

**Regione Emilia Romagna**  
**Documento del gruppo di lavoro regionale**  
**(Abstract)**

**Cefalea: processi assistenziali e sostenibilità**

Luigi Alberto Pini

Presidente Società Italiana per lo Studio delle Cefalee

Roma 19-12-2012

Epidemiologia:

**Prevalenza life-time**      **70% F**      **61% M**

**Età**      **30-50 anni**

**OMS 12° posto per anni di vita persi per disabilità?**

**8° posto per emicrania**

**Tipi di cefalea**

**Emicrania**      **30% F**      **15% M**

**Cefalea tensiva**      **80% F**      **70% M**

**Cefalea a grappolo**      **0.2% M**

**CCQ**      **2% F**      **0.5% M**

**Costi globali 3,5 Miliardi di €/anno in Italia**

*Principi per la corretta gestione del paziente cefalalgico*

“Prendersi cura” della persona con cefalea significa non solo curare la malattia ma supportare la persona nella sua globalità, al fine di migliorare la qualità di vita del singolo individuo e della collettività in cui è inserito.

A livello europeo è stato sancito che il progresso nella gestione del paziente cefalalgico dipende dal miglioramento dell'accesso alle strutture sanitarie competenti supportato da programmi di educazione nel campo della diagnosi e della cura delle cefalee (Intern Emerg Med 2008). Tale miglioramento prevede che il paziente sia al centro di un percorso che comporta un'organizzazione delle competenze e dei servizi in base ai livelli di necessità di cura. Alla luce della notevole prevalenza dei disturbi cefalalgici, e della necessità di garantire a tutta la popolazione un'assistenza adeguata con rispetto dei costi, l'European Headache Federation in collaborazione con la campagna

dell'OMS denominata *Lifting The Burden*, suggerisce una organizzazione dei servizi in tre livelli. Dati epidemiologici suggeriscono che la maggioranza dei pazienti cefalalgici può essere efficacemente trattata al primo livello (medicina di base, pronto soccorso in casi selezionati) e solo una quota minore necessita specializzazioni superiori quali la consulenza neurologica o l'ambulatorio con neurologo specializzato nella diagnosi e cura delle cefalee (secondo livello) e il centro cefalee accademico (terzo livello). E' stato calcolato che l'equivalente di un medico a tempo pieno è sufficiente per trattare efficacemente le necessità di una popolazione di 35.000 persone al primo livello, di 200.000 persone al secondo livello, e di 2.000.000 al terzo livello.

I vantaggi di tale sistema stratificato per livelli e fondato sulla competenza del neurologo coniuga accessibilità, appropriatezza, economia, gestione "patient-centered" di una patologia spesso con rilevanti implicazioni multidisciplinari sia per la diagnosi che per i trattamenti.

Migliorare il governo clinico per le cefalee richiede una analisi approfondita della situazione nazionale che appare variegata. Infatti per le cefalee valgono le stesse problematiche che si sono riscontrate per la classificazione e trattamento del dolore cronico non oncologico.

Considerato che nelle tabelle ministeriali per la valutazione dell'invalidità civile non esistono riferimenti utilizzabili per le cefalee, il gruppo di lavoro lombardo ha suggerito i criteri per emanare la Circolare della Giunta Regionale n. 30 del 14/12/2006 denominata "Indicazioni operative per la valutazione delle cefalee nell'ambito dell'invalidità civile". E' importante rilevare come i criteri per la valutazione percentuale delle cefalee nell'ambito dell'invalidità civile siano formulati secondo specifici quadri clinici considerando le caratteristiche di frequenza, durata, intensità e di risposta al trattamento (tabella 1). Inoltre, vista l'esigenza di una corretta definizione clinica in assenza di indagini strumentali o test con valore diagnostico per le cefalee, la circolare sancisce che siano i Centri per le Cefalee di rilevanza nazionale a produrre le certificazioni da presentare alle Commissioni delle ASL, dopo un periodo di osservazione del caso di almeno un anno. I criteri di accreditamento dei centri cefalee ai fini della possibilità di erogare i certificati di "attestazione di malattia" sono stati definiti dal gruppo di lavoro regionale in accordo con i maggiori specialisti del settore. La SISC h ha definito i criteri per codificare i Centri Cefalee e tale codifica ha anche un riscontro internazionale legato al riconoscimento dell'European Headache Federation.

A livello nazionale la normativa risulta carente e la cefalea non è inserita nell'elenco nosologico delle malattie sociali. Per ovviare a questa mancanza, il Consiglio Regionale del Veneto ha recentemente presentato in Parlamento una proposta di legge statale dal titolo "Disposizioni per il riconoscimento della cefalea primaria cronica come malattia sociale" (progetto di legge n. 4772 del 10 novembre 2011) grazie alla quale le persone afflitte da cefalea pressoché quotidianamente

vedrebbero riconosciuto l'impatto sociale della loro malattia. Con il suddetto progetto di legge viene presa in considerazione la cefalea primaria cronica, caratterizzata dalla continuità nel tempo e comprendente le seguenti forme diagnostiche: emicrania cronica, cefalea cronica quotidiana con e senza iperuso di analgesici, cefalea a grappolo cronica, emicrania parossistica cronica, cefalea nevralgiforme unilaterale di breve durata con arrossamento oculare e lacrimazione (SUNCT) ed emicrania continua. L'inclusione nell'elenco delle malattie sociali della cefalea cronica comporterà la promozione di centri ad essa dedicati, volti alla ricerca, alla profilassi e prevenzione ed all'educazione sanitaria.

Di rilevante importanza dal punto di vista normativo è la legge 38/2010, "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", una norma che cambia lo scenario nel governo clinico del dolore. Le cefalee primarie rappresentano una notevole percentuale delle condizioni patologiche correlate al cosiddetto dolore cronico non-oncologico, e condividono fra loro elementi di fisiopatologia, modelli e tecniche di studio e strategie di intervento farmacologico e non-farmacologico. Pertanto la legge 38/2010 rappresenta un'opportunità per l'organizzazione del governo clinico delle cefalee, promuovendo la creazione di reti regionali e nazionali dei centri specialistici e di percorsi diagnostico-terapeutici (PDT) locali. Questa legge inoltre dovrà supportare l'interazione reciproca tra reti dedicate alla cefalea e le reti di terapia del dolore, promuovendo procedure innovative e sperimentali nel campo delle cefalee croniche refrattarie alle usuali terapie.

In una ottica di coinvolgimento e condivisione dei PDT con i MMG la Regione Emilia-Romagna ha approvato e finanziato un progetto educativo strutturato in moduli in parte come FAD e in parte come gruppi di lavoro.

A quanto ci consta questo processo culturale ha il benestare del Ministero della Salute che considera la cefalea cronica quotidiana un dolore cronico benigno invalidante. Il Ministero ha confermato il recepimento di questa linea con l'avvertenza che ogni Regione si organizzerà secondo le proprie caratteristiche ed esigenze.

Alla luce dei dati presentati, l'appropriatezza di accesso alla cura della persona cefalalgica deve essere garantita dall'implementazione di PDT specifici, fondati su linee guida nazionali ed internazionali adattate alle singole realtà regionali e aziendali. Tali percorsi dovrebbero essere costituiti secondo il modello stratificato in livelli di assistenza dipendenti dalla complessità diagnostica e terapeutica e quindi integrati al modello Hub and Spoke delle reti dei centri specialistici.

Sebbene in singole aziende locali esistano già diversi PDT dedicati al paziente cefalalgico, a livello regionale non sono ancora operativi percorsi che rendano omogeneo l'accesso alle cure in tutto il territorio.

In Regione Emilia Romagna si è da poco conclusa la stesura di un documento a cura del Gruppo di lavoro Regionale Cefalee dal titolo "Percorso Cefalea. Documento di indirizzo regionale per l'assistenza integrata al paziente con cefalea" (tabella 2). Il percorso proposto, partito dall'analisi delle attività strutturate dedicate alle cefalee già presenti sul territorio, è stato organizzato a seconda dell'urgenza di presentazione e della gravità della malattia perseguendo il modello dei livelli di assistenza. Le modalità di ingresso della persona con cefalea nel percorso prevedono una gestione in acuto in PS ed una gestione ordinaria a livello territoriale comprendente le cure primarie (primo livello), gli ambulatori cefalea nell'ambito della neurologia territoriale (secondo livello) ed i centri cefalee propriamente detti (terzo livello). Il documento delinea requisiti minimi essenziali per ogni azienda e per le Aree Vaste in cui è suddivisa la Regione Emilia Romagna. Nell'ambito aziendale il MMG, in caso di dubbio diagnostico o di difficoltà terapeutica, deve avere la garanzia di accesso a consulenze specialistiche (es. neurologica presso ambulatorio dedicato con presenza di esperti nella diagnosi e trattamento delle cefalee, neurochirurgica, psichiatrica) possibilmente secondo percorsi diagnostico-terapeutici aziendali. Nell'ambito di Area Vasta deve essere operativo almeno un centro cefalee (terzo livello): si stima infatti che il 10% delle persone giunte al secondo livello necessitino di modalità diagnostiche e terapeutiche avanzate da eseguire in un centro cefalee altamente specializzato (Intern Emerg Med 2008). Gli ambulatori cefalee di ogni azienda potranno quindi avvalersi della consulenza del centro cefalee di terzo livello della propria Area Vasta in caso di pazienti da sottoporre a terapie innovative e sperimentali o in caso di pazienti affetti da: cefalee primarie che non hanno risposto alle principali terapie di profilassi farmacologica e non, cefalee rare genetiche o metaboliche (es. Eemicrania emiplegica familiare, CADASIL, MELAS e altre mitocondriopatie), complicanze dell'emigrania (ictus emigranico, stato di male emigranico), cefalee del gruppo 4 della Classificazione Internazionale delle Cefalee (Cefalea trafittiva primaria, cefalea da tosse primaria, cefalea da sforzo primaria, cefalea associata all'attività sessuale primaria, cefalea ipnica, hemicrania continua, thunderclap headache primaria), cefalee autonomico-trigeminali (cefalea a grappolo, hemicrania parossistica, SUNCT) e cefalee croniche con iperuso di analgesici se non risolte al secondo livello.

I centri di terzo livello identificati per cultura e know-how, presenti in ogni area vasta per soddisfare la numerosità della popolazione emiliano - romagnola, sono: l'UOSD Centro Cefalee, Dipartimento di Neuroscienze, Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma e l'UOS Centro Cefalee e Abuso di

farmaci, Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena per l'Area Vasta Nord comprendente le attuali provincie di Piacenza, Parma, Reggio-Emilia e Modena; l'IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna per l'Area Vasta Centro comprendente le provincie di Bologna e Ferrara; il Centro Cefalee dell'UO Neurologia, AUSL di Ravenna per l'Area Vasta Romagna. l'IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna sarà coordinatore delle le strutture regionali dedicate alla diagnosi e cura delle cefalee e avrà il compito di istituire una Registro Regionale per la valutazione dell'appropriatezza degli interventi di neurostimolazione per le cefalee croniche farmacoresistenti. I Centri Cefalee dovranno essere collegati in rete per la condivisione di protocolli diagnostici, terapeutici e sperimentali. I Centri Cefalee dovranno inoltre occuparsi della formazione e aggiornamento per coloro che operano nei diversi livelli, con diverse competenze e professionalità, e per i MMG.

Gli ambulatori ed i centri cefalee dovranno collegarsi con la Rete Regionale di Terapia del Dolore grazie alla creazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare coordinato a livello Regionale. E' necessario, infatti, garantire percorsi diagnostici e terapeutici condivisi tra algologia, centri di terapia del dolore e centri cefalee per garantire la presa in carico e il corretto trattamento delle cefalee secondarie cervicogeniche, le algie faciali atipiche e le forme croniche resistenti al trattamento farmacologico.

E' importante sottolineare che, per garantire la continuità assistenziale il documento emiliano-romagnolo prevede che, terminato l'iter diagnostico-terapeutico, il Neurologo o il Medico del Centro/Ambulatorio Cefalee deve riaffidare il paziente al MMG, tramite relazione clinica comprensiva di indicazioni terapeutiche. Il MMG potrà riavvalersi del percorso in caso d'insuccesso terapeutico o variazioni del quadro clinico.

In Lombardia, in ottemperanza alla legge 38/2010, è stato creato un Gruppo di Approfondimento Tecnico che ha lo scopo di realizzare una rete di terapia del dolore e specifici PDT. La presenza di neurologi specialisti nel campo delle cefalee al suddetto tavolo regionale ha portato alla separazione del dolore cefalalgico dalla patologia da dolore neuropatico con la possibilità conseguente di realizzare una rete Cefalee Regionale. Attualmente sul territorio regionale lombardo i centri di riferimento riconosciuti sono la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C. Besta di Milano; la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C. Mondino di Pavia e l' Azienda Spedali Civili di Brescia. I Centri regionali dell'Istituto Neurologico C. Besta e Mondino di Pavia coordinano una rete di centri cefalee che erogano prestazioni specialistiche, diagnostiche e terapeutiche sia a livello ambulatoriale che di ricovero utilizzando percorsi diagnostico-terapeutici simili. Il Gruppo di Approfondimento Tecnico sta elaborando un documento finale, la cui stesura è prevista entro la fine dell'anno in corso, che conterrà i requisiti minimi e le modalità organizzative necessarie per

l'accreditamento delle strutture di assistenza finalizzate sia alle cure palliative e alla terapia del dolore, sia alla cura dei pazienti affetti da patologia cefalalgia.

Per quanto riguarda la situazione nelle altre regioni italiane segnaliamo una situazione interessante nella Regione Calabria, dove un gruppo di specialisti responsabili di diversi centri cefalee hanno contattato la Regione per realizzare una rete di centri cefalee che potesse fornire un servizio coordinato alla popolazione. Con la venuta della Legge 38/2010 tale percorso si è integrato con quello delle terapie del dolore e attualmente è aperto un tavolo tecnico il cui modello è quello di considerare la rete regionale della cefalea cronica una subarticolazione nella rete della terapia del dolore cronico benigno.

Nella Regione Veneto è in programma l'apertura di un tavolo tecnico tra neurologi e responsabili dei centri cefalee e i responsabili dei centri per la terapia del dolore.

Nel Lazio sono attivi al momento PDT integrati alla Rete Regionale Dolore Cronico Non Oncologico a livello aziendale (ASL Roma), secondo il modello hub and spoke con coinvolgimento dei MMG. Il progetto "Cefalee" della ASL RM G prevede specifici percorsi diagnostici terapeutici per le cefalee, che prevedono un collegamento a doppio binario tra MMG e Spoke della rete del dolore cronico. Sono inoltre organizzati, a cura dell' Hub Policlinico Umberto I Corsi di formazione per i MMG referenti.

I PDT dedicati alla persona affetta da cefalea garantiranno l'aggiornamento costante degli operatori coinvolti e un'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse tramite il miglioramento dell'appropriatezza. Inoltre, al fine di valutare l'appropriatezza di tali percorsi dovranno essere promosse iniziative di audit clinico organizzativo a favore di un migliore trattamento e alla presa in carico di un maggior numero di persone.

#### *Strategie terapeutiche delle cefalee primarie*

Il trattamento sintomatico e preventivo delle cefalee primarie si avvale dell'impiego di numerosi farmaci le cui modalità d'uso sono definite in linee guida specifiche che rappresentano il bagaglio culturale indispensabile per i medici che si occupano della gestione di persone affette da cefalea. Nell'ambito dei PDT dedicati alle persone affette da cefalea primaria devono essere previste le seguenti strategie terapeutiche:

- trattamento sintomatico
- trattamento preventivo farmacologico
- trattamento preventivo non farmacologico

-disassuefazione dall'overuse di farmaci sintomatici in caso di cefalee croniche

Il trattamento sintomatico serve per bloccare il singolo attacco, togliere il dolore e i sintomi associati e consentire alla persona di riprendere le normali attività. E' indicato in tutte le forme di cefalea primaria.

La terapia preventiva farmacologica e non farmacologica ha come obiettivi la riduzione del numero di giorni di cefalea al mese, della durata e dell'intensità delle crisi residue e il miglioramento della risposta ai farmaci sintomatici; in generale, consente di ridurre la disabilità determinata dal mal di testa e di migliorare la qualità di vita dei soggetti affetti. Quando indicato, il trattamento si protrae per alcuni mesi e può essere ripetuto ciclicamente. Le indicazioni cliniche per la terapia di profilassi sono differenti nelle diverse forme di cefalea primaria e sono definite in linee guida specifiche (AGENAS, SISC, SIGN, BASH, AAN, EFNS). Il trattamento preventivo farmacologico dell'emigrania è indicato quando il soggetto presenta 3-4 o più episodi al mese e quando il trattamento sintomatico non è efficace, è controindicato o viene assunto con eccessiva frequenza (overuse). I farmaci indicati appartengono a varie categorie farmacologiche:  $\beta$ -bloccanti, calcio-antagonisti, antidepressivi triciclici, antiepilettici, serotoninergici. La scelta del farmaco da utilizzare deve essere basata sul profilo degli effetti collaterali e sulla presenza di altre patologie nel soggetto emigranico. La terapia deve essere proseguita per periodi di almeno 4-6 mesi prima di giudicarne la risposta ed è molto utile istruire il paziente all'uso regolare del Diario della cefalea al fine di valutare l'effettiva ricorrenza delle crisi e l'utilizzo dei sintomatici.

Un'importante innovazione nel campo della profilassi è l'utilizzo di tossina botulinica, da riservare a pazienti affetti da emigrania cronica. In caso di cefalee croniche refrattarie alle terapie mediche è infine indicato l'utilizzo della neurostimolazione. L'impianto di neurostimolatori è al momento eseguito in diversi centri specialistici sul territorio nazionale.

Purtroppo la prescrizione di farmaci utilizzanti nella profilassi delle cefalee primarie è complicata dal loro utilizzo off-label. L'art. 1, comma 796, lettera Z, Legge 296/2006 stabilisce che il ricorso, con carattere diffuso e sistematico a terapie farmacologiche a carico del SSN al di fuori delle condizioni di Autorizzazione all'immissione in commercio non sia possibile nell'ambito di strutture o trattamenti sanitari, per la cura di patologie "per le quali risultino autorizzati farmaci recanti specifica indicazione al trattamento". Nell'ambito del trattamento preventivo dell'emigrania il problema si pone frequentemente per l'utilizzo di alcuni  $\beta$ -bloccanti (es. atenololo) e dell'acido valproico, che sono inseriti tra i farmaci di prima scelta nelle principali linee guida nazionali e internazionali, ma non hanno l'indicazione per la cefalea in scheda tecnica. Ancora più difficoltosa è la situazione relativa alla cefalea a grappolo in cui solo il carbonato di litio ha l'indicazione per

questa patologia. Il verapamil, considerato di prima scelta sia nella forma episodica che in quella cronica, e il prednisone non vedono la cefalea a grappolo tra le indicazioni.

Infine, le terapie non farmacologiche possono affiancare il trattamento farmacologico dell'emicrania e della cefalea tensiva, e devono essere preferite ai farmaci in casi particolari quali l'intolleranza o gravi effetti collaterali ai farmaci prescritti, l'età pediatrica, l'età avanzata con altre politerapie, la preferenza del paziente e la gravidanza. I trattamenti preventivi non farmacologici che si sono dimostrati efficaci in questo ambito sono rappresentati dall'agopuntura e da tecniche di psicofisiologia quali il biofeedback.

Purtroppo in Italia l'utilizzo delle terapie di profilassi prima dell'accesso a centri cefalee di terzo livello è limitato al 4% delle persone affette da emicrania, sebbene sia stato dimostrato che almeno il 30% degli affetti necessita di tali terapie. Il sottotrattamento indubbiamente rappresenta un peggioramento della qualità di vita nella popolazione colpita dalla malattia. Inoltre, sebbene il clinico abbia a disposizione diverse opportunità terapeutiche, la percentuale di pazienti affetti da forme croniche non rispondenti ai trattamenti, o afflitti dagli effetti collaterali degli stessi, rimane elevata. Il trattamento di queste forme, generalmente aggravate da un uso eccessivo di analgesici, oramai è diventato il problema principale dei Centri Cefalee. L'innovazione terapeutica nel campo delle cefalee croniche rappresenta una priorità al fine di fornire al paziente la possibilità di tornare a forme episodiche decisamente meno impattanti sulla qualità di vita.

I PDT dedicati ai pazienti cefalalgici potranno migliorare l'accesso alle cure e servire da volano alla diffusione delle innovazioni terapeutiche su tutto il territorio nazionale. Tabella 1. Tabella per la valutazione percentuale delle cefalee nell'ambito dell'invalidità civile. Bollettino della Regione Lombardia n. 3 del 15/1/2007. Diagnosi secondo criteri della Classificazione Internazionale delle Cefalee (ICHD-2)

<b>0-15%</b>	<b>16-30%</b>		<b>31-46%</b>
<b>A)</b> <b>FORME EPISODICHE A FREQUENZA DI ATTACCHI MEDIO-BASSA E SODDISFACENTE RISPOSTA AL TRATTAMENTO</b>	<b>B1)</b> <b>FORME EPISODICHE A FREQUENZA DI ATTACCHI MEDIO-ALTA E SCARSA RISPOSTA AL TRATTAMENTO</b>	<b>B2)</b> <b>FORME CRONICHE CON RISPOSTA PARZIALE AL TRATTAMENTO</b>	<b>C)</b> <b>FORME CRONICHE REFRATTARIE AL TRATTAMENTO</b>
Emicrania senza e con aura	Emicrania senza e con aura	Emicrania Cronica	Emicrania Cronica
Cefalea di tipo tensivo frequente	Cefalea di tipo tensivo	Cefalea cronica quotidiana con o senza uso eccessivo di	Cefalea cronica quotidiana con o senza uso eccessivo di

		analgesici	analgesici
Cefalea a grappolo episodica	Cefalea a grappolo episodica	Cefalea a grappolo cronica	Cefalea a grappolo cronica
Hemicrania parossistica episodica	Hemicrania parossistica episodica	Hemicrania parossistica cronica	Hemicrania parossistica cronica
Nevralgia del trigemino classica e altre nevralgie del capo	Nevralgia del trigemino classica e altre nevralgie del capo	SUNCT (Short lasting unilateral neuralgia with conjunctival injection and tearing)	SUNCT
		Hemicrania Continua	Hemicrania Continua
		NDPH (New daily persistent headache)	NDPH
		Nevralgia del trigemino classica e altre nevralgie del capo	Nevralgia del trigemino classica e altre nevralgie del capo

Fig 1

---

**Risultati attesi dalla corretta gestione dei pazienti cefalalgici**

---

- miglioramento della qualità di vita del paziente affetto da cefalea
- miglioramento del management della cefalea (in emergenza ed in gestione ordinaria)
- presa in carico del paziente cefalalgico
- riduzione dei costi (meno esami e terapie inappropriate)
- riduzione delle liste di attesa nei centri cefalee
- riduzione del numero delle visite specialistiche, urgenti e non, inappropriate
- formazione del MMG e dei neurologi del territorio nell'ambito delle cefalee

---

**I principali obiettivi da perseguire:**

---

- Garantire un percorso codificato per la diagnosi differenziale tra cefalea primaria e secondaria a tutti i pazienti adulti con cefalea non traumatica
  - Garantire un rapido sollievo della sintomatologia al paziente con cefalea primaria, attraverso l'adozione dei protocolli terapeutici basati sull'evidenza scientifica
  - Garantire il follow-up del paziente dopo la dimissione dal Pronto Soccorso (PS) con diagnosi di cefalea primaria
  - Definire il percorso di cura nell'ambito territoriale del paziente con cefalea non traumatica
  - Garantire l'accesso ai livelli superiori di cura secondo necessità/complessità del paziente
-



Tabella 2. **Requisiti minimi essenziali secondo il modello della Regione Emilia-Romagna**

**Nell'ambito aziendale deve esserci la garanzia di accesso a:**

- PS
- Esami neuroradiologici convenzionali (TC encefalo, RM cerebrale)
- Ecodoppler vasi epiaortici
- Dosaggio farmaci (es. litiemia)
- Protocolli per la disassuefazione da farmaci a domicilio
- Assistenza psicologica
- Ambulatorio dedicato alle cefalee con personale competente
- Consulenza per accesso al terzo livello, in caso di necessità, secondo percorsi sovra-aziendali concordati.

**Nell'ambito sovra-aziendale/area vasta i centri cefalee devono garantire:**

- Disponibilità di esami neuroradiologici convenzionali e complessi (TAC encefalo, Angio TC cerebrale, RM cerebrale e Angio RM arteriosa e venosa, tecniche speciali di RM come ad es. spettroscopia e diffusione, neuroradiologia interventistica, angiografia) secondo protocolli concordati;
- Esami neurofisiologici (EEG di routine e dopo privazione ipnica, video-poligrafia);
- Ecodoppler vasi epiaortici;
- Protocolli per l'esecuzione di consulenza genetica, indagini di genetica molecolare, biochimiche e biotiche orientate allo studio di cefalee rare o metaboliche: es. Eemicrania emiplegica familiare, Arteriopatia Cerebrale Autosomica Dominante con Infarti Sottocorticali e Leucoencefalopatia (CADASIL), Encefalomiopatia Mitocondriale con Acidosi Lattica e episodi simili a Ictus (MELAS) ed altre mitocondriopatie;
- Protocolli per la disassuefazione da farmaci in regime di ricovero ordinario o, in casi a bassa necessità terapeutica, di day hospital (DH) e/o di day service (DS);
- Dosaggio farmaci (es. litiemia);
- Protocolli per l'assistenza psicologica;
- Disponibilità di protocolli terapeutici speciali e/o innovativi (es. infiltrazione con tossina botulinica quando ne sarà approvata l'indicazione d'uso), infiltrazione selettiva di farmaci, test farmacologici e.v., terapie non farmacologiche) compresa la partecipazione a trial di ricerca sull'efficacia di nuovi trattamenti;
- personale competente

## Bibliografia

- Circolare della Giunta Regionale n. 30 del 14/12/2006. Indicazioni operative per la valutazione delle cefalee nell'ambito dell'invalità civile. Bollettino della Regione Lombardia n. 3 del 15/1/2007
- Proposta di legge n. 4772 del 10 novembre 2011, d'iniziativa del Consiglio Regionale del Veneto. Disposizioni per il riconoscimento della cefalea primaria cronica come malattia sociale. Atti Parlamentari, Camera dei Deputati. XVI Legislatura.
- Cevoli S, Cortelli P. Italian Law "measures to guarantee the access to palliative and pain treatments": rebound on headaches' management. *Neurol Sci.* 2011 May;32 Suppl 1:S77-9.
- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.na.s). Cefalea nell'adulto: Linee guida nazionali di riferimento per la prevenzione e la terapia. 2011.
- Antonaci F, Valade D, Lanteri-Minet M, Láinez JM, Jensen R, Steiner TJ; European Headache Federation and Lifting The Burden: the Global Campaign to Reduce the Burden of Headache Worldwide. Proposals for the organisation of headache services in Europe. *Intern Emerg Med* 2008 Oct;3 Suppl 1:S25-8.
- Bendtsen L, Evers S, Linde M, Mitsikostas DD, Sandrini G, Schoenen J; EFNS. EFNS guideline on the treatment of tension-type headache - report of an EFNS task force. *Eur J Neurol.* 2010; 17(11):1318-25.
- Cevoli S, D'Amico D, Martelletti P, Valguarnera F, Del Bene E, De Simone R, Sarchielli P, Narbone M, Testa L, Genco S, Bussone G, Cortelli P. Underdiagnosis and undertreatment of migraine in Italy: a survey of patients attending for the first time 10 headache centres. *Cephalalgia.* 2009;29(12):1285-93.
- Evers S, Afra J, Frese A, Goadsby PJ, Linde M, May A, Sandor PS. EFNS guideline on the drug treatment of migraine – revised report of an EFNS task force *Eur J Neurol* 2009; 16: 968–981
- Evers S, Goadsby PJ, Jensen R, May A, Pascual J, Sixt G. Treatment of miscellaneous idiopathic headache disorders (group 4 of the IHS classification) – Report of an EFNS task force *Eur J Neurol* 2011; 18: 803–812
- Evers S, Jensen R; European Federation of Neurological Societies. Treatment of medication overuse headache--guideline of the EFNS headache panel. *Eur J Neurol.* 2011 Sep;18(9):1115-21.
- Guidelines for All Healthcare Professionals in the Diagnosis and Management of Migraine, Tension-Type, Cluster and Medication-Overuse Headache. British Association for the Study of Headache (BASH), 2007

- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2<sup>nd</sup> edn. Cephalalgia 2004; 24 Suppl 1:1-160
- Holland S, Silberstein SD, Freitag F, Dodick DW, Argoff C, Ashman E; Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. Evidence-based guideline update: NSAIDs and other complementary treatments for episodic migraine prevention in adults: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. Neurology. 2012;78(17):1346-53.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Diagnosis and management of headache in adults. 2008
  - Silberstein SD, Holland S, Freitag F, Dodick DW, Argoff C, Ashman E; Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. Evidence-based guideline update: pharmacologic treatment for episodic migraine prevention in adults: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. Neurology. 2012;78(17):1337-45.
  - Società Italiana per lo studio delle Cefalee. Linee Guida per la Terapia delle Cefalee Primarie. 2011
  - Luigi Alberto Pini, Paola Sarchielli, Giorgio Zanchin. Trattato Italiano delle Cefalee , Centro Scientifico Editore, Torino 2010.