



Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di
AGRIGENTO

DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N. 805 DEL 05 NOV. 2024

OGGETTO: Adozione del documento "Percorso diagnostico terapeutico e assistenziale (PDTA) per il trattamento dei pazienti affetti da cefalea"

STRUTTURA PROPONENTE: U.O.C. Controllo di Gestione, Sistemi Informativi e Statistici Aziendali

PROPOSTA N. 913 DEL 4-11-2024

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Dr. Alfonso Cavallari

IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

dott. F. Adriano Craco

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria:

() come da prospetto allegato (ALL. N. _____) che è parte integrante della presente delibera.

() Autorizzazione n. _____ del _____

C.E.

C.P.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Indicazione del Nome, Cognome e Firma)

IL DIRETTORE UOC SEF e P.

(Indicazione del Nome, Cognome e Firma)

SERVIZIO ECONOMICO

FINANZIARIO / PATRIMONIALE

Dr. Roberto Salvo

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA

04.11.2024

L'anno duemilaventiquattro il giorno CINQUE del mese di NOVEMBRE
nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giuseppe Capodieci, nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n.310/Serv.1°/S.G. del 21/06/2024, acquisito il parere del Direttore Amministrativo, dott. Alessandro Pucci, nominato con delibera n. 414 del 02/09/2024 e del Direttore Sanitario, dott. Raffaele Elia, nominato con delibera n. 415 del 02/09/2024, con l'assistenza del Segretario verbalizzante DOTT.SSA TERESA PINOYE adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

PROPOSTA

Il Direttore della UOC Controllo di Gestione e Sistemi Informativi Statistici Aziendali, dott. Filadelfio Adriano Cracò

Visto l'Atto Aziendale di questa ASP, adottato con delibera n. 265 del 23/12/2019 ed approvato con D.A. n. 478 del 04/06/2020, di cui si è preso atto con Delibera n. 880 del 10/06/2020;

Visto il D.A. n. 1059 del 4 ottobre 2024, "Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per il trattamento dei pazienti affetti da cefalea nella Regione Siciliana" trasmesso dal Servizio 4 del Dipartimento per la Pianificazione Strategica dell'Assessorato Regionale con nota 45248 del 11.10.2024;

Preso atto del documento "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per il trattamento dei pazienti affetti da cefalea nella Regione Siciliana";

Ritenuto ai sensi dell'art. 2 del predetto D.A. di dovere adottare formalmente il PDTA in argomento

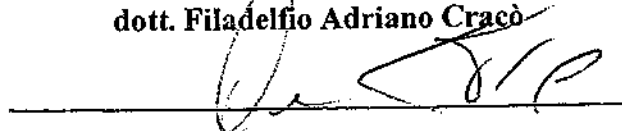
PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono qui riportate:

- **Adottare** il documento "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per il trattamento dei pazienti affetti da cefalea nella Regione Siciliana"
- **Portare in esecuzione** la presente deliberazione a cura della UOC Controllo di Gestione
- **Munire la deliberazione della clausola di immediata esecuzione**, per le motivazioni di seguito specificate: necessità di rispettare le tempistiche imposte dall'Assessorato

Attesta, altresì, che la presente proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

**Il Direttore della UOC Controllo di Gestione e Sistemi Informativi Statistici Aziendali
dott. Filadelfio Adriano Cracò**

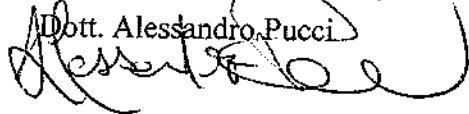


SULLA SUPERIORE PROPOSTA VENGONO ESPRESSI

Parere Favorevole
Data 05.11.24

Il Direttore Amministrativo

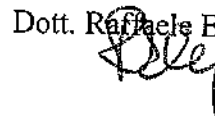
Dott. Alessandro Pucci



Parere Favorevole
Data 05.11.24

Il Direttore Sanitario

Dott. Raffaele Elia



IL DIRETTORE GENERALE

Vista la superiore proposta di deliberazione, formulata dal dott. Filadelfio Adriano Cracò, Direttore della UOC Controllo di Gestione e Sistemi Informativi Statistici Aziendali, che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

Ritenuto di condividere il contenuto della medesima proposta;

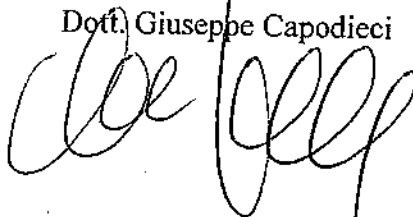
Tenuto conto del parere espresso dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;

DELIBERA

di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dal dott. Filadelfio Adriano Cracò, Direttore della UOC Controllo di Gestione e Sistemi Informativi Statistici Aziendali.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giuseppe Capodieci

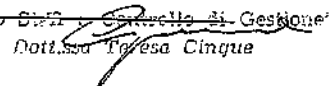


Il Segretario verbalizzante

IL COLLABORATORE AMM.VO TPC

Ufficio D.G. e Controllo di Gestione

Dott.ssa Teresa Cinque







REGIONE SICILIA

**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
per il trattamento dei pazienti affetti da cefalea nella
Regione Siciliana**

Ottobre 2024

INDICE

1. INTRODUZIONE	3
1.1 Analisi di contesto	3
1.2 Obiettivi	4
2. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI	5
3. CLASSIFICAZIONE DELLE CEFALIE	6
4. ORGANIZZAZIONE	6
4.1 Generalità	6
4.2 L'organizzazione delle strutture	6
5. COINVOLGIMENTO MULTIDISCIPLINARE	8
6. ITER DIAGNOSTICO	9
6.1 Emicrania senza aura	9
6.2 Emicrania con aura	11
6.3 Emicrania cronica.....	14
6.4 Cefalea a grappolo	15
6.5 Cefalea di tipo tensivo.....	17
7. TRATTAMENTO FARMACOLOGICO	20
8. MONITORAGGIO E FOLLOW UP DEL PAZIENTE.....	21
9. COINVOLGIMENTO DELLE ASSOCIAZIONI PAZIENTI.....	22
10. ALLEGATI.....	23
11. BIBLIOGRAFIA.....	24

1. INTRODUZIONE

Il presente capitolo riporta una descrizione dell'analisi di contesto e degli obiettivi del progetto.

1.1 Analisi di contesto

La cefalea è un disturbo neurologico molto frequente, che coinvolge circa il 15% della popolazione, ed è classificata come la seconda causa principale di anni vissuti con disabilità in tutto il mondo.

La sua patogenesi ha una forte componente genetica e comporta l'attivazione di vie del dolore del sistema trigeminovascolare.

In Italia la cefalea è una patologia sottostimata, spesso non diagnosticata o trattata. Il 77,4% dei pazienti non si è mai rivolto ad alcun medico e solo il 30% ha una diagnosi appropriata ed esegue, di conseguenza, una cura appropriata.

La grande maggioranza dei pazienti con cefalea, sia essa episodica o cronica, non viene pertanto presa in carico dallo specialista di settore, poiché ricorre all'automedicazione, spesso incorrendo in gravi problemi di abuso farmacologico, con rischio di importanti effetti collaterali o di dipendenza.

Più di un paziente su quattro presenta una frequenza media mensile dell'emicrania superiore ai 5 giorni (al di sopra del valore soglia per l'adozione di una terapia preventiva). Solo una minima parte della popolazione (1,6%) riceve adeguate cure preventive per inadeguata sensibilizzazione verso il problema. Inoltre, solo il 6,3% dei pazienti tratta l'attacco acuto utilizzando i triptani, farmaci selettivi e specifici. Il processo di cronicizzazione della patologia rappresenta un'importante complicanza da affrontare: circa il 4% delle persone adulte, e in misura minore bambini e adolescenti (0,2-0,9%), manifesta cefalea per più di 15 giorni al mese.

Nella donna la cefalea ha un'incidenza ed un grado di severità maggiore rispetto all'uomo, con attacchi più frequenti, di maggiore intensità e durata ed è associata a sintomi vegetativi di accompagnamento più marcati.

La cefalea si associa frequentemente ad altre patologie quali: disturbi dello spettro affettivo, epilessia, sindromi dolorose croniche, turbe del sonno, allergie, asma e patologie circolatorie.

Il contesto attuale regionale si caratterizza dai seguenti *"unmet needs"*:

- Assenza di un PDTA Regionale relativo alla presa in carico del paziente con diagnosi o sospetta diagnosi di cefalea episodica o cronica
- Necessità di superare la disomogeneità assistenziale a livello dei diversi Centri Ospedalieri e a livello territoriale in termini di presa in carico e di accesso alle cure
- Esigenza di potenziare la continuità assistenziale tra i professionisti ospedalieri e quelli territoriali
- Necessità di implementare un sistema che permetta di monitorare e valutare nel tempo la performance relativa al percorso del paziente con cefalea

Dalle analisi effettuate all'Anagrafe Sanitaria Regionale (anno 2019) sono stati individuati 23.435 soggetti con almeno un ricovero per cefalea e/o almeno una prescrizione farmacologica per cefalea.

I dati provenienti dalla medicina generale confermano l'elevata prevalenza della cefalea nella popolazione generale. Analizzando il database Health Search, (HSD) messo a disposizione da SIMG e che raccoglie i dati relativi all'attività professionale di un campione statisticamente significativo di MMG del territorio nazionale, il tasso di prevalenza annuale di cefalea nel corso dell'ultimo anno analizzato nella regione Siciliana risulta essere dell'11,9% con incidenza annuale pari allo 0,46%.

I dati a disposizione contestualizzano l'insorgenza temporale di questa patologia nell'infanzia, che evolve con un picco nella fascia di età compresa tra i 21 e i 54 anni.

Le valutazioni regionali svolte su popolazioni selezionate confermano una prevalenza della cefalea nella popolazione femminile (26% del campione).

I costi relativi a questa patologia in Italia ammontano a circa 20 miliardi di euro all'anno, l'impatto economico di questa patologia in Regione Sicilia ammonta a circa 1,5 miliardi di euro ed è da considerarsi rilevante sia per i costi diretti che indiretti.

I costi diretti a carico del Sistema Sanitario Regionale sono riconducibili a ripetute visite mediche di tipo specialistico, analisi di laboratorio, esami diagnostici (e.g. TAC encefalo, Rx, RMN, Elettroencefalogramma) e acquisto di farmaci specifici. La cefalea in Regione Sicilia rappresenta il 5% degli accessi inappropriati in Pronto Soccorso.

I costi indiretti sono ugualmente impattanti, ma più difficilmente calcolabili; essi riguardano la perdita di giornate lavorative, ridotta efficienza produttiva, tempo necessario per la gestione della patologia sottratto alle ore lavorative.

La cefalea esercita un impatto molto severo anche sulle attività quotidiane domestiche, scolastiche e di svago, specialmente nella donna: il 28% delle pazienti (a fronte del 17,7% dei pazienti di sesso maschile) riferisce di aver perso più di 10 giorni di attività negli ultimi 3 mesi (dati UE).

Esistono infine costi intangibili, di natura psicosociale e riconducibili al dolore, all'ansia e all'impatto emotivo che la patologia provoca all'individuo affetto ed ai suoi familiari (e.g. interictal burden).

1.2 Obiettivi

L'obiettivo è di condividere un modello di governance per la gestione del paziente (adulto e pediatrico) con diagnosi o sospetta diagnosi di cefalea nella Regione Siciliana.

Tale modello è orientato ad una presa in carico:

- standardizzata
- multidisciplinare
- appropriata (per setting e terapia)
- tempestiva

- capillare su tutto il territorio

Il presente documento, cui seguirà l'istituzione formale della Rete Regionale per la diagnosi e la terapia delle Cefalee, è finalizzato a garantire a tutti i pazienti:

- appropriatezza diagnostico - terapeutica
- equità di trattamento
- diritto di prossimità

L'implementazione dell'aggiornamento del modello di governance avviene tramite:

- il miglioramento della presa in carico del paziente con cefalea a livello territoriale e ospedaliero (in emergenza e tramite accessi programmati)
- l'ottimizzazione dell'accesso alle cure avanzate e innovative attraverso la definizione di un percorso terapeutico
- l'integrazione dei livelli di assistenza, favorendo la collaborazione tra Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS), Medici di Pronto Soccorso, Pediatri ospedalieri, Neurologi, Neuroradiologi, Neurochirurghi, Anestesisti Terapisti del Dolore ed eventuali altri specialisti coinvolti nella presa in carico del paziente con Cefalea

A livello strategico la riduzione delle prestazioni considerate inappropriate permetterà uno snellimento delle liste di attesa, oltre il contenimento della spesa regionale derivante dai costi diretti ed indiretti della cefalea e alla ricollocazione delle risorse economiche, umane e tecnologiche.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

Il presente documento è rivolto ai Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), ai Neurologi, Neuropsichiatri Infantili e Terapisti del Dolore di tutte le Strutture ospedaliere pubbliche e di diritto privato contrattualizzate con il Sistema Sanitario Regionale in grado di prendere in carico il paziente adulto o pediatrico con diagnosi o sospetta diagnosi di cefalea. I contenuti del presente documento sono nello specifico destinati a:

- Direzioni Sanitarie
- Direttori di Unità Operativa
- Medici di Pronto Soccorso
- Medici di medicina generale, pediatri di libera scelta
- Farmacisti territoriali
- Neurologi e neuropsichiatri infantili ed altri medici specialisti coinvolti nella fase di diagnosi, trattamento e follow up del paziente quali ad esempio Neuroradiologo, Neurochirurgo, Radiologo, Chirurgo vascolare, Fisiatra, Medico Internista, Anestesista e Rianimatore, Terapisti del Dolore, Nutrizionista Clinico, Psicologo

- Dirigenti infermieristici e coordinatori infermieristici
- Altri professionisti sanitari coinvolti nella presa in carico del paziente quale la figura del Case Manager, oltre a Infermiere professionale, Fisioterapista, Tecnico di radiologia, Dietista, Terapista occupazionali, Logopedista
- Associazioni Pazienti

3. CLASSIFICAZIONE DELLE CEFALEE

La Società Internazionale delle Cefalee (IHS) classifica circa trecento differenti tipi di cefalea. Nonostante il numero elevatissimo di forme descritte, il 90% di queste è rappresentato dalle cosiddette Cefalee Primarie (e.g. emicrania, cefalea senza aura, cefalea con aura, cefalea a grappolo, cefalea di tipo tensivo), ovvero forme in cui il mal di testa è un disturbo autonomo, non legato ad altre patologie, rappresentando così una "malattia" vera e propria. Solo nel 10 % dei casi si parla di Cefalee Secondarie in cui il mal di testa è un sintomo di una ben precisa e definita malattia sottostante, come ad esempio il trauma cranico, malattie oculari, ipertensione arteriosa, artrosi cervicale, lesioni cerebrali.

4. ORGANIZZAZIONE

4.1 Generalità

Al fine di garantire il suo ruolo e conseguire gli obiettivi prefissati di razionalizzazione ed ottimizzazione del management delle cefalee, il PDTA deve avvalersi di una organizzazione strutturale e funzionale che consenta l'interazione efficace di tutte le figure sanitarie coinvolte nella gestione della patologia.

Il modello di governance regionale di presa in carico del paziente con cefalea garantisce l'erogazione di un'assistenza adeguata attraverso una rete integrata ospedale-territorio, costruita secondo il modello stratificato in livelli di assistenza. Ne consegue una gestione clinica di appropriatezza diagnostica-terapeutica sia nel contesto della medicina territoriale, sia nelle strutture sanitarie ospedaliere, con invio del paziente nel contesto più appropriato al livello di intensità di cura.

4.2 L'organizzazione delle strutture

La strategia è di veicolare la maggior parte delle forme di cefalea episodica a bassa frequenza, verso una gestione territoriale. Ciò viene garantito da una struttura organizzata in tre livelli sulla base della complessità di cure, nella quale i Centri assicurano, tramite percorsi definiti, il riconoscimento diagnostico, il trattamento appropriato e il follow up del paziente nel tempo.

Nei seguenti paragrafi sono descritti le caratteristiche, le attività dei diversi snodi delle strutture declinati per livello di accesso:

- 4.2.1 Primo livello: Ambulatorio MMG, PLS;

- 4.2.2 Secondo livello: Ambulatorio di Neurologia (Territoriale od Ospedaliero) e/o Neuropsichiatria Infantile con attività dedicata anche alle cefalee in strutture pubbliche e/o private accreditate;
- 4.2.3 Terzo livello: Ambulatorio Cefalee in Struttura Ospedaliera e/o Universitaria e/o IRCCS e presenza di Team Multidisciplinare

4.2.1 Primo livello:

Gli specialisti coinvolti nel primo livello sono il MMG e/o il PLS, che si raccordano con gli specialisti Neurologi o Neuropsichiatri infantili territoriali, garantendo l'erogazione di prestazioni adeguate e qualificate in termini di inquadramento diagnostico e primo step terapeutico. L'approccio clinico si articola su più livelli di approfondimento diagnostico, con particolare attenzione alla differenziazione tra una forma di cefalea primaria ed una secondaria.

Il primo livello sarà dotato di un sistema di raccolta dati comune, che abbia la stessa valenza clinica, partendo da un database esistente o implementando un sistema ad hoc.

Dovrà altresì fornire raccomandazioni terapeutiche specifiche sulla base delle più recenti linee guida in materia di terapie di profilassi e di attacco, ricorrendo ai livelli successivi della rete per difficoltà diagnostica e/o terapeutica.

Qualora si reputi necessario inviare il paziente ad un livello successivo, si potrà prescrivere una visita specialistica di secondo o terzo livello (in ottica di diritto di prossimità), riportando sulla ricetta SSN lo specifico quesito diagnostico, prevedendo altresì un feedback di aggiornamento al centro inviante.

4.2.2 Secondo livello:

Ambulatorio di Neurologia e/o Neuropsichiatria Infantile e/o di Terapia del Dolore (Territoriale od Ospedaliero) con attività dedicata anche alle cefalee.

A questo livello, lo specialista (Neurologo e/o il Neuropsichiatra infantile e/o il Terapista del Dolore) valuta il paziente inviato dal MMG o PLS, gli accertamenti diagnostici eseguiti, le eventuali terapie di profilassi intraprese e la compliance del paziente. Compito dello specialista è impostare le eventuali indagini per arrivare ad una diagnosi di I o II livello della classificazione IHS, fare ricorso a strumenti comuni, omogenei e validati (es. diario cefalee o questionari per la disabilità cefalgica (es. MIDAS)) per definire tutte le sfaccettature della sindrome cefalgica. Inoltre, deve gestire con modalità ottimali la terapia acuta e di prevenzione delle cefalee secondo le raccomandazioni delle società scientifiche preposte.

Il setting di riferimento è caratterizzato dall'ambulatorio di neurologia/neuropsichiatria infantile/terapia del dolore (territoriale o ospedaliero) che soddisfa le seguenti caratteristiche:

- possibilità di eseguire internamente o tramite convenzione con il collegamento ad altre strutture:
 - Indagini neuroradiologiche (TAC – RMN)
 - Indagini neurosonologiche (Ecocolordoppler TSA e transcranico)

- Valutazioni psicologiche e neuropsicologiche di base

- percorso strutturato di collegamento agli altri livelli della Rete

Lo specialista che ha visitato il paziente, qualora vi sia la necessità di un approfondimento diagnostico terapeutico più avanzato, deve prendere in carico il paziente, prescrivendo e/o prenotando gli esami necessari ed eventualmente inviando il paziente al centro di terzo livello.

4.2.3 Terzo livello: Ambulatorio Cefalee in Struttura Ospedaliera o Universitaria o IRCCS

Gli specialisti coinvolti nel terzo livello sono il Neurologo e/o il Neuropsichiatra infantile e/o il Terapista del Dolore con formazione ed esperienza nella gestione delle cefalee che operano in ambulatori all'interno di strutture ospedaliere. Tali specialisti collaborano con approccio multidisciplinare con altri eventuali professionisti presenti nella struttura, che si sono specializzati nel trattamento delle cefalee.

Il terzo livello si occupa della presa in carico di:

- Pazienti con forme di cefalea ad alta frequenza e croniche e forme resistenti
- Pazienti con cefalea secondaria
- Pazienti che necessitano della prescrizione di trattamenti avanzati ed innovativi
- Pazienti con Medication Overuse Headache
- Pazienti che necessitano di un servizio per la gestione dell'emicrania cronica refrattaria (gestione in team multidisciplinare)

I Centri di terzo livello devono:

- Disporre di diagnostica avanzata (TAC e RMN funzionale, percorso dedicato a neurofisiopatologia del dolore, percorso dedicato psicodiagnostico)
- Avere disponibilità di posti letto per pazienti che necessitano di osservazione in regime di ricovero ordinario
- Prevedere percorsi dedicati per Emicrania cronica senza e con Medication Overuse Headache farmacoresistente, cefalea a grappolo, altre forme di Cefalee rare/difficili, Cefalee secondarie (es. cefalea da alterazioni della dinamica liquorale, cefalea da aneurisma cerebrale, cefalea da infezione).

5. COINVOLGIMENTO MULTIDISCIPLINARE

Come precedentemente descritto, nel terzo livello, il Neurologo e/o Neuropsichiatra Infantile o Terapista del Dolore collaborano con approccio multidisciplinare con professionisti all'interno della struttura specializzata nel trattamento delle cefalee (es. Neuroradiologo, Neurochirurgo, Medico di Pronto Soccorso, Case Manager, Psicologo, Nutrizionista ed altri).

La presa in carico del paziente multidisciplinare, di fatto, viene garantita in ogni fase del processo di cura (diagnosi, trattamento, follow up) ed è rivolta sia alla popolazione adulta che pediatrica.

I professionisti sanitari ospedalieri (e.g. Neurologi, Pediatri, Neuropsichiatri Infantili, Neuroradiologo, Neurochirurghi, Medici di Pronto Soccorso, Psicologi, Anestesisti Terapisti del Dolore ecc.) e i MMG sul territorio si impegnano a collaborare tra loro sinergicamente, integrando le proprie competenze e prospettive, al fine di garantire un trattamento completo e personalizzato per ciascun paziente. Questo approccio permette di andare oltre i confini delle singole specializzazioni, incoraggiando la comunicazione e la condivisione delle conoscenze tra diverse figure professionali.

La presa in carico multidisciplinare si traduce per il paziente in un'attenzione personalizzata, che tiene conto non solo delle condizioni di salute fisica, ma anche degli aspetti psicologici, sociali e ambientali che possono influenzare il benessere complessivo.

6. ITER DIAGNOSTICO

Questa sezione descrive l'iter diagnostico relativo:

- alle forme più comuni di cefalea primaria: emicrania senza aura (6.1), con aura (6.2), emicrania cronica (6.3), cefalea a grappolo (6.4) e cefalea di tipo tensivo (6.5)
- alle forme di cefalea secondaria (6.6)

6.1 Emicrania senza aura

L'emicrania senza aura rappresenta l'80% di tutti i casi di emicrania e colpisce maggiormente le donne. Per poter formulare la diagnosi sono necessari almeno 5 episodi che soddisfano le seguenti caratteristiche:

- durata degli attacchi di 4-72 ore nell'adulto senza farmaci o trattati senza successo
- durata degli attacchi di 2-72 ore nel bambino/adolescente senza farmaci o trattati senza successo
- presenza di almeno due delle seguenti caratteristiche:
 - unilateralità del dolore (nel 60% dei pazienti)
 - dolore pulsante
 - intensità moderata o forte
 - peggioramento indotto dall'attività fisica
- presenza, durante il mal di testa, di almeno uno dei seguenti sintomi: nausea e/o vomito; fono e/o foto-fobia

ITER DIAGNOSTICO - TERAPEUTICO

Emicrania senza aura			
Owner	MMG/PLS	NEUROLOGO/NEUROPSICHIATRA INFANTILE/ANESTESISTA TERAPISTA DEL DOLORE	
Livello della Rete	I	II	III
Descrizione paziente	L'emicrania senz'aura rappresenta l'80% di tutti i casi di emicrania e colpisce maggiormente le donne; si manifesta con almeno 5 attacchi che soddisfano le seguenti caratteristiche: - durata degli attacchi di 4-72 ore nell'adulto, senza farmaci o trattati senza successo - durata degli attacchi di 2-72 ore nel bambino/adolescente, senza farmaci o trattati senza successo - presenza di almeno due delle seguenti caratteristiche: - unilaterali del dolore - dolore pulsante - intensità moderata e forte - peggioramento indotto dall'attività fisica Inoltre, si manifesta con la presenza, durante il mal di testa, di almeno uno dei seguenti sintomi: - nausea e/o vomito, - fono e/o fotofobia		
Approfondimenti in sede di visita	- anamnesi e storia clinica del paziente - esame obiettivo e neurologico - questionario ID – Migraine - prescrizione di eventuali esami ematochimici - prescrizione di eventuali esami radiologici nei casi in cui si riscontra almeno una red flag per cefalea secondaria	- anamnesi e storia clinica del paziente - esame obiettivo e neurologico - questionario ID – Migraine - prescrizione di eventuali esami ematochimici - prescrizione di eventuali esami radiologici nei casi in cui si riscontra almeno una red flag per cefalea secondaria	- anamnesi e storia clinica del paziente - esame obiettivo e neurologico - questionario ID – Migraine - prescrizione di eventuali esami ematochimici - prescrizione di eventuali esami radiologici nei casi in cui si riscontra almeno una red flag per cefalea secondaria
Modalità invio a livelli successivi	Richiesta di "prima visita neurologica per cefalea" cod.8913 (prima visita generale, con diagnosi cefalea) secondo codice di priorità; se lo specialista del centro non è neurologo COD. 897, (prima visita generale) secondo codice di priorità.	Richiesta di "prima visita neurologica per cefalea" cod.8913 (prima visita generale, con diagnosi cefalea) secondo codice di priorità; se lo specialista del centro non è neurologo COD. 897, (prima visita generale) secondo codice di priorità.	non previsto
Target pz da inviare a livello/i successivo /i	In caso di difficoltà diagnostica o terapeutica invia al II livello (o al III livello solo in ottica di Diritto di Prossimità del paziente), dopo aver provato farmaci di prima e seconda linea	Invia al III livello nei casi più complessi: - pazienti con storia di emicrania prolungata, ad alta frequenza o storia di emicrania emiplegica - pazienti con cefalea cronica quotidiana - pazienti con storia di abuso di farmaci - pazienti con cefalea complicata	non previsto

		Questi sono casi in cui può essere necessario un iter diagnostico e terapeutico più avanzato	
Modalità di invio a livelli precedenti	non previsto	Relazione clinica dettagliata su diagnosi, accertamenti eseguiti e terapia in corso, consegnata al paziente e trasmessa su canale mail dedicato al MMG/PLS	Relazione clinica dettagliata su diagnosi, accertamenti eseguiti e terapia in corso, consegnata al paziente e trasmessa su canale mail dedicato allo specialista del II livello e al MMG/PLS
Target pz da inviare a livello/i precedente/i	non previsto	I livello: follow-up di pazienti a bassa complessità, già in trattamento	Il livello: follow-up di pazienti inquadrati e in trattamento, che mantengono una complessità generale comunque gestibile in assetto ambulatoriale
Note	Gestisce il follow-up terapeutico dei pazienti di ritorno dal II o dal III livello	Lo specialista del II livello prende in carico il paziente e procede ad un approfondimento diagnostico e terapeutico. Valuta tutti gli accertamenti diagnostici e terapeutici effettuati dal I livello, effettua approfondimenti diagnostici (e.g. indagini neuroradiologiche, neurosonologiche, valutazioni psicologiche e neuropsicologiche di base), inizia terapie e farmaci di prima e seconda linea	Gli specialisti del III livello prendono in carico pazienti più complessi, dispongono di una diagnostica più avanzata e possono valutare la prescrizione di terapie avanzate e innovative sia per l'attacco acuto che per la profilassi (farmaci di terza linea e H-Osp)

6.2 Emicrania con aura

L'aura è l'insieme dei disturbi, visivi, motori e/o neurologici che possono precedere l'insorgenza dell'emicrania. Anche per quanto riguarda l'emicrania con aura la proporzione di donne e uomini interessati dalla patologia rimane la stessa che per l'emicrania in generale: ogni 3 donne colpite risulta colpito un uomo.

L'emicrania con aura si caratterizza per la presenza di almeno 2 attacchi al mese in cui sono presenti uno o più dei seguenti sintomi dell'aura completamente reversibili:

- visivi
- sensitivi
- parola/linguaggio
- motori
- del tronco encefalico
- retinici

Con almeno tre delle sei seguenti caratteristiche:

- almeno un sintomo dell'aura si sviluppa gradualmente in ≥ 5 minuti
- due o più sintomi dell'aura si manifestano in successione
- ogni singolo sintomo dura 5-60 minuti
- almeno un sintomo dell'aura è unilaterale
- almeno un sintomo dell'aura è positivo
- l'aura è accompagnata, o seguita entro 60 minuti, da cefalea

ITER DIAGNOSTICO – TERAPEUTICO

Emicrania con aura			
Owner	MMG/PLS	NEUROLOGO/NEUROPSICHIATRA INFANTILE/ANESTESISTA TERAPISTA DEL DOLORE	
Livello della Rete	I	II	III
Descrizione paziente	L'emicrania con aura si caratterizza per la presenza di almeno 2 attacchi al mese in cui sono presenti uno o più dei seguenti sintomi dell'aura completamente reversibili: - visivi - sensitivi - parola/linguaggio - motori - del troco encefalico - retinici Con almeno tre delle sei seguenti caratteristiche: - almeno un sintomo dell'aura si sviluppa gradualmente in ≥ 5 minuti - due o più sintomi dell'aura si manifestano in successione - ogni singolo sintomo dura 50-60 minuti - almeno un sintomo dell'aura è unilaterale - almeno un sintomo dell'aura è unilaterale - almeno un sintomo dell'aura è positivo - l'aura è accompagnata, o seguita entro 60 min, da cefalea		
Approfondimenti in sede di visita	- anamnesi e storia clinica del paziente - esame obiettivo e neurologico - questionario ID – Migraine - prescrizione di eventuali esami ematochimici - prescrizione di eventuali esami radiologici nei casi in cui si riscontra almeno una red flag per cefalea secondaria	- anamnesi e storia clinica del paziente - esame obiettivo e neurologico - questionario ID – Migraine - prescrizione di eventuali esami ematochimici - in caso di malattie vascolari in età giovanile, sospetto di trombofilia, anamnesi familiare positiva per malattie trombotiche si valuta la necessità di prescrivere studio trombofilico comprensivo di omocisteina e ricerca del forame ovale pervio - prescrizione eventuali esami radiologici solo nei in cui si riscontra almeno una red flag per cefalea secondaria	
Modalità invio a livelli successivi	Richiesta di "prima visita neurologica per cefalea" cod.8913 (prima visita generale, con diagnosi cefalea) secondo codice di priorità; se lo specialista del centro non è neurologo COD.	Richiesta di "prima visita neurologica per cefalea" cod.8913 (prima visita generale, con diagnosi cefalea) secondo codice di priorità; se lo specialista del centro non è neurologo COD. 897,(prima visita	non previsto

		generale) secondo codice di priorità	
Target pz da inviare a livello/i successivo /i	In caso di sospetto diagnostico di emicrania con aura invia al II livello (o al III livello solo in ottica di Diritto di Prossimità del paziente)	In caso di difficoltà diagnostica o terapeutica, invia a specialista di III livello nei casi più complessi: - pazienti con storia di emicrania prolungata, ad alta frequenza o storia di emicrania emiplegica - pazienti con cefalea cronica quotidiana - pazienti con storia di abuso di farmaci - pazienti con cefalea complicata.	non previsto
Modalità di invio a livelli precedenti	non previsto	Relazione clinica dettagliata su diagnosi, accertamenti eseguiti e terapia in corso, consegnata al paziente e trasmessa su canale mail dedicato al MMG/PLS	Relazione clinica dettagliata su diagnosi, accertamenti eseguiti e terapia in corso, consegnata al paziente e trasmessa su canale mail dedicato allo specialista del II livello e al MMG/PLS
Target pz da inviare a livello/i precedente/i	non previsto	Pazienti inquadrati e trattati con beneficio clinico (regressione a forme episodiche), che possono essere monitorizzati dal I livello	Pazienti inquadrati e trattati con beneficio clinico (regressione a forme episodiche), che possono essere monitorizzati presso centri di II livello
Note	Gestisce il follow-up terapeutico dei pazienti di ritorno dal II o dal III livello	Lo specialista del II livello prende in carico il paziente e procede ad un approfondimento diagnostico e terapeutico. Valuta tutti gli accertamenti diagnostici e terapeutici effettuati dal I livello, effettua approfondimenti diagnostici (e.g. indagini neuroradiologiche, neurosonologiche, valutazioni psicologiche e neuropsicologiche di base), Terminato l'iter diagnostico terapeutico, lo specialista rinvia il paziente al MMG/PLS	Lo specialista del III livello prende in carico il paziente e procede ad un approfondimento diagnostico e terapeutico. Esegue diagnostica avanzata, implementa un percorso neuropsicologico ove non in corso, , piani terapeutici avanzati per l'attacco acuto e di profilassi di farmaci di terza linea e H-Osp) Terminato l'iter diagnostico terapeutico, lo specialista rinvia il paziente al II Livello o al MMG/PLS

6.3 Emicrania cronica

L'emicrania cronica si caratterizza per attacchi di cefalea che si presentano per più di 15 giorni al mese per almeno tre mesi consecutivi, di cui almeno 8 hanno le caratteristiche di un vero e proprio attacco emicranico con o senz'aura

ITER DIAGNOSTICO - TERAPEUTICO

Emicrania cronica			
Owner	MMG/PLS	NEUROLOGO/NEUROPSICHIATRA INFANTILE/ANESTESISTA TERAPISTA DEL DOLORE	
Livello della Rete	I	II	III
Descrizione paziente	15 o più gg di cefalea al mese, di cui almeno 8 con i criteri emicrania con e senz'aura		
Approfondimenti in sede di visita	- anamnesi e storia clinica del paziente - esame obiettivo e neurologico - questionario ID – Migraine - prescrizione di eventuali esami ematochimici - prescrizione di eventuali esami radiologici nei casi in cui si riscontra almeno una red flag per cefalea secondaria	- anamnesi e storia clinica del paziente - esame obiettivo e neurologico - questionario ID – Migraine - prescrizione di eventuali esami ematochimici - in caso di malattie vascolari in età giovanile, sospetto di trombofilia, anamnesi familiare positiva per malattie trombotiche si valuta la necessità di prescrivere studio trombofilico comprensivo di omocisteina e ricerca del forame ovale pervio - prescrizione eventuali esami radiologici solo nei in cui si riscontra almeno una red flag per cefalea secondaria	
Modalità invio a livelli successivi	Richiesta di "prima visita neurologica per cefalea" cod.8913 (prima visita generale, con diagnosi cefalea) secondo codice di priorità; se lo specialista del centro non è neurologo COD.	Richiesta di "prima visita neurologica per cefalea" cod.8913 (prima visita generale, con diagnosi cefalea) secondo codice di priorità; se lo specialista del centro non è neurologo COD. 897, (prima visita generale) secondo codice di priorità	non previsto
Target pz da inviare a livello/i successivo /i	In caso di sospetto diagnostico di emicrania cronica, invia al II livello (o al III livello solo in ottica di Diritto di Prossimità del paziente)	In caso di difficoltà diagnostica o terapeutica invia a specialista di III livello nei casi più complessi: - pazienti con comorbidità - pazienti in overuse di sintomatici - pazienti che non rispondono ad un primo trattamento di profilassi - abuso Questi sono casi in cui può essere necessario un iter diagnostico e terapeutico più avanzato	non previsto
Modalità di invio a livelli precedenti	non previsto	Relazione clinica dettagliata su diagnosi, accertamenti eseguiti e terapia in corso, consegnata al paziente e trasmessa su	Relazione clinica dettagliata su diagnosi, accertamenti eseguiti e terapia in corso, consegnata al paziente e trasmessa su canale

		canale mail dedicato al MMG/PLS	mail dedicato allo specialista del II livello e al MMG/PLS
Target pz da inviare a livello/i precedente/i	non previsto	Pazienti inquadrati e trattati con beneficio clinico (regressione a forme episodiche), che possono essere monitorizzati dal I livello	Pazienti inquadrati e trattati con beneficio clinico (regressione a forme episodiche), che possono essere monitorizzati presso centri di II livello
Note	Gestisce il follow-up terapeutico dei pazienti di ritorno dal II o dal III livello	Lo specialista del II livello prende in carico il paziente e procede ad un approfondimento diagnostico e terapeutico. Valuta tutti gli accertamenti diagnostici e terapeutici effettuati dal I livello, effettua approfondimenti diagnostici (e.g. indagini neuroradiologiche, neurosonologiche, valutazioni psicologiche e neuropsicologiche di base), Terminato l'iter diagnostico terapeutico, lo specialista rinvia il paziente al MMG/PLS	Lo specialista del III livello prende in carico il paziente e procede ad un approfondimento diagnostico e terapeutico. Esegue diagnostica avanzata, implementa un percorso neuropsicologico ove non in corso, , piani terapeutici avanzati per l'attacco acuto e di profilassi di farmaci di terza linea e H-Osp) Terminato l'iter diagnostico terapeutico, lo specialista rinvia il paziente al II Livello o al MMG/PLS

6.4 Cefalea a grappolo

La cefalea a grappolo è un tipo di cefalea caratterizzata da dolore:

- a sede orbitaria, sovraorbitaria e/o temporale intenso
- monolaterale
- della durata compresa tra 15 minuti e tre ore circa senza trattamento

Gli attacchi:

- si manifestano in periodi attivi, denominati “grappoli”, della durata di settimane o mesi (2-3) e sono intervallati da fasi di remissione della durata di mesi o anni
- hanno una durata compresa tra 1 ogni due giorni a 8 al giorno, per più della metà del periodo di tempo in cui la patologia è in fase attiva
- ricorrono spesso alla stessa ora, in particolare nel primo pomeriggio, alla sera, nelle prime ore di sonno
- presentano spesso una riattivazione periodica stagionale

Il paziente durante gli attacchi è irrequieto, agitato, incapace di autocontrollo, non riesce a stare fermo. Solitamente questo tipo di cefalea si accompagna ad almeno uno dei seguenti sintomi o segni omolaterali al dolore:

- iniezione congiuntivale e/o lacrimazione
- congestione nasale e/o rinorrea

- edema palpebrale
- sudorazione facciale e frontale
- arrossamento facciale e frontale
- sensazione di orecchio pieno
- miosi e/o ptosi

ITER DIAGNOSTICO - TERAPEUTICO

Cefalea a grappolo			
Owner	MMG/PLS	NEUROLOGO/NEUROPSICHIATRA INFANTILE/ANESTESISTA TERAPISTA DEL DOLORE	
Livello della Rete	I	II	III
Descrizione paziente	Paziente con cefalea a grappolo secondo criteri IHS: - in età adulta o pediatrica con attacchi episodici che necessitano di trattamento sintomatico e/o di profilassi - con follow-up periodico		
Approfondimenti in sede di visita	- anamnesi e storia clinica del paziente - esame obiettivo e neurologico - questionario ID – Migraine - prescrizione di eventuali esami ematochimici - prescrizione eventuali esami radiologici nei in cui si riscontra almeno una red flag per cefalea secondaria		
Modalità invio a livelli successivi	Richiesta di "prima visita neurologica per cefalea" cod.8913 (prima visita generale, con diagnosi cefalea) secondo codice di priorità; se lo specialista del centro non è neurologo COD.	Richiesta di "prima visita neurologica per cefalea" cod.8913 (prima visita generale, con diagnosi cefalea) secondo codice di priorità; se lo specialista del centro non è neurologo COD. 897, (prima visita generale) secondo codice di priorità	non previsto
Target pz da inviare a livello/i successivo /i	MMG/PLS, in caso di sospetto diagnostico di cefalea a grappolo, invia al II livello (o al III livello solo in ottica di Diritto di Prossimità del paziente)	Pazienti complessi farmaco-resistenti o quadri clinici dubbi per possibili forme secondarie	non previsto
Modalità di invio a livelli precedenti	non previsto	Relazione clinica dettagliata su diagnosi, accertamenti eseguiti e terapia in corso, consegnata al paziente e trasmessa su canale mail dedicato al MMG/PLS	Relazione clinica dettagliata su diagnosi, accertamenti eseguiti e terapia in corso, consegnata al paziente e trasmessa su canale mail dedicato allo specialista del II livello e al MMG/PLS
Target pz da inviare a livello/i precedente/i	non previsto	Pazienti inquadrati e trattati con beneficio clinico (regressione a forme episodiche), che possono essere monitorizzati dal I livello	Pazienti inquadrati e trattati con beneficio clinico (regressione a forme episodiche), che possono essere monitorizzati presso centri di II livello

Note	Gestisce il follow-up terapeutico dei pazienti di ritorno dal II o dal III livello	Una volta effettuata la definizione diagnostica e terapeutica del caso, in assenza di condizioni che richiedano il monitoraggio o una continuità di gestione presso il centro di III livello, lo stesso potrà essere mantenuto al II livello o indirizzato al I per il follow-up.	Pazienti gestiti dal III livello se complicati da comorbidità che richiedono inquadramento e management multidisciplinare o pazienti complessi (necessità di approcci terapeutici alternativi). Reinvio al II livello e/o al MMG/PLS in caso di andamento clinico favorevole
-------------	--	---	--

6.5 Cefalea di tipo tensivo

La cefalea di tipo tensivo è associata a forti stress emotivi, all'ansia, alla depressione o ad altri disturbi psichici. A seconda del numero di manifestazioni a livello mensile, la cefalea tensiva viene classificata come:

- infrequente: forme occasionali con meno di una crisi al mese
- frequente: da una crisi a meno di 15 crisi al mese
- cronica: 15 o più crisi al mese

Nelle forme più lievi il disturbo spesso insorge in situazioni di stress; nelle forme più severe e croniche il dolore compare di solito la mattina al risveglio e prosegue peggiorando fino a sera. La diagnosi di cefalea viene posta se il soggetto sperimenta almeno dieci attacchi di mal di testa caratterizzati da almeno due delle seguenti condizioni:

- dolore gravativo/costrittivo
- dolore bilaterale
- dolore di intensità lieve-media
- tale da non impedire le normali attività
- Assenza di nausea o vomito
- Presenza di fonofobia o fotofobia

ITER DIAGNOSTICO - TERAPEUTICO

Cefalea di tipo tensivo			
Owner	MMG/PLS	NEUROLOGO/NEUROPSICHIATRA INFANTILE/ANESTESISTA TERAPISTA DEL DOLORE	
Livello della Rete	I	II	III
Descrizione paziente	Pazienti con cefalea di tipo tensiva secondo i criteri IHS in età adulta o pediatrica che necessitano di trattamento sintomatico o di profilassi		

Approfondimenti in sede di visita	- anamnesi e storia clinica del paziente - esame obiettivo e neurologico - questionario ID – Migraine - prescrizione di eventuali esami ematochimici - prescrizione eventuali esami radiologici solo nei in cui si riscontra almeno una red flag per cefalea secondaria		
Modalità invio a livelli successivi	Richiesta di "prima visita neurologica per cefalea" cod.8913 (prima visita generale, con diagnosi cefalea) secondo codice di priorità; se lo specialista del centro non è neurologo cod. 897	Richiesta di "prima visita neurologica per cefalea" cod.8913 (prima visita generale, con diagnosi cefalea) secondo codice di priorità; se lo specialista del centro non è neurologo cod. 897, (prima visita generale) secondo codice di priorità	non previsto
Target pz da inviare a livello/i successivo /i	MMG/PLS, in caso di sospetto diagnostico di cefalea a grappolo, invia al II livello (o al III livello solo in ottica di Diritto di Prossimità del paziente)	Pazienti complessi farmaco-resistenti o quadri clinici dubbi per possibili forme secondarie	non previsto
Modalità di invio a livelli precedenti	non previsto	Relazione clinica dettagliata su diagnosi, accertamenti eseguiti e terapia in corso, consegnata al paziente e trasmessa su canale mail dedicato al MMG/PLS	Relazione clinica dettagliata su diagnosi, accertamenti eseguiti e terapia in corso, consegnata al paziente e trasmessa su canale mail dedicato allo specialista del II livello e al MMG/PLS
Target pz da inviare a livello/i precedente/i	non previsto	Pazienti inquadrati e trattati con beneficio clinico (che possono essere monitorizzati dal I livello	Pazienti inquadrati e trattati con beneficio clinico (regressione a forme episodiche), che possono essere monitorizzati presso centri di II livello e/o MMG/PLS
Note	Gestisce il follow-up terapeutico dei pazienti di ritorno dal II o dal III livello	Una volta effettuata la definizione diagnostica e terapeutica del caso, in assenza di condizioni che richiedano il monitoraggio o una continuità di gestione presso il centro di III livello, lo stesso potrà essere mantenuto al II livello o indirizzato al I per il follow-up.	Pazienti gestiti dal III livello se complicati da comorbidità che richiedono inquadramento e management multidisciplinare o pazienti complessi (necessità di approcci terapeutici alternativi). Reinvio al II livello e/o al MMG/PLS in caso di andamento clinico favorevole

6.6 Cefalee secondarie

Le cefalee secondarie, anche dette cefalee sintomatiche, sono quelle forme in cui il mal di testa è un "sintomo" di un'altra patologia e possono essere causate da un ampio spettro di malattie le differenzia dalle cefalee primarie.

Di seguito si riportano le Red Flags relative alla cefalea di tipo secondario:

- condizioni in cui l'esordio è recente o dopo i 40 anni
- comparsa improvvisa di una cefalea di forte intensità, in particolare in un soggetto non cefalalgico

- peggioramento di una cefalea preesistente
- aggravamento progressivo nell'arco di pochi giorni o settimane
- aggravamento dopo esercizio fisico, tosse, attività sessuale
- presenza di deficit neurologici persistenti
- associazione con altri sintomi sistemici (febbre, dolori muscolari, calo ponderale) o neurologici (crisi comiziali, calo del visus, stato confusionale, deficit cognitivo o cambiamento di personalità).

La gestione di un paziente che si presenta con cefalea di sospetta natura secondaria può rivestire carattere di urgenza, se non addirittura di emergenza e questo richiede molta attenzione nella fase diagnostica.

ITER DIAGNOSTICO - TERAPEUTICO

Cefalee secondarie			
Owner	MMG/PLS	NEUROLOGO/NEUROPSICHIATRA INFANTILE/ANESTESISTA TERAPISTA DEL DOLORE	
Livello della Rete	I	II	III
Descrizione paziente	Paziente con sospetto di cefalea secondaria da inviare al II o III livello. Follow up di pazienti a bassa complessità, già in trattamento	Work-up diagnostico e terapeutico per cefalea secondarie a condizioni gestibili presso livello specialistico ambulatoriale	Paziente con cefalea secondaria a patologie complesse o che necessitano di gestione multidisciplinare
Approfondimenti in sede di visita	- anamnesi e storia clinica del paziente - esame obiettivo e neurologico - questionario ID – Migraine - prescrizione eventuali esami ematochimici - prescrizione eventuali esami neuroradiologici nei casi in cui si riscontra almeno una red flag per cefalea secondaria	- anamnesi e storia clinica del paziente - esame obiettivo e neurologico - questionario ID – Migraine - prescrizione eventuali esami ematochimici - prescrizione eventuali esami neuroradiologici nei casi in cui si riscontra almeno una red flag per cefalea secondaria - work-up clinico-diagnostico per cefalea secondaria	- anamnesi e storia clinica del paziente - esame obiettivo e neurologico - questionario ID – Migraine - prescrizione eventuali esami ematochimici - prescrizione eventuali esami neuroradiologici nei casi in cui si riscontra almeno una red flag per cefalea secondaria - work-up clinico-diagnostico per cefalea secondaria, valutazione multidisciplinare
Modalità invio a livelli successivi	Richiesta di "prima visita neurologica per cefalea" cod.8913 (prima visita generale, con diagnosi cefalea) secondo codice di priorità; se lo specialista del centro non è neurologo COD.	Richiesta di "prima visita neurologica per cefalea" cod.8913 (prima visita generale, con diagnosi cefalea) secondo codice di priorità; se lo specialista del centro non è neurologo COD. 897, (prima visita generale) secondo codice di priorità	non previsto

Target pz da inviare a livello/i successivo /i	sospetto di cefalea secondaria, forme a bassa complessità (o al III livello solo in ottica di Diritto di Prossimità del paziente)	Fforme complesse (condizioni cliniche gestibili in ambito ospedaliero e/o patologie che richiedano competenze multidisciplinari)	non previsto
Modalità di invio a livelli precedenti	non previsto	Relazione clinica dettagliata su diagnosi, accertamenti eseguiti e terapia in corso, consegnata al paziente e trasmessa su canale mail dedicato al MMG/PLS	Relazione clinica dettagliata su diagnosi, accertamenti eseguiti e terapia in corso, consegnata al paziente e trasmessa su canale mail dedicato allo specialista del II livello e al MMG/PLS
Target di paziente da inviare a livello/i precedente/i	non previsto	I livello: follow-up di pazienti a bassa complessità, già in trattamento	I livello: follow-up di pazienti a bassa complessità, già in trattamento II livello: Follow up di pazienti inquadrati e in trattamento, che mantengono una complessità generale comunque gestibile in assetto ambulatoriale
Note	Individua possibili cefalee secondarie sospette da indirizzare ai livelli successivi. Gestisce il follow-up terapeutico dei pazienti di ritorno dal II o dal III livello	Avvia iter clinico diagnostico e terapeutico ed invia al III livello i pazienti più complesso e che necessitano di approccio multidisciplinare. Reinvia al I livello i pazienti con buon andamento clinico e gestibili nel set della medicina generale	Avvia iter clinico diagnostico e terapeutico; coordina la presa in carico multidisciplinare, reinvia a i livelli precedenti i pazienti gestibili nei setting ambulatoriali

7. TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

I trattamenti delle cefalee possono essere distinti in sintomatici e di profilassi e li possiamo classificare di prima, di seconda e di terza linea.

Il trattamento per l'acuto o sintomatico viene indicato nei pazienti affetti da emicrania episodica e deve essere assunto nelle fasi iniziali dell'attacco, con l'obiettivo di ridurre l'intensità e la durata.

Il trattamento di profilassi deve essere aggiunto al trattamento acuto a ogni paziente con sindrome emicranica non adeguatamente controllato con trattamento sintomatico, con lo scopo di ridurre la frequenza degli attacchi la disabilità e migliorare la qualità di vita del paziente.

Le linee guida nazionali e internazionali consigliano di iniziare il trattamento di profilassi accanto alla terapia sintomatica, se sono presenti almeno 4 giorni di cefalea al mese disabilitanti o in caso di attacchi che si verificano < di 4 giorni al mese che non rispondono alla terapia sintomatica e che sono particolarmente invalidanti.

Tra le molecole farmacologiche utilizzate si hanno: beta bloccanti, calcio antagonisti, antidepressivi anticonvulsivanti, anti serotonergici, tossina botulinica di tipo A e le terapie target specifiche anti cGRP (mAbs e gepanti per le sindromi ad alta frequenza e l'emicrania cronica).

Farmaci di prima linea

I farmaci di prima linea sono rappresentati dagli analgesici da banco. Quelli di comprovata efficacia includono i farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS); le evidenze più forti supportano l'uso di acido acetilsalicilico, ibuprofene e diclofenac come farmaci di prima linea. Il paracetamolo ha una minore efficacia e dovrebbe essere utilizzato nei soggetti intolleranti ai FANS. I presenti farmaci possono essere utilizzati da tutti gli operatori sanitari medici afferenti ai centri di primo, secondo e terzo livello.

Farmaci di seconda linea

In caso di risposta terapeutica inadeguata al trattamento con analgesici, i clinici afferenti ai centri di primo, secondo e terzo livello possono valutare la prescrizione di un triptano.

Farmaci di terza linea

Nello scenario in cui si registra un fallimento di tutti i triptani disponibili dopo un adeguato periodo di prova (risposta terapeutica assente o insufficiente in almeno tre attacchi consecutivi) o il loro uso è controindicato, e ove sussistano le condizioni di eleggibilità previste dall'AIFA per la prescrizione a carico del SSN, si ricorre alle terapie di terza linea, avanzati e/o innovativi che possono essere prescritti esclusivamente dai centri di terzo livello.

La prescrizione e l'utilizzo di tutti i farmaci di prima, seconda e terza linea deve avvenire nel rispetto delle indicazioni autorizzate e delle condizioni di rimborsabilità stabilite dall'Agenzia Italiana del Farmaco e dalle norme nazionali e regionali in vigore (off-label, Legge 648/96, ecc..).

8. MONITORAGGIO E FOLLOW UP DEL PAZIENTE

Il monitoraggio del paziente con diagnosi di cefalea è necessario per valutare:

- la progressione della patologia ed il possibile intervento di fattori di modulazione esterna siano essi sfavorevoli (come ad es. stress, disturbo dell'umore, turbe del sonno, eventi negativi) che anche propizi (miglioramento delle condizioni esistenziali/lavorative, condizione di benessere psico-fisico, variazione delle abitudini: sonno, alimentazione, attività fisica)
- la risposta al trattamento

E' responsabilità dello specialista inoltre valutare nei pazienti: l'andamento clinico, l'aderenza ad eventuali terapie in precedenza prescritte, la loro efficacia (in termini di giorni di cefalea, avvalendosi del diario clinico

che avrà consegnato al paziente all'atto della prima visita, di disabilità attraverso il questionario MIDAS) il grado di soddisfazione del paziente, l'eventuale rilievo di effetti collaterali ed eventualmente proporre opportune rimodulazioni della terapia. Di norma, il follow up viene avviato al momento della diagnosi e della presa in carico del paziente e si protrae nel tempo, al fine di intervenire tempestivamente in caso di peggioramento delle condizioni cliniche del paziente. A tal proposito al fine di una comunicazione il più tempestiva ed efficace possibile, che il paziente venga dotato di un recapito telefonico ed email per le comunicazioni urgenti. E' di particolare rilevanza il ruolo di interlocutore di primo livello e di filtro del medico delle cure primarie al fine di segnalare eventuali alert e migliorare la comunicazione tra paziente e centro specialistico. Qualora richiesto per variazioni del quadro clinico o perché già programmato è possibile avvalersi anche di un supporto multidisciplinare attraverso specialisti in collegamento attraverso team dedicato, istituiti nel contesto del centro.

Dopo la prima visita presso un centro di secondo o terzo livello, il monitoraggio ed il follow-up possono essere eseguiti presso il curante che ha in carico il paziente. Sarà comunque garantito da parte del centro un follow-up almeno annuale, sempre che variazioni cliniche o peculiarità di iter clinico (accertamenti prescritti, trattamenti con farmaci specifici erogati direttamente dal centro ecc.) non richiedano controlli più ravvicinati.

Il follow up può essere erogato in forma tradizionale (visita in presenza) o tramite teleconsulto qualora lo specialista o il curante lo ritengano opportuno.

E' necessario infine considerare che il follow up viene sempre personalizzato in base ad esigenze specifiche e alla gravità delle condizioni cliniche del paziente.

9. COINVOLGIMENTO DELLE ASSOCIAZIONI PAZIENTI

Il presente documento valorizza l'attività svolta sul territorio regionale dalle Associazioni Pazienti: esse hanno un ruolo importante nel sensibilizzare l'opinione pubblica e i professionisti sanitari sui diversi tipi di cefalea primaria e secondaria e sulle difficoltà che affrontano i pazienti affetti da questa condizione.

Le Associazioni Pazienti si impegnano quotidianamente ad offrire sostegno emotivo e psicologico ai pazienti. La condivisione delle esperienze e la solidarietà con altre persone che affrontano problemi simili possono aiutare i pazienti a sentirsi meno soli e isolati. Inoltre, fornendo informazioni sui diversi tipi di cefalea, sui trattamenti disponibili e sulle risorse disponibili per gestire la patologia, supportano i pazienti a prendere decisioni informate e consapevoli sulle opzioni di trattamento e a gestire meglio i loro sintomi.

A livello strategico, si intende coinvolgere l'Associazione dei pazienti per:

- Organizzare momenti formativi con i pazienti e le loro famiglie per fornire indicazioni operative sulla gestione degli attacchi di cefalea ed evitare il ricorso improprio al Pronto Soccorso
- Attuare campagne di sensibilizzazione sulla patologia in presenza delle Associazioni Pazienti, Istituzioni e tutti i professionisti coinvolti nella presa in carico del paziente

- Realizzare materiale informativo cartaceo o digitale sulla patologia e attività di Patient Education

10. ALLEGATI

10.1 Indicatori

Al fine di garantire una presa in carico del paziente sicura ed efficace, oltre al rispetto delle regole in essa stabilite, prevede l'attuazione di sistema di governance attraverso l'implementazione di un cruscotto di indicatori.

Gli indicatori utilizzati e i relativi standard di riferimento coinvolgono tutti gli attori del sistema sia esso ospedaliero che territoriale. È fondamentale che i flussi informativi, gli indicatori e gli standard di riferimento vengono aggiornati almeno annualmente, o in risposta a cambiamenti normativi o clinici, data la loro natura dinamica.

Tali indicatori sono soggetti a variazioni e integrazioni in base alle esigenze.

Indicatori	Anno 2025	Anno 2026	Fonte
Accessi al PS: codici bianchi e verdi per cefalea	Riduzione del 50% dei codici bianchi e verdi per cefalea	Riduzione del 70% dei codici bianchi e verdi per cefalea	Flusso EMUR
Ricoveri ospedalieri DRG 564	Riduzione dei ricoveri del 50%	Riduzione dei ricoveri del 70%	SDO

10.2 Algoritmo di dimissione dal Pronto Soccorso (PS)

Il paziente che ricorre alle cure del Pronto Soccorso e presenta una cefalea primaria lieve (e.g. emicrania a bassa frequenza, cefalea di tipo tensivo) viene inviato dal PS al Centro di I livello, mentre l'invio al II livello è consigliato nei pazienti con emicrania cronica.

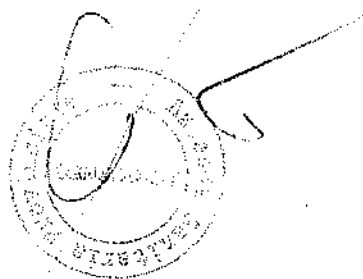
Il paziente che ricorre alle cure del Pronto Soccorso e presenta una cefalea secondaria viene indirizzato presso un Centro di II o III livello, prevedendo di effettuare gli accertamenti successivi e le visite di controllo presso un ambulatorio cefalee territoriale.

11. BIBLIOGRAFIA

- Jensen R, Stovner LJ. Epidemiology and comorbidity of headache. *The Lancet Neurology*; 7. Epub ahead of print 2008. DOI: 10.1016/S1474-4422(08)70062-0.
- Stovner LJ, Hagen K, Jensen R, et al. The global burden of headache: A documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*; 27. Epub ahead of print 2007. DOI: 10.1111/j.1468-2982.2007.01288.x.
- Stovner LJ, Nichols E, Steiner TJ, et al. Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*; 17. Epub ahead of print 2018. DOI: 10.1016/S1474-4422(18)30322-3.
- Allena M, Steiner TJ, Sances G, et al. Impact of headache disorders in Italy and the public-health and policy implications: a population-based study within the Eurolight Project. *Journal of Headache and Pain*; 16. Epub ahead of print 2015. DOI: 10.1186/s10194-015-0584-7.
- Linde M, Gustavsson A, Stovner LJ, et al. The cost of headache disorders in Europe: The Eurolight project. *Eur J Neurol*; 19. Epub ahead of print 2012. DOI: 10.1111/j.1468-1331.2011.03612.x.
- Buse DC, Fanning KM, Reed ML, et al. Life With Migraine: Effects on Relationships, Career, and Finances From the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) Study. *Headache*; 59. Epub ahead of print 2019. DOI: 10.1111/head.13613.
- Negro A, Spuntarelli V, Sciattella P, et al. Rapid referral for headache management from emergency department to headache centre: Four years data. *Journal of Headache and Pain*; 21. Epub ahead of print 2020. DOI: 10.1186/s10194-020-01094-6.
- Olesen J. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*; 38. Epub ahead of print 2018. DOI: 10.1177/0333102417738202.
- Burch RC, Buse DC, Lipton RB. Migraine: Epidemiology, Burden, and Comorbidity. *Neurologic Clinics*; 37. Epub ahead of print 2019. DOI: 10.1016/j.ncl.2019.06.001.
- Bigal ME, Lipton RB. Migraine at all ages. *Curr Pain Headache Rep*; 10. Epub ahead of print 2006. DOI: 10.1007/s11916-006-0047-6.
- Straube A, Andreou A. Primary headaches during lifespan. *Journal of Headache and Pain*; 20. Epub ahead of print 2019. DOI: 10.1186/s10194-019-0985-0.
- Agostoni EC, Barbanti P, Calabresi P, et al. Current and emerging evidence-based treatment options in chronic migraine: A narrative review. *Journal of Headache and Pain*; 20. Epub ahead of print 2019. DOI: 10.1186/s10194-019-1038-4.
- Agostoni EC, Barbanti P, Calabresi P, et al. Current and emerging evidence-based treatment options in chronic migraine: a narrative review. *J Headache Pain* 2019; 20: 92.

- Sacco S, Lampl C, Maassen van den Brink A, et al. Burden and attitude to resistant and refractory migraine: a survey from the European Headache Federation with the endorsement of the European Migraine & Headache Alliance. *J Headache Pain* 2021; 22: 39.
- Sarchielli P, Granella F, Prudenzano MP, et al. Italian guidelines for primary headaches: 2012 revised version. *J Headache Pain*; 13 Suppl 2. Epub ahead of print 2012. DOI: 10.1007/s10194-012-0437-6.
- Diener HC, Antonaci F, Braschinsky M, et al. European Academy of Neurology guideline on the management of medication-overuse headache. *Eur J Neurol*; 27. Epub ahead of print 2020. DOI: 10.1111/ene.14268.
- Munksgaard SB, Madsen SK, Wienecke T. Treatment of medication overuse headache—A review. *Acta Neurologica Scandinavica*; 139. Epub ahead of print 2019. DOI: 10.1111/ane.13074.
- Diener HC, Dodick D, Evers S, et al. Pathophysiology, prevention, and treatment of medication overuse headache. *The Lancet Neurology*; 18. Epub ahead of print 2019. DOI: 10.1016/S1474-4422(19)30146-2.
- Cevoli S, Giannini G, Favoni V, et al. Treatment of withdrawal headache in patients with medication overuse headache: a pilot study. *Journal of Headache and Pain*; 18. Epub ahead of print 2017. DOI: 10.1186/s10194-017-0763-9.
- Sarchielli P, Messina P, Cupini LM, et al. Sodium valproate in migraine without aura and medication overuse headache: A randomized controlled trial. *European Neuropsychopharmacology* 2014; 24: 1289–1297.
- Sacco S, Lampl C, Maassen van den Brink A, et al. Burden and attitude to resistant and refractory migraine: a survey from the European Headache Federation with the endorsement of the European Migraine & Headache Alliance. *Journal of Headache and Pain*; 22. Epub ahead of print 2021. DOI: 10.1186/s10194-021-01252-4.
- Diener HC, Antonaci F, Braschinsky M, et al. European Academy of Neurology guideline on the management of medication-overuse headache. *Eur J Neurol*; 27. Epub ahead of print 2020. DOI: 10.1111/ene.14268.
- Evers S, Jensen R. Treatment of medication overuse headache - guideline of the EFNS headache panel. *Eur J Neurol*; 18. Epub ahead of print 2011. DOI: 10.1111/j.1468-1331.2011.03497.x.
- Waung MW. Equipping for Patient Transfers in Pediatric to Adult Headache Care Transitions. *Headache*; 60. Epub ahead of print 2020. DOI: 10.1111/head.13982.
- O'Brien HL, Cohen JM. Young adults with headaches: The transition from adolescents to adults. *Headache*; 55. Epub ahead of print 2015. DOI: 10.1111/head.12706.
- Antonaci F, Voiticovschi-Iosob C, Di Stefano AL, et al. The evolution of headache from childhood to adulthood: a review of the literature. *Journal of Headache and Pain*; 15. Epub ahead of print 2014. DOI: 10.1186/1129-2377-15-15.

- Steiner TJ, et al. Aids to management of headache disorders in primary care (2nd edition) J. Headache Pain. 2019;20:57. doi: 10.1186/s10194-018-0899-2.
- Sacco S, et al. European Headache Federation guideline on the use of monoclonal antibodies acting on the calcitonin gene related peptide or its receptor for migraine prevention. J. Headache Pain. 2019;20:6. doi: 10.1186/s10194-018-0955-y. [PMC free article] [PubMed]
- Bendtsen L, et al. Guideline on the use of onabotulinumtoxinA in chronic migraine: a consensus statement from the European Headache Federation. J. Headache Pain. 2018;19:91. doi: 10.1186/s10194-018-0921-8.
- Jackson JL, et al. Beta-blockers for the prevention of headache in adults, a systematic review and meta-analysis. PLoS ONE. 2019;14:e0212785. doi: 10.1371/journal.pone.0212785.
- Linde M, Mulleners WM, Chronicle EP, McCrory DC. Topiramate for the prophylaxis of episodic migraine in adults. Cochrane Database Syst. Rev. 2013;6:CD010610.
- Tronvik E, Stovner LJ, Helde G, Sand T, Bovim G. Prophylactic treatment of migraine with an angiotensin II receptor blocker: a randomized controlled trial. JAMA. 2003;289:65–69. doi: 10.1001/jama.289.1.65
- Stovner LJ, et al. A comparative study of candesartan versus propranolol for migraine prophylaxis: A randomised, triple-blind, placebo-controlled, double cross-over study. Cephalalgia. 2014;34:523–532. doi: 10.1177/0333102413515348.
- Stubberud A, Flaaen NM, McCrory DC, Pedersen SA, Linde M. Flunarizine as prophylaxis for episodic migraine: a systematic review with meta-analysis. Pain. 2019;160:762–772. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001456.
- Jackson JL, et al. Tricyclic antidepressants and headaches: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2010;341:C5222. doi: 10.1136/bmj.c5222.
- Linde M, Mulleners WM, Chronicle EP, McCrory DC. Valproate (valproic acid or sodium valproate or a combination of the two) for the prophylaxis of episodic migraine in adults. Cochrane Database Syst. Rev. 2013;6:CD010611.
- Sullivan A, Cousins S, Ridsdale L. Psychological interventions for migraine: a systematic review. J. Neurol. 2016;263:2369–2377. doi: 10.1007/s00415-016-8126-z.
- Linde K, et al. Acupuncture for the prevention of episodic migraine. Cochrane Database Syst. Rev. 2016;2016:CD001218.



PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, a cura dell'incaricato, è stata pubblicata in forma digitale all'albo pretorio on line dell'ASP di Agrigento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n.30 del 03/11/93 e dell'art. 32 della Legge n. 69 del 18/06/09 e s.m.i., dal _____

al _____

L'Incaricato

**Il Funzionario Delegato
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi**

Notificata al Collegio Sindacale il _____ con nota prot. n. _____

DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

Dell'Assessorato Regionale della Salute ex L.R. n. 5/09 trasmessa in data _____ prot. n. _____

SI ATTESTA

Che l'Assessorato Regionale della Salute:

- Ha pronunciato l'**approvazione** con provvedimento n. _____ del _____
- Ha pronunciato l'**annullamento** con provvedimento n. _____ del _____

come da allegato.

Delibera divenuta esecutiva per decorrenza del termine previsto dall'art. 16 della L.R. n. 5/09 dal _____

DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- Esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L. R. n. 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n. 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo, dal _____

X Immediatamente esecutiva dal 05 NOV. 2024
Agrigento, li 05 NOV. 2024

**Il Referente Ufficio Atti deliberativi
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi**

S. Terrasi

REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n. _____ del _____
- Modifica con provvedimento n. _____ del _____

Agrigento, li _____

**Il Referente Ufficio Atti deliberativi
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi**