



# LICnews

## NOTIZIARIO DELLA LEGA ITALIANA CEFALALGICI



Direttore Responsabile: Giovanni B. La Pegna  
Versione on-line disponibile su: [www.legaitalianacefalalgici.it](http://www.legaitalianacefalalgici.it)

Anno III - Spedizione Postale - Trimestrale n° 3 - Settembre 2008  
Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in A.P. - D.L. 353/2003 (conv. n. 46 art. 1 comma 1 DR/CBPA-SUD2)  
Registrazione del Tribunale di Caltanissetta del 24/03/2006 al n° 194

# Sommario

1/2

### Editoriale



#### Cefalea ma quanto mi costi!?

di G.B. La Pegna  
ASL 2 Caltanissetta  
Direttore Responsabile LIC news

2

### Storie vere



#### Il mio peggior nemico

di Giuseppina Cinque  
Modena

2/3

### Notizie scientifiche



#### Emicrania e ciclo mestruale

di I. Corbelli e P. Sarchielli  
Centro Cefalee - Clinica Neurologica,  
Osp. Santa Maria della Misericordia,  
Andrea delle Fratte, Perugia

3



#### Scienza: ultime novità

di Maurizio Zappaterra  
Università di Modena e  
Reggio Emilia

3/4

### Congressi ed eventi scientifici

## CEFALEA MA QUANTO MI COSTI!?

**L**e cefalee per la loro enorme diffusione ed il loro carattere disabilitante sono ormai considerate a livello scientifico un problema sociale di grande rilievo, sia per l'impatto sulla qualità della vita del paziente, che per la spesa sanitaria.

Tra le cefalee, il peso sociale maggiore è attribuito all'emicrania ed alla **cefalea di tipo tensivo (CTT)** a causa della loro enorme diffusione, mentre le **cefalee croniche quotidiane**, pur avendo un grande peso sul singolo individuo a causa del loro carattere altamente disabilitante, hanno un peso sociale inferiore, interessando solo il 3% della popolazione.

L'emicrania, nel mondo, interessa il 11% della popolazione; in Europa ne risulta affetto il 15% degli adulti e negli USA il 13%.

In Italia, l'emicrania interessa l'11,6% della popolazione (15,8% donne; 5% uomini): in totale circa 6-7 milioni di italiani ne sono affetti con una netta prevalenza del sesso femminile.

Il picco di prevalenza dell'emicrania si ha nella fascia di età compresa tra i 25-50 anni, periodo della vita in cui il soggetto è chiamato a dare il massimo di sé in ambito lavorativo, familiare e sociale in genere.

L'andamento episodico degli attacchi emicranici, di solito non prevedibili, determina **effetti disabilitanti** sia in fase critica, legati all'intensità del dolore ed ai sintomi d'accompagnamento, sia in fase intercritica per i frequenti problemi psicologici correlati. Il paziente, infatti, viene psicologicamente condizionato anche al di fuori dell'attacco, temendone la comparsa improvvisa e tende spesso ad instaurare una condotta di evitamento dei fattori scatenanti che lo porta ad effettuare delle rinunce e ad adeguare la propria esistenza alla sua condizione di emicranico.

Considerati il numero dei giorni con disabilità L'Organizzazione Mondiale della sanità (OMS) nel 2001 ha posto l'emicrania al 19° posto (9° per le donne) tra le patologie con massima disabilità quali la cecità, la psicosi e la tetraplegia.

La **Cefalea di Tipo Tensivo** nel mondo interessa il 42% degli adulti ed in Europa l'80%.

Il picco della prevalenza della CTT si ha tra la IV e la V decade della vita ma circa il 40% degli individui cominciano a soffrirne prima dei 20 anni.

La **disabilità** del paziente affetto da cefalea è stata valutata da Stovner et al. (Cephalalgia 2007) sulla base delle

indicazioni dell'OMS ed utilizzando come parametro fondamentale l'intensità del dolore. Alla CTT essi hanno attribuito un valore medio di disabilità del 30% (percentuale su una scala di intensità del dolore da 0 a 2) mentre all'emicrania hanno attribuito un valore del 70%. Considerato il singolo individuo il peso della CTT è, dunque, inferiore a quello dell'emicrania; considerate invece le popolazioni, il suo impatto, data la sua maggiore diffusione, è superiore (55% del peso totale contro il 45% dell'emicrania).

#### Le conseguenze dell'emicrania e della CTT producono

- **costi intangibili** che si ripercuotono sulla qualità di vita: ruoli sociali ridotti o persi (con partner, figli), attività sociali e ricreative ridotte o cancellate, compromissione delle relazioni sociali, turbe psicologiche ecc. e

- **costi tangibili** cioè quantizzabili in termini monetari che, considerata



l'enorme diffusione delle cefalee, diventano costi sociali tangibili. Tali costi arrivano a superare quelli causati da molte malattie croniche. I pazienti cefalalgici costano al sistema sanitario di base almeno l'87% di più degli individui senza cefalea di simile età e sesso.

I Costi tangibili vengono divisi in **costi diretti**, cioè le spese sostenute dal paziente per la diagnosi e la cura delle cefalee (visite mediche, farmaci, tecniche non farmacologiche, accertamenti diagnostici, e ricoveri) e **costi indiretti** che dipendono dalla perdita di produttività per assenza dal lavoro o per ridotta efficienza lavorativa a causa delle crisi cefalalgiche (la perdita di giorni di scuola ed il ridotto rendimento scolastico non sono ancora stati adeguatamente quantizzati in termini monetari).

In tutto il mondo il rapporto fra costi indiretti e diretti oscilla mediamente intorno a un valore di 4 a 1: ciò dipende principalmente dal fatto che

sia l'emicrania che la CTT hanno maggiore prevalenza nel pieno del periodo produttivo di vita degli individui.

**Negli USA** il costo totale per l'emicrania arriva fino a 17 miliardi di dollari. Buona parte di tale spesa è dovuta ai **costi diretti** (farmaci, visite mediche, esami diagnostici e gestione degli effetti secondari dei farmaci): circa un decimo (1.5 miliardo di dollari) del costo annuale totale per l'emicrania è dovuto ai farmaci; la spesa per i triptani (1.18 miliardi di dollari) rappresenta la maggior quota della suddetta cifra (Goldberg-Am J Manag Care 2005).

I **costi indiretti** negli USA ammontano a più di 14.5 miliardi di dollari e sono così ripartiti: 7.9 miliardi di dollari per assenteismo, 5.4 miliardi per diminuito rendimento lavorativo e 1.2 miliardi di dollari per costi medici (Hu XH-Arch Intern Med 1999; Stewart-JAMA 2003).

Hawkins et al., più recentemente (2007), hanno valutato 12 miliardi di dollari all'anno i costi dovuti ad assenteismo, inabilità di breve durata e/o richieste di indennizzo.

In **Europa**, nel 2004, i **costi totali** per l'emicrania sono stati quantizzati da Berg e Stovner (Eur J Neurol 2005) in 27 bilioni di euro. Il **costo totale medio per paziente per anno**, secondo i due autori, è stato di 590 euro. Ha speso di più la Germania con 979 euro e, di meno, la Svezia con 111 euro. Il 72-98% dei costi per l'emicrania in Europa è risultato essere costituito dai **costi indiretti** che hanno ammontato ad 554 euro per paziente per anno (a causa di 4,5 giorni di lavoro perso per paziente/anno), mentre i **costi diretti** sono stati di 36 euro per paziente per anno.

Ci sono, però, buoni motivi per credere che, in Europa, i costi diretti siano sottovalutati dal momento che spesso la cefalea non è trattata con terapie adeguate.

In **Italia** lo studio METEOR condotto nel 1998 da oltre 900 medici di medicina generale su 71.588 pazienti ha valutato il costo totale annuale per l'emicrania 6.310 miliardi di Lire. Il costo totale per paziente/anno è stato di  $\text{L.} 1.159.840$  risultante da  $\text{L.} 552.440$  (47,6%) per **costi diretti** più  $\text{L.} 607.400$  (52,4%) per **costi indiretti**.

I **costi diretti** sono risultati, in proporzione, alti a causa dell'eccessiva spesa per i ricoveri ospedalieri che hanno rappresentato il 26,2% dei costi

(segue dalla prima pagina)

totali (gli altri costi diretti: esami diagnostici 10,6%, farmaci 7,2%, visite mediche 8,4%).

I *costi indiretti* sono dipesi dalla perdita media di 2,76 giorni di lavoro per paziente per anno.

Altri studi, più recenti, hanno valutato il costo delle cefalee in Italia:

- Secondo Bausano il costo totale dell'emicrania nell'anno 2002 è stato di 3 milioni di euro in cui hanno concorso enormemente i circa 25 milioni di giornate lavorative perse. La spesa totale media per paziente per anno è stata di circa 600 euro.

- M. Pugliatti et al. (Neurological Sciences 2008), hanno calcolato che il costo totale per l'emicrania nel 2004 è stato di 3,5 miliardi di euro. Tale costo si è collocato tra quelli più elevati inerenti importanti malattie del cervello (Demenza: 8.6 miliardi, disturbo psicotico/affettivo: 18.7 miliardi, ictus cerebrale: 3.4 miliardi).

- Gallai et al. (Giorn. SISC-2008), hanno quantizzato il costo totale medio totale per paziente in età evolutiva (range: 6-18 anni) per anno sia per l'emicrania che per la CTT: per l'emicrania il costo è stato, nel 2006, di 875,98 euro.

Per quanto riguarda i **costi della CTT**, al momento, non esistono dati certi. Possiamo farci un'idea di tali costi analizzando lo studio di Berg e Stovner (precedentemente citato) che ha valutato in Europa, sia i costi dell'emicrania che, quelli della "cefalea in generale"; quest'ultima, secondo i due autori, *nell'anno 2004, ha causato un costo totale medio per individuo di 426 euro* (a causa della perdita media annua di 3 giorni lavorativi per paziente).

Considerato che

- *in Europa, almeno l'80% della differenza tra la prevalenza della "cefalea in generale" e quella dell'emicrania (rispettivamente del 51% e del 14% secondo Berg e Stovner) è rappresentata da CTT e che*

- *la perdita di giorni di lavoro causati dalla CTT, secondo i principali lavori scientifici, non è di molto inferiore a quella causata dall'emicrania, la somma sopra indicata di 426 euro per la "cefalea in generale" può, in buona parte, attribuirsi alla CTT.*

**In Italia**, il recente lavoro di Gallai et al, prima citato, ha valutato il costo della CTT per paziente in età evolutiva 972,55 euro anno: tale costo è risultato superiore a quello dell'emicrania. Hanno prevalso, come era prevedibile per gli individui in età evolutiva, i costi diretti (61%) su quelli indiretti (39%).

Secondo quanto esposto, credo che sia stato ampiamente dimostrato dagli scienziati di tutto il mondo che le cefalee sono un problema di grande impatto socio-economico a livello internazionale. Ciò nonostante, i sistemi sanitari di molti paesi non hanno ancora dato il giusto rilievo a tale problema.

Mi auguro che le informazioni contenute in quest'articolo costituiscano uno stimolo che contribuisca a far sì che i cittadini, avendo acquisito piena coscienza del problema, si prodighino attivamente in un'azione che, intervenendo sul sistema politico-sanitario al fine del riconoscimento della cefalea come malattia sociale, possa favorire il suo inserimento tra le priorità strategiche nazionali ed internazionali di salute pubblica.

**Dott. Giovanni B. La Pagna**

## IL MIO PEGGIOR NEMICO

**H**o 47 anni e il "mio" mal di testa mi accompagna dai tempi della scuola elementare.

Ricordo in modo nitido il cappello di lana che mia madre mi obbligava ad indossare attribuendo al freddo il mio dolore e ricordo anche le tante volte che mi faceva sdraiare con il capo sulle sue gambe e mi strofinava la fronte partendo dal centro fino alle tempie. Recitava qualcosa d'incomprensibile sottovoce che non mi ha mai svelato, probabilmente una 'preghiera' legata a un rito delle vecchie tradizioni popolari per allontanare il malocchio, anche se non mancavano mai gli impacchi freddi o il fazzoletto stretto a mò di bandana sulla fronte; nonostante tutto ciò il dolore a fatica si attutiva e alla fine ero costretta ad assumere una compressa di aspirina o di cibalgina.

Scrivendo ciò provo sensazioni piacevoli perchè mi riportano indietro nel tempo, facendomi rivivere le attenzioni che mia madre mi riservava attraverso questi riti.

Nell'età adolescenziale a causa di squilibri ormonali il mio mal di testa peggiorava ma con la giovinezza ho imparato a convivere e a combatterlo attraverso l'assunzione immediata di analgesici che nel corso degli anni sono cambiati: sono passata dalla aspirina alla novalgina, dal cafergot gtt alle supposte di orudis, dal toradol compresse al toradol fiale fino ad arrivare all'aulin cp o quant'altro a portata di mano... e in presenza di nausea e vomito associavo una fiala di plasil i.m.

Ho provato altri rimedi naturali: gocce di fiori Bach oppure l'olio 31 strofinato sulla fronte...senza nessun beneficio se non un peggioramento della situazione legato agli odori che queste sostanze emanavano.

Con l'età adulta, la carriera lavorativa, il matrimonio e i figli il mio mal di testa mi ha sempre tenuto compagnia in tutti i momenti, dai più piacevoli (viaggi, matrimoni, cerimonie...) a quelli più stressanti (studio, riunioni lavorative, problemi famigliari...etc), posso però affermare che il mio atteggiamento preventivo (mai ..andare in giro senza un analgesico ed eventuale antiemetico) e la mia tempestività nell'assumere il farmaco ha fatto sì che tutto ciò che ho elencato delle attività di vita quotidiana veniva svolto, naturalmente con un senso di depressione e malessere generale che mi accompagnava inesorabilmente.

Ho sempre riflettuto sulle situazioni o sulle cause scatenanti il mio mal di testa e tra le tante se ne era aggiunta un'altra.

Per un lungo periodo ogni qualvolta andavo a trovare i miei suoceri, dopo un lungo viaggio, ero costretta subito dopo il saluto a sdraiarmi a letto per un giorno e una notte, tanto forte e prolungato era il mio dolore che non essere sufficiente la mia solita terapia (analgesico + antiemetico). (intolleranza alla suocera...non so...).

La cefalea come sempre, iniziava con un dolore

soffuso alle tempie che nel giro di poche ore aumentava inesorabilmente diventando sempre più pulsatile, irradiandosi all'orbita unilateralmente o bilateralmente.

Oggi a distanza di 40 anni posso affermare che questo dolore non mi ha mai dato tregua e che tante possono essere le cause o i momenti scatenanti: dal vento al sole troppo forte, dalla fatica al riposo troppo prolungato, dai momenti felici ai momenti più dolorosi, dall'alimentazione leggera ad un'alimentazione più ricca dove si eccede nelle bevande alcoliche., dal momento dell'ovulazione a quello mestruale.

In questi ultimi tempi sembrano diminuiti gli accessi dolorosi cambiando la caratteristica: da martellante, localizzato ad una tempia o tutta la fronte è diventato un dolore che parte dal collo e in modo ingravescente mi copre tutto il capo chiudendolo in una morsa che dura uno o più giorni....attribuibile a problemi di cervicale.

Ora mi ritrovo a 47 anni con un fattore causale in più.

Con il dolore ormai CONVI-VO; riesco a volte a prevedere la sua insorgenza, e a mettere in atto strategie terapeutiche diverse (distrazione, riposo, allontanamento da quello che

per me potrebbe essere il fattore scatenante, quando si può). Tutto ciò il più delle volte non ha la propria efficacia.

Nei momenti di dolore intenso avrei voluto patire un qualsiasi altro tipo di sofferenza fisica in altra sede mentre nei momenti di disperazione totale se avessi potuto avrei separato la testa dal resto del corpo.

Questa malattia è debilitante per sè e per chi ti vive accanto, a volte puoi apparire come un malato immaginario specie per chi il mal di testa dice di non averlo mai provato.. (forte invidia da parte mia).

Ultimamente vengono 3, 4 volte al mese, può sembrare una cosa da poco, ma non lo è per chi ne soffre da più di 40 anni.

Ho imparato che chi soffre di cefalea viene chiamato cefalalgico e ciò mi fa pensare a un pesce che a volte boccheggia fuori dall'acqua ma poi si riprende ed assapora il suo benessere fisico, sì perchè la sensazione che provo quando il mal di testa va via oppure non mi tortura per un pò è di un benessere assoluto....e assaporo questi momenti piacevoli con una sorte di contentezza...

A tutto ciò devo aggiungere che anche mia madre ormai 78 anni ne soffre ancora adesso e che mia figlia diciannovenne ha iniziato anche lei prima dell'adolescenza a vivere con questo "maldetto" dolore ... spero vivamente che almeno lei non arrivi a subirlo per tanti anni come me.

**Giuseppina Cinque - Modena**



## EMICRANIA E CICLO MESTRUALE

**S**e nell'infanzia, la prevalenza di persone di sesso femminile affetta da cefalea è pari a quella di sesso maschile, dopo la pubertà nelle donne tale prevalenza diviene più alta che negli uomini (con rapporto pari a 2-3:1), raggiungendo una percentuale di donne affette da emicrania del 20% nella popolazione di sesso femminile.

Questo riscontro suggerisce una relazione con le modificazioni ormonali legate al ciclo mestruale. Inoltre, 1-2 donne con emicrania su 4 riferiscono le mestruazioni come fattore scatenante, sebbene non costante, per gli attacchi: in qualche caso gli attacchi si presentano solo in occasione di alcuni cicli, mentre alcune donne li riferiscono anche in altre fasi come quella premenstruale,

sebbene la relazione con una vera sindrome premenstruale non sia stata completamente definita.

È solo dal 2004 che la classificazione dell'International Headache Society (IHS) contempla l'emicrania mestruale come entità a sé stante. L'IHS riconosce tre forme e le cita solo in Appendice, data l'incertezza sulla possibilità che queste rappresentino realmente entità distinte: *emicrania senz'aura mestruale pura* (se gli attacchi si presentano esclusivamente nei giorni da -2<sup>a</sup> +3 delle mestruazioni in almeno due cicli mestruali su tre e in nessun'altra fase del ciclo), *emicrania senz'aura correlata alle mestruazioni* (se la cefalea si presenta in altri giorni oltre che durante il ciclo mestruale), ed *emicrania senz'aura priva di periodismo mestruale*

(se gli attacchi non sono in relazione alle mestruazioni).

Vi sono evidenze secondo le quali tali attacchi, almeno in alcune donne, sarebbero il risultato della caduta dei livelli di estrogeni, per quanto in questa fase del ciclo possano essere rilevanti altre alterazioni ormonali e biochimiche.

*L'emicrania associata alle mestruazioni* è 3 volte più frequente di quella *mestruale vera*. Gli attacchi emicranici mestruali sono in genere di durata ed intensità maggiore e maggiormente disabilitanti rispetto a quelli non correlati al ciclo mestruale.

Il fine della terapia dell'emicrania mestruale è quello

(continua in terza pagina)



**Azienda Ospedaliera "Santa Maria" Terni**  
Sala Conferenze  
29 novembre 2008  
**Cefalee: attualità e controversie**  
Presidenti  
Prof. G. Mazzotta, Dr. L. De Santis - Dr. G. Neri, Prof.ssa P. Saretelli

Ore 9.30: Saluto e presentazione del Direttore Generale Antonio Mazzotta  
Ore 9.45: Saluto del Presidente Ordine dei Medici Professionisti di Terni  
Ore 10.00: Lezione inaugurale: "Tutto è o è stato cefalea"

**ATTUALITÀ**

Ore 10.45: Prof. G. Neri: La classificazione ICHD II. Problemi risolti e problemi aperti  
Ore 11.30: Dr. G. Neri: La competenza del Neurologo nel trattamento del dolore cefalico  
Ore 12.00: COFFEE BREAK

Ore 12.45: Dott.ssa P. Saretelli: Cefalee nel territorio: ruolo del medico Medico Generale  
Ore 13.45: Dr. G. Neri: Ruolo dello specialista Centro Cefalee  
Ore 14.15: Dr. G. Neri: Il problema cefalogico come ingegnere del problema globale  
Ore 15.30: Dr. G. Neri: CASO CLINICO

**INCHIESTA APERTA**  
**INCHIESTA APERTA**

Ore 16.00: Dr. G. Neri: I DATI NELLA TERAPIA SISTEMICA DEL MIGRAINE  
Ore 16.45: Dr. G. Neri: MIGRAINE COME FATTORE DI RISCHIO PER ALTRI MALATTIE  
Ore 17.30: Dr. G. Neri: CEFALIE E DISTURBI PSICHIATRICI NEL Bambino e NELL'ADOLESCENTE  
Ore 18.15: Dr. G. Neri: RUOLO DELLA DIAGNOSTICA STRUMENTALE NELLA CEFALIA  
Ore 18.30: Dr. G. Neri: DISCUSSIONE  
Ore 18.30: VALUTAZIONE ED E CONCLUSIONI DEI LAVORI

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO**  
DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE  
CENTRO CEFALIE  
Divisione Prof. Cesare Pavesi

**CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN METODOLOGIA CLINICA DELLE CEFALIE E DELLE NEURALGIE CRANICHE - RICERCA E TERAPIA**  
Anno Accademico 2008-2009

Il corso di perfezionamento in Metodologia Clinica delle Cefalee e delle Neuralgie Craniche è organizzato dal Dipartimento di Neuroscienze, Centro Cefalee, Divisione Prof. Cesare Pavesi, in collaborazione con il Dipartimento di Neurologia, Università degli Studi di Torino.


**Per informazioni:**  
Dott.ssa Lidia Savi Centro Cefalee – Dipartimento di Neuroscienze - Università di Torino Ospedale Molinette via Chiabrera 34-10126Torino Tel. 011.6336236/6336227 – Fax 011.6336236 e-mail: lsavi@molinette.piemonte.it

**Sapienza University of Rome**  
II School of Medicine  
Academic Year 2008-2009  
**MASTER'S DEGREE IN HEADACHE MEDICINE**

The Master in Headache Medicine is aimed at developing excellence among experts in the field of clinical headache. Its purpose is to promote and disseminate epidemiological, diagnostic, pathophysiological, diagnostic, non-pharmacological, clinical and therapeutic knowledge of headache, a common and disabling disorder, worldwide. The high level of scientific expertise and the specific knowledge acquired will provide excellent expertise with the most advanced scientific methods and clinical approaches that will allow the correct management of affected patients. Course participants will be able to acquire interdisciplinary competences that will enable them to address the problems of headache patients by means of the most advanced, state-of-the-art skills. The Master is included in the Italian Catalogue of Studies of University of Rome (C.I.S.), an address in collaboration with IRI, and is endorsed by the European Headache Federation. The learning course is organized in classes with 30 seats.

**Per informazioni:**  
Dott.ssa Caterina Panetta, Master's Scientific Secretariat, II Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università "La Sapienza" di Roma, Vitorchiano 81, I-000189 Roma, Italia (Tel. +39-06-33274631, Fax +39-06-33274632), e-mail caterina.panetta@uniroma1.it) oppure visitare il sito web http://w3.uniroma1.it/headache-

Si ricorda il pagamento della quota sociale LIC per l'anno 2008 agli iscritti che ancora non si fossero messi in regola. La quota associativa annua di € 10 è comprensiva di abbonamento a LICNews.  
Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Sede Amministrativa:  
**Casella Postale 32, Succursale 3 - 06123 Perugia**  
Tel./Fax: 075 578 3609 • Cell.: 348 6193930 • e-mail: segreteria@licnews.it



Questo periodico è associato a "Unione Stampa Periodica Italiana"



**Lega Italiana Cefalogici**

Lega Italiana Cefalogici - ONLUS  
Sede operativa: Via Valdrighi, 141  
41100 Modena  
Cell. 333.6744676  
Web: www.legaitalianacefalgi.it

**CONSIGLIO DIRETTIVO**  
Presidente  
Luigi Alberto Pini  
Consiglieri  
Marisa Galli  
Matilde Leonardi  
Segretario/Tesoriere  
Francesco Tazzioli  
Past President  
Paolo Martelletti

**SEGRETERIA AMMINISTRATIVA**  
Casella post. 32, succursale 3 - 06123 Perugia  
Tel./Fax 075.5783609 - Cell. 348.6193930  
E-mail: segreteria@licnews.it

**LICnews**

Direttore Responsabile LICnews  
Dott. Giovanni Battista La Pegna  
Neurologo A.S.L. n° 2 Caltanissetta

Redazione  
Corso Unità d'Italia, 17  
93017 San Cataldo (CL)  
E-mail: g.lapegna@libero.it

Editore  
Associazione "Lega Italiana Cefalogici - Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale"

Tipografia e Grafica  
P@ruzzo Printer - L'IMMAGINE DELLA STAMPA  
Via Togliatti, 1 - Tel. 0934.556718 Fax 0934.550058  
93100 Caltanissetta

**Sostenete la Lega Italiana Cefalogici**

Attraverso la vostra iscrizione

**SCHEDA DI ISCRIZIONE ALLA LIC ONLUS**

Anno: \_\_\_\_\_

Nome: .....

Cognome: .....

Data e luogo di nascita: .....

Indirizzo: .....

Città: ..... CAP: .....

Tel.: .....

E-mail: .....

E' disponibile ad una partecipazione attiva nella Lega Italiana Cefalogici? Si  No

Accetto che i dati, da me liberamente comunicati siano registrati su archivio elettronico ai sensi della legge n. 675 del 31/12/96 art.10 legge sulla privacy.

Data: .....

Firma: .....

Quota associativa annua comprensiva di abbonamento a LICnews\*: € 10

Il versamento dovrà essere effettuato tramite bonifico bancario su c/c n° 10249974  
UniCredit Banca, Filiale Piazza Grande-Modena codice IBAN: IT55DO20081293000010249974  
causale: "Associazione a LIC Onlus anno: \_\_\_\_\_"

Inviare copia della ricevuta del versamento e della scheda di iscrizione a:  
**Segreteria amministrativa LIC Onlus**  
• a mezzo posta:  
casella postale 32 - succursale 3 - 06123 Perugia  
oppure  
• via fax: 075.5783609

Le informazioni saranno trattate nel rispetto della Legge n. 675/96 sulla privacy

\* Quota deducibile ai sensi del D.Legs. 460/97

Chiunque volesse pubblicare le proprie esperienze, dare suggerimenti, segnalare eventi ed iniziative nel settore cefalee ecc., può farlo, inviando una e-mail al seguente indirizzo:

**g.lapegna@libero.it**

Gentile Socio,  
al fine di procedere ad un aggiornamento dell'indirizzo LIC, Le chiediamo, cortesemente, di compilare questo modulo ed inviarlo per fax allo 075 5783609 oppure spedirlo per posta alla **Segreteria LIC, Casella Postale 32, Succ. 3 – 06123 Perugia**. Le raccomandiamo, qualora ne sia in possesso, di scrivere anche il suo indirizzo di posta elettronica, per poterLe far pervenire più rapidamente le informazioni relative all'Associazione.

Nome: .....

Cognome: .....

Data e luogo di nascita: .....

Indirizzo: .....

Città: ..... CAP: .....

Tel.: .....

E-mail: .....