

## Percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti che afferiscono ad un centro cefalee

### Diagnostic-therapeutic pathway of patients who refer to a headache centre

#### Summary

Although headaches are a public health problem, few data are available regarding diagnostic pathways. We assessed the diagnostic pathways of 1,157 of the patients who referred to our centre over the last two years (2007 - 2008). Only 10% of these patients had consulted a neurologist and one out of three was not told of the existence of headache centres. Furthermore, nearly half of the patients missed their check-ups. Our results suggest that headaches are still not properly managed as a disease. Improvement in communications between family physicians, neurologists and patients is recommended for better management of headache patients.

Ciancarelli I, Carolei A. Diagnostic-therapeutic pathway of patients who refer to a headache centre. *Trends Med* 2009; 9(3): 163-166.

© 2009 Pharma Project Group srl. ISSN: 1594-2848

**Irene Ciancarelli, Antonio Carolei**

Clinica Neurologica  
Centro Regionale di Riferimento per lo  
Studio ed il Trattamento delle Cefalee  
Università degli Studi di L'Aquila

Key words:

**migraine  
tension-type headache  
quality of life  
health care resources**



**Irene Ciancarelli**

Clinica Neurologica  
Centro Regionale di Riferimento per lo  
Studio ed il Trattamento delle Cefalee  
Università degli Studi di L'Aquila  
Piazzale Salvatore Tommasi, 1  
67010 L'Aquila  
Tel. 0862.64153  
cell 339 6141106  
e-mail: i\_ciancarelli@yahoo.it

#### Introduzione

Le cefalee primarie sono classificate secondo i criteri dell'*International Headache Society*<sup>1</sup> e sono rappresentate dall'emicrania con e senza aura, dalla cefalea tensiva episodica e cronica e dalla cefalea a grappolo.

Le cefalee primarie costituiscono un problema di salute pubblica in rapporto all'elevata prevalenza nella popolazione generale ed alla maggior frequenza in età giovane-adulta, che coincide con la fase lavorativa della vita<sup>2,3</sup>. Conseguentemente le cefalee sono gravate oltre che da costi diretti (farmaci, visite mediche e servizi sanitari dedicati) anche da cospicui costi indiretti rappresentati dalle giornate lavorative perse o caratterizzate da una minore produttività del soggetto in corso di attacco cefalalgico<sup>4</sup>. Tra le cefalee primarie l'emicrania è la forma associata alla maggior disabilità, collocandosi al 19° posto della classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per le patologie disabilitanti<sup>5</sup>. Circa la metà dei soggetti emicranici durante l'attacco deve sospendere le comuni attività della vita quotidiana ed un terzo è costretto alla completa immobilità a letto<sup>6</sup>. Pertanto la qualità della vita di questi soggetti risulta notevolmente compromessa limitando tutte le attività fami-

liari e sociali che si verificano durante l'attacco, ma anche durante i periodi intercritici vissuti anch'essi dal soggetto con disagio ed apprensione e comunque nell'angosciosa attesa di un possibile nuovo episodio<sup>7</sup>. La qualità della vita può essere ulteriormente compromessa dalla presenza di comorbidità in ambito psichiatrico quali la depressione del tono dell'umore e l'ansia<sup>8</sup>.

Ciononostante, scarsi ed incompleti sono i dati relativi all'utilizzo delle risorse sanitarie da parte dei soggetti cefalalgici e quelli relativi al *follow-up* dei soggetti che afferiscono a centri specializzati<sup>9-11</sup>. Un dato costantemente riportato in letteratura è quello relativo all'elevata percentuale di soggetti che non consultano il medico curante o lo specialista per la propria cefalea o che non tornano a visita di controllo, non solo in rapporto alla possibile risoluzione della sintomatologia cefalalgica ma anche per mancanza di empatia con lo specialista consultato<sup>9-12</sup>.

Il presente studio si propone di valutare l'*iter* diagnostico-terapeutico e la *compliance* dei soggetti affetti da cefalea ed emicrania che afferiscono al Centro cefalee annesso alla nostra Clinica Neurologica.

## Materiali e Metodi

Hanno partecipato allo studio tutti i soggetti con diagnosi di cefalea primaria secondo i criteri dell'*International Headache Society*<sup>1</sup>, visitati dal gennaio 2007 al dicembre 2008 presso

il Centro regionale di riferimento per lo studio ed il trattamento delle cefalee di L'Aquila. Lo studio è stato effettuato in accordo con la declaratoria di Helsinki e le norme di *Good Clinical Practice*. L'analisi statistica dei dati è stata effettuata impiegando il test del  $\chi$  quadrato per confrontare valori assoluti e percentuali dei parametri considerati, relativi agli anni 2007-2008.

## Risultati

Nei due anni di osservazione sono stati intervistati 1.157 soggetti: 682 donne e 475 uomini (età media  $43 \pm 34$  anni); 786 (68%) con emicrania (336 nel 2007 vs 450 nel 2008), 361 (31%) con cefalea di tipo tensivo (192 vs 169) e 10 (1%) con cefalea a grappolo (5 vs 5). Seicentoquarantacinque (56%) soggetti non avevano mai effettuato precedenti visite mediche per cefalea, 397 (34%) avevano già consultato il medico curante e 115 (10%) erano già stati visitati dallo specialista neurologo (tabella 1).

Complessivamente solo 115 su 1.157 pazienti (10%) avevano già fatto ricorso alle cure di uno specialista; per contro 103 soggetti (9%) hanno riferito di non aver mai consultato lo specialista per mancanza di informazioni relative al Centro cefalee, 385 (33%) per ricorso ad automedicazione e 669 (58%) per passiva sopportazione della cefalea (tabella 2).

L'intervallo di tempo tra l'esordio della sintomatologia dolorosa e la prima visita al centro è stata superiore a 5 anni in 733 (63%) soggetti,

**Tabella 1.** Tipo di prestazione richiesta da parte dei soggetti con cefalea afferenti al nostro centro nel periodo in esame.

Tipo di prestazione	Anno 2007	Anno 2008	p
Nessuna	320	325	<0,05
Visita di medicina generale	160	237	<0,005
Visita specialistica	53	62	ns

**Tabella 2.** Motivazioni riferite per la mancata afferenza al Centro cefalee nel biennio in esame.

Motivazione	Anno 2007	Anno 2008	p
Mancanza di informazione	53	50	ns
Automedicazione	160	225	ns
Sopportazione del dolore	320	349	ns

**Tabella 3.** Intervallo di tempo tra l'esordio della sintomatologia e la richiesta di visita specialistica presso il Centro cefalee.

Intervallo di tempo	Anno 2007	Anno 2008	p
> 5 anni	346	387	<0,005
1-5 anni	160	175	ns
< 5 anni	27	62	ns

compreso tra 1 e 5 anni in 335 (29%) ed inferiore ad 1 anno in 89 (8%) (tabella 3). Seicentoventitrè (54%) soggetti sono tornati a visita di controllo: 466 (203 *vs* 263;  $p=0,17$ ) entro tre mesi e 157 (76 *vs* 81;  $p=0,58$ ) entro un anno. Complessivamente 534 (46%) soggetti (254 *vs* 280;  $p=0,37$ ) hanno effettuato esclusivamente la prima visita.

## Discussione

L'organizzazione dei servizi sanitari richiede un continuo adattamento ai bisogni dei pazienti in rapporto alle patologie disabilitanti con maggiore prevalenza nella popolazione generale<sup>13</sup>. La più elevata frequenza di diagnosi di emicrania rispetto a quella di cefalea tensiva suggerisce che il Centro cefalee possa svolgere il ruolo di struttura di riferimento per i soggetti con cefalea di più difficile gestione diagnostica e terapeutica<sup>14,15</sup>.

I dati relativi alla scarsa e tardiva consultazione del medico curante ed ancor più dello specialista, oltre che il frequente ricorso all'auto-medicazione, suggeriscono la necessità di migliorare l'informazione generale ed il colloquio tra medico e paziente che deve soddisfare necessità spesso disattese del paziente cefalalgico ed illustrare diffusamente le caratteristiche della patologia oltre alle più recenti possibilità terapeutiche<sup>13</sup>.

Lo specialista deve inoltre mostrare la massima capacità e disponibilità di ascolto delle problematiche personali, sociali e lavorative del soggetto fornendo rassicurazioni sulla possibilità di remissione della sintomatologia e di miglioramento della qualità di vita<sup>13,15,16</sup>. Una buona comunicazione tra medico e paziente contribuisce al grado di soddisfazione di quest'ultimo, inducendo una maggiore aderenza al protocollo terapeutico stabilito, una maggiore *compliance* alle visite di controllo ed un maggior apprezzamento nei riguardi dell'offerta dei servizi sanitari<sup>13,15</sup>. Durante il colloquio

lo specialista dovrebbe illustrare il razionale della terapia preventiva e di quella sintomatica definendo anche le modalità di un corretto utilizzo dei farmaci<sup>17</sup>.

E' inoltre auspicabile un maggiore confronto tra lo specialista ed il medico curante per favorire un flusso di informazioni sempre aggiornate relative alle attività di diagnosi e cura effettuate dal Centro. Il coinvolgimento del medico curante è sempre necessario per la gestione globale ed integrata del soggetto cefalalgico e la centralità della sua figura consente la continua educazione ed informazione del soggetto interessato, così da indurre una gestione consapevole della malattia, un corretto utilizzo dei farmaci oltre al monitoraggio degli attacchi attraverso l'uso di un diario clinico<sup>13</sup>. Lo stesso medico curante può scoraggiare il ricorso all'autoprescrizione ed ai farmaci da banco ed agevolare le visite di controllo presso il Centro cefalee. Tale maggiore consapevolezza comporta implicazioni pratiche anche per ridurre il sovraccarico dei dipartimenti di emergenza, cui un paziente mal curato o con autoprescrizione finisce con il fare inevitabilmente e ripetutamente ricorso<sup>13</sup>.

## Conclusioni

La considerevole percentuale di soggetti che non hanno mai eseguito una visita medica per cefalea e di soggetti che una volta afferiti al Centro cefalee non hanno successivamente effettuato visite di controllo indica che la cefalea rappresenta comunque una patologia complessa per la quale mancano percorsi predeterminati in grado di garantire la gestione ottimale da parte del medico di famiglia e dello specialista del Centro cefalee. Il miglioramento del rapporto e della comunicazione tra medico e paziente oltre che tra specialista e medico curante rappresenta l'obiettivo più efficace da perseguire per ottimizzare la gestione del paziente con cefalea. **TiM**

## Bibliografia

1. **The International Classification of Headache Disorders**; 2nd Edition. *Cephalalgia* 2004; 24(Suppl 1):1-160.
2. **Holmes WF, MacGregor EA, Dodik D.** Migraine-related disability: impact and implications for sufferer's lives and clinical issues. *Neurology* 2001; 56:S13-S19.
3. **Stovner LJ, Zwart J-A, Hagen K et al.** Epidemiology of headache in Europe. *Eur J Neurol* 2006; 13:333-345.
4. **Nappi G, Rossi P.** Epidemiology and socio-economic impact of migraine. In: *Migraine Current Concepts*. London: Current Medical Literature 2004; 3-20.
5. **Steiner TJ.** Lifting the burden: the global campaign against headache. *Lancet Neurol* 2004; 3:204-205.
6. **Lipton RB, Bigal ME.** The lessons on the epidemiology of migraine. *Headache* 2007; 47:S2-S9.
7. **Magnusson JE, Becker WJ.** Migraine frequency and intensity: relationship with disability and psychological factors. *Headache* 2003; 43:1049-1059.
8. **Tietjen GE, Herial NA, Hardgrove J et al.** Migraine comorbidity constellations. *Headache* 2007; 47:857-856.
9. **Stang PE, Osterhaus JT, Celentano DD.** Migraine. Patterns of healthcare use. *Neurology* 1994; 44:S47-S55.
10. **Lipton RB, Amati JC, Ferrari MD, et al.** Migraine. Identifying and removing barriers to care. *Neurology* 1994; 44:S63-S68.
11. **Lipton RB, Scher AI, Kolodner K, et al.** Migraine in the United States. Epidemiology and patterns of health care use. *Neurology* 2002; 58:885-894.
12. **Lipton RB, Scher AI, Steiner TJ, et al.** Patterns of health care utilization for migraine in England and in United States. *Neurology* 2003; 60:441-448.
13. **Schoenhuber R.** L'ambulatorio per le cefalee: riflessioni sull'esperienza di Bolzano. *Neurol Sci* 2005; 26:S335-S338.
14. **MacGregor EA.** The doctor and the migraine patient: improving compliance. *Neurology* 1997; 48:S16-S20.
15. **Stovner LJ, Hagen K, Jensen R et al.** The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia* 2007; 27:193-210.
16. **Buse DC, Lipton RB.** Facilitating communication with patients for improved migraine outcomes. *Curr Pain Headache* 2008; 12:230-236.
17. **Krymchantowski AV, Adriano MV, de Goes R et al.** Adherence to headache treatment and profile of previous health professional seeking among patients with chronic headache: a retrospective analysis. *Med Gen Med* 2007; 9:21.