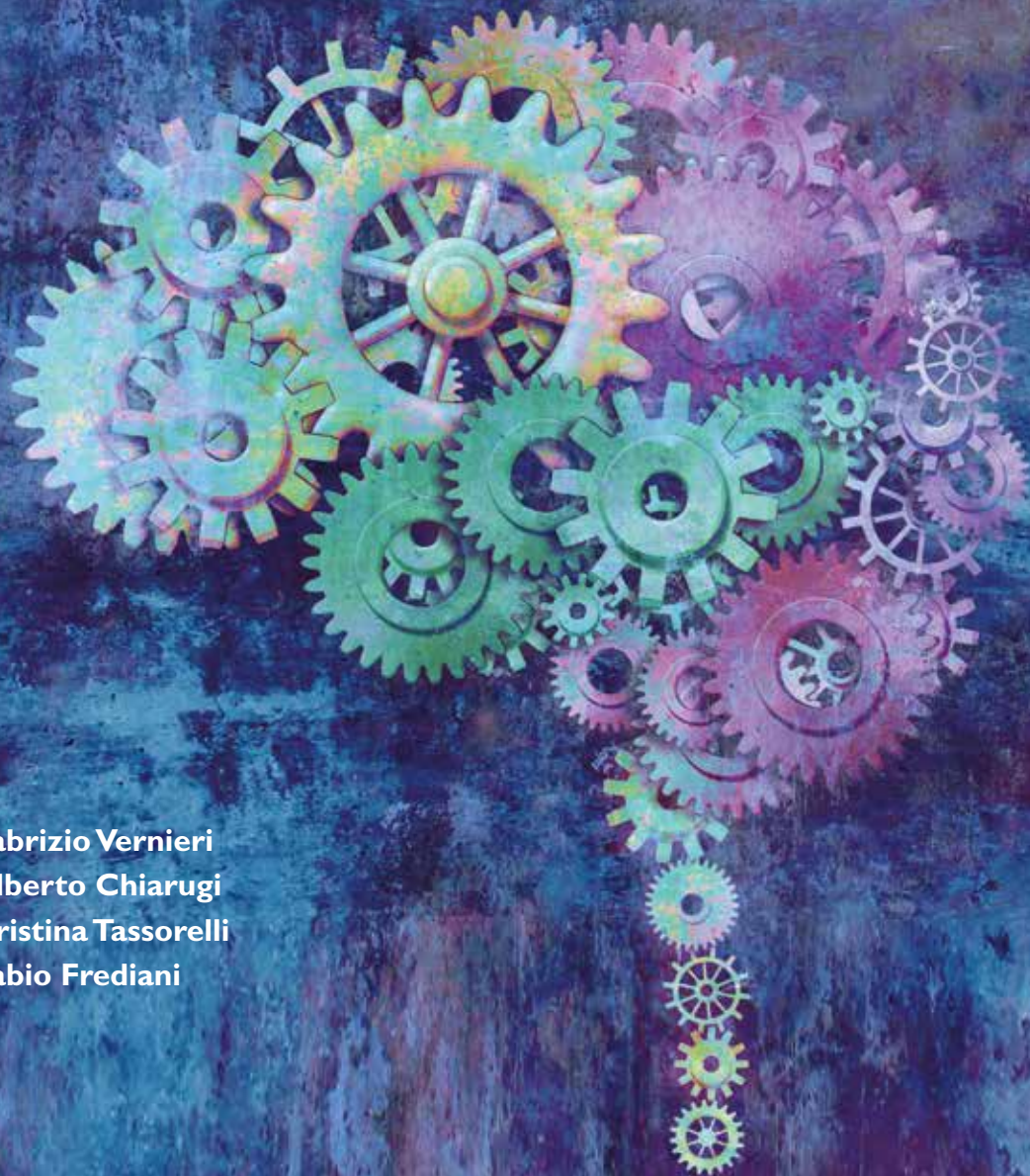


Ruolo del farmacista nella gestione del mal di testa: sentinella per la prevenzione



Fabrizio Vernieri
Alberto Chiarugi
Cristina Tassoelli
Fabio Frediani

 **Sinergie**
Edizioni scientifiche

Fabrizio Vernieri	Professore Associato di Neurologia, Università Campus Bio-Medico di Roma
Alberto Chiarugi	Professore Ordinario di Farmacologia, Università degli Studi di Firenze; Centro Cefalee, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi
Cristina Tassorelli	Professore Ordinario di Neurologia, Università degli Studi di Pavia, IRCCS Fondazione Mondino
Fabio Frediani	Direttore UOC Neurologia, Ospedale San Carlo Borromeo, Milano

© Copyright 2020 SINERGIE S.r.l., Edizioni Scientifiche
 SINERGIE S.r.l., Edizioni Scientifiche
 Via Morimondo, 26 - 20143 Milano
 Tel. +39 02 58118054 - Fax +39 02 8322004
 E-mail: info@edizionisinergie.com
www.edizionisinergie.com

VOLUME RISERVATO AI SIGNORI MEDICI
 OMAGGIO - VIETATA LA VENDITA

Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta o conservata in un sistema di recupero o trasmessa in qualsiasi forma o con qualsiasi sistema elettronico, meccanico, per mezzo di fotocopie, registrazioni o altro, senza una autorizzazione scritta dell'Editore.

Sebbene le dosi dei farmaci e gli altri dati qui riportati siano stati accuratamente controllati dagli Autori, la responsabilità finale resta al medico che li prescrive.

L'Editore e gli Autori non possono essere considerati responsabili di eventuali errori o conseguenze derivate dall'uso delle nozioni qui contenute.

Qualsiasi prodotto eventualmente citato in questa pubblicazione deve essere utilizzato secondo la posologia autorizzata.

Gli Autori non hanno espresso alcuna opinione sui farmaci ancora in corso di studio.

Ruolo del farmacista nella gestione del mal di testa: sentinella per la prevenzione

I. Introduzione

Il mal di testa (o cefalea) è una delle patologie più frequenti del sistema nervoso, ma è spesso ignorato o oggetto di errori diagnostici, con le conseguenti ripercussioni sulla qualità delle cure. Da uno studio su quasi tremila pazienti¹, il 71% alla visita presso il Centro Cefalee riceveva una diagnosi di emicrania, ma solo il 26,8% aveva avuto una precedente diagnosi, nonostante:

- Una durata media di malattia di $7,9 \pm 8,3$ anni
- Il 62,4% fosse stato visitato dal proprio MMG nell'anno precedente
- Il 38,2% avesse visto uno specialista in cefalee
- Il 23% si fosse rivolto in precedenza al Pronto Soccorso e il 4,5% fosse stato in ospedale per cefalea/emicrania.

Dopo la diagnosi, circa l'80% dei pazienti con diagnosi di emicrania assumeva una terapia non specifica.

La cefalea nella maggior parte dei casi è primaria, ma può anche essere sintomo di un'ampia serie di patologie.

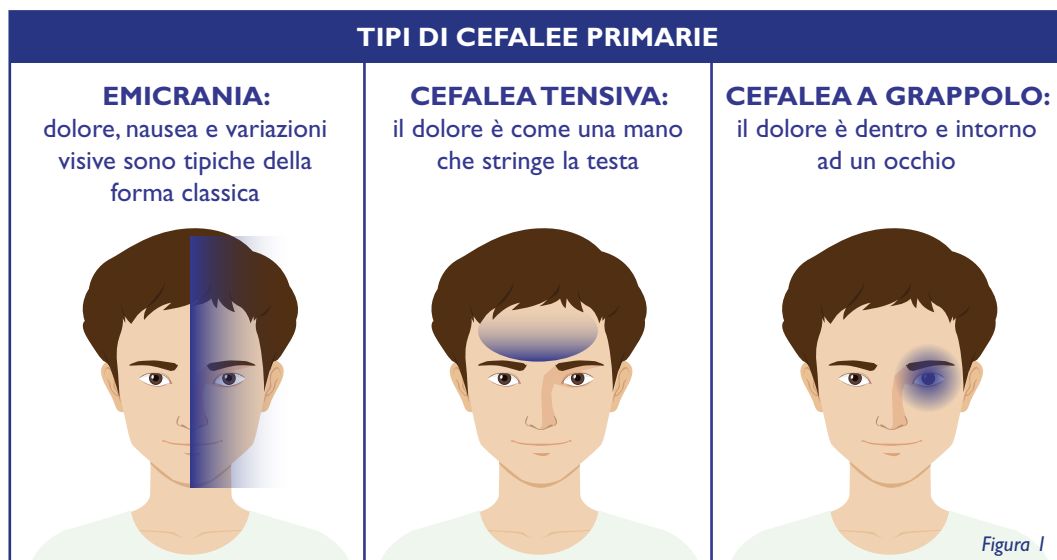
L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che il 50% degli adulti soffra di cefalea, con un episodio verificatosi almeno una volta nell'ultimo anno. Nella fascia d'età tra i 18 e i 65 anni, la percentuale di persone che hanno sofferto di mal di testa cresce fino al 75%; di questi, il 30% ha avuto emicrania. Nella fascia d'età al di sotto dei 18 anni, oltre il 40% è colpito da cefalea e 10 bambini su 100 soffrono di emicrania.

Il mal di testa non è soltanto doloroso, ma è anche disabilitante. In particolare, l'emicrania è stata identificata dall'OMS come la malattia che causa maggiore disabilità nella fascia di età tra 20 e 50 anni, ossia nel momento più produttivo della vita.

L'emicrania arriva a colpire fino al 25% circa della popolazione italiana⁴ e le forme croniche di cefalea primaria (cosiddette quando si manifestano almeno 15 giorni al mese) e, soprattutto, della cefalea da uso eccessivo di farmaci sintomatici (MOH, *medication overuse headache*) hanno un impatto epidemiologico assolutamente rilevante, soprattutto per il genere femminile^{2,3}.

La cefalea crea problemi non solo sociali ma anche economici per coloro che ne sono affetti: i ripetuti attacchi e spesso la costante paura del successivo attacco, danneggiano la vita familiare, sociale e lavorativa.

Si stima che in Europa l'emicrania comporti costi pari a 27 miliardi di euro all'anno tra



ridotta produttività e giorni di lavoro persi. Una recente revisione della GBD (*Global Burden Diseases*) pone l'emicrania e lo *stroke* ai primi 2 posti per disabilità fra tutte le malattie neurologiche⁵.

Le cefalee si differenziano in primarie e secondarie. Le cefalee primarie sono distinguibili in: emicrania, cefalea di tipo tensivo, cefalee autonomico-trigeminali (cefalea a grappolo) (Figura 1), altri disordini primari o cefalee del quarto gruppo della classificazione ICHD-3. La diagnosi esatta del tipo di cefalea di cui soffre un soggetto è essenziale per poter instaurare una terapia corretta.

2. Le cefalee primarie

2.1. L'Emicrania

L'emicrania è tra le malattie più diffuse nel mondo. È un disturbo a carattere frequentemente familiare di cui soffre in media il 12% della popolazione mondiale⁵ con punte che sfiorano il 25% nelle donne in età fertile. È probabilmente la malattia più frequente nell'età produttiva, con pesanti ripercussioni economiche.

Nel 2016 l'emicrania è stata stimata come la seconda causa principale di anni globali vissuti con disabilità, e come prima causa di disabilità nella fascia di età dai 15 ai 49 anni, ovvero nella parte di popolazione più produttiva^{6,7}. L'emicrania determina una riduzione della qualità di vita, un calo della produttività e un maggiore utilizzo di risorse sanitarie, specialmente nella donna⁸.

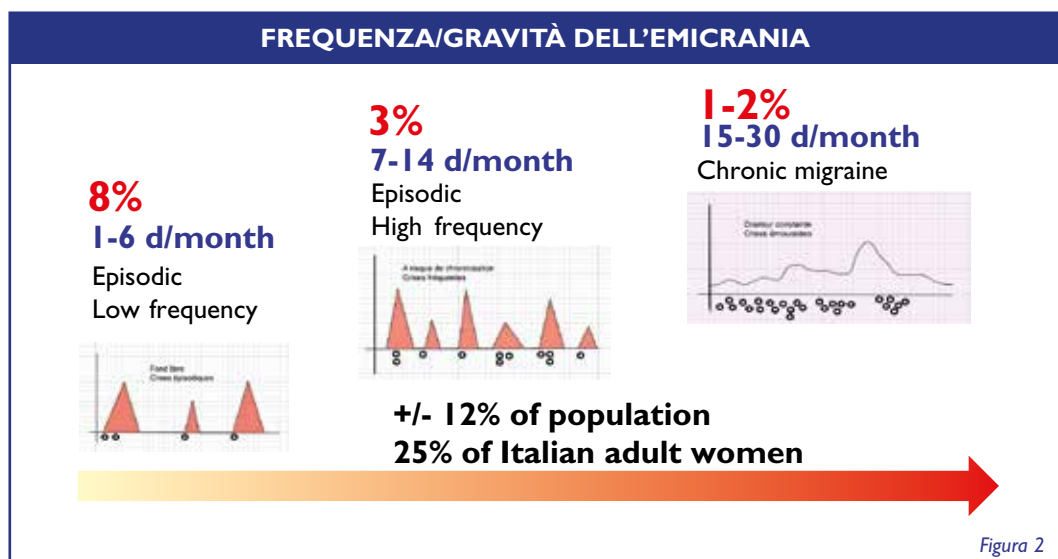
È una patologia neurologica cronica e invalidante, caratterizzata da attacchi ricorrenti di durata compresa tra 4 e 72 ore. La classificazione internazionale (ICHD-3 2018) distingue fra:

- I.1) emicrania senza aura, in cui sono assenti sintomi neurologici,
- I.2) emicrania con aura, in cui la cefalea è preceduta da sintomi neurologici transitori e reversibili (aura emicranica),
- I.3) emicrania cronica (*chronic migraine*, CM), un terzo tipo di emicrania che a sua volta si divide in:
 - emicrania episodica (EM): cefalea che si verifica per meno di 15 giorni al mese o cefalea che si verifica per più di 15 giorni ma con meno di 8 giorni con caratteristiche emicraniche.
 - emicrania cronica (CM): cefalea che si verifica per 15 o più giorni al mese e per almeno 8 giorni al mese presenta le caratteristiche dell'emicrania (per almeno 3 mesi);

Circa l'11% dei pazienti soffre di attacchi episodici (<15 giorni al mese) mentre solo l'1-2% dei pazienti soffre di attacchi cronici (Figura 2).

L'attacco emicranico si manifesta con dolore di intensità moderata o severa, generalmente pulsante e unilaterale, peggiora con la normale attività fisica ed è associato a nausea/vomito e/o fastidio per i rumori e per la luce. La durata dell'attacco varia da 4 ore fino a 3 giorni. Nell'evoluzione dell'attacco emicranico si possono solitamente distinguere quattro fasi, non necessariamente presenti in tutti i soggetti:

- La fase prodromica, presente nel 50% dei casi, caratterizzata da sintomi quali irritabilità, depressione, sonnolenza, stanchezza, sbadigli, difficoltà a concentrarsi, spiccato desiderio di specifici alimenti (dolci, in particolare), che possono precedere la fase dolorosa anche di varie ore.
- La fase dell'aura, presente nell'emicrania con aura, caratterizzata da sintomi neurologici focali che precedono la fase dolorosa di 5-60 minuti perdurando generalmente non più di 60 minuti. I sintomi più comuni sono di tipo visivo: punti luminosi che rapidamente si



allargano, luci lampeggianti, linee parallele luminose a zig zag, o parziale scomparsa del campo visivo. Meno frequentemente compaiono sensazione di intorpidimento o debolezza a metà del volto o del corpo (in particolare all'arto superiore) o difficoltà ad esprimersi verbalmente.

- La fase del dolore vero e proprio che insorge in modo graduale con dolore che aumenta progressivamente fino a raggiungere una intensità moderata/severa, con durata variabile da poche ore a qualche giorno. Il dolore, abitualmente pulsante, insorge più spesso unilateralmente, specie in prossimità della tempia e dell'occhio per poi eventualmente diffondersi. La cefalea è associata a nausea e, meno frequentemente, a vomito; è presente ipersensibilità alle luci, ai suoni ed agli odori. Il dolore peggiora con l'esercizio fisico e per questo il paziente tende a stare in ambiente buio e silenzioso durante l'attacco.
- La fase della remissione spesso caratterizzata da poliuria, sensazione di prostrazione fisica e mentale o, al contrario, da euforia. La completa ripresa delle attività psicofisiche è comunque lenta e la sensazione di spossatezza può durare alcuni giorni.

L'emicrania senz'aura esordisce nel 75% dei casi tra i 10 ed i 30 anni, permane come malattia cronica per decenni e tende poi attenuarsi fino anche a scomparire oltre i 50 anni. Il decorso può variare considerevolmente a seconda del periodo della vita in risposta a diversi fattori esterni o interni all'organismo e a fattori scatenanti: ad esempio fattori ormonali (uso di contraccettivi, gravidanza, allattamento, menopausa), stress psico-fisico, alimenti (ad es. formaggi stagionati, il cioccolato, gli alcoolici), fattori climatici, stimolazioni sensoriali intense (luci abbaglianti, rumori, odori intensi, profumi), farmaci (nitroderivati).

2.2. La Cefalea di Tipo Tensivo

La **cefalea di tipo tensivo**, seppur meno invalidante dell'emicrania, è largamente più diffusa nella popolazione.

Le caratteristiche cliniche meno definite rispetto all'emicrania e la classificazione stessa, che in alcuni criteri definisce la cefalea di tipo tensivo come una forma "non" emicranica (ad esempio, *no* nausea o vomito, dolore *non* pulsante, *non* aggravato dall'attività fisica, ecc.), rendono la cefalea di tipo tensivo molto più difficile da valutare dal punto di vista epidemiologico.

Se da una parte la quasi totalità della popolazione ha avuto un episodio di cefalea di tipo tensivo con frequenza inferiore a un attacco al mese (*Infrequent episodic tension-type headache*, secondo la classificazione ICHD-3), è più difficile stabilire quanti ne soffrano abitualmente. Per questo i dati di letteratura sulla prevalenza della cefalea episodica sporadica sono molto variabili, dal 20% fino all' 80%^{4,5}.

Meno prevalenti sono le forme di cefalea di tipo tensivo episodica frequente, che si caratterizza per una frequenza variabile da 1 a 14 giorni al mese per almeno 3 mesi (*Frequent episodic tension-type headache* secondo la classificazione ICHD-3) con una prevalenza annua del 21,6%, e la cefalea di tipo tensivo cronico con una prevalenza annua dello 0,9% quando la cefalea è presente ≥ 15 giorni al mese da >3 mesi⁹.

La cefalea di tipo tensivo episodica frequente spesso coesiste con l'emicrania senza

aura^{9,10}. La comorbilità con emicrania riguarda una percentuale variabile fra il 7,0% e il 16,8% negli uomini e fra l'8,2% e il 31,0% delle donne⁹.

Gli attacchi di cefalea di tipo tensivo possono durare da 30 minuti fino a 7 giorni e possono aumentare d'intensità e frequenza, evolvendo in una forma cronica. La localizzazione è tipicamente bilaterale, la qualità è gravativo-costrittiva (non pulsante), a fascia, "a casco"; il dolore è di intensità lieve o moderata e non è aggravato dall'attività fisica di routine, come camminare o salire le scale. La nausea e il vomito sono assenti ma può essere presente fotofobia oppure fonofobia (non in contemporanea).

La frequenza delle crisi varia considerevolmente sia nei diversi individui che nello stesso individuo in tempi diversi e rappresenta il parametro più importante per la valutazione dell'impatto della patologia sulla vita sociale e lavorativa dei pazienti.

Numerosi fattori possono condizionare la comparsa della cefalea di tipo tensivo quali: fattori psicogeni, osteoarticolari, muscolari, masticatori, abuso di farmaci. I fattori scatenanti più frequenti sono la tensione nervosa, lo stress, l'affaticamento mentale, lo sforzo di attenzione o concentrazione protratto, il mantenimento prolungato di posture non idonee. Lo scatenamento di questo tipo di cefalea richiede la presenza concomitante di più di uno di questi fattori, pertanto gli individui maggiormente a rischio risultano essere coloro costretti al mantenimento di particolari posizioni corporee e con simultaneo impegno mentale.

I sintomi presentano conseguentemente un alleviamento nel corso del rilassamento psico-fisico. La mancanza di sonno è infine un altro frequente fattore di scatenamento (circa il 40% degli individui sani) della cefalea di tipo tensivo episodica.

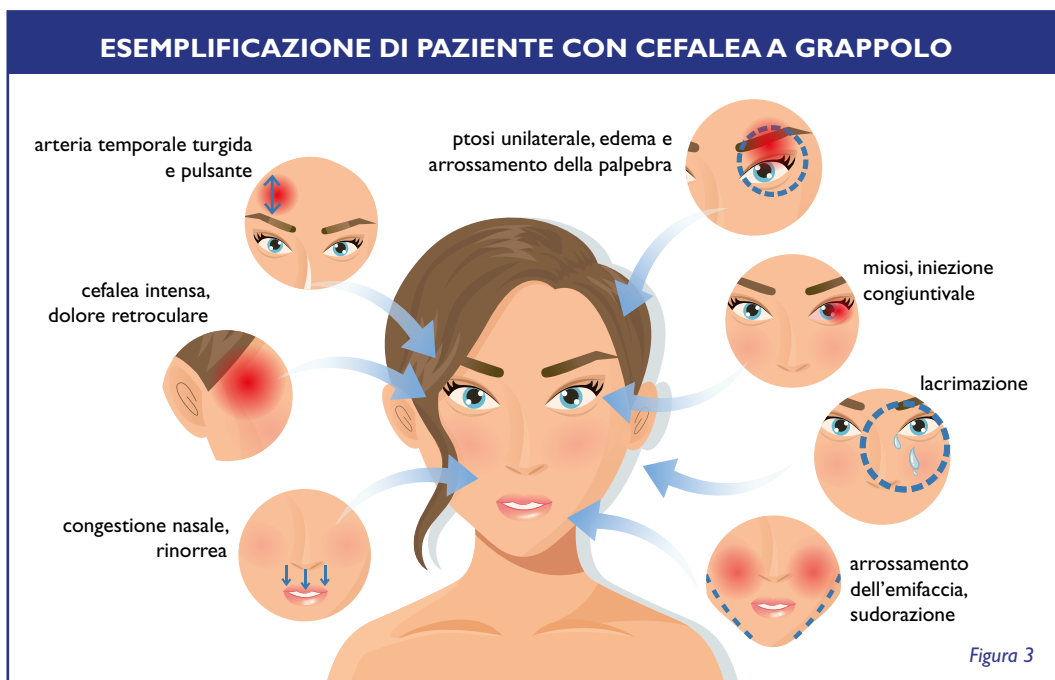
La cefalea di tipo tensivo può porre problemi di diagnosi differenziale con l'emicrania e con alcuni tipi di cefalea secondaria.

2.3. La Cefalea a Grappolo

La **cefalea a grappolo** è molto invalidante, più rara dell'emicrania, si manifesta solitamente come forma episodica, in cui gli attacchi si manifestano anche più volte al giorno per alcune settimane e sono separati da periodi più o meno prolungati di remissione. Meno di frequente si presenta come forma cronica (15-20% di tutti i pazienti). È prevalente nel sesso maschile (70-90% dei casi) e l'età media di insorgenza è intorno ai 30 anni.

Il dolore è lancinante, "trafittivo", tipicamente localizzato a livello dell'occhio, con durata da 15 a 180 minuti. L'attacco è associato a uno o più sintomi quali lacrimazione, arrossamento oculare, ostruzione nasale, secrezione nasale, ptosi palpebrale, miosi, sudorazione facciale o edema palpebrale ipsilaterali al lato del dolore; questa associazione rappresenta una caratteristica fortemente distintiva della malattia ed è fondamentale per la diagnosi (Figura 3).

Le crisi sono quotidiane, si verificano alla stessa ora tanto che viene definita "orologica", seguono i ritmi circadiani, e sono soprattutto notturne. A differenza dell'emicranico, il paziente con cefalea a grappolo durante l'attacco non riesce a stare fermo, appare irrequieto, a volte in preda ad una vera condizione di agitazione psicomotoria.



La cefalea a grappolo può essere scatenata da stimoli esterni quali l'assunzione di alcool, correnti d'aria fredda o calda, sonno, pasti copiosi, eventi stressanti. Tuttavia tutti questi fattori appaiono potenzialmente scatenanti solo durante i periodi attivi della malattia e mai in quelli intervallari.

Il trattamento è complesso, quindi il paziente va inviato al centro specialistico.

2.4. Le cefalee primarie del quarto gruppo

Sono costituite da:

- 1) Cefalea da tosse
- 2) Cefalea da sforzo
- 3) Cefalea da attività sessuale
- 4) Cefalea a rombo di tuono
- 5) Cefalea da freddo
- 6) Cefalea da pressione esterna
- 7) Cefalea trafittiva
- 8) Cefalea nummulare
- 9) Cefalea ipnica
- 10) NDPH (new daily persistent headache)

Il trattamento delle cefalee del quarto gruppo è complesso, quindi il paziente va riferi-

to al centro specialistico. Tra le cefalee del quarto gruppo, le **New Daily Persistent Headaches** (NDPH) sono critiche perché difficilmente distinguibili da una cefalea secondaria.

3. Le cefalee secondarie

Per cefalea secondarie si intendono quei mal di testa conseguenti ad una causa organica. Tra le cause ritroviamo patologie cerebrali, craniali, internistiche o psichiatriche, oltre a quelle derivanti da abuso di farmaci, come ad esempio gli stessi analgesici utilizzati per una forma primaria. La gestione di un paziente che si presenta con cefalea di sospetta natura secondaria può rivestire carattere di urgenza se non addirittura di emergenza e questo richiede molta attenzione nella fase diagnostica. Ovviamente anche la terapia è indirizzata non tanto al sintomo quanto alla rimozione o alla terapia della causa / malattia responsabile della cefalea.

4. Diagnosi delle cefalee primarie

Nella valutazione del paziente cefalalgico sono di fondamentale importanza alcuni principi di base:

- la storia del paziente (anamnesi cefalalgica)
- l'esame obiettivo generale e quello neurologico ed eventuali accertamenti diagnostici.

Anamnesi generale e specifica:

- Età di esordio
- Descrizione della cefalea
 - orario di comparsa
 - localizzazione
 - frequenza
 - gravità
 - durata
 - aura o sintomi associati
 - relazione con l'attività fisica
 - fattori di aggravamento
 - fattori di alleviamento
- Ciclo mestruale e anamnesi ostetrico-ginecologica
- Uso di farmaci per la cefalea
- Uso di altri farmaci
- Patologie associate
- Allergie/ipersensibilità
- Caratteristiche del sonno
- Anamnesi familiare
- Anamnesi chirurgica
- Accertamenti effettuati e loro risultati
- Anamnesi psicologica e aspetti sociali

Esame obiettivo

- Ispezione e palpazione del capo per la ricerca di esiti traumatici, valutazione della dolorabilità e della pulsatilità delle arterie temporali
- Valutazione dei nervi cranici, incluso l'esame del fondo dell'occhio con oftalmoscopio
- Esame della cavità orale per la ricerca di affezioni dentarie e della lingua per valutarne posizione e movimento
- Valutazione dell'articolazione temporo-mandibolare, per valutare la presenza di asimmetrie, alterazioni dell'escursione e rumori ("click")
- Palpazione della regione cervicale alla ricerca di linfadenopatie e alterazioni della tiroide
- Auscultazione della regione carotidea
- Valutazione della mobilità del collo alla ricerca di segni di meningite (infiammazione delle meningi) o anomalie del rachide
- Palpazione di aree craniche alla ricerca di punti "trigger"
- Valutazione della forza muscolare degli arti superiori e inferiori
- Esame della sensibilità tattile e termodolorifica della faccia e delle estremità
- Esame dei riflessi osteotendinei e ricerca del segno di Babinski
- Esame otorinolaringoiatrico, valutazione della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa ed esame del torace e dell'addome alla ricerca di segni di patologia sistemica
- Ricerca di anomalie della postura, asimmetrie scheletriche, scoliosi, contratture muscolari e punti "trigger" della spalla e del dorso.

Quando la storia della cefalea presenta note atipiche, o l'esame obiettivo del paziente fornisce reperti inattesi, può essere necessario effettuare accertamenti diagnostici che il clinico decide a seconda del caso.

La tabella sottostante illustra i criteri principali per la diagnosi differenziale delle cefalee primarie:

	Emicrania	Cefalea di tipo tensivo	Cefalea a grappolo
Anamnesi familiare	Positività	Negatività	Negatività
Prevalenza per sesso	Femminile	Femminile	Maschile
Esordio dell'attacco	Variabile	Sotto stress	A orario fisso (per es., durante il sonno)
Lato del dolore	Di solito unilaterale	Bilaterale	Unilaterale
Sede del dolore	Variabile	Tutto il cranio o "a banda"	Periorbitario
Qualità e intensità del dolore	Pulsante, moderato o severo	Gravativo-costrittivo, lieve-moderato, persistente	Traffittivo, continuo, estremamente intenso
Durata	4-72 ore	30 minuti-7 giorni	15-180 minuti

Frequenza	Variabile (da 1 attacco all'anno a numerosi al mese)	Da 1-2 episodi all'anno a 3-5 episodi alla settimana	Da 1 a 8 attacchi al giorno, per periodi di 3-16 settimane
Sintomi associati	Fotofobia, fonofobia, nausea, vomito, pallore, sintomi dell'aura	Lieve foto-fonofobia, inappetenza	Iniezione congiuntivale, ostruzione nasale, rinorrea, miosi, ptosi palpebrale, sudorazione e arrossamento del viso
Comportamento del paziente	A letto, al buio, in ambiente silenzioso	Normale	Agitato, iperattivo

5. Diagnosi di esclusione delle cefalee secondarie: campanelli d'allarme

- Esordio della cefalea dopo i 50 anni
- Esordio di una cefalea con caratteristiche nuove o differenti
- Cefalea di intensità mai provata prima
- Cefalea con esordio subacuto e progressivo peggioramento
- Cefalea che insorge in seguito a: esercizio fisico intenso, attività sessuale, tosse, starnuto
- Cefalea associata a uno dei seguenti sintomi neurologici:
 - Sonnolenza, confusione mentale, disturbi della memoria
 - Astenia, atassia, Perdita della coordinazione dei movimenti
 - Ipoestesia e/o parestesie alle estremità
 - Deficit motorio (paresi, paralisi)
 - Deficit sensitivi
 - Deficit progressivo della vista o altre alterazioni neurologiche
 - Altri segni di patologia neurologica, quali acufeni persistenti, perdita dell'olfatto, disfagia, anestesia-ipoestesia della faccia
 - Tosse persistente
 - Asimmetria del riflesso fotomotore, asimmetria dei riflessi osteotendinei, segno di Babinski positivo
 - Segni di irritazione meningea
 - Papilledema
- Cefalea associata alle seguenti alterazioni:
 - Febbre
 - Rigidità nucale
 - Ipertensione arteriosa
 - Perdita di peso
 - Dolorabilità e ridotta pulsatilità delle arterie temporali
 - Linfoadenopatia, secrezione nasale cronica, altre manifestazioni di patologia sistemica.

In tutti questi casi, è necessario indirizzare il paziente dal medico

6. Terapia

La terapia d'attacco per il mal di testa varia molto da paziente a paziente. Il percorso ideale di cura del mal di testa prevede la corretta raccolta della storia e dell'anamnesi familiare (predisposizione genetica), l'esame obiettivo, la compilazione del diario per facilitare il riconoscimento dei fattori scatenanti, l'identificazione di eventuali disabilità.

La sola terapia sintomatica è indicata:

- quando il paziente presenta una cefalea disabling per meno di 4 giorni al mese.

La terapia di profilassi deve essere instaurata:

- parallelamente alla terapia sintomatica, se sono presenti almeno 4 giorni al mese di cefalea disabling.
- anche quando gli attacchi siano presenti per meno di 4 giorni al mese ma siano particolarmente temuti dal paziente, condizionando in maniera negativa la sua qualità di vita.

Scelta del farmaco o dei farmaci:

- si basa sull'attenta e critica considerazione dei dati clinico-anamnestici e sull'esame dello spettro d'azione e degli effetti collaterali dei farmaci.
- si basa sulla intensità del dolore e sulla disabilità della crisi (terapia personalizzata)
- il farmaco più appropriato deve essere assunto ai primi sintomi e al minor dosaggio utile a raggiungere la completa risoluzione delle crisi e il più precocemente possibile
- è preferibile assumere formulazioni contenenti un solo principio attivo
- l'efficacia della terapia deve essere monitorata nel tempo con l'uso del diario che permette di valutare le caratteristiche delle recidive, gli effetti del farmaco o dei farmaci sintomatici sul dolore e sui sintomi di accompagnamento, il consumo del farmaco/dei farmaci e l'eventuale uso di farmaci di salvataggio e i possibili effetti indesiderati.

È importante che il paziente conosca i fattori scatenanti che lo espongono al rischio di cronicizzazione della cefalea. Tali fattori possono essere suddivisi in:

1. Non modificabili:

- Sesso femminile
- Bassa scolarizzazione
- Basso livello socioeconomico
- Trauma cranico
- Eventi di vita

2. Modificabili:

- Allodinia
- Obesità
- Uso eccessivo di caffeina
- Uso elevato di farmaci sintomatici e uso non corretto
- Stress
- Patologie psichiatriche
- Patologie somatiche (dolore temporo-mandibolare, ipertensione arteriosa)
- Disturbo del sonno

- Stile di vita e alimentazione, ad esempio il consumo di vino e alcolici che possono contenere sostanze che scatenano la cefalea, il fumo che diminuisce l'apporto di ossigeno all'organismo favorendo una vasodilatazione.

Il problema dell'influenza della dieta sulla cefalea non è ancora del tutto chiarito perché non sempre, chi soffre di cefalea, riesce a riconoscere alimenti che scatenano l'attacco. Tuttavia, la riduzione o l'abolizione di alcuni alimenti può essere utile nel ridurre le crisi. Soprattutto è bene fare attenzione ad alcune sostanze contenute negli alimenti: in particolare ai nitrati usati per conservare salumi e insaccati, alla tiramina presente nei formaggi stagionati, al glutammato di sodio usato nei dadi per bordo e nelle zuppe pronte in busta o nella cucina cinese, ai tannini del vino rosso. Ma non fanno bene alla cefalea neppure il digiuno e le diete troppo drastiche che causano un'alterazione del livello degli zuccheri. Poiché la sensibilità agli alimenti è soggettiva, chi soffre di cefalea dovrebbe cercare di prestare attenzione ad ogni possibile correlazione tra insorgenza dei sintomi e pasto precedente, in modo tale da individuare esattamente il cibo, o i cibi, che provocano o aggravano gli attacchi. Le indicazioni generali sono comunque quelle di una dieta bilanciata in alimenti e mai eccessiva.

È inoltre opportuno informare i pazienti dei possibili fattori allevianti la cefalea quali:

- Compressione locale (dito pressione della parte dolente oppure)
- Riposo
- Buio
- Silenzio
- Sonno.

7. Ruolo del farmacista nella gestione del mal di testa: sentinella per la prevenzione

Come illustrato nei paragrafi precedenti, la gestione adeguata della cefalea richiede una valutazione attenta della storia del paziente e un monitoraggio costante del decorso della patologia. Il trattamento prevede non solo la somministrazione di farmaci appropriati, ma anche cambiamenti nello stile di vita e l'educazione del paziente. Tuttavia spesso accade che gran parte dei pazienti che soffrono di cefalea non hanno ricevuto alcuna diagnosi e di conseguenza non si curano in maniera appropriata, ricorrendo più delle volte all'automedicazione.

A tal proposito è opportuno sottolineare il ruolo cruciale del farmacista nella gestione dei pazienti con il mal di testa, in quanto è proprio il farmacista di territorio a rappresentare spesso il primo punto di contatto con i pazienti che soffrono di questa condizione.

L'indagine di Brusa e colleghi¹¹ condotta sulle farmacie piemontesi, ha evidenziato che il 34 % dei pazienti che si recava in farmacia lamentandosi di mal di testa soffriva di emicrania, il 31,6% di emicrania probabile, il 20,5% di emicrania improbabile e il rimanente 13,8% soffriva di altri tipi di cefalea.

Il gruppo di pazienti con emicrania probabile ricorreva con una percentuale più alta all'automedicazione (39,1%), basata principalmente sull'uso di FANS, rispetto ai pazienti con emicrania certa (20,0%) che invece trattava il mal di testa principalmente con triptani o combinazioni di farmaci.

Il 29,2% dei pazienti intervistati ha riferito che per la gestione del mal di testa, non si era rivolto ad alcun professionista sanitario tra medico di medicina generale, specialista del mal di testa o centro cefalee. Di conseguenza, in questa percentuale di pazienti, il farmacista territoriale ha rappresentato la prima e unica figura a cui erano rivolti per un consiglio nella gestione del mal di testa.

Tali risultati sono stati confermati dallo studio di follow-up condotto a livello nazionale dagli autori¹², nel periodo giugno 2016 -gennaio 2017. Delle 4.424 persone intervistate, la prevalenza di emicrania definita era del 40%. Il dato interessante è che circa la metà di coloro che soffrivano di cefalea e un terzo dei pazienti con emicrania, non ritenevano la propria condizione una malattia e quindi non ricorrevano all'aiuto di un clinico bensì al consiglio del farmacista.

Questi dati dimostrano come il farmacista possa avere un ruolo chiave sul territorio nella gestione del paziente con cefalea, non solo nel consigliare una terapia adeguata con farmaci da banco, ma anche come sentinella di casi di mal di testa che richiederebbero l'attenzione del medico specialista, prevenendo in questo modo complicazioni per il paziente dovute ad assenza di diagnosi e da uso inappropriato di farmaci.

A tal proposito un board di esperti di cefalee (Fabio Frediani – coordinatore del board scientifico, Alberto Chiarugi, Cristina Tassorelli, Fabrizio Vernieri) nel mese di ottobre 2019 ha tenuto una serie di incontri di confronto sul tema con farmacisti territoriali delle province di Milano, Napoli e Roma dai quali è emersa in maniera netta l'importanza di considerare la farmacia come primo presidio sanitario nella gestione dei pazienti con cefalee, giungendo ad elaborare un' ipotesi di algoritmo comportamentale dedicato al farmacista (Figura 4).

L'algoritmo si propone di caratterizzare in modo semplice la sintomatologia del paziente che arriva in farmacia con il mal di testa per giungere a raccomandare in maniera più appropriata un trattamento o, in caso di *red flag*, la visita specialistica.

La farmacia rappresenta dunque un valido osservatorio per lo studio delle cefalee nonché il primo e più importante punto per individuare il *pattern* comportamentale di questi pazienti e migliorare la cura delle cefalee.

8. Conclusioni

Sulla base di quanto discusso nei precedenti paragrafi, diventa essenziale l'intervento del farmacista nell'identificare quei pazienti che ricorrono troppo spesso all'automedicazione incorrendo nel rischio di abuso di farmaci ed eventi avversi correlati, oltre che alla cronicizzazione della patologia.

ALGORITMO COMPORTAMENTALE DEL FARMACISTA PER IL PAZIENTE CON MAL DI TESTA

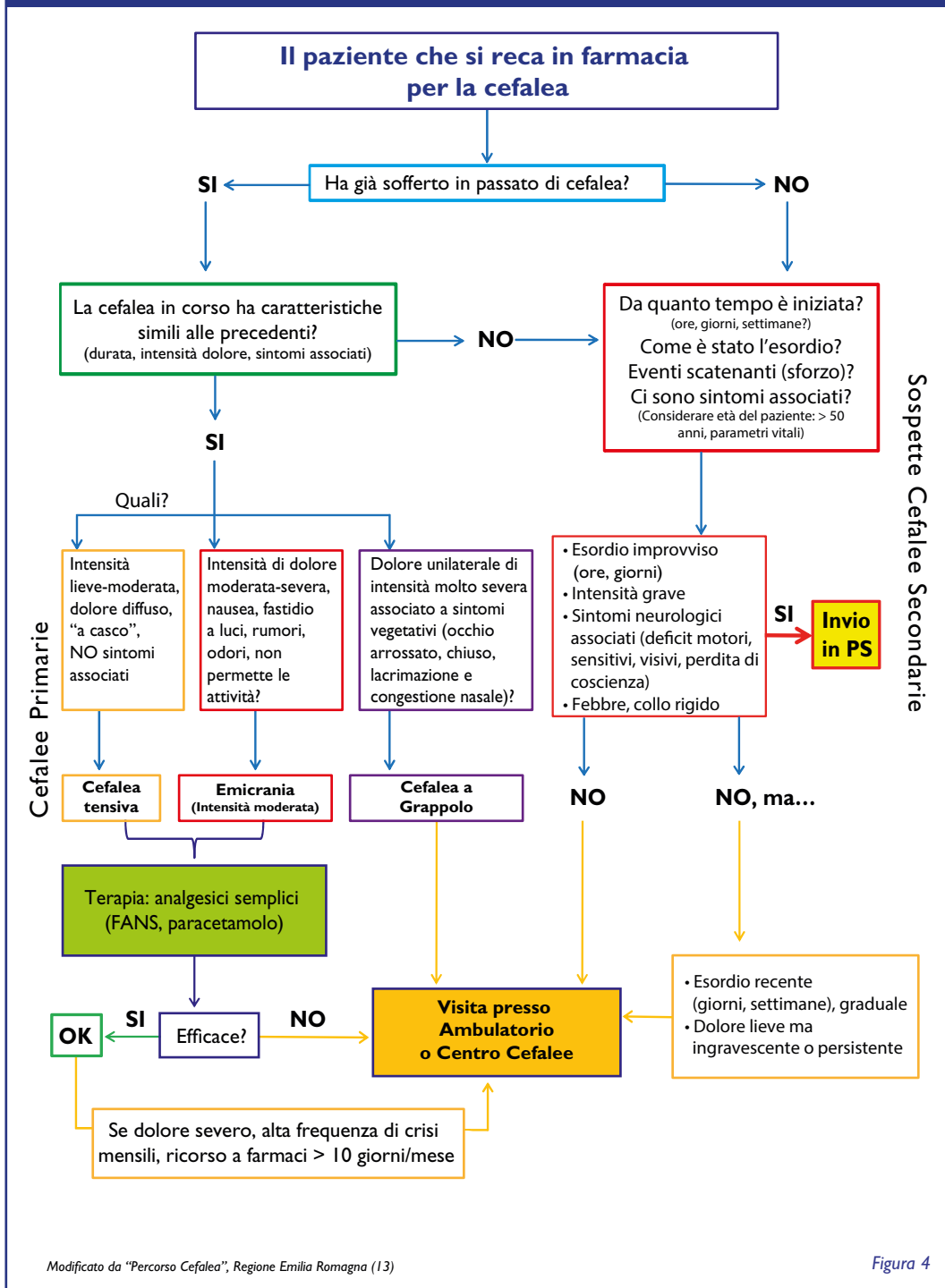


Figura 4

Il ruolo consulenziale del farmacista attraverso l'applicazione di strumenti *ad hoc* per la gestione di questo problema, e la presenza in farmacia di materiale dedicato al paziente cefalalgico (brochure informative, diario paziente, questionari), si inseriscono a tutti gli effetti nel contesto ormai affermato, della farmacia dei servizi.

Inoltre, l'identificazione precoce di casi più complessi e l'indirizzamento del paziente ai livelli di assistenza più adeguati (specialista, centro cefalee, pronto soccorso) potrà favorire la corretta diagnosi, evitare un peggioramento/cronicizzazione della patologia, traducendosi in una migliore qualità di vita per il paziente oltre che in una riduzione dei costi diretti per il SSN e indiretti per la società.

Bibliografia

1. Cevoli S, D'Amico D, Martelletti P, et al. Underdiagnosis and undertreatment of migraine in Italy: a survey of patients attending for the first time 10 headache centres. *Cephalalgia*. 2009;29(12):1285-1293. doi:10.1111/j.1468-2982.2009.01874.x
2. Torelli P, Campana V, Cervellin G, Manzoni GC. Management of primary headaches in adult Emergency Departments: a literature review, the Parma ED experience and a therapy flow chart proposal. *Neurol Sci*. 2010;31(5):545-553. doi:10.1007/s10072-010-0337-y
3. Allena M, Steiner TJ, Sances G, et al. Impact of headache disorders in Italy and the public-health and policy implications: a population-based study within the Eurolight Project. *J Headache Pain*. 2015;16:100. doi:10.1186/s10194-015-0584-7
4. Ferrante T, Castellini P, Abrignani G, et al. The PACE study: past-year prevalence of migraine in Parma's adult general population. *Cephalalgia*. 2012;32(5):358-365. doi:10.1177/0333102411434811
5. Stovner L, Hagen K, Jensen R, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*. 2007;27(3):193-210. doi:10.1111/j.1468-2982.2007.01288.x
6. GBD 2016 Headache Collaborators. Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*. 2018;17(11):954-976. doi:10.1016/S1474-4422(18)30322-3
7. Steiner TJ, Stovner LJ, Vos T, Jensen R, Katsarava Z. Migraine is first cause of disability in under 50s: will health politicians now take notice? *J Headache Pain*. 2018;19(1):17. doi:10.1186/s10194-018-0846-2
8. Dodick DW. Migraine. *Lancet*. 2018;391(10127):1315-1330. doi:10.1016/S0140-6736(18)30478-1
9. Russell MB, Levi N, Saltyte-Benth J, Fenger K. Tension-type headache in adolescents and adults: a population based study of 33,764 twins. *Eur J Epidemiol*. 2006;21(2):153-160. doi:10.1007/s10654-005-6031-3
10. Gladstone JP, Dodick DW. Revised 2004 International Classification of Headache Disorders: new headache types. *Can J Neurol Sci*. 2004;31(3):304-314. doi:10.1017/s031716710000336x
11. Brusa P, Allais G, Bussone G, et al. Migraine attacks in the pharmacy: a survey in Piedmont, Italy. *Neurol Sci*. 2014;35 Suppl 1:5-9. doi:10.1007/s10072-014-1733-5
12. Brusa P, Allais G, Scarinzi C, et al. Self-medication for migraine: A nationwide cross-sectional study in Italy. *PLoS ONE*. 2019;14(1):e0211191. doi:10.1371/journal.pone.0211191
13. Regione Emilia Romagna. Organizzazione dell'assistenza integrata al paziente con cefalea: percorso cefalea- approvazione linee guida per le aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna. Deliberazione della Giunta Regionale. 2 dicembre 2013, n. 1787.



Con il contributo incondizionato di



ANGELINI