



ENRICO DAVID,
Putting up with it

**LA CEFALEA
E
L'EMERGENZA
SANITARIA COVID19**

CRISS - UNIVPM



UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

CRISS
Centro di ricerca e servizio
sull'integrazione socio-sanitaria

La cefalea e l'emergenza sanitaria Covid19

Report di ricerca 2020

con la sponsorizzazione di



*Mi parve che la mente mi si dividesse –
Come se il cervello in due si spaccasse –
provai a ricomporlo – orlo a orlo –
Ma non ci riuscivo, le parti, a collimare.*

*I pensieri cercai di collegare,
quello passato a quello che seguiva –
Ma la sequenza, in silenzio, come
Gomitoli, su un pavimento, si aggrovigliava.*

E. Dickinson, 1864

INDICE

1. INTRODUZIONE	<i>Sara Bugari</i>	8
2. GLI OBIETTIVI E LA METODOLOGIA DELLA RICERCA	<i>Maria Teresa Medi</i>	12
3. LA PRESA IN CARICO E LA PANDEMIA DA COVID19: LE INTERVISTE AI PROFESSIONISTI	<i>Sara Bugari</i>	14
4. L'EMICRANIA AL TEMPO DEL COVID19: LE VOCI DELLE PROTAGONISTE E NON SOLO	<i>Maria Teresa Medi</i>	20
5. LA SFIDA DELLE NUOVE TECNOLOGIE E IL PUNTO SUL PDTA CEFALIA	<i>Sara Bugari</i>	34
6. RASSEGNA BIBLIOGRAFICA	<i>Stefania Sottili</i>	40
7. Allegato 1: TRACCIA INTERVISTA SPECIALISTI PER RICERCA CEFALIA 2020		44
8. Allegato 2: TRACCIA DELLA INTERVISTA TELEFONICA ALLE DONNE CEFALALGICHE		46
9. Allegato 3: BROCHURE WEBINAR "LA CEFALIA E L'EMERGENZA SANITARIA COVID19"		48

1. INTRODUZIONE

Sara Bugari

Il Centro di Ricerca e Servizio sull'Integrazione Socio-Sanitaria dell'Università Politecnica delle Marche (CRISS-UNIVPM) ha realizzato tra luglio e settembre 2020 il progetto di ricerca dal titolo "La gestione della cefalea nella Regione Marche e l'emergenza sanitaria Covid19". L'idea di ricerca, di cui verranno riportati i risultati all'interno di questo report, nasce durante l'emergenza sanitaria e sociale derivante dalla pandemia da Covid19. Tale progetto si pone in continuità con la ricerca realizzata dal CRISS-UNIVPM nel 2019 dal titolo "Modelli di presa in carico dei pazienti affetti da cefalea nella Regione Marche". Nello specifico l'obiettivo di questo studio è stato quello di analizzare se e come sono cambiati i processi di presa in carico dei pazienti affetti da cefalea durante l'emergenza sanitaria Covid19 tenendo in considerazione il ruolo che ha avuto e che potrà avere l'ICT come strumento per l'accesso alle cure.

La pandemia da Covid19 ha avuto un impatto importante per le persone affette da cefalea nel limitare, modificare o sospendere totalmente la loro possibilità di accesso ai servizi del Sistema Sanitario Nazionale dedicati in modo specifico alla cura e alla presa in carico di tale malattia. È stata infatti necessaria, durante la fase acuta della pandemia, la chiusura di quasi tutti gli ambulatori e centri dedicati con l'implicazione della sospensione delle visite in presenza. Da ciò è derivata una significativa implementazione dell'uso degli strumenti di ICT da parte dei servizi per permettere ai pazienti un accesso alle cure nel caso di bisogno.

L'importanza di porre attenzione a questa malattia cronica è data dal fatto che, come evidenziato nella ricerca del 2019, la cefalea, nelle sue varie forme, rappresenta una delle più frequenti patologie del sistema nervoso ed è caratterizzata da elevati livelli di disabilità e di interferenza sulla qualità di vita. Infatti, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) riconosce le cefalee tra le patologie a elevato impatto socio-sanitario (*World Health Organization. The world health report 2001*). In particolare, l'emicrania è stata classificata nel 2017, dall'OMS, al 2° posto fra tutte le malattie che causano disabilità e la prima causa di

disabilità in soggetti di età inferiore a 50 anni (*Global Burden Disease 2017*, OMS; Istituto superiore di Sanità, 2018). La cefalea si manifesta infatti in modo prevalente nell'età giovane-adulta e in modo particolare l'emicrania colpisce il sesso femminile. In Italia, ad aprile 2019, è stato presentato in Senato il disegno di legge su "Disposizioni e riconoscimento della cefalea primaria cronica come malattia sociale". L'8 luglio 2020 la legge è stata definitivamente approvata dal Senato ed è stata emanata di seguito la legge 14 luglio 2020 n. 81 "Disposizioni per il riconoscimento delle cefalea primaria cronica come malattia sociale". La legge sancisce: *"Art. 1. 1. La cefalea primaria cronica, accertata da almeno un anno nel paziente mediante diagnosi effettuata da uno specialista del settore presso un centro accreditato per la diagnosi e la cura delle cefalee che ne attesti l'effetto invalidante, è riconosciuta come malattia sociale, per le finalità di cui al comma 2, nelle seguenti forme:*

a) emicrania cronica e ad alta frequenza;

b) cefalea cronica quotidiana con o senza uso eccessivo di farmaci analgesici;

c) cefalea a grappolo cronica;

d) emicrania parossistica cronica;

e) cefalea nevralgiforme unilaterale di breve durata con arrossamento oculare e lacrimazione;

f) emicrania continua.

2. Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sono individuati, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, progetti finalizzati a sperimentare metodi innovativi di presa in carico delle persone affette da cefalea nelle forme di cui al comma 1, nonché i criteri e le modalità con cui le regioni attuano i medesimi progetti."

L'interesse della ricerca si riscontra anche per il riconoscimento da parte della Regione Marche, avvenuto a settembre 2020, dei centri autorizzati alla diagnosi e prescrizione di nuovi farmaci (Aimovig, Ajovy, Emgality) indicati per la profilassi dell'emicrania. I centri

cefalee individuati per la prescrizione dalla Regione Marche sono gli stessi coinvolti in questa ricerca e nella precedente ricerca del 2019.

Ente	Struttura	Centro
AOU OR Ancona	PRESIDIO OSPEDALIERO UMBERTO I°	CLINICA NEUROLOGICA (ambulatorio cefalee)
AOU Marche Nord	OSPEDALE SAN SALVATORE - PESARO	NEUROLOGIA (ambulatorio cefalee)
ASUR - AV1	P.O. URBINO	ANESTESIA E RIANIMAZIONE (ambulatorio cefalee)
ASUR - AV1	FANO	Ambulatorio cefalee
ASUR - AV2	P.O. JESI	NEUROLOGIA (ambulatorio cefalee)
ASUR - AV2	P.O. SENIGALLIA	NEUROLOGIA (ambulatorio cefalee)
ASUR - AV3	P.O. MACERATA	NEUROLOGIA (ambulatorio cefalee)
ASUR - AV4	P.O. FERMO	NEUROLOGIA (ambulatorio cefalee)
ASUR - AV5	P.O. S.BENEDETTO	NEUROLOGIA (ambulatorio cefalee)

ARS Regione Marche

Bibliografia

Istituto Superiore di Sanità Centro di Riferimento per la Medicina di Genere (a cura di) (2018), Emicrania: malattia di genere. Impatto socioeconomico in Italia, Roma, Ti Printing S.r.l.

Global Burden of Disease, 2016, Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2017). Global, regional and national incidence prevalence and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet 390(10100) 1211-59.

World Health Organization 2001, The world health report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, World Health Organization.

2. GLI OBIETTIVI E LA METODOLOGIA DELLA RICERCA

Maria Teresa Medi

La ricerca, avviata a giugno 2020, si è articolata in tre fasi e per ogni fase sono state adottate metodologie specifiche.

1. La prima fase ha previsto una ricognizione sulla letteratura di settore pubblicata da dicembre 2019 a settembre 2020. La bibliografia di riferimento è stata curata da Stefania Sottili. Sono stati inoltre visionati i siti delle Società Professionali che si occupano delle cefalee nel territorio nazionale (la SISC e l'ANIRCEF) e delle Associazioni dei Pazienti (AIC, Al. Ce, OUCH), già censiti nel precedente lavoro, per cogliere il ruolo degli stessi durante la fase emergenziale relativa a Covid19.

2. Nella seconda fase sono stati messi a punto gli strumenti per lo svolgimento dell'indagine di tipo qualitativo (Saks e Allsop, 2019; Corbetta, 2014). Si è deciso di ricontattare tutti i professionisti intervistati nel 2019 (sia neurologi che MMG) e, con le stesse modalità, sono state ricontattate le 5 pazienti precedentemente intervistate.

Si è scelto, quindi, di utilizzare un'intervista semi-strutturata, strumento elettivo nelle indagini di tipo qualitativo, predisponendo una traccia degli argomenti da trattare (Appendice n 1). La traccia è stata consultata dall'intervistato/a prima dell'inizio dell'intervista effettuata da remoto (con video chiamata o con telefonata) e registrata. È stato predisposto un calendario di appuntamenti concordati telefonicamente con ogni singolo professionista. Di tutte le persone ricontattate non hanno dato seguito alla possibilità di venire sottoposte ad ulteriore intervista un neurologo e una paziente, nonché due medici di medicina generale. Un neurologo libero professionista è stato aggiunto per avere un'idea di eventuali "migrazioni" nel privato da parte dei pazienti durante la pandemia. Le interviste hanno avuto una durata media di 20 minuti e sono state condotte da due intervistatrici con diverse formazioni (psicologica e sociale). Sono stati intervistati in totale 8 neurologi, 1 anestesista, 3 MMG e 4 pazienti. Le intervistate sono tutte lavoratrici

attive: due lavorano in aziende familiari e due nell'ambito della Sanità Pubblica. Una solo di loro, la più giovane, non ha figli. Tutte hanno ricevuto una diagnosi di emicrania cronica e una delle intervistate ha un'emicrania con aura.

A tutte le pazienti ricontattate è stato inviato, prima dell'appuntamento per l'intervista, il report del precedente studio ed è stato chiesto loro di leggerlo per poi commentarlo con le ricercatrici. Le interviste alle pazienti sono state raccolte secondo l'approccio proprio della medicina narrativa (Cardano, 2006; Charon 2019; Giarelli et al, 2005, Spinsanti, 2016) che prevede l'utilizzo di una comunicazione confermate, non direttiva, volta a facilitare l'emergere del racconto seguendo i tempi e i modi di espressione dell'intervistato. Anche in questo caso è stata predisposta una griglia (Alleg.2)

3. La terza fase ha previsto l'organizzazione di un Webinar effettuato il 29 settembre dal titolo: "La cefalea e l'emergenza sanitaria Covid19. L'ICT come strumento di accesso alle cure" (Allegato 3)

Bibliografia

Cardano M., (2006), Le narrazioni e la loro analisi, in Rassegna italiana di sociologia, 2.

Charon R. (2006), *Narrative medicine. Honoring the story of illness*, Oxford University Press (trad.it *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti* (2019) Milano, Raffaello Cortina.

Corbetta P. (2014), Metodologia e tecnica della ricerca sociale, Bologna, il Mulino.

Giarelli, G. Good, M.J. Del Vecchio, M. Martini, C. Ruozi (2005), *Storie di cura*, Milano, F. Angeli.

Spinsanti S. (2016)., *La medicina vestita di narrazione*, Roma, Il Pensiero Scientifico.

Saks M. & Allosop J. (2019), *Researching Health: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods*, 3rd edition, London, Sage.

Allegati

3. LA PRESA IN CARICO E LA PANDEMIA DA COVID19: LE INTERVISTE AI PROFESSIONISTI

Sara Bugari

Come si è detto, nella prima parte della ricerca sono state analizzate: 1 l'organizzazione della presa in carico e delle visite dei pazienti affetti da cefalea durante la fase emergenziale Covid19 , 2. la riorganizzazione degli stessi servizi nell'attuale fase post emergenza. Lo studio ha inoltre avuto l'obiettivo di raccogliere informazioni sul ruolo della tecnologia digitale per la realizzazione delle visite e per la presa in carico dei pazienti.

a. Gli ambulatori e i centri cefalea durante la pandemia Covid19

Il primo aspetto che con questa ricerca si è voluto esaminare è stato capire come gli ambulatori si sono organizzati per gestire il loro servizio di diagnosi e cura dei pazienti affetti da cefalea durante la fase emergenziale Covid19. Il dato che accomuna quasi tutti gli ambulatori cefalea dedicati, gli ambulatori di neurologia generalisti e il centro di secondo livello di Ancona è che hanno dovuto sospendere la loro attività ambulatoriale di visita in presenza, in seguito alla disposizione di chiusura del servizio da parte dell'Azienda sanitaria e ospedaliera. Risulta infatti che, tra le realtà coinvolte, solo l'ambulatorio di neurologia di Macerata, all'interno di un ospedale non-Covid19, non è stato chiuso e ha potuto continuare la propria attività ambulatoriale. Solo in questo specifico contesto le persone affette da cefalea, trattate all'interno dell'ambulatorio generalista (non vi è un ambulatorio dedicato a Macerata), hanno continuato ad essere seguite dallo specialista con la normale modalità di presa in carico in presenza.

Negli altri centri non è invece stato possibile, durante il periodo di lockdown, né realizzare visite per nuove diagnosi né fare visite di follow-up con i pazienti già seguiti e con diagnosi di cefalea o emicrania.

Data dunque la necessaria interruzione dell'attività ordinaria gli ambulatori si sono dovuti riorganizzare per rispondere alle richieste dei pazienti. Risulta che sono stati sviluppati, o

meglio potenziati, modi alternativi di comunicazione medico-paziente. Molto importante è stata la comunicazione via e-mail: questo strumento, come rilevato dalla ricerca realizzata nel 2019, veniva già utilizzato per restare in contatto con i pazienti anche nei periodi che intercorrono tra le varie visite di controllo. Si ritiene importante sottolineare che, in questa particolare situazione, i medici hanno personalizzato il rapporto con i pazienti comunicando con loro attraverso il proprio contatto e-mail diretto e non attraverso la mail istituzionale dell'ambulatorio. Questo ha reso la comunicazione più facile perché, in particolare negli ambulatori dove sono presenti più specialisti, ha permesso al paziente di rapportarsi e interloquire sempre con lo stesso medico. La comunicazione è passata, seppur in misura minore, anche attraverso un uso importante delle telefonate.

Un altro dato rilevante è che, a differenza delle visite di follow-up, durante la pandemia da SARS-CoV2 negli ambulatori (escluso quello dell'ospedale di Macerata) sono state sospese le prime visite ai pazienti in attesa di valutazione diagnostica. Infatti, gli strumenti di telemedicina non sono ritenuti idonei alla diagnosi della malattia, per cui questa tipologia di visita è stata sospesa e rinviata alla riapertura degli ambulatori.

b. La riapertura degli ambulatori: la fase post-Covid19

Gli ambulatori cefalea e di neurologia hanno riaperto tutti nel periodo tra maggio e giugno 2020 e, in questa fase di post emergenza, tutti i servizi che erano stati costretti dalle circostanze a sospendere l'attività hanno potuto riprendere il servizio ambulatoriale. I medici intervistati evidenziano però che i ritmi per la realizzazione delle visite sono cambiati sensibilmente rispetto a quella che era la normale attività: come da indicazioni dell'Azienda sanitaria in questa fase è stato necessario organizzare le visite ogni 40 minuti e non più ogni 20 minuti circa. Questo riduce di molto il numero dei pazienti che è possibile visitare ogni giorno e rende quindi più lungo il processo di smaltimento delle liste di attesa. Il problema delle liste di attesa era già stato evidenziato nella ricerca del 2019 e questo ulteriore ritardo influisce molto sull'attività ambulatoriale. Infatti, a causa del lungo periodo di chiusura, le richieste di visite sono numerose. Inoltre, inizialmente è stato possibile prendere

appuntamento solo con i pazienti che avevano una richiesta di visita Urgente, a seguire quelli con ricetta di visita a Breve. Si rileva, inoltre, che nel periodo giugno-settembre sono state prevalenti le prime visite, quelle con i pazienti in attesa di diagnosi definitiva della malattia. Date le lunghe liste di attesa e la riduzione del numero di pazienti visitati ogni giorno/settimana, i medici intervistati riferiscono che si continua a restare in contatto con i pazienti attraverso lo scambio di email e telefonate.

c. I pazienti cefalgici durante il lockdown

Un'altra domanda posta ai medici riguarda l'organizzazione dei pazienti durante la fase di lockdown: se hanno avuto o meno una buona aderenza alle terapie prescritte, se hanno contattato spesso l'ambulatorio per chiedere consulenza, se si sono rivolti a servizi alternativi come quello degli ambulatori privati o ai propri medici di medicina generale.

Rispetto a questi quesiti si rileva che dal punto di vista dei medici intervistati i pazienti hanno avuto una buona aderenza alle terapie e non si sono rivolti ai servizi del privato. Su questo influisce il fatto che la cefalea è una malattia cronica per cui il paziente, una volta avuta la diagnosi e stabilita una terapia da seguire, salvo particolari problemi e visite programmate di controllo a cadenza trimestrale, semestrale o comunque quella stabilita dal medico, riesce a tenere sotto controllo la malattia e non necessita di visite ravvicinate e frequenti.

La paura del contagio è stato un altro fattore che ha portato i pazienti affetti da cefalea a gestire la malattia «in casa» e contattare i medici solo nelle situazioni più urgenti o ad utilizzare gli strumenti della mail e del telefono per chiedere consulto al medico.

Anche gli accessi ai Pronto Soccorso non sono stati rilevanti: erano i luoghi più a rischio di contagio e questo sicuramente ha influito nella scelta dei pazienti di non accedervi se non per gravi motivi.

Si ritiene importante rilevare che negli ospedali territoriali è stato possibile, per i pazienti che seguono la terapia con gli anticorpi monoclonali, continuare con la somministrazione del farmaco. Il farmaco è stato consegnato al paziente o direttamente dal medico o tramite il presidio farmaceutico dell'ospedale. La compliance di chi segue questa terapia per

l'emicrania è stata, secondo gli specialisti intervistati, molto alta. Infatti, risultano essere pochi i pazienti che hanno interrotto volontariamente tale profilassi durante il lockdown per la paura di doversi recare presso gli ospedali per ritirare il farmaco.

Dalle testimonianze raccolte risulta che la sintomatologia emicranica non è stata, nella maggior parte dei casi, più aggressiva durante il lockdown. Ciò potrebbe derivare dall'aver vissuto in quel periodo uno stile di vita più regolare con un carico di attività minori, comportamenti che hanno fatto sì che le persone avessero un ritmo di vita più tranquillo e più rilassato. Si evidenzia che probabilmente la forma di cefalea che più si è manifestata è stata quella tensiva che invece, al contrario dell'emicrania, subisce lo stress. I medici intervistati affermano che i sintomi delle persone emicraniche non sembrano aver avuto un peggioramento. Si è invece rilevato un aumento delle richieste di consulti per un peggioramento dei sintomi dopo la fase acuta della pandemia da Covid19 e con la ripresa di ritmi di vita «normali». Questo dato rispecchia quanto riferito dalle pazienti cefalalgiche intervistate.

d. Il PDTA e la cefalea

Un altro quesito posto agli specialisti durante le interviste riguarda la necessità di un percorso diagnostico terapeutico per la cefalea e se e quanto l'esperienza di emergenza sanitaria vissuta possa influenzare sulla definizione del PDTA. L'obiettivo di un PDTA è infatti quello di aumentare la qualità dell'assistenza, così da migliorare anche gli outcomes del paziente, promuovere la sua sicurezza, incrementare la soddisfazione dell'utenza e l'ottimizzazione dell'uso delle risorse.

I medici sono concordi nell'affermare che la creazione del PDTA è importante e necessaria, così come si era rilevato anche in occasione della ricerca del 2019. La costruzione di percorsi omogenei in tutto il territorio regionale permetterebbe una migliore presa in carico dei pazienti cronici.

Viene riconosciuta l'importanza di un PDTA anche alla luce del riconoscimento da parte della Regione Marche dei centri autorizzati alla diagnosi e prescrizione dei nuovi medicinali (anticorpi monoclonali) indicati per la profilassi dell'emicrania.

Si sostiene, inoltre, che il PDTA dovrebbe essere costruito anche al fine di prevedere percorsi e modalità di presa in carico codificati e comuni a tutti i centri o ambulatori proprio nel caso di manifestazione di una situazione di emergenza sanitaria o di eventi straordinari.

e. L'uso della tecnologia nella presa in carico

Si è, infine, domandato ai medici come hanno utilizzato gli strumenti di ICT e cosa pensano in generale dell'uso della telemedicina nel loro specifico ambito di lavoro. Per quanto riguarda il primo punto si è potuto constatare dalle interviste che la tecnologia è stata usata principalmente in termini di scambio di email e telefonate tra medici e pazienti. In molti casi al paziente non è stata data la mail dell'ambulatorio, ma quella diretta del medico che lo segue nel percorso di diagnosi e presa in carico. Questo tipo di contatto, negli ambulatori dove ci sono più medici, rende la presa in carico più forte e fidelizza il paziente. Invece in nessun caso è stato fatto uso del video-consulto con i pazienti.

La comunicazione via e-mail è considerata un sistema di comunicazione veloce, efficace e tracciabile. Per i pazienti risulta più facile scrivere al medico che telefonare e per i medici è uno strumento anche di facile utilizzo perché facilmente accessibile anche da postazioni diverse dal proprio ufficio. Scrivere al paziente una risposta al suo quesito, rende la trasmissione dell'informazione più precisa e più sicura rispetto ad una comunicazione verbale che può essere disturbata da più fattori (come, a titolo esemplificativo, la caduta della linea e rumori di sottofondo di disturbo), oltre il fatto che permette una diminuzione del rischio di errore causato dalla distrazione o dall'errata comprensione delle indicazioni da parte del paziente.

La cefalea è, infatti, considerata una patologia che si presta alla comunicazione via mail perché è una patologia codificata dal punto di vista dei sintomi. Inoltre, in questo contesto la mail è considerato uno strumento adeguato alla comunicazione perché la cefalea, dal punto

di vista epidemiologico, colpisce principalmente una popolazione in età giovane e quindi molto capace e abituata all'uso degli strumenti tecnologici.

Nonostante i punti di forza individuati sull'utilizzo della tecnologia, si rileva importante sottolineare che ci sono anche dei punti di criticità da tenere in considerazione: l'uso della mail o del telefono presenta dei limiti se il paziente ha uno scompenso, una modifica delle crisi di dolore e in generale dei sintomi che la patologia gli provoca. In questi casi è ritenuto utile, da tutti i medici intervistati, fare sempre la visita in ambulatorio per capire in modo attento le ragioni dell'aggravamento dei sintomi, per "cogliere le sfumature", aspetti che per telefono o via mail non sono percepibili.

Emerge, come già precedentemente detto, che la telemedicina non è percepita come uno strumento adatto alle nuove diagnosi di cefalea: per avere un quadro neurologico corretto del paziente questi deve essere visitato in ambulatorio. Infatti, i medici affermano che non si può prescindere dal contatto diretto con il paziente in questi casi. Il follow-up, il monitoraggio possono sì essere fatti tramite l'utilizzo della tecnologia, così come la tecnologia è considerata utile in una situazione emergenziale perché supplisce alla mancanza del contatto diretto, ma l'attività di cura ha comunque bisogno di una relazione di persona. Infine, la telemedicina è considerata uno strumento ancora da sviluppare sotto vari aspetti e tra quelli emersi si ritiene importante evidenziare:

- la necessità di una migliore organizzazione dei presidi ospedalieri tramite una migliore dotazione di strumenti tecnologici;
- la necessità di potenziamento della rete internet all'interno dei presidi ospedalieri;
- la necessità di fare formazione ai medici sull'uso della telemedicina.

Infine, sarebbe auspicabile un flusso di informazioni tra la cartella elettronica dell'ospedale e quella dei medici di medicina generale per rendere migliore e più fluida la comunicazione e lo scambio di informazioni, nonché più concreta la presa in carico della persona.

4. L'EMICRANIA AL TEMPO DEL COVID19: LE VOCI DELLE PROTAGONISTE E NON SOLO

Maria Teresa Medi

Premessa

"...bisogna sempre ascoltare il paziente. Perché se qualcosa affligge i pazienti emicranici, oltre all'emicrania, è il fatto di non essere ascoltati dai medici..."

O.Sacks, Emicrania, (1992)

Come descritto nel capitolo sulla metodologia della ricerca (cap.1) le donne interviste nello studio del 2019 sono state ricontattate per ascoltare le loro testimonianze in merito alla gestione della cefalea durante e subito dopo il lockdown. L'intento è stato quello di sondare se e in che modo la loro emicrania sia stata influenzata dalla pandemia, ad esempio, se ha influito sull'aumento e/o diminuzione del numero delle crisi e della loro intensità; se ha inciso sull'aderenza alle cure e, infine, se il contatto con il medico e/o la struttura di riferimento si è mantenuto e in quale modalità.

Nel ricontattarle si è pensato anche che fosse utile far leggere alle intervistate il report prodotto a seguito dell'indagine del 2019 per chiedere loro pareri e suggerimenti in merito. Abituamente nel lavoro di ricerca, in particolare nelle indagini di tipo qualitativo, c'è la consuetudine di restituire il lavoro finale a chi ha contribuito, con la propria testimonianza, a costruire la trama dell'elaborato, ma è poi raro raccogliere impressioni e suggerimenti sul lavoro prodotto. Dal momento che si è tornati a chiedere una seconda intervista è sembrato utile raccogliere il punto di vista delle intervistate sul report 2019. Si parte da questo elemento di analisi per entrare poi nel vivo del racconto della cefalea al tempo della pandemia.

a. Le impressioni e i suggerimenti

«Ne ho letta una (di intervista) che diceva “forse è una questione di fare troppe cose, stiamo sempre troppo con la testa piena” e questa cosa è una cosa in cui mi ci ritrovo molto nel senso che a volte, non so, ho la testa troppo piena[...], piena proprio di pensieri, nel senso pensi sempre: i figli, il lavoro, il marito, la casa, la cucina, cioè...» (int.1)

*«E’ stato un piacere leggerlo. Mi ha consolato, **leggendo mi sono sentita meno sola** anche le altre non hanno un riconoscimento per quello che soffrono.» (int.3)*

*«**lo ti dico proprio mi sono trovata** [...] il fatto della familiarità, sai che fa parte della tua vita, il mal di testa, la nonna, la zia, la mamma che andava a scuola dopo aver preso due pasticche. Poi il fatto che le donne tutto sommato con il dolore campano tutta la vita, vuoi il parto, vuoi le mestruazioni vuoi altro alla fine noi si chiappa sta pastiglia e si va» (int.2)*

È interessante il sollievo che dà il rispecchiarsi nelle storie delle Altre, un sollievo che corrisponde alla possibilità di “socializzare” una malattia che non viene spesso creduta e tanto meno capita dagli Altri. Ancora una volta le intervistate evidenziano l’emicrania come una vicenda propria del femminile e il riconoscimento con le vite delle Altre sembra proprio sancire una condivisione di genere riguardo soprattutto i carichi di lavoro domestico delle donne lavoratrici e il legame stretto fra la donna e il dolore. Certo in questo coro manca il racconto al maschile, ma in questo studio è stata data importanza alle donne cefalalgiche perché l’incidenza della malattia le vede tristemente in vantaggio sugli uomini, in un rapporto di tre su quattro.

«Mi è dispiaciuto leggere che in alcune realtà il paziente per fare i controlli o per rivedere gli specialisti deve rifare la trafila del CUP e non sempre ritrova lo stesso medico, questa è una **presa in carico, diciamo, a metà e non dovrebbe succedere.** [...] Ho trovato anche la risposta ad una domanda che tutti fanno, perché non fare gli esami? Il paziente si sente trascurato se non vengono prescritti esami. Dopo che il neurologo ha diagnosticato che l'emicrania è primaria non ha più bisogno di prescrivere risonanze o altri esami di approfondimento, ma le persone non lo capiscono se il medico non lo spiega, anche i miei genitori mi dicono: «vai da un altro medico questo non ti ha fatto fare neanche un accertamento», io lo capisco ma **bisognerebbe spiegarlo bene altrimenti c'è un fraintendimento e i pazienti si sentono trascurati.**» (intr.3)

«L'unica cosa che vorrei dire, che, secondo me, questa emicrania, non tanto per una cosa mia personale, nel senso che io lavoro per me, l'azienda è la mia, ma secondo me **deve essere riconosciuta proprio, assolutamente come malattia.** [...] Sicuramente deve essere certificata, probabilmente, con un metodo... perché sennò uno dice: "ho mal di testa" ... poi va a sapere... Però chi è in cura, chi ha fatto determinate accertamenti, secondo me, per le persone che sono dipendenti, è pesante. Perché io capisco che chi ha crisi grosse, come me, e fa lavori anche pesanti, [...]io penso a chi è in fabbrica: i rumori, la polvere, il caldo, sono tutte cose che, per chi ha mal di testa... diventa veramente pesante.>> (intr.1)

“Io l'unica cosa che posso aggiungere è che sicuramente **l'approccio da parte del medico di base è il primo punto di partenza, secondo me il più importante.** Nel senso che io prima avevo un'altra dottoressa, ero andata da lei proprio per discutere di questo problema, della mia cefalea continua, e con lei ho avuto un approccio diverso; cioè lei alla fine m'ha detto: "sei fatta così con questo mal di testa, continua a prendere gli antinfiammatori", gli antinfiammatori che ti spaccano lo stomaco... alla fine avevo dai 10 ai 12 episodi al mese e dovevo secondo lei continuare a prendere l'antinfiammatorio. Quello è stato il punto che mi ha fatto, diciamo, decidere di cambiare medico [...] dall'altra parte, invece, ho trovato una

*persona che mi ha detto “no, troviamo una soluzione: butta via quelle medicine che non vanno bene e prendi qualcosa di specifico”. **Con lui... mi si è cambiata la vita**» (int.4)*

*«La cosa che ti posso dire è che, secondo me, **il rapporto non dovrebbe essere solo medico-paziente**. E questo non lo dico per campanilismo. Ma il fatto che ci sia per la presa in cura la figura dell’infermiere, che è quello che si occupa dell’assistenza, sarebbe fondamentale. Perché? Perché il medico ha un ruolo molto preciso, che è quello di seguire la persona nella maniera migliore, capire quali sono le sue aspettative, le sue esigenze e poi formulare una diagnosi e mettere un farmaco; ma tutta la parte, invece, inerente all’accompagnamento nelle difficoltà, nel muoversi, nella gestione della giornata, ecc. quella è una parte infermieristica» (int.2)*

I suggerimenti che emergono sono molto “competenti” e indicano in maniera chiara la necessità di ricevere una presa in carico più organizzata e più mirata. Infatti, riguardano sia la richiesta di personalizzare i percorsi di cura, sia la necessità di essere seguite da professionisti specializzati nel trattamento delle cefalee. Il medico di medicina generale, che spesso intercetta per primo la richiesta d’aiuto, ha un ruolo chiave circa l’esito della malattia. Specifica un neurologo intervistato *“la cefalea non è una patologia per tutti”* perché ha bisogno di essere diagnosticata come malattia e ha bisogno di cure molto personalizzate *“Secondo me, ecco, prima di impostare una terapia sono pazienti che devi conoscere bene, a volte ci vuole una, due... cioè le prime volte li devi vedere spesso. 3 o 4 mesi li vedi una volta al mese, una volta ogni 15 giorni; dopo, quando ha preso l’avvio... Per quello che il medico di base deve essere molto attento, molto bravo [...] l’approccio solo sulla cefalea, sul sintomo, sul mal di testa, spesso non è risolutivo.”*

I temi trattati nel report del 2019, dunque, riemergono e le intervistate ne delineano i contorni in maniera molto esplicita, il loro contributo rileva l’urgenza di riconoscere

l'emicrania come una malattia specifica e complessa da affrontare secondo un approccio bio-psico-sociale.

b. Le ricadute della pandemia sull'emicrania: i temi toccati

*Questo ti voglio dire
ci dovevamo fermare.
Lo sapevamo. Lo sentivamo tutti
ch'era troppo furioso
il nostro fare. Stare dentro le cose.
Tutti fuori di noi.
Agitare ogni ora – farla fruttare...*

Mariangela Gualtieri

*NOVEMARZODUEMILAVENTI (frammento) in
<https://www.doppiozero.com>*

b.1 Dalla letteratura

Per affrontare ciò che la pandemia ha significato per le persone che soffrono di emicrania cronica ci si è mossi su due diversi livelli. Il primo riguarda quanto è stato pubblicato nelle riviste specialistiche di settore a partire dal mese di febbraio 2020. Una delle preoccupazioni maggiori dei primi tempi della pandemia Covid19 è stata di cercare di capire se alcuni farmaci utilizzati per l'emicrania, quali gli inibitori del sistema Renina Angiotensina (SRA) e l'ibuprofene potessero aumentare il rischio di peggiorare la sintomatologia dell'infezione viste alcune caratteristiche proprie di questi farmaci, che in questa sede non approfondiremo. Nel sito dell'ANIRCEF¹ è riportato che i ricercatori del dipartimento di Neurologia della Mayo Clinic (Phoenix – USA), sulla base delle attuali evidenze degli studi in letteratura, in accordo con le diverse società internazionali scientifiche di cardiologia, dell'ipertensione, in concerto con l'Organizzazione Mondiale della Sanità e con l'Agenzia Europea dei Medicinali, concludono che non vi sono prove convincenti che entrambi SRA e ibuprofene facilitino o

¹ <https://www.anircef.it/2020/04/06/speciale-corona-virus/>

peggiorino l'infezione CoV-2 in qualsiasi tipo di paziente. Gli esperti, quindi, non vedono ragione di interrompere l'assunzione dei SRA e inoltre, considerato l'ampio uso di ibuprofene nei soggetti con cefalea durante la pandemia di COVID-19, consigliano l'utilizzo di paracetamolo come prima scelta prima di utilizzare altri FANS (Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei), vista la sua migliore tollerabilità². Un altro tema trattato all'inizio della pandemia ha riguardato il rischio che il forte stato di ansia, attivato dalla possibilità di contrarre il virus e dalla costrizione della vita quotidiana conseguente alle norme in vigore per il contenimento del contagio, potesse aggravare l'emicrania sia per intensità che per numero totale di crisi mensili. Pertanto, nelle riviste di neurologia e nei siti dedicati ai cefalalgici si trovano consigli su come gestire l'ansia, su come adottare comportamenti atti a diminuire il contagio e sulle modalità di accesso ai servizi e/o ai professionisti in merito alle terapie in atto. Il rischio che i pazienti emicranici si trovassero in una condizione di fragilità maggiore rispetto al resto della popolazione nell'affrontare la pandemia e che ciò comportasse il riacutizzarsi della sintomatologia, in realtà, è stato in buona parte smentito dai dati di alcune indagini. Gli studi esaminati sono principalmente due^{3,4}, entrambi condotti in Italia. Essi che hanno indagato gli effetti del lockdown nei pazienti emicranici e hanno rilevato una situazione differente da quella temuta. Entrambi hanno concluso che, durante i due mesi di quarantena dovuti alla pandemia Covid19, i soggetti con emicrania hanno avuto meno attacchi e minor dolore e hanno mostrato un livello moderato di depressione correlato al carico emicranico. Lo studio su scala nazionale ha individuato inoltre una correlazione tra il miglioramento della sintomatologia e il numero di giorni di permanenza in casa. In media quindi i pazienti con emicrania hanno espresso un comportamento resiliente nei confronti

² Wells, R.E., Strauss, L.D. (2020). *The Value of Headache Specific Recommendations During COVID-19. Headache: The Journal of Head and Face Pain* 60(5): 820-823.

³ Parodi, I.C., Poeta, M.G., Assini, A., Schirinzi, E., Del Sette, P. (2020). *Impact of quarantine due to COVID infection on migraine: a survey in Genova, Italy. Neurological Science* 41(8): 2025–2027.

⁴ Delussi, M. et al. (2020). *Investigating the Effects of COVID-19 Quarantine in Migraine: An Observational Cross-Sectional Study from the Italian National Headache Registry (RiCe). Al sito: <https://www.researchsquare.com/article/rs-62932/v1>*

del disagio pandemico riducendo gli indici di gravità dell'emicrania in relazione ai due mesi precedenti alla pandemia. Questa tendenza al miglioramento è riportata anche nelle parole delle donne intervistate.

b.2 Dai racconti delle intervistate

*«Mah, guarda, io dico subito... appena è successo tutto questo... all'inizio, vabbè, nessuno sapeva quello che andavamo incontro. Quando ci siamo resi conto della chiusura totale e quindi di questo proprio nuovo mondo e nuova gestione familiare da affrontare ho pensato che probabilmente, dico, mi scoppieranno grandi emicranie, perché, così, vedevo questa cosa molto difficile da gestire [...]lo pensavo che per le mie crisi di emicranie questo mio stare troppo chiusa, troppo a casa, troppo a fare le stesse cose, ho temuto che fosse un periodo difficile per me. E invece mi sono resa conto che, in realtà, in **quel periodo probabilmente ho sofferto meno** di... cioè magari le mie solite con il ciclo... ci sono state, ma niente di particolarmente diverso da prima, anzi, anche meno [...] Quindi ho pensato che forse questa vita che noi facciamo, probabilmente, sempre di corsa, sempre coi pensieri, sempre con mille cose nella testa, magari non gioca bene... nel senso che per chi ha l'emicrania può essere una cosa negativa. Invece questo comunque stare a casa, anche se era limitante, però era più... era scandito, secondo me, da un modo più regolare, senza fretta. [...] Il fatto di leggere libri, preparare il pranzo, fare sto pane che abbiamo fatto tutti, pulizie, però era tutto molto lento e quindi, secondo me, probabilmente è stato anche quello il fatto che sono diminuite». (int.1)*

*«Praticamente, diciamo che i mesi di marzo, aprile e maggio, quindi i tre mesi di lockdown totale, durante i quali io comunque ho continuato a lavorare perché noi come azienda siamo stati chiusi solo 10 giorni poi in deroga siamo riusciti a riaprire, per il resto, ecco, lockdown totale per la famiglia...**Io in quei tre mesi avrò avuto solo 3 episodi, 3 o 4 episodi di cefalea in tre mesi, quindi diciamo che non dico che sono scomparse completamente, ma...c'è stato***

un miglioramento, perché comunque la mia famiglia era completamente chiusa dentro casa, di conseguenza il mio ritmo di vita era: alzarsi, andare a lavoro, tornare a casa, ritornare a lavoro, tornare a casa, punto.(int.4)

Poi però è successo qualcosa di diverso quando dal lockdown si è passati alla cosiddetta fase due a partire da maggio-giugno. Quando la vita ha ripreso a muoversi, anche se in parte, con i ritmi di prima il trend si è invertito. Le ricerche citate sopra non hanno studiato la fase 2, ma solo la quarantena ed è quindi significativo conoscere quanto è successo nei primi mesi della Fase 2 alle nostre intervistate.

*“A differenza di quando poi è tutto ripartito, tra giugno e luglio, quindi: “la figlia dov’è?”, “valla a prendere”, “vado a cena fuori!”, “mi vieni a prendere all’una”, “aspetta, ti richiamo più tardi”, “io vado da mia cugina”... tre figli, quindi ti lascio immaginare, tra lavoro, impegno, vai a fare la spesa e tutto il resto... Quindi nel momento in cui mi è ripartito il ritmo pieno, diciamo, come era prima, **io luglio e agosto ho fatto due mesi di mal di testa, di media un giorno sì e un giorno no.** Quindi ho avuto questo contrasto di situazioni [...] Ho pensato che corro troppo...gli impegni sono tanti, è una cosa incredibile: l’agenda è tutto un incastro. Poi il lavoro comunque è impegnativo e quindi... cose da fare ce ne sono tante, vabbè, si fanno.” (int.4)*

«I primi due mesi che siamo tornati in qualche modo alla vita quella “normale”, le mie emicranie sono aumentate. Cosa che questo mese e lo scorso sembrano non essere proprio... non sto benissimo ma non sono stata male come forse sono stata male a giugno e luglio, che sono stati i primi due mesi di sgancio totale... Forse questo sì, perché mi ricordo di averlo detto anche a (il neurologo che la segue), proprio dicendogli “guarda forse la cura, secondo me, non sta facendo più molto effetto” e siccome io sono arrivata alle due dosi di questa cura e di più non si può fare, chiedevo a (ibidem) “guarda, forse sarà il caso di provare qualche

altra cosa?” Poi però, in realtà, questo mese [fa riferimento al mese di settembre] e lo scorso sembra che le cose siano un po' migliorate, un pochino migliorate.» (int.1)

Il differente andamento della costellazione dei sintomi legati all'emicrania prima e dopo la quarantena, secondo le testimonianze riportate, è riferibile alla ripresa dei ritmi affannosi della così detta vita normale, tipica delle donne lavoratrici, nel dovere tener testa al lavoro, alla casa ai figli ecc. Una seconda spiegazione dell'andamento della cefalea in rapporto alla emergenza covid è indicata da uno dei neurologi intervistati il quale la lega di più alle caratteristiche proprie della patologia e non ai ritmi di vita: *“cioè noi sappiamo che l'emicranico sta peggio dopo lo sforzo, non durante. Per cui coloro che, secondo me questa è la maggioranza, hanno stretto i denti, come tutti gli italiani, nel periodo lockdown [...] poi appena si è aperto tutto, cioè finito lo stress, hanno avuto la classica crisi da distress. Come vediamo negli studenti emicranici: classico lo studente che arriva, fa l'esame poi dopo va a casa e gli scoppia il mal di testa.*

Il quadro fin qui riportato delinea la situazione vissuta da due delle protagoniste intervistate che non hanno avuto un contatto “ravvicinato” con il Covid19: nessun familiare ammalato, né alcuna responsabilità professionale nella gestione della pandemia, ora vediamo invece che cosa hanno vissuto le altre due intervistate che svolgono, entrambe, una professione sanitaria.

«Da noi a casa è passato questo tsunami che s'è portato via la zia, ma che già stava male... per cui io, se ti devo dire, ho attraversato dei periodi talmente intensi che però nella memoria sono vuoti, perché avevo delle giornate talmente serrate, con tutti che stavano male, io correvo dalla mattina alla sera, che credo in alcuni momenti d'aver perso proprio la capacità di fissare, o forse non mi serviva fissare niente, perché tanto era tutto uguale. Il mal di testa c'è stato, diverso. Ho avuto un mal di testa strano, con delle contratture forti, ho

dovuto chiedere aiuto all'altro neurologo perché il mio neurologo aveva preso il COVID, quindi... Però telefonicamente con l'altro sono riuscita a stabilire un contatto. Però è passata, sicuramente è passata in secondo piano (l'emicrania).» (int.2)

*“A metà marzo ho avuto il trasferimento e ho dovuto fare un periodo di quarantena e insomma è andato tutto bene, ma poi **dal primo aprile ho avuto un periodo deleterio per l'emicrania, penso legato alla situazione pesante che vivevo.** Sono stata trasferita in un'Ospedale COVID. Ho impiegato tre giorni per adattarmi alle norme di sicurezza, **la prima volta che mi sono vestita sono svenuta**, stavo in un reparto dove c'erano i pazienti che uscivano dalla rianimazione o con la respirazione forzata, **per fortuna non ho visto morire pazienti giovani, sarebbe stato troppo.** Poi sono stata preoccupata per i miei genitori per paura di contagiarli e ho vissuto isolata per parecchio.» (int.n3)*

Questi ultimi due frammenti di racconto aprono ad una riflessione, per certi versi molto complessa, ma necessaria, che mette in luce una dimensione poco praticata in tempi normali che, invece, l'emergenza Covid19 ha evidenziato in maniera sorprendente. La riflessione è rivolta, anche in questo studio così circoscritto, a quanto l'evento Covid19 ha impattato sull'organizzazione dei servizi e sui professionisti travolgendo sia l'organizzazione sanitaria sia la relazione fra curante e curato, fino a costringere tutti ad un ripensamento dell'intero assetto. Si potrebbe dire, ad esempio, che la relazione medico-paziente ha subito un cambio di paradigma vero e proprio che, usando un'immagine, ha costretto i clinici più che a mettersi nei panni dei loro pazienti a vestire i loro stessi panni.

c. Le ferite dei guaritori: i temi toccanti

*Quando le luci si spengono-
poco per volta ci si abitua al buio
come quando il vicino, sollevando alto
il lume, sigilla il suo addio-*

*Dapprima –i passi si muovono incerti
nel buio improvviso –
poi –lo sguardo si abitua alla notte –
e senza incertezza affrontiamo la strada -*

E.Dickinson, (frammento), 1862

La pandemia ha portato sia i pazienti, sia gli operatori sanitari ad essere esposti al rischio di contrarre la medesima malattia o di vivere gli stessi stati d'animo, la relazione fra i diversi attori ha reso i confini interpersonali meno chiari e questo ha comportato e comporta, per chi svolge il ruolo di curatore, un "doppio lavoro": quello di pensare alle ferite altrui e alle proprie contemporaneamente. Il Presidente della Società Italiana di Psicoanalisi Bolognini ha dichiarato in una intervista a tale proposito che⁵: "è vero che anche prima di questa disgraziata circostanza condividevamo sempre coi pazienti, più o meno coscientemente o sottotraccia, la comunanza implicita della condizione umana in generale; ma in questo periodo siamo tutti più evidentemente esposti e coinvolti nelle ansie della pandemia, e i curanti devono farsi carico del contenimento e della condivisione di turbamenti pesantissimi che sono veramente simmetrici a quelli dei pazienti, e che sono reali".

Nelle interviste effettuate ai medici, finalizzate a chiedere come erano riusciti a gestire i propri pazienti a seguito della chiusura degli ambulatori e delle visite in presenza, emerge in

⁵ www.psychiatryonline.it/webarchive, 29 marzo 2020 intervista a Stefano Bolognini.

maniera importante questo “doppio lavoro” descritto da Bologni durante il lockdown e all’inizio della fase 2. Dai racconti dei professionisti emergono con potenza sia le questioni legate alla gestione dello stravolgimento dell’assetto organizzativo del Servizio Sanitario che quelle legate al carico emozionale da gestire di fronte alla minaccia di morte che il Covid19 porta con sé. Le narrazioni non spiegano ma servono per comprendere quello che è accaduto e sta riaccadendo nuovamente e sono spunto di riflessione e di rivalutazione del proprio lavoro e dell’organizzazione nel suo insieme: questo trapela vivamente nei frammenti riportati.

*«Noi (intende i neurologi di un’Ospedale zonale) abbiamo lavorato al pronto soccorso, abbiamo fatto le notti attive... **è stato un rischio...** lì stavamo con 10/15/20 persone che si incrociavano la notte, che non si sapeva se erano positive o negative, e noi avevamo questa mascherina, a volte me ne mettevo due ma... quindi il rischio c’è stato... Poi, che vuole che le dica, **la fragilità umana è emersa a tutti i livelli**, è chiaro... uno si è reso conto che...e tanti tanti medici e tanti infermieri sono morti, quindi...[...] Sicuramente è stata un’ulteriore conferma della nostra caducità, della nostra fragilità... anche con le persone, insomma, penso un po' di riflessioni le abbiano fatte e poi c’è stato il blocco improvviso e la voglia di ritornare a vivere, quindi a fare anche cose magari andando oltre [...] è come se uno avesse dimenticato che c’è stato un problema... Da un punto di vista professionale, con le malattie e tutto il resto, **mi è cambiato molto**, per qualche cosa inerente a quello che è stato... sicuramente **una maturazione ulteriore è stata fatta**, io spero che molti ne abbiano approfittato in questo periodo, almeno questo spero.» (un neurologo)*

*“(intervistatore: lei ha avuto a che fare con questa pandemia a tutto tondo). **Sì, sia come oggetto che come soggetto, a tutto tondo proprio.** Fortunatamente sono riuscito ad evitare l’ospedalizzazione nel periodo più brutto dell’epidemia perché chiaramente... visto come sono andate le cose... sono riuscito a gestirlo da casa alla fine, però la cosa non è stata piacevole, è stata pesante anche da un punto di vista fisico per cui... però dopo, una volta rimessomi in*

*piedi sono ripartito in quarta [...] Mi dicevano: stai a casa un altro mese. Dico: se sto a casa un altro mese, sto a casa altri 10 anni; quindi o si parte o non si riparte. Ho preso armi e bagagli e **son partito, con un po' di difficoltà all'inizio, però fortunatamente la ruota ha ripreso a girare**". (un neurologo)*

*"Rispetto al problema della pandemia, dottoressa, **noi abbiamo lavorato a testa bassa cercando di salvaguardare tutto quello che era possibile per quanto riguarda l'umanità, l'esperienza, e cercando di comprendere anche le fobie insorte nei pazienti e gestendo le proprie fobie quelle da parte dei medici**". (un neurologo)*

*«Io l'ho vissuto come familiare perché un mio parente che abita a XXX si è ammalato ed è stato ricoverato, probabilmente lo abbiamo preso da due fonti differenti, perché non ci eravamo visti. Quindi lui lo avrà preso a XXX e io al lavoro, immagino. **Quindi l'ho vissuto in prima persona da malato e familiare di un malato**; da medico l'ho vissuto non in prima linea perché il mio non è un reparto Covid però, appena rientrato in servizio, mi sono fatto anche io quello che era il reparto di screening del pronto soccorso, quindi anche con tutte le precauzioni, l'abbigliamento. e lì è stato toccante perché io sono uscito dal reparto e tra la stanchezza e anche l'emozione, tante cose, la paura che hai vissuto, la paura che vedi negli occhi degli altri, di quello che pensi poteva anche a te succedere. [...] **Quella è stata un'esperienza toccante**, importante, forte, però sono sereno in questo momento. È una cosa che mi ha anche dato una spinta nella professione, perché a volte alcune cose nel tempo passano alla routine, alla stanchezza, invece è stato un po' come una briglia, perché intanto puoi passare dall'altra parte in un attimo e quindi nel rapportarsi con le persone ti porta a pensare a questo e al perché le parole pesano, le espressioni contano, hanno un peso e il tono di voce ugualmente. Io sono cose a cui ho sempre un po' tenuto. **Però queste circostanze ti fanno pensare**» (un neurologo)*

«(il tema trattato in questo punto dell'intervista riguardava l'impotenza vissuta durante la pandemia) I neurologi sono abituati (all'impotenza), perché abbiamo sempre un degente cronico, perché la maggior parte delle malattie nostre non guariscono, quindi noi siamo frustrati al limite, come professionisti. **Siamo più resilienti; siamo resilienti perché siamo abituati alla sconfitta**, quindi per noi alla fine non è cambiato tanto. Invece gli altri, i rianimatori che sono abituati a salvare la vita, i chirurghi, questi si sono sentiti in difficoltà, hanno visto che nonostante tutto non riuscivano a modificare niente. Per noi no...[...] (cosa ha insegnato la pandemia) Dopo anni che noi chiediamo che per le visite neurologiche ci vogliono almeno 30 minuti, ce ne facevano fare 20, ora ce ne fanno fare 40 o 45, non mi sembra vero. Io adesso non ci torno più indietro. Adesso una visita la faccio con 40 minuti, mi siedo, faccio l'anamnesi, parlo con il paziente. Cioè questo essere più slow secondo me porterà dei benefici. È chiaro che le liste di attesa saranno più lunghe; però, che cosa succederà: si vedranno quelli più importanti.»

5. LA SFIDA DELLE NUOVE TECNOLOGIE E IL PUNTO SUL PDTA CEFALEA

Sara Bugari

Il 29 settembre 2020 si è svolta la fase conclusiva della ricerca che ha visto la realizzazione di un webinar dal titolo: “La cefalea e l'emergenza sanitaria Covid19. L'ICT come strumento di accesso alle cure”. L'obiettivo di questa terza fase era quella di fornire una prima restituzione dei dati raccolti nella ricerca e realizzare un tavolo di confronto con gli specialisti coinvolti in qualità di esperti, i pazienti intervistati e due rappresentanti della Regione Marche, il Dirigente del Servizio Territorio e Integrazione Ospedale Territorio dell'ARS Marche e il Dirigente del Servizio HTA e Tecnologie Biomediche.

Il Dirigente del Servizio HTA e Tecnologie Biomediche, Ing. Giancarlo Conti, ha evidenziato nel suo intervento alcuni importanti aspetti sull'uso dell'ICT in sanità. Il primo riguarda la telemedicina: uno dei grandi limiti che ha avuto la telemedicina per poter entrare in modo pervasivo all'interno dei processi sanitari è legato soprattutto all'assenza di valutazioni della sua efficacia in relazione ai costi. Nel tempo sono state molte le singole iniziative che sono state realizzate e che tutt'ora si realizzano, ma i risultati di queste sperimentazioni sono stati raccolti poche volte, per cui una valutazione comparativa ad esempio con i processi ordinari, con la visita ambulatoriale, non c'è; inoltre quando questa comparazione è stata fatta si può dire che è stato fatto un errore e cioè si è cercato di confrontare i due percorsi come fossero alternativi uno all'altro ed invece, probabilmente, la soluzione è che questi percorsi non sono alternativi ma si possono integrare. Si è discusso del fatto che per la patologia cefalalgica il processo di diagnosi necessita di un setting ambulatoriale mentre è possibile realizzare le visite di controllo, di follow up, anche con soluzioni alternative e a distanza. Il Covid19 ha imposto, nel periodo di emergenza, non tanto un confronto tra le due alternative, ma l'adozione necessaria della telemedicina, perché alternative diverse non erano realizzabili. La Regione Marche con il Servizio HTA e tecnologie biomediche, ha in atto alcuni progetti sullo sviluppo e utilizzo dell'ICT che sono soprattutto indirizzati alle aree

interne, alle aree disagiate dove la problematica non è quella, come dire, stretta e vincolante del Covid19, che presuppone l'obbligo di stare in casa, ma è quella di una difficoltà generale di accesso alle strutture territoriali e quindi, la telemedicina offre a questi territori una soluzione che agevola e semplifica l'accesso ai servizi sanitari. Il Covid19 ha reso necessario affrontare le problematiche di accesso ai servizi sanitari. Come evidenziato dagli specialisti coinvolti nella ricerca, in molti casi l'uso di strumenti tecnologici non può essere definita una soluzione innovativa in quanto il medico di medicina generale, piuttosto che il professionista, utilizzano la mail, il telefono, la messaggistica di whatsapp regolarmente. Quindi questi sono strumenti già utilizzati largamente nella prassi quotidiana. Questo significa che la prassi può dare importanti insegnamenti: da un punto di vista tecnologico la telemedicina viene vissuta come uno strumento estremamente complicato, che va applicato in casi particolarissimi. Come già evidenziato, la priorità ad esempio, nel PDTA è spesso data a patologie tempo-dipendenti, e la stessa cosa ha fatto la telemedicina: si è occupata soprattutto inizialmente di quei percorsi di teleconsulto, come per lo scambio di informazioni, anamnesi, immagini radiologiche che riguardano un trauma neurochirurgico piuttosto che l'ictus o piuttosto che le patologie cardiovascolari, quindi in regime di emergenza e con gran dispendio di energia e di tecnologia. Questo è il tipo di utilizzo della telemedicina che fino ad oggi è stato principalmente realizzato. Si evidenzia invece che per patologie come la cefalea è utilizzabile una tipologia di telemedicina più semplice, di più facile impiego, perché sostanzialmente basata su strumenti di uso quotidiano, come la mail, l'SMS e la telefonata. In termini di facilità, di fruibilità dello strumento, non si parla dunque di sistemi estremamente complicati, ma di sistemi molto semplici che, come dimostrato da questa ricerca sulla cefalea, sono efficaci ed utili. Questa utilità c'è stata e probabilmente continuerà ad esserci, nel senso che sono soluzioni, queste, facili da attuare, a basso costo, che di fatto hanno solamente un impatto di tipo organizzativo, non particolarmente elevato; di certo non c'è un grosso impatto tecnologico, quindi non è la telemedicina a cui normalmente si fa riferimento, che prevede costi elevati ed un uso di tecnologia di alto livello. Ad oggi a livello regionale si sta lavorando a progetti estremamente complicati e a volte anche molto difficili da realizzare: ad esempio è in fase di realizzazione il progetto legato alle aree interne, e si

riscontrano una serie di complessità dovute al fatto che oltre alla tele-visita e al video-consulto, serve una strumentazione che il paziente deve usare al proprio domicilio, e questo implica la necessità di definire una normativa, criteri qualitativi e formare in modo adeguato gli operatori. Da questo punto di vista si deve ancora lavorare molto.

Nello studio realizzato dal CRISS-UNIVPM, tra i punti di debolezza dell'uso della tecnologia è stata evidenziata la necessità di "migliorare la qualità delle tecnologie anche nei presidi ospedalieri": questa è un'operazione relativamente poco costosa. Oggi non è pensabile non avere nelle aziende sanitarie una strumentazione, come i pc, adeguata all'uso moderno dei sistemi informatici. È però vero che la spesa in sistemi informativi, in informatica in generale delle aziende è attualmente molto bassa. Quindi tutti parlano di soluzioni informatizzate, digitalizzazione, sanità digitale, ma la spesa che viene destinata a questi ambiti è oggettivamente molto bassa. La rete invece in questo momento risulta essere adeguata, non ha necessità di essere potenziata, sono diverse le soluzioni e non risulta essere un limite oggettivo all'uso della tecnologia. Questo limite è invece presente nella formazione dei medici e, non meno importante, dei caregiver quando deve essere realizzata una presa in carico che prevede la domiciliarità o setting diversi da quello ospedaliero. Su questo aspetto della formazione si deve sicuramente lavorare e investire risorse.

Bisogna tenere presente che il processo di cura fatto in telemedicina non è separato dagli altri, non solo da un punto di vista sanitario, ma anche dal punto di vista delle informazioni: tutto deve convergere in un unico strumento di raccolta dati sul paziente e questo può essere la cartella del medico, oppure, a livello aziendale, può essere il dossier sanitario o il fascicolo sanitario elettronico se si prende in considerazione il livello regionale, dove tutte le informazioni, comprese quelle in "possesso" del medico di medicina generale piuttosto che dagli specialisti, sono tutte disponibili.

Il dirigente del Servizio Territorio e Integrazione Ospedale Territorio, Dott. Claudio Martini, ha evidenziato tre aspetti principali, sottolineando che il Covid19 ha segnato una cesura drastica tra quello che avveniva all'interno del servizio sanitario prima e quello che avviene ora: questa situazione pandemica ha infatti dato una nuova impronta al SSN e ha portato a

riconsiderare in parte i modelli di presa in carico assistenziale dei pazienti affetti da patologie croniche, anche se nello specifico dell'emicrania, la pandemia non sembra aver inciso in modo radicale. Il primo aspetto da sottolineare è quello dell'uso appropriato dei setting assistenziali. Un dato particolarmente significativo è il fatto che nel periodo di emergenza si è visto un accesso al pronto soccorso molto inferiore rispetto alla situazione pre-Covid; si è anche verificata una riduzione dell'attività ambulatoriale, oltre che dell'attività chirurgica, programmata, ecc. Si può dire che il Covid19 abbia determinato la necessità di rivedere un utilizzo dei servizi in una logica di appropriatezza maggiore: un importante numero di visite e di esami possono essere non strettamente necessari. Ciò vale nel caso specifico dell'emicrania e della cefalea, come evidenziato dagli specialisti del settore, ma questo discorso si può estendere anche a tante altre patologie. In riferimento ai tempi di attesa, già lunghi prima della pandemia e che ora si sono allungati ulteriormente, è necessario fare una riflessione su come vengono generati questi tempi d'attesa. È evidente che c'è uno squilibrio tra l'offerta e la domanda di servizi. Sostanzialmente l'offerta può migliorare, ma la domanda non è sempre appropriata e si dovrebbe lavorare su entrambe le direzioni, in questo momento a maggior ragione perché c'è la necessità di utilizzare i setting assistenziali per acuti in modo appropriato. L'ospedale di secondo livello o i centri di riferimento regionali vanno utilizzati per le situazioni che necessitano di un utilizzo di alto livello assistenziale sia in termini di personale e di qualifica del personale, sia in termini tecnologici e di percorsi possibili all'interno di quella struttura.

Da questa prima riflessione ne consegue una seconda che si evidenzia principalmente nella fase attuale dell'emergenza Covid19. La prima fase è stata caratterizzata infatti da un forte interessamento della parte ospedaliera, soprattutto per quanto riguarda le situazioni critiche che hanno richiesto il ricovero in rianimazione. È stata necessaria una trasformazione degli ospedali e di interi reparti che sono diventati reparti Covid, reparti per pazienti critici. L'attuale seconda fase ha un focus importante sul territorio, cioè il baricentro, almeno per quanto riguarda la gestione delle patologie croniche, si deve obbligatoriamente spostare sul territorio, inteso come domiciliarità. Questo è testimoniato anche dal fatto che uno degli

obiettivi del Decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34⁶ è il potenziamento del territorio con investimenti importanti in termini di personale, di assistenza domiciliare e residenziale. Investire sul territorio significa che il livello domiciliare diventa quello di prima scelta per la gestione delle situazioni croniche: la cefalea, l'emicrania, rientrano in questa categoria di patologie croniche che possono essere gestite a livello domiciliare. Si ritiene necessario lavorare affinché sia dato un ruolo sempre maggiore a chi opera a livello territoriale in collegamento con i centri di riferimento regionali. Favorire la domiciliarizzazione significa, oltre che garantire una presenza maggiore di alcune figure professionali come i medici di medicina generale e gli infermieri di comunità (nuova figura assistenziale che sta emergendo nel panorama assistenziale territoriale), anche potenziare tutte quelle forme di assistenza che sono possibili a distanza. La telemedicina, il teleconsulto, la tele-visita, devono diventare sempre di più delle modalità di gestione di certe tipologie di pazienti. Occorre tener presente che in questo caso deve essere il clinico a decidere quali patologie o quali situazioni in particolare hanno la possibilità di essere gestite in modo adeguato, appropriato, attraverso gli strumenti di ICT.

Il terzo aspetto su cui riflettere è la creazione di una rete territoriale della patologia cefalalgica. Facendo un riferimento diretto a quanto evidenziato nella ricerca CRISS-UNIVPM del 2019 nella quale si era sottolineata l'utilità della costruzione di una rete di patologia si può affermare che un principio di rete è stato costruito in modo ufficiale con l'identificazione dei centri di riferimento per la somministrazione e l'erogazione di farmaci per la terapia della cefalea (settembre 2020). Questo sottolinea come si stia realizzando la costruzione e definizione di modalità di presa in carico, di gestione della patologia e dei pazienti all'interno dei centri di riferimento con maggiore appropriatezza. Per quanto riguarda il PDTA per la cefalea si ritiene che abbia prospettive di sviluppo molto interessanti in quanto si pone l'obiettivo di omogenizzare il più possibile i comportamenti clinici di presa in carico del paziente nei vari territori. Oggi, come evidenziato dagli specialisti coinvolti nella ricerca, non vi è una modalità standardizzata di gestione di questa patologia e di questi pazienti, anche se

⁶ D.L. n 34/2020 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19"

è presente una modalità di gestione del paziente simile in tutte le realtà coinvolte. C'è dunque necessità di lavorare per rendere ufficiali le modalità di presa in carico. Occorre però tenere in considerazione che ci sono delle direttive, delle normative che impongono di lavorare sulla costruzione di PDTA in base a quanto stabilito dal piano nazionale della cronicità, dove vengono indicate le patologie croniche per le quali è prioritario costruire il PDTA (la malattia di Parkinson, la BPCO, lo scompenso cardiaco, le malattie infiammatorie croniche dell'intestino, ecc.). In futuro ci sarà sicuramente occasione di lavorare alla costruzione di un PDTA per la patologia cefalalgica.

6. RASSEGNA BIBLIOGRAFICA

Stefania Sottili

La seguente rassegna bibliografica rappresenta una selezione della letteratura nazionale ed internazionale riguardante l'emicrania in rapporto alla pandemia Covid19, ovvero come la malattia e la sua gestione siano state condizionate dalla pandemia. Tale lavoro è stato realizzato grazie alla consultazione diretta dei documenti e all'interrogazione di diverse banche dati (Medline, Scopus...).

L'intento di questa ricerca, attraverso la raccolta della documentazione apparsa per lo più negli ultimi mesi, segnati dall'emergenza epidemica, non è stato quello di approfondire le peculiarità mediche, cliniche e terapeutiche della patologia, ma mettere in luce le implicazioni organizzative, di impatto socioeconomico e di policy che la gestione della malattia nel periodo di emergenza ha determinato.

American Migraine Foundation (2020). What to know about migraine and COVID-19. Al sito: <https://americanmigrainefoundation.org/resource-library/covid-19-migraine/>

Bobker, S.M., Robbins, M.S. (2020). COVID-19 and Headache: A Primer for Trainees. Headache. The Journal of Headache and Pain 60(8): 1806-1811.

Klein, B.C. N., Busis, A. (2020). COVID-19 is catalyzing the adoption of teleneurology. Neurology 94: 903-904.

Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. (2020). The psychological impact of quarantine and, how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet 395:912–920.

Chowdhury, D., Datta, D. (2020). Managing migraine in the times of COVID-19 pandemic. Annals of Indian Academy of Neurology 23(7): 33-39.

Cottone, N. (2020). La cefalea cronica è malattia sociale: con la nuova legge non è più invisibile. Al sito: <https://www.ilsole24ore.com/art/la-cefalea-cronica-e-malattia-sociale-la-nuova-legge-non-e-piu-invisibile-ADCTkbd>

Delussi, M. et al. (2020). Investigating the Effects of COVID-19 Quarantine in Migraine: An Observational Cross-Sectional Study from the Italian National Headache Registry (RiCe). Al sito: <https://www.researchsquare.com/article/rs-62932/v1>

Doganay Ocalan, M., Leventoglu, A. (2020). The Management of Neurological Disease during the COVID-19 Pandemia. *GMJ* 31: 287-291.

Fondazione The Bridge (2020). Eemicrania e mi dici cos' è? E mi dici cosa comporta? Al sito: www.fondazionethebridge.it

Friedman, D.I., Rajan, B., Seidmann, A. (2019). A randomized trial of telemedicine for migraine management. *Cephalalgia* 39: 1577-1585.

Gautam, M., Thakrar, A., Akinyemi, E. et al (2020). Current and Future Challenges in the Delivery of Mental Healthcare during COVID-19. *SN Comprehensive Clinical Medicine* 2:865–870.

Grazzi, L., Rizzoli, P. (2020). The Adaptation of Management of Chronic Migraine Patients With Medication Overuse to the Suspension of Treatment Protocols During the COVID-19 Pandemic: Lessons From a Tertiary Headache Center in Milan, Italy. *Headache. The Journal of Headache and Pain* 60(7): 1463-1464.

Hatcher-Martin, J.M., Adams, J.L., Anderson, E.R. et al. (2020). Telemedicine in neurology: Telemedicine Work Group of the American Academy of Neurology update. *Neurology* 94: 30-38.

Hollander, J.E., Carr, B.G. (2020). Virtually perfect? Telemedicine for Covid-19. *New England Journal of Medicine* 382:1679-1681.

Korff, M., Black, L.K., Saunders, K., Galer, B.S. (1999). Headache medication-use among primary care headache patients in a health maintenance organization. *Cephalalgia* 19: 575-580.

López-Bravo A, García-Azorín, D., Belvísd, R., González-Oriae, C., Latorre, G. et al. (2020). Impacto de la pandemia COVID-19 en la atención al paciente con cefalea en España: análisis de situación con una mirada al futuro. *Neurología* 35(6): 372-380.

Ma, M. et al. (2020). The status and high risk factors of severe psychological distress in migraine patients during nCoV-2019 outbreak in Southwest China: a cross-sectional study. *Journal of Headache and Pain* 21: 100. Al sito: <https://doi.org/10.1186/s10194-020-01168-5>

Mehrotra, A. et al. (2020). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Outpatient Visits: A Rebound Emerges. To the Point(blog), Commonwealth Fund, May 19, 2020. Al sito: <https://doi.org/10.26099/ds9e-jm36>

Müller, K.I., Alstadhaug, K.B., Bekkelund, S.I. (2017). A randomized trial of telemedicine efficacy and safety for nonacute headaches. *Neurology* 89:153-162.

Muller, K.I., Alstadhaug, K.B., Bekkelund, S.I. (2017). Telemedicine in the management of non-acute headaches: A prospective, open-labelled non-inferiority, randomised clinical trial. *Cephalalgia* 37:855-863.

Parodi, I.C., Poeta, M.G., Assini, A., Schirinzi, E., Del Sette, P. (2020). Impact of quarantine due to COVID infection on migraine: a survey in Genova, Italy. *Neurological Science* 41(8): 2025–2027.

Peccarisi, C. (2020). La cefalea cronica riconosciuta come malattia sociale. Al sito: https://www.corriere.it/salute/neuroscienze/20_luglio_15/cefalea-c...e-malattia-sociale-f6708b0e-c697-11ea-a52c-6b2a448f1d2c_print.html

Peccarisi, C. (2020). Le consultazioni mediche al tempo della pandemia da covid-19. *Medico e Paziente* 3: 26-29.

Potter, R., Hee, S.W., Griths, F., Dodd, K., Hoverd, E., Underwood, M. et al. (2019). Development and validation of a telephone classification interview for common chronic headache disorders. *The Journal of Headache and Pain* 20(2). Al sito: <https://thejournalofheadacheandpain.biomedcentral.com/articles/10.1186/s10194-018-0954-z>

Szperka, C.L., Ailani, J., Barmherzig, R., Klein, B.C., Minen, M.T. et al. (2020). Migraine Care in the Era of COVID-19: Clinical Pearls and Plea to Insurers. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 60(5): 833-842.

Tonini, M.C. (2020). Covid-19 può dare come primo e unico sintomo il mal di testa? Al sito: <https://www.anircef.it/2020/04/06/speciale-corona-virus/>

Wells, R.E., Strauss, L.D. (2020). The Value of Headache Specific Recommendations During COVID-19. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 60(5): 820-823.

Wells, R.E., Seng, E.K., Edwards, R.R. et al. (2020). Mindfulness in migraine: A narrative review. *Expert Review of Neurotherapeutics* 20(3): 207-225

7. Allegato 1: TRACCIA INTERVISTA SPECIALISTI PER RICERCA CEFALEA 2020

1. Durante la fase emergenziale Covi19 come è stato organizzato il suo servizio di diagnosi e cura dei pazienti affetti da cefalea?
2. È stato in parte possibile fare le visite in presenza o sono state tutte sospese?
3. Nel caso di sospensione delle visite in presenza è stata utilizzata la tecnologia digitale per le visite di controllo? Ad esempio email, videochiamate
4. Per i pazienti in attesa di valutazione diagnostica come è stato possibile procedere?
5. Per i pazienti affetti da patologia grave (cefalea a grappolo, emicrania con aura..) come è stata organizzata la presa in carico? Hanno potuto accedere all'ambulatorio? sono stati indirizzati al pronto soccorso? Hanno utilizzato i pronto soccorso degli Ospedali no-Covid?
6. Nell'attuale fase post emergenziale come sta avvenendo la ripresa del Servizio? Sono state riattivate le visite in presenza? Si continua a utilizzare la tecnologia digitale facendo visite in remoto?
7. Come si sono organizzati, secondo lei, i pazienti durante la fase di lock-down? Hanno contattato spesso l'ambulatorio per richiedere visite e consulenze? Si sono rivolti ai servizi del privato? O ai Medici di medicina generale?
8. Dal suo punto di vista i pazienti hanno avuto una sintomatologia più aggressiva? Gli episodi sono stati più frequenti durante la fase di lockdown o al contrario, nella maggior parte dei casi c'è stata una diminuzione degli episodi di emicrania? E i pazienti hanno aderito alle terapie prescritta?
9. Rispetto al progetto di avvio a livello regionale del PDTA per le cefalee, quello che è successo in questi mesi potrebbe influenzare negativamente e/o positivamente la creazione di un percorso diagnostico terapeutico dedicato? La tecnologia digitale, secondo la sua esperienza, potrebbe avere un ruolo importante nell'organizzazione del Servizio?
10. Cosa ne pensa in generale dell'uso della telemedicina nel suo specifico ambito di lavoro?
11. Come ha inciso sul suo vissuto professionale la pandemia (coinvolgimento emotivo, aspetti lavorativi, orario di lavoro, impegno su altre aree di attività non direttamente collegati alla sua professione)?

8. Allegato 2: TRACCIA DELLA INTERVISTA TELEFONICA ALLE DONNE CEFALALGICHE

1. Che pensa di quello che ha letto nel Report?
2. Ha suggerimenti o riflessione che vuole condividere?
3. Che tipo di esperienza ha vissuto durante il periodo del lockdown? Se la sente di raccontarlo?
4. Come ha gestito l'emicrania durante la chiusura? Le crisi si sono intensificate oppure ha notato un andamento differente? E subito dopo nella fase 2?
5. Ha avuto la possibilità di ricorrere al medico che la segue e di continuare la sua cura?
6. Vuole aggiungere altro in merito?

9. Allegato 3: BROCHURE WEBINAR “LA CEFALEA E L’EMERGENZA
SANITARIA COVID19”

WEBINAR

29 settembre 2020
ore 16.00/18.00

**La cefalea e l'emergenza
sanitaria Covid19**

L'ICT come strumento di accesso alle cure

Coordina:
Prof.ssa Giovanna Vicarelli – Direttore CRISS-UNIVPM

Presentazione dei risultati della ricerca
Dott.ssa Teresa Medi e Dott.ssa Sara Bugari

Tavola rotonda
Professionisti ed esperti del settore

Conclusioni
Dott. Claudio Martini – ARS Regione Marche
Ing. Giancarlo Conti – ARS Regione Marche

L'evento si svolgerà sulla piattaforma TEAMS. La partecipazione al webinar è gratuita. Collegamento dalla homepage del sito www.criiss.univpm.it

Con la sponsorizzazione di

NOVARTIS