



A.C.S.A.&S.T.E. ONLUS  
Catanzaro



AZIENDA OSPEDALIERA  
PUGLIESE-CIACCIO  
Catanzaro



SOCIETÀ ITALIANA PER LO  
STUDIO DELLE CEFALIE



CENTRO CEFALIEE E DISORDINI ADATTATIVI  
A.O. Pugliese-Ciaccio di Catanzaro



PROVINCIA DI  
Catanzaro



## LA CEFALEA NEL CICLO DI VITA



INCONTRO CON LA CITTADINANZA IN OCCASIONE DELLA VII GIORNATA NAZIONALE DEL MAL DI TESTA

# Impatto sociale e Governance clinica delle cefalee

Rosario  
Iannacchero

# *Agenda*



- ✓ Dimensioni del problema, criticità, costi
- ✓ Modelli organizzativi gestionali

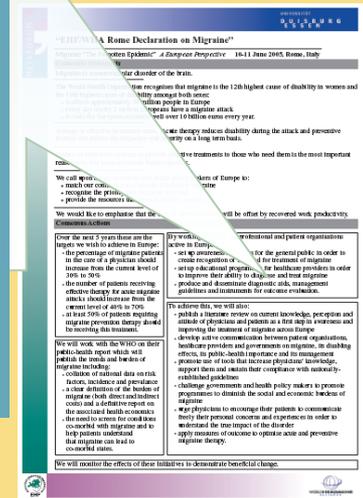
# *Dimensioni del problema Cefalea/Emicrania*

- ✓ Patologia molto frequente nella popolazione generale
- ✓ Solo emicrania: prevalenza media annua stimata negli adulti in Europa 14.7% (M 8% e F 17%) con picco tra 25 e 55 anni (Stovner et al. 2010)
- ✓ In Italia stime maggiori 12.6% (Studio Iannacchero et. al. Cephalalgia 2005) - 12.7 % (Studio PACE Ferrante et al, 2012)
- ✓ Emicrania cronica a livello globale: prevalenza 2.4-4.2% (Natoli et al. 2009) / possibile sottostima per difficoltà nella diagnosi
- ✓ Global Burden of Disease 2010: emicrania al 7° posto tra le patologie disabilitanti

# Azioni del Consensus

- ✈ Lavorando insieme, gli operatori sanitari e le Associazioni di pazienti operanti in Europa:
  - ✈ Attueranno iniziative per richiamare l'attenzione della popolazione generale e per promuovere la necessità di trattare l'emicrania
  - ✈ Attueranno programmi educativi per gli operatori sanitari per migliorare la loro capacità di diagnosi e trattamento dell'emicrania
  - ✈ Produrranno e diffonderanno gli strumenti diagnostici, le linee-guida di trattamento e gli strumenti di valutazione dei risultati

La dichiarazione è usata con l'autorizzazione dell' EHF e della WHA.





## *Criticità Cefalea/Emicrania: accesso alle cure*

- ✓ **Fattori clinici** scarsa conoscenza del problema cefalea da parte del personale sanitario
- ✓ **Fattori sociali** scarsa consapevolezza del problema nella popolazione generale / la cefalea non è sentita come un problema sanitario rilevante quindi minori consultazioni e trattamenti inadeguati (molta automedicazione)
- ✓ **Fattori politico-economici** a livello governativo scarsa conoscenza dell'impatto delle cefalee sulla società con sottostima dei possibili risparmi a seguito di corretta gestione del problema
- ✓ **Rischio di percorsi di cura inappropriati**



## Cefalea, la patologia costa 3,5 miliardi di euro all'anno

"La grande maggioranza delle cefalee può essere trattata con successo e gestita efficacemente anche a livello di assistenza primaria. È necessario, tuttavia, individuare opportune misure tese a facilitare l'accesso dei pazienti alle cure più appropriate. Inoltre considerate le tematiche di contenimento della spesa sanitaria, si impone, in questa fase di forte tensione economica a livello regionale e nazionale, una riflessione allo scopo di definire un modello operativo che garantisca uniformità di erogazione delle cure sul territorio, nel rispetto di un'appropriata allocazione delle risorse e dell'articolo 32 della

nostra Carta Costituzionale". A dirlo **Antonio Tomassini**, presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato, nel corso dell'incontro "Cefalea: processi assistenziali e sostenibilità" promosso dall'**Italian Health Policy Brief**.

**MALATTIA SOCIALE** - La cefalea colpisce circa dieci milioni di Italiani in modo episodico, due milioni in modo cronico, con valori più elevati per le donne, 9,1%, rispetto agli uomini, 7,8%. Deve essere dunque considerata una malattia vera e propria, indotta da cause non sempre immediatamente identificabili. Ma è anche una patologia con costi sociali e sanitari molto alti, che calcoli recenti stimano in 3,5 miliardi di euro. "La gestione del paziente emicranico – spiega **Marco Marchetti**, direttore dell' Unità di Valutazione delle Tecnologie del Gemelli di Roma - richiede un'assistenza costante, in primis da parte del medico di medicina generale e poi di Centri Specialistici dedicati allo studio delle cefalee, che sappiano indirizzarlo verso il trattamento più efficace, limitando al contempo l'accesso a servizi inappropriati. Tali Centri risultano indispensabili per la presa in carico del paziente in un percorso clinico strutturato".

**PIU' LIVELLI DI ASSISTENZA** - Prendersi cura della persona con cefalea "significa non solo curare la malattia ma supportare la persona nella sua globalità – afferma **Luigi Alberto Pini**, presidente della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee -, al fine di migliorare la qualità di vita del singolo individuo e della collettività in cui è inserito". Per migliorare l'accesso alle strutture sanitarie l'European Headache Federation ha proposto una organizzazione dei servizi in tre livelli. "Dati epidemiologici – continua Pini - suggeriscono che la maggioranza dei pazienti cefalalgici può essere efficacemente trattata al primo livello dalla medicina di base e pronto soccorso in casi selezionati, e solo una quota minore necessita specializzazioni superiori quali la consulenza neurologica o l'ambulatorio con neurologo specializzato nella diagnosi e cura delle cefalee e il centro cefalee accademico al terzo livello". D'accordo su "percorsi costituiti secondo il modello stratificato in livelli di assistenza dipendenti dalla complessità diagnostica e terapeutica e quindi integrati al modello Hub and Spoke delle reti dei centri specialistici", **Pietro Cortelli**, del Dipartimento di Scienze Neurologiche dell'Università di Bologna.

Febbraio  
2014



# The Italian Migraine Project



## ❑ Quali criticità?

- Informazione e cure fai-da-te, riferimenti non strutturati, scarsa attenzione alla comorbidità e al contesto individuale,

## ❑ Quali attori?

- MMG, Specialistica Territoriale ed Ospedaliera, Centri di Riferimento, Professioni Sanitarie non-Mediche, Associazioni Laiche, Sistemi di Formazione e Media

## ❑ Quali obiettivi?

- Standard assistenziali omogenei, diagnosi e accesso alle cure secondo criteri uniformi e validati, adeguata informazione, presa in carico, riferimenti sul territorio, tutela della disabilità

## TUTTO CIÒ PREMESSO, LE PARTI CONVENGONO QUANTO SEGUE:



- di sostenere lo sviluppo in Italia del Progetto Nazionale denominato ITALIAN MIGRAINE Project attraverso la formazione di un tavolo di lavoro operativo che si riunirà almeno 3 volte anno secondo un calendario condiviso e all'uopo predisposto, e deciderà sull'evoluzione dello stesso.
- di realizzare un report su base annuale che faccia una fotografia aggiornata della patologia cefalalgica in Italia
- di realizzare annualmente riunioni e meeting atti all'analisi dell'impatto della cefalea in Italia con particolare focus sugli indicatori sociali, economici, politici e clinici.
- di elaborare, approvare e firmare un Social Manifesto con la finalità di riconoscere la cefalea primaria cronica come malattia sociale attraverso un modello di alleanze atto a garantire ed assicurare percorsi appropriati al trattamento della stessa sia in termini di offerta clinica sia di efficienza e sostenibilità economica
- realizzazione e divulgare campagne sociali aventi la finalità di sensibilizzare l'opinione pubblica circa l'impatto sociale della patologia cefalalgica realizzazione di una roadmap nazionale in grado di tracciare le priorità di intervento in Italia
- realizzazione di un think tank in grado di sviluppare un pensiero strategico sulle approccio e gestione dei pazienti cefalalgici in Italia
- reperimento di fondi pubblici e privati che supportino gli obiettivi dell'Italian Migraine Project

# CEFALEA NELL'ETÀ EVOLUTIVA: iniziative

- ❑ Garantire una adeguata professionalità e consapevolezza degli Operatori di Area in relazione alla specificità e complessità delle Cefalee nell'Infanzia e nell'Età Evolutiva
- ❑ Coinvolgere, in modo partecipe e competente, nelle indicazioni diagnostico-terapeutiche i Pediatri di libera scelta, che spesso presentano una difficoltà persistente a considerare la cefalea come una malattia propria anche dell'età evolutiva
- ❑ Favorire “l'Azione di Rete” sul Territorio tra Centri per le Cefalee Pediatriche di riferimento regionale, Centri periferici e Pediatri di libera scelta
- ❑ Facilitare la transizione dell'adolescente dal neurologo pediatra al neurologo dell'adulto
- ❑ Favorire per il piccolo paziente, attraverso interventi mirati, la partecipazione alla vita scolastica, sportiva, relazionale e sociale quanto più simile a quella dei coetanei senza cefalea
- ❑ Coinvolgere e sostenere i familiari nella gestione del piccolo paziente
- ❑ Educare gli “educatori” sulla particolare connotazione cefalalgica nel bambino e nell'adolescente
- ❑ Promuovere, anche nel piccolo paziente, un approccio terapeutico non farmacologico
- ❑ Garantire ambienti ospedalieri e ambulatoriali accoglienti, adatti all'Infanzia e all'Adolescenza
- ❑ Assicurare che sia sempre lo stesso gruppo multidisciplinare, all'interno dei centri specializzati, a prendersi cura del bambino e dei familiari



**Riconoscimento della Cefalea Cronica  
come Malattia Sociale.**

**Senato della Repubblica  
Commissione Igiene e Sanità  
5 giugno 2014**

# I Centri Cefalee operano già come i centri malattie sociali da decreto 249/1961

## DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 11 febbraio 1961, n. 249

I centri per le malattie sociali perseguono le seguenti finalità:

- curano la ricerca e l'accertamento dei casi di malattia e degli stati di predisposizione alla malattia;
- attuano le misure di profilassi e di prevenzione;
- erogano prestazioni ambulatoriali a favore dei malati;
- promuovono, quando si renda opportuno, il ricovero dei malati
- effettuano il controllo sanitario dei guariti
- eseguono studi e ricerche sull'origine delle malattie sociali e sui mezzi per prevenirle e combatterle;
- curano, per la difesa contro le malattie sociali, la propaganda e la educazione sanitaria;
- provvedono all'esecuzione dei programmi sanitari contro le malattie sociali, predisposti dal Ministero della sanità'.

## Costi sociali: emicrania cronica vs episodica

### Utilizzo delle strutture sanitarie in Italia

Visite - Ricoveri	Emicrania cronica (CM)	Emicrania episodica (EM)	CM vs EM
Visite presso medico di Medicina Generale (%)	52,7	25,5	p<0,001
Numero medio di visite (DS)	4,1 (3,2)	2,8 (3,3)	
Visite presso Centro Cefalee (%)	40,0	14,7	p<0,001
Numero medio di visite (DS)	2,2 (1,8)	1,8 (1,8)	
Valutazioni in Pronto Soccorso (%)	5,5	6,4	
Numero medio di valutazioni (DS)	4,5 (2,1)	1,7 (1,5)	
Ricoveri ospedalieri (%)	3,6	2,4	
Durata media di ricovero, giorni (DS)	10,0 (7,1)	3,1 (3,0)	

Bloudek LM et al. J Headache Pain 2012;13:361-378

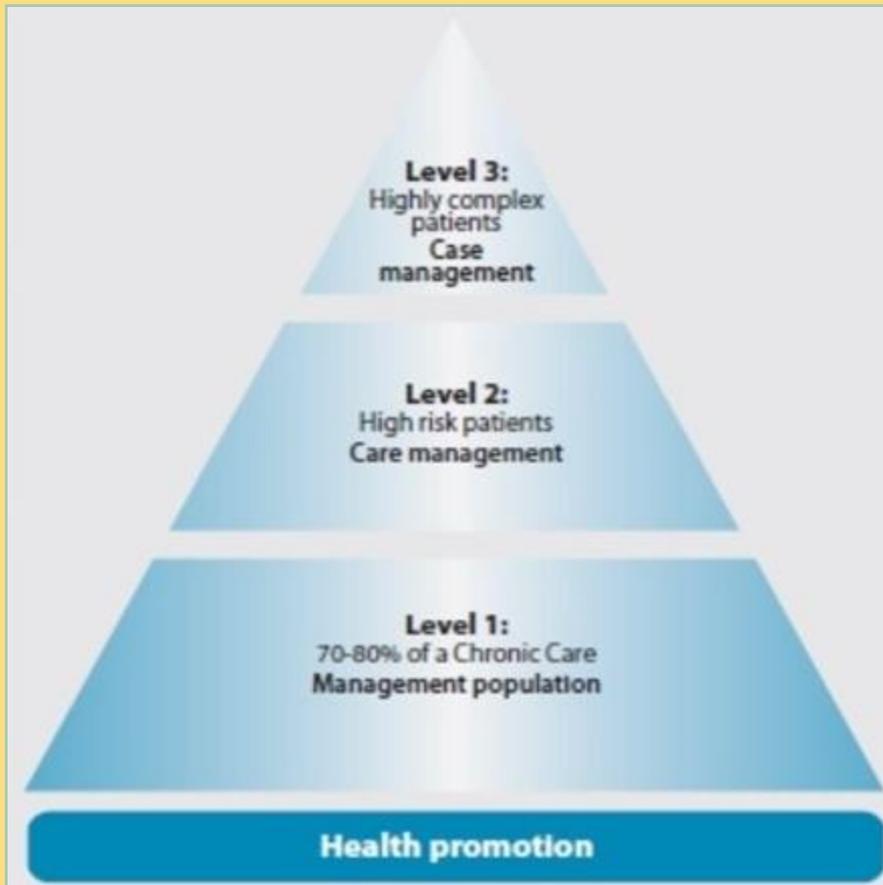
*“... nel medio termine, la maggior riduzione del carico assistenziale dovuto alle cefalea può essere ottenuta non con nuove scoperte scientifiche o sviluppi terapeutici ma con piccoli e basilari miglioramenti nella gestione a livello di cure primarie, effettuando una diagnosi e iniziando un trattamento di base ...”*

**Dr. Kernick D**

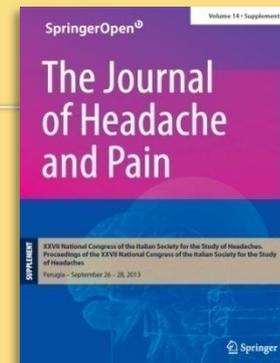
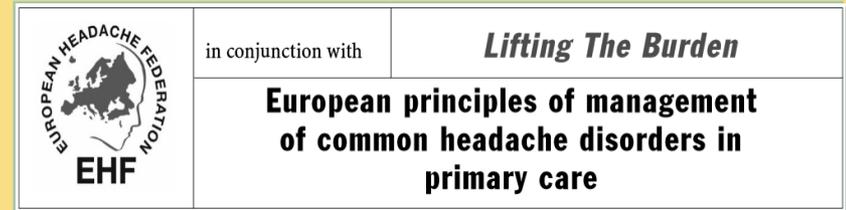
**IHS PRIMARY CARE  
INTEREST GROUP**

**Cephalalgia 2010**

# Assistenza specialistica su più livelli nelle cefalee



- Livello delle cure specialistiche
- Livello delle cure ad elevata complessità
- Livello delle cure di base





**MANIFESTAZIONE DI CHIUSURA - UNIVERSITA' DELLA CALABRIA**  
Arcavacata di Rende (CS) - Sala Stampa Aula Magna - Martedì 21 Aprile 2015 - 09:00 – 13:30

**HealthSOAF**  
Framework di architettura servizi per la sanità

**PON01\_02934 – HealthSOAF**

**Health Service Oriented**

**Architecture Framework**

#### Agenda

- Ore 09:00 Saluti istituzionali
- Ore 09:15 La Sanità in Calabria: quale futuro?  
Dr.ssa R. Barone
- Ore 09:30 I risultati del progetto  
(Almaviva – Ing. Malara)
- Ore 10:15 Il contributo agli standard HL7 OMG  
fornito dal progetto (Dott. Lotti)
- Ore 10:30 Coffee Break
- Ore 11:00 Le testimonianze  
Impatto socio - economico e governance  
clinica - Prof. F. Antonaci  
Il modello della rete cefalea Calabria  
Dr. R. Iannacchero  
I Risultati della sperimentazione  
Dr. M. Cipolla – Dr. F. Corasaniti
- Ore 12:15 Conclusioni (prof. Vespri, ETS del MIUR)
- Ore 12:30 Dibattito
- Ore 13:00 Light lunch

**Manifestazione Chiusura**  
**PON01 -02934**  
**HealthSoaf**

11/02/2013 Cosenza - Università della Calabria. Seminario su "HealthSOAF".



Nell'ambito della attività di formazione sugli Standard e Tecnologie a supporto delle Architetture di Servizi per la Sanità (HealthSOALearning), lo scorso 11 Febbraio a Cosenza, presso l'Università della Calabria, si è svolta una manifestazione il cui obiettivo era la presentazione del progetto di ricerca HealthSOAF (Health Service Oriented Architecture Framework).

Tale incontro, fortemente voluto dagli organizzatori del corso di formazione ed organizzato da Almirall unitamente al Dipartimento di Innovazione Meccanica Gestionale (DIMEG) della stessa Università della Calabria, doveva rappresentare una occasione di confronto fra i docenti ed i partecipanti al progetto HealthSOAF sulle prospettive di inserimento professionale.

Il seminario è stato suddiviso in tre sezioni. La prima, di contestualizzazione del progetto e degli obiettivi attesi, è stato presentata dal collega G. Sammarco. La seconda sezione, nella quale sono stati proposti i due servizi in corso di realizzazione presso i laboratori di Cosenza ovvero SHP (Servizio di pagine gialle in ambito Sanitario) presentato dalla collega M.G. Polito e DAS (Servizio di supporto alle decisioni in ambito sanitario) presentato da M.G. Giocosa del DIMEG.

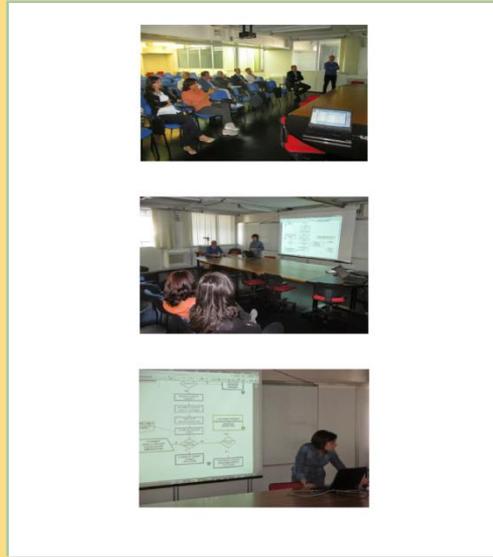
Il terzo ed ultimo intervento (didascalia a destra) il cui relatore è stato il prof. D. Conforti del DIMEG, ha riguardato in dettaglio la descrizione del Pilot con il quale si potrà dimostrare, la validità dell'utilizzo dei servizi realizzati secondo lo standard HSP in un caso reale quale "La Gestione Clinica Integrata delle Cefalee attraverso la Rete Cefalea della Calabria".



I numerosi interventi da parte del prof. Chiodino dell'Università della Calabria, di Alessandro Raffone (responsabile Almirall dei Progetti di Innovazione e Ricerca per l'Innovazione), del prof. Conforti, oltre alle testimonianze su alcune delle innumerevoli iniziative attualmente in corso e riportate dai colleghi del progetto di ricerca che partecipano ad incontri in ambito nazionale,



hanno evidenziato quanto siano oggi strategici corsi di formazione e progetti di ricerca in un ambito, quale quello Sanitario, che ha subito cambiamenti più importanti a livello globale, in termini istituzionali, tecnici ed economici e nel quale, in ambito mondiale, sono in corso di investimenti più importanti in termini di risorse economiche ed umane per il raggiungimento degli obiettivi di efficienza, semplificazione dell'esercizio del diritto alla salute da parte del cittadino, e non ultimo economici.



**Faculty**

- A. Iorio (Cosenza)
- A. Manno (Poggioreale)
- S. Olivola (Cosenza)
- A. Tardito (Cosenza)
- C. Tasso (Cosenza)
- D. Conforti (Cosenza)
- F. Anselmi (Cosenza)
- F. Ingino (Pomezia)
- F. Calabrese (Pomezia)
- G. Ingrosso (Cosenza)
- G. Nicosia (Cosenza)
- M. Di Tommaso (Bari)
- M. Russo (Cosenza)
- M. P. Purohara (Bari)
- R. Unsworth (Cosenza)
- S. Neri (Cosenza)
- L. Casarini (Cosenza)

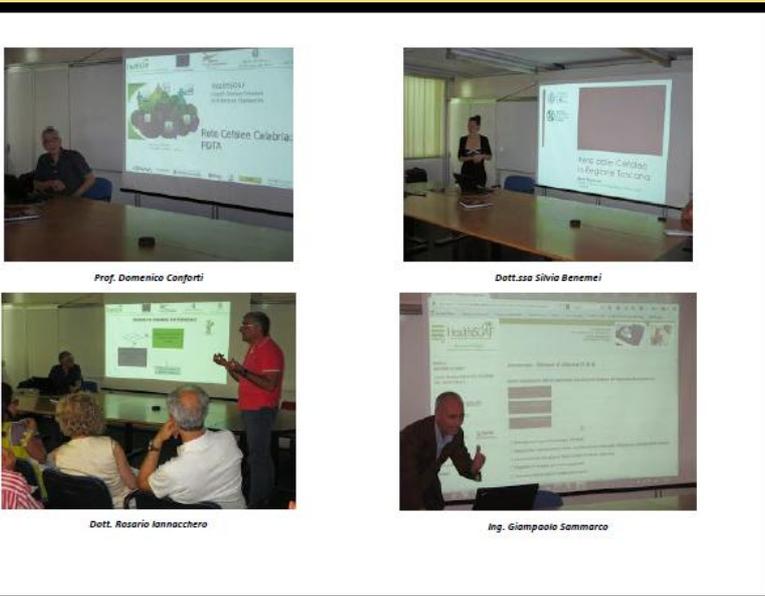
**Informazioni generali**

**DIRETTORE DEL CORSO**  
Prof. D. Conforti  
D. N. Unsworth  
D. A. Iorio

**ORGANIZZAZIONE**  
Dott.ssa A. Terzano  
D. A. Conforti  
Dott.ssa M. Polito  
Dott.ssa M. Giocosa  
D. P. Polito

**MENTHALIA**  
8102 Napoli - 46 Napoli - 1000  
www.menthalia.it

**26 novembre - 1 dicembre 2013**  
Università della Calabria  
Aula Università Club Firenze



**SCIENTIFICO DIRETTORE**  
Prof. Francesco Pizzillo  
Dott.ssa M. Polito  
Dott.ssa M. Giocosa  
Dott.ssa M. Polito  
Dott.ssa M. Giocosa

**ORGANIZZAZIONE**  
Dott.ssa A. Terzano  
D. A. Conforti  
Dott.ssa M. Polito  
Dott.ssa M. Giocosa

**26 ottobre 2013**  
Università della Calabria  
Aula Università Club Firenze

**Attività Formativa svolta 2012-2014**