

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. _____ del _____

OGGETTO: Adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale della presa in carico del paziente con cefalea

STRUTTURA PROPONENTE: AREA DI DIREZIONE OSPEDALIERA

Centro di Costo: L'Estensore:Dott.ssa DOMENICA PATRIZIA SPOSATO Il presente Atto non contiene dati sensibili

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Il Responsabile del Procedimento

AREA DI DIREZIONE OSPEDALIERA

Dott.ssa DOMENICA PATRIZIA SPOSATO

Dott.ssa PATRIZIA MAGRINI

L'Atto non comporta impegno di spesa

Parere del Direttore Amministrativo Dr. Francesco Quagliariello

Favorevole

(con motivazioni allegate al presente atto)

Non favorevole

Parere del Direttore Sanitario Dr. Gennaro D'Agostino

Favorevole

(con motivazioni allegate al presente atto)

Non favorevole

Il presente provvedimento si compone di n.36 pagine di cui n. 0 pagine di allegati

Il Direttore Generale
Dr. Giuseppe Quintavalle

IL DIRETTORE DELL'AREA DI DIREZIONE OSPEDALIERA

VISTA la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 1 del 1° gennaio 2016, con la quale si è provveduto a prendere atto dell'avvenuta istituzione dell'Azienda Sanitaria Locale Roma I a far data dal 1° gennaio 2016, come previsto dalla Legge Regionale n. 17 del 31.12.2015 e dal DCA n. 606 del 30.12.2015;

VISTO il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00006 del 10 gennaio 2025, avente ad oggetto: "Nomina del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma I" con il quale è stato nominato Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma I, il Dott. Giuseppe Quintavalle;

VISTO nelle more della sua completa attuazione che avverrà con opportuna gradualità l'Atto di Autonomia Aziendale adottato con Delibera n. 377 del 04/04/2025, approvato con Deliberazione di Giunta Regionale del 8 maggio 2025 e pubblicata sul BURL n. 38 del 13/05/2025;

VISTA la Deliberazione 138 del 25/02/2025 avente ad oggetto: "*Sistema aziendale di deleghe e conseguente individuazione delle competenze nell'adozione degli atti amministrativi*", con la quale tra l'altro, sono state individuate le competenze nell'adozione degli atti amministrativi;

VISTA la Determinazione G15691/2020 "Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali – PDTA nella cronicità"

VISTO l'articolo 1, comma 1, della legge 14 luglio 2020, n. 81, recante "Disposizioni per il riconoscimento della cefalea primaria cronica come malattia sociale", che riconosce la cefalea primaria cronica come malattia a impatto sociale se "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";

VISTA la Determinazione G18206/2022 "Approvazione dei documenti integrativi alla deliberazione di Giunta regionale 26 luglio 2022 n. 643 "Approvazione del documento Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto Ministeriale 23 maggio 2022 n. 77" quale recepimento del DM 77/2022 ai sensi dell'art. 1 comma 2 del citato provvedimento"

VISTA la Determinazione G02706/2023 "Programmazione regionale degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto Ministeriale 23 maggio 2022 n. 77, in coerenza con le Linee Guida generali di programmazione di cui alla Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643 e la Determinazione regionale 18206/2022: approvazione dei documenti prodotti dal Gruppo di lavoro regionale di cui alla Determinazione regionale G14215 del 19 ottobre 2022"

VISTA la Determinazione G08955/2023 "Programmazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi specifici di potenziamento dell'offerta di assistenza domiciliare integrata, previsti nel Piano Operativo Regionale di cui alla DGR 182/2023 in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute. Componente 1.2: Casa come primo luogo di cura e Telemedicina"

VISTA la Determinazione Regione Lazio del 18 febbraio 2025, n. G02005 Approvazione "Piano di Rete per la gestione della cefalea primaria cronica- (RCP)" in attuazione del Decreto del Ministero della Salute del 23 marzo 2023.

VISTO il "Piano di Rete per la gestione della cefalea primaria cronica- (RCP)" elaborato in collaborazione con i referenti dei centri regionali sulla cefalea, che ha definito:

- la governance;
- gli aspetti organizzativi ai vari livelli assistenziali;
- i percorsi di presa in carico, l'interconnessione tra i livelli di assistenza, la continuità ospedale-territorio;
- i sistemi di monitoraggio

TENUTO CONTO che la ASL Roma I, con nota Prot. n. 112583/2025 del 01/07/2025 ha istituito il Coordinamento Aziendale della Rete per la Cefalea primaria ai sensi della Determinazione n. 002005 del 18.02.2025: "Approvazione Piano di Rete per la gestione della cefalea primaria cronica (RCP) in attuazione del Decreto del Ministero della Salute del 23 marzo 2023".

IL DIRETTORE GENERALE

IN VIRTÙ dei poteri previsti:

- dall'art. 3 del D. Lgs 502/1992 e ss.mm.ii.
- dall'art. 8 della L.R. n. 18/1994 e ss.mm.ii.

nonché delle funzioni e dei poteri conferitigli con Decreto del Presidente della Regione n. T00006 del 10 gennaio 2025;

LETTA la proposta di delibera sopra riportata presentata dal Dirigente della Struttura proponente in frontespizio indicata;

PRESO ATTO che il Dirigente della Struttura proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge n. 20/1994 e successive modifiche nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, comma 1, della legge 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario riportati in frontespizio;

DELIBERA

- di adottare il "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la presa in carico del paziente con Cefalea (PDTA CEFALEA) Asl Roma I e relativi allegati che formano parte integrante del presente atto
- di disporre che il presente atto venga pubblicato in versione integrale nell'Albo Pretorio on line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18.06.2009 n. 69, nel rispetto comunque della normativa sulla protezione dei dati personali e autorizzare il competente servizio aziendale ad oscurare eventuali dati non necessari rispetto alla finalità di pubblicazione.

Il Responsabile del procedimento provvederà all'attuazione della presente deliberazione curandone altresì la relativa trasmissione agli uffici/organi rispettivamente interessati

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Giuseppe Quintavalle

 ASL ROMA 1	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE INTEGRATA DELLA PERSONA CON CEFALEA A LIVELLO TERRITORIALE E OSPEDALIERO (PDTA CEFALEA)	 REGIONE LAZIO	
		Rev. I del 21/10/2025	Pag. I di 33

DATA	REVISIONE	REDATTO	APPROVATO	VERIFICATO
17/07/2025	Rev. I	Per il GdL Dott.ssa D. Sposato Direzione Generale Firmato digitalmente da: DOMENICA PATRIZIA SPOSATO Organizzazione: ASL ROMA 1/13664791004 Data: 27/11/2025 12:41:07	Firmato digitalmente da: MADDALENA QUINTILI Organizzazione: ASL ROMA 1/13664791004 Data: 18/11/2025 15:16:47 Dir. UOC SFN Dott.ssa P. Magrini Dir. Area di Direzione Ospedaliera Dott.ssa M. C. Altavista Dir. UOC Neurologia P.O. Firmato digitalmente da: MARIA C. ALTAVISTA Organizzazione: ASL ROMA 1/13664791004 Data: 25/11/2025 09:14:41 Dott. A. Carnevale UOC Neurologia P.O. Firmato digitalmente da: ANTONIO CARNEVALE Organizzazione: ASL ROMA 1/13664791004 Data: 25/11/2025 10:44:11 Dott. C. Turci Dir. UOC Assistenza Infermieristica Dott.ssa E. Gullino Dir. Distretto I e II Firmato digitalmente da: Dott.ssa Elisa Gullino Data: 24/11/2025 16:51:13 Dott.ssa M. E. De Caris Dir. Distretto III Dott.ssa D. Biliotti Dir. Distretto XIII Dott.ssa C. Consoli Dir. Distretto XIV Dott.ssa F. De Angelis Dir. Distretto XV Dott.ssa M. P. Saggese Dir. UOC Pronto Soccorso Medicina d'Urgenza P.O. Spirito Dott. M. Magnanti Dir. UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, P.O. SFN	Firmato digitalmente da: GIUSEPPE QUINTAVALLE Organizzazione: ASL ROMA 1/13664791004 Data: 02/12/2025 16:28:36 Dott. G. Quintavalle Direttore Generale Firmato digitalmente da: GENNARO D'AGOSTINO Organizzazione: ASL ROMA 1/13664791004 Data: 27/11/2025 17:31:46 Dott. G. D'Agostino Direttore Sanitario Aziendale Dott. F. Quagliarello Direttore Amministrativo Firmato digitalmente da: FRANCESCO QUAGLIARELLO Data: 02/12/2025 16:24:38 Firmato digitalmente da: MARIA PAOLA SAGGESE Organizzazione: ASL ROMA 1/13664791004 Data: 26/11/2025 15:05:04 Firmato digitalmente da: MASSIMO MAGNANTI Organizzazione: ASL ROMA 1/13664791004 Data: 26/11/2025 15:29:35

INDICE

INTRODUZIONE	4
SCOPO E OBIETTIVO.....	5
CAMPO DI APPLICAZIONE.....	6
DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI.....	6
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	6
GESTIONE ASSISTENZIALE INTEGRATA TRA TERRITORIO E OSPEDALE DELLA PERSONA CON CEFALEA.....	7
MODALITÀ OPERATIVE	8
PERCORSO CEFALEA IN GESTIONE ORDINARIA: I LIVELLO (MEDICO DI MEDICINA GENERALE).....	8
PERCORSO CEFALEA IN GESTIONE ORDINARIA: II LIVELLO (AMBULATORIO CEFALEE)	11
PERCORSO CEFALEA IN GESTIONE ORDINARIA: III LIVELLO (CENTRO CEFALEE).....	13
PERCORSO CEFALEA IN EMERGENZA-URGENZA.....	15
LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.....	25
TELEMEDICINA NEL PERCORSO CEFALEE:.....	25
FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO	26
INDICATORI.....	27
REVISIONE.....	28
RIFERIMENTI	29
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	29
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	31
APPENDICE 1	32
INDICAZIONI E PROCEDURA PER IL TRATTAMENTO CON TOSSINA BOTULINICA	32
APPENDICE 2.....	33
INDICAZIONI E PROCEDURA PER IL TRATTAMENTO CON ANTICORPI MONOCLONALI ANTI CGRP E CON GEPANTI	33

GRUPPO DI LAVORO MULTIDISCIPLINARE

Nome e Cognome	Unità di appartenenza
Antonio Carnevale <i>Responsabile del PDTA</i>	UOC Neurologia, P.O. San Filippo Neri
Maria Concetta Altavista	
Francesca Cortese	
Ilaria Iadicicco-Care Manager Francesca Liturri	
Umberto Perugino	Presidio S. Maria della Pietà, Distretto I 4 ASL Roma I
Carla Gualandi	UOC di Neurologia, P.O. Santo Spirito e Nuovo Regina Margherita
Teresa Catarci	Presidio Luzzatti Distretto I ASL Roma I
Teresa Mignogna	UOC di Neurologia, P.O. Santo Spirito e Nuovo Regina Margherita
Donatella Pantoli	UOS Neuroradiologia, P.O. San Filippo Neri
Maria Paola Saggese Marco Carosella Manuel Proietti Checchi	UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, P.O. Santo Spirito
Massimo Magnanti Marcello Carè Gianluca Ciro Alizieri Luigina Di Benedetto	UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, P.O. San Filippo Neri
Rossella Rapaglia	UOC Medicina Riabilitativa, P.O. San Filippo Neri
Maria Segneri	UOS Terapia del Dolore, P.O. San Filippo Neri
Carlo Turci	Direttore UOC Assistenza Infermieristica e Ostetrica
Giovanna Carluccio Domenica Patrizia Sposato	Direzione Generale
Andrea Campoli Claudia Felici Ombretta Papa	Medico di Medicina Generale
Stefania Greghini	Risk Management e Qualità

INTRODUZIONE

Gli studi Global Burden of Diseases hanno dimostrato che le cefalee, e specialmente l'emicrania, sono tra le condizioni più diffuse e più disabilitanti al mondo (GBD Study, 2016).

Circa tre miliardi di persone soffrono di cefalea: in termini di prevalenza, la cefalea di tipo tensivo è risultata la terza patologia al mondo (dopo la carie dentaria e l'infezione tubercolare latente) mentre l'emicrania si colloca al sesto posto.

La prevalenza globale della cefalea di tipo tensivo è risultata 26.1% (30.8% nelle donne e 21.4% negli uomini).

La prevalenza globale dell'emicrania è risultata 14.4% (18.9% nelle donne e 9.8% negli uomini).

Riguardo alle cause specifiche di disabilità, l'emicrania si colloca al secondo posto nel mondo (ma è al primo posto nella fascia di età 20-50 anni) ed è tra le prime dieci patologie per anni di vita vissuti con disabilità.

Si ritiene che per ogni milione di persone residenti in Europa vi siano 120.000 adulti e 15000 bambini che hanno "bisogni" a causa della cefalea, ovvero possono trarre beneficio da interventi sanitari specifici (Steiner et Al, 2011).

Le cefalee comportano *costi diretti* (farmaci, esami strumentali, visite ambulatoriali, ricoveri ospedalieri) e, soprattutto, *costi indiretti* (ridotta produttività e/o perdita di giorni di lavoro). Nell'Unione Europea i costi totali annuali per le cefalee sono stimati tra 112 e 173 miliardi di euro (Linde et Al, 2012). I costi medi annuali per persona sono di €1222 per l'emicrania (costi indiretti 93%), € 303 per la cefalea di tipo tensivo (costi indiretti 92%). Merita una citazione a parte la *Medication Overuse Headache* (MOH): si tratta di una cefalea secondaria altamente disabilitante, caratterizzata da cefalea per almeno 15 giorni al mese, con uso eccessivo di antiemcranici e analgesici; ha una prevalenza dell'1-2% e ha costi triplicati rispetto a quelli dell'emicrania (€ 3561; costi indiretti 92%).

Oltre ai costi economici diretti e indiretti la cefalea comporta *costi intangibili*, di natura psichica e sociale, a causa dell'impatto emotivo della malattia sulla persona e sui suoi familiari.

Le cefalee costituiscono un grave problema di salute pubblica che coinvolge entrambi i sessi e tutte le fasce di età, ma soprattutto i giovani e le donne tra i 15 e i 49 anni, con enormi perdite economiche e immediate implicazioni di politica sanitaria. Il miglioramento della gestione dei pazienti con cefalee è indispensabile per contenere una causa estremamente rilevante di disabilità nelle fasce più attive della popolazione ed è economicamente vantaggioso in quanto è in grado di ridurre perdite di produttività lavorativa e contenere la spesa sanitaria. La riduzione della disabilità e l'incremento di produttività possono ampiamente ripagare gli investimenti sull'ottimizzazione della gestione delle cefalee.

L'organizzazione dei servizi sanitari per la cefalea deve garantirne efficacia e efficienza nonché accessibilità.

L'*European Headache Federation* (EHF) ha formulato nel 2011 le raccomandazioni per l'organizzazione e la distribuzione dei servizi sanitari per la cefalea in Europa (Steiner et Al, 2011).

È stato proposto un modello organizzativo a **3 livelli** interdipendenti in base alla complessità dei pazienti con lo scopo di spostare la domanda relativa alle cefalee, dai servizi sanitari secondari alle cure primarie, in modo da contenere la spesa sanitaria ed evitare il sovraccarico dei servizi specialistici:

1. Il **I livello** (cure primarie) al fine di diagnosticare e gestire la maggior parte dei casi di emicrania e di cefalea di tipo tensivo.
2. Il **II livello** (specialistico neurologico o medici non neurologi esperti di cefalee) al fine di diagnosticare e gestire le cefalee primarie più complesse e alcune cefalee secondarie.
3. Il **III livello** (specialistico neurologico o medici non neurologi esperti di cefalee, con possibilità di consulenza di altri specialisti coinvolti nella gestione delle cefalee e con possibilità di ricovero ospedaliero) al fine di diagnosticare e gestire le cefalee primarie più complesse e rare e tutte le cefalee secondarie.

Affinché il modello funzioni è necessario che:

- il I livello faccia da filtro verso i livelli superiori;
- sia garantita l'interdipendenza dei 3 livelli, ovvero la continuità dei servizi con efficienza delle interfacce e passaggio facilitato da un livello all'altro in relazione alle indicazioni cliniche;
- siano programmati corsi di formazione e aggiornamento sulle cefalee per i medici di cure primarie in modo da poter consentire loro la gestione della grande maggioranza dei pazienti, riducendo il ricorso non necessario a livelli specialistici.

Il modello così stratificato nei diversi livelli di assistenza consente di indirizzare la maggior parte dei casi di cefalea episodica alla gestione territoriale, mentre solo le cefalee più complesse e/o croniche devono essere gestite in ambito ospedaliero, con il filtro dei centri di II livello verso quelli di III livello.

L'adozione nella ASL Roma I di un percorso assistenziale integrato tra territorio e ospedale per la gestione della cefalea, pubblicato il 02/12/2022, ha consentito di migliorare l'offerta sanitaria e rendere più appropriata la terapia farmacologica e l'eventuale indicazione al ricovero ospedaliero.

In attuazione del Decreto del Ministero della Salute del 23 marzo 2023 relativo alla sperimentazione dei progetti regionali sulla cefalea primaria cronica, la Regione Lazio, con la Determinazione n. G02005/2025, ha approvato il Piano di Rete per la gestione della cefalea primaria cronica (BUR Lazio, n. 18, suppl. I del 04/03/2025). Tale documento è stato elaborato con il supporto dei referenti dei centri regionali specializzati sulla cefalea, con la partecipazione attiva dei centri della ASL Roma I. Il percorso assistenziale della nostra ASL è in linea con il piano di rete regionale; la presente revisione contiene alcune modifiche per renderlo ancora più aderente alle indicazioni della Regione Lazio.

SCOPO E OBIETTIVO

Il presente documento ha lo scopo di definire le modalità per una corretta gestione delle persone adulte affette da cefalea non traumatica al fine di:

- 1) migliorare la qualità di vita della persona affetta da cefalea;
- 2) migliorare la gestione della persona con cefalea in termini di accuratezza diagnostica e di scelte terapeutiche, sia in emergenza che nella gestione ordinaria, per garantire la diagnosi differenziale tra cefalea primaria e secondaria;
- 3) definire il percorso assistenziale sia ambito territoriale che ospedaliero in modo da spostare l'asse del governo clinico dagli strumenti di controllo dell'offerta a quelli di controllo della domanda, in modo da ottenere un contenimento dei costi (riduzione di visite specialistiche, esami strumentali e terapie inappropriate) e una riduzione delle liste di attesa nei centri di II e III livello.

Obiettivi:

- 1) integrare i livelli di assistenza favorendo la collaborazione tra medici di medicina generale (MMG), neurologi (sia di assistenza territoriale che ospedaliera), medici della rete dell'emergenza/urgenza, neuroradiologi, neurochirurghi, terapisti del dolore e gli altri specialisti coinvolti nella gestione della persona con cefalea per l'appropriata presa in carico e per il follow-up;
- 2) identificare i centri dedicati all'assistenza, distinti per complessità di cura;
- 3) garantire l'accesso ai livelli superiori di assistenza secondo necessità/complessità del paziente;
- 4) favorire l'utilizzo degli accessi ospedalieri in regime ambulatoriale mediante ricorso al Pacchetto Ambulatoriale Complesso (PAC)
- 5) promuovere percorsi formativi per il riconoscimento dei sintomi di allarme e la gestione delle cefalee episodiche più comuni e per la sensibilizzazione rispetto alla diagnosi di forme rare e più complesse di cefalea.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento è indirizzato a tutti i professionisti operanti sul territorio e nelle strutture ospedaliere della ASL Roma I coinvolte nel percorso di cura della persona adulta con cefalee primarie e secondarie.

DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

ANIRCEF: Associazione Neurologica Italiana per la Ricerca sulle Cefalee	AGENAS: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
CGRP: Calcitonin Gene Related Peptide	DEA: Dipartimento di Emergenza e Accettazione
DH: Day Hospital	DS: Day Service
DIACEF: algoritmo diagnosi cefalea	EHF: European Headache Federation
ESA, Emorragia Subaracnoidea	FC: Frequenza Cardiaca
FR: Frequenza Respiratoria	GBD: Global Burden of Diseases
GCS: Glasgow Coma Scale	ICHD: International Classification of Headache Disorders
MMG: Medico di Medicina Generale	MOH: Medication Overuse Headache
NICE, National Institute for Health and Care Excellence	PA: Pressione Arteriosa
PAC: Pacchetto Ambulatoriale Complesso	PCR: Proteina C Reattiva
PDTA: percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali	PS: Pronto Soccorso
PT: Piano Terapeutico	ReCUP: Centro Unico Prenotazioni della Regione Lazio
SISC: Società Italiana per lo Studio delle Cefalee	TC: Temperatura Corporea
TML: Triage Modello Lazio	

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

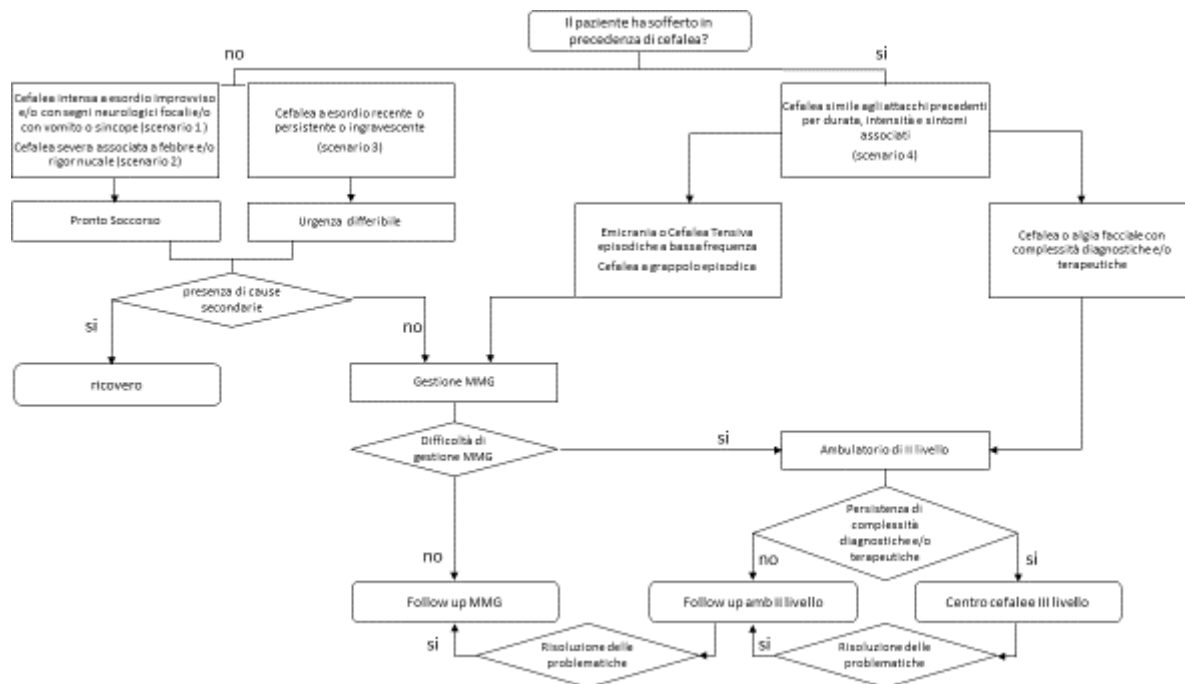
Funzioni / Attività	Gestione cefalea primaria	Gestione cefalea secondaria
MMG (I livello)	R	R*
Neurologo Territoriale (II livello)	R	R
Care Manager (II livello)	C	C
Neurologo Ospedaliero (III livello)	R	R
Care Manager (III livello)	C	C
Neuroradiologo	R*	R*
Neurosonologo	R*	R*
Neurofisiologo	R*	R*
Neuroftalmologo	R*	R*
Neurochirurgo	R*	R*
Terapista del Dolore	R*	R*
Fisiatra	R*	R*
Medico di PS	R*	R
Infermiere di Triage	C	C

R: responsabile, R*: responsabile per ambito di competenza, C: coinvolto, I: informato

GESTIONE ASSISTENZIALE INTEGRATA TRA TERRITORIO E OSPEDALE DELLA PERSONA CON CEFALEA

Diagramma di flusso I.

Il seguente diagramma di flusso rappresenta il percorso riportando la successione delle attività, identificando le interfacce, le attività critiche e gli eventuali controlli da svolgere



MODALITÀ OPERATIVE

La gestione assistenziale integrata tra territorio e ospedale della persona con cefalea deve garantire:

- 1) la diagnosi differenziale tra cefalea primaria e secondaria a tutti i pazienti adulti con cefalea non traumatica,
- 2) rapido sollievo della sintomatologia a persone con cefalea primaria con l'adozione di protocolli terapeutici basati sull'evidenza scientifica,
- 3) follow-up del paziente dopo la dimissione dal Pronto Soccorso (PS) con l'inserimento in un percorso definito a livello territoriale,
- 4) accesso ai livelli superiori di cura secondo necessità e complessità del paziente.

La gestione integrata tra territorio e ospedale presuppone un coinvolgimento attivo dei MMG, degli specialisti territoriali e ospedalieri, con necessità di formazione e aggiornamento.

Viene definito un percorso ordinario a tre livelli, in base alla complessità del paziente, con possibilità di interazione bidirezionale tra un livello e l'altro per il riaffidamento della persona o, se necessario, follow-up congiunto.

Viene inoltre definito un percorso in emergenza-urgenza in Pronto Soccorso.

PERCORSO CEFALEA IN GESTIONE ORDINARIA: I LIVELLO (MEDICO DI MEDICINA GENERALE)

Il paziente, ancora non in carico allo specialista neurologo territoriale o ospedaliero, viene gestito primariamente dal proprio Medico di Medicina Generale, che tratterà la maggior parte delle persone che richiedono una visita medica per cefalea, secondo i seguenti criteri:

- in primo luogo differenziare una cefalea primaria da una cefalea secondaria a patologie gravi,
- identificare i criteri di urgenza con conseguente invio in Pronto Soccorso,
- riconoscere e gestire le forme non complesse di cefalee primarie.

Nel dubbio di una cefalea secondaria, oltre all'algoritmo DIACEF (vedi percorso in emergenza-urgenza), può essere utile consultare la lista SNOOP 10, bandierine rosse per individuare le cefalee secondarie nella pratica clinica (Do et Al, 2019).

L'*International Headache Society* (IHS) ha catalogato le cefalee primarie e secondarie nel documento *International Classification of Headache Disorders 3* (ICHD-3). I link per consultare la classificazione ICHD-3, sia nella versione originale che in quella italiana, sono riportati in bibliografia.

La ICHD-3 è strutturata gerarchicamente secondo un codice numerico a 5 gradi, che permette di fare diagnosi via via più sofisticate: il primo e secondo grado sono di solito sufficienti nella pratica generale, mentre i gradi diagnostici successivi sono riservati alla pratica specialistica o a fini di ricerca.

Le cefalee primarie classificate nel primo grado dell'ICHD-3 che dovrebbero essere riconosciute in Medicina Generale sono:

- cefalea di tipo tensivo,
- emicrania,
- cefalea a grappolo.

Il MMG può gestire autonomamente cefalea tensiva e emicrania episodiche a bassa frequenza, in assenza di atipie diagnostiche e/o elementi clinici suggestivi di cefalee secondarie e in assenza di alterazioni psicologiche o comportamentali associate alla cefalea, prescrivendo appropriate terapie sintomatiche e di profilassi di prima linea e indicazioni sui corretti stili di vita, secondo le indicazioni delle Linee Guida (riportate in bibliografia) e secondo le procedure aziendali.

La presentazione in Pronto Soccorso per un episodio di cefalea con caratteristiche analoghe a quelle già note è considerata inappropriata, pertanto è importante che il MMG svolga in tal senso la prima funzione filtro, in gestione ordinaria, verso il Pronto Soccorso e verso il secondo.

In caso di dubbio diagnostico (possibile cefalea secondaria) o di difficoltà terapeutica (mancata risposta ai trattamenti di prima linea, cefalee ad alta frequenza o disabilitanti) il MMG può avvalersi della consulenza del Neurologo degli Ambulatori dedicati alla Cefalea della ASL Roma I (II livello).

Il MMG può prescrivere una visita neurologica presso l'Ambulatorio Cefalee (II livello) riportando sulla ricetta SSN la dicitura standardizzata ("visita neurologica PDTA cefalea") e il codice ICD-9 (vedi tabella I), indicando nelle note

- cefalea ad alta frequenza (più di 8 giorni di cefalea al mese) o
- cefalea resistente a trattamenti con triptani e/o FANS o
- sospetta cefalea secondaria.

Gli Specialisti (Fisiatri, Terapisti del Dolore, Otorinolaringoiatri, Oculisti, Odontoiatri, Neurochirurghi, ecc.) che nella loro attività dovessero intercettare pazienti con cefalea possono riferirsi al II livello con le stesse modalità dei MMG.

Tabella I. Codici ICD-9 delle principali tipologie di cefalea

Tipo di cefalea	Codice ICD-9
Cefalea da tensione	307.81
Eemicrania	346
Eemicrania classica	346.0
Eemicrania classica senza menzione di eemicrania non trattabile	346.00
Eemicrania comune	346.1
Eemicrania comune senza menzione di eemicrania non trattabile	346.10
Varianti dell'eemicrania senza menzione di eemicrania non trattabile	346.20
Varianti dell'eemicrania con eemicrania non trattabile	346.21
Altre forme di eemicrania con eemicrania non trattabile	346.81
Eemicrania non specificata	346.9
Eemicrania non specificata senza menzione di eemicrania non trattabile	346.90
Eemicrania non specificata con eemicrania non trattabile	346.91
Cefalea	784.0

La COT-D riceve le richieste dei MMG e prende in carico il paziente e lo indirizza, in funzione della priorità espressa (livello IIA o livello II B), alla prima disponibilità di tutta l'azienda secondo il principio di prossimità:

- la COT D, verifica la correttezza della richiesta e contatta il MMG informandolo di aver ricevuto la sua richiesta. Nella stessa chiamata chiede al MMG i recapiti telefonici dell'assistito. Lo informa, altresì, che provvederà a contattare l'assistito per un primo appuntamento. In questa occasione potrà ricevere dal MMG anche eventuali notizie utili;
- la COT D
 - verifica anche, tramite il SIATESS, se l'assistito risulta in carico a qualche servizio della nostra ASL e, a seguire, lo contatta telefonicamente. Si presenta e gli riferisce di aver ricevuto la richiesta di attivazione PDTA;
 - verifica che l'assistito sia stato informato sul PDTA e, all'occorrenza gli fornisce ulteriori delucidazioni;
 - informa l'assistito sulle date e le sedi più prossime alla sua abitazione, dove egli potrà effettuare la prima visita per la presa in carico nel PDTA dove verrà seguito dal team sanitario per le visite e gli esami;
 - fissa l'appuntamento (prenotando tramite RECUP su agende dedicate PDTA) e rilascia all'assistito l'indirizzo, la data, l'ora ed il luogo a lui confacenti e il nominativo del referente infermieristico che lo accoglierà in sede di prima visita;
 - invia email al coordinatore infermieristico (case manager) del presidio di interesse per la prima visita e presa in carico, con la copia della prescrizione raccomandandosi con quest'ultimo, di ricevere da lui riscontro della avvenuta presentazione dell'assistito alla prima

visita inserendo in c/c anche il MMG. A seguito del riscontro da parte del coordinatore di presa in carico al PDTA la COT D aggiorna il database di avvenuta transizione;

- ricontatta l'assistito e concorda un nuovo appuntamento nel caso in cui riceve notizia (sempre con email) dal coordinatore infermieristico che egli non si è presentato al primo appuntamento.
- Il coordinatore infermieristico (case manager) in sede di primo appuntamento affiderà l'assistito ad un infermiere del presidio che costituirà per l'assistito un riferimento nel PDTA. L'infermiere lo seguirà anche in ambito educativo (ad esempio per l'educazione alla corretta assunzione del farmaco, per il monitoraggio e l'educazione all'automonitoraggio, per l'educazione al corretto stile di vita, per i recall inerenti agli appuntamenti di follow up, ecc.).

Dopo le valutazioni specialistiche al II o III livello e dopo aver risolto le problematiche diagnostiche e/o terapeutiche, il follow-up dei pazienti con cefalea primaria può essere svolto dal MMG.

PERCORSO CEFALIA IN GESTIONE ORDINARIA: II LIVELLO (AMBULATORIO CEFALIA)

L'Ambulatorio Cefalee territoriale costituisce il primo grado specializzato del percorso di diagnosi e cura del paziente affetto da cefalea.

Ha il compito di:

- valutare la diagnosi dei principali tipi di cefalea,
- prescrivere appropriate terapie sintomatiche e di profilassi,
- selezionare i pazienti da inviare al centro Cefalee di III livello di riferimento ovvero al PS/DEA (in caso di complessità diagnostica e/o terapeutica o in caso di possibili cefalee secondarie).

Nella ASL Roma I, sono attualmente disponibili slot dedicati al PDTA Cefalea come da schema in tabella.

PRESIDIO	AGENDA	POSTI	GIORNO	ORARIO		
NUOVO REGINA MARGHERITA	OR- AMB. CEFALIA NRM [H232CEFALIA]	5	MER.	10.30-13.00	vis. Neurologica	II B
LUZZATTI	OR-D.SSA CATARCI TERESA (NEUROLOGIA GEN./PARKINSON/CEFALIA) [2132CATARCI]	4	MAR.	09.00-11.00	vis. Neurologica	II B
SAN FILIPPO NERI	OR - NEURO - CEFALIA O. S. FILIPPO NERI [NE507]	4	MER. E VEN.	09.00-10.00	vis. Neurologica	Centro Cefalee
SANTA MARIA	AMBULATORIO DELLE CEFALIA S. MARIA [NE480]	4	MAR.	10.30-12.30	vis. Neurologica	II B
LAMPEDUSA	OR- D.SSA VALENTI MARIA AZZURRA AMB.LAMPEDUSA [023273230]	1 / 2	LUN.	10.30	vis. Neurologica	II A Da giugno 26
MONTESPACCATO	NERI DR.SSA MARIAROSA AMB. MONTESPACCATO [NE007E]	2	LUN.	11.00-12.00	vis. Neurologica	II A Da gennaio 26
	CARULLO DOTT.SSA ANNA AMB. NEUROLOGIA MONTESPACCATO [MSP_NE001]	2	MAR. E GIOV.	10.30	vis. Neurologica	II A Da novembre 25
TRIONFALE	NERI DR.SSA MARIAROSA AMB. TRIONFALE [NE800]	2	GIOV.	11.00 e 11.30	vis. Neurologica	II A da ottobre 25

Da un punto di vista operativo è quindi possibile considerare un

- **Il livello neurologico “generale” (II livello “a”)**, costituito da neurologi non esperti di cefalee (livello diagnostico: I-II grado dei gruppi 1-4 dell'ICHD-3) collegato ad un Centro Cefalee di III livello e al PS/DEA di riferimento del proprio territorio.
- **Il livello neurologico “esperto di cefalee” (II livello “b”)**, costituito da neurologi esperti di cefalee (livello diagnostico: II-III grado dei gruppi 1-4 dell'ICHD-3), collegato ad un Centro Cefalee di III livello e al PS/DEA di riferimento del proprio territorio.

Gli specialisti del II livello “a” garantiscono slot per le visite ambulatoriali dedicate alla cefalea, con facilità di invio, se necessario, al II livello “b” e con possibilità di ritorno al II livello “a”,

Al II livello è possibile gestire la maggior parte delle persone affette da cefalea con difficoltà diagnostiche o fallimento delle terapie impostate al primo livello (Steiner et Al, 2011). I pazienti che, per la loro complessità non possono essere gestiti al II livello, vengono inviati al Centro Cefalee di riferimento (III livello) per ulteriori valutazioni cliniche/strumentali e/o PAC cefalee o ricovero. Lo specialista di secondo livello svolge, pertanto, la seconda funzione filtro verso il terzo livello di cura.

Il percorso dal II al III livello e viceversa è facilitato dal contatto tra il coordinatore infermieristico del poliambulatorio di II livello (o infermiere incaricato) e il care manager del Centro Cefalee e prenotato al CUP interno.

L'invio di pazienti dal II livello "a" al II livello "b" e dal II al III livello e viceversa avviene mediante ricetta SSN con dicitura standardizzata "visita neurologica PDTA cefalea" precisando nelle note il livello di invio:

- PDTA Cefalea livello IIa
- PDTA Cefalea livello IIb
- PDTA Cefalea Centro Cefalee

Il medico prescrittore (MMG o Specialista) sarà tenuto alla codifica "obbligatoria" del campo sospetto diagnostico utilizzando una delle diagnosi di cefalea contenute nel documento con relativo codice ICD-9 (vedi tabella I).

Il PAC cefalee al II o III livello deve essere attivato esclusivamente dal Neurologo di II o III livello.

Il modello a tre livelli interdipendenti prevede l'interazione bidirezionale tra un livello e l'altro, pertanto, una volta risolte le problematiche diagnostiche e/o terapeutiche, è necessario riaffidare la persona con cefalea dal III al II livello e dal II livello al MMG.

PERCORSO CEFALIA IN GESTIONE ORDINARIA: III LIVELLO (CENTRO CEFALIE)

Il Centro Cefalee di III livello, ubicato presso la UOC Neurologia del PO S. Filippo Neri, è attivo da decenni e segue circa 400 pazienti all'anno.

È gestito dal Dottor Antonio Carnevale (affiliato ANIRCEF), in collaborazione con la Dottoressa Francesca Cortese (affiliata SISC). La Dottoressa Ilaria Iadicicco è la care manager.

Le mail di riferimento sono neurologia.sfn@aslroma1.it, antonio.carnevale@aslroma1.it, francesca.cortese@aslroma1.it, ilaria.iadicicco@aslroma1.it.

Codice dell'agenda di prenotazione CUP Lazio: NE507.

Il Centro Cefalee di III livello gestisce prevalentemente le persone con cefalee primarie o secondarie con complessità diagnostiche o terapeutiche non risolvibili al II livello.

Il Neurologo dell'Ambulatorio Cefalee (II livello), qualora ravveda la necessità di una consulenza del Neurologo del Centro Cefalee (III livello), invia la persona secondo modalità concordate (agende esclusive dedicate) per i seguenti casi selezionati:

- Pazienti con cefalea cronica di tipo emicranico e/o tensivo (per più di 15 giorni al mese) e/o assunzione eccessiva e inappropriata di farmaci antiemcranici e analgesici, se non risolte al II livello.
- Cefalea a grappolo (o altra cefalea autonoma-trigeminali), se non risolte al II livello.
- Cefalee associate a alterazioni della pressione liquorale (ipertensione intracranica idiopatica, ipotensione liquorale).
- Cefalee con persistente incertezza diagnostica e/o con gravi patologie associate, con necessità di valutazioni specialistiche.
- Pazienti con emicrania candidati a trattamento con tossina botulinica.
- Pazienti con emicrania candidati a trattamento anticorpi monoclonali anti CGRP o con gepanti.
- Pazienti con cefalea o algia facciale (nevralgia del trigemino e altre nevralgie craniche o lesioni dolorose dei nervi cranici) da sottoporre a trattamenti di Terapia del Dolore e/o a trattamenti neurochirurgici.
- Complicanze dell'emicrania (ictus emicranico, stato di male emicranico).
- Cefalee rare (gruppo 4 della ICHD-3), se non risolte al II livello; cefalee genetiche o metaboliche (es. emicrania emiplegica familiare, CADASIL, MELAS e altre mitocondriopatie).

Il Neurologo dell'Ambulatorio Cefalee, qualora vi sia la necessità di un approfondimento diagnostico-terapeutico, prescrive ulteriori esami di laboratorio e/o neuroradiologici e/o consulenze di altri specialisti (Terapisti del Dolore, Fisiatri, Oculisti, Otorinolaringoiatri, Cardiologi) con percorsi interni dedicati o PAC cefalee presso il P.O. Nuovo Regina Margherita.

Il centro di III livello coordina i percorsi assistenziali e promuove le iniziative di formazione e aggiornamento.

Il Centro Cefalee di III livello garantisce, in regime ambulatoriale, di Day Hospital o ricovero, in relazione alla complessità del paziente e secondo protocolli concordati:

- a) Procedure diagnostiche
 - rachicentesi con misurazione della pressione liquorale;
 - in collaborazione con la Neuroradiologia (Dott.ssa D. Pantoli) esami neuroradiologici convenzionali e complessi (TC encefalica, Angio TC intracranica, RM cerebrale e Angio RM arteriosa e venosa, angiografia, neuroradiologia interventistica) secondo protocolli concordati;
 - esami neurovascolari (doppler transcranico, in collaborazione con la Dott.ssa C. Roberti; ecodoppler vasi epiaortici, in collaborazione con la UOC Chirurgia Vascolare);
 - in collaborazione con l'UOS Neurofisiopatologia esami neurofisiologici (EEG di routine e dopo privazione di sonno, potenziali evocati);
 - In collaborazione con il Dipartimento di Oftalmologia (Dott. F. Sadun) valutazioni neurooftalmologiche;
 - in collaborazione con il Centro Malattie Rare in Neurologia (Dott.ssa E. Pennisi), protocolli per l'esecuzione di consulenza genetica, indagini di genetica molecolare, biochimiche e biotiche orientate allo studio di cefalee rare o metaboliche.
- b) Trattamenti terapeutici

- trattamento con tossina botulinica coordinato dalla Dott.ssa M.C. Altavista (APPENDICE 1) prescrizione e monitoraggio della terapia con anticorpi monoclonali anti CGRP o con gepanti, coordinata dal dott. A. Carnevale (APPENDICE 2)
- protocolli per la disassuefazione da farmaci in regime di ricovero ordinario o, in casi a bassa intensità terapeutica, di day hospital;
- in collaborazione con l'UOS Terapia del Dolore (Dott.ssa M. Segneri) è possibile effettuare il blocco del Nervo Grande Occipitale (in caso di cefalea a grappolo, emicrania cronica, stato di male emicranico). I pazienti possono inoltre usufruire, in casi selezionati, di blocchi tronculari e analgesie regionali.
- in collaborazione con l'UOC di Neurochirurgia (Dott. L. Mastronardi) i pazienti con nevralgia trigeminale resistenti alle terapie farmacologiche possono essere trattati per via percutanea (rizolisi trigeminale: a radiofrequenza, microcompressione, glicerolica) o per via transcranica (microdecompressione vascolare). I pazienti con cefalea a grappolo cronica possono essere sottoposti a impianto di neurostimolatore del Nervo Grande Occipitale.
- in collaborazione con l'UOC Medicina Riabilitativa (Dott.ssa R. Rapaglià) trattamento dell'emicrania e cefalea tensiva con massoterapia, manipolazioni spinali, manipolazioni del tessuto connettivo, mobilizzazione vertebrale.

PERCORSO CEFALEA IN EMERGENZA-URGENZA

Sebbene nella maggior parte dei casi afferenti al Pronto Soccorso venga diagnosticata una cefalea primaria, è necessario considerare che in una percentuale rilevante di casi, che varia dal 13 al 25% in studi retrospettivi italiani, la cefalea è secondaria ad una patologia grave come emorragia subaracnoidea, infezioni del sistema nervoso centrale, neoplasie (De Carli et Al, 1998, Cerbo et Al, 2005).

L'obiettivo primario in emergenza /urgenza è l'individuazione di cause di cefalea che necessitano di un rapido e appropriato trattamento.

La prima valutazione di un soggetto con cefalea consiste nell'esclusione di una causa organica di cui la cefalea è sintomo (**cefalea secondaria**); in assenza di tali cause la cefalea, a seconda delle sue caratteristiche, viene definita tra le varie forme di **cefalea primaria**.

È importante inoltre identificare le più comuni cefalee primarie trattabili con terapie specifiche (emicrania, cefalea tensiva, cefalea a grappolo).

La gestione delle cefalee in urgenza può essere difficile poiché in Pronto Soccorso è necessario prendere decisioni in tempi limitati, sia per la possibile rapida evoluzione delle patologie che per il frequente affollamento. Il 5% circa delle cefalee associate a emorragia subaracnoidea non vengono riconosciute in PS (Vermeulen e Schull, 2007). Per ridurre le possibilità di errore è pertanto necessario adottare procedure diagnostiche basate sulle evidenze scientifiche.

A tale scopo è stata standardizzata la modalità di gestione per l'emergenza-urgenza del paziente con cefalea da parte dei medici e infermieri della UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza dei Presidi Ospedalieri San Filippo Neri e Santo Spirito con l'adozione dell'algoritmo diagnostico DIACEF (Cortelli et Al, 2004, Grimaldi et Al, 2009).

L'algoritmo è strutturato in quattro scenari clinici nei quali collocare, in base a i dati anamnestici e clinici, qualsiasi paziente che si presenta in PS per una cefalea non traumatica.

I quattro scenari (tabella 2 +) corrispondono alle situazioni comunemente riscontrate nella pratica clinica e indirizzano alle procedure diagnostiche più appropriate per ciascuna situazione specifica in base alle evidenze scientifiche disponibili.

Tabella 2. Scenari clinici di pazienti con cefalea non traumatica in Pronto Soccorso

SCENARIO 1	Il paziente la definisce "la peggiore cefalea della vita" Cefalea insorta improvvisamente ("a rombo di tuono") Cefalea con segni neurologici focali o alterazione di coscienza Cefalea con vomito o sincope all'esordio
SCENARIO 2	Cefalea severa associata a febbre e/o rigidità nucale
SCENARIO 3	Cefalea a esordio recente (assenza in anamnesi remota di cefalea) Cefalea progressivamente ingravescente o persistente
SCENARIO 4	Storia di cefalea in anamnesi Cefalea simile agli episodi precedenti come intensità, durata, e sintomi associati

Gli scenari 1, 2 e 3 sono indicativi di gravi cefalee secondarie:

- scenario 1: emorragia subaracnoidea (e altre cause di cefalea "a rombo di tuono", vedi tabella 3 2)
- scenario 2: infezioni del sistema nervoso centrale o infezioni sistemiche,
- scenario 3: neoplasie o arterite temporale.

Lo scenario 4 è indicativo di cefalee primarie.

Tabella 3. Diagnosi differenziale di cefalea tipo “a rombo di tuono” (Cortelli et Al, 2004)

ESA aneurismatica
ESA non aneurismatica
Accrescimento o trombosi di aneurisma intracranico non rotto
Emorragia intraparenchimale cerebrale
Infarto cerebrale
Ematoma subdurale e epidurale (raro)
Dissecazione dell'arteria carotide interna o dell'arteria vertebrale
Trombosi venose intracraniche
Apoplessia ipofisaria
Cisti colloide del terzo ventricolo
Espansione acuta di neoformazioni della fossa posteriore
Cefalea attribuita a ipotensione liquorale
Cefalea primaria associata a attività sessuale
Cefalea primaria da attività fisica
Cefalea primaria da tosse
Sinusite acuta (soprattutto se associata barotrauma)
Cefalea primaria “a rombo di tuono”

L'Infermiere di triage: All'ingresso in Pronto Soccorso accoglie il paziente adulto con cefalea, rileva i parametri vitali e, se collocabile negli scenari 1 e 2, attribuisce un codice prioritario (secondo le Linee di Indirizzo per il Triage in Pronto Soccorso).

Il processo di Triage si articola nelle seguenti fasi:

1. Valutazione immediata (“sulla porta”): consiste nella rapida osservazione dell'aspetto generale della persona con l'obiettivo di individuare i soggetti con problemi assistenziali che necessitino di un intervento immediato, avvalendosi di indicatori di priorità: A (*airways*), B (*breathing*), C (*circulation*), D (*disability*), E (*exposure*).

In particolare, in caso di cefalea, è necessario valutare

- stato di coscienza (soporoso, rallentato, disorientato, agitato)
- deficit neurologici evidenti (deficit di motilità degli arti, dell'equilibrio, impaccio del linguaggio, disturbi della vista)
- vomito persistente
- epistassi.

2. Valutazione soggettiva e oggettiva:

a. anamnesi mirata per cefalea

- modalità e tempi di insorgenza della cefalea (ad esempio l'esordio brusco, in pochi secondi o minuti)
- localizzazione, gravità del dolore (con applicazione di scale del dolore)
- disturbi del visus (riduzione o perdita completa della vista in uno o entrambi gli occhi)
- presenza di altri sintomi, traumi recenti
- patologie preesistenti (ipertensione arteriosa, diabete, etc.)
- assunzione di farmaci (anticoagulanti, estro-progestinici, etc.), allergie
- risposta ad eventuale terapia antidolorifica
- esposizione al sole
- permanenza in ambienti riscaldati e non areati (nel sospetto di intossicazione da monossido di carbonio).

b. rilevazione dei parametri vitali e breve esame fisico mirato per cefalea.

I parametri da rilevare sono PA, FC, GCS, TC, FR.

In caso di cefalea l'esame fisico prevede la valutazione:

- segni evidenti di deficit neurologici,
- rigidità nucale,
- diametro pupillare,
- porpora,
- segni di trauma cranico recente.

3. Decisione di Triage: assegnazione del codice di priorità (vedi tabelle 4 e 5 ~~3~~⁴), attuazione dei necessari provvedimenti assistenziali e attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA).

4. Rivalutazione: conferma o, nel caso di variazioni delle condizioni cliniche o dei parametri vitali del paziente, l'eventuale modifica del codice di priorità assegnato.

Tabella 4. Classificazione codici numerici/colore

CODICE	DENOMINAZIONE	DEFINIZIONE	TEMPO massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento
1 ROSSO	Emergenza	Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali.	Accesso immediato
2 ARANCIONE	Urgenza	Rischio di compromissione delle funzioni vitali. Condizione con rischio evolutivo o dolore severo.	Accesso entro 15 minuti
3 AZZURRO	Urgenza Differibile	Condizione stabile senza apparente rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni complesse.	Accesso entro 60 minuti
4 VERDE	Urgenza Minore	Condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostico terapeutiche semplici mono-specialistiche.	Accesso entro 120 minuti
5 BIANCO	Non Urgenza	Problema non urgente o di minima rilevanza clinica.	Accesso entro 240 minuti

Tabella 5. Attribuzione codice triage e avvio delle procedure di triage in caso di cefalea

Codice triage	1	2	3	4	5
Parametri vitali	DA CODICE 1	DA CODICE 2	DA CODICE 3	DA CODICE 4	NORMALI
Caratteristiche del sintomo/segno principale		Alterazione dello stato di coscienza. Primo episodio di cefalea severa ad insorgenza improvvisa da meno di 24h. Porpora con rash non sbiancante. Improvvisa perdita della vista o visione doppia in uno o entrambi gli occhi da meno di 24 ore senza miglioramento. Episodio con caratteristiche e modalità diverse dai precedenti. Esordio ed esacerbazione a seguito di sforzi fisici.	Alterazione del visus insorta nei precedenti 7 giorni. Algia localizzata alla zona temporale Cefalea post traumatica.	Cefalea in cefalalgico noto o con processi infiammatori noti (per es. sinusite, trigemino) e con caratteristiche costanti	
Sintomi/segni associati	Deficit neurologico focale insorto da ≤ 4,5 h	Vomito persistente o a getto, segni di irritazione meningea Deficit neurologico da oltre 4,5 h e meno di 24 h. Febbre da codice 2	Vomito episodico Febbre da codice 3 Deficit neurologico >24h		
Score specifici		Dolore severo (scala del dolore tra 8 e 10)	Dolore moderato (scala del dolore tra 4 e 7)	Dolore lieve (scala del dolore tra 1 e 3)	
Attività (Secondo protocollo locale)		Esami biochimici, strumentali, terapia e procedure infermieristiche			
Attivazione Consulenza (Secondo protocollo locale)		Neurologica superati 60 min. per codice 2			
Rivalutazione		Osservazione diretta o video-mediata con monitoraggio costante	Ripetizione di parte o tutte le fasi di valutazione su decisione del triagista o a richiesta del paziente o una volta trascorso il tempo di attesa massimo raccomandato		

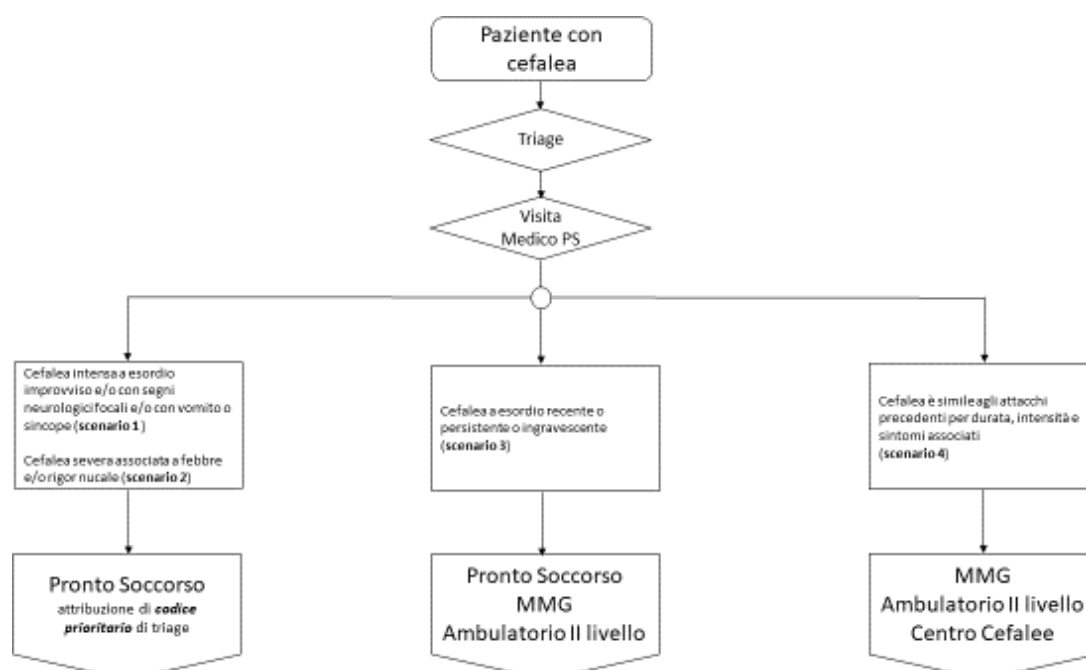
Il Medico di Pronto Soccorso: valuta il paziente ed esegue l'esame obiettivo con particolare riguardo ai rilievi di ordine neurologica e conferma uno dei 4 possibili scenari proposti in fase di triage.

La variabilità della presentazione clinica può rendere difficile al Medico di emergenza discriminare le cefalee primarie benigne dalle cefalee secondarie a patologie gravi e potenzialmente letali.

La diagnosi di cefalea in Pronto Soccorso deve essere basata sui dati clinici (anamnesi, esame obiettivo) e sui reperti di laboratorio e strumentali, come esami emato-chimici, neuroimmagini ed esame del liquor (Carnevale et Al, 2011). Non esistono attualmente indagini neuroradiologiche non invasive con una sensibilità pari al 100% nell'identificazione dell'ESA e, pertanto, gli elementi clinici e la rachicentesi rimangono determinanti nella diagnosi della cefalea acuta associata a ESA. La rachicentesi costituisce l'esame diagnostico fondamentale per la diagnosi delle infezioni del sistema nervoso centrale.

In caso di **scenario 1-2-3** l'algoritmo prevede specifici iter diagnostici. In questo documento tali iter sono stati modificati rispetto alla descrizione originaria per adattarli alla realtà della ASL Roma I e definiti secondo i Diagrammi di flusso 2-3-4-5.

Diagramma di flusso 2. Percorso del paziente con cefalea che giunge in Pronto Soccorso



SCENARIO I

Il Medico di PS richiede esami ematochimici di routine e studio della coagulazione e una TC encefalica:

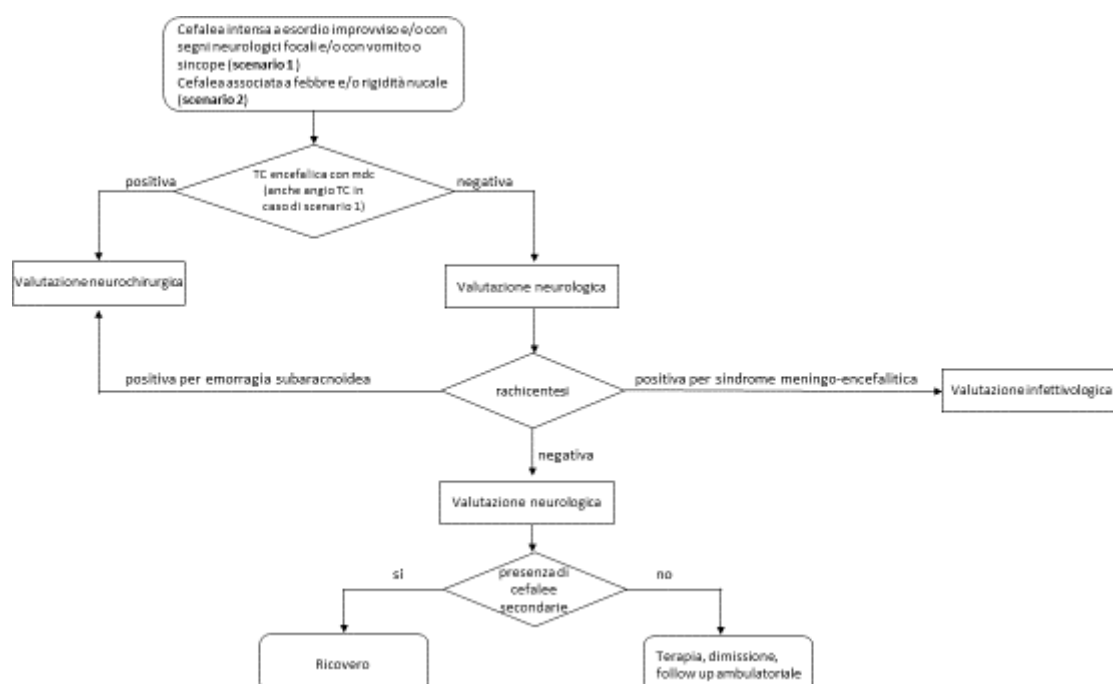
- Se i dati clinici o i reperti TC sono sospetti per aneurismi/malformazioni vascolari, dissecazione arteriosa, trombosi venosa intracranica il Radiologo, in accordo con il Medico di PS, esegue TC encefalica con mdc e angio TC intracranica.
- Se TC/angio TC risultano negative viene eseguita una consulenza neurologica e una rachicentesi. Nel PS del PO Santo Spirito nelle ore notturne e nei giorni festivi può essere eseguita la consulenza neurologica in telemedicina con il sistema regionale Advice cliccando “consulenza ictus” su Gipse Web.
- Se TC/angio TC e/o rachicentesi risultano positive, il medico di PS richiede una consulenza neurochirurgica e il paziente proseguirà l'iter diagnostico terapeutico della cefalea secondaria individuata. Nel PS del PO Santo Spirito può essere eseguita la consulenza neurochirurgica in telemedicina con il sistema regionale Advice cliccando “consulenza emergenza” su Gipse Web.
- Se TC/angio TC, rachicentesi e visita neurologica escludono cause secondarie di cefalea, dopo un periodo di osservazione fino a 48 ore dall'ingresso in PS (secondo le Linee di Indirizzo Nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva), il paziente viene dimesso e riaffidato al MMG con la documentazione degli accertamenti eseguiti o può essere rivalutato negli ambulatori neurologici dedicati ai pazienti dimessi dal PS.

SCENARIO 2

Il medico di PS richiede in urgenza esami ematochimici di routine, studio coagulazione, emocolture, TC encefalica con mdc e, dopo eventuale consulenza neurologica, rachicentesi:

- Se TC encefalica con mdc e/o rachicentesi risultano positive per meningite/meningoencefalite, il medico di PS imposta la terapia antibiotica secondo protocolli aziendali e ricovera il paziente.
- Se TC encefalica con mdc risulta positiva (per problematiche neurochirurgiche), il medico di PS richiede una consulenza neurochirurgica ed il paziente proseguirà l'iter diagnostico terapeutico della cefalea secondaria individuata. Nel PS del PO Santo Spirito può essere eseguita la consulenza neurochirurgica in telemedicina con il sistema regionale Advice cliccando “consulenza emergenza” su Gipse Web.
- Se TC encefalica con mdc e rachicentesi risultano negative, il paziente viene dimesso e riaffidato al MMG con la documentazione degli accertamenti eseguiti o può essere rivalutato negli ambulatori neurologici dedicati ai pazienti dimessi dal PS.

Diagramma di flusso 3. Gestione in Pronto Soccorso del paziente con cefalea a esordio improvviso e/o segni neurologici (scenario 1) e con cefalea e febbre (scenario 2)

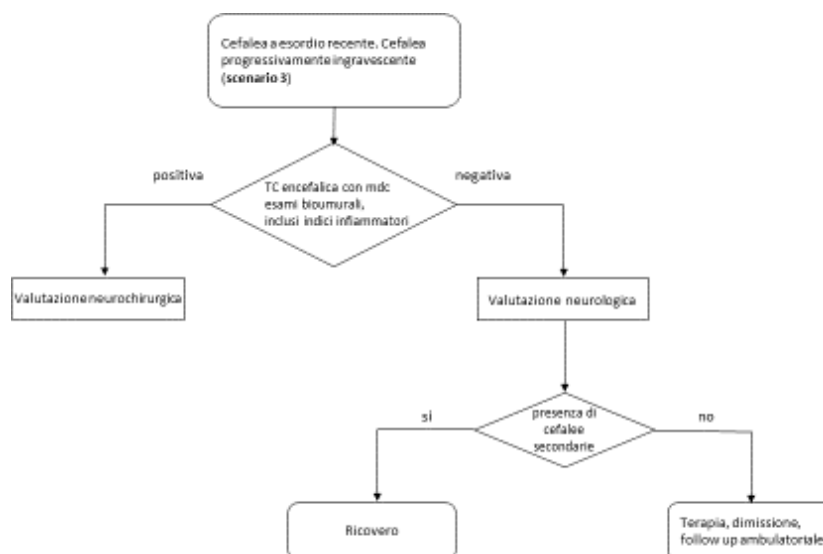


SCENARIO 3

Il medico di PS richiede una TC encefalica con mdc, esami ematochimici di routine e dosaggio Proteina C Reattiva (PCR):

- Se TC encefalica con mdc risulta positiva (per problematiche neurochirurgiche), il medico di PS richiede una consulenza neurochirurgica ed il paziente proseguirà l'iter diagnostico terapeutico della cefalea secondaria individuata.
- se TC encefalica con mdc negativa e PCR positiva viene eseguita una consulenza neurologica, il paziente viene dimesso ed affidato al MMG, o ricoverato in caso di patologie emergenti.
- Se TC encefalica con mdc, PCR e visita neurologica escludono cause secondarie di cefalea, dopo un periodo di osservazione fino a 48 ore, il paziente viene dimesso e riaffidato al MMG con la documentazione degli accertamenti eseguiti o può essere rivalutato negli ambulatori neurologici dedicati ai pazienti dimessi dal PS.

Diagramma di flusso 4. Gestione in Pronto Soccorso del paziente con cefalea a esordio recente o decorso ingravescente (scenario 3)



SCENARIO 4 (probabile cefalea primaria)

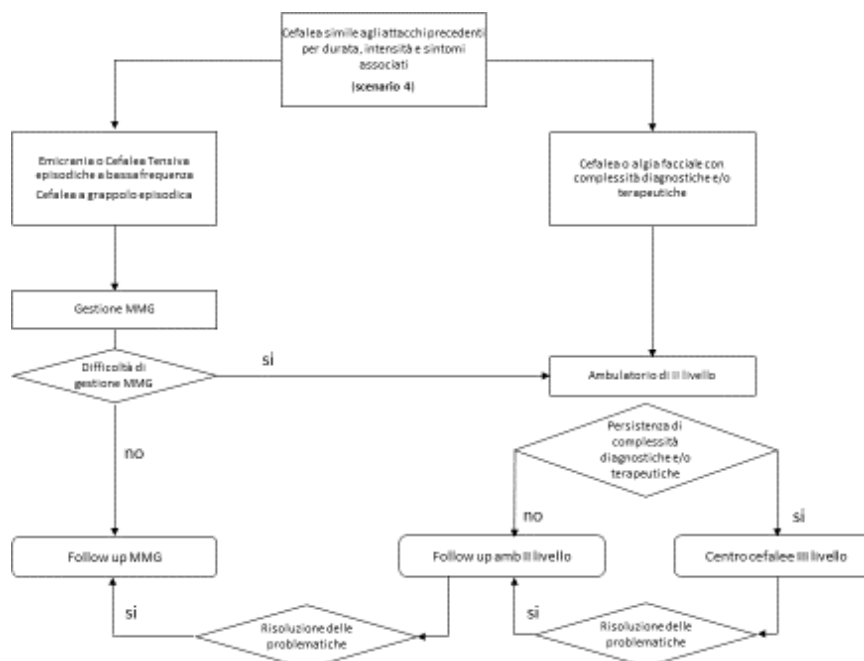
Il Medico del PS prescrive terapia analgesica/antiemivica appropriata e invia il paziente al MMG (percorso di gestione ordinaria).

La presentazione in PS per un episodio di cefalea con caratteristiche analoghe a quelle già note (scenario 4 DIACEF) deve essere considerata inappropriata.

La riduzione degli accessi in PS successivi al primo, in caso di diagnosi di cefalea primaria, sarà considerato un indicatore di appropriatezza del percorso.

- In caso di negatività di tutte le procedure diagnostiche eseguite in urgenza in PS il paziente viene dimesso e riaffidato al MMG con la documentazione degli accertamenti eseguiti o può essere rivalutato negli ambulatori neurologici dedicati ai pazienti dimessi dal PS, mediante prenotazione al CUP interno.

Diagramma di flusso 5. Gestione in Pronto Soccorso del paziente con probabile cefalea primaria (scenario 4)



LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Il modello a tre livelli interdipendenti prevede l'interazione bidirezionale tra un livello e l'altro.

L'attribuzione dei pazienti ad uno specifico livello deve essere formulata in base a:

- 1) disabilità (frequenza e intensità della cefalea),
- 2) complessità diagnostica,
- 3) necessità di terapie avanzate.

L'interazione tra i livelli viene facilitata dal **care manager**, che assume un ruolo cruciale nel coordinamento dell'assistenza dei pazienti affetti da cefalee con complessità diagnostiche e/o terapeutiche, con facilitazione dell'interazione tra i soggetti coinvolti nella gestione delle cefalee e per l'organizzazione di protocolli terapeutici avanzati.

Terminato l'iter diagnostico-terapeutico, lo specialista dell'Ambulatorio/Centro Cefalee (II o III livello) riaffida il paziente al MMG, tramite relazione clinica e indicazioni terapeutiche.

Il MMG può riattivare il percorso in caso d'insuccesso terapeutico o variazioni del quadro clinico.

TELEMEDICINA NEL PERCORSO CEFALEE

Secondo la definizione originale di KT Bird (1975), la telemedicina è la "pratica della medicina attraverso un sistema di telecomunicazione audio-video senza l'usuale confronto fisico medico-paziente".

Gli sviluppi tecnologici hanno consentito di promuovere e implementare la telemedicina in vari ambiti.

In Neurologia la telemedicina si è dimostrata efficace per promuovere l'accesso alle cure, riducendo i costi, migliorando l'accuratezza diagnostica e gli esiti di salute (Telemedicine Work Group of the American Academy of Neurology, 2020).

Riguardo alle cefalee la telemedicina si è rivelata accurata per la diagnosi e il trattamento delle cefalee non acute, contenendo i costi e con alta soddisfazione dei pazienti (Muller KI et Al, 2017).

La telemedicina dipende dalla disponibilità di strumenti digitali adeguati e dal possesso di competenze informatiche da parte dei pazienti.

L'aspetto più critico della telemedicina consiste, tuttavia, nell'impossibilità di eseguire l'esame fisico generale e neurologico, con mancata acquisizione di fondamentali rilievi obiettivi. L'incontro del paziente con il medico è inoltre fondamentale per instaurare una corretta relazione terapeutica,

Per tali motivi, la telemedicina è certamente più appropriata nella gestione di pazienti con diagnosi già accertate ed è utile e efficace nel monitoraggio delle terapie. La continuità assistenziale per le cefalee sembra il campo di scelta per l'implementazione della telemedicina: nella stragrande maggioranza dei casi il paziente con una cefalea primaria è già stato studiato e i controlli sono necessari per modificare o mettere a punto una strategia terapeutica o risolvere eventuali effetti collaterali

In attuazione della Missione 6 del PNRR è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale serie generale n. 256 del 2 novembre 2022 il Decreto Ministeriale 21 settembre 2022 recante l'"Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio".

In riferimento al Piano di Rete della Regione Lazio per la gestione della Cefalea Primaria Cronica, di recente pubblicazione, e in attuazione del PDTA aziendale per la gestione integrata della persona con cefalea, in attesa della piena operatività della piattaforma e della infrastruttura regionale di telemedicina, è comunque già possibile effettuare televisite neurologiche di controllo (codice CUR 89.01.C_3), previa attivazione di un'apposita agenda dedicata come descritto in procedura aziendale (0 ADO 43_Modalità di implementazione del servizio di televisita per le attività di specialistica ambulatoriale utile anche per il rinnovo dei piani terapeutici a distanza, REV. 0 del 08/05/2025). Tale possibilità è resa disponibile anche grazie alla collaborazione attualmente in essere con l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, che consente l'utilizzo di una piattaforma dedicata all'erogazione delle televisite nell'ambito delle attività di specialistica ambulatoriale. Il servizio risulta già avviato e attualmente in uso. La relativa procedura aziendale è stata pubblicata e può essere consultata nella sezione dedicata dell'applicativo aziendale SGLS a cui è possibile accedere, con le proprie credenziali di dominio tramite il seguente link: <https://sqrm.aslroma1.it/accedi.html>. Per avere visione delle procedure pubblicate bisogna andare sulla Sezione Qualità e rischio clinico -> Procedure e documentazione Qualità rischio clinico -> Tutte le procedure. La ricerca del documento specifico è facilitata dalla funzione di ricerca che compare in alto a destra e inserendo una parola chiave del titolo del documento.

FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

L'attività di formazione e aggiornamento di tutti i soggetti coinvolti nella gestione delle cefalee è prioritaria per il funzionamento del percorso e per garantire e mantenere elevati standard assistenziali.

La formazione e l'aggiornamento dei medici e degli infermieri operanti nei centri di II e III livello, nei Servizi emergenza-urgenza e nei Servizi di Continuità Assistenziale Territoriale viene svolta mediante audit clinici e organizzativi e eventi ECM, in presenza e con formazione a distanza *web-based*.

INDICATORI

Gli indicatori sono costituiti dalla tempistica di accesso agli ambulatori/centri, l'aderenza al percorso assistenziale, il ricorso ai servizi di emergenza-urgenza e di ricovero, l'appropriatezza terapeutica, l'attivazione dei corsi di formazione.

INDICATORE	FONTE DATI	TARGET	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
% di pazienti con cefalea (inviati dal II livello) che hanno eseguito la visita al centro cefalee III livello entro 60 giorni	SIAS	>90%	Responsabile del PDTA	6 mesi
% di accessi in PS per cefalea	SIES	Riduzione del 10% rispetto all'anno precedente	Responsabile del PDTA	6 mesi
N. accessi in PS codici 4 (verdi) per cefalea	SIES	Riduzione del 10% rispetto all'anno precedente	Responsabile del PDTA	6 mesi
% di Pazienti trattati con terapie avanzate nel centro cefalee III livello (anticorpi monoclonali, gepanti, tossina botulinica) tra quelli arruolati nel PDTA	File F	<u>n. Paz. in terapie avanzate</u> prime visite PDTA cefalea al centro cefalee III liv >10%	Responsabile del PDTA	6 mesi
N. ricoveri ospedalieri con DRG 564 (cefalea >17 anni)	SIO	Riduzione del 10% rispetto all'anno precedente	Responsabile del PDTA	6 mesi
N. pazienti arruolati livello IIA	SIAS	<u>Totale I visite PDTA cefalea</u> (25% totale visite per PDTA cefalea = 70) >10%	Responsabile del PDTA	6 mesi
N. pazienti arruolati livello IIB	SIAS	<u>Totale I visite PDTA cefalea</u> (25% totale visite per PDTA cefalea = 130) >10%	Responsabile del PDTA	6 mesi
N. pazienti arruolati centro cefalee III livello	SIAS	<u>Totale I visite PDTA cefalea</u> (25% totale visite per PDTA cefalea = 30) >10%	Responsabile del PDTA	6 mesi

N. prestazioni erogate livello IIA	SIAS	>90% della stima annuale (n. 280)	Responsabile del PDTA	6 mesi
N. prestazioni erogate livello IIB	SIAS	>90% della stima annuale (n. 520)	Responsabile del PDTA	6 mesi
N. prestazioni erogate centro cefalee	SIAS	>90% della stima annuale (n. 120)	Responsabile del PDTA	6 mesi

REVISIONE

La revisione della procedura dovrà essere attuata a cadenza biennale e in concomitanza di emissione di nuove indicazioni istituzionali, nazionali e/o regionali e a cambiamenti organizzativi e gestionali nell'ambito dell'azienda.

RIFERIMENTI

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Aurora SK, Dodick DW, Turkel CC, DeGryse RE, Silberstein SD, Lipton RB, Diener HC, Brin Ailani J, Lipton RB, Goadsby P, Guo H, Miceli R, Severt L, Finnegan M, Trugman JM; ADVANCE Study Group. Atogepant for the Preventive Treatment of Migraine. *N Engl J Med* 2021 Aug 19;385(8):695-706.
- Ashina M, Saper J, Cady R, Schaeffler BA, Biondi DM, Hirman J, Pederson S, Allan B, Smith J. Eptinezumab in episodic migraine: A randomized, double-blind, placebo-controlled study (PROMISE-1). *Cephalalgia* 2020 Mar;40(3):241-254.
- Aurora SK, Dodick DW, Turkel CC, DeGryse RE, Silberstein SD, Lipton RB, Diener HC, Brin MF, PREEMPT 1 Chronic Migraine Study Group. Onabotulinumtoxin A for treatment of chronic migraine: results from the double-blind, randomized, placebo-controlled phase of the PREEMPT 1 trial. *Cephalalgia* 2010 Jul;30(7):793-803.
- Bird KT, Andrus WS, Dreyfuss JR, Jaffer F. Interpretation of roentgenograms via interactive television. *Radiology* 1975 Jul;116(1):25-31.
- Carnevale A, Polidori L, Orefice E, Masala M, Tricerri A, Acierno G, Zulli L. La cefalea in Pronto Soccorso: è ancora utile la rachicentesi? *Decidere in Medicina* 2011 Ago; 4: 19-32.
- Cerbo R, Villani V, Bruti G, Di Stani F, Mostardini C. Primary headache in Emergency Department: prevalente, clinical features and therapeutical approach. *J Headache Pain* 2005 Sep;6(4):287-9.
- Cortelli P, Cevoli S, Nonino F, Baronciani D, Magrini N, Re G, De Berti G, Manzoni GC, Querzani P, Vandelli A, Multidisciplinary Group for Nontraumatic Headache in the Emergency Department. Evidence-based diagnosis of nontraumatic headache in the emergency department: a consensus statement on four clinical scenarios. *Headache* 2004 Jun;44(6):587-95.
- Croop R, Lipton RB, Kudrow D, et al. Oral rimegepant for preventive treatment of migraine: a phase 2/3, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2021;397(10268):51–60.
- Croop R, Goadsby PJ, Stock DA, et Al. Efficacy, safety, and tolerability of rimegepant orally disintegrating tablet for the acute treatment of migraine: a randomised, phase 3, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2019;394(10200):737–45.
- De Carli GF, Fabbri L, Cavazzuti L, Roncolato M, Agnello V, Recchia G. The epidemiology of migraine: a retrospective study in italian emergency departments. *Headache* 1998 Oct;38(9):697-704.
- DetkeHC, Goadsby PJ, Wang S, et Al. Galcanezumab in chronic migraine: The randomized, double-blind, placebo-controlled REGAIN study. *Neurology* 2018; 91: e2211–e2221.
- Diener HC, Dodick DW, Aurora SK, Turkel CC, DeGryse RE, Lipton RB, Silberstein SD, Brin MF, PREEMPT 2 Chronic Migraine Study Group. Onabotulinumtoxin A for treatment of chronic migraine: results from the double-blind, randomized, placebo-controlled phase of the PREEMPT 2 trial. *Cephalalgia* 2010 Jul;30(7):804-14.
- Do PT, Remmers T, Schytz HV, Schankin C, Nelson SE, Obermann M, Møller Hansen J, Sinclair AJ, Gantenbein AR, Schoonman GG. Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice: SNNOOP 10 list. *Neurology*. 2019 Jan 15;92(3):134-144.
- Dodick DW, Silberstein SD, Bigal ME, et al. Effect of fremanezumab compared with placebo for prevention of episodic migraine: A randomized clinical trial. *JAMA*. 2018; 319:1999-2008.

- GBD 2016 Headache Collaborators. 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* 2018 Nov;17(11):954-976.
- Global Burden of Disease (GBD) <http://www.healthdata.org>
- Grimaldi D, Nonino F, Cevoli S, Vandelli A, D'Amico R, Cortelli P. Risk stratification of non-traumatic headache in the emergency department. *J Neurol*. 2009 Jan;256(1):51-7.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* 2018, Vol. 38(1) 1–211
- Classificazione internazionale delle Cefalee – versione originale
- <https://ichd-3.org/>
- Classificazione internazionale delle Cefalee – versione italiana
- https://ichd-3.org/wp-content/uploads/2016/08/2128_versione-italiana-ichd-3-beta.pdf
- Linde M, Gustavsson A, Stovner LJ, Steiner TJ, Barré J, Katsarava Z, Lainez JM, Lampl C, Lantéri-Minet M, Rastenyte D, Ruiz de la Torre E, Tassorelli C, Andrée C. The cost of headache disorders in Europe: the Eurolight project. *Eur J Neurol* 2012 May; 19(5):703-11.
- Lipton RB, Goadsby P, Smith J, Schaeffler BA, Biondi DM, Hirman J, Pederson S, Allan B, Cady R. Efficacy and safety of eptinezumab in patients with chronic migraine: PROMISE-2. *Neurology* 2020 Mar 31;94(13): e1365-e1377.
- Muller KI, Alstadhaug KB, Bekklund SI A randomized trial of telemedicine efficacy and safety for non acute headaches. *Neurology*.2017; 89: 153-16
- Pozo-Rosich P, Ailani J, Ashina M, Goadsby P, Lipton RB, Reuter U, Guo H, Schwefel B et Al. Atogepant for the preventive treatment of chronic migraine (PROGRESS): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet* 2023 Sep 2;402(10404):775-785.
- Reuter U, Goadsby PJ, Lanteri-Minet M, Wen S, Hours-Zesiger P, Ferrari MD, Klatt P. Efficacy and tolerability of erenumab in patients with episodic migraine in whom two-to-four previous preventive treatments were unsuccessful: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3b study. *Lancet* 2018 392:2280–2287.
- Silberstein SD, Dodick DW, Bigal ME, et Al. Fremanezumab for the preventive treatment of chronic migraine. *N Engl J Med*. 2017; 377:2113-2122.19.
- Skljarevski V, Matharu M, Millen BA, et Al. Efficacy and safety of galcanezumab for the prevention of episodic migraine: Results of the EVOLVE-2 phase 3 randomized controlled clinical trial. *Cephalalgia* 2018; 38: 1442–1454.
- Stauffer VL, Dodick DW, Zhang Q, et Al. Evaluation of galcanezumab for the prevention of episodic migraine:The EVOLVE-1 randomized clinical trial. *JAMA Neurol* 2018; 75: 1015–1025.
- Steiner TJ, Antonaci F, Jensen R, Lainez MJA, Lanteri-Minet M, Valade D. Recommendations for headache service organisation and delivery in Europe. *J Headache Pain*. 2011 Aug; 12(4): 419–426.
- Telemedicine in neurology: Telemedicine Work Group of the American Academy of Neurology update. *Neurology* 2020 Jan 7;94(1):30-38.
- Tepper SJ, Diener HC, Ashina M, Brandes JL, Friedman DI, Reuter U, Cheng S, Nilsen J, Leonardi DK, Lenz RA, Mikol DD. Erenumab in chronic migraine with medication overuse: subgroup analysis of a randomized trial. *Neurology* 2019 92(20): e2309–e2320.
- Vermeulen MJ, Schull MJ. Missed diagnosis of subarachnoid hemorrhage in the emergency department. *Stroke*. 2007 Apr;38(4):1216-21.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS). Cefalea nell'adulto: Linee guida nazionali di riferimento per la prevenzione e la terapia. 2011.
- Linee di Indirizzo per il Triage in Pronto Soccorso (Agenas – Monitor n.29, 2012)
- Documento di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente con cefalea in Emilia Romagna - “percorso cefalea”. Delibere dalla Giunta Regionale del 02/12/2013. BUR Emilia Romagna 11/12/2013, allegato I.
- Piano di Rete delle Malattie Infettive della Regione Lazio, DCA U00540 del 12.11.2015
- Approvazione rete delle cefalee e percorso diagnostico-terapeutico per il soggetto con cefalea. Decreto del Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Calabria, DCA n. 9 del 14/01/2016.
- Linee di indirizzo nazionali sull'osservazione breve intensiva – OBI. A cura del Ministero della Salute. Anno 2019.
- Linee di Indirizzo Nazionali sul Triage Intraospedaliero (Accordo Stato-Regioni del 1° Agosto 2019 – Rep. N. Atti 143/CSR)
- Manuale regionale Triage intra-ospedaliero modello Lazio a cinque codici numerici/colore; elaborato dal gruppo regionale di lavoro sul triage modello Lazio, agosto 2019.
http://www.regione.lazio.it/rl_sanita/?vw=contenutidettaglio&id=359
- Elenco dei centri prescrittori degli anticorpi monoclonali anti CGRP. Registro Ufficiale Regione Lazio. 0686389.307-2020.
- Il percorso e la rete clinica della persona con cefalea o nevralgia cranio-facciale. Linee di indirizzo della Regione Toscana. BUR Toscana. Delibera n.1286 del 15 settembre 2020.
- Piano di Rete Ictus della Regione Lazio, Determina Regionale n. GI 1799 del 13.10.2020
- Determinazione 18 dicembre 2020, n. GI5691 “Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali - PDTA nella cronicità”.
- DECRETO 23 maggio 2022, n. 77 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22G00085) (GU Serie Generale n.144 del 22-06-2022)
- Determinazione n. G02706 del 28 febbraio 2023 «Programmazione regionale degli interventi di riordino territoriale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio, in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ed in applicazione del Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77, in coerenza con le Linee Guida generali di programmazione di cui alla Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643 e la Determinazione regionale 18206/2022: approvazione dei documenti prodotti dal Gruppo di lavoro regionale di cui alla Determinazione regionale n. GI4215 del 19 ottobre 2022.»
- Piano di Rete per la gestione della cefalea primaria cronica della Regione Lazio. Determinazione n. G02005/2025. BUR Lazio, n. 18, suppl. I del 04/03/2025.
- Determinazione Regione Lazio n.621 del 17 luglio 2025 “Approvazione delle Linee di indirizzo finalizzate al miglioramento della Governance per gli aspetti organizzativi e gestionali delle Centrali Operative della Regione Lazio. Implementazione dei processi di Transitional Care.”

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE INTEGRATA DELLA PERSONA CON CEFALIA A LIVELLO TERRITORIALE E OSPEDALIERO	PDTA CEFALIA	Rev. I del 21/10/2025	Pag. 31 di 33
---	--------------	-----------------------	---------------

APPENDICE I

INDICAZIONI E PROCEDURA PER IL TRATTAMENTO CON TOSSINA BOTULINICA

L'efficacia della tossina botulinica tipo A (*Onabotulinumtoxin A*) nella terapia dell'emicrania cronica è stata dimostrata vs placebo nei due studi RCT registrativi (Aurora et Al, 2010, Diener et Al, 2010).

Il trattamento deve essere riservato ai pazienti adulti (> 18 anni) che presentano entrambe le condizioni di seguito elencate:

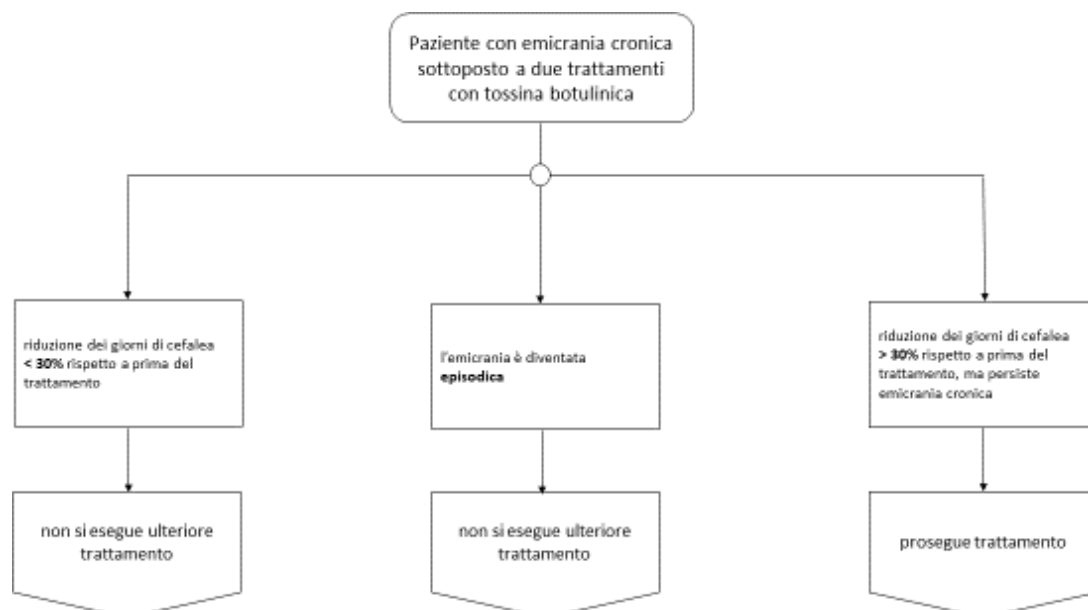
- **Diagnosi di emicrania cronica** (definita come cefalea per più di 15 gg/mese di cui almeno 8 gg. di emicrania, per almeno 3 mesi);
- **Fallimento** (per inefficacia o comparsa di effetti avversi) **o controindicazioni a almeno 3 delle seguenti terapie di profilassi** (assunte in monoterapia e/o in associazione in dosi adeguate per almeno 4 mesi ciascuna): **antiepilettici, beta-bloccanti, antidepressivi triciclici, calcio-antagonisti, anti-istaminici.**

Dopo aver eseguito due trattamenti con la tossina e prima di decidere se eseguire il terzo deve essere valutata la risposta clinica nel modo seguente:

- se il numero di giorni di cefalea **non si è ridotto di almeno il 30%** rispetto ai giorni di cefalea prima di iniziare il trattamento con la tossina botulinica, **non si esegue nessun ulteriore trattamento;**
- se il numero di giorni di cefalea **si è ridotto di più del 30%** rispetto ai giorni di cefalea prima di iniziare il trattamento con la tossina botulinica (ma permane maggiore di 15 giorni al mese), si prosegue con una **nuova somministrazione** fino a quando l'emicrania da cronica si trasforma in episodica;
- se l'emicrania è divenuta **episodica** (meno di 15 gg di cefalea /mese per almeno 3 mesi) **non si esegue nessun ulteriore trattamento.**

Un nuovo ciclo di trattamento con la tossina botulinica sarà possibile per i pazienti che hanno risposto al trattamento qualora si ripresenti la cefalea con le caratteristiche di emicrania cronica.

Diagramma di flusso 6. Gestione dei pazienti con emicrania cronica con tossina botulinica



APPENDICE 2

INDICAZIONI E PROCEDURA PER IL TRATTAMENTO CON ANTICORPI MONOCLONALI ANTI CGRP E CON GEPANTI

L'efficacia degli **anticorpi monoclonali anti CGRP** (erenumab, fremanezumab, galcanezumab, eptinezumab) e dei **gepanti** (atogepant, rimegepant) nella profilassi dell'emicrania episodica e cronica è stata dimostrata vs placebo negli studi RCT registrativi (Detke et Al 2018, Dodick et Al 2018, Reuter et Al 2018, Skljarevski et Al 2018, Silberstein et Al 2017, Stauffer et Al 2018, Tepper et Al 2019, Ashina et Al 2020, Lipton et Al, Ailani et Al 2021, Pozo-Rosich et Al 2023, Croop et Al 2019, Croop et Al 2021)).

Il trattamento deve essere riservato ai pazienti adulti (> 18 anni) che presentano le condizioni di seguito elencate:

- **Diagnosi di emicrania cronica** (definita come cefalea per più di 15 gg/mese di cui almeno 8 gg. di emicrania al mese, per almeno 3 mesi; oppure **diagnosi di emicrania episodica** (con almeno 8 gg. di emicrania al mese, per almeno 3 mesi),
- **MIDAS** $\geq$ 11
- **Fallimento** (per inefficacia dopo 6 settimane di terapia o comparsa di effetti avversi) **o controindicazioni a almeno 3 delle seguenti terapie di profilassi:**
 - **antiepilettici** (topiramato, valproato, gabapentin, altri),
 - **beta-bloccanti** (metoprololo, propranololo, atenololo, timololo, altri),
 - **antidepressivi triciclici** (amitriptilina, altri),
 - **tossina botulinica tipo A** (nel caso di emicrania cronica).
- **Riguardo agli anticorpi monoclonali anti CGRP, assenza di patologie cardio-vascolari** (ipertensione non controllata, angina instabile/infarto miocardico, TIA/ischemia cerebrale, eventi tromboembolici, recente bypass aortocoronarico o altre procedure di rivascularizzazione).
- **Riguardo ai gepanti, assenza di patologie renali o epatiche.**

La durata del ciclo di trattamento è di almeno 12 mesi.

Successivamente l'indicazione alla continuazione del trattamento deve essere valutata in base alla risposta clinica.