecniche di studio e strategie di intervento farmacologico e non farmacologico. Pertanto la legge 38/2010 rappresenta un'opportunità per l'organizzazione del governo clinico delle cefalee, promuovendo la creazione di reti regionali e nazionali dei centri specialistici e di PDT locali. Questa legge inoltre dovrà supportare l'interazione reciproca tra reti dedicate alle cefalee e le reti di terapia del dolore, promuovendo procedure innovative e sperimentali nel campo delle cefalee croniche refrattarie alle usuali terapie. Al momento attuale questo processo ha il benestare del Ministero della Salute, che considera la cefalea cronica un dolore disabilitante. Il Ministero ha confermato il recepimento di questa linea con l'avvertenza che ogni Regione si organizzerà secondo le proprie caratteristiche ed esigenze. In conclusione, l'appropriatezza di accesso alla cura del paziente con cefalea deve essere garantita dall'implementazione di PDT specifici, fondati su linee guida nazionali (e anche internazionali) adattate alle singole realtà regionali e aziendali. Tali PDT dovrebbero essere costituiti secondo il modello stratificato in livelli di assistenza dipendenti dalla complessità diagnostica e terapeutica e quindi integrati al modello Hub and Spoke delle reti dei centri specialistici.

---

## *Epidemiologia delle cefalee croniche*

**Federico Mainardi**

*Responsabile del Centro Cefalee dell'UOC di Neurologia dell'Ospedale Civile di Venezia*

### **Inquadramento nosografico**

Il problema delle cefalee croniche è causa di non poche preoccupazioni non solo per i molti soggetti che ne sono affetti, ma anche per i medici che cercano di alleviarne le sofferenze. La prima difficoltà che emerge nella gestione di questi pazienti riguarda

un corretto inquadramento diagnostico, passo fondamentale per le successive scelte terapeutiche. In assenza di una classificazione univoca e di criteri diagnostici dettagliati ed universalmente accettati, negli anni passati sono state utilizzate terminologie differenti ad indicare quadri simili e, al contrario,

medesime dizioni per quadri difforni, rendendo assai difficoltosa la raccolta di dati epidemiologici uniformi che consentissero la raccolta di dati epidemiologici affidabili e la realizzazione di protocolli terapeutici comuni.

Con l'introduzione nel 1988 della classificazione dell'International Headache Society (IHS), la cui seconda edizione è stata di recente pubblicata (International Classification of Headache Disorders – II; ICHD-II), la barriera diagnostica è stata in parte superata, essendo disponibili criteri operativi ampiamente accettati ed applicati a livello internazionale che consentono una diagnosi uniforme e ripetibile da operatori diversi.

La diagnosi ampiamente abusata di “cefalea cronica quotidiana” (CCQ) non trova alcun riscontro scientifico e da adito ad interpretazioni soggettive; con questo termine aspecifico e non contemplato dalla classificazione attuale potremmo indicare quelle forme di cefalea che, pur differendo fra loro in modo radiacale per fisiopatologia e fenomenologia dell'attacco, sono accomunate dalla cronicità del dolore, che si presenta per almeno 15 giorni al mese. Oltre alle forme croniche delle cefalee primarie più frequenti (cefalea di tipo tensivo ed emicrania), il gruppo delle CCQ dovrebbe includere entità più rare quali: cefalea a grappolo cronica; emicrania cronica parossistica; hemicrania continua; new daily persistent headache. Una citazione a parte merita la cefalea da uso eccessivo di farmaci, classificata fra le forme secondarie, che spesso concomita con una cefalea cronica primaria (più frequentemente emicrania o cefalea di tipo tensivo) e ne complica il decorso, rendendo meno incisivo e talora inefficace l'intervento terapeutico.

### **Epidemiologia e costi sociali**

La prevalenza della CCQ sembra attestarsi a valori vicini al 4% della popolazione adulta; i dati relativi all'esatta prevalenza di ciascuna forma di cefalea cronica sono più frammentari e, in alcuni casi (come ad esempio per hemicrania continua o new daily persistent headache di recente descrizione) decisamente carenti.

Il problema relativo alle cefalee croniche è peraltro ben noto, dato che la maggior parte dei pazienti afferenti a Centri Cefalee lamenta una problematica di questa natura; l'esperienza clinica è confermata da alcuni studi eseguiti su pazienti afferenti a centri specialistici, secondo i quali una cefalea cronica sarebbe presente in percentuali di pazienti variabili fra il 40 ed il 60%; la presenza di una concomitante ce-

falea da abuso farmacologico sarebbe riscontrabile in più di 2/3 di questi (66-80%); questa ultima interesserebbe circa l'1-2% della popolazione generale, rendendosi inevitabilmente responsabile di ingenti costi socio-economici. Questi, globalmente noti sotto la denominazione di “cost of illness” (costo totale di malattia, indice utilizzato per valutare l'impatto sociale di una data patologia), sono costituiti da costi diretti, dovuti alle spese per le cure mediche; da costi indiretti, associati alla riduzione - o alla perdita - dell'attività lavorativa; da costi intangibili, difficilmente quantificabili ma di notevole importanza per il paziente in quanto legati alla qualità di vita.

Pochi sono i dati in letteratura relativi alla spesa sanitaria per le cefalee croniche, ma è facilmente intuibile che rispetto all'emicrania, cefalea primaria maggiormente indagata in questo aspetto e nella quale i costi diretti incidono per meno del 10% sul costo totale di malattia, la stima della spesa sanitaria delle cefalee croniche complicate da abuso farmacologico supera in larga parte questa percentuale. Fra i molteplici parametri responsabili dei costi diretti, quello più facilmente controllabile da un accorto intervento medico riguarda il consumo delle risorse sanitarie e in particolar modo della spesa farmaceutica. Poiché la maggior parte dei pazienti ricorre a un'automedicazione, fattore di rischio per la cronicizzazione e la comparsa di abuso, e dal momento che un corretto inquadramento diagnostico e un definito programma terapeutico ne riduce il pericolo ottenendo al contempo il duplice obiettivo di migliorare la qualità di vita del paziente e di contenere la spesa sanitaria, ne deriva che un investimento di risorse in Centri di alta specializzazione nel trattamento delle cefalee consente un guadagno in termini economici e sanitari. Il protocollo più adottato e che sembra fornire i risultati migliori prevede l'ospedalizzazione del paziente affetto da cefalea cronica con abuso farmacologico; è infatti dimostrato che la disassuefazione farmacologica ottenuta mediante un ricovero ospedaliero restituisce risposte superiori e più durature rispetto al trattamento ambulatoriale.

Infine, aldilà dell'aspetto meramente economico e considerando l'impatto conseguente a un utilizzo di farmaci eccessivo e protratto su altri organi ed apparati (come ad esempio disturbi gastrointestinali provocati da farmaci anti-infiammatori non steroidei o problemi renali con farmaci di combinazione), appare evidente che il problema dell'abuso farmacologico non deve essere sottovalutato ma precocemente riconosciuto e debitamente trattato nelle strutture più idonee.

# Classificazione delle cefalee

Marco Mucchiut

*Centro Cefalee, Dipartimento di Neurologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine*

Le cefalee occupano un posto di rilievo nelle patologie che inducono disabilità. Lo strumento nosografico internazionalmente accettato ed utilizzato per l'inquadramento delle cefalee è la classificazione della International Headache Society 2004. Essa viene periodicamente revisionata in base alle nuove evidenze di Letteratura ed è organizzata per livelli gerarchici che permettono diversi gradi di accuratezza diagnostica. Al suo interno vi sono tre sezioni ben identificabili: quella delle cefalee primarie, delle cefalee secondarie e delle nevralgie craniche. Le cefalee primarie sono le forme più frequenti nella pratica clinica e sono sostanzialmente

rappresentate dall'Emicrania, dalla Cefalea di tipo tensivo e dalla Cefalea a Grappolo. Le forme secondarie sono infrequenti o rare ma hanno un'evidente importanza clinico-prognostica per le cause sottostanti. L'Emicrania costituisce la forma di cefalea primaria maggiormente disabilitante. I criteri classificativi IHS 2004 ne delineano chiaramente le caratteristiche salienti (ricorrenza, durata, severità, disautonomia) al punto 1.1; nella gran parte dei pazienti una corretta terapia sintomatica e/o preventiva può portare ad eccellenti risultati clinici e restituire un'ottima qualità di vita. Molto più complessa invece la gestione di quella parte di ce-

falalgici che sviluppa una cronicizzazione. Secondo i più recenti studi internazionali una percentuale oscillante tra l'1 ed il 4% degli individui adulti ed l'1-2% degli individui in età evolutiva sviluppano una cefalea cronica. Il termine cefalea cronica raggruppa forme cliniche caratterizzate da una frequenza di crisi di 15 giorni al mese per almeno tre mesi. Con questo termine viene identificato un gruppo di pazienti accomunati dalla condizione di dolore cefalico ad alta frequenza (più di 15 giorni al mese per almeno 3 mesi) e talora quasi quotidiano. La parte della Classificazione IHS inerente le cefalee croniche continua ad essere la più discussa a causa della complessità clinica e nosografica dell'argomento. Attualmente sono previste sostanzialmente quattro forme di cefalea cronica: la CM (emicrania cronica), la CTTH (cefalea di tipo tensivo cronica), l'HC (emicrania continua) e la NDPH (cefalea ad esordio quotidiano persistente). L'Emicrania Cronica rappresenta la forma clinicamente più rilevante di cefalea cronica. I suoi criteri diagnostici secondo la revisione 2006 della classificazione IHS prevedono il criterio temporale dei 15 gg/mese

## S.I.S.C. Consiglio Direttivo

### PRESIDENTE:

**Giorgio Bono**

### VICE PRESIDENTE:

**Paolo Martelletti**

### PAST PRESIDENT:

**Luigi Alberto Pini**

### SEGRETARIO:

**Fabio Antonaci**

### TESORIERE:

**Anna Ambrosini**

### CONSIGLIERI:

**Filippo Brighina**

**Cinzia Costa**

**Pierangelo Geppetti**

**Rosario Iannacchero**

**Federico Mainardi**

**Innocenzo Rainero**

### PRESIDENTI ONORARI:

**Marcello Fanciullacci**

**Mario Giacobuzzo**

**Vincenzo Guidetti**

**Giuseppe Nappi Lorenzo**

**Pinessi Emilio Sternieri**

**Giorgio Zanchin**

### PROBIVIRI:

**Enrico Del Bene**

**Anna Ferrari**

**Franco Mongini**

**Davide Moscato**

**Rita Lucia Trinchi**

### REVISORI DEI CONTI:

**Michele Lazzari**

**Elisabetta Tozzi**

**Leonardo Triggiani**

**Comitato di redazione: Redattore Capo:** Carlo Lisotto **Delegato S.I.S.C.:**

Rosario Iannacchero **Membri:** Franco Granella, Federico Mainardi, Maria Pia Prudeniano, Innocenzo Rainero, Grazia Sances, Marco Trucco.

**Redazione Giornale delle Cefalee:** [giornalecefalee@sisc.it](mailto:giornalecefalee@sisc.it)

Ufficio di Segreteria S.I.S.C.: [sisc@sisc.it](mailto:sisc@sisc.it)

Casella postale 17 succ. 3 06123 Perugia

[www.sisc.it](http://www.sisc.it)

per almeno 3 mesi, la trasformazione di una precedente forma episodica di emicrania, la presenza di caratteristiche emicraniche in una parte consistente delle crisi, una sensibilità ai farmaci antiemicranici sintomatici, l'assenza di abuso farmacologico. I pazienti che vedono la loro cefalea evolvere da una forma episodica ad una forma con attacchi quasi quotidiani presentano modificazioni degli aspetti clinici (topografia del dolore e sintomi di accompagnamento), la sovrapposizione di altre forme di cefalea (spesso tensiva cronica) e l'associazione di

comorbidità psicopatologica (ansia, depressione). Ad ulteriore complicazione di questo scenario clinico spesso si aggiungono una resistenza agli antidolorifici che si può talora trasformare in una vera e propria dipendenza dal farmaco ed una induzione della cefalea stessa da parte del farmaco abusato (medication overuse headache). Questa parte di pazienti cefalagici ricorre frequentemente ai servizi della Sanità Pubblica (Pronto Soccorso, Ambulatori Cefalee, ricoveri per detossificazione) aumentando sensibilmente i costi diretti ed indiretti.

## *La disabilità nelle cefalee croniche*

**Antonio Palmieri**

*UOC di Neurologia, Ospedale San Tommaso dei Battuti, Portogruaro (VE)*

La Cefalea Cronica Quotidiana (CCQ) è una condizione clinica caratterizzata, per definizione, dalla ricorrenza di cefalea per almeno 15 giorni al mese e per almeno 3 mesi consecutivi, anche se, nella maggior parte dei casi, tende a protrarsi anche per molti anni. Non rappresenta una entità clinica univoca ma una sindrome che raggruppa forme di cefalee primarie o secondarie, di lunga o di breve durata. Fra le cefalee primarie di lunga durata che costituiscono una CCQ riconosciamo almeno 4 forme: 1) emicrania cronica, 2) cefalea tensiva cronica, 3) new daily persistent headache, 4) emicrania continua. L'emicrania cronica (EC) è di gran lunga la più frequente e la più studiata fra le suddette entità cliniche, sebbene negli ultimi anni siano stati proposti diversi criteri diagnostici, circostanza che ha reso non sempre agevole il confronto fra i vari lavori scientifici.

Indagini epidemiologiche su larga scala condotte generalmente negli USA e in Europa hanno evidenziato che il rischio di progressione da una forma di emicrania episodica (EE) all'EC è pari a circa il 2,5% per anno (Bigal 2008) e che la prevalenza dell'EC (utilizzando i criteri ICHD-I o di Silberstein-Lipton) è compresa fra 1,4% e 2,2% della popolazione generale (Natoli 2010). L'elevata frequenza di cefalea e l'elevato e spesso improprio consumo di farmaci sintomatici rappresentano principali fattori di rischio verso la progressione in una forma cronica. Diversi studi hanno confrontato il livello di disabilità fra EE e EC, dimostrando una più elevata frequenza della cefalea nell'EC,

come è ovvio, ma anche una frequenza circa doppia di giorni di lavoro o scuola persi, circa tripla di ridotta capacità lavorativa e di giorni di attività domestiche persi e, di conseguenza, punteggi alla scala MIDAS decisamente superiori nei soggetti con EC rispetto a quelli affetti da EE (Bigal 2003). Nonostante EE e EC condividano gli stessi fattori eziopatogenetici, la comorbidità per patologie psichiatriche (depressione, ansia, disturbo bipolare), respiratorie (asma, bronchite cronica, allergie), cardiovascolari (ipertensione, dislipidemia, obesità, coronaropatie) e dolorose (fibromialgia) appaiono essere nettamente più frequenti nei soggetti con EC (Buse 2010). Infine, il più elevato tasso di disabilità e comorbidità, inevitabilmente, si ripercuote anche sugli aspetti socio-economici, in particolare reddito familiare, tasso di occupazione e tasso di invalidità per patologia, tutti a sfavore dei pazienti con EC (Buse 2010).

I recenti dati della letteratura confermano che la CCQ, in particolare l'EC, è una patologia estremamente frequente, spesso sotto-diagnosticata e quasi sempre non adeguatamente trattata. Il tasso di disabilità dei soggetti affetti da CCQ è elevato ed in grado di compromettere, talora in modo irreparabile, la qualità della vita e le condizioni sociali e economiche. Una diagnosi corretta e precoce, il riconoscimento dei fattori di rischio e delle comorbidità, la formazione del paziente e l'utilizzo di trattamenti specifici rappresentano le strade irrinunciabili verso una migliore assistenza dei soggetti con CCQ.

# La disabilità nelle cefalee croniche e strumenti di valutazione

Carlo Lisotto

Centro Cefalee "Azienda Ospedaliera Santa Maria degli Angeli" Pordenone

La disabilità è stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come "Qualsiasi limitazione o mancanza di capacità di svolgere un'attività nel modo o nei limiti considerati normali per un essere umano." Nel 2001 l'OMS ha pubblicato il *World Health Report*, impiegando la metodologia del *Global Burden of Disease (GBD) Survey*. In quest'analisi l'OMS aveva posto l'emigrania tra le prime 20 patologie che provocano disabilità. Più specificamente, l'emigrania era stata posizionata al 19° posto considerando la popolazione generale e al 12° posto nelle donne. Nel più recente GBD2010, pubblicato su *Lancet* a fine 2012, l'emigrania è "salita" al 7° posto, sulla base dei nuovi studi epidemiologici e dei lavori pubblicati dal Gruppo di Lavoro *Lifting the burden*. La valutazione della disabilità è necessaria per instaurare il trattamento più adeguato per ogni singolo paziente emigranico, sulla scorta dell'impatto che la cefalea esercita sulla sua qualità di vita. La misurazione della disabilità è essenziale anche per meglio comprendere le ripercussioni socio-economiche della cefalea sull'individuo e sulla comunità. La disabilità può essere valutata con vari test, sia generici che specifici. Gli strumenti generici misurano diversi parametri di funzionalità e comprendono un ambito molto ampio di aspetti correlati allo stato di salute. Valutano la qualità di vita in diverse condizioni e permettono il confronto con gruppi di controllo di soggetti sani e di pazienti affetti da altre patologie. I test specifici, invece, misurano parametri specifici rilevanti per la patologia in esame e si focalizzano selettivamente sulle necessità dei pazienti. Misurano inoltre l'impatto a breve e a lungo termine della patologia in esame e la risposta nel tempo ai trattamenti instaurati. Lo strumento generico più impiegato negli studi clinici è il *Medical Outcome Study 36-item Short Form (SF-36)*. Tra i vari test specifici per l'emigrania i più impiegati sono stati: l'*Henry Ford Headache Disability Inventory (HDI)*, il *Migraine-Specific Quality of*

*Life Questionnaire (MSQ)* e la sua nuova versione aggiornata *MSQ Version 2.1*, il *Migraine Disability Assessment (MIDAS)*, disponibile anche in una versione modificata per bambini e adolescenti (*PedMIDAS*) e lo *Headache Impact Test (HIT)*, di cui viene maggiormente utilizzata la versione cartacea HIT-6. Questi ultimi due strumenti sono stati utilizzati nella maggior parte degli studi clinici condotti, volti non solo a valutare in generale la disabilità nei pazienti cefalgici, ma anche, come endpoint secondario, l'efficacia dei trattamenti di profilassi impiegati. In particolare, gli studi che hanno dimostrato l'efficacia della tossina botulinica di tipo A nella terapia dell'emigrania cronica hanno impiegato lo HIT-6. Il MIDAS è un questionario breve, autosomministrabile, concepito per misurare la disabilità provocata dalla cefalea per un periodo di 3 mesi, basato su punteggi facilmente ottenibili (numero di giorni persi o giorni con rendimento ridotto di almeno il 50%). Il punteggio si basa su 5 domande sulla disabilità in 3 ambiti di attività: lavoro retribuito o scuola, lavori domestici e attività non lavorative (familiari, sociali, di svago) negli ultimi 3 mesi. Lo HIT è stato concepito e sviluppato come test basato su Internet, con lo scopo di fornire ai pazienti uno strumento preciso e pratico per misurare l'impatto della cefalea sulla qualità di vita. E' un test computerizzato dinamico adattativo che utilizza la metodologia IRT (*Item Reponse Theory*). Lo HIT-6 è un test abbreviato, statico, cartaceo, autosomministrabile, con 6 domande selezionate dallo HIT, che valutano il dolore, le limitazioni sociali e di ruolo, le prestazioni cognitive, il disagio emotivo e la vitalità. Ogni domanda si basa su 5 possibili risposte. In conclusione, gli strumenti che misurano la disabilità provocata dall'emigrania possono migliorare la comunicazione medico-paziente, essere di ausilio nella valutazione della gravità dell'emigrania, nella scelta di un trattamento personalizzato e nel monitoraggio della risposta alla terapia.



# La qualità di vita dei pazienti cefalalgici

Cav. Anil Celio

Coordinatrice della Lega Italiana Cefalalgici del Veneto

Sono una paziente cefalalgica da oltre cinquant'anni. Soffro di cefalea muscolo-tensiva, un dolore bilaterale molto forte e pulsante, e di emicrania che mi dà la sensazione che la testa stia per scoppiare. Ho provato anche la cefalea a grappolo: si ha la sensazione di una lama che penetra il cervello, l'occhio lacrima e il naso è congestionato.

**Non si tratta di un banale mal di testa.**

**Soffrire di questo tipo di cefalea in modo cronico significa avere la sola forza di SOPRAVVIVERE e di essere incapaci di lavorare e di condurre una normale vita sociale.**

L'attacco di cefalea si può scatenare per colpa di un raggio di sole che mi colpisce una tempia, con il vento, con un profumo o un odore, con le emozioni forti di gioia, di dolore o di paura, con lo stress, con una sigaretta o con un alimento sbagliato.

Quando arriva l'attacco di cefalea e di emicrania la mia vita viene interrotta: perché tutto mi dà fastidio, provo nausea o vomito, mi isolo completamente e devo rimanere in silenzio e al buio assoluti, prendo il mio farmaco e conto i secondi aspettando il minimo miglioramento. **Vivo nella paura dell'arrivo di un nuovo attacco.**

Il mal di testa **"interrompe la vita"**: cerco di continuare nelle attività quotidiane anche se con molta difficoltà. La mia esistenza è stata condizionata dall'assunzione di farmaci, ne ho provati tanti e oggi uno solo riesce a darmi sollievo nella fase acuta. Guai a non averlo sempre con me.

Chi è costretto a convivere con la cefalea e/o l'emicrania vive un vero calvario che distrugge la vita e provoca gravi disagi per il lavoro e la famiglia. In un lavoro come il mio, a contatto con il pubblico, dove

è necessario sorridere ed essere cortese, con il peso del mio mal di testa, rappresenta una sfida continua al dolore. Ho avuto la fortuna nel mio percorso lavorativo di incontrare persone che avevano un familiare con il mio stesso problema: questo mi ha permesso di essere capita e non fraintesa.

In famiglia è necessario trovare la forza di non far pesare la propria condizione dolorosa, ma il problema più grande è che **nessuno può capire il dolore che provo**. Una mia cara amica non sopportava il dolore così forte e frequente ed è arrivata al suicidio.

Anch'io ho vissuto dei momenti di disperazione che sono inevitabili in questa condizione, i miei affetti mi hanno dato la forza di superarli.

**La cefalea cronica non è riconosciuta come malattia:** questo fa sì che il paziente cefalalgico come me **non** sia preso in carico dal sistema sanitario.

Spesso il medico di famiglia sottovaluta la condizione dolorosa probabilmente per mancanza di formazione e informazione e anche arrivare a **una visita presso un centro specialistico prevede attese troppo lunghe.**

**IL DOLORE È AMPIAMENTE SOTTOVALUTATO DA TUTTO IL SISTEMA.**

Dal mio punto di vista: Il primo diritto è quello di non soffrire e inoltre non deve essere una questione di fortuna riuscire a trovare chi capisce la mia malattia e a trovare la terapia che mi aiuta a vivere.

**Ritengo particolarmente importante che la cefalea venga riconosciuta e curata fin dall'inizio appropriatamente perché non diventi cronica o almeno non diventi invalidante. Perciò voglio richiamare l'attenzione, affinché le fasce d'età maggiormente colpite, quelle delle persone in età lavorativa, possano beneficiare di un servizio efficiente.**

---

## Un'esperienza di gestione dei pazienti affetti da cefalea cronica

Antonio Granato

Clinica Neurologica, Ospedale di Cattinara, Università degli Studi di Trieste

In relazione alle cefalee croniche, il Centro Cefalee di Trieste ha due settori principali di ricerca, uno sulla cefalea cronica da abuso di analgesici, ed uno sulla gestione delle cefalee croniche sul territorio.

La cefalea cronica da abuso di analgesici è una cefalea indotta da un elevato introito di sintomatici per il dolore, che se assunti in alte dosi determinano una trasformazione di una cefalea episodica in cronica.

Il trattamento, che abbiamo testato e validato, consiste nella disintossicazione mediante sospensione del farmaco abusato, idratazione, benzodiazepine, ademetonina, supporto psicologico, precoce inizio di una profilassi, terapia delle comorbidità. È stato analizzato il tempo di scomparsa della cefalea quotidiana come indice di outcome a breve termine, che è risultato di mediamente di  $8\pm 5$  giorni, più breve nei paziente che assumevano triptani, più lungo in quelli che assumevano combinazioni contenenti caffeina. I pazienti sono poi stati rivalutati in un follow-up a 3-6 anni, con evidenza di recidiva nel 22% dei casi. Lo studio dei fattori prognostici per recidiva ha evidenziato una significatività positiva per i pazienti con familiarità per cefalea, fumatori, con crisi invalidanti, e con un elevato introito quotidiano di analgesici. Recentemente abbiamo testato l'efficacia della stimolazione magnetica transcranica in pazienti con questa patologia, ottenendo una significativa riduzione dei parametri del dolore.

Per quanto concerne lo studio della gestione delle cefalee croniche sul territorio nella provincia di Trieste, è stato istituito un nuovo ambulatorio, denominato Ambulatorio Cefalee nell'Urgenza (ACU), dedicato ai pazienti provenienti dal Pronto Soccorso (PS) e dimessi con una diagnosi di cefa-

lea primaria o non specificata, e ai pazienti inviati dal Medico di Medicina Generale (MMG) con una diagnosi di cefalea cronica o in fase di cronicizzazione. Tali pazienti vengono valutati nell'ACU in  $6\pm 2$  giorni. L'analisi dei pazienti provenienti dal PS ha evidenziato che circa il 14% delle afferenze era affetto da cefalea cronica. Il precoce e specifico trattamento di questi pazienti ha determinato una significativa riduzione della disabilità lavorativa, familiare e sociale, quantificabile con una riduzione di due terzi dei costi indiretti complessivi. Gli accessi in PS si sono ridotti significativamente in media del 8% per anno, in particolare per gli accessi multipli. Tra i pazienti inviati dal MMG è stato diagnosticato il 18% di cefalee croniche primarie, anche questi trattati specificamente con un significativo miglioramento della cefalea e riduzione della disabilità al follow-up.

L'Ambulatorio Cefalee nell'Urgenza è risultato efficace nel reclutare i pazienti con cefalee croniche dal Pronto Soccorso e dal Medico di Medicina Generale, nel trattare in tempi brevi specificamente queste forme di cefalee ottenendo una riduzione della disabilità, con riduzione dei costi indiretti e degli accessi in Pronto Soccorso, in particolare per gli accessi multipli.

## *Le cefalee croniche in età evolutiva: casistica di un Centro Cefalee Specialistico*

**Pier Antonio Battistella, Irene Toldo, Stefano Sartori, Debora De Carlo, Barbara Bolzonella, Margherita Nosadini**

*Centro SISC per le Cefalee dell'Età Evolutiva, Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino, Università degli Studi di Padova*

Per la definizione di "cefalea cronica" è necessaria una frequenza di  $\geq 15$  attacchi/mese per almeno 3 mesi.

A tale raggruppamento appartiene anche un particolare sottogruppo definito "cefalea da uso eccessivo di farmaci" o "Medication Overuse Headache" (MOH).

Viene presentata una casistica di 1100 giovani cefalalgici (3-18 anni), afferiti al Centro delle Cefalee dell'Età Evolutiva dell'Università di Padova, nel periodo ottobre 2011-settembre 2012. Sono stati selezionati 165 pazienti (15%) affetti da cefalee croniche (70 maschi e 95 femmine; età: media 12 anni, range 5-18 anni) così suddivise: Emicrania Cronica

(EC) n. 58 (35%), Cefalea di tipo Tensivo Cronico (CTC) n. 42 (25%), New Daily Persistent Headache (NDPH) n. 30 (20%), MOH n. 16 (10%); 16 casi (10%) sono risultati affetti altre Cefalee primarie croniche Non Classificabili (CNC).

Nell'ambito del sottogruppo con MOH vi è stato un sovra utilizzo dei seguenti farmaci: analgesici (50%), FANS (40%), o loro combinazioni (10%). Nessun paziente presentava abuso di triptani. L'eccessiva assunzione di farmaci, al momento della valutazione, perdurava in media da circa 4-6 mesi.

Nei 149 casi con cefalee croniche primarie la durata della condizione di cronicità è risultata compresa

entro un triennio, il numero medio di visite specialistiche è stato di circa 5 visite/anno ed il numero medio di accessi in Pronto Soccorso è stato di 1,5 accessi/paziente/anno.

In oltre 2/3 dei casi è stata intrapresa una profilassi farmacologica e/o non farmacologica ed una terapia di disassuefazione nel sottogruppo con MOH, in quest'ultimo sottogruppo con un ottimo risultato al follow-up (ripresa del pattern episodico in 14/16 pazienti).

Nel nostro campione, selezionato per l'afferenza ad un Centro specialistico di III livello, la percentuale di forme croniche (15%) è risultata in accordo con i dati più recenti della letteratura internazionale. Anche la MOH, riscontrata nel 10% del sottogruppo con forme croniche, ha valori rapportabili ai report più consistenti e recenti condotti in età evolutiva (6,5%-20%).

Inoltre nel nostro campione prevalgono le forme "trasformate" da una cefalea episodica (EC e CTC), rispetto ai casi con cronicità "ab inizio" (NDPH), con un rapporto di 3:1.

In conclusione le finalità del nostro Centro sono: 1) formulare una diagnosi precoce ed attuare una gestione appropriata delle cefalee primarie e secondarie in età evolutiva; 2) sensibilizzare ed educare i giovani pazienti ed i loro genitori al corretto uso degli analgesici nel trattamento del mal di testa; 3) interrompere tempestivamente la tendenza all'abuso di analgesici; 4) instaurare misure di igiene generale con il ricorso a terapie comportamentali (rilassamento/biofeedback) e/o farmacologiche (sintomatiche e/o di profilassi) adeguate al tipo di cefalea primaria, tenendo sempre in considerazione sia il rapporto rischio/beneficio, che le eventuali comorbidità.

## *Impatto economico e socio-sanitario delle nuove tecnologie per il trattamento della cefalea cronica*

### **Il percorso di valutazione nella Regione Veneto: due casi modello**

**Giovanna Scroccaro**

*Direttore Servizio Farmaceutico Regione Veneto*

**INTRODUZIONE:** L'emicrania cronica è una patologia, la cui prevalenza in Europa varia tra lo 0,5% e il 7,6%, colpendo maggiormente le donne rispetto agli uomini nella fascia d'età tra i 25 e i 55 anni. Da una recente survey su 8 Paesi europei, il costo totale di gestione della malattia è stimato essere pari a € 1.222 per paziente / anno, di cui il 92% è rappresentato da costi indiretti.

**OBIETTIVO:** Presentare il modello adottato dalla Regione Veneto per la valutazione delle nuove tecnologie sanitarie per la gestione clinica dell'emicrania cronica, in termini di evidenze cliniche e di impatto economico e sociosanitario, attraverso due esempi distinti dal punto di vista clinico: 1) valutazione del neurostimolatore impiantabile sottocutaneo nel trattamento dell'emicrania cronica refrattaria 2) valutazione del farmaco tossina botulinica A (Botox®) di nuova introduzione in alcuni Paesi europei con l'indicazione del trattamento della profilassi dell'emicrania cronica..

**MATERIALI E METODI:** La Regione Veneto ha adottato la metodologia dell'HTA, con riferimen-

to all'efficacia, sicurezza e all'analisi dell'impatto organizzativo-economico nel contesto della realtà veneta, come metodo scientifico rigoroso di valutazione delle tecnologie sanitarie.

**RISULTATI:** In riferimento ai neurostimolatori impiantati sottocute, che stimolano il nervo occipitale, sono disponibili in commercio modelli ricaricabili e non ricaricabili, di cui, in entrambi i casi, soltanto due su cinque hanno il marchio CE. Gli studi clinici a supporto sono di piccole dimensioni e con breve follow-up; ulteriori sperimentazioni sono ancora in corso. In assenza di evidenze economiche, si è stimato il costo pieno (valori 2010) di impianto, nella prospettiva di una azienda ospedaliera regionale, pari a circa € 10.000/anno/paziente (modello non ricaricabile) e circa € 28.000/anno/paziente (modello ricaricabile). Sulla base di dati epidemiologici di letteratura (Irimia, 2011, Linee Guida Agenas, 2012), si stimano a livello regionale dai 7 ai 10 pazienti affetti da emicrania cronica refrattaria, non conseguente ad abuso di farmaci antidolorifici, responsivi alla stimolazione occipitale e negativi al test di personalità. La

stima annuale di spesa è di conseguenza compresa tra circa € 70.000-100.000 per il modello non ricaricabile e circa € 100.000-€ 300.000. In merito ai neurostimolatori, la Regione Veneto ravvisa la necessità di un protocollo regionale di selezione dei pazienti. In riferimento alla tossina botulinica A, la Regione Veneto non ha ancora effettuato una valutazione di HTA in quanto il farmaco non è ancora registrato in Italia per la profilassi dell'emicrania cronica. Dall'analisi della letteratura (Revisioni, Linee Guida e Report di HTA) emerge che: 1) in una recente revisione la tossina botulinica A ha mostrato vs placebo un beneficio moderato nell'emicrania cronica; 2) Le Linee Guida (LG) nazionali ed internazionali esprimono pareri sull'utilizzo della tossina botulinica A: in particolare le LG Agenas sottolineano la necessità di un'attenta valutazione prima di procedere alla somministrazione del farmaco e le LG BASH evidenziano miglioramenti modesti, ma statisticamente significativi nell'efficacia vs placebo; 3) La gui-

dance dello Scottish Medicine Consortium (SMC) esprime un parere negativo all'introduzione del farmaco, mentre il NICE raccomanda l'uso, ma solo in pazienti già multi trattati, dopo fallimento di almeno 3 trattamenti. In Veneto a fronte di una popolazione eleggibile al trattamento pari a 430 pazienti/anno e di un costo sanitario (farmaco e somministrazione) a paziente di € 1.725 (costo massimo di 5 cicli anno, secondo schema SMC), la spesa annua massima regionale, comprensiva di possibile spreco di farmaco, potrebbe ammontare a € 740.000.

**CONCLUSIONI:** La decisione di introdurre le nuove tecnologie nella pratica clinica non può prescindere da un'attenta e rigorosa analisi delle evidenze cliniche nonché da valutazioni di carattere economico ed organizzativo. Per questo è necessaria in ogni Regione la presenza di professionisti esperti che utilizzino l'HTA come strumento valutativo essenziale da porre a supporto del decisore pubblico.

## Rilevanza sociale delle cefalee croniche

Luigi Alberto Pini

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Past-President SISC

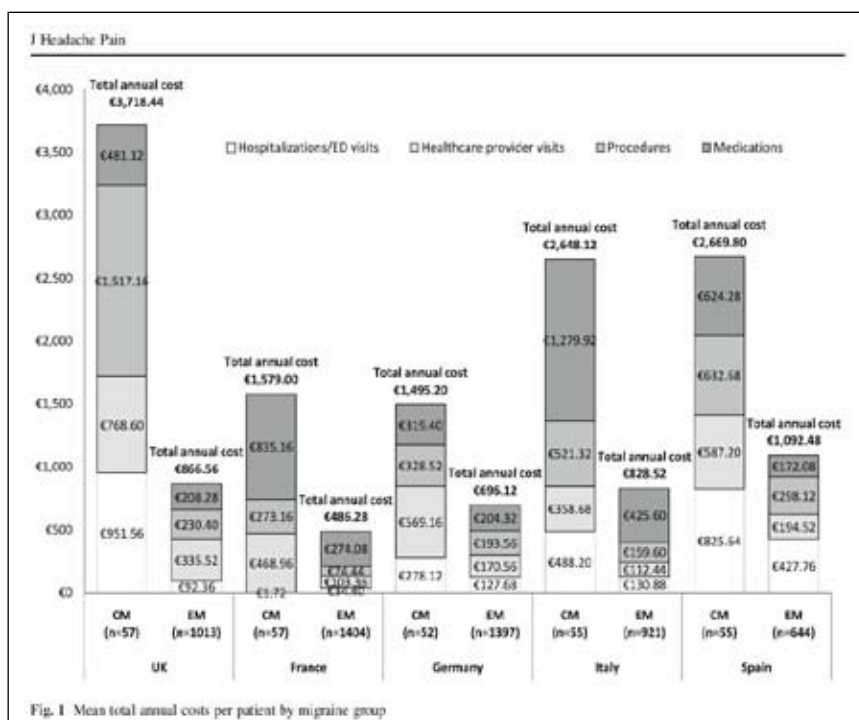
In occasione del 26° Congresso Nazionale della SISC a Modena abbiamo tenuto una tavola rotonda dove si è dibattuto del tema della organizzazione di una rete delle cefalee nelle varie regioni Italiane. Quello che segue è un resoconto delle principali riflessioni e tematiche riportate in quella occasione.

La cefalea cronica è una delle principali cause di disabilità e di utilizzo dei servizi sanitari.

L'OMS sta rivalutando la posizione nella graduatoria delle patologie disabilitanti in seguito a due lavori pubblicati su Lancet, per cui sarà spostata dal 19° posto al settimo posto.

Uno degli aspetti fondamentali per ridurre la numerosità dei pazienti sofferenti di questa malattia è quella di cercare di ridurre il numero delle cronicizzazioni. Pertanto risulta indispensabile che i soggetti potenzialmente esposti a questa evoluzione

della malattia che ne sono affetti siano diagnosticati precocemente al fine di ricevere un trattamento appropriato. Questo consentirebbe un significativo miglioramento della qualità della vita e una riduzione



ne del ricorso a cure specialistiche e ospedaliere con riduzione del relativo impatto economico.

La cefalea cronica ha enormi costi sociali: in termini di riduzione della produttività causata dall'assenza nel posto di lavoro, e dal ridotto rendimento lavorativo durante l'attacco cefalalgico, e nell'impatto ancor più rilevante sulla vita familiare e sociale. Si parla di un costo in Europa in termini di anni di vita persi pari a 27 miliardi di euro nel 2004.

I costi sanitari sono stati quantificati per l'emicrania cronica in una recente pubblicazione (Bloudek 2012) che confronta l'impatto economico dei pazienti con emicrania. Il maggiore ricorso a visite mediche, indagini diagnostiche e soprattutto all'utilizzo di farmaci determina una spesa 2,5 volte superiore per il paziente cronico rispetto a un paziente con emicrania episodica. Inoltre le comorbilità psichiatriche associate in maggior % alle forme croniche, determinano a loro volta un incremento dei costi di 1,6 volte. Dato il burden of disease e i costi elevati legati alla gestione della patologia, con ogni probabilità tutte le strategie di prevenzione e il trattamento precoce potranno risultare costo-efficaci.

Alla luce di questi dati risulta evidente che sono necessari interventi di politica sanitaria mirati a prevenire la cronicizzazione della malattia, come ad esempio una rete di Centri Cefalee che consenta di aumentare l'accesso alla diagnosi e alla terapia di quel 50% dei pazienti che non si rivolgono alle strutture sanitarie di base o specialistiche, e al contempo ogni politica mirante a coordinare e razionalizzare gli interventi sociosanitari che posano alleviare il disagio di essere ammalati e di non avere alcun riconoscimento o facilitazione per accedere alle terapie possibili. In questa ottica i progetti ormai in essere e in progress in diverse regioni italiane, che si modellano sulle indicazioni della European Headache Society possono contribuire in modo significativo a fornire una assistenza adeguata ad uno standard europeo anche a questi malati che, ricordiamolo rappresentano un fetta rilevante della popolazione attiva.

### **Principi per la corretta gestione del paziente cefalalgico**

“Prendersi cura” della persona con cefalea significa non solo curare la malattia ma supportare la persona nella sua globalità, al fine di migliorare la qualità di vita del singolo individuo e della collettività in cui è inserito.

A livello europeo è stato sancito che il progresso

nella gestione del paziente cefalalgico dipende dal miglioramento dell'accesso alle strutture sanitarie competenti supportato da programmi di educazione nel campo della diagnosi e della cura delle cefalee (Intern Emerg Med 2008). Tale miglioramento prevede che il paziente sia al centro di un percorso che comporta un'organizzazione delle competenze e dei servizi in base ai livelli di necessità di cura. Alla luce della notevole prevalenza dei disturbi cefalalgici, e della necessità di garantire a tutta la popolazione un'assistenza adeguata con rispetto dei costi, l'European Headache Federation in collaborazione con la campagna dell'OMS denominata Lifting The Burden, suggerisce una organizzazione dei servizi in tre livelli. Dati epidemiologici suggeriscono che la maggioranza dei pazienti cefalalgici può essere efficacemente trattata al primo livello (medicina di base, pronto soccorso in casi selezionati) e solo una quota minore necessita specializzazioni superiori quali la consulenza neurologica o l'ambulatorio con neurologo specializzato nella diagnosi e cura delle cefalee (secondo livello) e il centro cefalee accademico (terzo livello). È stato calcolato che l'equivalente di un medico a tempo pieno è sufficiente per trattare efficacemente le necessità di una popolazione di 35.000 persone al primo livello, di 200.000 persone al secondo livello, e di 2.000.000 al terzo livello.

I vantaggi di tale sistema stratificato per livelli e fondato sulla competenza del neurologo coniuga accessibilità, appropriatezza, economia, gestione “patient-centered” di una patologia spesso con rilevanti implicazioni multidisciplinari sia per la diagnosi che per i trattamenti.

Migliorare il governo clinico per le cefalee richiede una analisi approfondita della situazione nazionale che appare variegata. Infatti per le cefalee valgono le stesse problematiche che si sono riscontrate per la classificazione e trattamento del dolore cronico non oncologico.

Considerato che nelle tabelle ministeriali per la valutazione dell'invalidità civile non esistono riferimenti utilizzabili per le cefalee, il gruppo di lavoro lombardo ha suggerito i criteri per emanare la Circolare della Giunta Regionale n. 30 del 14/12/2006 denominata “Indicazioni operative per la valutazione delle cefalee nell'ambito dell'invalidità civile”. È importante rilevare come i criteri per la valutazione percentuale delle cefalee nell'ambito dell'invalidità civile siano formulati secondo specifici quadri clini-

ci considerando le caratteristiche di frequenza, durata, intensità e di risposta al trattamento. Inoltre, vista l'esigenza di una corretta definizione clinica in assenza di indagini strumentali o test con valore diagnostico per le cefalee, la circolare sancisce che siano i Centri per le Cefalee di rilevanza nazionale a produrre le certificazioni da presentare alle Commissioni delle ASL, dopo un periodo di osservazione del caso di almeno un anno. I criteri di accreditamento dei centri cefalee ai fini della possibilità di erogare i certificati di "attestazione di malattia" sono stati definiti dal gruppo di lavoro regionale in accordo con i maggiori specialisti del settore. La SISC ha definito i criteri per codificare i Centri Cefalee e tale codifica ha anche un riscontro internazionale legato al riconoscimento dell'European Headache Federation.

A livello nazionale la normativa risulta carente e la cefalea non è inserita nell'elenco nosologico delle malattie sociali. Per ovviare a questa mancanza, il Consiglio Regionale del Veneto ha recentemente presentato in Parlamento una proposta di legge statale dal titolo "Disposizioni per il riconoscimento della cefalea primaria cronica come malattia sociale" (progetto di legge n. 4772 del 10 novembre 2011) grazie alla quale le persone afflitte da cefalea pressoché quotidianamente vedrebbero riconosciuto l'impatto sociale della loro malattia. Con il suddetto progetto di legge viene presa in considerazione la cefalea primaria cronica, caratterizzata dalla continuità nel tempo e comprendente le seguenti forme diagnostiche: emicrania cronica, cefalea cronica quotidiana con e senza uso eccessivo di analgesici, cefalea a grappolo cronica, emicrania parossistica cronica, cefalea nevralgiforme unilaterale di breve durata con arrossamento oculare e lacrimazione (SUNCT) ed emicrania continua. L'inclusione nell'elenco delle malattie sociali della cefalea cronica comporterà la promozione di centri ad essa dedicati, volti alla ricerca, alla profilassi e prevenzione ed all'educazione sanitaria.

Di rilevante importanza dal punto di vista normativo è la legge 38/2010, "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", una norma che cambia lo scenario nel governo clinico del dolore. Le cefalee primarie rappresentano una notevole percentuale delle condizioni patologiche correlate al cosiddetto dolore cronico non-oncologico, e condividono fra loro elementi di fisiopatologia, modelli e tecniche di studio e strategie di inter-

vento farmacologico e non-farmacologico. Pertanto la legge 38/2010 rappresenta un'opportunità per l'organizzazione del governo clinico delle cefalee, promuovendo la creazione di reti regionali e nazionali dei centri specialistici e di percorsi diagnostico-terapeutici (PDT) locali. Questa legge inoltre dovrà supportare l'interazione reciproca tra reti dedicate alla cefalea e le reti di terapia del dolore, promuovendo procedure innovative e sperimentali nel campo delle cefalee croniche refrattarie alle usuali terapie. In una ottica di coinvolgimento e condivisione dei PDT con i MMG la Regione Emilia-Romagna ha approvato e finanziato un progetto educativo strutturato in moduli in parte come FAD e in parte come gruppi di lavoro.

A quanto ci consta questo processo culturale ha il benestare del Ministero della Salute che considera la cefalea cronica quotidiana un dolore cronico benigno invalidante. Il Ministero ha confermato il recepimento di questa linea con l'avvertenza che ogni Regione si organizzerà secondo le proprie caratteristiche ed esigenze.

Alla luce dei dati presentati, l'appropriatezza di accesso alla cura della persona cefalalgica deve essere garantita dall'implementazione di PDT specifici, fondati su linee guida nazionali ed internazionali adattate alle singole realtà regionali e aziendali. Tali percorsi dovrebbero essere costituiti secondo il modello stratificato in livelli di assistenza dipendenti dalla complessità diagnostica e terapeutica e quindi integrati al modello Hub and Spoke delle reti dei centri specialistici.

Sebbene in singole aziende locali esistano già diversi PDT dedicati al paziente cefalalgico, a livello regionale non sono ancora operativi percorsi che rendano omogeneo l'accesso alle cure in tutto il territorio.

In Regione Emilia Romagna si è da poco conclusa la stesura di un documento a cura del Gruppo di lavoro Regionale Cefalee dal titolo "Percorso Cefalea. Documento di indirizzo regionale per l'assistenza integrata al paziente con cefalea". Il percorso proposto, partito dall'analisi delle attività strutturate dedicate alle cefalee già presenti sul territorio, è stato organizzato a seconda dell'urgenza di presentazione e della gravità della malattia perseguendo il modello dei livelli di assistenza. Le modalità di ingresso della persona con cefalea nel percorso prevedono una gestione in acuto in PS ed una gestione ordinaria a livello territoriale comprendente le cure primarie (primo livello), gli ambulatori cefalea nell'ambito

della neurologia territoriale (secondo livello) ed i centri cefalee propriamente detti (terzo livello). Il documento delinea requisiti minimi essenziali per ogni azienda e per le Aree Vaste in cui è suddivisa la Regione Emilia Romagna. Nell'ambito aziendale il MMG, in caso di dubbio diagnostico o di difficoltà terapeutica, deve avere la garanzia di accesso a consulenze specialistiche (es. neurologica presso ambulatorio dedicato con presenza di esperti nella diagnosi e trattamento delle cefalee, neurochirurgica, psichiatrica) possibilmente secondo percorsi diagnostico-terapeutici aziendali. Nell'ambito di Area Vasta deve essere operativo almeno un centro cefalee (terzo livello): si stima infatti che il 10% delle persone giunte al secondo livello necessitano di modalità diagnostiche e terapeutiche avanzate da eseguire in un centro cefalee altamente specializzato (Intern Emerg Med 2008). Gli ambulatori cefalee di ogni azienda potranno quindi avvalersi della consulenza del centro cefalee di terzo livello della propria Area Vasta in caso di pazienti da sottoporre a terapie innovative e sperimentali o in caso di pazienti affetti da: cefalee primarie che non hanno risposto alle principali terapie di profilassi farmacologica e non, cefalee rare genetiche o metaboliche (es. Emicrania emiplegica familiare, CADASIL, MELAS e altre patologie mitocondriali), complicanze dell'emicrania (ictus emicranico, stato di male emicranico), cefalee del gruppo 4 della Classificazione Internazionale delle Cefalee (Cefalea trafittiva primaria, cefalea da tosse primaria, cefalea da sforzo primaria, cefalea associata all'attività sessuale primaria, cefalea ipnica, hemicrania continua, thunderclap headache primaria), cefalee autonomico-trigeminali (cefalea a grappolo, hemicrania parossistica, SUNCT) e cefalee croniche con uso eccessivo di analgesici se non risolte al secondo livello.

I centri di terzo livello identificati per cultura e know-how, presenti in ogni area vasta per soddisfare la numerosità della popolazione emiliano-romagnola, sono: l'UOSD Centro Cefalee, Dipartimento di Neuroscienze, Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma e l'UOS Centro Cefalee e Abuso di farmaci, Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena per l'Area Vasta Nord comprendente le attuali provincie di Piacenza, Parma, Reggio-Emilia e Modena; l'IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna per l'Area Vasta Centro comprendente le provincie di Bologna e Ferrara; il Centro Cefalee dell'UO Neurologia, AUSL di Ravenna per l'Area

Vasta Romagna. l'IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna sarà coordinatore delle strutture regionali dedicate alla diagnosi e cura delle cefalee e avrà il compito di istituire un Registro Regionale per la valutazione dell'appropriatezza degli interventi di neurostimolazione per le cefalee croniche farmacoresistenti. I Centri Cefalee dovranno essere collegati in rete per la condivisione di protocolli diagnostici, terapeutici e sperimentali. I Centri Cefalee dovranno inoltre occuparsi della formazione e aggiornamento per coloro che operano nei diversi livelli, con diverse competenze e professionalità, e per i MMG.

Gli ambulatori ed i centri cefalee dovranno collegarsi con la Rete Regionale di Terapia del Dolore grazie alla creazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare coordinato a livello Regionale. E' necessario, infatti, garantire percorsi diagnostici e terapeutici condivisi tra algologia, centri di terapia del dolore e centri cefalee per garantire la presa in carico e il corretto trattamento delle cefalee secondarie cervicogeniche, le algie faciali atipiche e le forme croniche resistenti al trattamento farmacologico.

E' importante sottolineare che, per garantire la continuità assistenziale il documento emiliano-romagnolo prevede che, terminato l'iter diagnostico-terapeutico, il Neurologo o il Medico del Centro/Ambulatorio Cefalee deve riaffidare il paziente al MMG, tramite relazione clinica comprensiva di indicazioni terapeutiche. Il MMG potrà riavvalersi del percorso in caso d'insuccesso terapeutico o variazioni del quadro clinico.

In **Lombardia**, in ottemperanza alla legge 38/2010, è stato creato un Gruppo di Approfondimento Tecnico che ha lo scopo di realizzare una rete di terapia del dolore e specifici PDT. La presenza di neurologi specialisti nel campo delle cefalee al suddetto tavolo regionale ha portato alla separazione del dolore cefalalgico dalla patologia da dolore neuropatico con la possibilità conseguente di realizzare una rete Cefalee Regionale. Attualmente sul territorio regionale lombardo i centri di riferimento riconosciuti sono la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C. Besta di Milano; la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C. Mondino di Pavia e l'Azienda Spedali Civili di Brescia. I Centri regionali dell'Istituto Neurologico C. Besta e Mondino di Pavia coordinano una rete di centri cefalee che erogano prestazioni specialistiche, diagnostiche e terapeutiche sia a livello ambulatoriale che di ricovero utilizzando

percorsi diagnostico-terapeutici simili. Il Gruppo di Approfondimento Tecnico sta elaborando un documento finale, la cui stesura è prevista entro la fine dell'anno in corso, che conterrà i requisiti minimi e le modalità organizzative necessarie per l'accREDITAMENTO delle strutture di assistenza finalizzate sia alle cure palliative e alla terapia del dolore, sia alla cura dei pazienti affetti da patologia cefalalgia.

Per quanto riguarda la situazione nelle altre regioni italiane segnaliamo una situazione interessante nella **Regione Calabria**, dove un gruppo di specialisti responsabili di diversi centri cefalee hanno contattato la Regione per realizzare una rete di centri cefalee che potesse fornire un servizio coordinato alla popolazione. Con la venuta della Legge 38/2010 tale percorso si è integrato con quello delle terapie del dolore e attualmente è aperto un tavolo tecnico il cui modello è quello di considerare la rete regionale della cefalea cronica una subarticolazione nella rete della terapia del dolore cronico benigno.

Nella **Regione Veneto** è in programma l'apertura di un tavolo tecnico tra neurologi e responsabili dei

centri cefalee e i responsabili dei centri per la terapia del dolore.

Nel **Lazio** sono attivi al momento PDT integrati alla Rete Regionale Dolore Cronico Non Oncologico a livello aziendale (ASL Roma), secondo il modello Hub and Spoke con coinvolgimento dei MMG. Il progetto "Cefalee" della ASL RM G prevede specifici percorsi diagnostici terapeutici per le cefalee, che prevedono un collegamento a doppio binario tra MMG e Spoke della rete del dolore cronico. Sono inoltre organizzati, a cura dell'Hub Policlinico Umberto I Corsi di formazione per i MMG referenti.

In conclusione possiamo affermare con orgoglio che dopo oltre 30 anni dalla fondazione della Società Italiana per lo studio delle Cefalee, le cefalee saranno presto non più un hobby di alcuni medici curiosi o che non avevano altro da fare, ma una delle articolazioni delle strutture di cura pubbliche: dall'era del volontariato e della buona volontà passiamo ad un periodo nel quale potremo affermare che anche la cura della cefalea richiede quella attenzione e professionalità che i dati epidemiologici ci avevano confermato da tempo.

## Cronicità ed equità assistenziale: la normativa a supporto e gli obiettivi

**Giorgio Zanchin**

*Direttore del centro Specialistico Regionale per la Diagnosi e Cura delle Cefalee,  
Dipartimento di Neuroscienze, Università degli Studi di Padova  
Presidente Onorario della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee*

La situazione legislativa per l'organizzazione della cura della cefalea cronica trova un primo problema nel mancato riconoscimento nosologico della ma-

lattia dovuto all'assenza di un codice identificativo specifico nella classificazione ICD-10.

Il riconoscimento a livello nazionale della cefalea

### I principali obiettivi da perseguire:

- Garantire un **percorso codificato per la diagnosi differenziale** tra cefalea primaria e secondaria
- Garantire un **rapido sollievo della sintomatologia** al paziente con cefalea primaria, attraverso l'adozione dei protocolli terapeutici basati sull'evidenza scientifica
- Garantire il **follow-up del paziente** dopo la dimissione dal Pronto Soccorso (PS) con diagnosi di cefalea primaria
- Definire il percorso di cura nell'ambito territoriale
- Garantire l'accesso ai livelli superiori di cura secondo necessità/complessità del paziente

### Risultati attesi nella corretta gestione dei pazienti cefalgici

- Miglioramento della **qualità della vita** del paziente
- Miglioramento del **management** della cefalea
  - **presa in carico** del paziente cefalalgico
  - **riduzione delle liste d'attesa**
  - **riduzione del numero delle visite specialistiche inappropriate**
  - **formazione del MMG e dei neurologi** del territorio
  - **riduzione dei costi** (visite, indagini e terapie inappropriate)



cronica **come malattia sociale**, così come definito dal D.P.R. n. 249 del 1961, permetterebbe, nell'ambito dei piani sanitari e nei limiti delle risorse indicati nel Fondo sanitario nazionale, progetti obiettivi, azioni programmatiche e tutte le iniziative dirette a tutelare il diritto alla cura del paziente con cefalea cronica.

Le Aziende Sanitarie Locali dovrebbero avvalersi di presidi accreditati, con documentata esperienza di attività diagnostica e terapeutica specifica, e di Centri regionali e/o provinciali di riferimento, cui spetta il coordinamento dei presidi della rete, al fine di garantire appropriatezza di diagnosi e cura. Anche la legge 38/2010 può rappresentare un prezioso supporto nella promozione della creazione di reti regionali per la terapia della cefalea cronica, con la costituzione di percorsi clinici multidisciplinari.

Oggi gli ambulatori per la cefalea garantiscono un percorso codificato per la diagnosi differenziale e, nella maggioranza dei casi, un rapido sollievo dal dolore attraverso protocolli terapeutici riconosciuti nel mondo scientifico. Tuttavia una gestione organizzata e integrata permetterebbe un migliorato accesso ai pazienti cronici che rappresentano i casi più complessi. Perciò vanno definiti i criteri di accreditamento dei Centri di I, II e III livello, affinché sia garantita la presa in carico del paziente con competenze professionali specifiche e tempi brevi, con la riduzione delle liste d'attesa, e al contempo sia assicurata l'appropriatezza delle prestazioni erogate. I Centri per la diagnosi e la cura della cefalea dovrebbero poter collaborare con psicologi, fisioterapisti, terapisti analgici e poter contare anche sulla collaborazione di MMG, Pronto soccorso e Ambulatori di Neurologia per garantire la cura più appropriata al paziente. Per questo motivo dovrebbero essere definiti percorsi di formazione rivolti ai diversi livelli di assistenza.

In tempi di limitata allocazione delle risorse tutto questo oltretutto ridurrebbe i costi e porterebbe a una migliorata efficienza del Servizio Sanitario.

### **Dati SISC Triveneta sulla gestione del paziente con cefalea cronica**

Alcuni Centri SISC della sezione Triveneta si sono impegnati nella raccolta di informazioni sulla gestione dei pazienti con cefalea cronica. Hanno partecipato 9 Centri, 6 in Veneto e 3 in Friuli Venezia Giulia (Centri SISC AUDIT).

La fotografia che segue, anche se preliminare, per-

mette di cogliere delle criticità importanti e iniziare a ragionare sulle possibili azioni correttive da intraprendere per garantire l'equità assistenziale.

Sono stati utilizzati due diversi questionari: il primo prevedeva un'analisi generale della popolazione afferente a ciascun Centro facendo riferimento a un periodo di 12 mesi.

I Centri aderenti hanno preso in carico nell'ultimo anno 4835 pazienti, il 15% dei quali affetto da cefalea cronica prevalentemente di tipo emicranico o con uso eccessivo di farmaci.

Il paziente arriva al Centro direttamente. In generale non ci sono priorità legate alla gravità della malattia, non esistono filtri di 1° livello e i tempi di attesa media rimangono mediamente molto alti (5,1 mesi per una prima visita e 4,4 mesi per un controllo).

Il 40% dei pazienti cronici che afferiscono al Centro usa in modo eccessivo i farmaci sintomatici e di questi il 27% utilizza triptani (a carico del SSN). È importante notare che i criteri di definizione di uso eccessivo forniti dall'IHS sono forse troppo rigidi e possono contribuire ad enfatizzare il dato sulla diagnosi di MOH, che rappresenta comunque una criticità. I percorsi di disassuefazione per i pazienti che fanno uso eccessivo di farmaci sono attuati prevalentemente in regime ambulatoriale, anche se è presente una casistica particolarmente complessa e recidivante che si ritiene possa ottenere un risultato migliore solo attraverso il ricovero. Anche in questo caso le liste d'attesa sono lunghe: mediamente 5 mesi per un percorso ambulatoriale mentre in caso di ricovero, che ovviamente deve essere programmato, l'attesa è subordinata alla disponibilità dei posti letto in reparto, e in generale è meno problematico nei Centri Cefalee appartenenti a strutture più piccole.

È stata condotta poi un'analisi sui dati forniti dai pazienti con cefalea cronica, che si sono recati nei Centri che hanno partecipato alla raccolta dei questionari prospettici. I dati sono stati raccolti in un periodo continuativo di 4-8 settimane.

Emerge chiaramente la mancanza di un 1° livello; il 15% delle visite effettuate dai pazienti nell'ultimo anno sono state in PS e si rileva un frequente contatto con il medico di famiglia e con successivo invio del paziente al Centro Cefalee.

I pazienti che hanno risposto ai questionari sono cronici, in prevalenza da almeno 3 anni, ciononostante il 41% ha avuto almeno un accesso al Pronto Soccorso negli ultimi 12 mesi e il 68% dei pazienti che si sono recati in PS sono stati trattenuti in os-

servazione. Inoltre il 61% dei pazienti ha eseguito almeno un'indagine strumentale di neuroimaging (TC o RM) nell'ultimo anno. Emerge chiaramente una necessità di ridefinire l'appropriatezza sia nel ricorso al PS sia nelle indagini strumentali.

Il 76% dei pazienti dichiara di aver seguito una profilassi. Il dato di uso eccessivo di farmaci dichiarato dai pazienti è del 64% accompagnato da un bassissimo accesso ai percorsi di disassuefazione. Comunque tutti i pazienti cronici dichiarano un importante impatto sulla propria vita sociale e lavorativa.

E' evidente dai dati analizzati che una migliore gestione del paziente cronico potrebbe intervenire su tutti fattori che pensiamo critici: l'assenza di più di livelli di accesso, liste d'attesa troppo lunghe, ricorsi a visite e indagini strumentali, nonché a cure inappropriate con un prevedibile ricaduta positiva sui costi sanitari e sulla gestione della patologia. Inoltre, la complessità crescente del

paziente che dovrebbe accedere ai livelli superiori dovrebbe essere affrontata tramite una gestione multidisciplinare.

Sarà necessario realizzare un progetto di formazione che si allarghi oltre che su Centri/Ambulatori per la diagnosi e cura della cefalea, sui medici di Medicina Generale e di Pronto Soccorso, che un così importante ruolo rivestono nell'iter del paziente cefalalgico cronico.

Ci si può attendere un significativo miglioramento della qualità di vita dei pazienti, che accanto alla riduzione dei costi sanitari porti a un rilevante abbattimento dei costi sociali.

Il miglioramento della gestione del paziente cefalalgico dipende dal miglioramento dell'accesso alle strutture sanitarie competenti e dal supporto di programmi educazionali nel campo della diagnosi e cura delle cefalee, rivolti sia ai pazienti che alle diverse professionalità mediche coinvolte nei percorsi di diagnosi e cura.

## *Riconoscimento della cefalea primaria cronica come malattia sociale*

**Arianna Lazzarini**

*Consigliere regionale del Veneto*

Dare una nuova dignità di vita a tutti quei soggetti che, magari ancora in età lavorativa, difettano delle necessarie tutele per la loro patologia. Questo l'obiettivo del percorso normativo che ha portato all'approvazione unanime in Consiglio regionale del Veneto del progetto di legge statale per il riconoscimento della cefalea cronica come malattia sociale. Il testo, di cui sono stata prima firmataria e relatrice in aula, è stato presentato a maggio 2011, e in agosto è stato approvato in Commissione, dove, con mia grande soddisfazione, si è visto un consenso trasversale di tutti i partiti, a dimostrazione che Salute e qualità della vita dei nostri cittadini oltrepassano ogni altra presa di posizione politica. Infine, come dicevo, in ottobre 2011 è stato licenziato all'unanimità dall'aula e il 9 maggio 2012 è stato illustrato in Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni. A dicembre, poi, anche la Commissio-



ne Sanità di Palazzo Madama ne ha preso visione, ed io stessa sono scesa a Roma per portarne le motivazioni e gli obiettivi all'attenzione dei senatori.

Il progetto di legge, composto da un unico articolo, ha ricevuto l'illustre contributo del Prof. Giorgio Zanchin, direttore del Centro Regionale Veneto per le Cefalee, e l'approvazione di numerose associazioni e soggetti tra cui la signora Anil Celio (coordinatrice veneta della Lega Italiana Cefalalgici) e il

Coordinamento nazionale Alleanza Cefalalgici. Sono stati loro, sofferenti di una patologia invalidante e pesantissima, ad avermi sollecitato e in qualche maniera delegato a rappresentare la loro voce tramite questa proposta, ampiamente raccolta dall'assemblea legislativa regionale. Viene presa in considerazione, in particolare, la "cefalea primaria cronica", caratterizzata da continuità nel tempo e dal fatto che non si individuano cause manifeste. Nelle sue

forme primarie (emicrania, cefalea tensiva, cefalea a grappolo) colpisce mediamente il 12% degli individui in modo devastante, perchè comporta costi sociali ed economici ingenti, pesanti conseguenze sul fronte personale e lavorativo, senza alcun riconoscimento normativo.

I dati Istat sulla diffusione della cronicità per classi di età, smontano un luogo comune che individua la cronicità come un problema della terza età. La cefalea riguarda il 10,6% dei 25-44enni, e l'8,1% degli over-75. Si può quindi affermare che questa patologia si manifesta prevalentemente nel periodo più produttivo della vita. Un anno e mezzo fa l'OMS ha incluso la cefalea tra le malattie più diffuse, definendone la diagnosi difficile per l'impossibilità di ricordare i sintomi

con certezza. In Europa l'onere medio annuo per paziente si aggira sui 1.220 €, il 93% dei quali è rappresentato da costi indiretti (assenteismo, mancata produttività eccetera). In Italia, l'impatto della patologia cefalalgica è pari a 1673 euro a paziente per la forma cronica e 490 per quella episodica. Per le necessità di tutti questi malati il Veneto si è posto come capofila, nonostante la fine della legislatura parlamentare abbia interrotto l'iter della legge statale, che comunque siamo decisi a riprendere con le nuove Camere. Mi auguro che unendo le forze anche tra associazioni e medici, si possa fare fronte comune affinché la politica nazionale dia una celere risposta a una esigenza tanto sentita da parte di chi soffre di questa patologia.

## CALENDARIO DEI CONGRESSI NAZIONALI ED INTERNAZIONALI DI INTERESSE PER GLI SPECIALISTI IN CEFALEE

### XXVII CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETA' ITALIANA PER LO STUDIO DELLE CEFALEE

Perugia, 26-28 settembre 2013

Per informazioni: [www.sisc.it](http://www.sisc.it)

**XXI WORLD CONGRESS OF NEUROLOGY and 17TH CONGRESS OF THE EUROPEAN FEDERATION OF NEUROLOGICAL SOCIETIES**

Vienna (Austria), 21-26 settembre 2013

Per informazioni: [www.wcn-neurology.com](http://www.wcn-neurology.com)

**8TH CONGRESS OF THE EUROPEAN FEDERATION OF IASP CHAPTERS - "PAIN IN EUROPE"**

Firenze, 9-12 ottobre 2013

Per informazioni: [www1.kenes.com/efic/](http://www1.kenes.com/efic/)

**XLIV CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETA' ITALIANA DI NEUROLOGIA**

Milano, 2-5 novembre 2013

Per informazioni: [www.neuro.it](http://www.neuro.it)

**AHS SCOTTSDALE HEADACHE SYMPOSIUM**  
Scottsdale (USA), 21-23 novembre 2013

Per informazioni:

[www.americanheadachesociety.org/2013\\_scottsdale\\_headache\\_symposium](http://www.americanheadachesociety.org/2013_scottsdale_headache_symposium)

**5TH NETWORKING WORLD ANESTHESIA CONVENTION**

Vienna, 30 aprile-3 maggio 2014

Per informazioni: [www.nwac.org](http://www.nwac.org)

**7th WORLD CONGRESS OF THE WORLD INSTITUTE OF PAIN**

Maastricht (Olanda), 7-10 maggio 2014

Per informazioni: [www2.kenes.com/wip2014](http://www2.kenes.com/wip2014)

**56TH AHS ANNUAL SCIENTIFIC MEETING**

Los Angeles (USA), 26-29 giugno 2014

Per informazioni:

[www.americanheadachesociety.org](http://www.americanheadachesociety.org)

**4th EUROPEAN HEADACHE AND MIGRAINE TRUST INTERNATIONAL CONGRESS**

Copenaghen (Danimarca), 18-21 settembre 2014

Per informazioni: [www.ehmtic2014.com](http://www.ehmtic2014.com)

**17TH INTERNATIONAL HEADACHE CONGRESS**

Valencia (Spagna), 14-17 giugno 2015

Per informazioni: [www.ihs-headache.org/](http://www.ihs-headache.org/)

## Siti Internet dedicati a cefalee e dolore

[www.sisc.it](http://www.sisc.it) Società Italiana per lo Studio delle Cefalee (SISC)

[www.cefaleecampania.it](http://www.cefaleecampania.it) Sezione Campania della SISC

[www.cefaleepugliabasilicata.it/default.asp](http://www.cefaleepugliabasilicata.it/default.asp) Sezione Puglia-Basilicata della SISC

[www.neuro.it](http://www.neuro.it) Società Italiana di Neurologia (SIN)

[www.snoitalia.it](http://www.snoitalia.it) Società dei Neurologi, Neurochirurghi e Neuroradiologici Ospedalieri (SNO)

[www.sinc-italia.it](http://www.sinc-italia.it) Società Italiana di Neurofisiologia Clinica (SINC)

[www.ainat.it](http://www.ainat.it) Associazione Italiana Neurologi Ambulatoriali e Territoriali (AINAT)

[www.sirn.net](http://www.sirn.net) Società Italiana di Riabilitazione Neurologica (SIRN)

[www.sinpia.eu](http://www.sinpia.eu) Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA)

[www.aisd.it](http://www.aisd.it) Associazione Italiana per lo Studio del Dolore (AISD)

[www.sifweb.org](http://www.sifweb.org) Società Italiana di Farmacologia

[www.sinpf.it](http://www.sinpf.it) Società Italiana di NeuroPsicoFarmacologia (SINPF)

[www.simi.it](http://www.simi.it) Società Italiana di Medicina Interna (SIMI)

[www.sicd.it](http://www.sicd.it) Società Italiana dei Clinici del Dolore (SICD)

[www.siaarti.it](http://www.siaarti.it) Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI)

[www.ihs-headache.org](http://www.ihs-headache.org) International Headache Society (IHS)

[www.ehf-org.org](http://www.ehf-org.org) European Headache Federation (EHF)

[www.ensinfo.org](http://www.ensinfo.org) European Neurological Society (ENS)

[www.efns.org](http://www.efns.org) European Federation of Neurological Societies (EFNS)

[www.americanheadachesociety.org](http://www.americanheadachesociety.org) American Headache Society (AHS)

[www.headaches.org](http://www.headaches.org) National Headache Foundation

[www.aan.com](http://www.aan.com) American Academy of Neurology (AAN)

[www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org) International Association for the Study of Pain (IASP)

[www.worldinstituteofpain.org](http://www.worldinstituteofpain.org) World Institute of Pain (WIP)

[www.cefalea.it](http://www.cefalea.it) Alleanza Cefalalgici (Al.Ce.)

[www.legaitalianacefalalgici.it](http://www.legaitalianacefalalgici.it) Lega Italiana Cefalalgici (LIC)

[www.grappolaiuto.it](http://www.grappolaiuto.it) Organization for Understanding Cluster Headches (OUCH )

[www.w-h-a.org](http://www.w-h-a.org) World Headache Alliance (WHA)

[www.l-t-b.org](http://www.l-t-b.org) Lifting the burden – The Global Campaign against Headache

[www.eurolight-online.eu](http://www.eurolight-online.eu) Eurolight – A European project to highlight the impact of headache



**CHE HANNO PER INTERESSE CEFALEE E DOLORE**