

DOCUMENTO DI SINTESI

WWW.MOTORESANITA.IT

Innovazione terapeutica che spinge all'innovazione organizzativa

Focus on **Emicrania**

Quali novità dalla strategia di profilassi all'attacco acuto

REGIONE PIEMONTE

21 Ottobre 2025

dalle **9.30** alle **13.30**

TORINO

Hotel NH Collection Torino Santo Stefano

Via Porta Palatina, 19

L'emicrania: una patologia sottovalutata ma ad alto impatto

L'emicrania è una delle patologie neurologiche più diffuse e invalidanti: colpisce circa il 12% della popolazione italiana, con una prevalenza netta nel sesso femminile. In Piemonte si stima che tra **mezzo milione e seicentomila persone** convivano con forme episodiche o croniche della malattia. Nonostante sia riconosciuta come **priorità di salute pubblica a livello europeo** e causa di disabilità secondo l'OMS, l'emicrania resta spesso **sottodiagnosticata e gestita in modo disomogeneo** tra le regioni italiane. I costi diretti e indiretti sono ingenti: in Italia si stimano **oltre 3,5 miliardi di euro l'anno** per spese sanitarie, a cui si sommano perdite di produttività e assenteismo, portando l'impatto economico complessivo a **circa 20 miliardi**.

La sfida delle nuove terapie e l'impatto sull'organizzazione sanitaria

Gli ultimi anni hanno segnato una svolta terapeutica con l'arrivo degli **anticorpi monoclonali anti-CGRP**, dei **Gepant** e di altri farmaci mirati alla prevenzione o all'attacco acuto dell'emicrania. Questa innovazione, però, impone un adeguamento organizzativo del sistema: dalla **definizione dei centri prescrittori all'omogeneità dei percorsi di presa in carico**, fino alla **sostenibilità economica** e al **monitoraggio in real life** dei risultati. L'efficacia di queste terapie, inoltre, dipende da una diagnosi corretta e tempestiva, possibile solo se esiste una rete territoriale funzionante e integrata.

Il modello piemontese: sperimentazioni, reti e criticità

La Regione Piemonte ha avviato nel 2023 un **progetto sperimentale biennale** per la presa in carico delle cefalee primarie croniche, coinvolgendo **12 aziende sanitarie** distribuite sul territorio. Il progetto ha previsto:

- analisi dei modelli di presa in carico esistenti;
- formazione per medici e popolazione;
- creazione di ambulatori dedicati;
- definizione di percorsi di transizione tra i tre livelli assistenziali (territorio, specialistica, ospedale).

Nonostante il valore dell'iniziativa, **i ritardi nei finanziamenti** (arrivati con oltre un anno di scarto) hanno compromesso la piena realizzazione dei risultati. Gli esperti chiedono una **proroga o rifinanziamento** per completare il lavoro e tradurlo in linee operative permanenti.

Una rete da costruire: livelli assistenziali e collaborazione

In Piemonte la presa in carico dei pazienti emicranici è attualmente **frammentata**. Esiste un sistema teorico a **tre livelli**:

1. ambulatori specialistici di primo livello (territoriali);
2. centri di secondo livello (ospedalieri, per diagnosi e terapie complesse);
3. centri di terzo livello (ricerca, formazione, gestione delle forme croniche e resistenti).

Tuttavia, la rete non è formalmente riconosciuta o coordinata a livello regionale. Molti centri prescrittori dei farmaci innovativi non sono operativi o mancano di personale e strumenti. Serve un **modello organizzativo integrato**, con **ruoli chiari per ogni livello**, sistemi di **cartelle condivise**, **teleconsulto** e **presa in carico circolare** tra ospedale e territorio.

Il ruolo della medicina generale e delle cure primarie

Medici di medicina generale e specialisti territoriali hanno sottolineato la necessità di inserire un **“livello 0”** nel percorso assistenziale: il **medico di famiglia** come primo punto di riferimento per diagnosi, prevenzione e monitoraggio. Le proposte includono:

- formazione specifica dei medici di base e dei farmacisti;
- utilizzo dei diari digitali del dolore;
- individuazione precoce delle “red flags”;
- gestione dell’abuso farmacologico;
- collaborazione strutturata con neurologi e centri di riferimento.

La medicina di famiglia chiede di poter **accedere ai piani terapeutici AIFA**, utilizzare strumenti di **telemedicina** e partecipare ai progetti di ricerca e sperimentazione. Il futuro modello delle **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)** potrebbe rappresentare un punto di svolta, ma necessita di interoperabilità informatica e risorse dedicate.

Pazienti e associazioni: dal riconoscimento sociale ai diritti

Le associazioni dei pazienti hanno denunciato la **lentezza dell'attuazione della Legge 81/2020**, che riconosce la cefalea primaria cronica come **malattia sociale**, ma che ancora attende piena applicazione nei **LEA**. I malati chiedono:

- il **riconoscimento dell'emicrania cronica come patologia cronica invalidante**;
- **criteri omogenei** per l'invalidità civile;
- **maggiore coinvolgimento** nelle reti assistenziali e nei corsi di formazione;
- **campagne di informazione** per combattere stigma e invisibilità.

Molti pazienti vivono la malattia in silenzio, temendo il giudizio o la perdita del lavoro. È emersa una richiesta corale di **educazione sociale e comunicazione responsabile**.

Dati, digitalizzazione e governance

Gran parte del dibattito ha toccato la questione dei **dati sanitari** e della **digitalizzazione**.

Nonostante gli investimenti nazionali e regionali, persistono difficoltà nell'interoperabilità del **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)** e nella funzionalità dei nuovi sistemi informatici come il **C4C** e il **nuovo CUP regionale**. Si è evidenziata l'urgenza di:

- semplificare gli strumenti informatici;
- garantire l'integrazione dei gestionali dei medici con il FSE;
- utilizzare i **real world data** per valutare l'efficacia delle terapie;
- sviluppare **teleconsulto e telemonitoraggio** su base regionale.

L'approccio di genere e le comorbidità

L'emicrania è una **patologia di genere**, con incidenza tripla nelle donne. Le fluttuazioni ormonali, i carichi di stress e la maggiore predisposizione genetica spiegano in parte la differenza.

Si è discusso anche dell'aumento dei casi **in età pediatrica**, forse legato a fattori ambientali e all'eccessivo uso di dispositivi digitali.

È cresciuto inoltre il peso delle **comorbidità psichiatriche e metaboliche**, richiedendo un approccio multidisciplinare che coinvolga psicologi, dietologi, fisioterapisti e medici di medicina generale.

Comunicazione, informazione e cultura sanitaria

Un tema trasversale è la “**banalizzazione**” dell’emicrania. Serve una comunicazione chiara, sia verso il pubblico che tra medico e paziente:

- evitare linguaggi tecnici incomprensibili;
- spiegare i motivi delle terapie preventive;
- contrastare fake news e autoprescrizioni;
- formare giornalisti e divulgatori sanitari per una corretta narrazione della malattia.

Solo una cultura condivisa e informata può ridurre lo stigma e migliorare l’aderenza terapeutica.

Conclusioni: una nuova governance dell’emicrania

L’emicrania rappresenta un paradigma dell’incontro tra **innovazione terapeutica e innovazione organizzativa**. La Regione Piemonte, già tra le più virtuose, può diventare un modello nazionale se saprà:

- consolidare la rete assistenziale;
- integrare la medicina del territorio con gli ospedali;
- utilizzare i dati digitali in modo intelligente;
- valorizzare il contributo delle associazioni dei pazienti.

L’obiettivo comune è costruire un **percorso chiaro, equo e sostenibile**, che accompagni il paziente emicranico lungo tutto il suo percorso di vita, riducendo disuguaglianze, costi sociali e stigma culturale.

Temi emersi

- **Emicrania come patologia cronica**, disabilitante e di genere
- **Impatto sociale, economico e lavorativo** elevato
- **Necessità di riconoscimento nei LEA** e revisione della Legge 81/2020
- **Innovazioni farmacologiche** (anticorpi monoclonali, Gepant) e loro sostenibilità
- **Disomogeneità regionale** e mancanza di una rete formalizzata in Piemonte
- **Ritardi nei finanziamenti dei progetti sperimentali** e necessità di proroga
- **Ruolo strategico della medicina generale** e delle AFT
- **Digitalizzazione, interoperabilità e Fascicolo Sanitario Elettronico**
- **Crescita delle comorbidità** e bisogno di approccio multidisciplinare
- **Comunicazione medico-paziente** e contrasto allo stigma
- **Coinvolgimento attivo dei pazienti** e delle loro associazioni
- **Necessità di monitoraggio** tramite real world data
- **Problema delle liste d'attesa** e della carenza di centri prescrittori operativi

Action points

- **Rete regionale integrata:** istituzione formale della rete cefalee all'interno della rete neurologica piemontese, con mappatura dei centri attivi e definizione di ruoli per livello.
- **Percorso diagnostico-terapeutico (PDTA):** creazione di un PDTA unico per l'emicrania, con criteri condivisi di accesso, presa in carico e follow-up.
- **Coinvolgimento della medicina generale:** formazione dedicata, strumenti di diagnosi precoce e accesso ai piani terapeutici AIFA.
- **Pazienti al centro:** inserimento delle associazioni nei tavoli regionali e nei corsi di formazione.
- **Riconoscimento nei LEA:** azione congiunta di società scientifiche e associazioni per includere l'emicrania cronica nei livelli essenziali di assistenza.
- **Telemedicina e interoperabilità:** sviluppo di piattaforme integrate tra ospedali e territorio; cartelle condivise e patient summary nel FSE.
- **Rifinanziamento dei progetti regionali:** estensione della sperimentazione biennale con fondi nazionali e regionali aggiuntivi.
- **Formazione multidisciplinare:** neurologi, MMG, psicologi, farmacisti, dietologi e fisioterapisti per una presa in carico olistica.
- **Comunicazione e cultura sanitaria:** campagne informative, collaborazione con media, linguaggio accessibile ai pazienti.
- **Monitoraggio real world data:** utilizzo sistematico dei dati per valutare efficacia e sostenibilità delle nuove terapie.
- **Riduzione delle liste d'attesa:** fast track per i casi complessi e maggiore equità territoriale tra aree urbane e rurali.

Sono intervenuti

Giambattista Allais, Responsabile Centro Cefalee della Donna, Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Università degli Studi di Torino

Rossana Boldi, Osservatorio Innovazione Motore Sanità

Marco Capobianco, Direttore SC Neurologia 3 Ospedale Martini ASL Città di Torino

Simonetta Miozzo, Referente SIMG Regione Piemonte

Giuseppe Misiano, FIMMG Regione Piemonte

Annarita Patriarca, Presidente Intergruppo Parlamentare “One Brain”

Gianna Pentenero, Consigliere Regione Piemonte

Innocenzo Rainero, Direttore S.S.D. Centro di Ricerca Clinica Cefalee, Dipartimento di Neuroscienze, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

Cristina Randoli, Vice Presidente ALCE (Alleanza Cefalalgici)

Franco Ripa, Dirigente Responsabile Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-sanitari, Vicario Direzione Sanità e Welfare, Regione Piemonte

Elisa Rubino, Ricercatrice SSD malattie di Alzheimer/Demenze Correlate e Centro Ricerca Clinica Cefalee, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino e Università degli Studi di Torino

Maria Gabriella Saracco, Neurologa - Responsabile Centro Cefalee del CDC ,Asti

Stefano Tamagnone, Giornalista

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità

Davide Zappalà, Vice Presidente IV Commissione

Questo progetto è stato realizzato
grazie al contributo incondizionato di



Comunicazione e redazione stampa
a cura di **www.mondosanita.it**

Registrati e ottieni le nostre
rassegne stampa in esclusiva

ORGANIZZAZIONE e SEGRETERIA

Francesca Romanin - 328 825 7693

Anna Maria Malpezzi - 329 9744 772

segreteria@panaceascs.com



WWW.MOTORESANITA.IT

