



# **GIORNALE delle CEFALEE**

**ANNO II - N. 1 - APRILE 2006**

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

## **IN QUESTO NUMERO**

- 2** Editoriale
- 5** Attività della Sezione Regionale  
S.I.S.C. Sicilia
- 7** 1° Convegno "Toscana Cefalee"
- 14** Sergio Michelacci  
Nel ricordo di un compagno di lavoro
- 15** Scuola Superiore Interdisciplinare  
delle Cefalee

## EDITORIALE

## A PROPOSITO DELLA CLASSIFICAZIONE ICHD-II: NUOVI SINTOMI ED ENTITÀ CLINICHE NELL'APPENDICE

**Marco Trucco**

*Centro Cefalee, Dipartimento di Neuroscienze  
Azienda Ospedaliera S. Corona, Pietra Ligure, SV*

La nuova Classificazione Internazionale delle Cefalee (ICHD-II, 2004) (1), che tutti noi abbiamo appreso ed iniziato ad applicare nei due anni passati, ha rappresentato un importante sforzo di aggiornamento della precedente Classificazione del 1988 (2), che, con i suoi pregi e difetti, aveva avuto l'innegabile merito di uniformare la terminologia internazionale e di fornire criteri diagnostici, magari criticabili, ma univoci per tutte le forme di cefalea e dolore facciale al momento descritte.

La Classificazione ICHD-II, venendo a 15 anni di distanza dalla precedente, doveva innanzi tutto raccogliere tutte quelle cefalee di recente osservazione che non erano state comprese in quella del 1988.

La necessità di utilizzare i noti rigorosi criteri basati su un sufficiente numero di osservazioni e lavori scientifici qualificati per poter includere un sintomo o un'entità clinica in una Classificazione che deve "far fede" per tutti i clinici e ricercatori mondiali, ha suggerito l'opportunità di inserire un'Appendice in

calce al testo principale. Lo scopo primario dell'Appendice, come recita testualmente la sua Introduzione, "è quello di presentare dei criteri di ricerca per alcune nuove entità nosografiche che non sono state sufficientemente validate dagli studi condotti", alcune delle quali prevedibilmente verranno collocate nel testo principale della Classificazione alla prossima revisione della stessa.

Nell'Appendice compaiono inoltre alcuni criteri diagnostici alternativi applicabili all'emicrania e alla cefalea di tipo tensivo, non inseriti nella Classificazione principale in base all'ancora insufficiente evidenza scientifica.

Vengono inoltre riportate alcune patologie incluse nella precedente Classificazione, ma che successivamente potrebbero essere eliminate in quanto non sufficientemente definite secondo la letteratura.

Tra le cefalee primarie spicca per frequenza delle patologie esaminate ed applicabilità dei criteri diagnostici l'estesa revisione della sintomatologia dell'emicrania, in particolare di quella senz'aura, che

comprende e codifica l'annoso problema dell'emicrania mestruale. Quest'ultima non è mai stata definita in modo univoco; in particolare tra i ricercatori era presente notevole variabilità sui giorni del periodo perimestruale in cui si dovrebbero presentare le crisi. La durata di tale periodo oscillava, a seconda dei lavori, fra i tre giorni +4-+6 (3) e i 15 giorni della fase luteale -15-0 (4), con tutti i possibili intermedi (5). In carenza di uniformità nella definizione, non sorprende che anche le osservazioni di prevalenza della sindrome fossero assai discordanti.

La nuova Classificazione ha cercato di ovviare a tali inconvenienti, confermando innanzi tutto la nota osservazione che la definizione di Emicrania mestruale si applica unicamente all'emicrania senz'aura e distinguendo tra A1.1.1 Emicrania senz'aura mestruale pura ed A1.1.2 Emicrania

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

**PRESIDENTE:**  
Giorgio Zanchin

**VICE PRESIDENTE:**  
Lorenzo Pinessi

**PAST PRESIDENT:**  
Marcello Fanciullacci

**SEGRETARIO:**  
Maria Pia A. Prudenzano

**TESORIERE:**  
Paola Sarchielli

**CONSIGLIERI:**  
Pier Antonio Battistella  
Emilio De Caro

Girolamo Di Trapani  
Mario Guazzelli

Giorgio Sandrini  
Andrea Tessitore

**PRESIDENTI ONORARI:**  
Mario Giacobuzzo  
Giuseppe Nappi  
Emilio Sternieri

**Comitato di redazione:** Andrea Alberti, Antonio Baldi, Maria Gabriella Buzzi, Alfio D'Agati, Milena De Marinis, Flavio Devetag, Franco Di Palma, Beatrice Gallai, Sara Gori, Franco Granella, Rosario Iannacchero, Giovanni Battista La Pegna, Carlo Lisotto, Ferdinando Maggioni, Federico Mainardi, Daniele Mei, Maria Pia Prudenzano, Innocenzo Rainero, Cristina Tassorelli, Sergio Rassu, Marco Trucco.

**ANNO II - N. 1 - 2006 - GIORNALE QUADRIMESTRALE • Direttore responsabile:** G. Giordano • **Spedizione** in A.P. D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) Art. 1, comma 2, DCB Perugia • **Autorizzazione** n. 10/05 del Tribunale di Perugia del 1/4/2005 • **Stampa:** APRILE 2006 - Tip. GIOSTRELLI s.r.l. - Ponte S. Giovanni - Perugia • Tel. e Fax 075 5990492 • E-mail: giostrelli1@virgilio.it

Inviare comunicazioni, congressi, iniziative novità ecc. a: Giornale delle Cefalee - SISC - Casella postale 32 succ. 3 - 06123 Perugia

senz'aura correlata alle mestruazioni a seconda che gli attacchi si presentino *esclusivamente* nel periodo perimestruale o più frequentemente in questo periodo ma anche in altri giorni del ciclo. Il periodo perimestruale è stato finalmente definito con precisione, limitandolo ai giorni da -2 a +3, definendo come +1 il primo giorno del flusso mestruale (fisiologico o provocato dalla sospensione di ormoni esogeni somministrati ciclicamente) ed eliminando così anche la presenza del giorno 0 che poteva portare ad ulteriori ambiguità.

Nell'ambito della revisione dei criteri diagnostici dell'emigrania, viene modificato il criterio D, relativo ai sintomi d'accompagnamento della cefalea, inserendo l'osmofobia e scorporando i sintomi nausea/vomito e fotofobia/ fonofobia. L'alternativa viene considerata più semplice ma non ancora sufficientemente validata. Recenti ricerche effettuate nell'ambito della nostra Società (6-7) hanno tuttavia dimostrato che il sintomo osmofobia risulta specifico per l'emigrania, non presentandosi mai nei pazienti con cefalea tensiva chiaramente definita e solo in casi estremamente rari (e talvolta in associazione ad altri sintomi autonomici) in altre forme di cefalea. Il criterio diagnostico riportato in Appendice sembra pertanto pienamente confermato.

Il Capitolo 1° dell'Appendice prende poi in considerazione lo A1.2.7 Stato di aura emigranica, l'A1.3.4 Emiplegia alternante dell'infanzia e il A1.3.5 Torcicollo parossistico benigno (queste ultime due forme, da taluni considerate equivalenti emigranici infantili, richiedono ulteriori osservazioni per essere confermate come tali; non si esclude la loro natura epilettica).

L'Appendice prende poi in considerazione la cefalea di tipo tensivo, escludendo dalla sua definizione clinica i sintomi autonomici nausea, vomito, foto e fonofobia e prendendo in considerazione la possibile associazione con 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci.

Nell'ambito delle cefalee del Gruppo 3 l'Appendice inserisce una possibile nuova entità clinica, la A3.3 SUNA (*Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with cranial Autonomic symptoms*), alternativa alla SUNCT, ampliando il range di durata degli attacchi da 5-240 secondi a 2 secondi-10 minuti, scorporando i sintomi iniezione congiuntivale/lacrimazione ed inserendo i sintomi autonomici simil-cluster congestione nasale e/o rinorrea ed edema palpebrale. La frequenza degli attacchi viene codificata  $\geq 1$  al giorno per più della metà del tempo (invece di 3-200 al giorno) e viene segnalata l'assenza di un periodo refrattario post-crisi, per distinguerli da quelli della nevralgia trigeminale (8).

Al punto A6 viene inserita la carotidodinia, trasferita in Appendice in quanto in base ad una recente revisione bibliografica sembra più probabilmente trattar-

si di una sindrome (comprendente vari dolori a livello della regione carotidea, talvolta sintomo di dissecazione) che di un'entità clinica definita (9). Se non confermata da studi successivi, potrebbe pertanto essere eliminata dalla Classificazione.

Al punto A7 l'Appendice tratta di Cefalea attribuita a disturbi intracranici non vascolari, inserendo la A7.9.1 Cefalea post-radiochirurgia, descritta in alcuni casi ma non attribuibile con certezza alle procedure radiochirurgiche (10), e la A7.9.2 Cefalea post-terapia elettroconvulsivante, più documentata, ma ancora non definita in modo inequivoco. Sembra comunque che, nella maggior parte delle descrizioni pubblicate, le caratteristiche di tale cefalea si avvicinino a quelle dell'emigrania, ma talora in pazienti già emigranici (11-12).

L'Appendice fornisce poi al punto A8.1.10 Cefalea come evento acuto attribuito all'uso di un farmaco utilizzato per altre indicazioni una lista dei farmaci che più frequentemente possono indurre o peggiorare una cefalea.

Nell'ambito delle A9. Cefalee attribuite ad infezione l'Appendice cataloga lesioni infettive intracraniche occupanti spazio, diverse dagli ascessi cerebrali o dagli empiemi subdurali (quali lesioni cistiche o granulomatose da micobatteri, miceti, protozoi o metazoi), che possono provocare cefalea con caratteristiche ancora non pienamente documentate. Alcuni parassiti (es. Tripanosomi) provocano infestazioni intracraniche non occupanti spazio, anch'esse possibili causa di cefalea, ad andamento acuto o cronico. Il capitolo A10. Cefalea attribuita a disturbi dell'omeostasi comprende le cefalee attribuite a disturbi metabolici o sistemici ancora non sufficientemente validate, anch'esse a possibili andamento acuto o cronico. Interessanti nell'elenco alcune sindromi, comunemente credute frequenti cause di cefalea, per cui però non esistono ancora studi attendibili (es. anemia, ipercapnia, plasmferesi, sindrome da anticorpi anti-cardiolipina, ipertiroidismo, lupus eritematoso sistemico, sindrome da affaticamento cronico e fibromialgia).

L'Appendice prende poi in esame al punto A.11 una particolare cefalea di interesse ORL (A.11.5.1 Cefalea da punto di contatto mucosale), e la A.11.9 Cefalea cronica post-disturbo cranio-cervicale.

Una delle principali novità della Classificazione ICHD-II è stata la codifica sistematica delle cefalee attribuite a disturbo psichiatrico. Tali cefalee, che attualmente vengono riconosciute come entità cliniche autonome, erano in precedenza classificate nell'ambito della cefalea di tipo tensivo, di cui si riconoscevano alcuni possibili fattori eziologici di tipo psicogeno (stress psicosociale, ansia, depressione, delirio), insieme ad altre cause di contrazione muscolare (disfunzione oromandibolare, stress muscolare, abuso di farmaci, altri fattori), attualmente classifica-

te tra le cefalee secondarie. Nel corpo principale della Classificazione 2004 le cefalee attribuite a disturbo psichiatrico (quindi ormai definitivamente codificate come secondarie) sono solo la 12.1 Cefalea attribuita a disturbo da somatizzazione e la 12.2 Cefalea attribuita a disturbo psicotico. In Appendice sono invece riportate numerose forme, attribuite a disturbi psichici, di cui non sempre si può stilare un preciso rapporto causa-effetto col disturbo stesso. Tali cefalee sono le seguenti: A12.3 Cefalea attribuita a disturbo depressivo maggiore; A12.4 Cefalea attribuita a disturbo di panico; A12.5 Cefalea attribuita a disturbo d'ansia generalizzato; A12.6 Cefalea attribuita a disturbo somatoforme indifferenziato; A12.7 Cefalea attribuita a fobia sociale; A12.8 Cefalea attribuita a disturbo d'ansia da separazione; A12.9 Cefalea attribuita a disturbo post-traumatico da stress.

Queste cefalee condividono: la mancanza di caratteristiche tipiche; la presenza del disturbo psichiatrico diagnosticato secondo i criteri del DSM-IV (13), accuratamente riportati; la concomitanza esclusiva della cefalea col disturbo psichiatrico (su cui i commenti al capitolo insistono particolarmente); la risoluzione della stessa (senza recidive) dopo la remissione del disturbo.

L'ultimo capitolo dell'Appendice, nell'ambito delle Nevralgie craniche e dolori facciali di origine centrale, tratta di una cefalea con particolari caratteristiche, la A13.7.1 Cefalea nummulare, all'epoca descritta in un'unica serie di 13 pazienti (14). Il dolore, di intensità lieve o moderata, è localizzato in una circoscritta area del capo, rotondeggiante od ellittica, di 2-6 cm di diametro, a decorso cronico o con spontanee temporanee remissioni; possibile la presenza di disestesia o parestesie nell'area affetta.

L'introduzione in Appendice di tale cefalea, insufficientemente documentata alla data della pubblicazione, ha stimolato la pubblicazione di alcuni case report e la ricerca sulla terapia di tale affezione. Attualmente sono stati descritti (dopo gli originali 13) altri 17 casi di cefalea nummulare, di cui 14 ancora dallo stesso gruppo (15), più 18 recentemente presentati al Congresso Internazionale di Kyoto da un gruppo coreano (16). I primi studi riportavano solo terapie sintomatiche (analgesici/FANS), peraltro scarsamente efficaci. Due casi sono stati trattati con gabapentin con buoni risultati (17-18); 14/18 pazienti coreani hanno ricevuto un trattamento in aperto con tossina botulinica, anche in questo caso con risultati definiti soddisfacenti (manca comunque in tutti questi studi un'analisi statistica, per la scarsa numerosità dei campioni esaminati).

L'introduzione dell'Appendice alla Classificazione IHS è stata favorevolmente recepita dai ricercatori internazionali come un utile strumento per gestire varie controversie su cefalee dalla dubbia definizione e su sintomi di comune osservazione nella pratica cli-

nica ma non sempre oggetto di studi sistematici. Ci attendiamo che venga riproposta ed aggiornata anche in occasione delle prossime edizioni della Classificazione.

## BIBLIOGRAFIA

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia* 2004; 24 (Suppl. 1): 1-160.
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988; 8 (Suppl. 7): 1-96.
3. Lichten EM, Bennett RS, Whitty AJ, Daoud Y. Efficacy of Danazol in the control of hormonal migraine. *J Reprod Med* 1991; 36 (6): 419-424.
4. O' Dea JPK, Davis EH. Tamoxifen in the treatment of menstrual migraine. *Neurology* 1990; 40 (9):1470-1471.
5. MacGregor EA. Migraine in women. Martin Dunitz: London, 2000.
6. Dainese F, Maggioni F, Mainardi F, Trucco M, Mampreso E, Zanchin G. Osmophobia in migraine and tension-type headache. *J Headache Pain* 2004; 5 (Suppl 1): S7-S8.
7. Zanchin G, Dainese F, Mainardi F, Mampreso E, Perin C, Maggioni F. Osmophobia in primary headaches. *J Headache Pain* 2005; 6: 213-215.
8. Sjaastad O, Kruszewski P. Trigeminal neuralgia and "SUNCT" syndrome: similarities and differences in the clinical picture. An overview. *Funct Neurol* 1992; 7: 103-107.
9. Biousse V, Bousser MG. The myth of carotidynia. *Neurology* 1994; 44: 993-995.
10. Rozen TD, Swanson JW. Post-gamma knife headache: a new headache syndrome? *Headache* 1997;37:180-183.
11. DeBattista C, Mueller K. Sumatriptan prophylaxis for post-electroconvulsive therapy headaches. *Headache* 1995; 35: 502-503.
12. Hawken ER, Delva NJ, Lawson JS. Successful use of propranolol in migraine associated with electroconvulsive therapy. *Headache* 2001; 41: 92-96.
13. DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. American Psychiatric Association 1995.
14. Pareja JA, Caminero AB, Serra J, Barriga FJ, Dobato JL, Barón M, Vela L, Sánchez del Río M. Numular headache: a coin-shaped cephalgia. *Neurology* 2002; 58: 1678-1679.
15. Pareja JA, Pareja J, Barriga FJ, Barón M, Dobato JL, Pardo J et al. Numular headache: a prospective series of 14 new cases. *Headache* 2004; 44: 611-614.
16. Seo MW, Park SH. Botulinum toxin treatment in numular headache. *Cephalalgia* 2005; 25 (10): 991.
17. Evans RW, Pareja JA. Numular headache. *Headache* 2005; 45: 164-165.
18. Trucco M, Del Conte I, Mainardi F, Peregó G, Zanchin G. Successful treatment of a case of numular headache with gabapentin. *Cephalalgia* 2005; 25 (12): 1199.

# ATTIVITÀ DELLA SEZIONE REGIONALE S.I.S.C. SICILIA

**Giovanni Battista La Pegna**

*Unità Operativa Complessa "Malattie Neurodegenerative" A.S.L. n.2 Caltanissetta.*

Nel novembre 2003 è stata costituita la Sezione Regionale Siciliana della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee (S.I.S.C.) di cui ho assunto il Coordinamento; quella Siciliana, è stata dunque, la prima Sezione S.I.S.C. in Italia.

Il Consiglio Direttivo della SISC Sicilia è composto da un team di medici di elevata professionalità, sia ospedalieri che universitari, che dirigono le principali strutture siciliane dedicate alle cefalee.

I soci siciliani sono anch'essi medici di elevata professionalità, che esercitano la loro attività, per lo più, presso ospedali e presso A.S.L. nell'ambito territoriale; o presso strutture universitarie e l'attività di medicina generale.

La S.I.S.C. Sicilia, con i suoi numerosi centri ed ambulatori, distribuiti omogeneamente in tutto il territorio regionale, costituisce una fitta rete operativa multidisciplinare, che permette degli interventi efficaci e capillari sia nell'assistenza ai pazienti con cefalea che nella attività di ricerca. La composizione della nostra Sezione Regionale rispecchia la multidisciplinarietà che caratterizza la S.I.S.C. in generale.

In termini percentuali le discipline sono così rappresentate: neurologia 64%, neuropsichiatria infantile 17%, anesthesiologia 5%, le altre discipline raggiungono una percentuale non indifferente del 14%. In questo 14% le discipline più rappresentate sono la neurofisiopatologia, la psichiatria, la medicina interna, l'igiene e la medicina generale. Grazie a questa componente abbiamo iniziato un'opera di collaborazione con la Società Italiana Medici di Medicina Generale (S.I.M.M.G.) ai fini di un aggiornamento, scientificamente accreditato, dei medici di medicina generale di tutta la Regione.

Il primo obiettivo che la Direzione della S.I.S.C. Sicilia si è prefisso è stato quello di aumentare l'interesse verso la cultura delle cefalee e quindi di accrescere il numero dei Soci S.I.S.C.

Oggi, l'obiettivo è stato raggiunto grazie al raddoppio numerico dei Soci Siciliani che sono, ormai, circa 120.

L'ingresso ufficiale della Sezione S.I.S.C. in Sicilia è avvenuto nella mia città, Caltanissetta, il 3 aprile del 2004, dove abbiamo organizzato il Primo Convegno Regionale che ha riscosso un notevole

successo sia per l'importanza e la qualità dei temi trattati che per l'elevato numero di medici intervenuti da tutta la Sicilia e anche da altre regioni.

Ai fini della promozione dell'interesse per la cultura delle cefalee e per l'aggiornamento medico in Sicilia, importante è stato il contributo della S.I.S.C. Nazionale, grazie all'iniziativa che ha promosso degli incontri interattivi in tutta Italia, con i medici di medicina generale. In Sicilia, nel 2004, ne sono stati realizzati 3: uno a Caltanissetta, uno a Palermo ed un altro a Catania.

Nell'Ottobre del 2004, la S.I.S.C. Nazionale ha voluto sottolineare la primogenitura e premiare l'attività della nostra sezione regionale scegliendo Taormina quale sede del XVIII Congresso Nazionale S.I.S.C.

Il sottoscritto insieme ai soci Lanaia, Cumbo e Brighina hanno dato il loro contributo in seno al Comitato Scientifico ed al Comitato Organizzatore Locale.

La S.I.S.C. Sicilia ha anche dato il suo contributo economico al Congresso.

In occasione del Congresso di Taormina, in seguito ad un'idea condivisa con la Dott.ssa Sarchielli, abbiamo voluto offrire una occasione formativa agli infermieri per l'assistenza al paziente con cefalea e con dolore, compreso quello neoplastico. Pertanto, all'interno del Congresso Nazionale di Taormina è stato organizzato un corso per infermieri. Devo, a tal proposito, anche ringraziare l'A.S.L. n. 2 di Caltanissetta per aver patrocinato l'iniziativa, offrendo l'iscrizione agli infermieri della sua provincia.

Gli atti del corso, grazie al Dott. Alberti, sono stati interamente pubblicati integralmente nel secondo numero dell'anno 2004 del Giornale S.I.S.C.

Il Congresso di Taormina ha riscosso un successo che ha suscitato il compiacimento dei colleghi delle altre regioni, che si sono più volte complimentati con noi per la riuscita dell'evento.

In quella occasione, il ruolo dei Soci Siciliani è stato determinante nelle elezioni per il rinnovo delle cariche del Consiglio Direttivo Nazionale. Sostenuti dall'entusiasmo per i risultati raggiunti, abbiamo poi organizzato, numerosi incontri di aggiornamento con i medici di famiglia e gli specialisti nella pro-

vincia di Caltanissetta ed in altre Province Siciliane, al fine di diffondere le conoscenze sulle cefalee.

Nel giugno 2005 abbiamo organizzato, a Catania, il secondo Congresso Regionale S.I.S.C., grazie all'attività del Prof. Lanaia dell'Università di Catania; il Congresso è stato di alto valore scientifico ed ha visto, tra gli altri, gli interventi del Presidente della S.I.S.C. Prof. Zanchin e dei Proff. Guidetti, Pini e Zappia.

Per quanto riguarda la collaborazione con le altre Sezioni Regionali abbiamo realizzato una collaborazione fattiva con la Sezione Lombarda ed in particolare con il Gruppo del Prof. Nappi che, pensiamo, darà notevoli frutti, ed una collaborazione con la Sezione Calabrese, a noi limitrofa, con la quale abbiamo costituito il "Consorzio Scientifico Siculo-Calabro" con il patrocinio della S.I.S.C.

In 2 anni di vita la S.I.S.C. Sicilia ha accresciuto la sua attività di studio e di ricerca e ne ha raccolto i frutti attraverso l'accresciuto numero di pubblicazioni scientifiche e di partecipazioni a manifestazioni congressuali.

In rappresentanza della S.I.S.C. Sicilia, lo scrivente ha partecipato al gruppo di lavoro che ha tradotto dall'inglese il capitolo decimo "Cefalea attribuita a disturbi dell'omeostasi" della Classificazione internazionale delle cefalee pubblicata nel volume 24 di Cephalalgia.

A Palermo, nel marzo 2005 abbiamo realizzato la "Settimana di informazione per la cefalea" in cui dal lunedì al venerdì medici specialisti delle cefalee, iscritti alla S.I.S.C., in modo volontario e gratuito, hanno effettuato consulenze dirette, telefoniche e on line. Sono stati forniti fogli informativi su dove e come eseguire visite specialistiche, su eventuali rischi da auto-medicazione e sulle abitudini di vita che possono indurre o ridurre la cefalea.

Ringrazio il Dott. Raieli che si è fatto carico dell'organizzazione.

Dall'iniziativa è emerso un dato sorprendente e cioè che, nell'80% dei casi, i pazienti cefalalgici siciliani non hanno mai frequentato centri specialistici né praticato terapia preventiva. I risultati della Settimana della Cefalea sono stati presentati a Venezia, al XIX Congresso nazionale S.I.S.C. e sono stati pubblicati sul Journal of Headache and Pain.

La settimana della cefalea ci ha dato conferma della esattezza della linea di comportamento che la Direzione S.I.S.C. Sicilia aveva fin dall'inizio tenuta e cioè che il migliorare l'informazione sulle cefalee è indispensabile per favorire, il più possibile, il

ricorso del paziente al medico di medicina generale ed alle strutture specialistiche di diagnosi e cura.

Infatti, già nel corso dell'anno 2004, avevo preso, personalmente, dei contatti col Prof. Pini per potenziare l'attività della Lega Italiana Cefalalgici (L.I.C.) ed insieme a lui ed al suo fondamentale aiuto ho cominciato ad organizzare dapprima la Sezione Regionale L.I.C. della quale, il Prof. Pini, mi ha affidato il coordinamento, e poi, le varie articolazioni provinciali.

Ho quindi organizzato, insieme a Pini, un convegno L.I.C. a Caltanissetta nell'aprile 2005, dove sono intervenuti circa 300 pazienti e dove sono state fornite fondamentali informazioni sulle cefalee, sia dal punto di vista medico che medico-legale, giuridico ed economico.

In tale occasione è iniziata anche una campagna di iscrizioni alla L.I.C. che sta dando notevoli risultati. Ci proponiamo con Pini anche di potenziare il Giornale LICnews ed il sito internet della Lega.

Il Gruppo S.I.S.C. Sicilia, con il significativo supporto del Dott. Brighina, ha poi, dopo un attento esame del lavoro di Lipton, tradotto dall'inglese il Questionario ID-Migraine, un test ideato da Lipton per la pratica della medicina generale negli Stati Uniti, che viene autosomministrato ai pazienti.

Abbiamo poi validato in Italia il questionario che, con 3 semplici domande, permette di fare una diagnosi affidabile di emicrania (sensibilità: 90%, specificità: 70% e valore predittivo positivo: 86%).

Il Test aiuterà il medico di famiglia a fare diagnosi di emicrania individuando la quota di pazienti sommersi che non ricorrono alle cure sanitarie.

Intendiamo usare il Questionario insieme ai medici di medicina generale anche per indagini epidemiologiche e per uno studio in cui tutti i pazienti individuati con l'ID-MIGRAINE verranno inseriti in un progetto di management in cui, medico di medicina generale e specialista, collaboreranno nel trattamento e nella gestione del paziente sulla base delle linee guida S.I.S.C. Tale cooperazione si avvarrà anche di supporti informatici.

Infine, insieme al mio gruppo di Caltanissetta, sto lavorando ad uno studio multicentrico italiano, progettato e coordinato dal Professor Pini, sulla valutazione dell'associazione paracetamolo-caffaina nel trattamento sintomatico della cefalea tensiva.

Per quanto riguarda il futuro prossimo, relativamente alle attività congressuali, abbiamo in cantiere numerosi incontri su vari temi inerenti le cefalee in varie città siciliane, ed il Terzo Congresso Regionale S.I.S.C. Sicilia.

## CONGRESSI

# PRESENTAZIONE DEL 1° CONVEGNO “TOSCANA CEFALÉE”, IN MEMORIA DI FEDERIGO SICUTERI FIRENZE, 22 APRILE 2006

**Enrico Del Bene**

*Centro Cefalee – Dipartimento di Medicina Interna – AOU Careggi - Firenze*

Il primo Convegno organizzato dalla sezione Toscana della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee (SISC), denominato “Toscana Cefalee” è stato dedicato alla memoria del Prof. Federigo Sicuteri, pioniere e grande studioso delle Cefalee e di cui mi onoro di essere allievo. Agli studi suoi e della sua scuola si devono importanti tappe nella comprensione dei meccanismi fisiopatogenetici delle cefalee. Per primo Sicuteri ipotizzò la implicazione di strutture nervose centrali, in particolare delle vie serotonergiche, nel controllo della percezione-modulazione-integrazione del dolore nelle cefalee primarie (teoria disnocettiva centrale). La cefalea è una comune patologia dell'uomo e rappresenta uno dei sintomi più riferiti al medico curante. Nel 1988 (1a edizione) e nel 2004 (2a edizione) la International Headache Society ha pubblicato i criteri diagnostici e classificativi delle cefalee: questa classificazione è attualmente adottata da tutte le società nazionali per lo studio delle cefalee. Si tratta di uno strumento

operativo utile per il medico generico, lo specialista e il ricercatore, che permette di orientarsi al meglio nella diagnosi dei vari tipi di cefalea, anche al fine di una più opportuna terapia. Questo 1° Convegno della SISC Toscana ha visto riuniti ricercatori, neurologi, MMG, psichiatri ed altri specialisti interessati alle Cefalee. Al mattino l'incontro si è occupato dell'emicrania nei suoi aspetti fisiopatologici, clinici e terapeutici. Particolare attenzione è stata rivolta alla emicrania in età evolutiva, alle comorbidità, alle correlazioni fra l'emicrania e disturbi del sonno e patologie cerebrovascolari. La ricerca di base e la ricerca clinica hanno permesso negli ultimi decenni di individuare sistemi anatomo-funzionali implicati nelle vie del dolore cefalico, rendendo così possibile la sintesi di farmaci specifici (triptani) nel trattamento dell'attacco emicranico. La sessione pomeridiana è stata dedicata alla presentazione di comunicazioni libere e alla discussione di casi clinici.

## ABSTRACTS

## Perché la cefalea del bambino è così diversa da quella dell'adulto

**V. GUIDETTI, F. GALLI**

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche dell'Età Evolutiva - Università di Roma “La Sapienza”. Centro Interuniversitario per lo Studio delle Cefalee e dei Disturbi Neurotrasmettitoriali- Sede di Roma

La cefalea con esordio in età evolutiva presenta caratteristiche legate all'età che impongono un approccio diagnostico e terapeutico che tenga in stretta considerazione tali peculiarità. Aspetti biologici, psicologici e ambientali sono fra loro strettamente legati e contribuiscono a definire specificità nell'espressione sintomatologica delle crisi, nella messa a punto e risposta alle terapie, nell'implicazione dei fattori prognostici. L'emicrania si sviluppa più frequentemente nella seconda decade, con un picco di incidenza durante l'adolescenza. Inoltre il rapporto tra i sessi varia da 1:1 nei bambini a 3:1 nell'età adulta, a favore del sesso femminile. L'impiego dei criteri dell'IHS (1988; 2004) ha mostrato limitazioni di applicabilità nelle cefalee del bambino, tanto da ritenere necessario modificare alcuni parametri diagnostici. Le conoscenze sulla fisiopatolo-

gia delle cefalee e dell'emicrania soprattutto, sono state enormemente ampliate negli ultimi anni, ma quasi tutti i dati sono ricavati da studi condotti su strutture cerebrali mature. Che cosa succede quando il sistema nervoso è in via di sviluppo? Variabili genetiche, fisiologiche, sociali e psicologiche sembrerebbero essere differenzialmente coinvolte nel determinare le risposte individuali alle patologie. Il complesso ruolo integrato tra strutture cerebrali ed influenze sociali rappresenta un punto attualmente indiscutibile nella genesi di molte patologie, il cui peso deve essere attentamente valutato in ogni campo sia di ricerca che di lavoro clinico. Importanti fattori maturativi riguardano lo sviluppo anatomico, biochimico e cognitivo. Il cervello del bambino è geneticamente dotato di una elevata presenza di neuroni: lo sviluppo e l'organizzazione finale delle strutture cerebrali è strettamente legato alle esperienze quotidiane. Lo stesso ambito degli aspetti genetici dell'emicrania sottolinea l'importanza di aprire ad un'ottica complessa nel determinismo della stessa. L'emicrania presenta un elevato grado di familiarità con stime di prevalenza che oscillano fra il 37% e il 91%, prevalentemente in linea materna. E' tuttavia necessario

chiarire il concetto di ereditarietà nelle cefalee. Evidenze certe che suffragano una trasmissione genetica della cefalea riguardano un unico, e piuttosto raro, sottotipo di emicrania, l'emicrania emiplegica familiare. Anche in questo caso però si riscontra una certa eterogeneità genetica. La situazione è molto più complessa nelle altre forme di emicrania (con e senza aura), per le quali si parla di eziologia complessa di tipo "poligenico" e "multifattoriale", in cui fattori genetici interagiscono con fattori di tipo ambientale. Oltre a questi aspetti dobbiamo necessariamente tenere in considerazione quelle che sono le specificità evolutive del bambino e le sue ripercussioni da un punto di vista biologico, anatomico, cognitivo e psicologico. Il sommarsi di questi aspetti rendono il bambino ben diverso da un "piccolo adulto". La caratterizzazione sintomatologica dell'emicrania che esordisce in età evolutiva non può che essere influenzata dal reciproco determinarsi di tali fattori evolutivi, che rendono la situazione ben diversa da quella che rileviamo negli adulti. Un bambino esprime il suo disagio più attraverso il corpo, che attraverso il canale cognitivo e verbale.

## La vertigine emicranica

### D. NUTI

Dipartimento di Ortopedia, Radiologia ed Otorinolaringoiatria  
Università di Siena

Molti pazienti affetti da emicrania lamentano spesso vertigini ricorrenti. La diagnosi di vertigine emicranica si basa su: presenza di sintomi vestibolari episodici; diagnosi di emicrania secondo i criteri della IHS; almeno uno dei seguenti sintomi emicranici durante due o più crisi vertiginose: cefalea emicranica, fonofobia, fotofobia, aura visiva o altro tipo di aura; esclusione di altre cause con appropriate indagini. Gli episodi vertiginosi possono quindi rappresentare anche l'unica manifestazione clinica dell'emicrania, configurando il quadro di un "equivalente emicranico". In questa categoria si collocano anche disordini pediatrici come la vertigine parossistica dell'infanzia, (che spesso prelude ad una patologia emicranica in età adulta) e il torcicollo parossistico infantile. Attualmente la vertigine emicranica è ritenuta una delle cause più frequenti di vertigine ricorrente. La distribuzione epidemiologica ricalca quella dell'emicrania stessa, prediligendo il sesso femminile e la terza-quarta decade di età. Le basi fisiopatologiche della vertigine emicranica sembrano risiedere in una difetto su base genetica di alcuni canali ionici (ad oggi le uniche mutazioni individuate sono per canali ionici del calcio), il cui risultato finale sarebbe rappresentato da alterazioni vasomotorie (vasospasmo). Le crisi vertiginose si manifestano spesso isolatamente, ma possono presentarsi anche in associazione con la cefalea. I disturbi audiologici (fonofobia, ipoacusia neurosensoriale fluttuante sulle basse frequenze, ipoacusia improvvisa) risultano meno frequenti di quelli vertiginosi in pazienti emicranici, ma non rari, a testimonianza della presenza di un danno a livello del-

l'orecchio interno. La terapia della vertigine emicranica non si discosta molto da quella dell'emicrania stessa, basandosi su indicazioni igienico-dietetiche, sintomatici (antidolorifici ed antiemetici) e farmaci con azione profilattica.

## L'infiammazione neurogenica nella fisiopatologia dell'emicrania

### P. GEPPETTI

SOD Farmacologia Clinica - Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi

Una sottopopolazione di neuroni sensitivi primari (recettori polimodali perché attivati da stimoli chimici, fisici e meccanici ad alta soglia) con fibre di tipo C o A-delta, è caratterizzata dalla specifica capacità di rispondere alla capsaicina e dal contenuto in neuropeptidi, tra cui il calcitonin gene related peptide (CGRP) e la sostanza P (SP). La SP e il CGRP liberati dai terminali periferici di questi neuroni producono una serie di risposte infiammatorie collettivamente definite come infiammazione neurogenica. Tipiche risposte infiammatorie neurogeniche vascolari sono lo stravasamento di plasma (mediato dalla SP) e la vasodilatazione arteriosa (mediata dal CGRP). L'attivazione di neuroni sensitivi primari di tipo C/A-delta trigeminali e la conseguente produzione di fenomeni infiammatori neurogenici è stata proposta come meccanismo fisiopatologico dell'attacco di emicrania. In un primo tempo l'attenzione è stata rivolta allo stravasamento di plasma indotto da SP, ma il fallimento di antagonisti per il recettore della SP (NK1) come farmaci antiemicranici, ha escluso questa componente dell'infiammazione neurogenica. Al contrario, la capacità del CGRP di produrre emicrania e soprattutto di un antagonista del recettore del CGRP di abolire il dolore ed i sintomi associati dell'attacco emicranico, indicano come l'infiammazione neurogenica svolga un ruolo fondamentale nella patogenesi di questa malattia. In particolare i dati ottenuti negli animali da esperimento e nei trials portano a concludere che nell'attacco di emicrania la vasodilatazione arteriosa prodotta da un meccanismo primitivamente neurogenico sia un evento importante nella produzione del dolore e dei sintomi associati (nausea, fotofobia, fotofobia, etc).

## Terapia sintomatica dell'attacco emicranico

### U. PIETRINI, F. DE CESARIS, E. DEL BENE

Centro Cefalee - Dipartimento di Medicina Interna - Università di Firenze

La gestione dell'attacco emicranico mira al raggiungimento di specifici obiettivi clinici. Il primo è la scomparsa del dolore entro due ore dall'assunzione del farmaco, il secondo è la scomparsa dei sintomi di accompagnamento che contribuiscono a determinare il grado di disabilità del paziente. Attualmente i farmaci utilizzati per l'attacco sono i Fans, l'ergotamina e i triptani. La terapia sintomatica può basarsi su un approccio



stratificato o a gradini. Nel primo caso si utilizzano farmaci e vie di somministrazione in relazione alla gravità della sintomatologia preferendo trattamenti specifici quando la gravità dei sintomi sia rilevante. L'approccio a gradini prevede un uso iniziale di un farmaco non specifico (Fans) e in caso di inefficacia l'utilizzo di un farmaco specifico (triptano). I parametri da considerare nell'approccio stratificato sono la gravità e il tempo di progressione dell'attacco e la presenza di sintomi associati (nausea, vomito, fono-fotofobia). La scelta del farmaco nel trattamento sintomatico dell'emigrania deve essere guidata sia dalla frequenza delle crisi che dal grado di disabilità del paziente. Infatti nei pazienti che presentano un numero di attacchi mensili superiore a 3 e particolarmente invalidanti, il trattamento sintomatico dovrebbe essere affiancato dal trattamento profilattico allo scopo di evitare l'uso eccessivo di farmaci. Studi recenti (in aperto e doppio cieco) suggeriscono l'assunzione dei triptani non quando il dolore dell'attacco è medio-forte, ma quando è lieve, aumentando così la loro efficacia di circa il 20-30%. L'utilizzo precoce dei triptani blocca lo sviluppo della sensibilizzazione centrale dei neuroni trigemino-vascolari (che avviene nei primi 5-20 minuti dell'attacco) e la conseguente comparsa di allodinia. Sebbene i triptani si siano dimostrati farmaci specifici ed efficaci nel trattamento dell'attacco acuto di emigrania, sono in studio nuove molecole come gli antagonisti dei recettori del CGRP e gli agonisti dei recettori A1 dell'adenosina che esercitano la loro azione antidolorifica senza meccanismi di tipo vasocostrittivo ma essenzialmente neuronale.

## Nuove prospettive nella farmacoprofilassi dell'emigrania

M. ALESSANDRI

Centro Cefalee, Dipartimento di Medicina Interna, Diabetologia e Geriatria, Azienda U.S.L. 9 Grosseto

Nel 2001 la SISC ha redatto le linee-guida diagnostiche e terapeutiche dell'emigrania e della cefalea a grappolo. Nell'ambito della profilassi dell'emigrania l'Ad Hoc Committee della SISC inserì, nel livello I di raccomandazione i seguenti farmaci: propranololo, atenololo, flunarizina, amitriptilina, valproato di sodio. Dal 2001 ad oggi sono stati condotti numerosi trial clinici per individuare nuove molecole in grado di ampliare il non certo ricco armamentario terapeutico. Due sono le linee di ricerca che hanno prodotto i risultati migliori. La prima riguarda i farmaci che interferiscono con il sistema renina-angiotensina; si è infatti evidenziato un'efficacia anti-emigranica sia del lisinopril che del candesartan. La bassa numerosità dei campioni testati rende necessari, però, trial ulteriori di conferma. Sicuramente più rilevanti sono stati i risultati ottenuti con alcuni anti-epilettici. Si è innanzitutto confermata l'efficacia del valproato di sodio. I risultati più significativi sono però stati ottenuti in studi clinici che hanno valutato l'efficacia del topiramato. Un dato sicuramente rilevante riguarda sia il numero degli studi clinici ese-

guiti, 4 e tutti verso placebo, che gli oltre 1600 pazienti complessivamente arruolati. I dati ottenuti hanno dimostrato come 100 mg/die di topiramato siano attivi nel ridurre la frequenza delle crisi. Questi risultati, oltre all'importanza di fornire al clinico maggiori opzioni nel controllare con successo i sintomi emigranici, offrono nuovi spunti di riflessione sui complessi meccanismi patogenetici che sottendono questa cronica e talvolta invalidante patologia.

## Emigrania e comorbidità psichiatrica: dalle categorie alle dimensioni

C. GENTILI\*, A. DEL CARLO, M. GUAZZELLI

\* Dipartimento di Scienze dell'Uomo e dell'Ambiente, Università di Pisa. Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia, Biotecnologia, Università di Pisa

Evidenze epidemiologiche documentano una correlazione stretta tra emigrania e disturbi psichiatrici, in particolare d'ansia e dell'umore: alla elevata incidenza di ansia e depressione nei soggetti con emigrania rispetto ai non emigranici si associa, in modo reciproco, la maggiore incidenza di episodi emigranici nei soggetti con attacchi di panico rispetto ai soggetti senza attacchi (rapporto 7:1); uno studio recente ha messo inoltre in evidenza un'alta prevalenza dell'emigrania nella depressione unipolare (46%) nonché nel disturbo bipolare (44%). Le attuali cospicue evidenze circa la coespressione di questi disturbi rappresentano un impulso per nuove ricerche sulla natura e la patogenesi di tale associazione.

Se la frequenza della comorbidità tra emigrania e disturbi psichiatrici è inconfutabile, indefinita è invece la sua natura, sebbene abbia ben poche possibilità di essere casuale. La psichiatria moderna tende ad aggirare il problema degradando la prima a sintomo dei secondi oppure ricorrendo al concetto di mascheramento della condizione psichiatrica: i fenomeni psichiatrici sono stati ritenuti equivalenti depressivi o anche vere e proprie manifestazioni depressive in cui il sintomo cefalalgico si sostituisce ad altre più franche espressioni dello stato affettivo patologico.

Un'ipotesi alternativa, sostenuta da sempre maggiori evidenze cliniche e sperimentali, postula una reciproca dipendenza tra queste diverse espressioni della patologia: spesso, ad esempio, il disturbo d'ansia precede l'emigrania, che a sua volta precede il disturbo dell'umore. Inoltre è ben documentato l'alto rischio di sviluppare ansia e depressione nei pazienti emigranici che, a distanza di un anno dall'esordio, è 4 volte superiore a quello della popolazione generale.

Promettenti sviluppi delle conoscenze sul significato della comorbidità tra emigrania e disturbi psichiatrici sono attualmente possibili con l'impiego delle nuove tecniche per lo studio "in vivo" dei correlati neurobiologici dei processi mentali e, più in generale, del funzionamento cerebrale, che aprono una finestra biochimico-molecolare sulle fondamenta del ponte che collega

patologia somatica e mentale. I risultati di numerosi studi condotti con questi strumenti confermano l'esistenza di comuni radici psicobiologiche per il dolore mentale e per il dolore somatico e cefalgico e suggeriscono una base biologica della vulnerabilità reciproca, postulando un loop psico-neuro-biologico comune, in cui cefalea e disturbi mentali rappresentano due versanti della stessa sofferenza che può esprimersi ora su un piano, ora sull'altro, ora su entrambi.

## La gestione del paziente emicranico nella medicina generale

A. PANCONESI

Medico di Medicina Generale – ASL 11 Empoli (FI)

Nonostante da oltre un ventennio, epoca della commercializzazione dei triptani, si sia tentato ripetutamente di far emergere il “fenomeno” emicrania, questa patologia resta tuttora in larga parte sottodiagnosticata e verosimilmente sottotrattata. Meno del 50% dei pazienti emicranici riceve una diagnosi corretta, meno del 50% espone il problema al medico e solo una esigua minoranza (3-5%) utilizza in Italia farmaci specifici (triptani): ad esempio nel territorio dell'ASL 11 Empoli non più dello 0.5% dei 224065 assistiti ha ricevuto nel 2005 la prescrizione di un triptano (in oltre la metà una sola prescrizione nell'anno). Se nonostante i ripetuti messaggi mediatici almeno il 50% degli emicranici non espone il problema al medico, è ragionevole pensare che questi soggetti per la maggior parte presentano attacchi sporadici o di lieve/moderata intensità o controllabili con un farmaco da banco. Salvo competenze individuali, la diagnosi e la gestione del paziente emicranico da parte del medico di medicina generale (MMG) è chiaramente non ottimale. Le cause possono essere varie: 1) limitata disponibilità di tempo del MMG per una valutazione approfondita del paziente, a causa dell'aumento delle funzioni burocratiche e normative a discapito di quelle cliniche 2) complessità dei criteri diagnostici dell'IHS 3) variabilità delle manifestazioni cliniche di questa patologia funzionale fra attacco e attacco e nel corso degli anni 4) non eclatante superiorità dei triptani nei confronti degli altri sintomatici. Per migliorare la diagnostica e la gestione dell'emicrania da parte del MMG sono necessari criteri diagnostici più semplici e pochi (ma chiari) suggerimenti clinico-terapeutici.

## Cefalee e sonno: aspetti fisiopatologici ed opzioni terapeutiche

S. GORI

Clinica Neurologica, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Pisa

La relazione fra sonno e cefalea è conosciuta da tempo nella letteratura medica, in particolare numerosi dati hanno sottolineato l'esistenza di una relazione sia tra cefalee e sonno fisiologico che tra cefalee e disturbi del sonno. In merito alla relazione tra cefalee primarie

(emicrania, cefalea a grappolo episodica e cronica, cefalea ipnica) e sonno è stata documentata un'emergenza preferenziale degli attacchi in specifici stadi del sonno, ma anche per quanto concerne l'emicrania è stato evidenziato un ruolo favorente sia di deprivazione che di estensione del sonno. Studi neurofisiologici e di neuroimaging funzionale hanno suggerito la possibile esistenza di un comune substrato biologico in grado di determinare queste relazioni. È stato documentato come la cefalea ad esordio durante o dopo sonno notturno, può essere secondaria anche a disordini del sonno; in particolare numerose evidenze riguardano la cefalea da apnee nel sonno laddove un adeguato trattamento porta al miglioramento anche del quadro cefalalgico. È noto, inoltre, che l'assunzione di farmaci sia sintomatici che di prevenzione e la presenza di disturbi d'ansia e dell'umore possono alterare l'architettura del sonno. La presenza di condizioni comorbide o coesistenti alle cefalee primarie, quali disordini psichiatrici e disturbi del sonno non appare scevra da implicazioni prognostiche -dal momento che tali fattori operano con un meccanismo di mutuo rinforzo- e terapeutiche dall'impiego dei più datati triciclici alle più recenti evidenze sul ruolo della melatonina nel trattamento della cefalea a grappolo e dell'emicrania.

## Emicrania e patologie cerebrovascolari

G. ARNETOLI

Istituto di Neuroscienze – Firenze

Le principali modalità che pongono in relazione le cefalee con la patologia cerebrovascolare possono essere schematizzate in tre punti:

- 1) Cefalea come causa diretta di infarto cerebrale (come si verifica nell'infarto emicranico).
- 2) Cefalea come sintomo di patologia cerebrovascolare acuta o cronica (es. dissecazione di vasi arteriosi del collo, emorragia subaracnoidea, feocromocitoma, encefalopatia ipertensiva, MELAS, CADASIL ecc.). Queste entità sono descritte nei paragrafi 6 e 10 della Classificazione IHS-2004.
- 3) Cefalea come fattore di rischio indipendente di stroke.

Considerando che l'emicrania è il tema di questa relazione ed essendo questa entità per definizione una cefalea “primaria” (quindi non sintomatica di altra patologia nota) appare opportuno in questa sede di limitarci ad accennare solo brevemente ad alcune sindromi che si caratterizzano o possono esordire come una cefalea “di tipo emicranico” e di riservare un maggior spazio a quelle condizioni in cui è certo od ipotizzabile un rapporto mono-bidirezionale tra ischemia cerebrale ed emicrania propriamente definita. L'ipotesi che l'emicrania costituisca un fattore di rischio indipendente per stroke è stata avanzata da diversi anni ma solo recentemente sono stati pubblicati trial estesi ed indagini di metanalisi che hanno confermato negli emicranici un rischio ischemico cerebrale più che doppio rispetto alla popolazione di controllo precisando anche come esso sia ancor più elevato (circa otto volte) per l'emicrania

con aura nelle donne che usano contraccettivi. Questi dati, unitamente a quelli del riscontro di un significativo maggior numero di lesioni RM-iperintense della SB encefalica negli emicranici ed ai recenti rilievi della presenza in questi pazienti di particolari fattori di rischio per ischemia cerebrale (forame ovale pervio, alterazioni emocoagulative ecc.) costituiscono attualmente lo stimolo per ulteriori studi indispensabili a chiarire molti interrogativi tra cui l'ipotesi di emicrania come "causa di danno cerebrale progressivo" (Lipton e Pan 2004) o quella che l'emicrania al pari dello stroke possa essere la "conseguenza di molteplici alterazioni vascolari" (Boussier e Welch 2005).

### La cefalea cronica quotidiana (CCQ): Casistica del centro cefalee dell'età evolutiva dell'ospedale pediatrico A. Meyer

C. SCALAS, L. CALISTRI

Centro Regionale di Riferimento per le Cefalee dell'Età Evolutiva  
Clinica Neurologica Pediatrica - Azienda Ospedaliera A. Meyer - Firenze

La prevalenza della CCQ varia a seconda delle casistiche nell'adulto tra 1.5% e 7% e nell'età evolutiva tra 0.2 % e 0.9%. Le forme primarie di CCQ includono l'emicrania cronica, la cefalea di tipo tensivo cronico, la new daily persistent headache e l'emicrania continua. Obiettivo del nostro studio è stato stabilire la prevalenza e le caratteristiche cliniche della CCQ nei soggetti osservati durante il 2004. L'inquadramento nosografico, mediante valutazione clinico-anamnestica e strumentale, è stato effettuato in accordo con i criteri IHS 2004 (ICHD-II). Il campione da noi osservato include 968 soggetti di età media 11,5 anni, range 3-18 anni con una distribuzione maschi/femmine = 455/513 (47.1% Vs 52.9%). 944 soggetti (97.52%) avevano una cefalea primaria; 24 pazienti presentavano cefalea secondaria. 56 soggetti sono risultati affetti da CCQ (5.93% delle cefalee primarie); 39 erano femmine e 17 maschi. 10 pazienti presentavano emicrania cronica, 36 cefalea di tipo tensivo cronico, 8 new daily persistent headache; 2 soggetti avevano forme miste (emicrania cronica + cefalea di tipo tensivo cronica). La CCQ rappresenta una delle forme più frequentemente osservate presso i centri cefalee e viene riscontrata sempre più frequentemente anche nella popolazione giovanile. Nel nostro studio i soggetti con CCQ hanno un'età media più elevata rispetto a quella del totale dei soggetti valutati (13.5 anni Vs 11.5 anni), con una predominanza per il sesso femminile (69.6% Vs 30.4%), così come viene riportato in altri studi. Nei pazienti da noi osservati non è mai stato riferito overuse farmacologico e la cefalea di tipo tensivo cronico rappresenta la forma primaria più frequente.

### Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) e Sostanza P (SP) nella Cefalea da Dialisi (CD)

M. ALESSANDRI\*, L. MASSANTI\*\*, P. GEPPETTI\*\*\*, M. CIPRIANI\*, M. FANCIULLACCI\*\*\*\*

\*Centro Cefalee, Dipartimento di Medicina Interna, Diabetologia e Geriatria, A.S.L. 9 Grosseto

\*\*U.O. di Nefrologia e Dialisi, Dipartimento di Medicina Specialistica, A.S.L. 9 Grosseto

\*\*\*SOD Farmacologia Clinica - Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi - Firenze

\*\*\*\*Centro Cefalee - Dipartimento di Medicina Interna - Università di Firenze

I meccanismi che sottendono la CD sono ancora sconosciuti. È invece probabile un ruolo del sistema trigemino-vascolare in alcune cefalee primarie. Scopo dello studio è stato quello di valutare se anche nella CD potesse esservi un'implicazione fisiopatologica di tale sistema. Sono stati arruolati 24 pazienti in dialisi. A dodici era stata diagnosticata una CD. I restanti 12 non avevano mai sofferto di cefalea. All'inizio ed al termine della seduta dialitica venivano dosati sia il CGRP che la SP. I soggetti con CD presentavano valori basali di CGRP più elevati di quelli del gruppo senza cefalea. Non si riscontravano, invece, differenze tra i valori pre-trattamento di SP. Dopo la dialisi i livelli plasmatici del CGRP diminuivano in ambedue i gruppi. Al contrario, nei soli soggetti con CD si registrava un aumento di SP. Per quanto riguarda gli elevati livelli pre-dialisi di CGRP, riscontrati nei soggetti con CD, può essere avanzata l'ipotesi che questo fenomeno sia espressione di una cronica attivazione del sistema trigemino-vascolare. Tale attivazione renderebbe questi pazienti più suscettibili alla comparsa della cefalea. Il significato dell'aumento dei livelli di SP rimane invece controverso.

### Cefalea ed inibitori delle fosfodiesterasi

F. DE CESARIS, N. MONDANI\*, U. PIETRINI, A. NATALI\*\*, A. DEL BENE\*\*\*, A. CASCIARO\*\*\*\*, E. DEL BENE

Centro Cefalee - Dipartimento di Medicina Interna - Università di Firenze

\*UO Urologia - Ospedale S. Maria Annunziata - Firenze

\*\*Clinica Urologia - Università di Firenze

\*\*\*Scuola di Specializzazione in Neurologia - Università di Firenze

\*\*\*\*Istituto di Anestesia e Rianimazione - Università di Firenze

La classificazione internazionale dell'IHS (2004) riporta al punto 8.1.2 la "cefalea indotta da inibitori delle fosfodiesterasi (PDE)". I criteri diagnostici sono A) Cefalea con almeno una delle seguenti caratteristiche e che soddisfa i criteri C e D: 1 bilaterale, 2 localizzazione frontotemporale, 3 pulsante, 4 aggravata dall'esercizio fisico; B) Assunzione di una dose singola di inibitore delle PDE; C) La cefalea insorge entro 5 ore dall'ingestione dell'inibitore; D) La cefalea si risolve entro 72 ore. Le PDE sono una vasta famiglia di enzimi (11 tipi) che degradano selettivamente o meno l'AMP ciclico ed il GMP ciclico aumentando i livelli di nitrossido: questo effetto viene usato per aumentare e prolungare la dilatazione dei corpi cavernosi (agendo sulla PDE-5). Dall'esperienza clinica si deriva che spesso tali farmaci determinano cefalea (di tipo tensivo nei volontari sani, di tipo emicranico negli emicranici), ma i lavori in letteratura su questo argomento sono in scarsa

quantità e i protocolli sperimentali sono stati condotti solo sul sildenafil (che sembra determinare cefalea attraverso meccanismi diversi dalla sola vasodilatazione, come ad esempio le fibre nervose perivascolari o neuroni centrali). Vengono presentati i risultati preliminari di uno studio multidisciplinare che intende valutare 1) In quanti pazienti che fanno uso di inibitori delle fosfodiesterasi si verifica cefalea e quanti di questi ne soffrono abitualmente (forma primaria). 2) Le differenze in termini di induzione della cefalea fra i vari inibitori della fosfodiesterasi (sildenafil, tadalafil, vardenafil) 3) Possibile futuro impiego degli inibitori della fosfodiesterasi come test di scatenamento della crisi cefalalgica, in maniera simile a quello già pubblicato dalla Scuola Fiorentina usando la nitroglicerina. Per agevolare la raccolta dei dati, viene somministrato ai pazienti un questionario di facile uso, per poi procedere all'elaborazione dei dati con metodo statistico appena sia raggiunta una quantità di campione apprezzabile.

### Antecedenti psicopatologici infantili dell'emicrania in età evolutiva: studio retrospettivo con la Child Behavior Checklist

F. SALVADORI, V. GELMI, F. MURATORI

IRCCS Stella Maris, Divisione di Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Pisa

**Introduzione:** scopo di questo studio è stato di analizzare retrospettivamente gli antecedenti psicopatologici infantili in preadolescenti e adolescenti con emicrania, al fine di identificare la presenza di associazioni tra la condizione clinica corrente e disturbi psicopatologici pregressi.

**Metodologia:** trenta soggetti con emicrania e 30 soggetti sani sono stati arruolati in uno studio caso-controllo. La diagnosi di emicrania è stata fatta in accordo con i criteri ICHD-II. Gli antecedenti psicopatologici sono stati valutati usando la Child Behavior Checklist (CBCL) dal ricordo delle madri relativamente a due periodi della vita del figlio: dalla nascita a 3 anni e dai 4 ai 6 anni. I dati del gruppo clinico di emicranici (GE) sono stati confrontati con quelli di un gruppo controllo (GC) di preadolescenti e adolescenti sani durante i due periodi.

**Risultati:** nel periodo di età 4-6 anni punteggi significativamente più alti nel GE rispetto al GC sono stati osservati nelle scale dei problemi totali, internalizzanti, somatici, ansioso/depresso, dell'attenzione, del ritiro e dei problemi sociali. A 0-3 anni punteggi più alti sono stati riscontrati nei problemi totali, internalizzanti, somatici e ansioso/depresso.

**Conclusioni:** i bambini con una diagnosi successiva di emicrania differiscono dal GC in molte scale durante i diversi periodi di tempo. L'emicrania potrebbe pertanto essere considerata come l'espressione di una precedente vulnerabilità.

### La cefalea nei bambini di età inferiore ai 6 anni: casistica del centro cefalee dell'età evolutiva dell'ospedale pediatrico A. Meyer

L. CALISTRI, C. SCALAS

Centro Regionale di Riferimento per le Cefalee dell'Età Evolutiva  
Clinica Neurologica Pediatrica - Azienda Ospedaliera A. Meyer - Firenze

Allo scopo di valutare le caratteristiche della cefalea nella prima infanzia abbiamo esaminato retrospettivamente i dati relativi ai soggetti di età inferiore ai sei anni pervenuti alla nostra osservazione per la presenza di cefalea, nel periodo 2001-2005. Sono stati inclusi nello studio i bambini che all'epoca della prima osservazione avevano meno di 6 anni. Tutti i bambini hanno effettuato una valutazione clinica e quando richiesto laboratorio-strumentale. L'inquadramento nosografico è stato effettuato in accordo con i criteri IHS 2004. Su 2935 soggetti esaminati, i bambini di età inferiore ai 6 anni erano 115 (3,9%), 68 maschi (59,1%) e 47 femmine (40,9%), con un'età media di 4,5 anni (range 1,10 - 5,11 anni). In 100 soggetti era presente familiarità per cefalea (87%). In 5 dei 30 pazienti che hanno eseguito neuroimmagini erano presenti anomalie. Alla prima osservazione 96 bambini presentavano cefalea primaria (emicrania senza aura in 11, probabile emicrania in 69, cefalea di tipo tensivo episodica in 3, vertigine parossistica in 6, vomito ciclico in 2, probabile cefalea di tipo tensivo in 3, emicrania addominale in 1, emicrania con aura in 1); 16 bambini avevano cefalea secondaria; 3 pazienti presentavano forme miste. Al follow-up sono stati rivalutati 57/115 pazienti (49,6%), 34 maschi e 23 femmine, età media 4,5 anni; 18 bambini (31%) erano asintomatici. In 39 pazienti la sintomatologia persisteva; non erano più presenti forme secondarie, ma solo primarie (emicrania senza aura in 12, probabile emicrania in 21, vertigine parossistica in 2, cefalea di tipo tensivo episodica in 2, vomito ciclico in 1, emicrania e vomito ciclico in 1). Nella nostra casistica non erano presenti cefalee posttraumatiche e cefalee croniche.

### La vertigine emicranica epigona

P. PAGNINI, B. GIANNONI, P. VANNUCCHI, L. VERRECCHIA  
E. DEL BENE\*

Dipartimento di Scienze Chirurgiche Oto-neuro-oftalmologiche,  
Università di Firenze

\*Centro Cefalee, Dipartimento di Medicina Interna, Università di Firenze

La Vertigine Emicranica (VE) costituisce una entità nosologica la cui esistenza è stata convalidata dalla letteratura internazionale degli ultimi 20 anni. Nella definizione di VE sono compresi quei disturbi vertiginoso-posturali, non attribuibili ad altra patologia vestibolare nota, legati con un rapporto temporale diverso,

Si ringrazia la

**MERCK SHARP & DOHME**

per il contributo a sostegno  
del periodico scientifico  
di informazione della Società

ma preciso, con le crisi emicraniche o col periodo florido di un'emicrania. È anche insito nella definizione un meccanismo patogenetico comune. La classificazione della VE proposta da Pagnini nel 1988 che ha come parametro cardine il rapporto temporale tra cefalea e vertigine, individua in questa due famiglie: la VE associata (VEA) e la VE equivalente (VEE). Inoltre la International Headache Society (IHS) ha introdotto nella Classificazione Internazionale delle Cefalee la Vertigine Parossistica Benigna dell'infanzia come possibile segno precursore dell'emicrania. In questo lavoro viene presentata la casistica relativa a 28 pazienti inquadrabili in quella sottoclasse di VEE nella quale all'instaurarsi del periodo delle vertigini va sfumando o è già terminato il periodo della cefalea (Vertigine Emicranica Epigona -V.E.Ep.). Tutti i pazienti sono stati selezionati secondo rigorosi criteri al fine di escludere altre patologie otoneurologiche, patologie e/o fattori di rischio vascolari e di inquadrare la cefalea come emicranica secondo le norme IHS. Sono discussi gli aspetti anamnestici, obiettivi e strumentali di questo gruppo di pazienti, soffermandosi sulla statistica descrittiva del campione, sui rapporti tra cefalea e vertigine, sulle caratteristiche cliniche della vertigine e sulla risposta alla terapia e profilassi instaurate.

## Prevalenza dello shunt destro-sinistro in pazienti con cefalea a grappolo

N. MORELLI, S. GORI, G. ORLANDI, L. MURRI

Clinica Neurologica, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Pisa

Dati recenti documentano che la prevalenza dello shunt destro-sinistro in pazienti come emicrania con aura è significativamente più alta che nella popolazione generale e simile a quella riscontrata nell'ictus criptogenetico. Questi dati hanno suggerito un possibile ruolo dello shunt destro-sinistro nell'incrementato rischio di ictus negli emicranici e nella fisiopatologia dell'aura. Tuttavia pochi dati sono presenti in letteratura circa la prevalenza dello shunt destro-sinistro in altre forme di cefalea primaria. Per valutare la prevalenza dello shunt destro-sinistro in pazienti con cefalea a grappolo sono stati arruolati trenta pazienti con diagnosi di cefalea a grappolo in accordo alla classificazione IHS (2004). Undici pazienti risultavano positivi per la presenza di shunt destro-sinistro mediante il Doppler transcranico con contrasto. Questi dati suggeriscono che la presenza dello shunt destro-sinistro in questo gruppo è simile a quella riscontrata nell'emicrania con aura e nello stroke criptogenetico.

## La voce dei pazienti

M. BONCIANI, L. MENEGATTI

Associazione Italiana per la lotta contro le Cefalee - A.I.C.-Onlus

Nell'area fiorentina è iniziato un lavoro di gruppo sui "percorsi ideali" nel trattamento dei pazienti cefalalgici, ma restano ancora vari aspetti sui quali è necessaria la collaborazione della comunità scientifica. L'A.I.C. propone lo sviluppo di alcuni progetti volti alla tutela di questi pazienti.

1) Raccolta di dati divisi per provincia su accessi per anno di prime visite e controlli per fotografare non

solo numericamente la portata del problema, ma anche per verificare se e dove sarebbe necessario intervenire per migliorare i servizi. Infatti l'A.I.C. si deve fare portavoce presso gli organi competenti, sia a livello locale che regionale

- 2) Istituzione di una commissione paritetica di esperti e pazienti che predisponga "linee-guida" per il riconoscimento della disabilità per cefalea cronica, esaminando le vigenti tabelle (Suppl. G.U. n. 47 del 26.2.1992). L'OMS ha inserito la cefalea fra le prime 20 cause di disabilità (Rapporto 2001); nonostante ciò i pazienti percepiscono che questa patologia, con cui convivono quasi ogni giorno - sebbene riconosciuta in letteratura - socialmente, culturalmente e giuridicamente non incontra altrettanto riconoscimento
- 3) Abbassamento dei prezzi dei farmaci non mutuabili. La cefalea ad oggi rimane una patologia "costosa" in termini diretti
- 4) Per i bambini e i giovani è necessaria la prevenzione nelle scuole attraverso la distribuzione di questionari, raccolta ed elaborazione dei dati per verificare l'andamento del disturbo nel futuro

L'A.I.C. ritiene che questi progetti siano basilari perché i pazienti - indipendentemente dal discorso sull'appropriatezza delle cure - non vedono sufficientemente tutelate né la vita lavorativa né quella privata con ripercussioni facilmente riscontrabili.

## Cefalee e declino delle funzioni cognitive

P. VANNI

Neurologia ASL 10 - Firenze

Il lavoro vuole mettere in evidenza le principali problematiche relative alla possibilità di una correlazione tra declino cognitivo e cefalee. In letteratura esistono numerosi studi che hanno evidenziato come l'emicrania, sia con che senza aura, incida negativamente sulle capacità cognitive dei soggetti che ne sono affetti mentre altri non hanno evidenziato differenze rilevanti con i controlli. Un recente studio epidemiologico svolto in Danimarca su un numeroso gruppo di gemelli di età media, ha dimostrato che la diagnosi di emicrania in questi soggetti non è associata a deficit cognitivo. L'emicrania è associata a modificazioni del sistema nervoso centrale sia di tipo strutturale a carico della sostanza bianca, come evidenziato dalle neuroimmagini, che funzionali, come ad esempio l'iperalgia presente durante la crisi e l'eccitazione neuronale intercricica. Un precedente studio "cross sectional" aveva dimostrato che soggetti con emicrania soprattutto del tipo con aura e con una frequenza di episodi maggiore o uguale ad uno al mese erano più inclini a subire eventi ischemici subclinici nel territorio dell'arteria cerebrale posteriore. Il fatto che le lesioni si riscontrano più numerose con l'avanzare dell'età e sono associate a declino cognitivo ha condotto all'ipotesi che l'emicrania rappresenti di per sé una patologia progressiva che favorisce l'insorgenza di demenza. Per quanto riguarda la patologia neurodegenerativa un precedente studio epidemiologico effettuato sui fattori di rischio della malattia di Alzheimer sembrava evidenziare che la storia di emicrania in questi soggetti è inversamente correlata all'insorgenza della patologia.

## Sergio Michelacci

*Nel ricordo di un compagno di lavoro*



*Sergio Michelacci è morto il 12 marzo all'età di 79 anni; lascia l'amata moglie Wally e il caro figlio Marco. Questo evento mi porta a ricordare con commozione quasi mezzo secolo di vita vissuta con progetti, aspirazioni e difficoltà in gran parte condivise con Sergio. Il percorso inizia alla fine degli anni 50 quando come studente iniziai a frequentare l'Istituto di Clinica Medica dell'Università di Firenze diretto dal Prof. Enrico Greppi, che nel 1954 aveva fondato, affidandolo al Prof. Sicuteri, il Centro Cefalee. Il "Michelacci" era uno dei neo laureati che operavano nel Centro e sicuramente il suo entusiasmo e affabilità hanno contribuito a far sì che decidessi di entrare a far parte del gruppo di giovani medici pronti ad affrontare l'affascinante esplorazione delle cefalee.*

*Per molti decenni Egli ha rappresentato per me il collega "più grande" con il quale ho lavorato spesso fianco a fianco in ambito clinico e di ricerca. Ricordo con ammirazione le sua preziosa meticolosità e la grande abilità nell'esecuzione di procedure sperimentali. Egli assumeva sempre un atteggiamento amichevole e colloquiale con gli studenti ed estremamente umano con i pazienti, che, con tocco personale, aiutava a capire ed affrontare la loro cefalea. In tutto questo c'era il segno di una personalità onesta, schietta, intelligente talvolta originale per la sua istintività che lo portava ad agire sempre in piena libertà di persona e di opinione.*

*Il ricordo diviene ancor più carico di affetto nel pensare all'ultima parte del nostro viaggio comune. Infatti, dopo il pensionamento da professore universitario ha fatto parte insieme a me per diversi anni, con la funzione di Tesoriere, del Consiglio Direttivo della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee. Egli, giovanile di mente e di corpo, ha svolto il suo compito in modo puntiglioso ed efficace e la sua spiccata propensione per i rapporti umani ha fatto sì che in breve tempo acquistasse la simpatia e la stima di tanti. Sono certo che molti ricordino la sua ostinata e decisa richiesta delle quote sociali accompagnata da una simpatia e spontaneità che non permetteva indugi.*

*La morte lo ha colto rapida e improvvisa e, vista la piena freschezza dei quasi 80 anni, essa è stata prematura e crudele anche se penso che abbia corrisposto a quello che Lui avrebbe desiderato: una uscita silenziosa, in piena attività, vicino ai suoi cari, al suo mare, alla sua barca in un'atmosfera di serena quotidianità.*

Prof. Marcello Fanciullacci

Past President  
della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee



## SCUOLA SUPERIORE INTERDISCIPLINARE DELLE CEFALÉE

L'impegno formativo della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee (SISC) che ha come scopo istituzionale di promuovere la diffusione delle conoscenze e l'aggiornamento professionale ha avuto inizio una decina di anni fa favorendo la organizzazione di corsi e seminari a livello locale. La SISC, cogliendo la necessità emersa di una standardizzazione del contenuto e delle modalità di insegnamento, ha ritenuto opportuno fornire una risposta adeguata con l'istituzione della **Scuola Superiore Interdisciplinare delle Cefalee**, progetto culturale organico che costituisce il punto di riferimento nazionale nella diffusione delle attività di formazione e di ricerca nel campo delle Cefalee.

La Scuola, eminentemente interdisciplinare, è aperta a tutti i Medici interessati ad impegnarsi professionalmente in questo campo ed è strutturata in tre anni di corso, a loro volta suddivisi in tre moduli per anno. Ogni modulo è formato da una unità didattica che si svolge dal venerdì alla domenica, per un totale di 18 ore di docenza per week-end, in parte con lezioni frontali ed in parte con metodologie interattive. I Corsi saranno a numero chiuso. È prevista una progressione didattica nell'insegnamento con un primo corso di formazione di base, seguito da un secondo corso in cui verranno trattati argomenti con caratteristiche di maggiore complessità diagnostica o terapeutica. Nel terzo corso, infine, si completerà lo studio delle problematiche affrontate nei corsi precedenti, si analizzeranno teorie patogenetiche e basi teoriche della terapia e la gestione organizzativa di un Centro Cefalee.

In ciascun modulo didattico saranno trattati trasversalmente argomenti diversi, che saranno via via approfonditi. Ogni modulo verrà organizzato come unità didattica formativa autonoma, con riconoscimento ECM.

Al termine di ogni modulo verrà rilasciato l'*Attestato di partecipazione*, al termine del I anno, o alla partecipazione di 3 moduli formativi l'*Attestato di Esperto in Cefalee di primo livello*, al termine del secondo anno l'*Attestato di Esperto in Cefalee di secondo livello* ed al termine del terzo anno o al raggiungimento di 9 moduli il *Diploma di Esperto in Cefalee*.

La struttura a moduli consente di adattare la frequenza dei discenti a seconda delle loro esigenze professionali e di impegno temporale: sarà possibile frequentare i moduli in modo disgiunto conseguendo il Diploma al raggiungimento del numero di moduli richiesti.

La Scuola Superiore Interdisciplinare delle Cefalee della SISC ha completato con successo il suo primo anno di corso, ottenendo una serie di risultati che al momento dell'esordio non erano scontati e che, con il contributo di tutti ed in particolar modo con il costante appoggio e incitamento del nostro Presidente Giorgio Zanchin, possiamo definire eccellenti.

Le iscrizioni complessive ai tre Moduli di questo primo anno sono state 109 per un totale di 89 discenti; di questi, 5 hanno completato il Corso, conseguendo i primi Diplomi in Esperto delle Cefalee di primo livello che sono stati consegnati a Firenze alla fine del terzo Modulo. Le valutazioni da parte dei discenti sono state tutte molto positive, e l'introduzione delle didattiche a PBL ha fornito alle lezioni un impulso a partecipare che è stato constatato da tutti per le numerose domande e interventi che hanno caratterizzato le lezioni.

Il gradimento della attività della Scuola è stato tale che per il 2006 verranno organizzati 6 moduli, di cui 2 saranno riedizioni di moduli precedenti e uno sarà un modulo specialistico sulle cefalee infantile-adolescenziali.

Questi risultati così lusinghieri ci spronano a continuare nel cammino intrapreso e ci incoraggiano a privilegiare nel percorso formativo tutte quelle iniziative che favoriscono la partecipazione in prima persona degli allievi. Infatti è dagli allievi che giungono le sollecitazioni più determinate a proseguire con questa iniziativa che, prevediamo entro l'anno, avrà anche il riconoscimento della European Headache Federation.

Colgo l'occasione per ringraziare anche tutti i docenti che si sono prodigati a fare lezioni a volte complesse e certamente faticose, a preparare e fornire il materiale didattico e infine a fare tutto questo senza compenso.

Grazie a tutti e che questo sia di buon esempio per la crescita della società intera.

Il Direttore  
Prof. Luigi Alberto Pini

## CALENDARIO DEI CONGRESSI NAZIONALI ED INTERNAZIONALI DI INTERESSE NEUROLOGICO

### XX CONGRESSO NAZIONALE SISC CEFALIEE: ACQUISIZIONI E CONTROVERSIE

Roma, 27-30 Settembre 2006

Per informazioni:

Segreteria Organizzativa:

Uvet American Express Corporate Travel S.p.A.

Viale dei Mille, 90 - 50131 Firenze

Tel. 055 553971 - Fax 055 5539741

E-mail: [firenze@uvetamex.com](mailto:firenze@uvetamex.com)

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

### II CONGRESSO DELLA SEZIONE TRIVENETA Mezzocorona (TV), 6 Maggio 2006

Per informazioni:

Segreteria Organizzativa:

Silvia De Prato Congressi

Corso del Popolo, 86/D - 30172 Mestre (VE)

Tel. e Fax 041 5442113

E-mail: [info@silviadeprato.it](mailto:info@silviadeprato.it)

### CONGRESSO NAZIONALE DI NEUROFISIOLOGIA

Torino 11-13 maggio

Per informazioni:

JGC S.r.l. Congressi

Tel: 081 2296881

E-mail: [jgcon@tin.it](mailto:jgcon@tin.it)

### LA CEFALEA IN ETÀ EVOLUTIVA IV: FATTORI PSICOLOGICI ED INTERVENTI TERAPEUTICI

Roma, 13 Maggio 2006

Per informazioni:

Segreteria Organizzativa:

Ufficio Didattica e Congressi IDI

F. Sinatra, G. Aleo, A. Anthony, C. Selvi

IDI - Via Monti di Creta, 104 - 00167 Roma

Tel. 06 6646.4458 - 4256 - Fax 06 6646.4496

E-mail: [congressi@idi.i](mailto:congressi@idi.i)

### XLVI CONGRESSO NAZIONALE SNO

San Benedetto del Tronto, 24-27 maggio 2006

Per informazioni:

Segreteria Organizzativa:

Avenue Media

Via Riva Reno, 61 - 40122 Bologna

Tel. 051 6564300 - Fax 051 6564350

E-mail: [congressi@avenuemedia.it](mailto:congressi@avenuemedia.it)

### LA CEFALEA PATOLOGIA D'IMPATTO SOCIALE NELLA REGIONE CALABRIA: QUALI BARRIERE NELL'ASSISTENZA "CARE MIGRAINE", QUALI STRATEGIE TERAPEUTICHE "MANAGEMENT MIGRAINE"

Catanzaro, 24 giugno 2006

Per informazioni:

Segreteria Organizzativa:

RUNTIMES Modena

Sig.ra Valeria Orefice

Tel. 059 359254

Segreteria Scientifica:

Prof. Vincenzo Rispoli - Dr. Rosario Iannacchero

Dipartimento Farmacobiologico

Università Magna Grecia Catanzaro

Tel. 0961 391097

### 10TH CONGRESS OF THE EUROPEAN FEDERATION OF NEUROLOGICAL SOCIETIES EFNS 2006 Glasgow, UK, September 2-5, 2006

Per informazioni:

Breite Gasse 4-8 - 1070 Vienna

E-mail: [headoffice@efns.org](mailto:headoffice@efns.org)

### XXXVII CONGRESSO SOCIETÀ ITALIANA DI NEUROLOGIA

Bari, 14-18 Ottobre 2006

Per informazioni:

Segreteria Organizzativa SIN:

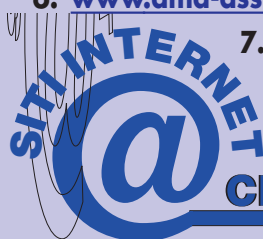
Segreteria Sin Studio ConventurSiena

Via di Città 56 - 53100 Siena

Tel. 0577 285040-270870-45333 - Fax 0577 289334

E-mail [convent@tin.it](mailto:convent@tin.it); [info@conventursiena.it](mailto:info@conventursiena.it)

1. [www.sisc.it](http://www.sisc.it) Sito ufficiale della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee
2. [www.i-h-s.org](http://www.i-h-s.org) (International Headache Society)
3. [www.europeanheadache.org](http://www.europeanheadache.org) (European Headache Federation)
4. [www.w-h-a.org](http://www.w-h-a.org) o [www.worldheadachealliance.org](http://www.worldheadachealliance.org) (World Headache Alliance)
5. [www.aash.org](http://www.aash.org) (American Headache Society)
6. [www.ama-assn.org/special/migraine](http://www.ama-assn.org/special/migraine) (Jama Migraine)
7. [www.headaches.org](http://www.headaches.org) (National Headache Foundation)
8. [www.headache.net](http://www.headache.net) (New England Centre of Headache)
9. [www.noah.cuny.edu/headache/headache](http://www.noah.cuny.edu/headache/headache) (New York Online Access to Health)



**CHE HANNO PER INTERESSE CEFALIEE E DOLORE**