



**Test_A il tuo mal di testa.
Report d'indagine**

Alessandra De Rose, Roberto Verna

Working paper n. 149

Dicembre 2017

Working Paper del Dipartimento di Metodi e Modelli per l'Economia il Territorio e
la Finanza
MEMOTEF
Facoltà di Economia
SAPIENZA – Università di Roma
Via del Castro Laurenziano, 9 – 00161 ROMA
Pubblicato in proprio

ISSN 2239-608X

COMITATO SCIENTIFICO

**Maria Felice Arezzo
Giuseppina Bruno
Roberta Gemmiti
Cristina Giudici
Ersilia Incelli
Rosa Vaccaro**

I Working Paper del Dipartimento di Metodi e Modelli per l'Economia il Territorio e la Finanza svolgono la funzione di divulgare tempestivamente, in forma definitiva o provvisoria, i risultati delle ricerche condotte in Dipartimento. La pubblicazione dei lavori è soggetta all'approvazione del Comitato Scientifico sentito il parere di un referee.

TEST_A IL TUO MAL DI TESTA REPORT di INDAGINE

Alessandra De Rose¹

Roberto Verna²

ABSTRACT

In questo lavoro si riportano i principali risultati di una ricerca quantitativa volta a testare, attraverso la somministrazione di questionari a più livelli – pazienti (n= 2500) e medici (n= 100) - un semplice strumento di misurazione della percezione individuale della ricorrenza e della gravità del sintomo delle cefalee, dell'utilizzo di farmaci e del ricorso alle strutture sanitarie di riferimento (Farmacia, MMG e Centri Cefalee). L'indicatore di sintesi così costruito, denominato "Test_a", si rivela in grado di guidare il paziente nella autovalutazione del livello di gravità del proprio sintomo e nel come affrontarlo; nello stesso tempo, lo strumento proposto può essere di ausilio a farmacisti e medici di medicina generale (MMG), potenziandone la capacità di intercettare, sensibilizzare e orientare il paziente stesso ad una corretta gestione di emicrania e cefalea.

Classification JEL: I18, I12

Keywords: emicranie e cefalee, trattamento, farmaci over-use, sanità pubblica

1. INTRODUZIONE

La cefalea è una patologia molto frequente: in Europa oltre il 50% della popolazione adulta soffre di mal di testa e le evidenze empiriche in Italia sono in linea con questo dato [1]. Anche i bambini e gli adolescenti sono colpiti sempre più precocemente dal problema [2] così come il sintomo si associa frequentemente a malattie dell'età senile [3].

Le cefalee sono disturbi altamente invalidanti: l'emicrania, in particolare, viene annoverata dall'OMS tra le prime 20 patologie disabilitanti in termini di anni di vita persi per disabilità [1]. Colpendo soprattutto le fasce di età centrali, che sono quelle di massimo impegno lavorativo e (ri)produttivo, essa comporta anche elevati costi personali e sociali.

Il trattamento sintomatico e preventivo delle cefalee si avvale dell'impiego di numerosi farmaci molti dei quali di facile accesso da parte del paziente direttamente presso le farmacie. Tuttavia un uso scorretto o eccessivo di

¹ Department of Methods and Models for Economics, Territory and Finance – Sapienza University of Rome – via del Castro Laurenziano, 9, 00161 ROMA (e-mail: ✉ corresponding_author: alessandra.derose@uniroma1.it).

² Department of Experimental Medicine– Sapienza University of Rome – Viale Regina Elena, 324, 00161 ROMA (e-mail: roberto.verna@uniroma1.it)

analgescici non solo può indurre effetti collaterali indesiderati ma, specie nei pazienti affetti da cronicità, può addirittura aggravare il sintomo facendo insorgere la cosiddetta MOH – *Medication Overuse Headache* [4].

Il monitoraggio e la gestione corretta delle cefalee rientrano tra gli obiettivi di sanità pubblica. Per essere perseguiti essi richiedono un miglioramento continuo dell'accesso alle strutture sanitarie competenti, a sua volta supportato da ulteriore ricerca nel campo della diagnosi e della cura delle cefalee, nonché da adeguati programmi di educazione e sensibilizzazione a livello di popolazione [1][2].

Questo lavoro rientra in questo ultimo ambito di ricerca: sulla base di un'indagine quantitativa svolta tra pazienti con sintomo di cefalea si è messo a punto un semplice strumento di rilevazione della percezione individuale della ricorrenza e della gravità del sintomo delle cefalee e di come esso viene affrontato in termini di utilizzo dei farmaci e del ricorso alle idonee strutture sanitarie di riferimento (farmacia, medico e/o Centro per le Cefalee).

Il fine ultimo del progetto è stata la messa a punto di una scala di misurazione – denominata "Test_a" – da utilizzare come uno strumento che guidi il paziente nella autovalutazione del livello di gravità del proprio sintomo e nel come affrontarlo; nello stesso tempo, lo strumento proposto potrebbe essere di ausilio a farmacisti e medici di medicina generale (MMG), potenziandone la capacità di intercettare, sensibilizzare e orientare il paziente stesso ad una corretta gestione di emicrania e cefalea.

2. METODOLOGIA

La ricerca è stata basata sulla somministrazione di due brevi schede di rilevazione riportate in Appendice: la prima "Scheda di Autovalutazione" è stata compilata autonomamente da un campione di pazienti (n=2500) con sintomo di cefalea in attesa di visita presso i laboratori di MMG; la seconda è stata compilata a cura del MMG in occasione della visita allo stesso paziente.

La prima scheda – "Scheda di autovalutazione", oltre a raccogliere poche e basilari informazioni anagrafiche, presentava al paziente una serie di 6 items relativi alla gravità del sintomo, alla copresenza di altri sintomi, alla qualità della vita e all'uso e alla rispondenza dei farmaci. In fase di codifica è stato assegnato un punteggio numerico a ciascun item in modo che risultassero sommabili tra di loro ottenendo una scala di gravità da 0 a 10. La seconda scheda è stata utilizzata per verificare l'accuratezza della compilazione e il gradimento della "Scheda di valutazione" da parte del paziente in termini di chiarezza e semplicità di compilazione nonché di utilità al fine di descrivere la propria esperienza di cefalea.

Per ogni paziente del campione, quindi, sono stati rilevati ed analizzati due questionari.

3. IL CAMPIONE

Sono stati intervistati 2500 individui, pazienti con sintomo di cefalea rilevati presso gli ambulatori di complessivi 100 medici di medicina generale (MMG), nel periodo Aprile-Giugno 2017. Il campione è distribuito tra le ripartizioni geografiche - e al loro interno tra città selezionate - come da Tabella 1:

TABELLA 1. – *Distribuzione territoriale dei pazienti intervistati*

Area territoriale	Frequenze assolute	%
Nord Ovest	625	25,0
<i>Torino</i>	300	12,0
<i>Milano</i>	325	13,0
Nord Est	450	18,0
<i>Bologna</i>	225	9,0
<i>Padova</i>	225	9,0
Centro	600	24,0
<i>Firenze</i>	250	10,0
<i>Roma</i>	350	14,0
Sud Isole	825	33,0
<i>Bari</i>	275	11,0
<i>Napoli</i>	275	11,0
<i>Palermo</i>	275	11,0
Totale	2500	100,0

Le donne costituiscono la maggioranza del campione (70%) e l'età media è di 45,3 anni (range=11-96), dati che risultano coerenti con numerose rilevazioni epidemiologiche [5]. La distribuzione per età del campione ha una forma approssimativamente normale (Figura 1), confermando la prevalenza del disturbo nelle età centrali ed una più ridotta frequenza ad età giovanili e senili.

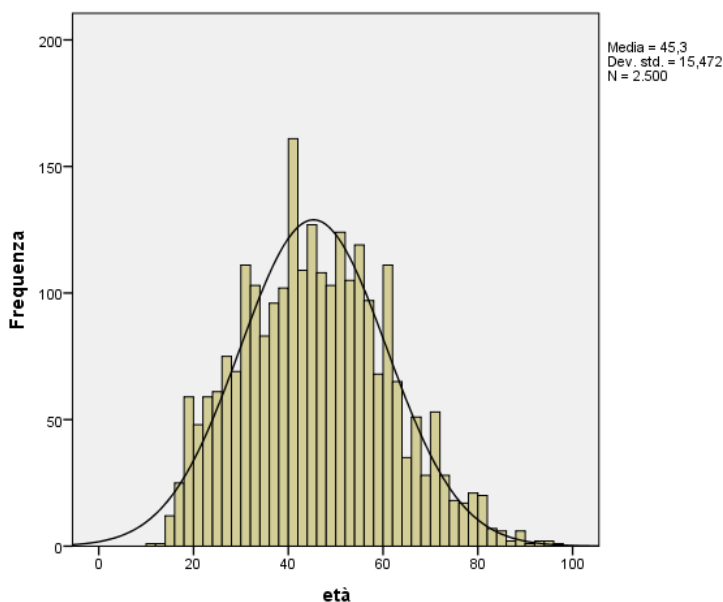


FIGURA 1 – Distribuzione dei pazienti intervistati per età

Le donne con mal di testa hanno un'età media di 44,2 contro 47,4 anni degli uomini (test t-Student delle differenze tra medie significativo p-value=0,000). Incrociando l'età (raggruppata in classi) con il genere (Tabella 2), si nota che le donne intervistate hanno una struttura per età più giovane degli uomini, contrariamente alla demografia della popolazione che vuole le donne mediamente più anziane degli uomini.

TABELLA 2. – Distribuzione dei pazienti intervistati per genere e classe di età

Classi_età			Donne	Uomini	Totale
fino a 20 anni	Conteggio		81	46	127
	% per Genere		4,8%	5,6%	5,1%
21-40 anni	Conteggio		647	245	892
	% per Genere		38,7%	29,6%	35,7%
41-60 anni	Conteggio		709	377	1086
	% per Genere		42,4%	45,5%	43,4%
più di 60 anni	Conteggio		235	160	395
	% per Genere		14,1%	19,3%	15,8%
Totale	Conteggio		1672	828	2500
	% per Genere		100,0%	100,0%	100,0%

Il mal di testa è insorto nel 75% dei casi prima dei 40 anni con differenze di genere significative: l'età media all'esordio è di 31 anni per le donne e 35 per gli uomini. Esso quindi, colpisce gli uomini in età più elevata rispetto alle

donne, che ne cominciano a soffrire più precocemente e che quindi, mediamente ne soffrono per più tempo (Tabella 3):

TABELLA 3. – *Indicatori di sintesi delle risposte alla domanda “Da quanto tempo³ soffri di mal di testa?”, per genere*

Genere	Media	N	Deviazione std.
D	13,42	1566	12,279
U	12,98	752	13,186
Totale	13,28	2318	12,579

Test t-Student della differenza tra Uomini e Donne significativo p-value=0,000

Da notare, tuttavia, che la mediana della variabile “Da quanto tempo soffri di mal di testa” è 10 anni, cioè il 50% del campione soffre al più da 10 anni del fenomeno; la distribuzione è, infatti, fortemente asimmetrica (Figura 2), concentrata sui tempi più brevi:

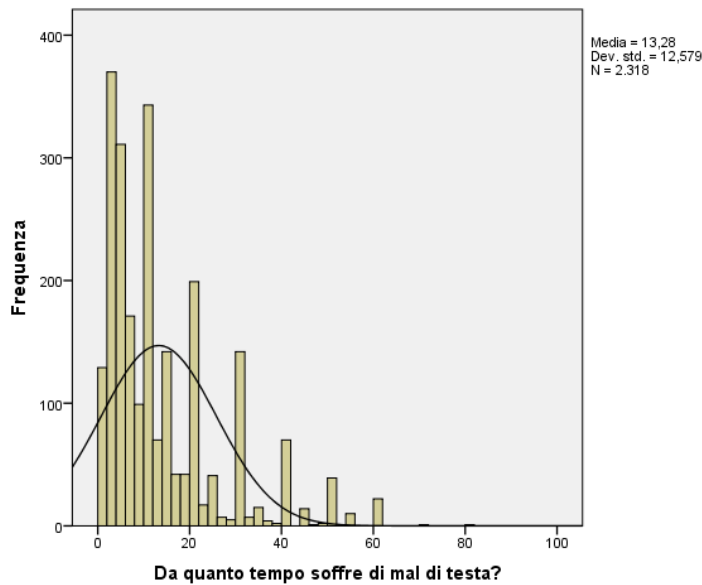


FIGURA 2. – *Distribuzione dei pazienti intervistati per valori delle risposte alla domanda “Da quanto tempo soffri di mal di testa?”*

Naturalmente, tale durata è correlata all'età (coefficiente di correlazione lineare = 0,53 significativo al p-value=0,000): essa cresce significativamente

³ Il “tempo” è espresso in anni o in mesi, se il disturbo è iniziato da meno di un anno.

al crescere dell'età (Tabella 4) e di questo si terrà conto nel commento dei successivi risultati.

TABELLA 4. - *Indicatori di sintesi delle risposte alla domanda "Da quanto tempo soffri di mal di testa?", per classi di età*

Classi_età	Media	N	Deviazione std.
fino a 20 anni	3,58	97	2,349
21-40 anni	7,44	808	5,593
41-60 anni	14,70	1042	11,271
più di 60 anni	24,54	371	18,223
Totale	13,28	2318	12,579

Test ANOVA delle differenze tra classi di età significativo p-value=0,000

4. IL "TEST_A"

Il principale obiettivo dell'indagine è stato quello di costruire un indicatore sintetico della valutazione individuale del sintomo, della sua gravità in termini di frequenza degli episodi, di altra sintomatologia correlata e di riduzione della qualità della vita, nonché dell'uso e dell'efficacia dei farmaci antidolorifici. A tale scopo sono stati sommati i punteggi attribuiti a 6 items rilevati con la scheda secondo la seguente scala di misurazione:

Costruzione indicatore Test_a

Item	Punteggio attribuito
dd1: "Hai mal di testa per più di 3 volte al mese, tutti i mesi"?	SI=2 NO=0
dd2: "Quanti antidolorifici prendi ogni mese per il mal di testa?"	
dd2_1: "fino a 3"	SI=0 NO=0
dd2_2: "da 4 a 8"	SI=1 NO=0
dd2_3: "più di 8"	SI=2 NO=0
dd3: "Ti capita spesso che il mal di testa non risponda all'antidolorifico?"	SI=2 NO=0
dd4: "Durante il mal di testa hai mai avuto nausea o vomito?"	SI=1 NO=0
dd5: "Il dolore è pulsante o peggiora con il movimento?"	SI=1 NO=0
dd6: "Quando hai mal di testa continui a svolgere le tue normali attività?"	SI=0 NO=2

La somma dei punteggi attribuiti ai 6 items costituisce l'indicatore obiettivo – denominato "Test_a" – che varia da un minimo di 0 a un massimo di 10. La distribuzione dei pazienti secondo il valore di tale indicatore è riportata in Tabella 5:

TABELLA 5. – *Distribuzione dei pazienti intervistati per valori dell'indicatore "Test_a"*

	Frequenza assoluta	Frequenza percentuale	Frequenza Percentuale cumulata
0	192	7,7	7,7
1	191	7,6	15,3
2	213	8,5	23,8
3	255	10,2	34,0
4	287	11,5	45,5
5	271	10,8	56,4
6	299	12,0	68,3
7	263	10,5	78,8
8	214	8,6	87,4
9	164	6,6	94,0
10	151	6,0	100,0
Totale	2500	100,0	

La variabile ha media 4,89 (sd=2,88) e la sua distribuzione appare concentrata tra i valori 3 e 7, sebbene le due "code" – valori inferiori a 3 e superiori a 7 – non sono trascurabili, come meglio si evince dal grafico che segue (Figura 3).

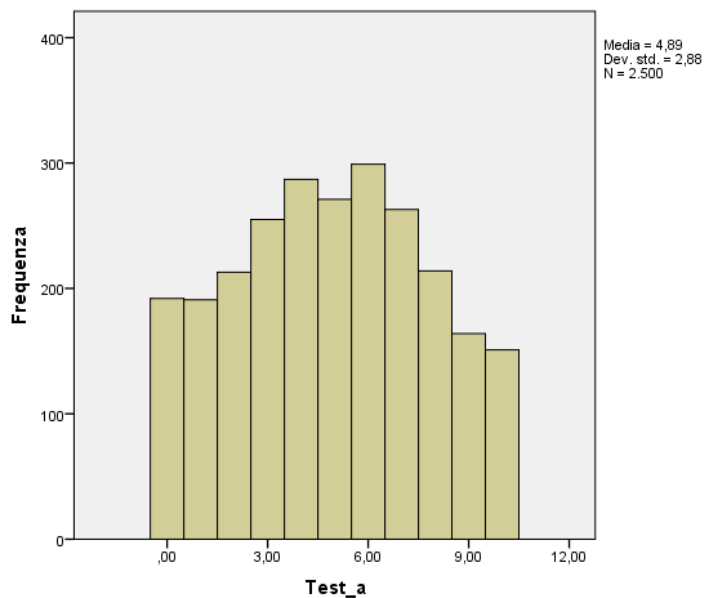


FIGURA 3. – *Distribuzione dei pazienti intervistati per valori di Test_a*

Si rilevano differenze significative per genere (le donne hanno uno score medio più elevato); per età (la media cresce al crescere dell'età); per durata della malattia (Tabella 6).

Da notare che il valore medio dell'indicatore si riduce lievemente dopo i 60 anni e per chi soffre di mal di testa da oltre 30 anni, come se subentrasse un effetto "assuefazione" con il passare del tempo.

TABELLA 6. – *Indicatori di sintesi di "Test_a" per genere, classi di età e tempo di sofferenza*

Genere	Media	N	Deviazione std.
D	5,1866	1672	2,88890
U	4,2826	828	2,76571
Totale	4,8872	2500	2,87976

Test t-Student significativo p-value=0,000

Classi età	Media	N	Deviazione std.
fino a 20 anni	4,1732	127	2,77487
21-40 anni	4,7601	892	2,87187
41-60 anni	5,1759	1086	2,88000
più di 60 anni	4,6101	395	2,85253
Totale	4,8872	2500	2,87976

Test ANOVA significativo p-value=0,000

(Segue Tab.6)

Da quanto tempo soffre	Media	N	Deviazione std.
fino a 1 anno	3,3178	129	2,58597
2-5 anni	4,4596	681	2,65439
6-10 anni	5,1350	600	2,81839
11-20 anni	5,6295	502	2,89575
21-30 anni	5,8194	216	2,83988
più di 30 anni	5,4368	190	2,87181
Totale	5,0311	2318	2,85242

Test ANOVA significativo p-value=0,000

5. LA GESTIONE DEL MAL DI TESTA

La scheda di auto-valutazione consente di rilevare due aspetti fondamentali del comportamento del paziente con problemi di cefalea e cioè 1) se si è mai rivolto, rispettivamente ma non esclusivamente, a: Farmacista, medico di medicina generale (MMG) o Centro Cefalee e 2) se i farmaci utilizzati sono stati prescritti o no.

Da uno sguardo alle distribuzioni semplici delle due variabili si nota il prevalere di comportamenti “virtuosi”: i pazienti che si rivolgono esclusivamente al farmacista⁴ (Figure 4a e 4b) costituiscono poco più del 10% del campione; il 51% si rivolge ai MMG, percentuale che sale al 63% se si considerano coloro che si rivolgono anche al farmacista. Solo il 6,3% si è rivolto (esclusivamente) ad un Centro Cefalee ma se si considerano anche coloro che combinano il ricorso al Centro con il MMG la percentuale sale al 15%. Da segnalare anche la quota di coloro che si sono rivolti a “Tutti” (6,6%). Come si vedrà, il ricorso alle diverse strutture dipende fortemente dalla gravità del sintomo.

Per quanto riguarda l'uso dei farmaci più di tre/quarti del campione (77,5%) dichiara di utilizzare farmaci prescritti e solo il 22,5% si affida al “fai da te”. Non si segnalano differenze significative rispetto a queste distribuzioni né per genere né per età.

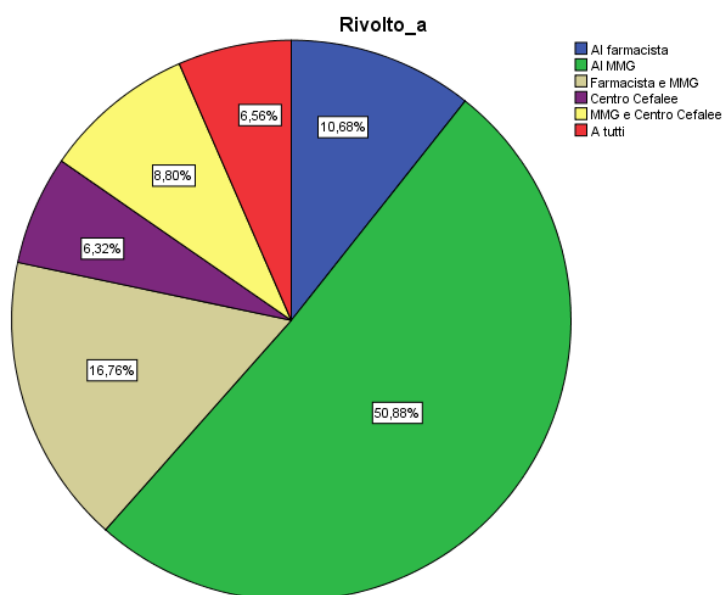


FIGURA 4a. – Distribuzione percentuale dei pazienti per risposte alla variabile: “Ti sei mai rivolto a...?”

⁴ Solo 3 pazienti hanno dichiarato di non essere rivolti a nessuno o comunque non hanno indicato una risposta. Essi sono stati raggruppati con coloro che hanno risposto “Farmacista”.

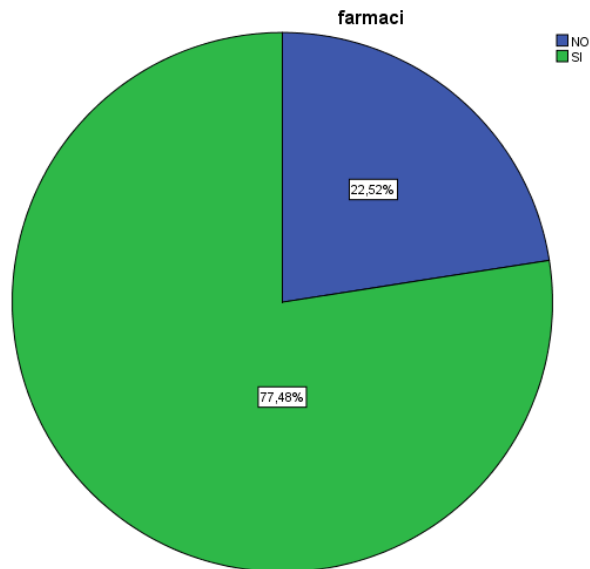


FIGURA 4b. – Distribuzione percentuale dei pazienti per risposte alla variabile: “I farmaci che usi ti sono stati prescritti?”

Come accennato, questi comportamenti variano al variare del livello di gravità del sintomo: la tabella che segue (Tabelle 7a e 7b) mostra il valore medio di Test_a (e la deviazione standard) nelle diverse tipologie di “soccorso” e se il farmaco usato è prescritto o no.

TABELLA 7a. – Indicatori di sintesi di “Test_a” per categorie di “Ti sei mai rivolto a...?”

Rivolto_a	Media	N	Deviazione std.
Al farmacista	3,0749	267	2,48038
Al MMG	4,4615	1272	2,77480
Farmacista e MMG	4,6754	419	2,63118
Centro Cefalee	6,9241	158	2,42740
MMG e Centro Cefalee	7,1000	220	2,27735
A tutti	6,7500	164	2,37413
Totale	4,8872	2500	2,87976

Test ANOVA significativo p-value=0,000

TABELLA 7b. – *Indicatori di sintesi di “Test_a” per categorie di “I farmaci che usi ti sono stati prescritti?”*

farmaci	Media	N	Deviazione std.
NO	3,6146	563	2,60896
SI	5,2571	1937	2,84971
Totale	4,8872	2500	2,87976

Test ANOVA significativo p-value=0,000

Tuttavia, i valori medi nascondono molte differenze che invece è utile evidenziare al fine di analizzare più a fondo i comportamenti dei pazienti a diversi livelli di gravità del sintomo. In particolare, è necessario capire se all'aumentare dei livelli del Test_a i pazienti riconoscono la difficoltà e la pericolosità della automedicazione e se, di conseguenza, si rivolgono a professionisti competenti. Questa analisi più raffinata potrebbe essere di ausilio anche per gli operatori ai diversi livelli, dal Farmacista al MMG, i quali, acquisita una sensibilità adeguata a riconoscere il sintomo e le sue diverse caratteristiche sono in grado di orientare il paziente verso le cure e le strutture più idonee quali i Centri Cefalee. E' importante quindi stabilire le soglie di gravità oltre le quali si interviene o sarebbe necessario intervenire con strumenti via via più adeguati.

Dall'incrocio tra Test_a e la variabile “Ti sei mai rivolto a...” si nota nettamente che il paziente si indirizza a “specialisti” diversi anche in combinazione tra di loro a seconda del livello di gravità (Tabella 8): la percentuale di chi si rivolge esclusivamente al Farmacista declina rapidamente all'aumentare dell'indicatore; quella di chi va solo dal MMG resta costante e superiore al 50% fino a un livello intermedio, ma da Test_a=6 in poi declina; il ricorso al Centro Cefalee aumenta sensibilmente all'aumentare di Test_a. In particolare, è possibile individuare due livelli critici di Test_a a partire dai quali il comportamento cambia radicalmente: dopo il livello 3 si dimezza la percentuale di chi va solo dal Farmacista (dal 16,1% a 8,7%) a favore prevalentemente del ricorso al medico di medicina generale (da 54,9 a 62,7%); dopo il livello 7 si dimezza ancora il ricorso al Farmacista (che scende al 4% e poi declina fino al 2%) e raddoppia il ricorso ai Centri Cefalee che arriva al 10% (al 23,2% se sommato alla percentuale di coloro che si recano sia dal MMG che al Centro Cefalee). Da questo livello (ma in verità già dal livello 6) anche la percentuale di chi si rivolge “a tutti” per combattere il sintomo aumenta vertiginosamente segno di una richiesta d'aiuto che si fa davvero molto pressante.

TABELLA 8. – *Distribuzione dei pazienti per livello di “Test_a” e categorie della variabile “Ti sei mai rivolto a...?” (%)*

Valore di Test_a	Ti sei mai rivolto a...?						Totale pazienti
	Al farmacista	Al MMG	Farmacista e MMG	Centro Cefalee	MMG e Centro Cefalee	A tutti	
0	24,5%	58,3%	13,0%	1,6%	1,6%	1,0%	192
1	20,9%	59,7%	16,2%	1,0%	1,0%	1,0%	191
2	17,8%	55,4%	20,2%	1,9%	1,4%	3,3%	213
3	16,1%	54,9%	20,4%	3,1%	2,4%	3,1%	255
4	8,7%	62,7%	16,0%	2,8%	6,6%	3,1%	287
5	8,9%	57,2%	18,8%	5,9%	4,8%	4,4%	271
6	9,0%	43,8%	20,4%	5,4%	11,4%	10,0%	299
7	4,2%	44,9%	18,3%	9,9%	13,3%	9,5%	263
8	2,8%	47,7%	11,2%	12,1%	15,4%	10,7%	214
9	3,0%	23,2%	16,5%	17,1%	23,2%	17,1%	164
10	2,0%	42,4%	7,3%	13,9%	22,5%	11,9%	151
Totale	10,7%	50,9%	16,8%	6,3%	8,8%	6,6%	2500

Test χ^2 dell'associazione tra le due variabili significativo al p-value=0,000

TABELLA 9. – *Distribuzione dei pazienti per livello di “Test_a” e categorie della variabile “I farmaci che usi ti sono stati prescritti?” (%)*

Valore di Test_a	Farmaci prescritti?		Totale pazienti
	NO	SI	
0	39,1%	60,9%	192
1	35,1%	64,9%	191
2	32,9%	67,1%	213
3	33,3%	66,7%	255
4	23,3%	76,7%	287
5	20,7%	79,3%	271
6	20,7%	79,3%	299
7	14,1%	85,9%	263
8	6,1%	93,9%	214
9	12,2%	87,8%	164
10	7,3%	92,7%	151
Totale	22,5%	77,5%	2500

Test χ^2 dell'associazione tra le due variabili significativo al p-value= 0,000

Anche l'utilizzo di farmaci prescritti o no è fortemente associato con Test_a (Tabella 9). Di nuovo le due soglie livello 3 e livello 7 appaiono critiche per favorire un cambiamento nel comportamento del malato di cefalee: la percentuale di chi utilizza farmaci non prescritti – che sfiora il 40% a livelli minimi del sintomo - si riduce di ben 10 punti dopo il livello 3 e subisce un nuovo significativo calo dopo il livello 7, per poi diventare bassa ma non irrilevante (7,3%) al livello più alto di Test_a.

Da queste analisi possiamo trarre due conclusioni preliminari: 1) l'indicatore "Test_a", costruito sulla base della scheda di auto-valutazione, è un buono strumento per graduare la gravità del sintomo; sulla base di "Test_a" e delle sue relazioni con gli indicatori di gestione delle cefalee è possibile discriminare bene tra pazienti che si trovano a un grado lieve (≤ 3), moderato (4-6) o grave (≥ 7) del sintomo (Tabella 10) e che necessitano di interventi e di cure a livelli molto distinti. E' interessante che le tre classi siano di entità molto simile così che i "cut-off points" corrispondano di fatto ai terzili della distribuzione. Il risultato non era prevedibile a priori.

TABELLA 10. – *Distribuzione dei pazienti per classi di "Test_a"*

	Frequenza	Percentuale
0-3 Lieve	851	34,0
4-6 Moderato	857	34,3
7-10 Elevato	792	31,7
Totale	2500	100,0

6. LE COMPONENTI DEL SINTOMO E LORO CONSISTENZA CON "TEST_A"

In questa sezione vediamo nel dettaglio la relazione tra l'indicatore Test_a riclassificato a tre categorie come sopra definite – livello di gravità lieve, moderato, elevato del sintomo cefalea - e le sue singole componenti, cioè i 6 items della scheda di auto-valutazione. Le relazioni sono tutte significative e, naturalmente, nel senso atteso - data la costruzione dell'indicatore di sintesi. Una lettura comparata tra le diverse distribuzioni consente di caratterizzare meglio i diversi gruppi di pazienti (Tabella 11).

Innanzitutto, il sintomo si presenta almeno 3 volte al mese, tutti i mesi nella maggioranza dei pazienti che hanno un grado almeno "moderato" del problema (73%), raggiungendo la quasi totalità in coloro nella classe "elevato".

La quantità di antidolorifici assunti al mese aumenta sostanzialmente tra una classe e l'altra, ma solo per coloro che hanno un valore del test più elevato la percentuale di chi utilizza più di 8 dolorifici al mese raggiunge una percentuale del 40%. Per gli altri essa si ferma ben al di sotto del 10%. Va,

tuttavia, segnalata la percentuale del 47,6% tra coloro con livello “moderato” del sintomo che assumono da 4 a 8 antidolorifici al mese.

I farmaci risultano efficaci quasi totalmente per chi ha un disturbo lieve (circa il 90% dichiara che non capita spesso di non rispondere all’antidolorifico) mentre la mancata risposta al farmaco è un problema che si presenta nel 93% dei pazienti con livello elevato di Test_a.

Tra i due sintomi che si associano alla cefalea caratterizzandola come emicrania – nausea/vomito o dolore pulsante/peggioramento al movimento – il secondo appare più frequente, a tutti i livelli di gravità del nostro indicatore. Già tra chi soffre del disturbo con bassa intensità il 35,4% riferisce che il dolore aumenta al movimento, mentre “solo” il 19% accusa nausea o vomito. A livelli di gravità più elevati le differenze diminuiscono, presentandosi i due co-sintomi in percentuali crescenti. Tra chi soffre di più di mal di testa entrambi sia la nausea/vomito che la sensibilità al movimento si presentano, rispettivamente, nell’87,5 e 90% dei casi.

Infine una considerazione circa la qualità della vita: il mal di testa si conferma un disturbo fortemente invalidante. Già a livello di gravità moderato il 40% dichiara di non riuscire a svolgere le normali attività, quota che sale al 73% tra i pazienti più gravi.

TABELLA 11. – *Distribuzione dei pazienti per classi di “Test_a” e singole componenti del sintomo*

dd1: “Hai mal di testa per più di 3 volte al mese, tutti i mesi?”	no	si
0-3 Lieve	83,1%	16,9%
4-6 Moderato	27,3%	72,7%
7-10 Elevato	6,3%	93,7%
Totale	39,6%	60,4%

dd2: “Quanti antidolorifici prendi ogni mese per il mal di testa?”	Fino a 3	4-8	8 e più
0-3 Lieve	76,6%	22,3%	1,1%
4-6 Moderato	45,0%	47,3%	7,7%
7-10 Elevato	11,2%	49,2%	39,5%
Totale	45,1%	39,4%	15,5%

(Tabella 11 cont.d)

dd3: "Ti capita spesso che il mal di testa non risponda all'antidolorifico?"	no	si
0-3 Lieve	89,7%	10,3%
4-6 Moderato	52,7%	47,3%
7-10 Elevato	6,9%	93,1%
Totale	50,8%	49,2%

dd4: "Durante il mal di testa hai mai avuto nausea o vomito?"	no	si
0-3 Lieve	81,0%	19,0%
4-6 Moderato	44,8%	55,2%
7-10 Elevato	12,5%	87,5%
Totale	46,9%	53,1%

dd5: "Il dolore è pulsante o peggiora con il movimento?"	no	si
0-3 Lieve	64,6%	35,4%
4-6 Moderato	36,8%	63,2%
7-10 Elevato	10,4%	89,6%
Totale	37,9%	62,1%

dd6: "Quando hai mal di testa continui a svolgere le tue normali attività?"	no	si
0-3 Lieve	85,4%	14,6%
4-6 Moderato	60,0%	40,0%
7-10 Elevato	26,6%	73,4%
Totale	58,1%	41,9%

7. LE DIFFERENZE TERRITORIALI

Il campione di 2500 pazienti risulta ben bilanciato tra le ripartizioni geografiche (cfr. Tabella1).

E' quindi possibile approfondire a livello territoriale alcuni degli aspetti più significativi della ricerca.

Il valore medio dell'indicatore sintetico – Test_a – risulta significativamente diverso tra le ripartizioni e più basso al Nord (Est) rispetto al Centro e al Sud-Isole (Tabella 12):

TABELLA 12. – *Indicatori di sintesi di "Test_a" per ripartizione geografica*

Ripartizione geografica	Media	N	Deviazione std.
Nord_Ovest	4,7808	625	2,75290
Nord_Est	4,4867	450	3,40261
Centro	5,1450	600	2,78032
Sud_Isole	4,9988	825	2,70674
Totale	4,8872	2500	2,87976

Test ANOVA significativo p-value=0,000

Coerentemente, la distribuzione dei pazienti nelle tre classi di gravità del disturbo cefalea è diversa tra il Settentrione e il resto del paese (Tabella 13). Tuttavia, la differenza si percepisce ai livelli medio-bassi di intensità del sintomo cefalea. In particolare, nel Nord-Est la percentuale di chi si colloca nella fascia più lieve – fino a 3 di Test_a – è pari al 44%, di 10 punti più alto rispetto al totale Italia; viceversa, la quota di chi soffre in modo "moderato" è inferiore (23,6% nel Nord-Est contro 34,3% nel totale Italia). Invece, la percentuale di chi soffre in maniera più grave è pressoché equivalente tra le ripartizioni.

TABELLA 13. – *Distribuzione dei pazienti per classi di "Test_a" e ripartizione geografica (%)*

	Ripartizione geografica				Totale
	Nord_Ovest	Nord_Est	Centro	Sud_Isole	
0-3 Lieve	36,0%	44,2%	30,5%	29,6%	851
4-6 Moderato	34,1%	23,6%	36,0%	39,0%	857
7-10 Elevato	29,9%	32,2%	33,5%	31,4%	792
Totale	625	450	600	825	2500

Test χ^2 dell'associazione tra le due variabili significativo al p-value=0,000

I pazienti del Nord-Est appaiono più attenti nell'uso dei farmaci (Tabella 14): solo il 15% (contro il 22,5% del totale Italia) utilizza farmaci senza prescrizione medica. Inoltre, nel 71% dei casi si rivolgono ai MMG, e più raramente che altrove si rivolgono esclusivamente al farmacista (Tabella 15).

E' invece molto più basso il ricorso ai Centri Cefalee⁵. Si noti, a questo proposito, il valore comparativamente più elevato della percentuale di persone che ricorrono esclusivamente ai Centri Cefalee nella ripartizione Sud-Isole (10,1%).

TABELLA 14. – *Distribuzione dei pazienti per risposte alla variabile “I farmaci che usi ti sono stati prescritti?” e ripartizione geografica (%)*

		Ripartizione geografica			
		Nord_Ovest	Nord_Est	Centro	Sud_Isole
farmaci prescritti	NO	22,9%	14,9%	26,7%	23,4%
	SI	77,1%	85,1%	73,3%	76,6%
Totale		625	450	600	825

Test χ^2 dell'associazione tra le due variabili significativo al p-value=0,000

TABELLA 15. – *Distribuzione dei pazienti per risposte alla variabile “Ti sei mai rivolto a...?” e ripartizione geografica (%)*

		Ripartizione geografica			
		Nord_Ovest	Nord_Est	Centro	Sud_Isole
Si rivolge a:	Al farmacista	15,2%	5,6%	7,3%	12,5%
	Al MMG	38,4%	70,9%	42,5%	55,5%
	Farmacista e MMG	19,7%	14,0%	23,2%	11,4%
	Centro Cefalee	8,5%	1,6%	2,5%	10,1%
	MMG e Centro Cefalee	9,3%	4,9%	14,3%	6,5%
	A tutti	9,0%	3,1%	10,2%	4,0%
Totale		625	450	600	825

Test χ^2 dell'associazione tra le due variabili significativo al p-value=0,000

8. LA VALUTAZIONE DELLA SCHEDA DI RILEVAZIONE

Come riferito in premessa, la ricerca ha previsto, per ciascun paziente del campione, la compilazione anche da parte del suo medico di medicina generale di una breve scheda con la quale si è verificata l'accuratezza con la quale il paziente ha compilato la scheda di autovalutazione nonché la chiarezza e l'utilità percepita della scheda.

⁵ E' possibile che nelle città esaminate ci sia un'offerta limitata di queste strutture specializzate; altrimenti il risultato si potrebbe attribuire ad una maggiore sicurezza mostrata dai MMG in queste regioni nella gestione di cefalee ed emicranie.

TABELLA 16. – *Distribuzione dei pazienti che non hanno risposto a qualcuno degli items per la costruzione di "Test_a"*

Item al quale non è stata data risposta	Numero di risposte
Item dd1	7
Item dd2	8
Item dd3	3
Item dd4	2
Item dd5	5
Item dd6	2
Totale non risposte	27

Dalla Tabella 16 è evidente che il numero di domande alle quali non è stata risposta è molto esiguo: solo 27 individui riferiscono di non avere risposto a qualcuno degli items proposti. La frequenza è talmente bassa rispetto al totale del campione che non merita alcun approfondimento, né sarebbe possibile alcuna analisi statistica significativa.

Inoltre, la quasi totalità dei pazienti del campione ha dichiarato di aver trovato chiara, utile e completa la scheda (Tabella 17).

TABELLA 17. – *Giudizi dei pazienti sulla scheda di auto-valutazione*

Come ha trovato in generale la carta da compilare?	Numero di risposte
Chiara	2497
Comprensibile	2498
Semplice/facile	2499
Utile	2470
Completa	2472
Confusa	4
Non adeguata al mio disturbo	26

Sui 60 pazienti che hanno espresso qualche negatività relativamente alla scheda (poco chiara, non utile, ecc.) si è effettuata una breve analisi per

valutare se tali pazienti fossero selezionati rispetto al sintomo, cioè particolarmente sofferenti per cefalea da non trovare alcuna utilità nella ricerca proposta, ma nessuna associazione degna di nota è stata verificata.

Complessivamente, l'associazione tra livello di Test_a e il grado di "soddisfazione" rispetto alla scheda non è risultata significativa (Tabella 18).

TABELLA 18. – *Distribuzione dei pazienti per livello di "Test_a" e soddisfazione o meno circa la scheda di autovalutazione (%)*

	Soddisfatti	Non soddisfatti	Totale
0-3 Lieve	97,5%	2,5%	851
4-6 Moderato	98,0%	2,0%	857
7-10 Elevato	97,2%	2,8%	792
Totale	97,6%	2,4%	2500

Test χ^2 dell'associazione tra le due variabili non significativo.

9. CONCLUSIONI

Emicrania e cefalea sono tra le condizioni patologiche più comuni, che causano tuttavia un elevato grado di sofferenza personale e una forte compromissione – ancorché temporanea – delle normali attività, con conseguenti elevati costi sociali.

Nel corso degli ultimi decenni di studi sull'epidemiologia di tali disturbi si è molto ampliata la conoscenza sull'entità dei problemi di salute pubblica connessi all'emicrania. Tra questi rientra l'eccessivo ricorso all'automedicazione e l'uso talvolta improprio di analgesici, che può addirittura aggravare il sintomo stesso. Anche per tale motivo, il trattamento dei pazienti con emicrania dovrebbe essere accompagnato, fin dall'insorgere della malattia, da una sinergia di interventi che possano fornire informazioni adeguate e soluzioni efficaci ai pazienti con un grado lieve o moderato del disturbo, raccomandando il ricorso allo specialista o ai centri cefalee nelle situazioni più gravi. In tal senso, la sensibilizzazione dei pazienti ma anche di farmacisti e dei medici di medicina generale appare un obiettivo di sanità pubblica.

La presente ricerca ha inteso dare un contributo in questa ultima direzione. Attraverso un semplice strumento di rilevazione somministrato ad un campione di pazienti di medici di medicina generale con sintomo cefalea si dà la possibilità al paziente di auto-valutare la propria condizione, di riconoscere i sintomi correlati, di esprimersi sulla propria qualità della vita, di considerare il rapporto con i farmaci e l'efficacia dei farmaci stessi.

La sintesi di queste valutazioni è un indicatore, che abbiamo denominato "Test_a", che gradua da 0 a 10 il livello di gravità del mal di testa e che

permette di discriminare in modo netto tra pazienti con livelli lievi, moderati ed elevati. Essi hanno comportamenti ben distinti in termini di utilizzo dei farmaci e ricorso alle strutture sanitarie via via più adeguate per il trattamento delle cefalee.

Il campione è molto ampio (n=2500) e presenta una struttura per genere, età, data di insorgenza in linea con i dati epidemiologici noti in letteratura [1]. Inoltre, essendo ben bilanciato a livello di ripartizione geografica consente approfondimenti anche a livello territoriale.

Lo strumento proposto – peraltro molto gradito ai pazienti come risulta dalla valutazione della scheda di rilevazione in sé riferita di fronte al proprio MMG - potrebbe quindi essere utilizzato a più ampia scala, diffuso presso gli studi medici e anche presso le farmacie, allo scopo di sensibilizzare una più ampia fascia di popolazione e supportare i medici ed i farmacisti ad indirizzare i propri pazienti verso le cure e le strutture più coerenti con il livello di gravità del sintomo.

RINGRAZIAMENTI

La ricerca illustrata in questo lavoro è stata realizzata grazie al contributo finanziario di Mylan S.p.A.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

[1] Assessorato Politiche per la Salute Regione Emilia-Romagna (2013). Documento di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente con cefalea in Emilia Romagna - "percorso cefalea", *Bollettino Ufficiale*, n.44, Regione Emilia Romagna, Bologna.

[2] de Tommaso M., Sciruicchio V. (2016). Migraine and Central Sensitization: Clinical Features, Main Comorbidities and Therapeutic Perspectives, *Current Rheumatology Reviews*, 12, 113-126.

[3] Dees B., Coleman-Jackson R., Hershey L.A. (2013). Managing migraine and other headache syndromes in those over 50, *Maturitas*, 76, 243– 246.

[4] Ferrari A., Baraldi C., Sternieri E. (2015). Medication overuse and chronic migraine: a critical review according to clinical pharmacology, *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*, 11(7), 1127-1144.

[5] Smitherman T.A., Burch R., Sheikh H., et al. (2013). The prevalence, impact, and treatment of migraine and severe headaches in the United States: a review of statistics from national surveillance studies, *Headache*. 53(3), 427-36.

APPENDICE

- Scheda di Autovalutazione, file: Test_a scheda autovalutazione.pdf
- Questionario a cura del medico, file: Test_a questionario di verifica.pdf