

13 novembre 2025

EMICRANIA: EVOLUZIONE DEI MODELLI DI PRESA IN CARICO E CURA

*Integrazione, innovazione e dialogo per
un nuovo paradigma assistenziale*



Progetto di:



INDICE

- 1. Premesse**
- 2. Emicrania, una sfida ancora aperta**
- 3. Nuove opportunità terapeutiche e Linee guida internazionali**
- 4. I percorsi di presa in carico**
 - 4.1. Medico di Medicina generale**
 - 4.2. Neurologia territoriale**
 - 4.3. Centri Cefalee**
 - 4.4. Impatto del ritardo diagnostico e dell'accesso tardivo alle cure**
 - 4.5. Presa in carico della donna con emicrania nelle diverse fasi della vita**
 - 4.6. Interdisciplinarietà attraverso strategie di comunicazione efficace**
 - 4.7. Integrazione e semplificazione**
- 5. Stigma e genere: oltre gli stereotipi per la personalizzazione dei percorsi di cura**

Take home message

Testi a cura di Nicoletta Orthmann, Direttrice medico-scientifica Fondazione Onda ETS.
Si ringraziano i partecipanti all'evento per la collaborazione nella revisione dei testi.

1. PREMESSE

Questo documento è stato redatto a seguito dell'evento istituzionale "Emicrania: evoluzione dei modelli di presa in carico e cura. *Integrazione, innovazione e dialogo per un nuovo paradigma assistenziale*", organizzato a Roma da Fondazione Onda ETS, in collaborazione con Al.Ce Alleanza Cefalalgici ETS, il 13 novembre 2025.

Obiettivo dell'evento è stato creare uno spazio di dialogo e confronto sui percorsi per l'emicrania tra gli stakeholder coinvolti per evidenziarne punti di forza e criticità, per approfondire le specificità di sesso e genere, quali elementi determinanti nella personalizzazione della presa in carico a garanzia di appropriatezza ed equità, nonché per discutere il ruolo delle nuove opportunità terapeutiche.

All'evento hanno partecipato:

- **Paola Di Fiore**, Neurologa esperta in cefalee e Medico di Medicina Generale, Milano
- **Valentina Favoni**, Specialista in Neurologia, Centro Cefalee – IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche, Bologna
- **Cinzia Finocchi**, Direttore della Struttura Complessa di Neurologia, Ospedale San Paolo, Savona
- **Claudio Gasperini**, Vice Presidente SIN, Società Italiana di Neurologia
- **Licia Grazzi**, Direttore SSD Centro Cefalee, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, Milano
- **Francesca Merzagora**, Presidente Fondazione Onda ETS
- **Nicoletta Orthmann**, Direttrice medico-scientifica Fondazione Onda ETS
- **Elena Ortona**, Direttore Centro di riferimento per la Medicina di Genere, Istituto Superiore di Sanità
- **Alessandro Rossi**, Presidente SIMG Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (video-messaggio)
- **Simona Sacco**, Professoressa Ordinaria di Neurologia, Dipartimento di Scienze Cliniche Applicate e Biotecnologiche, Università degli Studi dell'Aquila e Responsabile UOC Neurologia, Avezzano – Sulmona – L'Aquila, ASL 1 Abruzzo
- **Alessandra Sorrentino**, Presidente Al.Ce Alleanza Cefalalgici, Fondazione CIRNA ETS

L'evento è stato patrocinato da:

AINAT Associazione Italiana Neurologi Ambulatoriali Territoriali

ANIRCEF Associazione Neurologica Italiana per la Ricerca sulle Cefalee

SIMG Società italiana di medicina generale e delle cure primarie

SISC Società Italiana per lo Studio delle Cefalee

2. EMICRANIA, UNA SFIDA ANCORA APERTA

L'emicrania è una patologia neurologica **cronica e disabling**, ad alta prevalenza e ad alto impatto non sono individuale ma anche sociale.

È stata riconosciuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come la terza patologia più frequente e la seconda più disabling a livello globale. In Italia ne sono affette oltre 6 milioni di persone di cui il 70% sono donne.

Ancora oggi manca un'appropriata e diffusa consapevolezza ed è a causa di questo gap che l'emicrania continua a essere banalizzata, fortemente **sottovalutata** e – di conseguenza – **sottotrattata**, nonostante sia una delle patologie neurologiche di cui si possiedono le maggiori conoscenze scientifiche e per la quale sono disponibili farmaci specifici.

Il **ritardo diagnostico**, a cui si associa il rischio di cronicizzazione e di iperuso di farmaci sintomatici, e la **disparità di accesso** ai centri specializzati e alle terapie innovative sono tra le maggiori criticità che evidenziano la necessità di implementare e potenziare i percorsi di presa in carico e cura.

3. NUOVE OPPORTUNITÀ TERAPEUTICHE E LINEE GUIDA INTERNAZIONALI

Le nuove terapie, che sono caratterizzate da elevato profilo di **efficacia** e di **sicurezza**, hanno radicalmente modificato il paradigma di cura dell'emicrania, riducendo la complessità dei percorsi terapeutici e semplificando la gestione dei pazienti.

Inizialmente erano disponibili, oltre ai farmaci che miravano a trattare i sintomi in acuto, terapie preventive basate su farmaci di riposizionamento, indicati per altre patologie (come ipertensione arteriosa, depressione, epilessia), caratterizzati da basso profilo di tollerabilità e risultati parziali in termini di efficacia. Ciò, storicamente, ha portato a sviluppo di forme croniche di emicrania e di cefalee da abuso di farmaci.

Grazie alla scoperta del ruolo del CGRP, quale principale neuropeptide che scatena l'attacco emicranico, sono state introdotte **terapie specifiche a bersaglio molecolare** (anticorpi monoclonali anti-CGRP e gepanti) in grado di bloccare l'azione con **riduzione della frequenza e dell'intensità degli attacchi**.

Alcuni dei nuovi farmaci possono essere utilizzati sia per l'attacco acuto che come terapia a lungo termine, consentendo quindi di **trattare e prevenire con lo stesso principio attivo**.

Cruciale è la **tempestività di accesso** a queste terapie per garantirne i migliori risultati.

In questo scenario così ricco e complesso di opportunità terapeutiche, la Società Italiana per lo Studio delle Cefalee (**SISC**) e l'*International Headache Society* (**IHS**) hanno elaborato le **prime linee guida per il trattamento dell'emicrania** pubblicate a maggio scorso¹, che raccolgono in modo sistematico le raccomandazioni basate su un'analisi rigorosa dell'evidenze scientifiche su utilizzo ed efficacia dei farmaci, da quelli tradizionali ai più innovativi: uno strumento pratico e aggiornato, rivolto ai medici specialisti e non, per migliorare la qualità delle cure offerte ai pazienti.

¹ *Cephalalgia*. 2025;45(4). doi:[10.1177/03331024251321500](https://doi.org/10.1177/03331024251321500)

4. I PERCORSI DI PRESA IN CARICO

I percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali (**PDTA**) hanno un ruolo determinante nel definire i livelli di intensità di cura e nel promuovere interventi più appropriati e tempestivi sulla base della complessità clinica e della stratificazione dei bisogni.

L'innovazione necessita di accompagnarsi a una profonda **riorganizzazione dei percorsi assistenziali**, con continuità ospedale-territorio e integrazione tra discipline.

4.1. MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Il Medico di Medicina generale (MMG) ha un ruolo strategico nel favorire un **accesso precoce ai percorsi** diagnostico-terapeutici dedicati e la **continuità assistenziale**, nonché nel promuovere l'**aderenza alle terapie farmacologiche e alle strategie di prevenzione primaria**. Le modifiche dello stile di vita sono, infatti, determinanti per ridurre il burden della malattia e migliorare la qualità della vita delle persone con emicrania.

Due sono le leve strategiche per potenziarne il ruolo:

- **Formazione**
- **Codificazione di percorsi integrati** con gli specialisti del territorio e dei Centri Cefalee

4.2. NEUROLOGIA TERRITORIALE

Il percorso diagnostico-terapeutico dedicato alle cefalee dell'Azienda USL di Bologna (PDTA paziente adulto con cefalea non traumatica)² ha l'obiettivo di codificare un **percorso lineare e dinamico**, prevedendo la collaborazione fra diversi professionisti che agiscono **in rete**. L'accesso al percorso può avvenire su valutazione clinica e prescrizione del MMG oppure tramite Pronto Soccorso.

Il medico curante, intercettati i campanelli di allarme clinici, indirizza il paziente a uno specialista neurologo del territorio (Casa della Salute o Poliambulatorio) che effettua la visita volta a formulare una diagnosi, a programmare eventuali esami strumentali, a impostare una terapia e a pianificare i controlli successivi. La maggior parte delle persone, in questa fase, viene riaffidata al curante. I casi più complessi (es. cefalee resistenti alle terapie di prima linea, sospette cefalee rare, a grappolo) vengono inviati con prenotazione diretta al Centro Cefalee dell'IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche, presso l'Ospedale Bellaria, per gli ulteriori approfondimenti diagnostici e la definizione del percorso terapeutico.

Alla stabilizzazione della cefalea, il Centro provvede a prenotare direttamente il controllo presso il Neurologo del territorio competente per area e /o a inviare il paziente al suo curante.

² <https://www.ausl.bologna.it/cit/percorsi-per-patologia/cefalea/il-percorso-del-paziente-adulto-con-cefalea-non-traumatica>

Punti di forza:

- Diagnosi e trattamento in **tempi precoci**
- **Personalizzazione** terapeutica
- **Continuità** assistenziale
- **Riduzione** degli accessi **impropri** in ospedale
- **Gestione integrata** con MMG e terzo livello

Criticità:

- **Disomogeneità** organizzativa (frammentarietà dei PDTA e utilizzo di gestionali diversi)
- **Limitato accesso ai trattamenti innovativi** (la prescrizione in regime di rimborsabilità è a carico solo di clinici selezionati all'interno di Centri e/o ambulatori cefalee riconosciuti dalle Regioni)
- **Team non sempre multiprofessionali** in grado garantire un approccio bio-psico-sociale (es. psicologi, ginecologo, nutrizionista, fisioterapista)
- **Carenza del personale**
- **Insufficiente formazione** specifica

4.3. CENTRI CEFALÉE

I Centri per la presa in carico delle cefalee offrono una gestione “dedicata,” laddove la condizione di dolore sia caratterizzata da cronicità ed elevata disabilità.

L'attività si focalizza su diversi aspetti che hanno l'obiettivo di migliorare la condizione clinica e la qualità di vita dei pazienti: iter diagnostico-terapeutico appropriato, approccio multidisciplinare, accessibilità alle terapie di ultima generazione e strategie terapeutiche sempre più personalizzate.

I punti di forza:

- Competenza specialistica: **alta specializzazione** nella diagnosi e nella gestione dei vari tipi di cefalea ed emicrania, inclusi i casi più complessi e refrattari alle terapie convenzionali.
- Percorsi diagnostici strutturati: **protocolli e percorsi** basati sulle evidenze scientifiche e personalizzati.
- Approccio multidisciplinare: **integrazione** di diverse competenze (neurologia, psicologia, neuroradiologia) per una presa in carico del paziente secondo un **approccio bio-psico-sociale**.
- **Terapie innovative**: accesso a percorsi terapeutici avanzati, inclusi trattamenti di terza linea, come gli anticorpi monoclonali e la tossina botulinica.
- Ricerca e innovazione: collegamento con Istituti di **ricerca** (IRCCS) e partecipazione a **studi clinici** che consentono l'accesso a trattamenti sperimentali e all'avanguardia.
- **Integrazione** con altri servizi: collaborazione con altri specialisti e con il Pronto Soccorso per la gestione delle urgenze.
- Riconoscimento della patologia: **attività di sensibilizzazione** sull'impatto clinico e socio-economico della malattia e promozione del riconoscimento dell'invalidità civile.

Le criticità:

- Liste d'attesa e frequenza degli accessi: il sovraccarico dei Centri specializzati ne compromette l'efficienza, con conseguenti **lunghi tempi di attesa** per una prima visita o per visite di controllo.
- Percorsi standardizzati: a volte il **percorso di cura** può essere troppo **standardizzato**, senza tenere conto delle esigenze individuali del paziente e delle specificità del suo quadro clinico.
- Accesso ai trattamenti: l'**accesso a terapie innovative** è vincolato a criteri di eleggibilità e all'iter burocratico.
- Mancanza di uniformità: esistono **differenze qualitative e organizzative** tra i vari Centri che possono influenzare l'efficacia dell'assistenza fornita.
- Disomogeneità territoriale: la **disponibilità** e l'**efficacia dei Centri non sono uniformi** su tutto il territorio nazionale, creando disparità nell'accesso alle cure specialistiche.
- Rischio di **abbandono terapeutico**: se le aspettative del paziente non vengono soddisfatte, ad esempio a causa di una scarsa disponibilità di contatto diretto con il medico, c'è un rischio elevato di abbandono del percorso di cura.

Il Decreto del Ministero della Salute del 23 marzo 2023 ha stanziato fondi per sperimentare modelli innovativi di presa in carico dei pazienti con cefalea primaria cronica, con l'obiettivo di creare percorsi strutturati e coordinati. I Progetti regionali, come il Progetto Perla in Lombardia³ ed EMICARE in Emilia-Romagna⁴, potranno quindi rappresentare una risposta per affrontare e risolvere le criticità.

4.4. IMPATTO DEL RITARDO DIAGNOSTICO E DELL'ACCESSO TARDIVO ALLE CURE

Ritardo diagnostico e lunghi tempi di attesa per afferire ai Centri specialistici comportano un ritardato accesso alle terapie, accompagnandosi a:

- **Costi sanitari diretti**, per la maggior parte associati a visite specialistiche ed esami diagnostici inappropriati, e **costi indiretti** (giornate di lavoro perse dal paziente e dai suoi familiari, giornate di lavoro a ridotta efficienza produttiva).
- **Costi "intangibili"**, correlati alla sofferenza provocata dalla malattia, all'interferenza con il percorso di studio e di carriera professionale, all'impatto sulle relazioni sociali e familiari (rapporto con il partner, accudimento dei figli).
- Aggravamento del quadro clinico con rischio di **cronicizzazione**.
- **Iperuso di farmaci analgesici** con ulteriore rischio di cronicizzazione, oltre che di effetti collaterali.

4.5. PRESA IN CARICO DELLA DONNA CON EMICRANIA NELLE DIVERSE FASI DELLA VITA

È necessario costruire un modello di gestione che tenga conto delle peculiarità dei diversi **cicli vitali** femminili e di alcuni **aspetti specifici sesso e genere correlati** per una presa in carico tempestiva, appropriata e integrata delle pazienti⁵.

³ <https://perlacefaleecroniche.it/>

⁴ <https://emicare.it/>

⁵ Per approfondimenti si rimanda a: Sec. Headache and Neurogenic Pain, Vol. 15 - 2024 | <https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1436258>

Le evidenze da cui ha preso le mosse questa consapevolezza sono le seguenti:

- L'emicrania ha una prevalenza tripla nella popolazione femminile rispetto quella maschile.
- Nelle donne emicraniche gli attacchi sono più frequenti, hanno maggior intensità e durata, è presente un maggior numero di comorbidità e si registrano più elevati livelli di disabilità con conseguente impatto genere-specifico su vita lavorativa, familiare e sociale.
- Le diverse fasi della vita della donna si caratterizzano per alcune specifiche problematiche di gestione della patologia.

In particolare, devono essere attenzionati e approfonditi i seguenti aspetti critici:

Adolescenza

- esordio/peggioramento emicrania/comparsa emicrania mestruale
- transizione dall'ambito di cura pediatrico

Età fertile

- emicrania mestruale
- specificità nella prescrizione dei contraccettivi con necessità di coordinamento con il ginecologo

Gravidanza

- limitazioni terapeutiche
- possibilità di complicanze specifiche
- necessità di supporto multidisciplinare

Menopausa

- variazioni ormonali e rivalutazione della terapia per l'emicrania
- terapia ormonale sostitutiva?

Fecondazione medicalmente assistita

- peggioramento dell'emicrania
- rischio trombotico
- necessità di protocolli specifici

Patologia oncologica

- peggioramento dell'emicrania in rapporto alle terapie oncologiche
- interazioni farmacologiche
- necessità di coordinamento con l'oncologo

4.6. INTERDISCIPLINARITÀ ATTRAVERSO STRATEGIE DI COMUNICAZIONE EFFICACE

La complessità della patologia emicranica richiede una **collaborazione sinergica tra i diversi specialisti** coinvolti.

I principali ostacoli al dialogo e alla collaborazione si identificano in:

- Linguaggi clinici differenti
- Scarsa condivisione dei dati e della documentazione
- Limitata conoscenza dei ruoli reciproci
- Mancanza di tempo per il confronto

Le strategie per una interazione efficace sono:

- Creazione di **PDTA integrati** (neurologo, ginecologo, MMG, oncologo, psicologo/psichiatra)
- Definizione delle **figure di riferimento**
- Cartelle condivise attraverso **piattaforme elettroniche comuni**
- **Riunioni multidisciplinari** periodiche
- Uso di **linguaggio comune**

Il **coinvolgimento attivo e l'empowerment dei pazienti** attraverso una **comunicazione empatica** e interventi educazionali mirati (es. gestione dei trigger, consapevolezza del ruolo delle strategie di prevenzione primaria, delle terapie e dell'aderenza terapeutica) sono elementi imprescindibili per garantire una relazione di cura di successo.

4.7. INTEGRAZIONE E SEMPLIFICAZIONE

Nei percorsi di presa in carico e cura, integrazione e semplificazione possono contribuire ad alleggerire il carico di lavoro che insiste sui Centri specialistici.

L'integrazione, per essere efficace e quindi avere un impatto concreto sulla organizzazione sanitaria in termini di appropriatezza, tempestività continuità dell'assistenza nonché di sostenibilità del Sistema, deve prevedere una **collaborazione strutturata e sinergica tra MMG e specialisti**, attraverso protocolli condivisi e strumenti digitali.

Nello scorso aprile AIFA ha introdotto aggiornamenti significativi nella gestione terapeutica dell'emicrania attraverso l'eliminazione del controllo di efficacia dopo tre mesi e dell'obbligo di interrompere dopo dodici mesi il trattamento con farmaci anti-CGRP.

La prescrizione di questi farmaci in regime di rimborsabilità è, però, attualmente a carico di un limitato numero di clinici all'interno di strutture selezionate e accreditate a livello regionale.

Per ridurre la pressione sui Centri Cefalee è importante considerare la possibilità di ampliare la presa in carico del paziente e la prescrizione in regime di rimborsabilità delle terapie con farmaci anti-CGRP per la profilassi dell'emicrania **anche a Neurologi territoriali formati per il trattamento dell'emicrania**.

5. STIGMA E GENERE: OLTRE GLI STEREOTIPI PER LA PERSONALIZZAZIONE DEI PERCORSI DI CURA

L'emicrania è una **malattia invisibile**, perché non dà segni di sé. A ciò si aggiunge la **mancaanza di una consapevolezza sociale** sulla differenza tra il comune mal di testa (sintomo) e la malattia emicranica, che rende questa patologia ancora più nascosta nell'ombra. Tutto ciò, oltre a ostacolare un accesso tempestivo ai percorsi specialistici di diagnosi e cura, influenza profondamente l'esperienza di vita e di malattia delle persone con emicrania.

Lo **stigma nell'emicrania** riguarda tutti, donne, uomini e persone con identità non binarie. Per le donne, il dolore è considerato "normale" fin dalla pubertà, con la comparsa delle mestruazioni e spesso le donne vivono lo stigma secondo il quale il mal di testa è solo la conseguenza dello stress. In quanto patologia al femminile, l'emicrania è spesso sottovalutata negli uomini che si sentono poco legittimati a parlare di dolore secondo il modello stereotipato del maschio forte e autonomo. Per le persone con identità non binarie, lo stigma è doppio: a quello dell'emicrania si associa lo stigma che riguarda il percorso di transizione.

Nella definizione dei percorsi di diagnosi e cura è necessario, pertanto, un approccio che tenga conto delle **differenze di sesso** (biologiche) **e di genere** (sociali, culturali, ambientali, economiche...). Solo attraverso questo approccio è possibile **personalizzare gli interventi** a garanzia non solo di **equità** ma anche di **sostenibilità**.

Sebbene l'Italia si sia dotata da tempo di una legge sulla medicina di genere (Legge n. 3 del 2018 e relativo Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere, adottato con il Decreto del Ministero della Salute del 13 giugno 2019), ancora sono molti i gap da colmare che riguardano l'ambito della ricerca e della sperimentazione, la raccolta e analisi dei dati disaggregati, la formazione degli operatori sanitari e l'informazione.

È necessario inserire nei PDTA specifici capitoli dedicati alla medicina di genere e alle persone con identità non binarie, le cui necessità sono intersezionali e spesso legate a terapie ormonali o a discriminazioni nell'accesso ai servizi.

TAKE HOME MESSAGE

- L'emicrania è una patologia neurologica **cronica e disabilitante**, ad alta prevalenza e ad alto impatto, individuale e sociale.
- È necessario aumentare la **consapevolezza** per superare l'errata convinzione, tanto radicata quanto diffusa, che l'emicrania sia un "comune mal di testa".
- Ad oggi, l'emicrania è ancora **sottovalutata e sottotrattata**, nonostante siano disponibili farmaci specifici ad azione preventiva che semplificano la gestione terapeutica e che hanno radicalmente cambiato il paradigma di cura e la qualità della vita dei pazienti.
- Una **diagnosi tempestiva e corretta** è il presupposto necessario per un appropriato accesso ai percorsi di cura e per il successo terapeutico.
- L'**innovazione terapeutica** rende necessaria una profonda **riorganizzazione** dei percorsi assistenziali, con efficace **integrazione** soprattutto tra ospedale e territorio, al fine di assicurare tempestività, personalizzazione, appropriatezza e continuità della presa in carico.
- È necessario migliorare i percorsi di cura, che spesso risultano frammentati, in un'ottica di **percorsi di "presa in carico" multidisciplinari, lineari**, chiari al paziente e al Sistema, **personalizzati e dinamici** in funzione delle specificità di sesso e genere e delle cronicità concomitanti, secondo un **approccio bio-psico-sociale** e di integrazione delle strategie di prevenzione e trattamento, inserendo nei PDTA specifici capitoli dedicati alla medicina di genere e alle persone con identità non binarie.
- Cruciale è il **ruolo della Medicina generale e della Neurologia territoriale nel ridurre la "pressione" sui Centri cefalee** che rappresentano un'eccellenza per la gestione della patologia e una preziosa risorsa. Si rende imprescindibile per questo il coinvolgimento dello specialista neurologo territoriale nella presa in carico del paziente affetto da emicrania, al fine di garantire un percorso assistenziale appropriato e continuativo, nonché la possibilità di prescrivere, in regime di rimborsabilità, i farmaci specifici indicati per la profilassi dell'emicrania.
- Migliorare l'articolazione della **rete di servizi sul territorio**, armonizzare le funzioni e integrare in modo efficace le diverse componenti sociosanitarie, consente di rafforzare gli snodi, favorire la tempestività, l'omogeneità e l'appropriatezza di accesso ai Centri di alta specializzazione.
- Interventi di semplificazione prescrittiva potrebbero favorire un **accesso più equo e tempestivo ai farmaci innovati**.
- È necessario implementare le competenze del personale sanitario attraverso la **formazione continua** dei neurologi nelle scuole di specializzazione, dei Medici di Medicina generale, dei Pediatri di libera scelta nonché dei farmacisti.



**Con il contributo
incondizionato di:**

teva