

# L'emicrania di Valentina

Federica Zanetto\*, Michele Gangemi\*\*

\*Pediatria di famiglia, ACP Milano e Provincia; \*\*Pediatria di famiglia, Verona

## Abstract

### Valentina's migraine

The following scenario regards the use of propranolol in migraine prophylaxis for an 11 year old girl. Parent's request regards the opportunity to go on with a few weeks treatment as prescribed by the neurologist. No more information comes from a search through secondary literature or a data bank compared to the expert's point of view and casuistry. The expert remains then the only real reference for the paediatrician. Thus, a true and careful listening during which the paediatrician shows interest and respect towards parents point of view remains the best tool available. A careful use of communicating strategies in getting back the necessary information for parents is also important. The choice to follow the prescribed treatment becomes then fruit of a shared and conscious agreement.

Quaderni acp 2004; 11(5): 224-225 and 234

**Key words** Migraine. Therapy. Propranolol. Counselling. Narrative medicine

Il problema analizzato in questo scenario riguarda l'utilizzo del propranololo nella profilassi dell'emicrania in una ragazzina di 11 anni e il quesito dei genitori sull'opportunità di proseguire tale trattamento per alcune settimane, come prescritto dalla specialista consultata. La ricerca sulle pubblicazioni secondarie e quella in banca dati non forniscono alcuna informazione aggiuntiva rispetto al punto di vista e alla casistica dell'esperto, che restano l'unico riferimento per la pediatra prima di procedere nel suo intervento con la famiglia. Un ascolto reale, in cui vengono espressi interesse e rispetto per i dubbi e le perplessità dei genitori, e l'utilizzo attento di alcune strategie comunicative nella restituzione delle informazioni a loro necessarie sono alla base di un'adesione condivisa e più consapevole al trattamento farmacologico in corso.

**Parole chiave** Emicrania. Terapia. Propranololo. Counselling. Medicina narrativa

## Scenario clinico

Valentina, 11 anni, è da due mesi in trattamento farmacologico preventivo con propranololo per una cefalea insorta a 10 anni, con attacchi frequenti (> 2 al mese), di durata prolungata (> 2 ore), poco rispondenti ai comuni analgesici. I genitori, pur constatando un evidente miglioramento della situazione dopo l'inizio della profilassi, mai convinti del tutto dell'utilizzo del farmaco, telefonano alla pediatra (Box 1).

## Background

In caso di crisi emicraniche che si manifestano in età scolare con frequenza superiore ai 2 attacchi al mese e con intensità tale da comportare assenze scolastiche, viene presa in considerazione la profilassi farmacologica, per la durata di 2-6 mesi. Il propranololo ha dimostrato buona efficacia nella profilassi degli attacchi in bambini di questa fascia di età, alla dose di 1-3 mg/kg/die. Come per altri farmaci che pos-

sono essere utilizzati a tale scopo (ergotamina, clonidina, inibitori dell'ingresso del calcio), il meccanismo d'azione dei beta-bloccanti nella prevenzione dell'emicrania non è noto: più che a un supposto meccanismo di tipo vascolare, l'azione favorevole sarebbe legata a effetti diretti sul sistema nervoso centrale.

## Cosa dice (o non dice)

### l'Evidence Based Medicine

La pediatra è assolutamente convinta della competenza della specialista che segue Valentina e non ha dubbi sulla correttezza della prescrizione, considerate anche le caratteristiche delle crisi di cefalea presentate dalla ragazzina (frequenza degli attacchi, intensità del dolore, familiarità, risposta scadente agli analgesici durante la crisi, limitazione delle normali attività).

Prova comunque ad andare oltre il punto di vista dell'esperto, e a verificare lo stato attuale della letteratura sull'argomento.

*Clinical Evidence*, dicembre 2003, a pag. 433, in risposta al quesito "quali sono gli effetti della profilassi dell'emicrania in età pediatrica?", riporta i risultati di tre RCT sull'efficacia dei beta-bloccanti rispetto al placebo: gli studi, tutti condotti su piccoli numeri, non sono concordi nelle loro conclusioni (*conflicting evidence*). Non sono nemmeno recentissimi (Ludvigsson, *Acta Neurol Scand* 1974; 50:109-15; Forsythe, et al. *Dev Med Child Neurol* 1984;26:737-41; Olness, et al. *Pediatrics* 1987;79:593-97).

Anche rispetto ad eventuali correzioni dietetiche nella prevenzione dell'emicrania in età pediatrica, cui la mamma di Valentina ha già accennato al telefono, non sono state trovate al momento evidenze disponibili (*Clinical Evidence*, dicembre 2003, pag. 434).

Data un'occhiata anche all'indice 1999-2003 di *Prescrivere* sotto i termini "migraine" e "antimigraineux", la pediatra non vi trova alcun risultato utile, a parte una breve citazione riguardante i preparati omeopatici (studi clinici e metanalisi non conclusive), da tenere presente per il suo colloquio dell'indomani con i genitori. Nemmeno la consultazione diretta in banca dati, alla ricerca di eventuali studi più recenti, condotta utilizzando il browser MeSH di *PubMed* e lanciando la query **Migraine/prevention AND control AND Child AND Propranolol**, dà alcuna risposta. La pediatra prova ancora a selezionare e a lanciare la stringa **Migraine/prevention AND control**: vengono elencati 12 RCT, di cui però nessuno recente, riguardante l'utilizzo del propranololo nella profilassi dell'emicrania.

## Conclusioni del pediatra e restituzione ai genitori

Sia la ricerca tradizionale che quella in banca dati non forniscono alcuna informazione aggiuntiva rispetto al punto di vista dell'esperto. La pediatra può ora procedere nel suo intervento con la famiglia, consapevole di doversi riferire questa volta soprattutto all'esperienza clinica accumulata e analizzata nel corso degli anni dallo specialista (Box 2).

Per corrispondenza:

Federica Zanetto

e-mail: zanettof@tin.it

**Box 1**

*Mamma* ... dottoressa, mi scusi, la chiamo ancora per il mal di testa di Valentina... va tutto molto meglio dall'ultima volta che ci siamo sentite... da quando prende le pastiglie praticamente non ci sono stati più attacchi...

*Pediatra* Bene... avete per caso sentito anche la neurologa?

*Mamma* Appunto per questo le telefono... lei ci dice comunque di continuare ancora per due mesi... ma io e mio marito siamo contrari... è proprio così necessario prendere ancora queste pastiglie?

*Pediatra* Immagino che, adesso che Valentina sta meglio, possa non essere così automatico pensare di continuare con la terapia... è un aspetto che non abbiamo ancora considerato... e poi forse ci sono alcune informazioni che è importante che voi abbiate. Ne possiamo parlare domani sera in ambulatorio anche con suo marito?

*Mamma* Sarebbe meglio... abbiamo un po' di dubbi... gli effetti collaterali delle pastiglie... e poi speravamo di più in una cosa diversa, magari si può intervenire sull'alimentazione...

**La buona comunicazione:  
un percorso a tappe**

**La mamma: cosa ha in mente**

- *dubbi* sull'opportunità di continuare la terapia, data l'assenza di sintomi: "è proprio così necessario prendere ancora queste pastiglie?"
- *quello che sa, o crede di sapere*: "gli effetti collaterali delle pastiglie..."
- *alternative possibili*: "magari si può intervenire con l'alimentazione..."
- *scelta ipotizzata*: sospendere la terapia ("io e mio marito siamo contrari").

**La pediatra:**

- *accoglie* il dubbio: non contraddice, né contrasta quanto espresso dalla mamma
- *riconosce e legittima la difficoltà* ("immagino possa non essere così automatico pensare...")
- *non dà immediatamente informazioni e spiegazioni*, che peraltro preannuncia ("ci sono alcune informazioni che è importante voi abbiate")
- *non banalizza alternative e ipotesi avanzate* dalla mamma.

**Box 2**

*Pediatra* Dunque, se ho capito bene ieri al telefono, Valentina a distanza di 2 mesi dall'inizio dell'assunzione del farmaco sta molto meglio... la neurologa vi ha comunque prescritto altri due mesi di terapia su cui voi avete molti dubbi... vediamo meglio in che senso siete contrari a continuare?

*Mamma* Ci sembra comunque un farmaco pesante, con molti effetti collaterali...

*Padre* Adesso che il mal di testa è praticamente scomparso, abbiamo paura che saltino fuori altri problemi.

*Pediatra* So però che la specialista è molto attenta con dosaggi e durata della terapia...

*Mamma* Infatti vuole che le telefoniamo una volta al mese...

*Pediatra* "visto il beneficio, e in base ad esperienze precedenti, so che di solito non protrae la durata della profilassi oltre i 4 mesi..."

*Papà* In effetti, così ci ha spiegato... ma noi volevamo essere sicuri di questo... e poi abbiamo saputo che gli attacchi di emicrania si possono prevenire eliminando certe cose dall'alimentazione...

*Mamma* Abbiamo letto di buoni risultati anche con le cure omeopatiche...siamo disposti a provare anche questa strada, pur di essere sicuri di non danneggiare la salute di Valentina.

*Pediatra* È vero, anche queste sono opzioni possibili, anche se prive di sicure evidenze scientifiche...dobbiamo però chiederci "che cosa in questo momento è meglio fare per Valentina?" Le sue crisi di mal di testa erano molto forti...e solo dopo l'assunzione del farmaco c'è stato un evidente miglioramento...È vero quello che avete letto rispetto agli effetti collaterali... ma un utilizzo attento, sotto costante sorveglianza specialistica, come è nel vostro caso, e per il tempo strettamente necessario, ne evita in genere la comparsa...

*Mamma* In effetti finora le pastiglie sono state di molto aiuto...anche a scuola non ci sono più state assenze...

*Pediatra* In più, ci tengo molto a rassicurarvi sulla competenza ed esperienza della neurologa.

*Papà* Di questo ci siamo resi conto già all'inizio, quando ci ha dato informazioni precise sulla diagnosi e sul farmaco... che dunque a questo punto è meglio proseguire...

*Pediatra* La cosa importante è rispettare le dosi prescritte, come voi state già facendo... possiamo comunque riparlare soprattutto se vi vengono in mente altri aspetti che vi preoccupano...

**Discussione generale**

La pediatra è da subito consapevole del rischio di contrapposizione con i genitori, presente nel momento in cui cercasse di convincerli della correttezza della prescrizione, riaffermando il proprio ruolo e lanciandosi immediatamente in spiegazioni scientifiche anche dettagliate. Sa anche che il suo obiettivo principale è quello di ottenere una sufficiente collaborazione da parte loro perché Valentina continui la profilassi della sua emicrania, impostata secondo uno schema dimostratosi finora efficace. Già durante il colloquio telefonico, la pediatra legittima lo stato emotivo della mamma di Valentina (*immagino che... possa non essere così automatico pensare di...*), senza banalizzare quanto le riferisce, e questo le permette di entrare in una relazione in cui già può iniziare a contrattare qualcosa (le informazioni mancanti, l'incontro del giorno dopo).

Anche la breve ricapitolazione che rimette in campo ciò che è stato riferito al telefono, all'inizio del successivo colloquio in ambulatorio, indica la partecipazione della pediatra allo stato emotivo dei genitori, che si sentono così rispecchiati e capiti. Dà inoltre loro la possibilità di esprimere le proprie ragioni (*in che senso siete contrari*

*continua a pag. 234*

### Alcol, droghe e guida: una funzione per le autoscuole?

segue da pag. 199

sempre più chiamati a "educare" alla sicurezza stradale.

Essi avvertono che è proprio sul terreno della comunicazione (3,4) che si gioca la partita dell'efficacia del messaggio su atteggiamenti e comportamenti responsabili. In sintesi, questa esperienza può costituire un primo contatto importante con il mondo delle autoscuole e aprire la possibilità di realizzare iniziative volte alla riduzione degli incidenti stradali, valorizzando le risorse umane e finanziarie disponibili nel settore pubblico e privato.

Nell'ambito delle iniziative di riduzione dei comportamenti a rischio tra i giovani, questa esperienza conferma l'importanza di individuare nuovi soggetti e canali che permettano di raggiungere anche quelle persone uscite precocemente dal circuito scolastico e di sperimentare nuove modalità di comunicazione efficaci rispetto ai canali tradizionalmente utilizzati. La formazione di insegnanti e istruttori di autoscuola potrebbe anche affrontare alcune peculiarità legate a due tipologie di clientela dell'autoscuola, altrimenti difficilmente raggiungibili: gli stranieri e gli allievi per il conseguimento delle patenti superiori (mezzi pesanti e autobus). Altre tematiche quali elementi di primo soccorso e prevenzione dei traumi cranici meriterebbero maggior spazio in aula e momenti formativi dedicati a insegnanti e istruttori (5,6). ◆

#### Bibliografia

- (1) Putignano C, Nusca F. I neopatentati: legislazione ed evidenza statistica. *Rivista Giuridica della Circolazione e dei Trasporti*. Roma: ed. LEA, 1995
- (2) Putignano C. I giovani e gli incidenti stradali, Convegno Epidemiologia e Strategia di Intervento per la Sicurezza Viaria. Roma, Istituto Superiore di Sanità, 1997a; Putignano C. Gli incidenti stradali negli anni '90. Roma: ISTAT, 1997b
- (3) Amici S, Beccaria F. Comunicazione e prevenzione: linee guida per messaggi di promozione della salute rivolti all'universo giovanile. *Dal Fare al Dire* 2003;3
- (4) Beccaria F, et al. Alcol, droghe e guida. Riflessioni in corso. ASL I Torino e ASL Città di Milano, 1999
- (5) Commissione Europea. Libro bianco: La politica europea dei trasporti fino al 2010: il momento delle scelte. Bruxelles, 2001
- (6) ISTAT. Statistica degli incidenti stradali. Anno 2000, *Informazioni*, 38, 2001.

### L'emicrania di Valentina

segue da pag. 225

a continuare...?), prima di aggiungere le sue spiegazioni e senza insistere sulle motivazioni per proseguire la terapia.

A questo punto tutto il successivo intervento informativo può partire da quanto detto dai genitori, evidenziando e trattando con loro a uno a uno i diversi aspetti (la paura degli effetti collaterali, la durata della terapia, il ruolo della neurologa, le alternative possibili), che diventano così più comprensibili e utilizzabili per facilitare l'obiettivo di cura. La pediatra mette infine in risalto l'accordo e la collaborazione con la specialista rispetto alla scelta terapeutica attuata, sottolineandone la competenza e collocandola in tal modo all'interno della relazione come figura significativa e alleata.

#### La buona comunicazione

##### La pediatra:

- ha un obiettivo: completare le informazioni e aiutare i genitori a integrarle nel processo decisionale
- ridefinisce la situazione di difficoltà
- non dà indicazioni generiche o teoriche
- dà informazioni agganciate a ciò che i genitori raccontano (quindi più efficaci e produttive)
- valorizza ruolo e collaborazione della specialista
- guida i genitori a prendere in considerazione la proposta terapeutica come soluzione migliore in quel momento per la bambina

#### "Evidenza" e "narrazione": la sintesi

Nella storia dell'emicrania di Valentina a un certo punto si verifica un imprevisto: i genitori vogliono interrompere il trattamento farmacologico preventivo, nonostante i benefici osservati. La pediatra è però convinta dell'utilità di una profilassi che, pur priva di evidenze conclusive in letteratura, è comunque riconducibile a un'ampia casistica clinica analizzata negli anni dallo specialista. Con un ascolto reale, empatico, non prevenuto né svalutante, dei dubbi dei genitori e una restituzione attenta e misurata delle informazioni a loro necessarie, riesce a porre le basi di collaborazione indispensabile per proseguire una terapia che deve durare nel tempo e che va nella direzione di un maggiore benessere della ragazzina. ◆

### Se nasce un bambino o una bambina disabile

segue da pag. 231

punto di vista, ha il grande limite di essere una semplificazione continua, con il rischio di essere una falsificazione, in buona fede, perché consegna ai familiari una storia e una competenza finte, deprivate di tutti i percorsi conflittuali. E quindi nascendo, ad esempio, un bambino con lesione cerebrale, viene indicato "il" percorso e non la storia difficile dei percorsi tentati e realizzati - e che a volte non vanno d'accordo tra loro - per indicare quale è la pista giusta per educare un bambino, una bambina, con una lesione cerebrale; semplificazione che non è il modo adeguato per far crescere una consapevolezza e un'autostima.

La possibilità di fornire letture, da parte dei tecnici che danno le informazioni, può contenere il seguente messaggio implicito: "ti do certamente le informazioni che la mia professione mi fornisce, ma ti offro anche degli strumenti per andare oltre le mie conoscenze e per diventare mio interlocutore con tue riflessioni e richieste".

È lo stesso atteggiamento che sembra utile per quanto riguarda le informazioni reperibili su internet. I genitori possono avere questo tipo di informazioni da parte di un sistema non interattivo come può essere un sito internet. Hanno bisogno dell'intermediario umano che può essere proprio il pediatra, se non considera quelle informazioni come antagoniste alla sua competenza, ma come elementi che il genitore - che si organizza con un maggior tempo da dedicare a queste attenzioni, riempiendo un vuoto scarsamente sopportabile - può fornirgli; la sua interpretazione, la sua cultura e la sua esperienza permettono una complementarietà utile perché un genitore senta di avere il meglio senza essere dominato. Vediamo in questo un intreccio di percorso e non un flash, un'informazione che arriva e scompare e di cui non resta né traccia né memoria. ◆

#### Indicazioni bibliografiche

- (1) Bandura A. Autoefficacia. Teoria e applicazioni. Gardolo di Trento: Erickson, 2000; Ediz. originale 1997
- (2) Canevaro A. Bambini handicappati. Crescere insieme. Bologna: Cappelli, 1980
- (3) Trambly L. La relation d'aide. Lyon: Chronique social, 2001