



CEFALEE TODAY

for the research on headache and clinical neuroscience

N. 107 MARZO 2017

CLINICA DEL MAL DI TESTA: QUANDO LA TERAPIA NON È FARMACOLOGICA

RICCARDO ROSA - Pagina 2

CEFALALGIOFOBIA, LA PAURA CHE FAVORISCE L'EMICRANIA

ELISA SANCISI - Pagina 3

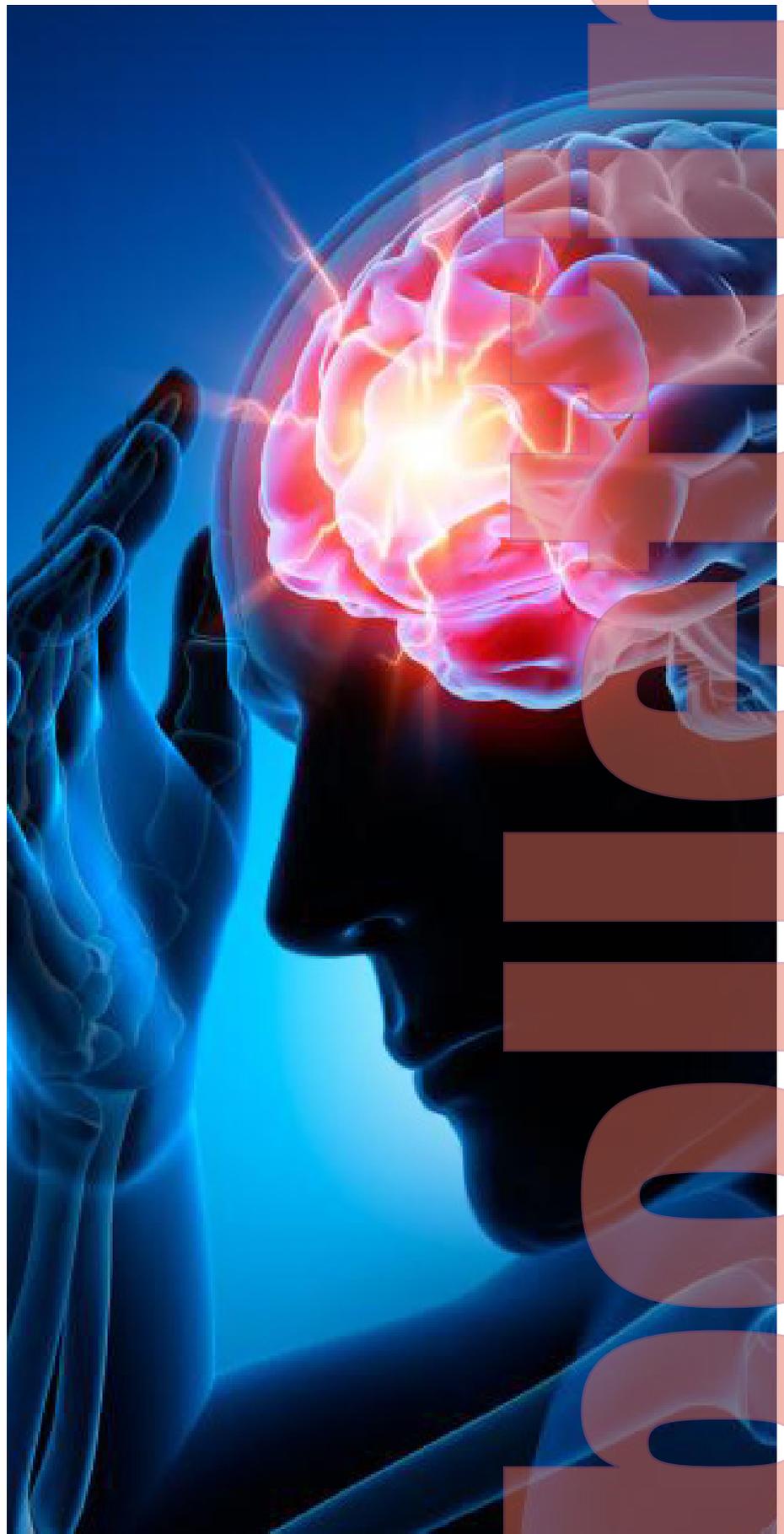
NETWORK ITALIANO

CEFALEE

CLINICA DEL MAL DI TESTA (LATINA E
ROMA) - Pagina 5

CLUSTER HEADACHE DAY 2017, ITALY 21 MARCH - pag. 5

SOSTIENI LA RICERCA, DONA IL TUO 5X1000! - pag. 5



DIRETTORE SCIENTIFICO

Marzia Segù (Pavia)

DIRETTORE RESPONSABILE

Silvia Molinari (Pavia)

DIRETTORE EDITORIALE

Roberto Nappi (Pavia)

COMITATO EDITORIALE

Marta Allena (Pavia)

Filippo Brighina (Palermo)

Biagio Ciccone (Saviano)

Alfredo Costa (Pavia)

Vittorio di Piero (Roma)

Maurizio Evangelista (Roma)

Enrico Ferrante (Milano)

Federica Galli (Milano)

Nataschia Ghiotto (Pavia)

Guido Giardini (Aosta)

Rosario Iannacchero (Catanzaro)

Armando Perrotta (Pozzilli)

Ennio Pucci (Pavia)

Paolo Rossi (Grottaferrata)

Grazia Sances (Pavia)

Elisa Sancisi (Ferrara)

Cristina Tassorelli (Pavia)

Cristiano Termine (Varese)

Michele Viana (Novara)

SEGRETERIA

Gabriele Zecca (Pavia)

Per informazioni:

Alleanza Cefalalgici (Al.Ce.)

c/o Biblioteca

IRCCS Fondazione Istituto Neurologico

Nazionale C. Mondino

Via Mondino 2 – 27100 Pavia

E-mail: alcegroup@cefalea.it

Inserito nel registro stampa e periodici
del Tribunale di Pavia al numero 680 in
data 03/09/2007

Bollettino di informazione bimestrale

Clinica del mal di testa: quando la terapia non è farmacologica

Riccardo Rosa



Dott. Riccardo Rosa
Fisioterapista
www.clinicadelmalditesta.it

Le cefalee primarie più diffuse e diagnosticate sono l'Emicrania senz'aura e la Cefalea Tensiva, le quali spesso presentano numerose comorbidità, cioè coesistono con altre problematiche. Tra queste, recenti evidenze scientifiche hanno sottolineato la frequente associazione di dolori e disfunzioni cervicali e temporo-mandibolari a tali forme di cefalea. La necessità e la richiesta da parte dell'utenza di implementare terapie non-farmacologiche nella gestione di tali sindromi neurologiche sono aumentate, come sottolineato dal Dott. Schoenen in un recentissimo editoriale su *Cephalgia* (vol.36(12) 1101-1102). Il neonato network riabilitativo La Clinica del Mal di Testa si occupa di questo.

• DOTT. ROSA, PUÒ DIRCI COS'È LA CLINICA DEL MAL DI TESTA?

La Clinica del Mal di Testa è un network dinamico composto da professionisti sanitari – medici e fisioterapisti in primis – che propongono approcci terapeutici non-farmacologici come alternativa, supporto o complemento alla terapia standard prevista per pazienti con Emicrania o Cefalea Tensiva. Per approcci non farmacologici si intendono: terapia nutrizionale specifica (indicazioni alimentari specifiche per disturbo); integrazione nutraceutica (indicazione di integratori con proprietà farmacologiche naturali); fisioterapia specializzata (terapia dei trigger points miofasciali, massoterapia terapeutica, mobilizzazioni della colonna vertebrale, esercizi terapeutici di resistenza, ergonomia posturale, esercizi di carico isotonici, allenamento aerobico); terapie cognitivo-comportamentali (training autogeno, ipnosi, educazione neuroscientifica del dolore); terapie per i disturbi del sonno o dell'oculomotricità e psico-affettivi. Per ognuna di queste aree vengono indicati i rispettivi professionisti che attraverso la rete della Clinica inter-collaborano.

• COSA SI INTENDE PER NETWORK DINAMICO?

Si intende che ogni professionista è indipendente, alcuni collaborano direttamente tra loro nelle medesime sedi, mentre altri operano in località e studi propri, in quartieri o città diverse. La Clinica come struttura architettonica, cioè come edificio oggi "non c'è". Esiste come "edificio virtuale" sul web. Nella pagina "Dove siamo" sono indicati gli studi attuali di riferimento per città. Ogni studio in cui visita ed esercita un professionista "affiliato" al network è di fatto "La Clinica". Questo dà la possibilità di un'ampia flessibilità a livello di luoghi e specialisti su tutto il territorio nazionale, piuttosto che limitarsi a una singola, unica realtà strutturale.

• QUAL È L'OBBIETTIVO DELLA CLINICA DEL MAL DI TESTA?

Il network è in crescente sviluppo. L'obiettivo principale è superare alcuni ostacoli fondamentali che spesso impediscono la gestione terapeutica efficace di questi pazienti: la mancanza o il ritardo di una diagnosi precisa; il "fai-da-te" e l'uso improprio ed eccessivo di farmaci (con intossicazioni e peggioramento delle condizioni); la scarsa qualità di ascolto e di programmazione terapeutica; l'indifferenza verso il ruolo contribuyente dei disordini miofasciali o articolari cervicali o ancora temporo-mandibolari associati; la "miopia e sordità" delle istituzioni verso tutto questo; la necessità di educare i pazienti su come funzionano i meccanismi della loro condizione e come fare attenzione a tante false e pericolose informazioni, nonché alle "soluzioni magiche" e miti curativi o convinzioni fuorvianti, alimentati da vari professionisti ufficiali o pseudo tali, a volte abusivi, che operano indiscriminatamente sul web e sui social media.

• QUALE LEGAME ESISTE TRA LE CEFALIE PRIMARIE E I DISORDINI MUSCOLO-SCHELETRICI?

La ricerca ha ampiamente dimostrato come alla base di questi disordini neurologici concorrono molteplici fattori, la cui influenza varia da persona a persona, nonché dal momento e contesto in cui interferiscono. Esiste una soglia di tolleranza/adattamento che nei cefalalgici primari è più facilmente superabile. I dolori e le disfunzioni muscolo-scheletriche, even-

tualmente co-presenti nel quadro clinico del paziente, possono rappresentare uno degli stressor factors in grado di facilitare il superamento di tale soglia, favorendo la precipitazione dell'attacco, o peggiorarlo, qualora fosse già in sviluppo. Nella cefalea tensiva oggi sappiamo, dalla letteratura e esperienza clinica internazionale, che fattori psicogeni e miofasciali hanno un ruolo determinante e che la fisioterapia specializzata (terapia miofasciale ed esercizi terapeutici di resistenza) è efficace e utile nel ridurre frequenza, durata, intensità e disabilità degli attacchi, con risultati statisticamente e clinicamente rilevanti. Le linee guida internazionali sottolineano la necessità di indagare la presenza di tenderness pericraniale, che rappresenta - anche nell'emicrania - un importante fattore prognostico pro-cronicizzazione.

• **E IN PARTICOLARE NELL'EMICRANIA?**

Nell'emicrania la situazione è più complessa perché fattori genetici, la suscettibilità individuale, numerose disfunzioni molecolari, anatomiche e funzionali rendono il sistema nervoso di queste persone ancora più facilmente vulnerabile alle fluttuazioni omeostatiche, con ampie difficoltà o incapacità proprie di adattamento. Di conseguenza, ogni stimolo (ciclo, clima, cibo, rigidità muscolare-articolare, umore, stanchezza) può rappresentare, in un certo momento, l'interferenza che irrita e favorisce l'attacco. Per questo motivo è importante il diario e ogni cosa va indagata con cura. Secondo letteratura recente i dolori cervicali e temporo-mandibolari sono molto spesso associati sia all'emicrania che alla cefalea tensiva, soprattutto nelle forme miste. Tali disordini muscoloscheletrici "periferici", attraverso peculiari interconnessioni neurali con sede nel nucleo trigemino-cervicale, sono fonti di nocicezione periferica in grado di contribuire al peggioramento della sintomatologia, nonché della disabilità del paziente, favorendone la cronicità e la scarsa risposta alla terapia medica standard. Il dolore riferito mio fasciale, che replica o corrisponde ai sintomi della cefalea lamentati dal paziente, è infatti un'esperienza molto comune tra queste sindromi. Anche per i pazienti emicranici, l'esercizio aerobico e le terapie miofasciali possono essere efficaci e utili, soprattutto se inseriti un programma terapeutico multidisciplinare che coinvolga anche terapie alimentari, cognitive e igiene comportamentale.

• **COSA LAMENTANO IN PARTICOLARE I PAZIENTI E IN CHE MODO IL VOSTRO NETWORK SI CONTRADDISTINGUE?**

Per ragioni organizzative, tempistiche, preparazioni professionali oggi le mani sui pazienti non si mettono più. La gran maggioranza di pazienti lamenta di ricevere visite veloci, di essere poco ascoltati e soprattutto di non essere valutati manualmente. Queste mancanze rappresentano uno degli step che favoriscono la cronicizzazione delle condizioni. La Clinica del Mal di Testa vuole dunque promuovere una cultura del "problema cefalea" a 360° con informazioni precise, consigli e orientamenti aggiornati e corretti forniti da professionisti che si occupano nello specifico di questi disturbi. Soprattutto, vuole diffondere come routine la cultura di una valutazione specifica, evidence-based, della mobilità e funzionalità miofasciale del rachide cervicale e/o delle articolazioni cranio-mandibolari. Attraverso test specifici, veloci e affidabili è possibile da subito verificare il ruolo contributivo o co-causativo di tali disordini "periferici" nel contesto più ampio della sindrome cefalalgica. Consideriamo che esiste un'ampia possibilità di overlap, cioè sovrapposizione di sintomi, tra forme di cefalea primaria e secondaria, che rendono difficile un processo diagnostico definitivo e unico. La cefalea cervicogenica e l'emicrania, ad esem-

pio, condividono numerose caratteristiche sovrapponibili, con la differenza che test clinici diagnostici differenziali per le forme secondarie oggi esistono e che comunque le varie forme possono co-esistere. Un paziente emicranico può soffrire anche di una forma di disfunzione cervicale - che la "primarietà disfunzionale neuronale" contribuirà ad accentuare - e dunque può necessitare di fisioterapia specifica, a prescindere dalle cure mediche per la cefalea. Questo molto spesso non accade e i problemi cervicali o son del tutto ignorati o sono considerati sempre "secondari" alla "primarietà" emicranica.

• **UNA VOLTA CHE SI CONTATTA LA CLINICA "VIRTUALE" COME AVVIENE LA PRESA IN CARICO REALE?**

I nostri pazienti sono in genere pratici del web e ci contattano attraverso il sito www.clinicadelmalditesta.it, dove trovano gli studi di riferimento. Ogni professionista del network della clinica provvede a un'accurata anamnesi e fa compilare dei questionari specifici al fine di inquadrare al meglio la condizione globale. Le domande, la descrizione dei sintomi e i questionari permettono di definire molto accuratamente i campi di interferenza. Si esegue successivamente una valutazione manuale ebp con precisi test di mobilità, test palpatori, test provocativi, per verificare subito il ruolo contributivo di eventuali disfunzioni miofasciali o articolari, manifeste o latenti, a livello cervicale o temporo-mandibolare. Quando la palpazione o i test riproducono sintomi uguali o simili a quelli del mal di testa lamentato dal paziente e, al tempo stesso, li riduciamo con stimolazioni manuali controllate e modulate, i tessuti coinvolti dimostrano così di avere un ruolo contributivo. Considerando la tendenza o facilitazione all'ipereccitabilità tipica delle cefalee primarie, la sola provocazione dei sintomi non è però un dato oggettivo sufficiente. È necessario ridurre e eliminare tali sintomi riferiti durante la valutazione stessa. Questo fenomeno di "accensione-spegnimento" sintomi - così lo spieghiamo ai pazienti per una comprensione facile e rassicurante - è la premessa fondamentale per giustificare il ruolo contributivo delle disfunzioni miofasciali-articolari e dunque indicare la terapia manuale come aiuto complementare. Altre aree disfunzionali possono emergere in corso di anamnesi e valutazione, perché tanti fattori possono contribuire ai fenomeni di sensitizzazione che sono alla base di ogni attacco di cefalea primaria. In base al quadro finale, la persona valutata viene opportunamente inviata ad approfondire con altri specialisti del network, presso la medesima sede o altrove, la nutrizione, l'integrazione con nutraceutici (al fine di ridurre l'impatto farmacologico), l'oculomotricità (disturbi della vista possono costituire fattori irritativi), i disturbi del sonno, i disturbi psico-emotivi.

• **NELLO SPECIFICO QUANTO DURA IL PERCORSO FISIOTERAPICO?**

Il percorso terapeutico fisioterapico, quando indicato o prescritto, prevede un breve ciclo di sedute (4-5 per 4 settimane), seguito prima da un periodo successivo di auto-gestione (2-4 settimane in cui vengono assegnati esercizi specifici, norme di igiene comportamentale, indicazioni alimentari) e poi da controllo gratuito di verifica dell'andamento della situazione, attraverso i questionari e il diario. In base ai primi risultati, si imposta una seconda fase con l'elaborazione di un programma che prevede sempre più un lavoro attivo (esercizi e allenamento fisico, stile di vita) e sempre meno le terapie passive manuali, eventualmente accompagnato da interventi paralleli (terapia cognitiva, terapia specifica oculomotoria, terapie del sonno, eccetera).

Cefalalgiofobia, la paura che favorisce l'emicrania

Elisa Sancisi



Dott.ssa Elisa Sancisi
Medico Specialista in
Neurologia
AUSL di Ferrara

L'emicrania, un male che non si vede, ma si sente, costituisce una forma di dolore difficilmente documentabile e soprattutto difficilmente comunicabile. **Gli emicranici sono individui sofferenti in modo del tutto particolare**, perché colpiti da un dolore che possiede caratteristiche speciali in quanto localizzato alla testa, cioè nel distretto dell'organismo più direttamente coinvolto nel determinare non soltanto lo stato di coscienza, ma anche la capacità di pensare. L'offuscamento delle capacità

psichiche, dovuto a un vero rallentamento dei processi intellettivi e cognitivi, associato per di più a una sofferenza dolorosa, provoca sempre **un profondo senso di frustrazione** perché ostacola l'estrinsecazione, la realizzazione e l'affermazione della propria personalità. Spesso non è solo il dolore ad essere disturbante per la persona, ma anche **tutti i sintomi associati come nausea, vomito, stanchezza**, sensazione di confusione, modificazione dell'umore, fastidio per le luci, rumori ed odori. **Tali sintomi** possono precedere l'emicrania anche di alcune ore-giorni (prodromi) e possono accompagnarla o seguirla anche nei giorni successivi. Essi prolungano la sofferenza e **contribuiscono a rendere l'emicrania una sintomatologia molto invalidante**, tanto da essere considerata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come una delle malattie più disabilitanti, con importanti ripercussioni sulla vita personale, familiare, sociale e lavorativa.

Il dolore è così imprevedibile, intenso e disabilitante da scatenare la **paura che possa tornare**. Tale paura è così forte che crea il timore di stare sempre peggio, di non riuscire a riprendersi o di avere un altro terrificante attacco. Questa si chiama **cefalalgiofobia**, è la paura di avere un altro attacco o di avere un peggioramento di un attacco lieve. È qualcosa di differente dall'ipocondria, caratterizzata da una paura più diffusa e incentrata su molteplici sintomi. **La cefalalgiofobia è una specifica fobia di malattia**, un'intensa paura di avere una condizione specifica, come un cancro, una malattia di cuore o, nel nostro caso, l'emicrania. **La cefalalgiofobia** è stata oggetto finora di pochi studi (Perez MF, et al. Cephalalgia: a possible specific phobia of illness. J Headache Pain 8(1):56-59; 2007 - Giannini G, et al. Cephalalgia: a feature of high-frequency migraine: a pilot study. The J Headache Pain, 14: 49; 2013), in cui comunque è stato dimostrato che essa è più frequente negli emicranici con elevato numero di attacchi e negli emicranici con iperuso di analgesici. La cefalalgiofobia potrebbe giocare un ruolo importante nel peggioramento dell'emicrania attraverso un meccanismo diretto, così come le altre fobie, o in maniera indiretta, aumentando la sintomatologia ansioso-depressiva e il consumo degli

analgesici. **La cefalalgiofobia può essere causa di sofferenza e vulnerabilità**, può essere pervasiva ed interferire con le performance della persona, portandola a demoralizzarsi e a tenere condotte di evitamento, come ad esempio rinunciare a cene, viaggi, progetti ed aspirazioni personali. **Può soprattutto associarsi ad attacchi di panico, ansia e depressione e contribuire all'iperuso di analgesici**. Le persone con cefalalgiofobia sono più predisposte ad assumere gli analgesici, anche in assenza di dolore, per evitare la comparsa dello stesso, in quanto la loro soglia per l'assunzione degli analgesici è più bassa. La presenza di ansia e depressione, così come l'iperuso di analgesici, sono ormai accertati tra i più importanti fattori di rischio per la cronicizzazione della cefalea. **L'iperuso di analgesici aumenta il rischio di cronicizzazione di circa 6 volte rispetto a chi non presenta un uso eccessivo di analgesici**; è altresì responsabile di riduzione dell'efficacia delle terapie preventive e la sua sospensione determina un miglioramento della cefalea. È importante ricordare che tutti i farmaci per l'attacco possono contribuire alla cronicizzazione della cefalea, con rischio maggiore per i farmaci di associazione.

La cefalalgiofobia deve essere riconosciuta e trattata ai fini di ridurre la disabilità e la cronicizzazione della cefalea. Cosa fare per contrastarla? L'emicranico deve adottare efficaci strategie di adattamento per convivere con la sua cefalea e per evitare la cefalalgiofobia. Di fronte al dolore emicranico, la persona può **assumere un atteggiamento attivo** (coping attivo) tentando di controllare in qualche modo il proprio dolore **oppure un atteggiamento più passivo**, la catastrofizzazione, cioè la tendenza, di fronte al dolore, a rimuginare, ingigantire e sentirsi privi di sostegno. Sicuramente è indispensabile mantenere un atteggiamento attivo, diventando sempre **più consapevoli della propria emicrania e dei suoi fattori scatenanti**, i quali devono essere contrastati con corrette abitudini di vita.

È fondamentale:

- regolarizzare il ritmo sonno-veglia (non dormire troppo né troppo poco);
- evitare il digiuno prolungato con alimentazione regolare per quantità ed orario;
- mantenere un'adeguata idratazione;
- avere un'attività fisica regolare;
- evitare gli eventi stressanti;
- prendersi i propri spazi (evitare turni di lavoro massacranti, troppi impegni familiari e sociali, non porsi degli obiettivi impossibili);
- evitare assunzione eccessiva di alcolici e caffeina.

Ricordarsi, inoltre, che **raramente gli attacchi si scatenano per una singola causa**, motivo per cui è consigliabile evitare di concentrare più fattori di rischio contemporaneamente (per esempio, nel periodo mestruale **è opportuno** evitare il rito dell'aperitivo o il digiuno a mezzogiorno).

È fondamentale imparare a condividere il dolore e la paura del dolore. In questa prospettiva sono **da favorire i gruppi di auto-mutuo-aiuto e tutte le modalità di condivisione del dolore** attraverso il racconto della propria esperienza tramite libri, forum, dipinti, disegni, ecc.

Non va dimenticato, però, che è importante non curarsi da soli. Spesso, nella gestione dell'attacco vengono fatti alcuni errori che possono condizionare l'andamento e prolungare l'emicrania, come l'assunzione tardiva dell'analgesico, un dosaggio non adeguato o l'utilizzo di farmaci non specifici. È necessario affidarsi ad uno specialista della diagnosi **e della cura delle cefalee, così da giungere ad una corretta diagnosi** (con riconoscimento anche della componente di cefalalgiofobia) e intraprendere adeguate terapie dell'attacco e di prevenzione.

Network Italiano Cefalee



*Clinica del Mal di Testa
(Latina e Roma)*

Responsabile Scientifico: Dott. Riccardo Rosa

Fisioterapista, specializzato in terapia manipolativa e dry needling per i dolori miofasciali e le disfunzioni di mobilità cervicali o cranio-mandibolari associate a cefalea tensiva e emicrania

Contatti: info@clinicadelmalditesta.it

Sede di Latina: Viale Le Corbusier, 1° piano – Latina (Torre Baccari)

Sede di Roma: Via Campania 37a, Roma (Via Veneto)

Per informazioni e prenotazioni:

Sede di Latina: 077-3623669 Prenotazioni per visita muscolo-scheletrica e trattamenti terapia manuale, o consulenza neurologica – Giorni ed orari di apertura: Tutti i giorni dalle 9 alle 20.

Sede di Roma: 06-899286 Prenotazioni per visita neurologica, visita muscolo-scheletrica e trattamenti terapia manuale - Giorni ed orari di apertura: Mercoledì 14-20, Venerdì 11-20.

Sito web: www.clinicadelmalditesta.it

Collaboratori:

Sede di Latina: Dott. Cherubino Di Lorenzo (Neurologo, PhD esperto in Dieta Chetogenica per emicrania e epilessia); Dott.ssa Roberta Gualtieri (Fisioterapista e Pilates Trainer).

Sede di Roma: Dott. Gianluca Coppola (Neurologo, PhD) e Dott.ssa Eleonora Drago (Psicologa – Psicoterapeuta esperta in training autogeno).

CLUSTER HEADACHE DAY 2017, ITALY 21 MARCH



Autore Michael Cuman

“Materiale informativo relativo all’evento è disponibile sul sito della piattaforma web CIRNA Onlus dedicato alle iniziative promosse dal gruppo Al.Ce. Cluster: alcecluster.cefalea.it (sezioni “per pazienti” ed “events 2017”)”



Sostieni la Ricerca, dona il tuo 5x1000!

Un piccolo gesto di grande valore.

Anche quest’anno è possibile destinare alla Fondazione CIRNA Onlus il 5 per mille sulla dichiarazione dei redditi 2017. E’ sufficiente trascrivere il codice fiscale 10242930153 nel riquadro dedicato al sostegno del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale presente nell’allegato ai moduli 730, UNICO persone fisiche, ovvero apposita scheda allegata al CUD e apporre la propria firma (senza la quale la scelta sarà considerata nulla!).

Un piccolo gesto di grande valore.

SCELTA PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL’IRPEF (in caso di scelta FIRMARE in UNO degli spazi sottostanti)

<p>Sostegno del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale e delle associazioni e fondazioni riconosciute che operano nei settori di cui all’art. 10, c. 1, lett a), del D.Lgs. n. 460 del 1997</p> <p>FIRMA <u>Franco Rossi</u></p> <p>Codice fiscale del beneficiario (eventuale) <u>10242930153</u></p>	<p>Finanziamento della ricerca scientifica e dell’università</p> <p>FIRMA <u>Firma</u></p> <p>Codice fiscale del beneficiario (eventuale) _____</p>
<p>Finanziamento della ricerca sanitaria</p> <p>FIRMA _____</p> <p>Codice fiscale del beneficiario (eventuale) _____</p>	<p>Sostegno alle attività di tutela, promozione e valorizzazione dei beni culturali e paesaggistici</p> <p>FIRMA _____</p> <p>Codice fiscale del beneficiario (eventuale) _____</p>
<p>Sostegno delle attività sociali svolte dal comune di residenza del contribuente</p> <p>FIRMA _____</p> <p>Codice fiscale del beneficiario (eventuale) _____</p>	<p>Sostegno alle associazioni sportive dilettantistiche riconosciute ai fini sportivi dal CONI a norma di legge, che svolgono una rilevante attività di interesse sociale</p> <p>FIRMA _____</p> <p>Codice fiscale del beneficiario (eventuale) _____</p>