



PROGETTO EMICRANIA 2022

16 MARZO 2022



www.motoresanita.it



SU INIZIATIVA DI **EMHA** European Migraine & Headache Alliance

In collaborazione con



Con il patrocinio di



Media Partner

Eurocomunicazione



RAZIONALE SCIENTIFICO

Lemicrania è un mal di testa unilaterale parossistico che si presenta su un lato del cranio per poi irradiarsi al resto della testa, o che se irradia unilateralmente dell'esordio, e può essere accompagnato da altri sintomi quali la nausea, il vomito e l'ipersensibilità alla luce e ai rumori. La persona sofferente preferisce di solito stare sdraiata, al buio e lontana dai rumori. La durata degli episodi varia da qualche ora fino a tre giorni. Di questi sintomi **soffre circa l'11% della popolazione italiana con ricadute spesso importanti sia sulla qualità di vita che sull'attività lavorativa.** Infatti il suo impatto sociale/economico è molto importante, con una **spesa in Italia che ammonta a circa 3,5 miliardi €/anno, dove il 15% delle persone ha oltre 4 episodi/ mese, il 4,2% oltre 8 episodi/mese, il 5% perde più di 5 giorni lavorativi/mese.**

Vi sono 2 categorie principali di emicrania: emicrania con aura (15% dei casi) caratterizzata dalla presenza di alcuni segni premonitori (oscuramento del campo visivo, percezione di linee scintillanti o mosche volanti) ed emicrania senza aura (85% dei casi). La durata degli attacchi varia dalle 4 alle 72 ore.

L'effetto inabilitante in molti pazienti ha indotto la ricerca ad un forte impegno in questo campo che ha portato alla luce molte terapie efficaci, dai FANS ai Triptani, agli anticorpi monoclonali di recente introduzione, per citarne solo alcune.

La diffusione di questa patologia (oltre 6,5 milioni di persone) e di altre patologie simili, ha comportato la creazione di alcune strutture organizzate per la diagnosi e cura, che dovrebbero essere articolate in 3 livelli di complessità: I° Livello Ambulatorio specialistico, II° Livello Centro Cefalee per la Diagnosi e Terapia, III° Livello Centro Cefalee per la Diagnosi, la Terapia, la Ricerca e la Formazione, con disponibilità di ricovero (ordinario o day hospital). Esse nascono in particolare per una presa in carico dei casi più impegnativi di patologia cronica invalidante e debilitante, sia dell'età evolutiva che di quella adulta.



Per fare il punto sull'attuale accesso ai percorsi di cura dei pazienti emicranici, **l'associazione EMHA** (European Migraine and Headache Alliance) che rappresenta oltre 30 organizzazioni di pazienti in tutta Europa, ha prodotto una **survey dai cui risultati si possono generare molte nuove idee su cosa manca e su cosa sarebbe utile fare per efficientare il sistema assistenziale**. La risposta diversa delle molte realtà nazionali e regionali esaminate sarà la base per costruire un futuro migliore nella cura di questi pazienti, stratificando l'offerta giusta per il paziente giusto.

SALUTI DELL'AUTORITÀ

La **Società Italiana di Neurologia (SIN)** è **fortemente impegnata nella lotta e la cura dell'emicrania**. All'interno della Società è presente una società autonoma affiliata alla SIN dedicata interamente allo studio della cefalea nelle sue diverse forme.

L'emicrania è quindi una priorità per la Neurologia italiana perché l'emicrania è una patologia neurologica a tutti gli effetti. C'è molto però ancora da lavorare per quanto riguarda la diffusione del messaggio a tutti i cittadini di cosa sia esattamente l'emicrania.

Gli incontri di diffusione scientifica ed informativa sono molto importanti, è necessario far passare il messaggio che l'emicrania è una malattia con un forte impatto sui pazienti ed un forte impatto sociale e nella vita lavorativa.

I nuovi farmaci, hanno sottolineato le autorità intervenute, sono un'ottima notizia perché finalmente è possibile cambiare approccio di cura con i pazienti. Anche dal punto di vista della ricerca scientifica è necessario ancora investire tempo, risorse ed energie.



IMPEGNO DEI RAPPRESENTANTI ISTITUZIONALI ITALIANI SULLA EMICRANIA: DALL'EUROPA ALL'ITALIA

L'Italia è uno dei pochi paesi con una normativa dedicata, ma anche così c'è spazio per miglioramenti.

La Legge 14 Luglio 2020, N. 81

- In questa legislatura, in Italia, è intervenuta l'approvazione della Legge 14 luglio 2020, n. 81, recante Disposizioni **per il riconoscimento della cefalea primaria cronica come malattia sociale**.
- Si è trattato di un primo ed importante passo al fine di costruire una cultura su questa patologia, sulle sue caratteristiche cliniche, sul suo impatto esistenziale e sull'importanza di una diagnosi corretta.
- **È stata riconosciuta come malattia sociale**: è la prima volta che, in Europa, un Paese in un contesto istituzionale riconosce la cefalea come malattia invalidante e sicuramente ciò apre una nuova strada per il riconoscimento anche a livello europeo.

Tuttavia, la Legge del 2020 ha previsto, al comma 2 dell'art. 1, un termine di 180 giorni dall'entrata in vigore affinché il Ministero della Salute adotti **un decreto per l'individuazione di progetti e di metodi nuovi per la tempestiva ed efficace presa in carico dei pazienti**, evidenziando, altresì, **le opportune linee guida per le Regioni**.

In considerazione della scadenza del termine da più di un anno, proprio in questi giorni, è stata depositata una **Interrogazione parlamentare rivolta al Ministro** della Salute per chiedere quali siano le iniziative che intenda intraprendere per ottemperare a quanto richiesto dalla legge 81/2020 per tutelare il diritto alla salute e la presa in carico omogenea su tutto il territorio nazionale di milioni di pazienti affetti da cefalea cronica. Il ruolo delle istituzioni non è relegato solo al compito legislativo ma deve essere anche di informare ed educare la popolazione su questa patologia. Perché informare ed educare il paziente emicranico è il primo ineludibile passo verso la convivenza con questa patologia. Compito fondamentale delle istituzioni è anche quello di sensibilizzare la governance nazionale ed europea sull'importanza di questa malattia e sulle necessità e sui bisogni dei cittadini che soffrono di emicrania.



INTRODUZIONE DI SCENARIO

Per fare il punto sull'attuale accesso ai percorsi di cura dei pazienti emicranici l'EMHA (European Migraine & Headache Alliance) ha prodotto una Survey dalla quale possono emergere nuove idee su ciò che manca e ciò che sarebbe utile fare per rendere più efficiente il sistema assistenziale.

Una patologia sociale

- Tra le forme di cefalea, che rappresenta una tra le più frequenti patologie del sistema nervoso, l'emicrania si configura come una delle più frequenti e complesse
- È caratterizzata da un dolore che si colloca solitamente su un lato della testa o bilaterale, che si può associare a nausea, vomito e ad una accentuata sensibilità a luce e suoni
- Secondo la Migraine Research Foundation la cefalea è la terza malattia più diffusa al mondo con circa 1 miliardo di malati

Una patologia disabilitante e neurologica

- I dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) evidenziano che l'emicrania è una patologia disabilitante che interessa circa il 12% della popolazione adulta nel mondo
- Un trattamento farmacologico mirato sugli attacchi ne può ridurre l'intensità e la durata, mentre farmaci assunti preventivamente sono in grado di diminuirne la frequenza
- Si tratta di una patologia neurologica, connotata da elevata comorbilità e ad alto impatto sulla salute psicologica e sulla qualità di vita dei pazienti
- Presenta altissimi costi umani, sociali ed economici
- Si stima che, la spesa, in Italia, ammonti a circa 3,5 miliardi di euro l'anno



Un processo multifasico sequenziale

Il dolore è solo una parte dell'attacco emicranico, che consiste in un processo multifasico sequenziale, in cui si distinguono in genere 4 fasi, ciascuna con caratteristiche cliniche proprie, non necessariamente presenti in tutti i pazienti:

- 1. Fase prodromica**
È presente nel 30% dei pazienti e può comparire già 24 ore prima del dolore con un corredo sintomatologico aspecifico connotato da stanchezza, irritabilità, umore depresso, sonnolenza e sbadiglio, spiccato appetito per i dolci.
- 2. Fase dell'aura**
È presente in circa il 30% dei pazienti ed è caratterizzata da sintomi neurologici focali, transitori e reversibili, che si presentano isolatamente o in varia combinazione, precedendo la fase dolorosa di 5-60 minuti. I più comuni sono visivi (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.
- 3. Fase del dolore vero e proprio**
Insorge in modo graduale sotto forma di dolore lieve che aumenta progressivamente fino a raggiungere una intensità moderata/severa, con durata variabile da poche ore a qualche giorno (dalle 4 alle 72 ore). Il dolore, tipicamente pulsante 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 e agli odori. Il dolore peggiora con il movimento e l'esercizio fisico.
- 4. Fase postdromica**
Ha durata pari a 24-48 ore ed è accompagnata da insofferenza, prostrazione, scadimento dell'umore.



Una patologia di genere

Come evidenziato da diversi studi sulla Medicina di Genere, l'emicrania rientra tra le patologie "di genere", presentando una **prevalenza 3 volte maggiore tra le donne**. Queste ultime manifestano quadri clinici in termini di complessità e disabilità più gravi rispetto agli uomini. Difatti, in Italia, **4 dei 6 milioni di persone affette da emicrania sono donne**. In particolare, l'emicrania si manifesta nella sua pienezza nel periodo più produttivo della vita femminile, impattando inevitabilmente sul percorso scolastico e professionale ma anche sulla coppia, sulla famiglia e sulle relazioni sociali.



4

SU 6 MILIONI DI PERSONE
AFFETTE DA EMICRANIA

SONO **DONNE**



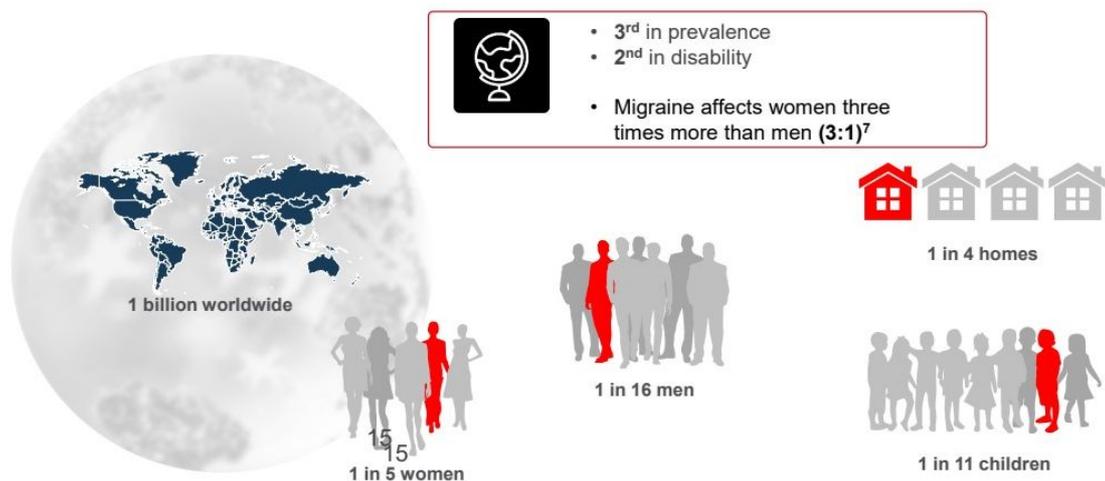
I progressi nella cura della patologia

- I progressi degli ultimi anni confermano che la chiave per far diminuire la sofferenza di milioni di persone sia la diagnosi e la presa in carico con un percorso-diagnostico-terapeutico-assistenziale specifico
- Abbiamo diversi farmaci per il trattamento, tra gli ultimi anche gli anticorpi monoclonali
- Attività di sostegno: valutazione psicodiagnostica, psicoterapia individuale biofeedback, training di rilassamento, percorsi di mindfulness

EMICRANIA: EPIDEMIOLOGIA ED IMPATTO MEDICO SOCIALE IN ITALIA

Lemicrania ha una forte diffusione nella popolazione. Anche se questa patologia colpisce principalmente le donne (1 su 5) non va dimenticato che anche moltissimi uomini e bambini ne soffrono e che vedono la propria vita rovinata da questa malattia.

Migraine Is One of The Most Common Debilitating Diseases Worldwide¹⁻⁶

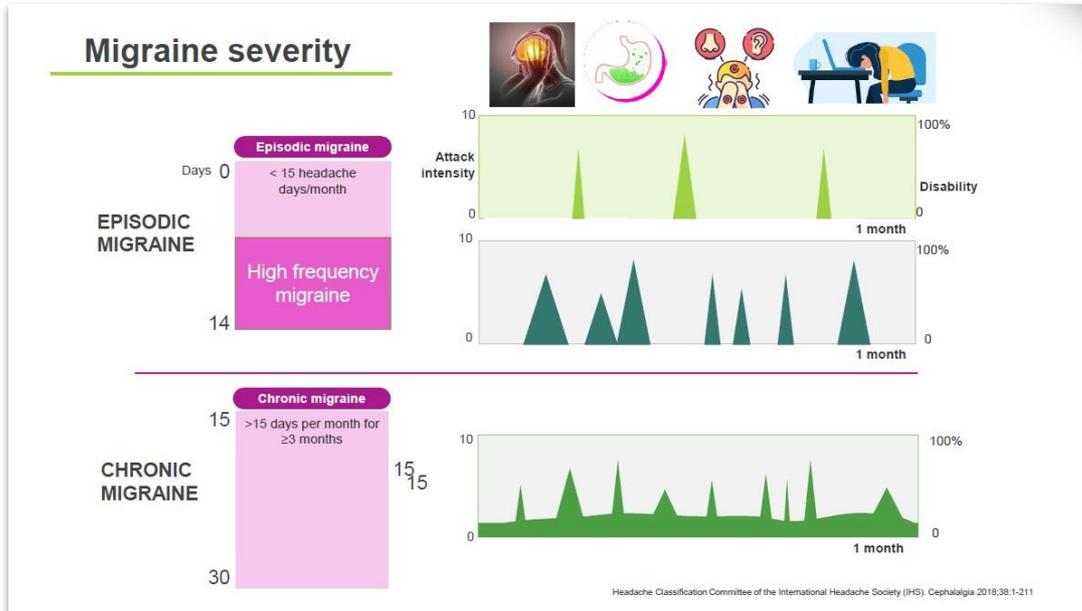


1. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. *Lancet*. 2017;390(10100):1211-1259.
 2. Steiner TJ, Stovner LJ, Birbeck GL. *J Headache Pain*. 2013;14:1.
 3. Lipton RB, et al. *Neurology*. 2007;69(5):343-349.
 4. Weber-Bingöl C. *Curr Pain Headache Rep*. 2013;17(6):341.

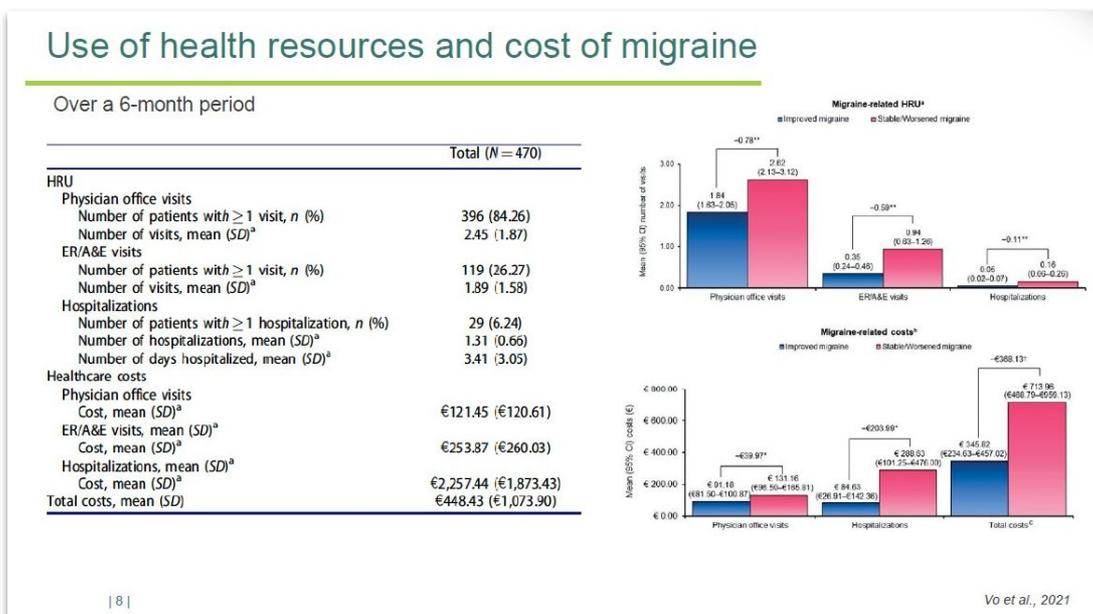
5. Vos T, et al. *Lancet*. 2012;380(9859):2163-2196.
 6. Robbins MS, et al. *Semin Neurol*. 2010;30(2):107-119.
 7. World Health Organization. http://www.who.int/mental_health/management/who_atlas_headache_disorders.pdf. Accessed May 21, 2017.



L'emicrania può essere suddivisa in due grandi gruppi: l'**emicrania episodica** e l'**emicrania cronica**. Questa distinzione si ha in base al numero di attacchi di emicrania ogni mese e dalla loro intensità.



L'emicrania ha anche un forte impatto economico sul SSN. Anche i costi indiretti, quindi a carico del paziente, sono molto elevati. Riuscire quindi a trattare con efficacia i pazienti riduce il loro impatto economico sul sistema.





Nell'epidemiologia dell'emicrania esiste anche un piccolo numero di pazienti che non risponde in maniera adeguata, o affatto, alle cure farmacologiche

Difficult-to-treat migraine: poor or absence of response to treatments

Two categories of difficult-to-treat migraine were proposed in a 2020 EHF consensus paper:

RESISTANT MIGRAINE^a

≥3  preventive class failures

x 3 months  of ≥8 debilitating MHDs

REFRACTORY MIGRAINE^b

ALL  preventive options failed

x 6 months  of ≥8 debilitating MHDs

DRUG FAILURE MAY INCLUDE LACK OF EFFICACY OR LACK OF TOLERABILITY

^aDiagnosis of resistant migraine can be based on a review of medical charts; ^bDiagnosis of refractory migraine requires ≥6 months' observation as well as completed diaries (chart review is insufficient).
EHF, European Headache Federation.
Sacco S, et al. J Headache Pain 2020;21:76.



EMICRANIA: GOLD STANDARD TERAPEUTICO ED ANALISI COST EFFECTIVE DELL'INNOVAZIONE

Attualmente l'approccio all'emicrania è in una situazione di svolta. Da che, per questi pazienti, si applicava lo "standard of care" cioè si seguivano determinate linee guida, si sta passando ad un sistema "Gold Standard" che indica l'utilizzo il miglior trattamento possibile.

- L'emicrania è una malattia complessa. Deve quindi essere preso in considerazione un programma multidisciplinare di approccio al paziente:
- Stile di vita (dieta, attività fisica, abitudini di vita...) & educazione dei pazienti
- Psicoterapia se necessario (gestione di comorbidità: ansia, depressione...)
- Metodi complementari (CAM-approccio comportamentale)
- Terapia farmacologica

Se tutti questi aspetti non vengono considerati nell'approccio alle cure, si corre il rischio di svilire e rendere meno efficace l'intervento terapeutico.

L'emicrania è una malattia dalle mille sfaccettature e che può variare molto durante la vita del paziente. E' quindi di fondamentale importanza la fase di diagnosi e controllo dell'evoluzione della condizione emicranica perché per ogni fase della malattia va tarato un trattamento terapeutico che sia il più preciso possibile.



Scenario Terapeutico

Lo scenario terapeutico per l'emicrania è stato molto ricco fino ad oggi.

Terapie farmacologiche preventive per la emicrania:

- Terapie farmacologiche tradizionali per via orale
- Neuromodulazione: metodiche invasive & non-invasive
- Opzioni non farmacologiche: comportamentali, terapie complementari, dieta Chetogenica
- Terapie innovative: onabotulinumtoxina (chronic migraine), Anticorpi Monoclonali, Gepanti

Farmaci specifici

Per riuscire ad ottenere dei farmaci specifici per l'emicrania cronica ci sono voluti circa 60 anni di studi e ricerche e per quasi vent'anni (2001-2022) non sono stati rilasciati nuovi farmaci.

Nel 2018 sono stati scoperti gli Anticorpi monoclonali antiCGRP, grazie ai quali nasce la prevenzione specifica per l'emicrania. Questo nuovo farmaco ha rappresentato un enorme punto di svolta nella ricerca con oltre 7.000 pazienti inclusi trial clinici in fase B. Altro aspetto formidabile di questa scoperta è che ha una buona risposta contro qualsiasi forma di emicrania.

Con queste nuove terapie è nato un nuovo paradigma perché si riscontra un'efficacia disgiunta dagli eventi avversi.



Il problema di queste terapie è la natura produttiva delle molecole. Infatti, al momento, non è possibile una produzione industriale delle stesse implicandone un costo che non può essere abbattuto oltre certi limiti.

Per queste ragioni AIFA ha posto dei paletti prescrittivi:

- >8 gg emicrania/mese
- >3 fallimenti di profilassi
- Disabilità marcata (MIDAS >11)
- Controllo efficacia dopo 3 mesi

Cosa succede però quando gli anticorpi monoclonali sono calati nella quotidianità delle terapie?

2022 1° rapporto del Registro Italiano dell'Emicrania



Senato della Repubblica, Sala Caduti di Nassirya, Roma 23/2/22

Efficacia delle terapie **preventive tradizionali**



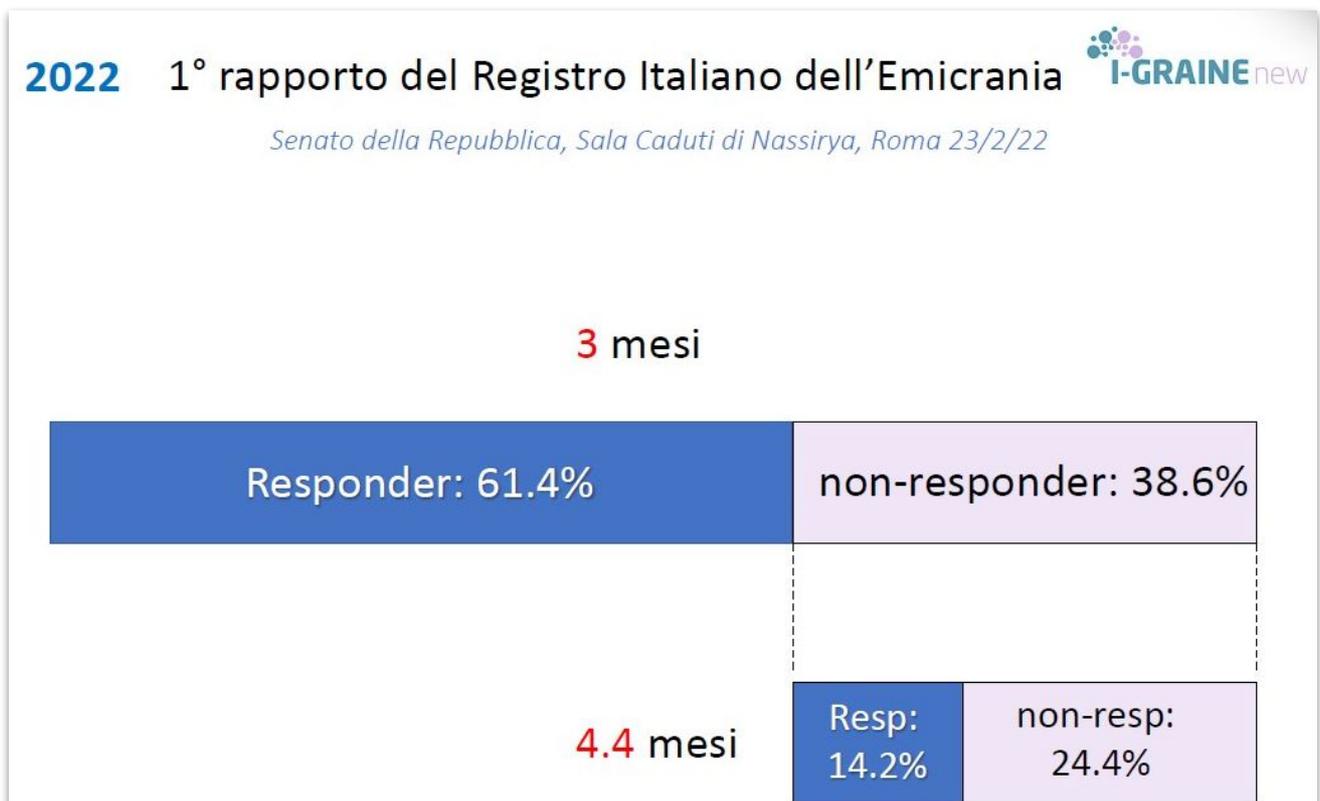
Efficacia della terapie **preventive moderne** (anticorpi monoclonali)





L'effetto è quindi stupefacente. Riescono ad essere efficaci anche maggiormente da quanto emerso dai trial clinici, con un livello di tollerabilità ed aderenza anche migliore.

Un altro dato su cui riflettere è la scelta di testare la risposta dei pazienti a tre mesi. Per quanto questa scelta sia comprensibile e logica, però, se si vanno ad analizzare le ampie coorti di pazienti, i pazienti che a tre mesi non rispondono alla terapia non corrispondono alla realtà. Perché un terzo dei pazienti che non ha risposto alla terapia nei primi tre mesi risponderà successivamente, con un valore mediano di risposta di 4,4 mesi





Molto presto arriveranno anche nuove terapie:

- **Ditani:** farmaco specifico già commercializzato negli Stati Uniti ed in grado di interrompere l'attacco emicranico senza vasocostrizione. L'importanza di questi farmaci è che potranno essere utilizzati anche per i pazienti che hanno avuto dei precedenti cardiovascolari. Inoltre non avranno il limite dei 65 anni che ad oggi limita l'uso dei triptani.
- **Gepanti:** Queste molecole fanno qualcosa di simile agli anticorpi monoclonali. Non sono fiale a somministrazione sottocutanea ma compresse per uso orale. L'aspetto però maggiormente interessante è che questo farmaco è tanto utile per spegnere l'attacco quanto per prevenirlo.

Tutta questa innovazione però non si potrà ottenere senza costo, quindi avendo queste diverse prospettive terapeutiche va scelto con cura su quali pazienti utilizzarle. Per riuscire in questo però occorrerà formare i medici specialisti nell'utilizzo più appropriato di questi farmaci, non tanto per i rischi per il paziente quanto per la sostenibilità del sistema sanitario.



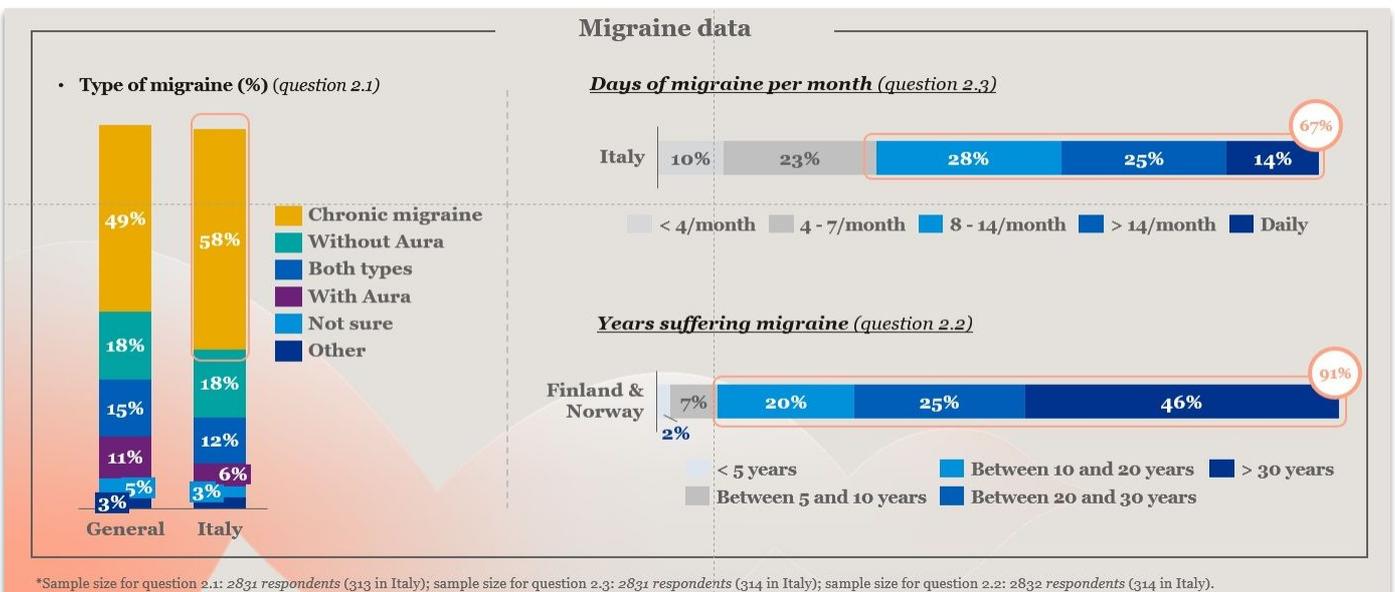
EMICRANIA: LA SURVEY EMHA SULL'ACCESSO ALLE CURE IN EUROPA

La survey "Access to Care III" è formata da 39 quesiti distribuiti su 4 sezioni e ha raggiunto 3.397 risposte di cui 402 dall'Italia.

La survey è stata suddivisa linearmente in quattro sezioni:

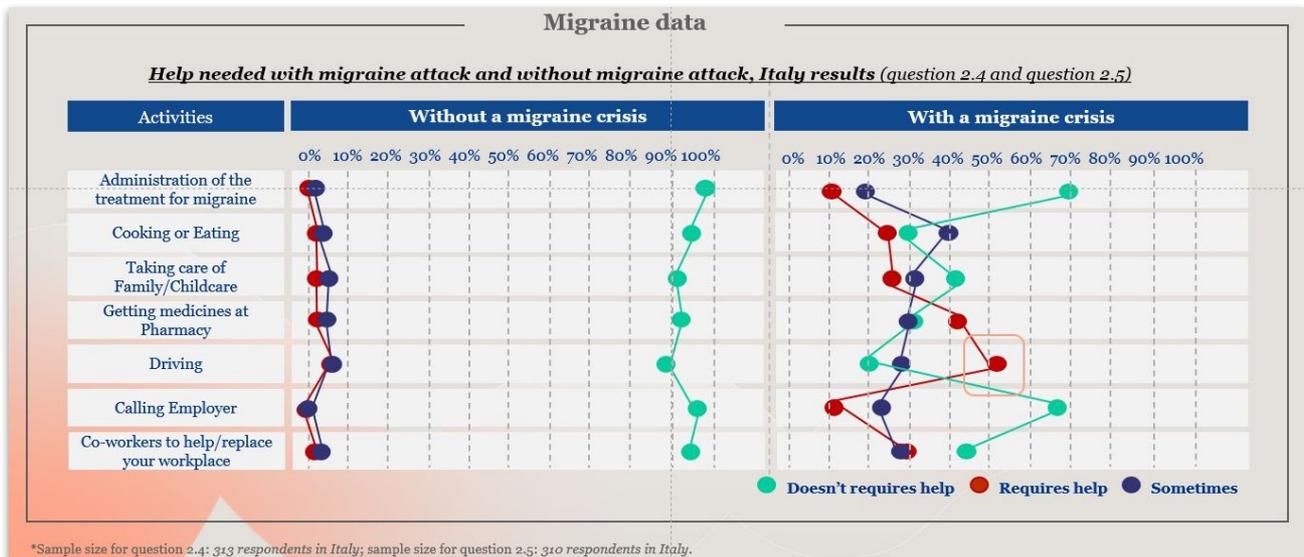
- Sezione I: About yourself. 7 quesiti per ottenere dati socio-demografici
- Sezione II: About your migrane. 6 quesiti focalizzati sulla emicrania del paziente.
- Sezione III: About your access to care.
 - Accesso alle professionalità del sistema sanitario: 10 domande.
 - Accesso ai trattamenti: 11 domande.
 - Impatto sulla vita dei pazienti: 3 domande
- Sezione IV: sources of information. Due quesiti focalizzati sull'identificare la principale fonte di informazione utilizzata dai pazienti riguardo informazioni generali sulla malattia e sui trattamenti dell'emicrania.

I principali indicatori relativi al tipo di emicrania evidenziano che gli intervistati sono, in media, pazienti affetti da emicrania grave da molti anni.

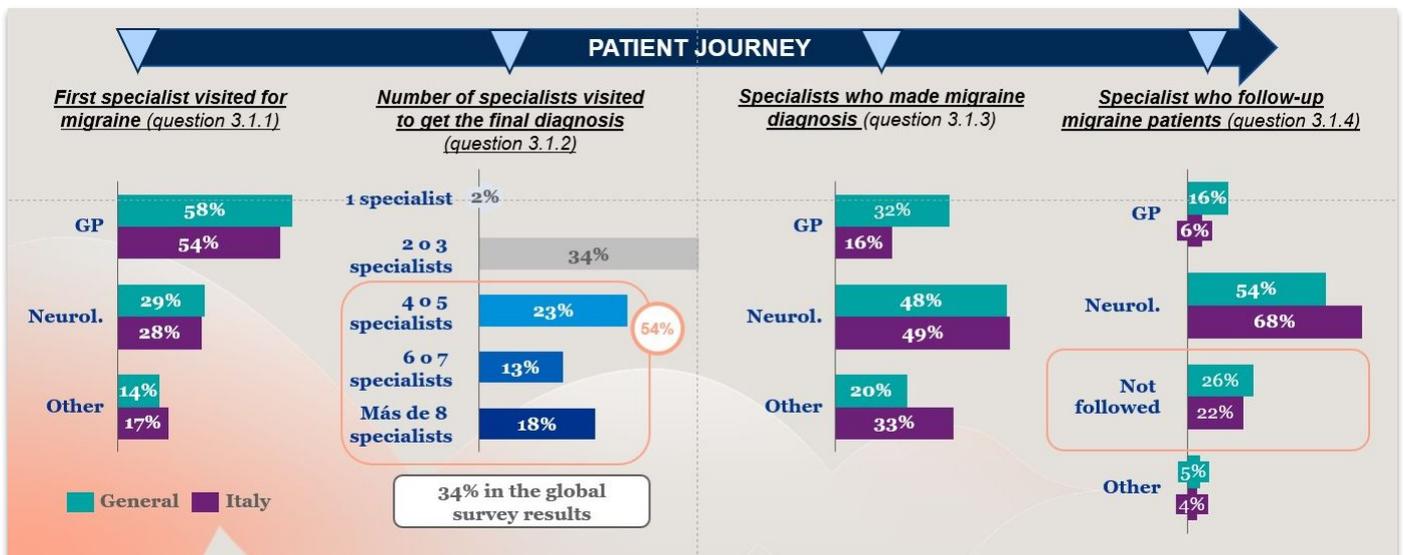




Quando i pazienti subiscono un attacco, l'emicrania è una malattia invalidante che colpisce le attività quotidiane.

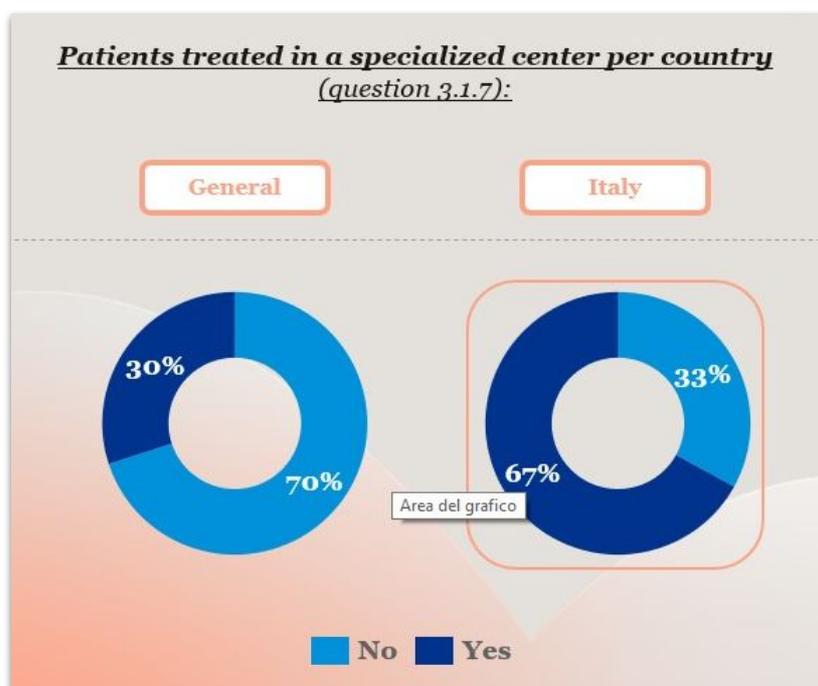


Il peso del medico di famiglia è importante principalmente alla prima visita, ma il Neurologo è lo specialista più comune che diagnostica i pazienti con emicrania dopo 2 o più visite specialistiche.

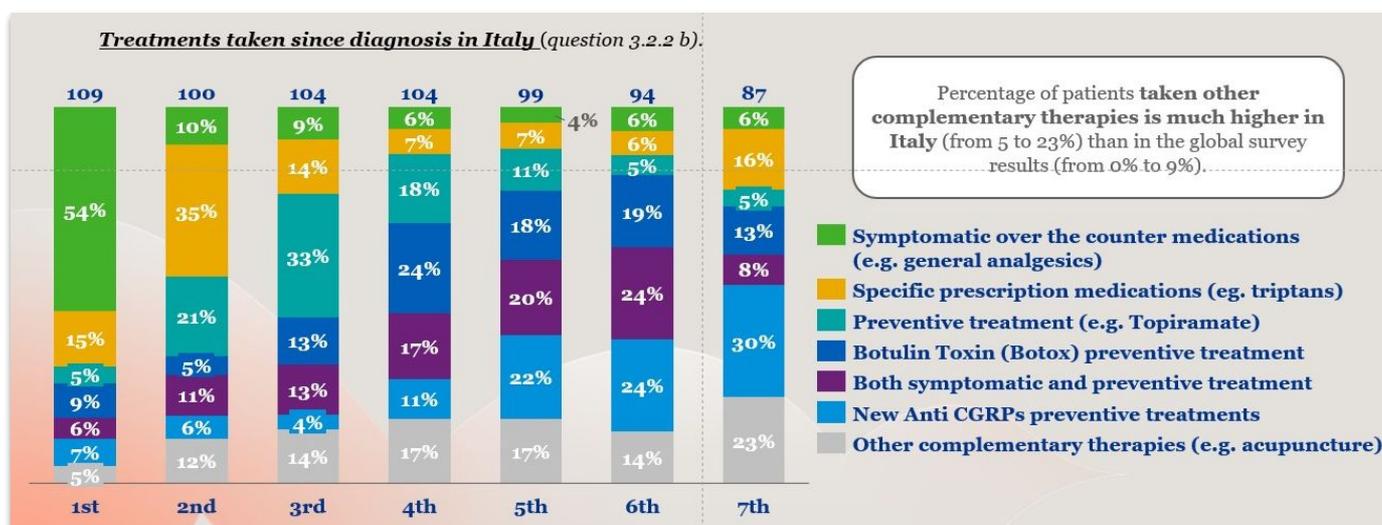




L'accesso ai centri specializzati per l'emicrania è molto limitato in tutta Europa ad eccezione dell'Italia, paese in cui quasi il 70% dei pazienti è trattato nei centri.

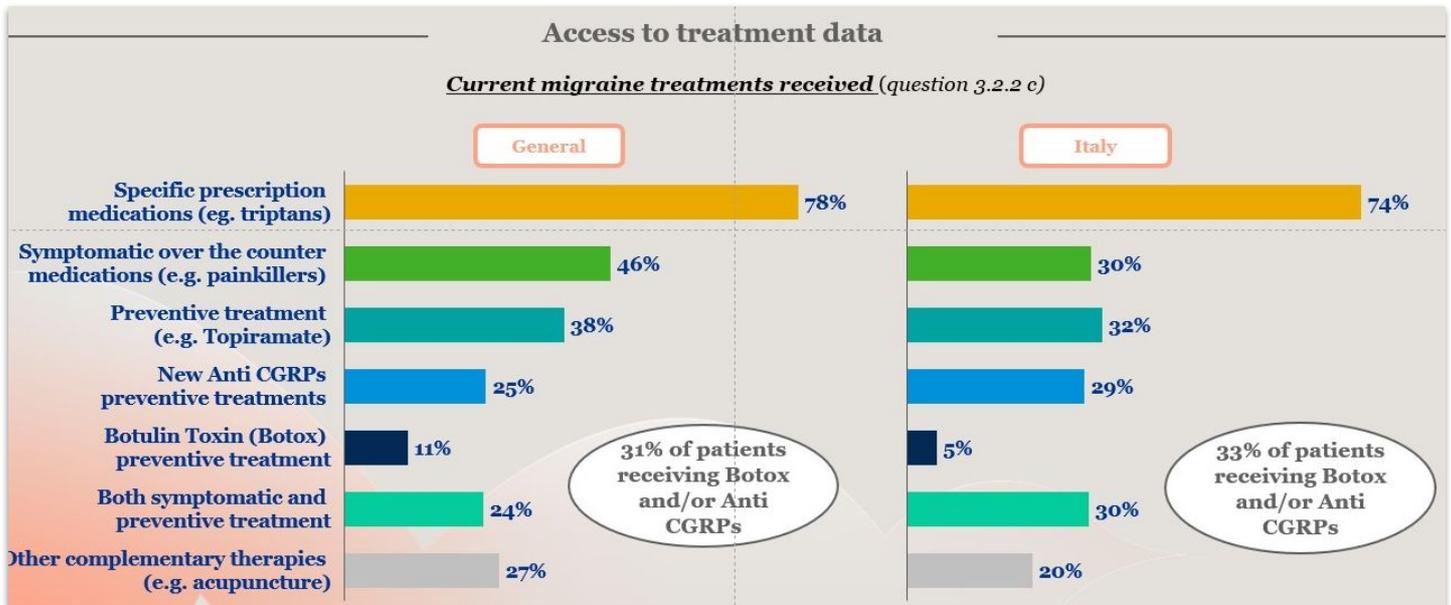


Sulla base degli input degli intervistati, **gli analgesici generali sono il primo trattamento ricevuto dalla diagnosi di emicrania e i nuovi anti-CGRP sono gli ultimi.**

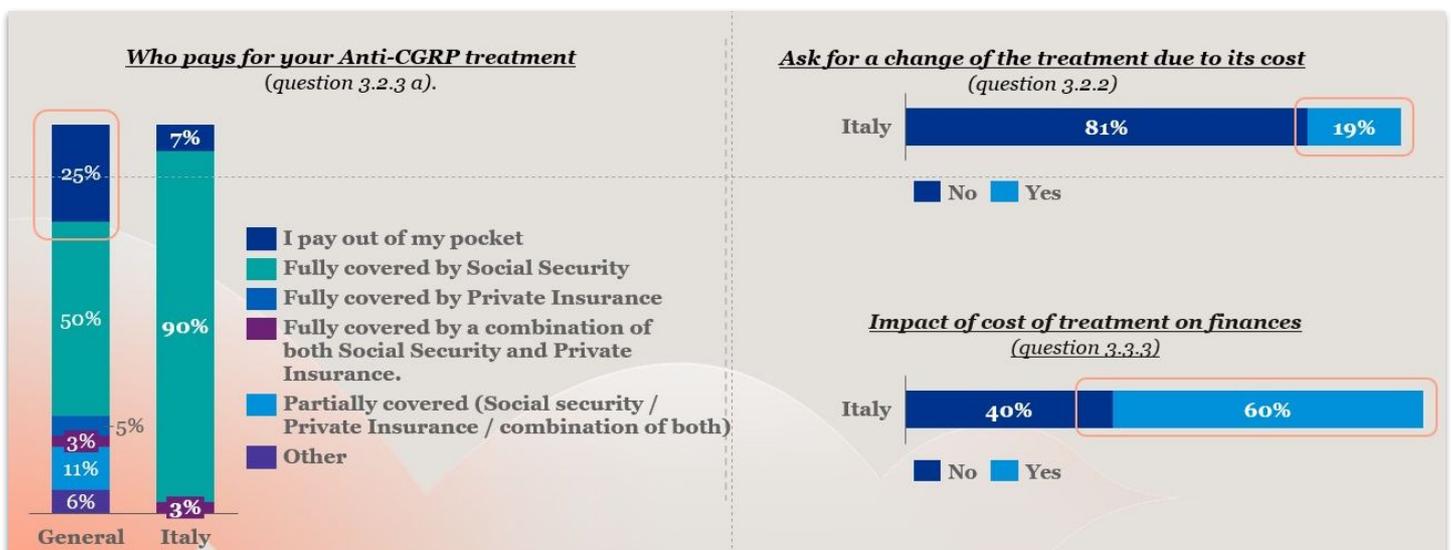




Valutando l'attuale trattamento, osserviamo che i Triptani sono ampiamente utilizzati e l'innovazione (Botox / o Anti-CGRP) raggiunge il 33% dei pazienti in Italia.

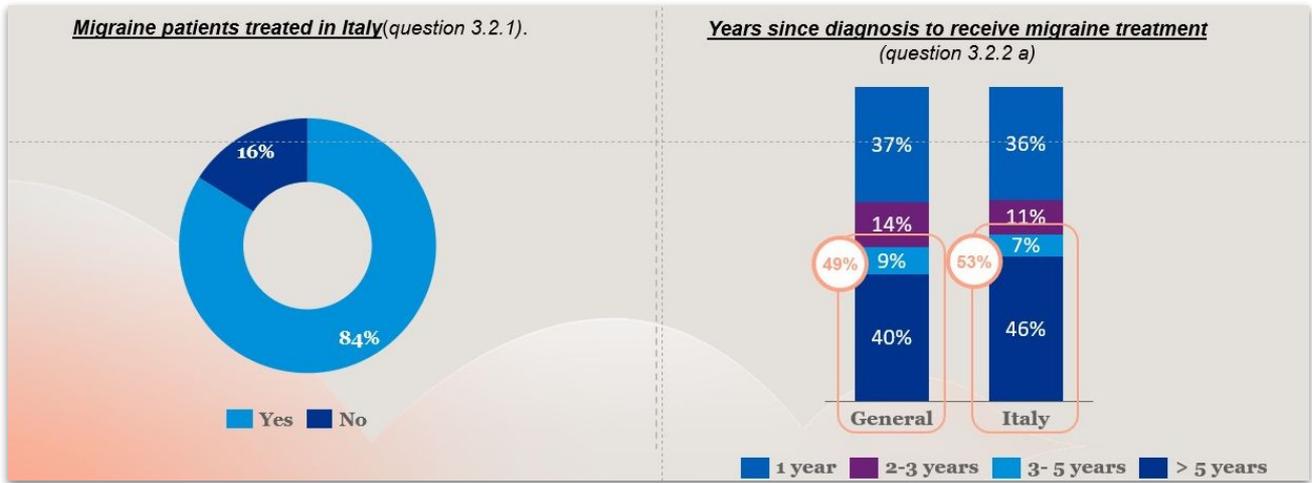


Sebbene il 60% dei pazienti abbia riferito di avere un impatto sulle proprie finanze a causa dei costi del trattamento dell'emicrania, solo il 20% ha chiesto un cambiamento di trattamento.

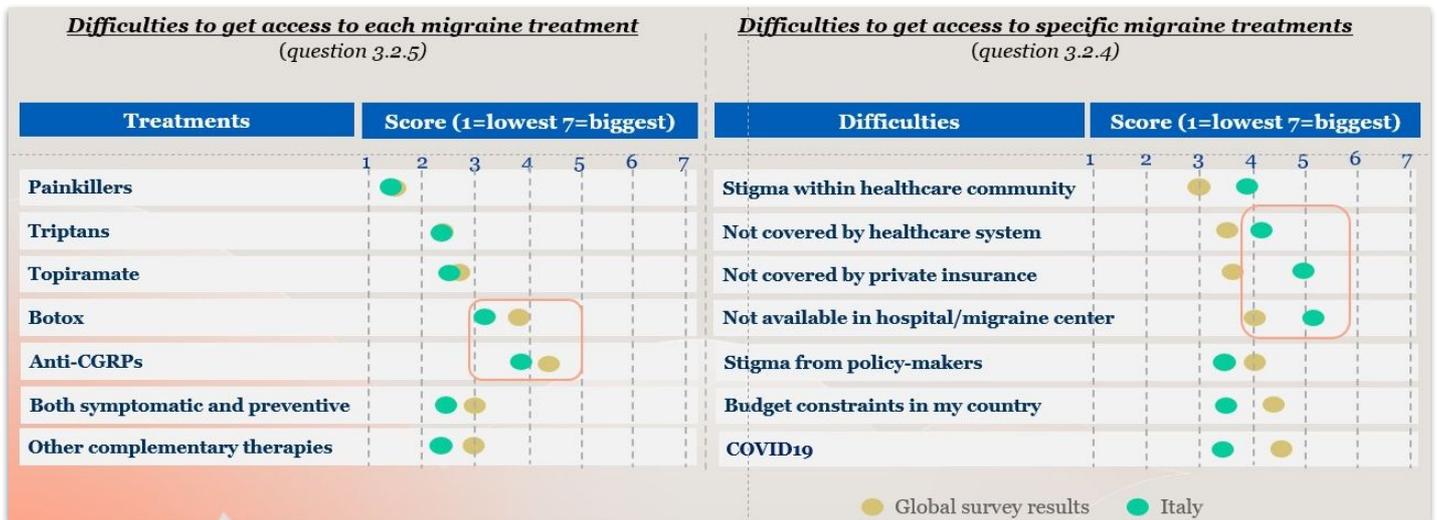




Sebbene quasi il 90% dei pazienti sia trattato, il tempo trascorso dalla diagnosi al trattamento evidenzia difficoltà di accesso ai trattamenti per l'emicrania



Anti-CGRP e Botox sono segnalati come il trattamento più difficile da ottenere, e le principali difficoltà sono che non sono coperte dal sistema sanitario e il prodotto non è disponibile





Principali conclusioni della survey

- La maggioranza degli intervistati sono **donne tra i 25 ed i 59 anni, attivamente lavoratrici e con redditi familiari bassi rispetto al totale dei risultati dell'indagine** (il 60% dei redditi familiari dichiarati sotto i 40mila euro contro il 37% nell'analisi generale).
- Il **58% degli intervistati ha riferito di soffrire di emicrania cronica in Italia**. I principali indicatori relativi al tipo di emicrania evidenziano che gli intervistati sono, in media, pazienti affetti da emicrania grave (67% con più di 8 giorni di emicrania/mese) per molti anni (il 91% degli intervistati soffre di emicrania da più di 10 anni).
- I pazienti hanno riferito che l'emicrania influisce sulle loro attività quotidiane quando subiscono attacchi, essendo la guida più critica.
- **Il primo medico a visitare è il MMG in Italia (54%)**. Il principale specialista che ha effettuato la diagnosi e l'attuale follow-up è il neurologo (rispettivamente 49% e 68%). Vale la pena notare che quasi **il 22% degli intervistati non è seguito da nessun professionista sanitario in Italia**.
- Sebbene quasi il 100% dei pazienti sia trattato, **il tempo trascorso dalla diagnosi al trattamento evidenzia difficoltà di accesso alle cure per l'emicrania** (il 53% ha richiesto più di 3 anni dalla diagnosi in Italia e il 49% i risultati globali)
- Dalla diagnosi, i primi trattamenti ricevuti sono gli analgesici generali seguiti dai triptani. Gli ultimi prescritti sono Anti-CGRP. **Attualmente i principali trattamenti utilizzati sono i triptani (74% in Italia), e il botulino (5% in Italia)**.
- Inoltre, la polimedicazione è molto frequente e sono state segnalate molteplici combinazioni di farmaci, essendo specifici farmaci da prescrizione insieme ad anti-CGRP e/o antidolorifici, topiramato il principale.
- Infine, **il Botox e l'Anti-CGRP** erano stati individuati come **le cure più difficoltose per l'accesso in Italia** e le ragioni principali di tali difficoltà segnalate erano state: prodotto non coperto da assicurazioni private o dal sistema sanitario e prodotto non disponibile in ospedale/centro emicranico.



LA DISABILITÀ NELL'EMICRANIA CRONICA

Come può una persona vivere con un dolore cronico che le impedisce di pensare e godersi la vita?

I cittadini con emicrania cronica fin dagli anni di scuola primaria, sono percepiti come bambini difficili che non vogliono lavorare, ed il loro disagio aumenta solo con l'età, poiché queste difficoltà si insinuano in tutti gli ambiti della vita: famiglia, lavoro e relazioni.

Pochissimi capiscono davvero quanto queste persone devono essere forti e determinate; nessuno impara a trasformare frammenti di tempo in giornate intere come fanno loro.

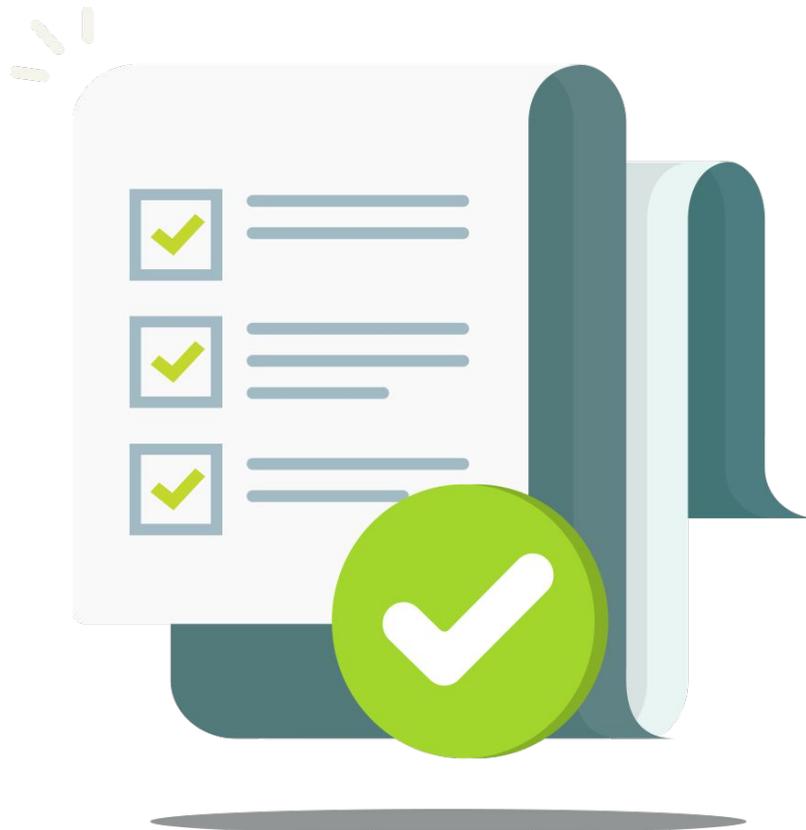
Ci vuole una forza notevole per organizzarsi e pianificare il futuro quando si vive con la paura di questo dolore, che può manifestarsi in qualsiasi momento e mettere in pausa la tua vita. Il mal di testa cronico ti rovina la vita, perché deruba le persone delle cose buone che la vita ha da offrire.



CONCLUSIONI

Nonostante i notevoli progressi nella scienza del mal di testa, i mal di testa primari sono ancora ampiamente trascurati dagli operatori sanitari e sottodiagnosticati e sottotrattati dai professionisti. In questo contesto, il ruolo dei pazienti è cruciale e deve essere valorizzato ed enfatizzato.

La nuova disponibilità di farmaci inoltre offre nuove importanti opportunità terapeutiche. Infatti i nuovi farmaci (MABs) sono promettenti: specifici per l'emicrania, sicuri ed efficaci anche a lungo termine. Questi farmaci, per il momento, hanno ancora un costo economico piuttosto elevato ed è quindi fondamentale per il SSN riuscire a riorganizzarsi per riuscire ad offrire queste terapie innovative al maggior numero di pazienti riuscendo, però, a mantenere la sostenibilità economica del sistema





CALL TO ACTION

- Bisogna equiparare l'accesso alle cure tra tutte le regioni italiane.
- È fondamentale creare dei PDTA che riescano a creare un vero filo diretto tra MMG e Centri per cefalee.
- Informare ed educare il paziente emicranico, pertanto, è il primo, ineludibile passo verso la convivenza con questa patologia.
- La gestione del paziente emicranico richiede un'assistenza ben organizzata, in primis da parte del medico di medicina generale (MMG). Successivamente, il Neurologo territoriale e i Centri specialistici dedicati allo studio delle cefalee devono indirizzarlo verso il trattamento più efficace.
- Per l'emicrania va considerato un programma multidisciplinare: stile di vita (dieta, attività fisica, abitudini di vita...) & educazione dei pazienti; Psicoterapia se necessario (gestione di comorbidità: ansia, depressione...); Metodi complementari (CAM-approccio comportamentale); Terapia farmacologica
- Un problema molto grave nel trattamento dell'emicrania è la mancata aderenza alle cure da parte del paziente. Secondo "US claims database analysis", circa l'83% dei pazienti con emicrania cronica, per un motivo o per un altro abbandona i trattamenti.
- L'avvio alle nuove ed efficaci terapie per una quota significativa di pazienti può consentire un significativo risparmio di risorse e di spesa da parte del Sistema sanitario.
- Le linee guida esistenti sono un ottimo mezzo per la categorizzazione delle strategie terapeutiche, ma essendo basate su studi clinici disponibili soffrono di numerose lacune.
- Le comorbidità nel paziente emicranico vanno sempre valutate e gestite: la monoterapia è una scelta preferibile, ma va bene soltanto per il "monomalato".



- I possibili eventi avversi del trattamento vanno sempre tenuti in grande considerazione e va fatto il possibile per gestirli, ma non bisogna cadere preda della risposta nocebo.
- Se oggi correttamente viene limitato l'utilizzo dei farmaci basati sugli anticorpi monoclonali, andrebbe quantomeno prolungato il tempo per vedere se i pazienti rispondono o meno a queste terapie.
- L'innovazione terapeutica per quanto efficiente ed efficace ha un forte costo economico, quindi avendo diverse prospettive terapeutiche va scelto con cura su quali pazienti utilizzare le cure più innovative. Per riuscire in questo, però, occorrerà formare i medici specialisti nell'utilizzo più appropriato di questi farmaci non tanto per i rischi per il paziente quanto per la sostenibilità del sistema.
- Devono essere inseriti all'interno dei LEA le cefalee primarie croniche.
- I centri Cefalee devono predisporre di psicologi per aiutare i pazienti con cefalea cronica con disturbi di ansia e di depressione.
- Bisogna formare, in tandem con le Associazioni, gruppi di auto-aiuto presso i centri cefalee.
- È fondamentale promuovere la conoscenza della cefalea sin dall'infanzia con progetti che coinvolgano anche le scuole.
- Le farmacie devono diventare parte attiva nel processo informativo su questa patologia anche attraverso la distribuzione di dépliant informativi.

**SONO INTERVENUTI (I NOMI RIPORTATI SONO IN ORDINE ALFABETICO):**

Claudia Altamura, Medico Neurologo, Unità di Cefalee e Neurologia Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma

Anna Ambrosini, Responsabile Centro per lo Studio e la Cura delle Cefalee IRCCS NeuroMed, Pozzilli (IS)

Daniele Amoruso, Giornalista Scientifico

Piero Barbanti, Direttore Unità per la Cura e la Ricerca su Cefalee e Dolore, Dipartimento Scienze Neurologiche, Motorie e Sensoriali IRCCS San Raffaele, Roma

Alfredo Berardelli, Presidente SIN, Professore Ordinario Dipartimento Neuroscienze Umane "Sapienza" Università di Roma, Direttore Dipartimento Neuroscienze Umane, Direttore UOC Neurologia B DAI Neurologia e Psichiatria Policlinico Umberto I Roma

Francesca Futura Bernardi, Dirigente Farmacista AOU Policlinico L. Vanvitelli Napoli

Rossana Boldi, Vicepresidente XII Commissione Affari Sociali, Camera dei Deputati

Paola Boldrini, Vicepresidente XII Commissione Igiene e Sanità, Senato della Repubblica

Fabiola Bologna, Segretario XII Commissione Affari Sociali Camera Deputati

Carlo Borghetti, Vicepresidente Consiglio Regionale, Componente III Commissione Permanente Sanità e Politiche Sociali, Regione Lombardia

Paolo Calabresi, Direttore di Neurologia Fondazione Policlinico Universitario Gemelli IRCCS, Roma



Francesco Castellucci, Consigliere OUCH ITALIA

Cinzia Finocchi, Presidente Eletto ANIRCEF, Coordinatore DMT Malattie Cerebrovascolari, IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, Genova

Pierangelo Geppetti, Direttore SOD Centro Cefalee e Farmacologia Clinica, AOU Careggi, Firenze

Alessandro Giua, Vice Presidente Ouch Italia

Franco Granella, Vice Presidente SISC, Professore Clinica Neurologica Dipartimento Neuroscienze Università degli Studi di Parma

Licia Grazi, Responsabile SS Centro Cefalee-Neurologia 3- Neuroalgologia Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, Regione Lombardia

Paolo Guzzonato, Direzione Scientifica Motore Sanità

Alessandro Malpelo, Giornalista Scientifico

Paolo Martelletti, Professore Associato Medicina Interna, Direttore del Centro di Riferimento Regionale per le Cefalee, A.O. Sant'Andrea Sapienza Università di Roma, Direttore UOC Medicina di Urgenza

Lara Merighi, Coordinatrice di Alleanza Cefalalgici(AI.Ce.-CIRNA), Consigliere Fondazione CIRNA

Aldo Patriciello, Deputato Parlamento Europeo

Elena Ruiz de la Torre, Direttore Esecutivo e Past President EMHA

Giorgio Sandrini, Presidente Fondazione CIRNA



Cristina Tassorelli, Presidente dell'International Headache Society(IHS), Professore Ordinario Neurologia, Direttore Dipartimento Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento, Università degli Studi di Pavia, Presidente Comitato Scientifico CIRNA (Pavia)

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità



MOTORE SANITÀ

Con il contributo incondizionato di:

abbvie

Lilly

Lundbeck



teva

