

INDICE

INTRODUZIONE	1
ABSTRACT.....	1
CAPITOLO 1: EPIDEMIOLOGIA E QUADRO CLINICO DELLA CEFALEA	2
1.1 INTRODUZIONE E STORIA.....	2
1.2 EPIDEMIOLOGIA	4
1.3 CLASSIFICAZIONE E DIAGNOSI	6
1.4 LEGGE n° 81 DEL 14 LUGLIO 2020	9
CAPITOLO 2: LE PRINCIPALI TIPOLOGIE DI CLASSIFICAZIONE DELLE CEFALEE.....	10
2.1 CEFALIE PRIMARIE.....	10
EMICRANIA	10
DI TIPO TENSIVO.....	12
A GRAPPOLO	13
NEURALGIA DEL TRINGEMINO.....	14
2.2 CEFALIE SECONDARIE.....	15
CAPITOLO 3: QUALITA' DELLA VITA E ASPETTI PSICOSOCIALI	15
3.1 COMORBIDITÀ.....	17
3.2 COSTI PER LA SANITA' E PER IL PAZIENTE.....	18
3.3 CEFALEA E COVID-19	19
CAPITOLO 4:TRATTAMENTO.....	20

LO STUDIO SULLA PREVALENZA DEI CASI DI CEFALEA NEL PERSONALE SANITARIO	23
ABSTRACT	23
INTRODUZIONE.....	24
OBIETTIVO	24
MATERIALI E METODI.....	25
RISULTATI.....	26
DISCUSSIONE.....	30
CONCLUSIONI.....	33
BIBLIOGRAFIA	35
SITOGRAFIA.....	37
ALLEGATI.....	38
RINGRAZIAMENTI.....	40

INTRODUZIONE

La cefalea è una condizione con elevati costi emotivi e psicologici, che influenza le prestazioni lavorative e la partecipazione sociale. Fu l'OMS a evidenziare che la cefalea è una tra le prime venti cause di disabilità nel mondo. Il comune "mal di testa" di cui si parlerà in questa tesi comprende genericamente tutte le forme dolorose localizzate a livello encefalico, ma in particolare indica un dolore localizzato nel neurocranio, al di sopra cioè della linea orbo-meatale, ovvero quella linea immaginaria che passa tra occhio e orecchio. Rappresenta un problema a livello mondiale, troppe volte ignorato dalla maggior parte della popolazione e sotto diagnosticato da parte dei medici. È importante sottolineare la forza invalidante di questa malattia, che comporta seri problemi nella vita quotidiana come a livello lavorativo. È importante sensibilizzare la popolazione su questa tematica in quanto sono molte le informazioni in circolazione, alcune discordanti dalle altre e poco affidabili. C'è bisogno di indirizzare i pazienti nel giusto percorso diagnostico evitando perdite inutili di tempo e denaro. Lo scopo di questa tesi è studiare la prevalenza dei casi con almeno un attacco di cefalea in un determinato campione, ed anche di diffondere informazioni su questo fenomeno poiché, almeno una volta nella vita, tutti ne hanno sentito parlare e troppe volte è stata messa in secondo piano. Perciò, di base, tutti sanno cosa vuol dire avere mal di testa ma come bisogna trattarlo, quando bisogna preoccuparsi, quando eseguire un controllo medico, le sue conseguenze e molto altro, sono in pochi a saperlo. I dati epidemiologici registrati da più studi sono tutt'ora preoccupanti; in passato, a differenza di oggi, c'era il problema di mancanza di dati a dimostrare il fatto che la cefalea fosse la fiera di spese inutili ed evitabili. Ancora oggi infatti si procede a tentativi, con abitudini sbagliate e dispendiose.

ABSTRACT

Sono state reperite le informazioni essenziali sulle cefalee da siti scientifici come PubMed e Google Scholar. In particolare si è trattato della storia del mal di testa da com'è nato a com'è ora, dell'epidemiologia in quanto risulta essere uno dei fenomeni più diffusi. È stata riportata la classificazione più recente con i criteri dell'IHS (International Headache Society) e collegata ad essa si è parlato dei criteri per effettuare una diagnosi. Inoltre è

stata descritta la suddivisione tra cefalee primarie e secondarie ed infine si è parlato della legge che è riuscita a farla diventare malattia sociale. Successivamente è stata trattata la qualità della vita e i vari aspetti psicosociali legati agli attacchi di cefalea, prestando attenzione in particolare alle comorbidità, ai costi e al periodo che ci accompagna da quasi due anni a questa parte, il Covid-19. Infine si è parlato dei trattamenti, sia quelli di prevenzione che i più recenti a cui si affida molta fiducia proprio per migliorare la qualità di vita del paziente cefalalgico.

CAPITOLO 1

EPIDEMIOLOGIA E QUADRO CLINICO DELLA CEFALEA

1.1 INTRODUZIONE E STORIA

La cefalea, per definizione, consiste in un disturbo doloroso ricorrente o cronico che interessa il capo. Studi mondiali dimostrano che circa il 90% degli individui lamenta un attacco di dolore al capo almeno una volta nella vita. Per far comprendere la gravità di questo problema, il 15% della popolazione mondiale ha dolore almeno una volta al mese, il 4% per 15 giorni al mese e l'1-2% quotidianamente. Infatti la cefalea rappresenta uno dei più frequenti motivi di consultazione medica. Diventa un vero e proprio disturbo quando si presenta in modo ripetitivo e con un'intensità di dolore tale da compromettere ogni attività di vita quotidiana. Sebbene in molti dei casi le cefalee risultano essere secondarie a patologie intracraniche o sistemiche, che possono mettere anche a repentaglio la vita della persona, nella maggior parte dei casi il dolore è di tipo primario quindi non sostenuto da alcuna condizione nota. Le sue conseguenze sono considerevoli sia per l'individuo stesso, che subirà un peggioramento della qualità della vita, sia per la società per la quale comporta un elevato costo in termini di impiego di risorse per la gestione della malattia, sia di perdita di giornate lavorative, sia di ridotta efficienza sul lavoro che conseguenze psicofisiche. Accanto ad una sostanziale benignità in termini prognostici, va però sottolineato il grande impatto che queste forme hanno sulla qualità della vita dei sofferenti, in quanto possono ridurre in modo significativo le loro capacità di funzionamento sia da un punto di vista lavorativo che sociale.

Le cefalee si caratterizzano per l'eterogeneità e la molteplicità dei diversi fattori causanti. Per prima cosa si deve fare una distinzione molto importante tra cefalea intesa come malattia cioè quella primaria e cefalea come sintomo per quella secondaria. Nelle primarie il dolore rappresenta in sé la patologia quindi non sono sostenute da altre malattie. La loro origine resta nella maggior parte dei casi sconosciuta ma alla base si ha un'importante componente genetica. Queste fortunatamente rappresentano il 90% dei casi. Le cefalee secondarie sono invece legate a condizioni patologiche ben definite, di cui ne sono la spia. Effettuare questa distinzione è fondamentale perché le primarie rappresentano uno dei pochi casi in medicina in cui la malattia non risulta diagnosticabile con mezzi laboratoristici o strumentali ma soltanto anamnestici, cioè basati su un corretto racconto da parte del paziente della sua storia clinica. Spesso il paziente si rifiuta di accettare l'assenza di una causa organica e questo lo porta, insieme al medico, ad eseguire ripetutamente inutili e costosi esami diagnostici tanto da condurre il paziente alla frustrazione di chi, portatore di una malattia non documentabile, può sentirsi trattato come chi lamenta una malattia che in realtà "non c'è".

La cefalea affligge il genere umano fin dall'alba dei tempi, come testimoniato dai segni di trapanazione della calotta cranica rinvenuti in reperti fossili risalenti al neolitico (7000 a.C). Presumibilmente questa primordiale forma di neurochirurgia aveva lo scopo di liberare la persona dagli spiriti maligni che si pensava dimorassero nella sua testa. I documenti più antichi, in cui è stato possibile rintracciare riferimenti certi ad una forma di cefalea accompagnata a disturbi visivi, risalgono al 3000 a.C e provengono dalla Mesopotamia. Altri riferimenti vengono dalla mitologia greca dove Zeus, ad esempio, veniva colpito da terribili mal di testa subito dopo aver divorato la moglie Metide, gravida, per evitare che si avverì la profezia secondo la quale veniva spodestato dal primo figlio maschio. Ippocrate 400 a.C., descriveva accuratamente un'emicrania con aura regredita dopo il vomito. Da Galeno (200 d.C) in avanti il termine 'emicranica', riferito ad un disturbo doloroso del capo unilaterale associato a nausea, vomito e fotofobia, resterà sostanzialmente immutato.

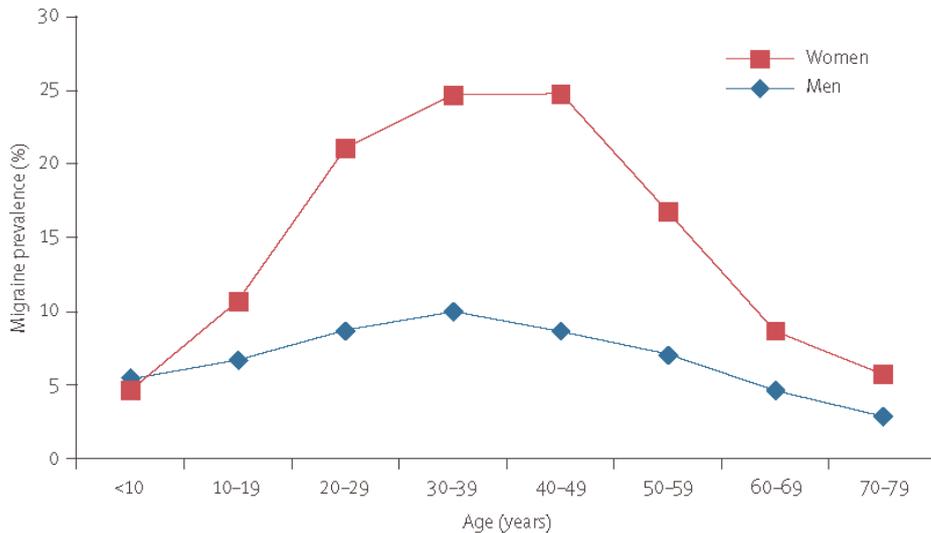
Molti autori del passato si sono cimentati con il problema delle cause scatenanti la cefalea e restano di numerose teorie che riflettono soprattutto agli influssi culturali e il livello di conoscenza delle epoche in cui sono state formulate. Ippocrate credeva che un attacco di cefalea potesse essere causato dall'esercizio fisico e dall'attività sessuale.

Platone (400 a.C) credeva che fossero legate all'eccessiva occupazione del proprio organismo. Nel II secolo d.C si credeva che l'abuso di vino, i disturbi gastrointestinali e le variazioni di temperatura fossero alla base di questi attacchi. Altre scritture contemplavano origini diverse che andavano da vapori tossici provenienti dallo stomaco o all'umore malinconico. Nel '900 la ricerca ha favorito un'espansione della conoscenza delle cause del mal di testa, che ha condotto negli ultimi venti anni a significativi avanzamenti anche sul piano terapeutico. Grazie all'avanzamento delle tecniche di neuroimaging funzionale, oggi consideriamo le cefalee primarie come disturbi complessi coinvolgenti un insieme di strutture nervose centrali (la cosiddetta pain matrix). L'insieme delle varie strutture coinvolte rappresenta l'interfaccia vegetativa tra individuo e ambiente e questo spinge a considerare sempre più valida l'idea dell'universalità di questi disturbi come a qualcosa che si è conservato nel cammino filogenetico dell'uomo, come conseguenza di un qualche vantaggio evolutivo embricato con la vita di relazione.

1.2 EPIDEMIOLOGIA

L'organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato che la cefalea si manifesta con un attacco almeno una volta nella vita per il 90% della popolazione. Nel 2002 ha inoltre assegnato a questa patologia il carattere di disturbo debilitante. In molte indagini condotte in paesi orientali come Africa e Asia, si riscontrano percentuali inferiori rispetto a quelle dei paesi Europei e del Nord America. Anche se queste differenze possono essere dovute a fattori metodologici, non si può escludere un ruolo da parte dei fattori culturali e ambientali. Anche i fattori genetici possono avere un ruolo importante nel determinare le differenze di prevalenza legate alla razza, come suggerisce uno studio della contea di Baltimora dove in una popolazione multirazziale ha evidenziato una più alta prevalenza di cefalea nei soggetti di razza caucasica rispetto agli africani o asiatici. Per quanto riguarda il peso dello stato socio-culturale e della situazione economica sulla prevalenza della cefalea, è un aspetto ancora molto dibattuto. La prevalenza però non dipende solo dal sesso ma anche dall'età infatti, prima della pubertà è presente nel 3-5% senza differenze significative di sesso; nelle età successive affligge più frequentemente le donne. La prevalenza aumenta in entrambi i sessi fino ai 40 anni, età dopo la quale inizia

a manifestarsi un graduale e progressivo decremento tanto da avere percentuali molto basse nella terza età.



1

Risultano esserci pochi studi Italiani a riguardo, l'ultimo risale al 2008-2009 e consiste in uno studio epidemiologico (Pace Study) che, attraverso il metodo dell'intervista personale, ha indagato 904 soggetti maggiorenni rappresentativi della popolazione generale di Parma. I risultati ottenuti furono che la cefalea past-year, cioè nell'ultimo anno, riguardava il 52% delle donne ed il 42,8% degli uomini. La cefalea life-time, cioè quanti riportano di aver sofferto di mal di testa nell'arco della propria vita, era del 75.8% delle donne ed il 60% degli uomini. In oltre l'80% dei casi la cefalea era insorta prima dei 40 anni di età. Se consideriamo le varie forme di emicrania, quella con aurea è del 24.2% nelle donne e del 8.8% negli uomini. Inoltre, la prevalenza past-year risulta essere del 5.7% nelle donne e del 3.5% negli uomini. Sempre secondo lo studio Pace, tra i sotto tipi dell'emicrania con aurea, la forma più frequente riscontrata nella popolazione generale risulta essere l'emicrania con aurea senza cefalea (3.9%).

Per quanto riguarda le cefalee tensive, rispetto all'emicrania, esistono meno studi epidemiologici. Per di più i dati di prevalenza risultano essere discordanti e difficilmente paragonabili per le ampie differenze metodologiche adottate. Si rilevano prevalenze del 74% in Danimarca e del 38% negli Stati Uniti.

¹ In base alla distribuzione per fasce d'età, il picco di prevalenza dell'emicrania pastyear di donne e uomini Europei si colloca tra la quarta e quinta decade di vita.

Anche in questa tipologia però, le donne sono il sesso maggiormente colpito. Invece per le cefalee a grappolo ci sono studi recenti che dimostrano che la netta predominanza nel sesso maschile, da sempre osservata, trova conferma anche in studi di popolazione ma è stata segnalata una tendenza ad una sua progressiva attenuazione con il passare degli anni.

1.3 CLASSIFICAZIONE E DIAGNOSI

Nel corso degli anni sono stati utilizzati diversi metodi di classificazione delle cefalee. L'ultimo a cui si fa riferimento è "The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (IHS)". Nel 1988 è stata pubblicata la prima moderna classificazione delle cefalee che ha dimostrato con minuziosità le singole forme di mal di testa; poi nel 2013 è stata pubblicata la versione provvisoria della terza edizione della classificazione (ICHD-III beta) cui è seguita nel 2018 quella definitiva. Oggi possiamo definire con grande precisione oltre 230 tipi di mal di testa e le loro sfumature. Le varie forme di cefalee sono sistematizzate secondo un ordine gerarchico a livelli crescenti di raffinatezza diagnostica. Questi livelli sono suddivisi in gruppi principali (primo livello diagnostico), a loro volta suddivisi in livelli successivi (livello due o tre) che codificano i diversi tipi e sottotipi, in relazione alle caratteristiche cliniche quindi numero di attacchi, durata, intensità, presenza della fase algica, sintomi associati e alla frequenza degli attacchi. Viene in genere richiesta una diagnosi al primo o secondo livello, mentre è di competenza dello specialista riconoscere le entità codificate ai livelli diagnostici superiori. Comprende 14 differenti gruppi dove i primi 4 riguardano le cefalee primarie, i gruppi dal quinto al dodicesimo si riferiscono alle cefalee secondarie e gli ultimi due fanno riferimento alle nevralgie craniche, dolori facciali ed altre cefalee (indeterminate). In ordine sono: emicrania, cefalea di tipo tensivo, a grappolo e altre cefalee autonomico-trigeminali, altre cefalee primarie, quelle attribuite a traumatismo cranico e/o cervicale, quelle attribuite a disturbi vascolari cranici o cervicali, quelle attribuite a patologie intracraniche non vascolari, quelle attribuite all'uso di una sostanza o alla sua sospensione, cefalea attribuita a infezione, attribuita a disturbi dell'omeostasi, quelle attribuite a disturbi di cranio, collo, occhi, orecchie, naso, seni paranasali, denti, bocca o altre strutture facciali o craniche,

quelle attribuite a disturbi psichiatrici, neuropatie dolorose craniche o altri dolori facciali ed infine altri disturbi cefalalgici.

L'International Headache Society ha classificato le cefalee, non i pazienti e ciò risulta difficile da comprendere per il medico che si trova a curare il singolo paziente. Gli attacchi sono facili da classificare, il difficile è farlo con i pazienti. Le difficoltà nascono dalla coesistenza di più patologie e dall'evoluzione temporale della cefalea nel corso degli anni. Ci sono alcuni pazienti che affermano di soffrire di più forme di cefalea anche se, secondo l'IHS, sono tutte varietà di un'unica forma. Un'attenta anamnesi deve valutare quante sono le forme di cefalea da cui è affetto il paziente e quali criteri diagnostici soddisfino. La diagnosi di emicrania mista è stata però abbandonata e questi pazienti vengono classificati come affetti da emicrania senza aura e cefalea di tipo tensivo. I sottotipi di cefalea a grappolo e tensivo si autoescludono perché non si può avere una cefalea con e senza contrazione muscolare oppure di tipo episodico e cronico. Per i sottotipi dell'emicrania questo non avviene. Quindi, se vengono fatte due diagnosi, quale delle due sarà la più importante? Come si coglie l'importanza della gravità della cefalea? È stato ritenuto utile aggiungere tra parentesi, per ogni diagnosi, il numero approssimato di attacchi di cefalea/giorno/anno per ottenere così un parametro quantitativo della forma di cefalea. Non tutti gli attacchi possono e devono essere diagnosticati. Sono frequenti infatti attacchi atipici, perché trattati con farmaci. Talvolta il paziente non è in grado di ricordare la sintomatologia per tanto bisogna chiedergli di segnare e descrivere gli episodi critici non trattati o quelli trattati ma senza successo e così stabilire quale gruppo di criteri diagnostici soddisfino questi attacchi e se il paziente abbia già avuto il numero minimo di attacchi richiesti. Successivamente si valuteranno il numero dei giorni all'anno in cui si siano verificati questi episodi, aggiungendo anche quelli curati o meno atipici. Nei casi incerti si raccomanda al paziente di tenere un diario descrittivo sulle cefalee. Solitamente infatti un'annotazione prospettica dei sintomi rende l'inquadramento diagnostico molto più agevole. L'AIC onlus cioè l'Associazione Italiana per la lotta contro le Cefalee, ha istituito un diario delle cefalee dove il paziente affetto da una cefalea da diagnosticare, può riportare molte delle informazioni utili per il medico. Si devono registrare giornalmente, per prima cosa, se c'è stato l'attacco e se la risposta è affermativa allora lo si va a descrivere; saranno inseriti l'orario di inizio e fine attacco, la sede, la presenza o meno di aura, i sintomi associati, l'intensità, la disabilità, il farmaco

utilizzato e se è stato efficace ed infine, se il soggetto che registra le informazioni è una donna, se si trova nel periodo del ciclo mestruale. Una volta terminata la compilazione, questo diario dovrà essere analizzato dal medico specialista.

Venne creato questo diario perché il primo dato di riferimento che ha il medico nell'approccio al paziente cefalalgico è la sua descrizione del problema. La raccolta dell'anamnesi può essere confusa, fuorviante, può non ricordare adeguatamente i disturbi o magari riferire solo i più recenti o i più intensi. Quindi è difficile effettuare una corretta diagnosi per questi motivi, ma anche per il fatto che i sintomi di molte forme di cefalea spesso si sovrappongono. Inoltre l'emicrania è un'affezione eterogenea e gli attacchi variano per la frequenza, l'intensità del dolore, la presenza o meno di aura e dei sintomi. Per queste ragioni è difficile individuare criteri che siano sufficientemente sensibili e specifici. Oltre alla compilazione del diario personale, per ovviare a questi problemi, nel 1988 l'International Headache Society ha elaborato anche questo sistema di classificazione che ancora oggi è utilizzato in tutto il mondo.

Quindi, per la formulazione di una diagnosi, come principio di base viene utilizzata la classificazione delle cefalee di questa società, precedentemente descritta. Di fondamentale importanza sono l'anamnesi del paziente e l'esame obiettivo generale insieme a quello neurologico ed eventuali accertamenti diagnostici. Quando la storia presenta note atipiche o l'esame obiettivo fornisce risultati inattesi, può essere necessario effettuare accertamenti diagnostici che il medico decide a seconda del caso come la TC (Tomografia Computerizzata) o la RM (Risonanza Magnetica) dell'encefalo. Nella valutazione di un paziente cefalalgico che riporta notizie amnesiche imprecise è per prima cosa necessario escludere una cefalea di tipo secondario. Una volta esclusa con certezza una cefalea secondaria, è opportuno identificare il tipo di cefalea primaria di cui è affetto il paziente con un'attenta valutazione delle caratteristiche cliniche. Infatti, esistono tre tipologie principali di cefalee primarie: emicrania, di tipo tensiva e a grappolo. Nel caso in cui le caratteristiche cliniche del paziente in esame non corrispondano ad alcuna delle tre categorie di cefalea primaria, il medico affermerà che il soggetto è affetto da "altre cefalee primarie" cioè l'ultima categoria della classificazione IHS, per indicare un tipo di cefalea non classificata altrove o non specificata.

1.4 LEGGE n° 81 DEL 14 LUGLIO 2020

La lotta per il riconoscimento della cefalea come malattia invalidante risale al 2003, quando in Italia venne redatta la Carta dei Diritti del paziente cefalalgico. Un decennio più tardi venne presentato in Senato un testo intitolato “Manifesto dei diritti della persona con cefalea” da parte del presidente dell’associazione neurologica italiana per lo studio delle cefalee. Fu proposto affinché le cefalee croniche vengano inserite nei LEA (Livelli Essenziali Assistenza). Ora la cefalea cronica è a tutti gli effetti una malattia invalidante, a stabilirlo è la legge numero 81 del 14 luglio 2020, contenente le “Disposizioni per il riconoscimento della cefalea primaria cronica come malattia sociale”. È entrata in vigore a partire dal 12 agosto 2020. L’unico articolo che lo compone dispone che “La cefalea primaria cronica, accertata da almeno un anno nel paziente mediante diagnosi effettuata da uno specialista del settore presso un centro accreditato per la diagnosi e la cura delle cefalee che ne attesti l’effetto invalidante, è riconosciuta come malattia sociale, per le finalità di cui al comma 2, nelle seguenti forme: emicrania cronica e ad alta frequenza, cefalea cronica quotidiana con o senza uso eccessivo di farmaci analgesici, cefalea a grappolo cronica, emicrania parossistica cronica, cefalea nevralgiforme unilaterale di breve durata con arrossamento oculare e lacrimazione ed infine emicrania continua.”.

Quindi, si tratta soprattutto delle emicranie ad alta frequenza e quelle croniche, in particolare quest’ultime associate ad un uso elevato di farmaci sintomatici, malattie che causano disabilità importanti. Le altre forme comprese in questa legge, pur meno frequenti numericamente, sono altrettanto disabilitanti. Queste forme di cefalea cronica sono spesso difficili da curare e richiedono la presa in carico da parte di un centro autorizzato.

Questa legge rappresenta una grande vittoria per i soggetti affetti da cefalea. Come spiega il presidente della società italiana neurologa, Gioacchino Tedeschi, la disabilità correlata a questa malattia è molto elevata; secondo l’OMS l’emicrania è al secondo posto tra tutte le malattie che causano disabilità, mentre la disabilità grave riguarda il 61% dei casi. Finalmente grazie a questa legge si dà dignità alla malattia che ha un impatto notevole su qualità della vita, relazioni, produttività e costi. Grazie a questa nuova legge la cefalea non sarà più invisibile, al contrario, con il passare del tempo diventerà un fenomeno al quanto visibile e riconosciuto all’interno della società.

CAPITOLO 2

LE PRINCIPALI TIPOLOGIE DI CLASSIFICAZIONE DELLE CEFALEE

La patologia cefalalgica comprende molte forme, diverse tra loro per la presentazione clinica, prognosi, storia naturale e per la loro origine. Infatti la cefalea può, in casi diversi, rappresentare un sintomo o può essere essa stessa una patologia autonoma. Il sintomo cardine della presentazione clinica è rappresentato dal dolore. Nelle cefalee primarie non sono dimostrabili cause organiche quindi si tratta di un disturbo autonomo, idiopatico, non legato ad altre patologie. Nelle secondarie invece il dolore è causato da una patologia sottostante che si può manifestare con cefalea come sintomo di esordio o come disturbo soggettivo preminente, ma solitamente è associata ad altri segni e sintomi della malattia alla base.

2.1 CEFALEE PRIMARIE

EMICRANIA

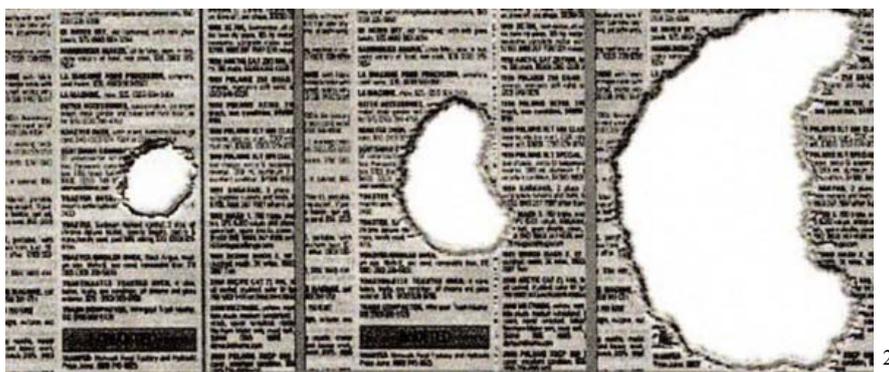
È la più comune forma di cefalea disabilitante. Presenta un'elevata predisposizione familiare (circa il 50% dei casi) e colpisce più le donne che gli uomini, in rapporto di circa 3 a 1. Le crisi emicraniche si presentano con una frequenza molto variabile che va da pochi attacchi in un anno a 2/3 volte alla settimana. Il dolore, in genere pulsante, si manifesta con esordio lento da un solo lato della testa nella regione temporale e/o orbitaria e si intensifica al movimento. Spesso si associano altri sintomi come nausea, vomito, fotofobia cioè intolleranza alla luce, fonofobia cioè intolleranza al rumore e anche quella agli odori ovvero l'osmofobia. Si può avere anche sudorazione fredda, brividi e pallore. Nella maggioranza dei casi il paziente desidera rimanere coricato, al buio, in assenza di qualsiasi stimolazione, infatti viene quasi sempre preclusa qualsiasi attività della vita quotidiana. Nell'emicrania si distinguono altre due tipologie: quella 'con aura' e 'senza aura'. Con 'aura' si intende l'insieme dei sintomi neurologici transitori che precedono la comparsa del dolore; in genere sono disturbi visivi come luci lampeggianti, linee zigzaganti e, più raramente, anche disturbi sensitivi come formicolii a una parte del corpo

o, ancora, difficoltà a esprimersi. I sintomi dell'aura preoccupano maggiormente il paziente poiché rappresentano vere e proprie disfunzioni neurologiche improvvise, per molti versi simile ai sintomi di un ictus cerebrale. Diversi sono i fattori in grado di provocare una crisi emicranica, agendo su un terreno già predisposto geneticamente. Alcuni alimenti come alcol, caffeina, salumi, alcuni tipi di frutta, verdura e pesce possono indurre a una crisi perché contengono particolari sostanze che dilatano i vasi sanguigni del cranio, scatenando l'emicrania. È importante individuare gli alimenti a rischio che sono sempre gli stessi per ogni paziente. Anche il digiuno può scatenare una crisi perché provoca l'abbassamento della glicemia che ha un effetto dilatante nei vasi del cranio. Anche particolari condizioni ambientali possono provocare o aggravare l'emicrania, uno tra i maggiormente implicati è lo stress. Anche le variazioni ormonali sono attribuibili alla genesi dell'attacco emicranico.

In genere, l'emicrania insorge in età giovanile, nell'infanzia o nei primi anni dell'adolescenza, con un andamento nel tempo che può variare in base a fattori definiti modulatori con cui si intendono le varie tappe della vita con il loro carico di aumento di attività fisica affiancata da quella intellettuale (periodi di studio o lavoro più intensi), ma si intendono anche cambiamenti di vita importanti come l'inizio dell'attività lavorativa, un matrimonio, la nascita e crescita di un figlio. Sono inclusi anche gli eventi stressanti quindi lutti, separazioni, malattie. In alcuni casi si ha quindi un peggioramento per frequenza e/o intensità degli attacchi che può mantenersi anche al termine del motivo favorente. In altri casi si ha un andamento irregolare con periodi di mesi o anni dove l'emicrania peggiora sensibilmente in alternanza a periodi di miglioramento. In genere, questa malattia tende a migliorare dopo i 55 anni, ma è vero che una piccola parte di questa tipologia di pazienti va incontro a un peggioramento progressivo, sviluppando forme di cefalea cronica dove la prima causa è l'eccessivo uso di farmaci.

L'emicrania si manifesta con attacchi ricorrenti, separati da intervalli liberi, ma si sviluppa e si mantiene nel corso degli anni accompagnando gran parte della vita del soggetto che ne è affetto. Quindi l'emicrania costituisce un rilevante problema sociale con risvolti economici importanti, ad esempio la riduzione della produttività o assenze dal posto di lavoro, alterazione dei rapporti con familiari e amici per rinuncia agli impegni sociali e così molte altre.

Il 10-20% dei casi totali di emicrania riguardano nello specifico l'emicrania con aura e spesso coesiste nello stesso paziente con la forma senza aura. Alcune caratteristiche tipiche dell'aura sono il disturbo visivo isolato o prominente che scompare in pochi minuti (massimo 20) e la risoluzione avviene entro massimo un'ora.



DI TIPO TENSIVO

È la forma più diffusa di cefalea. È caratterizzata dalla contrazione dei muscoli del collo delle spalle e si manifesta come un dolore gravativo-costrittivo, di entità lieve-moderata, quasi sempre localizzato sulla fronte o sulla nuca, molto spesso confuso con l'artrosi cervicale. Il dolore viene definito come un cerchio o un casco, foto e fonofobia sono rari come anche la nausea ed in genere non si verifica vomito. Generalmente, a differenza delle altre, non pregiudica le normali attività della vita quotidiana. Può essere episodica quindi presente per meno di quindici giorni al mese oppure cronica dove il dolore è presente per più di 15 giorni complessivamente. I fattori scatenanti e aggravanti risultano essere la tensione emotiva, lo stress, l'affaticamento mentale, la postura scorretta e prolungata di collo e capo. Insorge tipicamente in età giovanile e, analogamente all'emicrania, il disturbo prevale nel sesso femminile.

Questa tipologia di cefalea viene divisa in tre tipi in base alla frequenza degli attacchi: la forma episodica sporadica, che si presenta occasionalmente nella maggioranza degli

² Esempio di aura visiva dove si vede una macchia chiara che si sposta nel campo visivo e aumenta le dimensioni, fino a limitare in parte la visione della pagina che il soggetto ha davanti.

individui e che raramente sollecita il consulto medico. La seconda forma è quella episodica frequente con attacchi dolorosi presenti in media meno di 15 giorni al mese ed infine la forma cronica caratterizzata da una ricorrenza di più di 15 giorni al mese o, in alcuni casi, anche quotidiana. Generalmente nella popolazione prevale la forma episodica frequente. Il dolore generalmente ha una durata variabile e solo nelle forme croniche può essere accompagnato a lieve nausea o fotofobia o fonofobia. La forma cronica può comportare limitazioni delle attività quotidiane, principalmente a livello intellettuale.

La forma sporadica non riveste molto interesse per il clinico, infatti è un dolore che la maggior parte degli individui sperimenta nel corso della propria vita ma in modo occasionale legato a un “trigger”, cioè un fattore scatenante. La forma episodica evolve in forma cronica attraverso un progressivo incremento della frequenza degli attacchi e una delle cause è l’uso eccessivo di analgesici.

A GRAPPOLO

Questa forma di cefalea insorge in genere tra i venti e i quarant’anni. A differenza delle altre, colpisce in modo nettamente prevalente gli uomini in rapporto 8 a 1 circa rispetto al sesso femminile. Inoltre, a differenza dell’emicrania, non presenta aspetti di ereditarietà. È caratterizzata tipicamente da periodi attivi o grappoli cioè i cluster di cefalea e da fasi prolungate di remissione. L’espressione ‘a grappolo’ si riferisce a crisi che avvengono in determinati periodi dell’anno cioè in primavera, autunno quindi nei periodi di cambiamento climatico, separati da intervalli con assenza di crisi. Durante il cosiddetto grappolo, le crisi si raggruppano praticamente a orari fissi, in genere tra le nove di sera e le dieci del mattino ovvero durante il sonno. Si possono verificare da un minimo di una crisi ogni due giorni fino a otto crisi in un giorno. L’attacco inizia in maniera rapida raggiungendo la massima intensità in 15 minuti e può durare fino a tre ore. Il paziente presenta un comportamento inquieto con agitazione psicomotoria e incapacità a stare fermo. Il dolore è di tipo lancinante ed è generalmente monolaterale, localizzato nella zona intorno all’occhio e allo zigomo. Questa tipologia di cefalea presenta sintomi ben definiti come lacrimazione, arrossamento, gonfiore oculare e congestione nasale. È una forma molto rara ma anche molto dolorosa al punto da essere definita anche ‘cefalea del

suicidio', poiché tanto è intenso e violento il dolore che la caratterizza. In quest'ultimo caso si parla di cefalea a grappolo cronica.

Quindi, l'attacco ha una durata breve ma questi singoli attacchi tendono a ripetersi varie volte nell'arco della giornata, molto spesso ad orari fissi come dopo i pasti o nel cuore della notte. Nella forma episodica gli attacchi si concentrano in periodi dolorosi, i cosiddetti grappoli, che possono durare dai 15 giorni ai 3 mesi, ripetendosi con cadenza fissa. Un fattore scatenante riscontrabile in tutti i pazienti è l'uso di alcol. L'inizio di un grappolo coincide spesso con le brusche variazioni di ritmi esterni o interni come il cambio di stagione, viaggi intercontinentali, cambiamenti nello stile di vita.

NEURALGIA DEL TRINGEMINO

Conosciuto anche come 'tic doloroso', è un dolore straziante al viso che tende a iniziare e terminare molto rapidamente, con attacchi simili a scosse elettriche, spesso scatenato quando si muove o si stimola la parte interessata come parlando, masticando, lavandosi il volto. È molto frequente nella popolazione soprattutto dopo i 50 anni. Come si deduce dal nome, questo disturbo interessa il nervo trigemino che porta al cervello la sensibilità della parte superiore, media e inferiore del volto e della cavità orale. Negli attacchi possono essere coinvolte una o più branche. Molti pazienti soffrono di un dolore sordo e continuo con ipersensibilità al caldo e al freddo prima dell'inizio dei sintomi più classici. Questo periodo di pre-neuralgia trigeminale è una grande sfida per l'odontoiatra che è, nella maggior parte dei casi, il primo specialista al quale si rivolge il paziente. Non è raro che un paziente con questa tipologia di cefalea si sottoponga ad una valutazione da parte di dentisti e/o otoiatri anche se questo dolore non è affatto provocato da queste problematiche.

2.2 CEFALIEE SECONDARIE

Queste sono sintomo di un'altra malattia. Si possono manifestare come conseguenza di traumi cranici, malattie o disfunzioni dei vasi sanguigni della circolazione cerebrale (ischemia, trombosi, emorragia cerebrale), malattie del cervello (tumori, meningiti), patologie del collo, delle orecchie, del naso, dei denti, della bocca. Infatti, esistono cefalee attribuite a disordini vascolari cranici o cervicali, a ictus ischemico o attacco ischemico transitorio, a un'emorragia intracranica non traumatica, a malformazioni vascolari, trombosi venosa cerebrale, a infezioni, a sostanze come monossido di carbonio e alcol. Altre cefalee secondarie sono quelle attribuite a traumi del capo e del collo, a disordini dell'omeostasi e psichiatrici.

CAPITOLO 3

QUALITA' DELLA VITA E ASPETTI PSICOSOCIALI

La cefalea fa molto male anche quando non c'è.

Il progetto EuroLight³, supportato dall'Agenzia per la Sanità Pubblica della Commissione Europea, ha misurato l'impatto delle cefalee nel nostro continente. Questo studio, condotto mediante un questionario specifico, ha riguardato circa 6.500 pazienti appartenenti a 10 nazioni (Austria, Francia, Germania, Irlanda, Regno Unito, Italia, Lituania, Lussemburgo, Olanda e Spagna) che rappresentano circa il 60% della popolazione europea. Ottenne come risultato che il 26% dei pazienti ha riferito la presenza di sintomi anche quando non ha l'attacco; sintomi come dolore residuo, sensazione di testa non perfettamente libera, stanchezza, irritabilità, a volte anche disturbi visivi diversi dalla tipica aura. Inoltre una piccola parte ha dichiarato di soffrire di ansia tra un episodio e l'altro mentre una grande parte ha confessato di mettere in atto dei comportamenti evitanti che finiscono per compromettere la propria qualità di vita come

³ Titolo completo del progetto: HighLIGHTing the impact of headache in EUROpe. Lo scopo del Progetto è la valutazione, su vasta scala, dell'impatto socio-economico-assistenziale delle cefalee nella popolazione generale.

rinunce a determinati alimenti, bevande, serate, eventi e di indossare copricapi per evitare il sole o l'aria condizionata. È normale che tutto questo, nell'insieme, possa far apparire il paziente come una persona sempre stressata, noiosa, un po' pesante ed anche guastafeste a volte. Ne consegue che la persona stessa rischia di percepire il problema come una sua colpa e questo lo porta a non parlarne con nessuno, perché sa che non sarebbe compreso e si sente inascoltato anche dai familiari e amici più stretti. Le ipotesi per cui si avvertono sintomi anche se non è in corso un attacco sono svariate come ad esempio che, essendo questa una malattia che emerge periodicamente, è però sempre in agguato. Oppure si può parlare di 'una vita pensata prima di essere vissuta' proprio perché i pazienti vengono invitati dai loro medici specialisti a riportare su un apposito diario ogni singolo aspetto dell'attacco che hanno avuto, compreso ogni evento avverso che si verifica anche nel corso della cura.

“È come un trapano che mi entra nell'orbita”, “Sento come un enorme macigno che mi frantuma le ossa del viso” sono queste alcune delle espressioni più impressionanti usate dai soggetti per descrivere il dolore che provano. Ogni movimento, anche se lieve, può far aumentare il dolore e così è costretto all'immobilità assoluta. L'inondazione prodotta dal dolore porta con sé molti altri sintomi altrettanto disabilitanti. Si prosegue con la nausea che diventa vomito, le sorgenti luminose diventano insopportabili così come i suoni più lievi e ogni tipo di odore. Possono comparire anche le occhiaie nel volto del paziente, come anche la sudorazione fredda e, a volte, diarrea. Otto emicranici su dieci sono costretti a disfarsi di orecchini, occhiali, elastici o fermagli per capelli perché anche il solo sfiorare la testa provoca dolore. È per tutto questo che il paziente si isola nel buio, nel silenzio. Questa lunga tempesta che lo travolge può durare fino a tre giorni consecutivi, portandolo alla disidratazione e al non alimentarsi in maniera idonea. Poi molto lentamente tutto questo inizia a scomparire ma, per uno o due giorni dopo la totale scomparsa del dolore, il paziente non sarà del tutto sé stesso perché si sentirà debole, abbattuto, rattristato. Quindi, il paragone che ne descrive meglio lo sviluppo è l'arrivo di una tempesta: l'atmosfera si modifica, il cielo diventa pian piano più scuro, arriva un vento con raffiche sempre più forti ed infine compaiono tuoni e fulmini. La cefalea è la tempesta perfetta, non è un semplice mal di testa ma la risultante di un forte e prolungato mal di testa associato però ai sintomi del mal di mare.

La cefalea è una malattia benigna, in quanto non provoca né deficit neurologici né morte. Tuttavia ha le sue possibili complicanze più o meno rare. Nei casi più gravi si può avere lo 'stato emicranico' cioè un attacco che duri più delle 72 ore, un'aura persistente senza infarto ma anche un infarto emicranico e la migralessia (cioè un'aura emicranica che innesca un episodio di epilessia), entrambe molto rare.

L'emicrania, come gli altri tipi di mal di testa, richiede un cervello ben maturo e ben strutturato per potersi manifestare, proprio per questo colpisce nel periodo dell'adolescenza. Però, prima che questa maturazione abbia luogo, la malattia può manifestarsi sotto diverse altre forme cioè senza dolore alla testa. L'ipotesi è che nella giovane età non sia ancora presente un sistema che risponda alle volontà del cervello ipereccitabile o ipometabolico, come diventa nel caso di cefalea. Quindi la scintilla che dovrebbe far iniziare l'attacco non trova la sua miccia, perché è un cervello ancora poco maturo, e prende un'altra strada. Può intaccare il tratto gastro-intestinale con vomito e dolori o può portare ad avere vertigini e torcicollo del tutto inspiegabili.

3.1 COMORBIDITÀ

Per comorbidità si intende la presenza di una condizione coesistente aggiuntiva in un paziente con una particolare malattia alla base oppure l'associazione non causale di due disordini. Studi clinici sulle comorbidità, tra le cefalee primarie, si sono focalizzati in particolare sull'emicrania. È stato evidenziato che i pazienti emicranici soffrono di diverse comorbidità di tipo neurologico, psichiatrico e cardiovascolare, Quindi vanno segnalati la depressione, l'ansia, l'epilessia e i disturbi del sonno. Più recentemente si è studiata l'associazione con patologie cardiovascolari in particolare con l'ictus ischemico. Lo studio delle comorbidità risulta essere molto importante dal punto di vista patogenetico oltre che a quello diagnostico e terapeutico. A livello biochimico sembrano essere implicati meccanismi patogenetici comuni tra emicrania e disturbi dell'umore, come la riduzione della concentrazione della serotonina anche se questa associazione risulta essere complessa. I pazienti emicranici hanno un rischio tre volte maggiore di sviluppare un disturbo depressivo rispetto a chi non ne soffre. Anche il disturbo bipolare si associa significativamente all'emicrania sia nell'adulto che in età evolutiva.

Invece, per quanto riguarda l'esistenza di una relazione tra sonno e cefalee, è riconosciuta da oltre un secolo ma la natura di questa associazione è ancora oggi enigmatica. La privazione di sonno o all'opposto, un sonno prolungato, è noto che possano favorire l'insorgenza di cefalea, dall'altra parte, in molti casi il sonno costituisce l'elemento determinante per la risoluzione di un attacco. Tra i pochi studi epidemiologici condotti a riguardo, si è evidenziata la presenza di cefalea cronica al mattino in circa l'8% dei 19.000 soggetti in questione. Questi inoltre, rispetto ai non affetti, presentavano con maggior frequenza disturbi del sonno tra cui insonnia, disturbi del ritmo circadiano, russamento. Poi, anche se l'emicrania è una causa accertata di infarto cerebrale negli adulti, anche se molto rara, questa associazione è meno riconosciuta nei bambini.

3.2 COSTI PER LA SANITA' E PER IL PAZIENTE

Un dato impressionante è che il problema del mal di testa in generale, solo in Italia, costa venti miliardi di euro all'anno. Si tratta di costi indiretti legati alla ridotta produttività in ambito lavorativo, ma esistono anche i costi diretti legati al pronto soccorso, agli ambulatori, e agli ospedali in generale. Dati emersi da diverse statistiche dimostrano come, l'emicrania in particolare, sia la quarta o quinta causa di accesso al pronto soccorso in Italia. Quindi possiamo stabilire che circa il 90% della popolazione si reca al pronto soccorso per un mal di testa di forma primaria, non dovuta cioè a una causa organica sottostante; inoltre che la cefalea generalmente è così violenta, disabilitante e di lunga durata in certi casi, da indurre il paziente a recarsi in pronto soccorso. Si può dire che un accesso al pronto soccorso costa al servizio sanitario nazionale circa duemila euro per paziente. In più, una volta che si arriva in pronto soccorso, il triagista assegna un codice di bassa priorità ad esempio un verde, di conseguenza attenderà ore nel corso delle quali tra un episodio di vomito e l'altro si risolve spontaneamente l'attacco. Chi riesce ad attendere la visita del medico, verrà sottoposto a tac cerebrale per escludere che sia un mal di testa secondario ad altro. Inoltre a questo paziente verranno somministrati antidolorifici utili per un dolore chirurgico ma a volte del tutto inefficaci per le cefalee. Per impostare la corretta terapia medica, sia per l'attacco acuto che per la prevenzione, viene fatto compilare al paziente il diario delle cefalee in cui si deve registrare la

frequenza e le caratteristiche cliniche degli attacchi in un mese. Questo diario è stato diffuso dall' AIC onlus cioè l'associazione dei pazienti cefalgici appositamente impostato per migliorare la qualità di vita di altri pazienti che soffrono di questi disturbi.

3.3 CEFALEA E COVID-19

La pandemia da Covid-19 ha avuto un impatto importante per le persone affette da cefalea nel limitare, modificare o sospendere totalmente la loro possibilità di accesso ai servizi del Sistema Sanitario Nazionale, dedicati in modo specifico alla cura e alla presa in carico di questa malattia. Durante la fase acuta della pandemia è stato necessario chiudere quasi tutti gli ambulatori e centri dedicati ed anche sospendere le visite in presenza. Al contrario di quanto si possa pensare, durante la quarantena i soggetti emicranici hanno avuto meno attacchi e minor dolore e hanno dimostrato un livello moderato di depressione correlato al carico emicranico. Quindi, il rischio che i pazienti emicranici si trovassero in una condizione di fragilità maggiore rispetto al resto della popolazione nell'affrontare la pandemia e che questo comportasse il riacutizzarsi della sintomatologia, è stato in buona parte smentito dai dati di diverse indagini.

Da quando il Covid-19 ha fatto la sua comparsa, sono numerosissimi gli studi fatti su questa malattia e di recente è stata resa nota una ricerca che ha analizzato il collegamento tra coronavirus e cefalee. Secondo quanto emerso da questo studio, l'utilizzo prolungato dei dispositivi di protezione individuali possono causare un peggioramento della cefalea. Il mal di testa di per sé, è un sintomo che accompagna chi è affetto da Covid-19 ma è anche associato all'uso di mascherine professionali, occhiali protettivi e visiere per lunghi periodi di tempo, proprio come nel caso dei sanitari. La causa viene identificata nella compressione prolungata di cinturini stretti intorno alla testa, nella difficoltà respiratoria e nella ridotta capacità visiva. Questi sono tutti fattori di stress a cui i professionisti sanitari sono stati sottoposti anche quattordici ore al giorno. A rischio di insorgenza o peggioramento di cefalee sono tutti i professionisti sanitari, i protagonisti di quest'emergenza, ma anche quei lavoratori che dovendo stare a stretto contatto con il pubblico devono indossare mascherine per lunghi periodi di tempo.

La telemedicina rappresenta sicuramente una rivoluzione sociale e culturale che facilita la comunicazione tra medico e paziente e, in epoca emergenziale di Covid-19, si è rilevata attività essenziale per molti specialisti dei Centri cefalee. Sebbene la telemedicina non sostituisce la medicina tradizionale, può ampiamente affiancarla con i numerosi nuovi canali di comunicazione e tecnologie innovative, migliorando così la qualità dell'offerta sanitaria.

CAPITOLO 4

TRATTAMENTO

Il paziente vorrebbe cancellare il mal di testa dalla propria vita, è un'impresa ardua se non impossibile visto che la malattia sembra essere scritta nel suo codice genetico. Infatti la cefalea non è propriamente una malattia ereditaria ma può essere considerata come multifattoriale, dove l'espressione clinica dipende dall'azione di più geni che interagiscono tra di loro e con l'ambiente. Quindi viene ereditata solo una relativa predisposizione allo sviluppo della malattia. Alcune rare forme di emicrania sono trasmesse ereditariamente, si tratta di malattie in cui l'emicrania si manifesta con un'aura atipica e può associarsi ad altri sintomi nell'ambito di sindromi congenite ereditarie (emicranie sindromiche). Detto questo, si può fare tantissimo per vivere meglio. Si parla infatti di terapia acuta o dell'attacco e di terapia preventiva o profilassi. Quella acuta deve essere utilizzata da ogni paziente cefalalgico appena avverte l'insorgenza del dolore mentre la terapia preventiva è indirizzata per quella classe di pazienti affetti da attacchi disabilitanti almeno quattro volte al mese. Ovviamente, l'uso della terapia preventiva non esclude l'impiego della terapia dell'attacco. La terapia acuta viene considerata efficace quando abolisce dolore e sintomi o per lo meno ne dimezza l'intensità. Quella preventiva invece quando riduce i giorni in cui si presenta l'attacco del 50%. Parlando di terapia acuta, deve essere assunta ai primi sintomi così da bloccarne l'evoluzione prima di diventare inarrestabile. Trattare con ritardo l'attacco risulta essere spesso inutile. Se durante l'attacco il paziente sente fastidio nel semplice passarsi la mano tra i capelli, la possibilità che l'analgesico funzioni è molto ridotta, questo si verifica con il sintomo

dell'allodinia cutanea cefalica⁴. Assumendo con elevata frequenza l'analgésico rischia di cronicizzare l'emicrania. Tra i farmaci più utilizzati ci sono i FANS che, essendo acquistabili senza obbligo di prescrizione medica, non significa poterne fare un abuso. Altri farmaci sono il paracetamolo, i triptani, e i ditani. Per quanto riguarda invece lo sviluppo della terapia preventiva si deve sottolineare la sua infinita lentezza in un mondo che nel frattempo evolveva precipitosamente. Ad oggi si fa riferimento alle linee guida AGENAS 2011⁵ per quanto riguarda i farmaci preventivi che sono i beta-bloccanti, gli antiepilettici, i calcio-antagonisti, gli antidepressivi, i sartani, gli ACE-inibitori, la tossina botulinica di tipo A e i nutraceutici. Curare la cefalea non vuol dire solo prendere farmaci ma anche adottare altre strategie come agopuntura, la dieta chetogenica, la mindfulness, la neurostimolazione non invasiva e il biofeedback.

Susan Amara è una neuroscienziata statunitense a cui si deve la scoperta della sostanza chiave nello scatenamento dell'attacco emicranico, il CGRP, scoperto negli anni ottanta del novecento. Si è dedotto quindi che questa sostanza doveva essere contrastata per portare beneficio al paziente. Una lunga serie di studi però, ha dimostrato che il CGRP è essenziale per l'olfatto, l'udito, la sensibilità dolorifica, il movimento, l'apprendimento, l'alimentazione e il controllo del calibro dei vasi. Quindi il dilemma era se bloccare o meno veramente questa sostanza e vinse la prima ipotesi scientifica. I gepanti sono molecole in grado di bloccare questi CGRP, inizialmente pensati esclusivamente per il trattamento dell'attacco acuto, si pensò successivamente di provarlo anche nella terapia preventiva. Si ottennero buoni risultati ma non essendo possibile trovare una formulazione orale, la storia di questo farmaco naufragò.

Altra grande rivoluzione è quella degli anticorpi monoclonali. I cefalalgici infatti, costretti fino ad ora a riciclare farmaci da altre patologie, ottennero sostanze preventive in grado di coniugare efficacia e tollerabilità. Questi sono anticorpi creati da una singola linea cellulare di linfociti B, ad oggi sono 4 in totale di cui 3 già in commercio in Italia.

⁴ *Emicrania, nuovo studio rivela i meccanismi dell'allodinia cutanea associata.*

La ricerca è stata condotta dal Centro Cefalee della I Clinica Neurologica dell'Università della Campania "Luigi Vanvitelli" e dal Centro Alti Studi di Risonanza Magnetica, diretti dal professore Gioacchino Tedeschi, Presidente della Società Italiana di Neurologia. 26 giugno 2020.

⁵ Agenzia Nazionale per i servizi Sanitari Regionali. Linee guida nazionali di riferimento per la prevenzione e la terapia della cefalea nell'adulto.

Per quanto riguarda l'efficacia è stato dimostrato che si ha possibilità di migliorare la propria efficacia nel 60% dei soggetti con emicrania episodica e circa il 40% dei cronici ha la possibilità di dimezzare i giorni di emicrania. La loro tollerabilità è eccellente, i sintomi si limiterebbero alla possibile comparsa di dolore nella sede di somministrazione uniti a rossore e prurito locali. Per quanto riguarda la durata della terapia i risultati sono un po' divergenti, secondo l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) la cura deve durare 12 mesi poi deve essere interrotta. Possono essere prescritti da centri specializzati e in genere non devono essere somministrati in ambiente ospedaliero. Non è facile spiegare perché possa svanire nel lungo termine l'efficacia delle cure preventive. La spiegazione è prettamente tecnica ma bisogna tener conto anche se nel frattempo è insorta un'altra problematica come l'ipertensione, l'anemia, un'infezione. Inoltre, alla base della ridotta efficacia è presente un aumento delle preoccupazioni, dello stress, dell'ansia o, a volte, l'arrivo della depressione.

LO STUDIO SULLA PREVALENZA DEI CASI DI CEFALEA NEL PERSONALE SANITARIO

ABSTRACT

La cefalea è un affascinante mistero perché rappresenta una malattia esclusivamente umana. “Un’inutile iperfunzione del cervello, altamente conservata nel corso dell’evoluzione della specie” sono queste le parole che usa Piero Barbanti⁶ nel suo libro. Cefalea è un termine che deriva dal greco ‘kefal’ e significa testa; in termini scientifici indica una condizione medica che può essere uno dei sintomi di malattie cerebrali o di altra natura (febbre, stress, otite, sinusite, tumori cerebrali, meningite, nevralgia), come accade nelle cosiddette "cefalee secondarie", ma può anche essere sintomo e malattia allo stesso tempo, come accade nelle cosiddette "cefalee primarie" che devono essere considerate come malattie vere e proprie.

È una problematica molto diffusa, in quanto circa il 50% della popolazione mondiale soffre, occasionalmente, di mal di testa in generale. Circa il 35% di cefalea tensiva, il 10% di emicrania e il 5% di cefalee croniche.

L’obiettivo di questa tesi è determinare la prevalenza di casi di cefalea nel personale sanitario indagato e approfondire vari aspetti della cefalea con un linguaggio prevalentemente scientifico, ma non solo, per poter diffondere informazioni utili alla popolazione. Nella prima parte si è parlato di cefalea in generale, con particolare attenzione sulla qualità della vita e i trattamenti che la miglioreranno; dopo di che è stata studiata la prevalenza dei casi di cefalea nei professionisti sanitari per dimostrare che è un problema importante e invalidante sotto svariati aspetti, e che continua ad essere sottovalutato dalla maggior parte della popolazione e sotto diagnosticato. Quindi, non vengono eseguiti controlli medici ma si preferisce la terapia “fai da te” e inoltre, una delle principali conseguenze della cefalea è che la qualità della vita peggiora sia per il paziente sia per chi gli sta intorno.

È stato effettuato questo studio con la diffusione di questionari ai professionisti sanitari di varie aziende ospedaliere della provincia di Ancona nei mesi di maggio e giugno.

⁶ *Emicrania. Storia di un personaggio in cerca di autore.* Barbanti Piero. 2020

INTRODUZIONE

È stato scelto di affrontare questa tematica perché è una problematica di cui io stessa avevo troppe poche conoscenze, ovviamente prima di affrontarlo come argomento universitario. Anche molti infermieri che ho affiancato durante il periodo di tirocinio, avevano poche conoscenze riguardo questo argomento. Conoscono la cefalea solo come disturbo secondario come la presenza di mal di testa dopo un'anestesia spinale o epidurale per chi lavora in un reparto chirurgico, oppure l'insorgenza di un attacco causato da un'infezione o più semplicemente per lo stress legato ai trattamenti che si effettuano durante il periodo di ricovero. Però, più che concentrarsi sulle loro conoscenze nell'argomento, si è preferito focalizzare l'attenzione sulla prevalenza dei casi di cefalea che ci sono tra i sanitari. In questa tesi si è voluta concentrare l'attenzione sulla ricorrenza della cefalea e di valutare la qualità di vita dei soggetti con attacchi cefalalgici. In particolar modo si è tenuto conto di come il lavoro da turnista dei professionisti sanitari influenzi la frequenza e tutte le caratteristiche degli attacchi, a causa della privazione del sonno. Un altro aspetto di cui si è tenuto conto è la terapia che si usa in caso di mal di testa con la valutazione, sempre grazie alle risposte date a chi ha partecipato alla compilazione del questionario, di chi ha effettuato un controllo medico al riguardo.

OBIETTIVO

L'obiettivo di questa tesi è stato determinare la prevalenza dei casi di cefalea nel personale sanitario quindi professionisti come medici, radiologi, infermieri e operatori sanitari per dimostrare che questa malattia, in circa due mesi di tempo, è stata presente nelle percentuali che si immaginavano grazie alla presenza degli innumerevoli registri e articoli da cui reperire i dati della popolazione, confrontandoli con i risultati del questionario diffuso. Nella prima parte si è cercato di parlare di questo argomento in modo generale e accessibile a tutti, con lo scopo di aiutare tutte quelle persone che hanno attacchi importanti e molto frequenti per indirizzarli nel percorso più idoneo. La seconda parte riguarda lo studio effettuato su un campione di popolazione all'interno dei professionisti sanitari di varie aziende ospedaliere della provincia di Ancona.

Si è voluto misurare quindi, la proporzione di individui tra tutto il personale sanitario aderente a questo progetto, in un preciso momento ovvero nei mesi di Maggio e Giugno 2021, che hanno presentato almeno un attacco di cefalea nell'ultimo anno.

MATERIALI E METODI

Per studiare questa prevalenza, è stato costruito un questionario apposito da diffondere a quanti più sanitari possibili per poi studiarne le risposte. Su un campione totale di circa 100 questionari inviati, 48 sono state le risposte ricevute e prese in esame. Questo è stato di per sé un ottimo risultato in quanto, solitamente, la frequenza di risposta è del 30% circa. In questo caso invece, si è ricevuto un 50% circa di risposte. Il questionario somministrato è stato appositamente costruito con domande in itinere gli aspetti rivelatisi fondamentali nella letteratura più recente. Gli items sono stati formulati in forma semplice e comprensibile. È stato creato con domande mirate all'obiettivo dello studio e queste domande sono state formulate in ambito personale (età, sesso, attività lavorativa e se è fumatore o meno), diagnostico (durata, dolore, descrizione, localizzazione), in riferimento alla qualità della vita (esercizio fisico, stress, buio, silenzio, problemi visivi, formicolii, perdita di tempo a lavoro, difficoltà, paure e irascibilità) e se è mai stato fatto un controllo medico. In totale sono 30, per la maggior parte a crocette solo in alcune bisogna digitare qualcosa come il reparto in cui si lavora. Il tempo stimato richiesto per la compilazione è poco meno di 5 minuti. È stato divulgato tramite link con Google Moduli, quindi compilabile anche da cellulare. La compilazione dei questionari è stata preceduta da una breve spiegazione sullo scopo dello studio e sul garantire la riservatezza dei dati forniti. È stato creato un nuovo questionario ma ogni domanda è stata presa da altri questionari già impostati. I questionari di riferimento per la formulazione di queste domande sono stati il MIDAS⁷, l'AIC onlus, SF-36⁸, HARDSHIP⁹, MSQv2.1-C¹⁰.

⁷ Migraine Assessment Disability Score

⁸ Questionario sullo stato di salute del paziente

⁹ Headache attributed restriction, disability, social handicap and impaired participation

¹⁰ Migraine-Specific Quality of life Questionnaire Chinese Version 2.1: psychometric evaluation in patients with migraine

RISULTATI

Sono state prese in esame le 48 risposte date dai vari professionisti sanitari. A rispondere sono stati per la maggioranza sanitari tra i 50 e i 60 anni di età, a seguire la fascia dai 20-30 insieme a quella tra i 40 e 50 e in netta minoranza sono stati gli ultra sessantenni; di tutti questi, l'80% sono donne. I lavori che svolgono sono infermiere, operatore socio sanitario, radiologo e medico mentre il reparto di appartenenza varia da radiologia a psichiatria, terapia intensiva e pronto soccorso ma anche una minoranza di professionisti che lavorano in neuroradiologia interventistica, chirurgia, case di riposo, assistenza domiciliare oncologica e in terapia intensiva neonatale. Da qui si può dedurre che la maggioranza effettua un lavoro da turnista quindi ha turni anche notturni che hanno importanti conseguenze sulla qualità di vita legate al mal di testa.

Si è focalizzata l'attenzione sugli infermieri poiché il 50% delle risposte deriva da loro, sottolineando che la maggioranza di essi lavora su tre turni cioè mattina, pomeriggio e notte. Il lavoro notturno è visto, soprattutto da chi non conosce la professione infermieristica come l'occasione per dormire, per avere due giorni liberi etc; l'infermiere turista però, nel turno notturno, effettua attività lavorativa pari a quella giornaliera con un incremento delle urgenze con personale limitato e con notevoli difficoltà legate alla stanchezza e alla difficoltà nel reperire gli specialisti reperibili. Inoltre, troppo spesso viene ignorato che l'infermiere essendo un essere umano ha le stesse esigenze delle altre persone con un lavoro comune soprattutto quella di dormire, in più ci si sforza ad avere la stessa lucidità e attenzione che si ha durante gli altri turni anche se ha riposato il pomeriggio a casa. Il carico di lavoro inoltre si differenzia di reparto in reparto e insieme all'infermiere c'è l'oss, a differenza del medico che può permettersi di riposare. Infermiere e operatore socio sanitario sono chiamati a rispondere alle necessità assistenziali oltre che ad effettuare svariati lavori di routine. Una contraddizione che caratterizza il lavoro infermieristico è che in sanità si spendono molti soldi per i dispositivi di sicurezza del lavoratore ma interessa meno il fatto che durante il turno notturno questi professionisti non hanno dormito nemmeno un'ora e per rientrare a casa si mettono alla guida di un veicolo diventando un pericolo per loro stessi e gli altri.

Per ovviare a questa problematica, la pubblica amministrazione ha corrisposto, all'interno dei contratti collettivi nazionali al lavoratore notturno, le indennità previste dall'articolo 86 comma 12 (indennità per particolari condizioni di lavoro).

L'ultima domanda diagnostica riguarda se il professionista è fumatore/fumatrice o no e il 60% circa di essi non fuma. È stata posta questa domanda perché la nicotina, sostanza presente nel tabacco, è un fattore scatenante mal di testa. Essa causa costrizione dei vasi sanguigni del corpo ciò significa minor afflusso di sangue che arriva al cervello che può causare dolore e scatenare quindi emicrania. Inoltre questa sostanza interferisce con qualsiasi farmaco per il mal di testa quindi ne va a ridurre l'effetto. Per altre persone, la mancanza di nicotina può portare un attacco di cefalea.

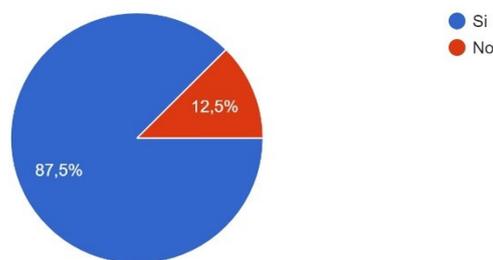
Si prosegue poi con le domande diagnostiche che riguardano la presenza di attacchi cefalalgici, di cui solo una stretta minoranza non ne ha avuti nell'ultimo anno. Il 12,5% del campione dichiara di non aver avuto attacchi cefalalgici nell'ultimo anno, a differenza dell'87,5% che corrisponde alla prevalenza dei casi di cefalea con almeno un attacco nell'ultimo anno. La durata di questi è per la maggioranza di 1 o 2 ore ma un 26% ne soffre per più di 4 ore. Il dolore causato è stato definito abbastanza forte per la maggioranza e descritto come palpitante/pressante. Un 38% riferisce che ha localizzazione laterale e un 35% centralmente. Per molti l'esercizio fisico peggiora il mal di testa quindi l'80% circa evita di farlo durante un attacco. Circa il 36% riferisce la comparsa di altri sintomi come la nausea. Per quanto riguarda lo stress un 20% tra i professionisti è stato stressato nell'ultimo mese, il 48% preferisce stare al buio e il 90% in silenzio. Solo il 15% ha un attacco preceduto da disturbi visivi e nessun intervistato ha un attacco preceduto da formicolii. Per quanto riguarda la frequenza, la maggioranza non ha avuto cefalea nell'ultima settimana (rispetto alla compilazione del questionario) e nello stesso arco di tempo il 26% ha preso medicine per trattarlo. In un mese invece, il 70% ha avuto mal di testa e il 44% ha preso medicinali. Per il 10% dei professionisti il mal di testa ha causato perdite di tempo dal lavoro e il 12% non si è potuto proprio recare a lavoro, mentre per il 63% circa il mal di testa, a volte, causa difficoltà nello svolgere l'attività lavorativa. Un 5% ha sempre paura di avere il mal di testa, al contrario del 37% che non ha mai paura. Per la maggior parte è impedito lo svolgimento di alcune attività quotidiane ed è diminuito il livello di concentrazione per più dell'80% di loro. Una grande parte ammette di diventare più irascibile e irritabile a causa del mal di testa.

Per finire, solo il 27% ha effettuato un controllo medico al riguardo mentre le restanti 37 persone circa che hanno risposto, non lo hanno eseguito. Sono le stesse persone però che continuano a prendere medicinali in caso di forti attacchi, ovviamente solo quelli che si possono acquistare senza prescrizione, e che quindi preferiscono gestirsi in maniera autonoma la terapia da assumere piuttosto del consulto di uno specialista.

Si è indagato anche sulla ricorrenza degli attacchi nel corso di una settimana e circa 10 persone hanno avuto due attacchi mentre un intervistato ha avuto attacchi in cinque giorni. Quasi il 50% non ha avuto attacchi nella settimana precedente alla compilazione mentre basse percentuali riguardano attacchi in due, tre o quattro giorni.

Nella domanda che chiede se l'intervistato ha mai avuto attacchi di cefalea nell'ultimo anno, il 12,5% del campione ha affermato di non aver mai avuto mal di testa. La prevalenza studiata in questo studio prende in considerazione il restante 87,5% che ha dichiarato di aver avuto almeno un attacco di cefalea nell'ultimo anno.

48 risposte



Quindi la prevalenza dei casi di cefalea, con almeno un attacco in un anno, corrisponde all' 87,5% del campione preso in esame. In totale sono state considerate 48 persone di cui 42 sono colpite almeno da un attacco di mal di testa in quest'ultimo anno. È una percentuale che corrisponde alle dichiarazioni dell'OMS e del WHO (World Health Organization) in quanto hanno affermato che il 90% circa della popolazione ha avuto un attacco cefalalgico almeno una volta nella vita ed è quello che si è dimostrato grazie a questo studio.

Inoltre per molti di essi la qualità di vita è sicuramente peggiorata a causa della cefalea; si è visto che la maggioranza di questi professionisti sono turnisti quindi hanno turni notturni che compromettono di per sé la qualità della vita, ma in particolare rendono

ancora più sensibile il paziente ad attacchi cefalalgici. Con questo studio si è valutato che solo una piccola parte del campione in esame ha effettuato un controllo medico, mentre l'altra grande parte non si è mai sottoposta ad esso.

Per la diagnosi di emicrania senz'aura si devono soddisfare diversi criteri come: la presenza di almeno 5 attacchi di durata da 4 a 72 ore (non trattata o trattata ma senza successo) e che presenti almeno due delle seguenti caratteristiche:

- Localizzazione unilaterale
- dolore di tipo pulsante
- dolore con intensità media o forte
- aggravata da o che limiti le attività fisiche svolte di routine

In più deve essere associata almeno una delle seguenti condizioni cioè la presenza di:

- nausea e/o vomito
- fotofobia e/o fonofobia

Per quanto riguarda i criteri per la cefalea di tipo tensivo episodica sporadica sono:

- almeno 10 episodi di cefalea che si verificano in media <1 giorno al mese (<2 giorni all'anno)
- di durata da 30 minuti a 7 giorni
- con almeno due delle quattro caratteristiche: localizzazione bilaterale, qualità gravativa o costrittiva (non pulsante), intensità lieve o media, non aggravata dall'attività fisica di routine
- si verificano l'assenza di nausea e vomito ma può essere presente la fotofobia o fonofobia, non entrambe

Quello che è stato dedotto da queste risposte e secondo i criteri dell'International Headache Society (IHS), le cefalee a cui sono soggetti maggiormente i sanitari presi in esame sono quella tensiva e quella emicranica. Il 12,5% ha affermato di non avere avuto mal di testa nell'ultimo anno che nello studio corrispondono a 6 persone. Un ulteriore 45,5% ha attacchi di emicrania senz'aura mentre il restante 42% soffre di cefalea di tipo tensiva. In entrambi i casi si hanno alte percentuali per quanto riguarda le difficoltà nello svolgere il proprio lavoro e anche di non potersi recare a lavoro. Solo per il 14% del totale non diminuisce il livello di concentrazione mentre per il restante 86%, anche se con frequenze diverse, diminuisce.

Questo implica che a livello lavorativo si ha una maggiore probabilità di commettere errori e nel mestiere che gli intervistati svolgono è punibile anche penalmente poiché possono provocare la morte degli assistiti. Non è necessario che tutte le caratteristiche previste dalla classificazione IHS siano presenti per valutarne la prevalenza. Ad esempio per l'emicrania, se la caratteristica episodica con durata di poche ore a tre giorni e la presenza di alcuni segni vegetativi sono dati essenziali, altre caratteristiche come la localizzazione unilaterale e la pulsatilità, non sono costanti e possono essere alternativamente riscontrate nei vari pazienti. Quindi, l'importante è accertarsi della presenza di almeno due di esse.

DISCUSSIONE

In questo studio sono stati presi in considerazione 48 professionisti sanitari di cui 39 donne e 9 uomini, entrambi in fasce d'età diverse. In generale, secondo recenti studi, per quanto riguarda la prevalenza della cefalea in rapporto al genere distinta per fasce d'età, si può constatare che fino ai 9 anni la percentuale è simile nei due sessi (2,5%), ma già a partire dalla fascia 10-12 si osserva una differenza che andrà aumentando anche nella fascia dei 13-15 anni dove per le femmine si ha una prevalenza del 6,4% mentre per gli uomini del 4%.

Il cervello della donna è diverso da quello dell'uomo, sostanzialmente la donna ha più sostanza grigia ed è maggiore la vascolarizzazione encefalica e le connessioni tra l'emisfero destro e il sinistro sono molto rapide. Come già detto, il rapporto donna/uomo degli attacchi cefalalgici è di 3:1. Inoltre la cefalea nelle donne è più impattante perché è più intensa e duratura, associata più spesso a nausea e vomito, costringe a stare a letto per più tempo, recidiva più spesso e richiede un tempo di recupero maggiore. Oltre a tutto questo aumenta la disabilità, aumentano le limitazioni delle attività domestiche e rinunciano più spesso alle attività sociali. La cefalea nelle donne cambia periodicamente intensità e frequenza mensile perché segue la variabilità fisiologica degli ormoni sessuali. Gli attacchi che si verificano nel periodo mestruale sono più severi, durano più a lungo e rispondono meno agli analgesici.

Tra le varie cose, il calo degli estrogeni comporta anche un calo dei livelli di serotonina e di oppioidi naturali endogeni, importanti nel controllo del dolore. Inoltre c'è da sapere che molti dei farmaci usati per la prevenzione sono potenzialmente tossici per il feto. Altra cosa importante è che la donna con cefalea può assumere la pillola anticoncezionale, il problema sorge nel caso si manifesti con aura per il semplice motivo che verrebbe aumentato in maniera non accettabile il rischio di ictus cerebrale ischemico.

Le donne prese in considerazione in questo studio hanno età molto variabili, infatti c'è chi è in età fertile e chi è in menopausa. Il cervello emicranico ama la stabilità quindi durante la gravidanza, che è un periodo di grande stabilità ormonale della donna in età riproduttiva, la paziente emicranica starà meglio. Quello che accade in menopausa è diverso, dipende dal tipo di menopausa cioè se è fisiologica tende, in genere, a migliorare al contrario se è chirurgica o farmacologica, in genere, peggiora.

È importante chiarire una cosa cioè, fattore scatenante non significa fattore causale. L'attacco non ha sempre una causa identificabile, per quanto ci si sforzi a cercarla.

Leslie Kelman è una neurologa americana a cui si deve molto di quello che sappiamo oggi. Infatti, 11 fattori scatenanti su 15, secondo i suoi studi, sono teoricamente modificabili ma si corre il rischio che questo paziente non viva più. L'emicranico, ad esempio, raggiunge il suo picco tra i 30 e i 40 anni ed essendoci quasi sempre più di un fattore scatenante, è difficile applicare varie modifiche allo stile di vita. Quindi questi pazienti sono molto sensibili ad una lunga serie di situazioni non sempre facilmente evitabili nella quotidianità, uno dei quali è la variazione ormonale sopra citata. Altri sono lo stress di cui una parte di soggetti in esame ha ammesso di soffrirne nel mese precedente alla compilazione. Lo stress è la prima causa scatenante della cefalea mentre un altro fattore è il digiuno. Il cervello emicranico consuma di più rispetto ad un cervello normale quindi ha bisogno di continuo nutrimento, se ciò non avviene ci si sveglia di notte con dolore alla testa in segno di allarme. Questo è un problema che coinvolge molti dei professionisti sanitari in particolar modo i turnisti. Questa categoria di lavoratori ha come altro fattore scatenante le variazioni delle ore di sonno. Infatti, il cervello durante la notte provvede alla propria manutenzione e se non si dormono le ore necessarie, cioè almeno sei-sette per gli adulti, si andrà incontro quasi sicuramente ad un attacco.

Altro dato che emerge dallo studio sono i sanitari fumatori, anche il fumo infatti è concausa di insorgenza di cefalea quindi quello che può fare il soggetto emicranico è seguire uno stile di vita sano senza troppe rinunce, poi sarà il medico, se veramente necessario, ad approntare le cure preventive o altri trattamenti.

Effettuare un controllo medico con uno specialista è consigliabile per chi ha subito un trauma o se si è in presenza o rischio di malattie diagnosticate in precedenza ma anche nel caso in cui si ha una cefalea invalidante nelle attività quotidiane, e anche per evitare l'assunzione di farmaci senza consulto medico. Esiste una tipologia di cefalea legata proprio all'abuso di farmaci ed è una sfida mondiale poiché colpisce l'1-2% di tutta la popolazione. Si può dire che non esiste ancora una vera e propria cultura della cefalea poiché molte volte si crede che un dolore così periodico, violento, familiare, associato ad altri sintomi come nausea, vomito, fastidio a luci e rumori, che colpisce già da bambini, dipenda da altri disturbi come la masticazione, la postura, che in realtà non hanno nulla a che fare.

Il trattamento sintomatico e preventivo delle cefalee si avvale dell'impiego di numerosi farmaci, molti dei quali accessibili al paziente in farmacia. Un uso scorretto o eccessivo di analgesici può indurre effetti collaterali indesiderati. Quindi è importante offrire a chi soffre di questo sintomo uno strumento efficace e semplice per la valutazione della gravità del proprio sintomo e per indirizzarlo precocemente al percorso più idoneo. È stato questo l'obiettivo di un gruppo di ricercatori coordinato dall'Università Sapienza di Roma, che sono riusciti a mettere a punto il "Test_a il tuo mal di testa". Si tratta di una scheda di rilevazione basata su 6 indicatori che rilevano la percezione individuale della ricorrenza e della gravità del sintomo delle cefalee, la co-sintomatologia, l'eventuale peggioramento della qualità della vita, la tipologia e la frequenza di ricorso ai farmaci e il grado di rispondenza ad essi. Questo test è uno strumento molto semplice e efficace non solo per guidare i pazienti nell'autovalutazione del proprio disturbo di cefalee, ma anche per discriminare bene tra pazienti che si trovano a un grado lieve (≤ 3), moderato (4-6) o grave (≥ 7) del sintomo e che necessitano di interventi e di cure a livelli molto distinti (Tab.1-Tab.2).

Tab.1 – A chi si rivolge il paziente con sintomo Cefalea a diversi livelli di disturbo

Gravità del disturbo: (valori di Test_a:)	Lieve (0-3)	Moderato (4-6)	Grave (7-10)	Totale
Al farmacista	20%	9%	3%	11%
Al MMG	57%	54%	41%	51%
Farmacista e MMG	18%	18%	14%	17%
Centro Cefalee	2%	5%	13%	6%
MMG e Centro Cefalee	2%	8%	18%	9%
A tutti	2%	6%	12%	7%
N. Intervistati	851	857	792	2500

Tab. 2 – Ricorso all'automedicazione per pazienti a diversi livelli del disturbo

Gravità del disturbo: (valori di Test_a:)	Lieve (0-3)	Moderato (4-6)	Grave (7-10)	Totale
Farmaci prescritti	65%	78%	90%	77%
Automedicazione	35%	22%	10%	23%
N. Intervistati	851	857	792	2500

Il monitoraggio e la gestione corretta delle cefalee rientrano tra gli obiettivi di sanità pubblica, volta al miglioramento continuo dell'accesso alle strutture sanitarie competenti e alla promozione di adeguati programmi di educazione e di sensibilizzazione a livello della popolazione, così questo strumento potrebbe essere utilizzato a più ampia scala. La scheda di autovalutazione potrebbe, ad esempio, essere distribuita presso gli studi medici e presso le farmacie, allo scopo di sensibilizzare una più ampia fascia di popolazione e supportare i medici e i farmacisti ad indirizzare i propri pazienti verso le cure e le strutture più coerenti con il livello di gravità del sintomo.

CONCLUSIONI

Il principio alla base è 'contarsi per contare' cioè, anni fa nacque un progetto finalizzato a verificare sul campo il percorso del paziente dall'insorgenza della malattia fino alla sua diagnosi, analizzando nel dettaglio l'evoluzione dei suoi sintomi, le cure e l'impiego delle risorse sanitarie, valutando così l'impatto sulla sanità pubblica. Questo progetto consiste in un registro e si chiama I-GRAINE¹¹. Questo è una delle tante soluzioni che sono state messe in atto per cercare di tenere sotto controllo il problema della cefalea. In particolare è una scommessa da parte dei clinici coinvolti in questo progetto, unico al mondo, che vogliono vincere.

¹¹ Dal 2014 si è iniziato a lavorare al progetto per creare un registro italiano per l'emigrania cronica e nacque il registro IRON. La seconda fase di questo progetto, iniziata nel 2020, vede la creazione di un più vasto registro denominato I-GRAINE.

L'Istituto Italiano Eemicrania Cronica (IRON Registry) è il primo registro mondiale nato in Italia con lo scopo di favorire un'assistenza sanitaria personalizzata, una terapia su misura e una corretta distribuzione delle risorse economiche. Lo studio ha rilevato una scarsa consapevolezza sulla malattia e problemi come il ritardo nel trattamento.

Un'altra scommessa è che l'avvento dei nuovi trattamenti, anche di prevenzione che potrebbero rivoluzionare l'impatto della patologia, saranno anche in grado di aumentare la consapevolezza della cefalea. Si può richiedere più impegno anche a livello formativo dei futuri medici. Una buona notizia è che la cefalea, in particolare l'emigrania, è ad oggi una delle malattie neurologiche di cui si conoscono meglio i meccanismi e per le quali si dispongono dei trattamenti efficaci. Questi nuovi farmaci cambieranno la vita di molti pazienti senza spreco di tempo e soldi per accertamenti inutili in quanto risultano già efficaci. La popolazione quindi inizierà a interessarsi a questo fenomeno e saranno maggiormente frequentati i centri cefalee. Al paziente spetta il compito di osservare periodicamente cosa accada in lui e attorno di lui. Allo specialista compete il pieno esercizio dell'arte medica. Su queste basi il futuro dei pazienti con cefalea non potrà altro che migliorare.

È importante sapere che quello degli infermieri non può essere definito lavoro usurante e quindi non è possibile usufruire dei benefici ad esso allegati, poiché nell'arco di un anno effettuano, senza straordinari, 67 notti quindi per 111 notti non hanno questo diritto. Per il governo infatti, devono essere 78 le notti effettuate in un anno per definirsi lavoro usurante, non tenendo conto delle ore totali effettuate.

Dalla ricerca condotta è emerso che si ha una prevalenza dei casi di cefalea nei professionisti sanitari per quasi il 90% di loro. Dai questionari è emerso che l'impatto della cefalea per chi lavora da turnista comporta serie conseguenze nello svolgere le normali attività quotidiane. Infine, grazie a questo studio si è permesso di trovare soluzioni su come gestire, trattare e valutare la cefalea oltre che cercare di migliorare la qualità della vita del soggetto cefalalgico. Sono stati inseriti anche nuovi farmaci che permetteranno di migliorare molti aspetti della vita di questi pazienti.

Si prospetta un futuro migliore.

BIBLIOGRAFIA

- Agostoni, E., Barbanti, P., Frediani, F., Trifirò, G., Burgio, L., Di Nola, L., Pergoraro, V., Pulimero, S., & Cepparuolo, M. (2019). Real-world insights on the management of migraine patients: an Italian nationwide study. *Curr Med Res Opin*, 35(9):1545-1554.
- Agostini, E. C., Barbanti, P., Calabresi, P., Colombo, B., Cortelli, P., Frediano, F., Geppetti, P., Grazzi, L., Leone, M., Martelletti, P., Pini, L.A., Prudeniano, M.P., Sarchielli, P., Tedeschi, G., & Russo, A. (2019). Current and emerging evidence-based treatment options in chronic migraine: a narrative review. *J Headache Pain*, 20(1):92.doi:10.1186/s10194-019-1038-4.PMID: 314707791.
- Alwhaibi, M., & Alhawassi, T.M. (2020). Humanistic and economic burden of depression and anxiety among adults with migraine: A systematic review. *Depress Anxiety*, doi:10.1002/da.23063.
- Barbanti, P., Brighina, F., Egeo, G., Di Stefano, V., Silvestro, M., & Russo, A. (2020). Migraine as a Cortical Brain Disorder. *Headache*, 60(9):2103-2114.
- Barbanti, P., Fofi, L., Aurilia, C., Egeo, G., & Caprio, M. (2017). Ketogenic diet in migraine: rationale, findings and perspectives. *Neuro Sci*, 38(suppl1):111-115.
- Barbanti, P., Fofi, L., Cevoli, S., Torelli, P., Aurilia, C., Egeo, G., Grazzi, L., D'Amico, D., Manzoni, G.C., Cortelli, P., Infarinato, F., & Vanacore, N. (2018). Establishment of an Italian chronic migraine database: a multicenter pilot study. *Neuro Sci*, 39(5):933-937.
- Barbanti, P., Fofi, L., & Egeo, G. (2020). New evidence from the Italian chRONic migraiNE (IRON Registry): an update on 866 patients. *Neurology*, 94(S15).
- Barbanti, P., Fofi, L., Grazzi, L., Torelli, P., Vernieri, F., Cevoli, S., & Vanacore, N. (2019). The Italian chRONic migraiNE (IRON) Registry: a report from the first 340 patients. *Neurology*, 92 (S15):P3.10-004.
- Cameron, C., Kelly, S., Hsieh, S.C., Murphy, M., Chen, L., Kotb, A., Peterson, J., Coyle, D., Skidmore, B., Gomes, T., Clifford, T., & Welles, G. (2015). Triptans in the Acute Treatment of Migraine: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Headache*, 55 Suppl 4:221-35.
- Calhoun, A.H., & Batur, P. (2017). Combined hormonal contraceptives and migraine: An update on the evidence. *Cleve Clin J Med*, 84(8):631-638.
- Chloreis, E., Galea, L.A.M., Sohrabji, F., & Frick, K.M. (2018). Sex differences in the brain: Implications for behavioral and biomedical research. *Neurosci Biobehav Rev*, 85:126-145.
- Diener, H.C., Dodick, D., Evers, S., Holle, D., Jensen, R.H., Lipton, R.B., Porreca, F., Silberstein, S., & Schwedt, T. (2019). Pathophysiology, prevention, and treatment of medication overuse headache. *Lancet Neurol*, 18(9):891-902.
- Do, T.P., Remmers, A., Schytz, H.W., Schankin, C., Nelson, S.E., Obermann, M., Moller Hansen, J., Sinclair, A.J., Gantebein, A.R., & Schoonman, G.G. (2019). Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice SNNOP10 list. *Neurology*, 92(3):134-144.
- Ferrante, T., Castellini, P., Abrignani, G., Latte, L., Russo, M., Camarda, C., Veronesi, L., Paquarella, C., Manzoni, G.C., & Torelli, P. (2012). The PACE study: Past-year prevalence of migraine in Parma's adult general population. *Cephalalgia*, 32(5):358-65.

- Gazerani, P., & Cairns, B.E. (2020). Sex-Specific Pharmacotherapy for Migraine: A Narrative Review. *Front Neurosci*, 14:222. doi: 10.3389/fnins.2020.00222.
- GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, (392810159):1789-1858, novembre 2018.
- Gelfand, A.A., & Lorder, E. (2019). Potential benefits of migraine-what is it good for?. *JAMA Neurol*;76(3):250-251.
- Hagen, K., Asberg, A.N., Uhlig, B.L., Tronvik, E., Brenner, E., Stjern, M., Helde, G., Gravdahl, G.B., & Sand, T. (2018). The epidemiology of headache disorders: a face-to-face interview of participants in HUNT4. *J headache pain*, 19(1):25. Doi:10.1186/s10194-018-0854-2.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. (2018). *Cephalalgia*, 38(1):1-211.
- Hiser, J., & Koenings, M. (2018). The multifaceted role of the ventromedial prefrontal cortex in emotion, decision making, social cognition and psychopathology. *Biol psychiatry*, 8: 638-647.
- Kelman, L. (2007). The triggers or precipitants of the acute migraine attack. *Cephalalgia*, 27(5):394-402.
- Lardreau, E. (2012). A curiosity in the history of sciences: the words “megrin” and “migraine”. *JHist Neurosci*, 21(1): 31-40.
- Leonardi, M., & Raggi, A. (2019). A narrative review on the burden of migraine: when the burden is the impact on people’s life. *J Headache Pain*, 20(1):41. DOI: 10.1186/S10194-019-0993-0.
- Linee guida nazionali di riferimento per la prevenzione e la terapia delle cefalee nell’adulto. AGENAS 2011
- Loder, E., & Rizzoli, P. (2018). Pharmacologic Prevention of Migraine: A Narrative Review of the State of the Art in 2018. *Headache*, 58 Suppl 3:218-229.
- MacGregor, E.A. (2017). Migraine, menopause and hormone replacement therapy. *Post Reproductive Health*, 24(1):11-18.
- Marmura, M.J. (2018). Triggers, Protectors, and Predictors in Episodic Migraine. *Curr Pain Headache Rep*, 22(12):81. doi: 10.1007/s11916-018-0734-0. PMID: 30291562.
- Martelletti, P., Schwedt, T.J., Lanteri-Minet, M., Quintana, R., Carboni, V., Diener, H.C., Ruiz de La Torre, E., Craven, A., Rasmussen, A.V., Evans, S., Laflamme, A.K., Fink, R., Walsh, D., Dumas, P., & Vo, P. (2018). My Migraine Voice survey: a global study of disease burden among individuals with migraine for whom preventive treatments have failed. *J Headache pain*, 19(1):115. Doi:10.1186/s10194-018-0946-z.
- Minem, M., Zhou, K., Lall, R., & Friedman, B.W. (2020). A Retrospective Cohort Study of Urgent Care Visits and Revisits for Headache/Migraine. *Pin Med* 21(10):2458-2464.
- Moavero, R., Papetti, L., Bernucci, M.C., Cenci, C., Ferilli, M.A.N., Sforza, G., Vigevano, F., & Valeriani, M. (2019). Cyclic vomiting syndrome and benign

paroxysmal torticollis are associated with a high risk of developing primary headache: A longitudinal study. *Cephalalgia*, 39(10):1236-1240.

- Negro, A., Delaruelle, Z., Ivanova, T.A., Khan, S., Ornello, R., Raffaelli, B., Terrin, A., Reuter, U., Mitsikostats, D.D. (2017). European Headache Federation School of Advanced Studies (EHF-SAS). Headache and pregnancy: a systematic review. *J Headache Pain*, 18(1):106. doi:10.1186/s10194-017-0816-0.
- Raggi, A., Leonardi, M., Sansone, E., Curone, M., Grazi, L., & D'Amico, D. (2019). The cost and the value of treatment of medication overuse headache in Italy: a longitudinal study based on patient-derived data. *Eur J Neurol*, 27(1):62-el.
- Russel, M.B. (2019). Epidemiology and management of medication-overuse headache in the general population. *Neurol Sci*, 40 (suppl 1):23-26.
- Steiner, T.J., Stovner, L.J., Katsarava, Z., Lainez, J.M., Lampl, C., Lantéri-Minet, M., Rastenyte, D., Ruize De La Torre, E., Tassorelli, C., Barre, J., & Andrée, C. (2014). The impact of headache in Europe: principal results of the Eurolight project. *J Headache Pain*, 15(1):31. Doi:10.1186/s1129-2377-15-31.
- Thorlund, K., Toor, K., Wu, P., Chan, K., Druyts, E., Ramos, E., Bhambri, R., Donnet, A., Stark, R., & Goadsby, P.J. (2016). Comparative tolerability of treatments for acute migraine: a network meta-analysis. *Cephalalgia*, 37(10):965-978.
- Todd, C., Lagman-Bartolome, A.M., & Lay, C. (2018). Women and Migraine: the Role of Hormones. *Curr Neurol Neurosci Rep*, 18(7):42.doi:10.1007/s11910-018-0845-3.
- Vo, P., Fang, J., Biliyou, A., Laflamme, AK., & Gupta, S. (2018). Patients' perspective on the burden of migraine in Europe: a cross-sectional analysis of survey data in France, Germany, Italy, Spain, and the United Kingdom. *J Headache Pain*, 19(1):82. Doi: 10.1186/s10194-018-0907-6.PMID: 30203163.
- Vgontzas, A., & Pavlovic', J.M. (2018). Sleep Disorders and Migraine: Review of Literature and Potential Pathophysiology Mechanisms. *Headache*, 58(7):1030-1039.
- Vuralli, D., Wattiez, A.S., Russo, A.F., & Bolay, H. (2019). Behavioral and cognitive animal models in headache research. *J Headache Pain*, 11.

SITOGRAFIA

- Impatto socio-economico dell'emigranza in Italia – CERGAS. <https://www.cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/files/Emigranza.pdf?CVID=mscu56e&MOD=AJPERES>
- Vivere con l'emigranza: dalla sottovalutazione al condizionamento esistenziale. https://www.censis.it/sites/default/files/downloads/Sintesi_2019.pdf
- <https://www.anircef.it/>
- <https://www.grappolaiuto.it/>
- <https://www.sisc.it/>
- <http://www.malditesta-aic.it/>

ALLEGATI

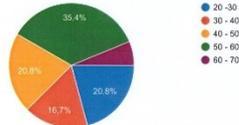
CEFALEA NEI SANITARI

48 risposte

DOMANDE PERSONALI

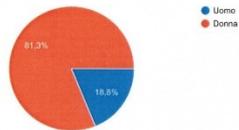
1. Quanti anni hai?

48 risposte



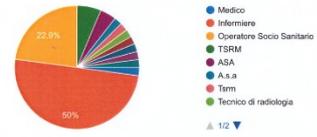
2. Sei uomo o donna?

48 risposte



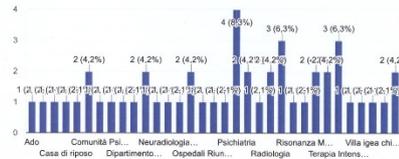
3. Che lavoro svolgi?

48 risposte



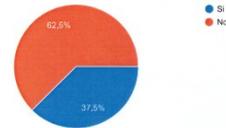
4. Dove lavori? (specificare il reparto)

48 risposte



5. Sei un fumatore?

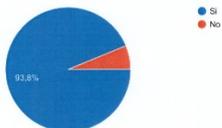
48 risposte



DOMANDE DIAGNOSTICHE

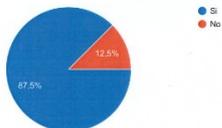
6. Hai mai avuto mal di testa?

48 risposte



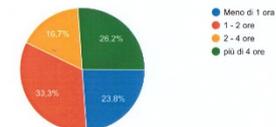
7. Hai avuto mal di testa nell'ultimo anno? (se rispondi 'No' vai alla fine del questionario)

48 risposte



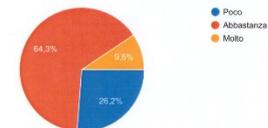
8. Solitamente, quanto a lungo dura il tuo mal di testa?

42 risposte



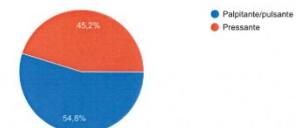
9. Quanto dolore ti causa?

42 risposte



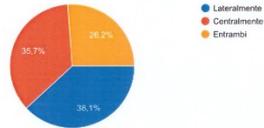
10. Quale descrive meglio il tuo mal di testa?

42 risposte



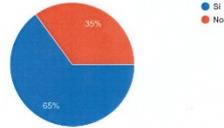
11. Solitamente dov'è localizzato?

42 risposte



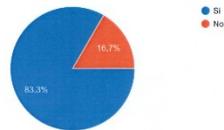
12. L'esercizio fisico (ad esempio camminare o salire le scale) peggiora il tuo mal di testa?

40 risposte



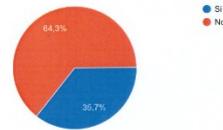
13. Eviti di fare esercizio fisico quando hai mal di testa?

42 risposte



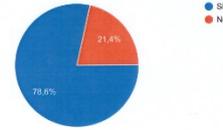
14. Durante il mal di testa compaiono altri sintomi come la nausea?

42 risposte



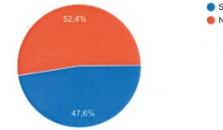
15. Sei stato stressato nell'ultimo mese?

42 risposte



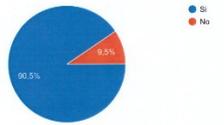
16. Con il mal di testa preferisci stare al buio?

42 risposte



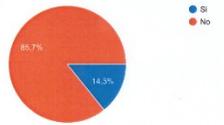
17. Con il mal di testa preferisci il silenzio?

42 risposte



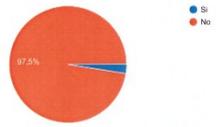
18. E' preceduto da disturbi visivi?

42 risposte



19. E' preceduto da formicolii?

40 risposte



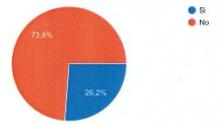
20. In quanti giorni dell'ultima settimana hai avuto mal di testa?

39 risposte



21. Nell'ultima settimana hai preso medicine, pillole o altro per il mal di testa?

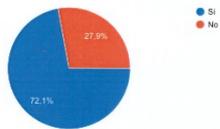
42 risposte



DOMANDE RELATIVE ALLE PRECEDENTI QUATTRO SETTIMANE

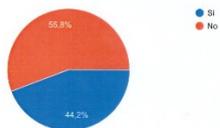
21. Nell'ultimo mese hai avuto mal di testa?

43 risposte



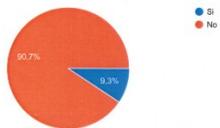
22. Nell'ultimo mese hai preso medicinali, pillole o altro a causa del mal di testa?

43 risposte



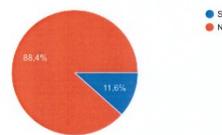
23. Durante le ultime quattro settimane, i tuoi mal di testa hanno causato la perdita di tempo dal lavoro?

43 risposte



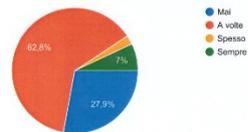
24. Ti è mai capitato di non poter andare a lavoro a causa del mal di testa?

43 risposte



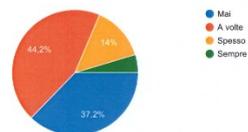
25. Con il mal di testa, hai avuto difficoltà nello svolgere il tuo lavoro?

43 risposte



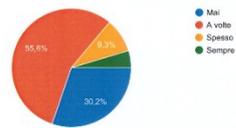
26. Hai paura di avere mal di testa?

43 risposte



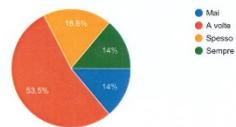
27. Il mal di testa ti impedisce di svolgere alcune attività quotidiane?

43 risposte



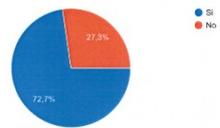
28. Il tuo livello di concentrazione diminuisce con il mal di testa?

43 risposte



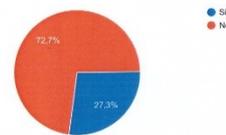
29. A causa del mal di testa, diventi più irritabile/frascibile?

44 risposte



30. Hai mai fatto un controllo medico a riguardo?

44 risposte



Il questionario termina qui.

RINGRAZIAMENTI

La fine di un percorso lascia sempre un segno importante.

Questi tre anni sono stati un insieme di emozioni travolgenti. Non sono mancate le soddisfazioni come le giornate buie. Entrambe utili nel bagaglio delle esperienze.

Un enorme grazie va alla mia famiglia, bella, forte e unita. Grazie a voi per tutto il sostegno.

Famiglia sono i miei genitori e mio fratello, siete la mia anima, il mio scudo, la mia vita. Senza di voi tutto questo non sarebbe stato possibile. Grazie per la fiducia, per la pazienza e grazie per tutto l'amore che mi date.

Famiglia è il mio compagno, a te devo la mia spensieratezza, libertà e felicità. Ti ammiro così tanto per la pazienza e la forza che hai, grazie per essermi stato accanto ogni momento di questi tre anni.

Famiglia sono i miei nonni, a voi devo tutto. Sempre presenti, pronti a strapparmi un sorriso con una parola di conforto o con una teglia di lasagne!

Famiglia sono i miei amici, a voi devo le mie risate più belle!

Grazie ai miei colleghi di corso, abbiamo condiviso veramente tanto in questi tre anni e grazie per le persone che siete, è stata una fortuna incontrarvi.

Grazie al mio relatore, il Professore Marco Bartolini, per avermi accompagnato nella fase finale di questo percorso.

Grazie al Dott. Maurizio Mercuri, direttore del corso, e le Tutor, avete saputo trasmettermi il vostro amore per questa professione e tutte le fragilità che porta con sé.

Infine grazie a te Ester, ce l'hai fatta!

A tutti voi non posso fare altro che dire Grazie...

Grazie per avermi sopportato e supportato!