



REGIONE CALABRIA

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA

(per l'attuazione del vigente piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese secondo i Programmi Operativi di cui all'art. 2, comma 88, della Legge 23 Dicembre 2009 n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12 Marzo 2015)

D.C.A. n. **9** del **14 GEN. 2016**

OGGETTO: Approvazione rete delle cefalee e percorso diagnostico-terapeutico per il soggetto con cefalea – Programma 14.4) - P.O. 2013-2015.

Il Dirigente del Servizio n.

**Dr.ssa Maria Pompea Bernardi**

Il Dirigente del Settore n. 5

**Dr.ssa Rosalba Barone**

Il Dirigente Generale

**Prof. Riccardo Fatarella**

Publicato sul Bollettino Ufficiale  
della Regione Calabria n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**REGIONE CALABRIA**  
**IL COMMISSARIO AD ACTA**

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

**VISTO** l'articolo 120 della Costituzione;

**VISTO** l'articolo 8, comma 1, della legge 5 Giugno 2003, n.131;

**VISTO** l'articolo 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1° Ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 Novembre 2007, n. 222;

**VISTO** l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, firmato tra il Ministro della salute, il Ministro dell'Economia e delle finanze e il Presidente *pro tempore* della regione in data 17 dicembre 2009, poi recepito con DGR N. 97 del 12 febbraio 2010;

**RICHIAMATA** la Deliberazione del 30 Luglio 2010, con la quale, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Presidente *pro tempore* della Giunta della Regione Calabria è stato nominato Commissario *ad acta* per la realizzazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario di detta Regione e sono stati contestualmente indicati gli interventi prioritari da realizzare;

**RILEVATO** che il sopra citato articolo 4, comma 2, del decreto legge n. 159/2007, al fine di assicurare la puntuale attuazione del Piano di rientro, attribuisce al Consiglio dei Ministri – su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni - la facoltà di nominare, anche dopo l'inizio della gestione commissariale, uno o più sub commissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

**VISTO** l'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, il quale dispone che per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della predetta legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale.

**VISTI** gli esiti delle riunioni di verifica dell'attuazione del Piano di rientro, da ultimo della riunione del 28 ottobre e del 12 novembre 2014 con particolare riferimento all'adozione dei Programmi operativi 2013-2015;

**VISTO** il Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) ed, in particolare l'articolo 12 di detta Intesa;

**VISTA** la legge 23 dicembre 2014, n. 190 (in particolare, l'articolo 1, commi da 569 a 572) che recepisce quanto disposto dal Patto per la salute 2014-2015 di cui alla citata Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) statuendo che la nomina a Commissario *ad acta* per cui è deliberazione è incompatibile con qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento;

**VISTA** la nota prot. n.298/UCL397 del 20 marzo 2015 con la quale il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha trasmesso alla Regione Calabria la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 12.3.2015 con la quale è stato nominato l'Ing. Massimo Scura quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni;

**VISTA** la medesima Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015 con la quale è stato nominato il Dott. Andrea Urbani *sub* Commissario unico nell'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della regione Calabria con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

**RILEVATO** che con la anzidetta Deliberazione è stato assegnato al Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro l'incarico prioritario di adottare e ed attuare i Programmi operativi e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente, con particolare riferimento alle seguenti azioni ed interventi prioritari:

- 1) adozione del provvedimento di riassetto della rete ospedaliera, coerentemente con il Regolamento sugli standard ospedalieri di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 2014 e con i pareri resi da Ministeri affiancanti, nonché con le indicazioni formulate dai Tavoli tecnici di verifica;
- 2) monitoraggio delle procedure per la realizzazione dei nuovi Ospedali secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria regionale;
- 3) adozione del provvedimento di riassetto della rete dell'emergenza urgenza secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
- 4) adozione del provvedimento di riassetto della rete di assistenza territoriale, in coerenza con quanto specificatamente previsto dal Patto per la salute 2014-2016;
- 5) razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale;
- 6) razionalizzazione e contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi;
- 7) interventi sulla spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera al fine di garantire il rispetto dei vigenti tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale;
- 8) definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni, con l'attivazione, in caso di mancata stipulazione del contratto, di quanto prescritto dall'articolo 8-*quinquies* comma 2-*quinquies*, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie, nel rispetto di quanto disposto dall'art. 15 comma 17, del decreto-legge n. 95 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 2012;
- 9) completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
- 10) attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali mediante adeguamento della vigente normativa regionale;
- 11) interventi sulla spesa relativa alla medicina di base;
- 12) adozione dei provvedimenti necessari alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti;
- 13) rimozione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009, dei provvedimenti, anche legislativi, adottati dagli organi regionali e i provvedimenti aziendali che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro e dei successivi Programmi operativi, nonché in contrasto con la normativa vigente e con i pareri e le valutazioni espressi dai Tavoli tecnici di verifica e dai Ministeri affiancanti;
- 14) tempestivo trasferimento delle risorse destinate al SSR da parte del bilancio regionale;
- 15) conclusione della procedura di regolarizzazione delle poste debitorie relative all'ASP di Reggio Calabria;
- 16) puntuale riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori ai tempi della direttiva europea 2011/7/UE del 2011, recepita con decreto legislativo n. 192 del 2012;

#### **PRESO ATTO CHE**

- la cefalea è oggi una delle malattie neurologiche più diffuse ed impone un impegno sanitario non indifferente, in quanto determina una riduzione dell'efficienza lavorativa e delle attività sociali nei pazienti;
- in Europa, la prevalenza media annua di emicrania stimata è del 14% negli adulti (8% negli uomini e 17% nelle donne), con un picco nel periodo di maggiore produttività tra i 25 e i 55 anni;
- le cefalee croniche quotidiane e l'emicrania cronica rappresentano oggi un problema sociale sicuramente rilevante: il 4% della popolazione è affetto da mal di testa con andamento cronico;
- l'organizzazione Mondiale della Sanità colloca le cefalee primarie, in particolare le forme emicraniche, al 3° posto nella graduatoria delle patologie disabilitanti;
- i costi generati dalla patologia di cui si tratta non sono irrilevanti, sia quelli di tipo diretto, cioè legati all'impiego di risorse per la prevenzione, la diagnosi e la cura, sia quelli di tipo indiretto che riguardano cioè la ridotta capacità lavorativa e i giorni di lavoro persi a causa della malattia;
- negli ultimi decenni il mondo scientifico ha dimostrato grande interesse per il problema cefalea, al fine di garantire una corretta gestione della patologia;

**VISTO** il Piano Regionale per la Salute 2004-2006 – L. R. 11/2004 che ha definito la cefalea patologia di rilievo sociale per la Calabria, indicando come obiettivi l'impostazione di modelli di gestione clinica al fine di ottenere livelli adeguati di assistenza omogenei nel territorio regionale;

## VISTI

- la *Legge n. 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"* e i successivi decreti attuativi che riconoscono il diritto del paziente adulto e pediatrico ad accedere a strutture e servizi che erogano cure palliative e terapia del dolore mediante programmi di cura individuali e personalizzati che, nel riconoscere la dignità e l'autonomia del paziente, garantiscono gli standard di qualità e di appropriatezza richiesti dalla normativa vigente per lo sviluppo di percorsi assistenziali specifici caratterizzanti le peculiarità del modello a rete;
- la *Conferenza Stato-Regioni* che, nella seduta del 25.07.2012, ha sancito l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute, di cui all'art.5 della legge 15 marzo 2010 n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore. *Rep. n. 151/CSR del 25 luglio 2012*;
- il DPGR-DCA n. 168/2012 con cui la Regione Calabria ha recepito la suddetta Intesa S-R;
- il DCA n. 36 del 14 maggio 2015 "Legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle Cure Palliative e alla Terapia del Dolore (G.U. n. 65 del 19 marzo 2010). Rete regionale di Terapia del Dolore";

**DATO ATTO** che il Programma Operativo 2013-2015, di cui al DCA n.14/2015, nel Programma 14.4) Rete di Terapia del dolore, Rete di Cure palliative, Rete di terapia del dolore e cure palliative in età pediatrica, ha previsto come sub articolazione della Rete di terapia del dolore, *la Rete per lo Studio delle Cefalee, già attiva, formata dal Centro di riferimento regionale dell'A.O. "Pugliese Ciaccio" di Catanzaro e da altri ambulatori posti nell'ambito delle altre Province*;

**CONSIDERATO** che la diffusione, nonché l'impatto socio-economico della cefalea cronica sulla società, impongono la necessità di trovare delle soluzioni per migliorare la qualità di vita delle persone e per ottimizzare le risorse, individuando un percorso assistenziale che comporti un'organizzazione delle competenze e dei servizi;

**RITENUTO**, pertanto, necessario definire un modello organizzativo regionale capace di garantire un'assistenza adeguata con il minor costo, attraverso una rete di cura integrata, che assicuri sia il miglioramento della qualità dell'assistenza del paziente con cefalea e sia la maggiore appropriatezza dell'accesso alle strutture sanitarie, per come definito nel documento "La Rete delle cefalee", allegato al presente atto, che ne costituisce parte integrante e sostanziale;

**SU PROPOSTA** del Settore competente,

## DECRETA

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

**DI APPROVARE** il documento allegato "La Rete delle cefalee", quale parte integrante e sostanziale al presente provvedimento;

**DI FARE OBBLIGO** ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali ed Ospedaliere di dare attuazione a quanto stabilito nel predetto documento;

**DI STABILIRE** che venga effettuato dal Dipartimento Tutela della Salute in collaborazione con il Coordinamento Regionale della Rete il monitoraggio sull'attuazione delle azioni previste a carico delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie Provinciali;

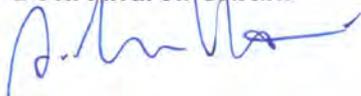
**DI MANDARE** al Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie il presente provvedimento per la sua esecuzione nei tempi prescritti dalle norme e per la verifica dell'attuazione delle disposizioni in esso contenute;

**DI DARE MANDATO** alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto al Dirigente generale del Dipartimento Tutela della Salute ed agli interessati;

**DI DARE MANDATO** al Dirigente generale per la pubblicazione sul BURC telematico e sul sito *web* del Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria.

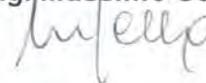
Il Sub Commissario

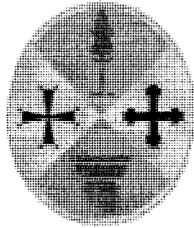
Dott. Andrea Urbani



Il Commissario ad acta

Ing. Massimo Scura





## **La Rete delle Cefalee**

## INDICE

<b>1. PREMESSA .....</b>	<b>3</b>
<b>2. ANALISI DEL CONTESTO REGIONALE .....</b>	<b>4</b>
<b>2.1. DATI .....</b>	<b>4</b>
<b>2.2. MOBILITA' PASSIVA .....</b>	<b>6</b>
<b>3. PROGRAMMAZIONE REGIONALE.....</b>	<b>7</b>
<b>3.1 INTRODUZIONE.....</b>	<b>7</b>
<b>3.2 OBIETTIVI .....</b>	<b>7</b>
<b>3.3 IL MODELLO ORGANIZZATIVO-LA RETE DELLE CEFALIEE .....</b>	<b>8</b>
<b>3.3.1 I LIVELLI DELLA RETE DELLE CEFALIEE .....</b>	<b>8</b>
<b>3.3.2 I PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI .....</b>	<b>10</b>
<b>4. RETE INFORMATICA – INTEGRAZIONE DEI SERVIZI .....</b>	<b>11</b>
<b>5. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO .....</b>	<b>12</b>
<b>6. MONITORAGGIO E INDICATORI .....</b>	<b>13</b>
<b>7. AZIONI DA INTRAPRENDERE .....</b>	<b>13</b>
<b>8. SOSTENIBILITA' DELLA RETE CEFALIEE .....</b>	<b>13</b>

## 1. PREMESSA

Per molto tempo la patologia cefalalgica è stata sottovalutata, in quanto sotto diagnosticata e sotto trattata. Oggi è una delle malattie neurologiche più diffuse ed impone un impegno sanitario non indifferente, in quanto determina una riduzione dell'efficienza lavorativa e delle attività sociali nei pazienti. Il Global Burden Disease Survey 2013 (World Health Organization) colloca le cefalee primarie, in particolare le forme emicraniche, al 3° posto nella graduatoria delle patologie disabilitanti. In Europa, la prevalenza media annua di emicrania stimata è del 14% negli adulti (8% negli uomini e 17% nelle donne), con un picco nel periodo di maggiore produttività tra i 25 e i 55 anni (Stovner, 2010).

La pratica clinica rivela come spesso gli attacchi di cefalea vengono autogestiti dai pazienti, aumentando progressivamente il consumo degli analgesici fino ad arrivare ad una condizione di abuso e cronicizzazione del disturbo. Le cefalee croniche quotidiane e l'emicrania cronica rappresentano oggi un problema sociale sicuramente rilevante: il 4% della popolazione è affetto da mal di testa con andamento cronico che si presenta abitualmente per più di 15 giorni al mese e con abuso di analgesici che si riscontra nel 25-34% dei soggetti. In Italia, le forme cefalalgiche croniche, secondo un'indagine dell'ISTAT, sono tra le patologie croniche con maggiore incidenza (al quarto posto dopo l'artrosi, l'ipertensione arteriosa e le malattie allergiche) e con frequenza maggiore nelle donne. Una problematica correlata alla cefalea cronica è rappresentata dalle associazioni con altre patologie (comorbidità), specie in ambito psicopatologico (ansia generalizzata, depressione, attacchi di panico) e in ambito neurovascolare (ipertensione arteriosa, sindrome metabolica). I soggetti con emicrania cronica hanno una probabilità doppia di rivolgersi ad un medico di medicina generale e di circa tre volte superiore di richiedere un consulto a neurologi o specialisti cefalologi, rispetto ai pazienti con emicrania episodica. I pazienti con emicrania cronica usufruiscono di una quantità maggiore di risorse e servizi del Sistema Sanitario, come ricoveri ospedalieri, uso di farmaci e visite, molte delle quali in pronto soccorso, spesso con utilizzo di indagini dispendiose quali la Tac Cranio e la RMN Encefalo (Bludek e al. Journal of Headache and Pain 2012).

In Italia, i costi medici diretti per soggetti con emicrania cronica ammontano a circa 233 milioni di euro/anno. Il costo medio di un paziente con emicrania cronica, rilevato nell'arco temporale di tre mesi, è di circa 2,5 volte più alto rispetto a quello di un paziente con emicrania episodica, ed è pari a circa 662 euro vs 207. Pugliatti et al. (2008) hanno stimato che il costo totale per l'emicrania nel 2004 è stato di 3,5 miliardi di euro; tale costo si è collocato tra quelli più elevati inerenti importanti malattie neuropsichiatriche (demenza: 8,6 miliardi di euro; disturbo psicotico-affettivo: 18,7 miliardi di euro; ictus cerebrale: 3,4 miliardi di euro).

Per l'impatto negativo sulla qualità della vita e i notevoli costi per i pazienti e per la società nel suo complesso le cefalee primarie e, in particolare l'emicrania cronica, costituiscono un problema di salute pubblica. Si rende pertanto indispensabile un precoce e corretto inquadramento diagnostico della cefalea primaria; è auspicabile una precoce e corretta individuazione dei soggetti che ne sono affetti e l'avvio di essi a trattamento appropriato. Tale percorso favorirà una riduzione sia dei costi diretti attraverso una diminuzione del ricorso a cure specialistiche e ospedaliere improprie, che di quelli indiretti con riduzione degli episodi acuti cefalalgici e miglioramento della qualità della vita.

Alla luce di queste riflessioni, si comprende come la prevenzione, la gestione e il trattamento precoce rappresentano gli obiettivi strategici di una programmazione regionale, al fine di ridurre l'impatto assistenziale e socioeconomico della patologia cefalalgica.

## 2. ANALISI DEL CONTESTO REGIONALE

In Calabria, il numero di cefalalgici nel 2013 è stimato nel 12% della popolazione residente (circa 235.000 soggetti) e l'elevata cronicità rappresenta il 4% (circa 80.000 soggetti cefalalgici cronici).

Attualmente in regione sono operativi, per la diagnosi e la terapia delle cefalee, quattro centri ospedalieri (Catanzaro, Cosenza, Locri e Lamezia) e due servizi territoriali (distretti di Acri e Reggio C.) che sono strutturati per adottare strumenti comuni, alla luce delle indicazioni della Società Scientifica Internazionale delle Cefalee (International Headache Society - IHS) e della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee (SISC).

Il Centro Cefalee di riferimento regionale dell'Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio di Catanzaro, la cui attivazione è stata prevista nel "Piano Regionale per la Salute 2004/2006" (L.R. n.11/2004), soddisfa la domanda sanitaria per le cefalee episodiche nel 30-40 % e per le forme croniche nel 50-60 % dei casi.

Tuttavia, l'offerta assistenziale regionale risulta sufficiente solo per alcuni aspetti e per altri inadeguata. Uno studio di epidemiologia valutativa effettuato nel 2005 "*Evidence based medicine and headache patient management by general practitioners in Italy*", (autori: A. Bianco, R. Iannacchero, I. Angelillo et al., Cephalalgia, vol. 25, pp 767-774, 2005) aveva evidenziato in Calabria una non adeguata gestione del paziente emicranico sia in ambiente ospedaliero che extra-ospedaliero, con scarsa aderenza degli operatori sanitari calabresi alle specifiche raccomandazioni cliniche. La mancanza di un'offerta adeguata per la cura della cefalea in termini qualitativi e quantitativi ha favorito in passato:

- ricoveri inappropriati;
- inappropriata della terapia farmacologica;
- utilizzo di strutture sanitarie extra regionali (*mobilità passiva*)

I dati dell'Indagine multiscopo ISTAT 2003 (vedi Piano Sanitario Regionale - L. R. 11/04) rilevavano una migrazione sanitaria extraregionale per le cefalee del valore del 20% circa in centri specialistici delle regioni Lombardia, Lazio, Emilia-Romagna, Toscana e Sicilia, che, nell'ultimo decennio, attraverso una politica di appropriatezza diagnostica-terapeutica nella medicina territoriale e l'invio verso i centri sanitari dedicati alla cura della cefalea, si è parzialmente ridotta.

### 2.1 DATI

Dal Flusso PS dell'anno 2014 si evidenzia, nelle tre aziende ospedaliere di Cosenza, Reggio C. e Pugliese - Ciaccio di Catanzaro, il numero dei codici bianchi per cefalea (codice 7840) rispetto al totale dei codici bianchi (tabella 1).

Tabella 1: Accessi al PS nelle AO CS, RC e Pugliese-Ciaccio CZ – codici bianchi per cefalea – anno 2014

Accessi al Pronto Soccorso Codice 7840 Anno 2014			
Azienda	n. codici bianchi	n. codici bianchi per cefalea	% codici bianchi cefalea/codici bianchi
AO CZ	19.525	231	1,1
AOCS	13.495	213	1,6
AO RC *	3.212	25	0,8

\* dati riferiti al periodo gennaio-luglio 2014

Per quanto riguarda i ricoveri per cefalea, i dati SDO 2012-2013-2014 registrano ancora ricoveri per DRG 564, nonostante sia stato enunciato sin dal 2001 DRG ad alto rischio di in appropriatezza (tabella 2):

**Tabella 2: Confronto dati ricoveri mobilità extra regionale e produzione regionale per cefalea - anni 2012-2014**

<b>DRG 564 - Cefalea, età &gt; 17 anni -</b>								
<b>ANNO</b>	<b>PRODUZIONE RICOVERI</b>			<b>PERCENTUALE PRODUZIONE</b>		<b>IMPORTI</b>		
	Regionale	Mobilità Interregionale	Totale Produzione	Regionale	Interregionale	Regionale	Interregionale	Totale
<b>Anno 2012</b>	300	68	368	82%	18%	296.192,53	94.060,42	390.252,95
<b>Anno 2013</b>	286	71	357	80%	20%	314.344,98	99.050,39	413.395,37
<b>Anno 2014</b>	243	-	243	-	-	532.451,15	-	532.451,15

Infatti, il decreto DPCM 29/11/2001 ha stabilito il trasferimento di alcuni DRG – tra cui la cefalea - a rischio elevato di in appropriatezza verso un diverso setting assistenziale.

Con il DPGR n. 47/2011, la Regione Calabria ha attivato la modalità ambulatoriale per le prestazioni erogate in regime di ricovero inappropriato, definendo gli Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA) per i DRG Chirurgici, le Prestazioni Ambulatoriali Complesse (PAC) per i DRG Medici e le Prestazioni Ambulatoriali semplici con le relative tariffe.

Successivamente il DPGR n.5 del 3/2/14 ha disposto il completo trasferimento dei ricoveri medici al setting ambulatoriale nell'arco del triennio successivo.

Laddove sono stati attivate le attività di PAC diagnostico 19 - Cefalee , come nell'A.O. "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro, si rileva una leggera diminuzione dei ricoveri nel biennio di riferimento e un incremento dei PAC (tabella 3).

**Tabella 3: Confronto dati ricoveri e PAC per cefalea – Centro Cefalee Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio Catanzaro - anni 2013-2014**

<b>Centro Cefalee di Riferimento – AOPC - PAC e RICOVERI</b>				
<b>ANNO</b>	<b>RICOVERI DRG 564 CEFALEE</b>		<b>PAC 19 CEFALEE</b>	
	N. ricoveri	Importi	N. PAC	Importi
Anno 2013	22	€ 21.951	126	€ 22.680
Anno 2014	17	€ 17.283	197	€ 35.460

## 2.2 MOBILITA' PASSIVA

La tabella 4 evidenzia il numero di ricoveri in un contesto extra-regionale, soprattutto Lazio e Toscana: i dati evidenziano la mobilità passiva di una patologia a basso livello di assistenza e devono essere analizzati non tanto su un piano quantitativo bensì qualitativo. Diventa pertanto indispensabile e urgente un intervento di miglioramento dell'offerta sanitaria regionale.

Tabella 4: Mobilità passiva per cefalea- anni 2012-2013

### Mobilità Passiva 2012

Regione	N° Ricoveri	Importi
CAMPANIA	10	14.206,34
EMILIA-ROMAGNA	4	11.394,30
LAZIO	19	13.299,48
LIGURIA	1	2.117,57
LOMBARDIA	6	12.569,00
MOLISE	1	200,45
PIEMONTE	1	200,45
PUGLIA	2	4.096,61
SICILIA	4	857,92
TOSCANA	15	26.433,54
UMBRIA	3	6.352,71
VENETO	2	2.332,05

### Mobilità Passiva 2013

	N° Ricoveri	Importi
BASILICATA	2	4.739,76
CAMPANIA	4	4.497,51
EMILIA-ROMAGNA	3	4.311,09
LAZIO	18	9.292,85
LIGURIA	1	214,48
LOMBARDIA	8	16.526,57
MARCHE	1	214,48
MOLISE	1	1.979,04
PIEMONTE	1	2.117,57
PUGLIA	5	8.269,17
SICILIA	4	6.276,10
TOSCANA	17	31.865,09
TRENTO	1	200,45
UMBRIA	4	6.567,19
VENETO	1	1.979,04
<b>Conta comp.</b>	<b>68</b>	<b>94.060,42</b>
	<b>71</b>	<b>99.050,39</b>

### 3. PROGRAMMAZIONE REGIONALE

#### 3.1 INTRODUZIONE

La diffusione nonché l'impatto socio-economico della cefalea cronica sulla società impongono la necessità di trovare delle soluzioni per migliorare la qualità di vita delle persone e per ottimizzare le risorse, individuando un percorso assistenziale, che coinvolga i MMG e i centri specialistici dedicati allo studio delle cefalee.

Le Linee Guida Europee dell'European Headache Federation (EHF) del 2012, le linee guida del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2012, le Linee Guida nazionali di riferimento per la prevenzione e la terapia di Agenas (2011) e le Linee Guida per la diagnosi e la terapia delle cefalee primarie della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee (SISC) 2011, hanno cercato di fornire ai medici, in un settore di poca esperienza, uno strumento utile e una guida chiara per diagnosticare correttamente le forme di cefalea, trattarle nel modo migliore e, quando necessario, inviarle ad un centro specialistico.

L'EHF, in merito all'organizzazione dei servizi sanitari per la cura della cefalea, suggerisce un'organizzazione dei servizi in tre livelli, nella quale si prevede che la maggior parte dei soggetti venga gestita e trattata al primo livello e solo una piccola parte venga inviata al secondo e al terzo livello. In particolare, le linee guida raccomandano la realizzazione di un centro ospedaliero - terzo livello di assistenza - con un bacino d'utenza di circa 2.000.000 di abitanti, di un centro ospedaliero - secondo livello di assistenza - ogni 200.000 abitanti, e un'assistenza territoriale - primo livello di assistenza - ogni 30.000 abitanti (T.J.Steiner, F. Antonaci, D. Valade et. al. J.H,P,vol.12 n°4 2011).

#### 3.2 OBIETTIVI

Obiettivo primario è garantire un'adeguata assistenza al malato cefalgico, con riduzione della mobilità passiva extraregionale, attraverso un modello di cura integrato che assicuri sia il miglioramento della qualità dell'assistenza del paziente con cefalea e sia la maggiore appropriatezza dell'accesso alle strutture sanitarie. Tale modello si basa su tre linee di intervento strategico:

- spostare l'asse del governo regionale della domanda sanitaria, dagli strumenti di controllo dell'offerta a quelli di controllo della domanda (*governance clinica*);
- tradurre in concreti modelli operativi ed organizzativi la volontà di privilegiare soluzioni assistenziali alternative a quella ospedaliera classicamente intesa;
- ridurre i ricoveri, gli esami e le terapie inappropriate.

Obiettivi specifici riferibili alla riorganizzazione dell'offerta sono:

- rimodulare l'offerta sanitaria con riduzione dell'uso del ricovero ordinario;
- favorire l'utilizzo degli accessi ospedalieri in regime ambulatoriale attraverso il ricorso al Pacchetto Ambulatoriale Complesso (PAC);
- specificare il percorso diagnostico all'interno dei PAC 19 – cefalea;
- attivare i PAC terapeutici per cefalea;
- identificare i centri dedicati per l'assistenza sanitaria, distinti per complessità di cura;
- attuare percorsi diagnostico-terapeutici adeguati e appropriati per la presa in carico e il follow-up del paziente;
- coordinare le professionalità e le istituzioni ai diversi livelli della assistenza cefalgica;
- formare gli operatori sanitari coinvolti.

### 3.3 IL MODELLO ORGANIZZATIVO REGIONALE – LA RETE DELLE CEFALIEE

Le caratteristiche specifiche della patologia cefalalgica, unitamente al dato epidemiologico e di impatto sociale, ci spingono a definire con maggior specificità un modello organizzativo regionale capace di garantire un'assistenza adeguata con il minor costo, attraverso una rete integrata ospedale-territorio, costruita secondo il modello stratificato in livelli di assistenza, dipendenti dalla complessità diagnostica e terapeutica e dalla disponibilità di risorse.

A tal fine, la rete necessita di una puntuale definizione dei livelli e delle regole (Percorsi Diagnostico - Terapeutici Assistenziali - PDTA) che, all'interno della stessa, devono garantire la governance clinica.

La peculiarità del modello della Rete consiste nel veicolare la maggior parte delle forme di cefalea episodica verso una gestione territoriale, mentre soltanto le sindromi cefalalgiche croniche a maggiore complessità dovranno essere gestite in ambito ospedaliero, con il filtro dei centri di secondo livello verso il centro di terzo livello.

Un ulteriore elemento di qualificazione della Rete Regionale delle Cefalee è costituito dalla integrazione della stessa, attraverso protocolli definiti e condivisi, con la Rete Terapia del Dolore: l'integrazione rappresenterà un'importante opzione terapeutica per le cefalee croniche resistenti alla terapia farmacologica.

#### 3.3.1 I LIVELLI DELLA RETE DELLE CEFALIEE

Il **primo livello della Rete** è rappresentato dai Medici di Medicina Generale (Case della Salute/UCCP-AFT), che si raccordano con gli specialisti neurologi territoriali. Attraverso un'analisi del fabbisogno del contesto territoriale, si individuano gli specialisti neurologi territoriali, inseriti nelle Unità Cura Complesse Primarie, con ambulatorio dedicato alla cefalea.

I MMG rappresentano il primo vero filtro, in grado di erogare prestazioni adeguate e qualificate in termini di primo inquadramento diagnostico e terapeutico:

- devono conoscere il primo livello diagnostico, vale a dire la differenziazione fra una forma di cefalea primaria e una secondaria,
- devono gestire autonomamente i pazienti dal punto di vista terapeutico secondo le indicazioni delle linee guida,
- richiedono le consulenze specialistiche e gli esami di laboratorio e strumentali secondo il percorso diagnostico-terapeutico aziendale.

In quelle situazioni di difficile diagnosi o scelta terapeutica (sia per il trattamento acuto che per il trattamento cronico), quando la terapia prescritta risulti inefficace o complicata da effetti indesiderati o quando le comorbilità siano tali da rendere complesso e rischioso il trattamento, i MMG inviano i pazienti al livello successivo della rete (specialisti neurologi ospedalieri).

Ai MMG spetta anche il follow-up dei pazienti con cefalea primaria.

Nel primo livello, si individua anche il ruolo del farmacista del territorio come fornitore di servizi informativi/orientativi nei confronti del paziente cefalalgico che abusa di farmaci da banco da indirizzare verso percorsi diagnostici terapeutici appropriati.

Il **secondo livello della Rete** è costituito dallo specialista neurologo ospedaliero. In particolare, il secondo livello deve essere ubicato in un presidio ospedaliero che possa garantire i seguenti servizi: pronto soccorso, esami neuroradiologici convenzionali (TC Cranio/ RMN Encefalo), ecodoppler vasi epiartici, e necessita di un ambulatorio dedicato con personale competente, accessibile dalle 4 alle 12 ore settimanali. Utilizzando database e linee guida comuni, lo specialista può valutare la situazione del paziente analizzata dal MMG, se e quali accertamenti diagnostici siano stati eseguiti e le risposte ad eventuali terapie già

intraprese, la compliance e gli effetti collaterali. Lo specialista deve far ricorso a strumenti comuni e omogenei per tutta la Rete, quali ad esempio il diario o i questionari per la valutazione della disabilità (es. MIDAS), per meglio definire tutte le sfaccettature della sindrome cefalalgica. Il corretto comportamento del personale del secondo livello di assistenza è quello di supportare l'assistenza territoriale nella tipizzazione clinica del paziente cefalalgico e di filtrare l'invio dei pazienti complicati verso il terzo livello.

**Il terzo livello della Rete** è una struttura autonoma dedicata, con attività clinica continuativa full-time (5 giorni a settimana) e con personale dei vari profili - Medici, Psicologi, Infermieri - selezionato con specifiche competenze comprovate.

Al terzo livello è demandata la diagnostica più complessa e le forme croniche farmaco-resistenti. In particolare, competono le seguenti funzioni:

- a. consulenze specialistiche particolari (es: Neurochirurgica, Consulenza genetica) o diagnostiche complesse (RMN Cerebrale, Angio RMN arteriosa e venosa, tecniche speciali di RMN es. diffusione e spettroscopia);
- b. esami neurofisiologici (EEG, ENG, EMG, LEP, Algometro) e neurosonologici (Eco-Ds Carotideo e Trans Cranico);
- c. protocolli di studio per le cefalee genetiche;
- d. protocolli terapeutici per la disassuefazione da farmaci in regime di Ricovero Ordinario/PAC terapeutico, in collaborazione con la Cattedra di Farmacologia dell'Università degli Studi "Magna Grecia" di Catanzaro;
- e. individuazione di pazienti da sottoporre a tecniche di farmaco genomica, in collaborazione con la Cattedra di Farmacologia dell'Università degli Studi "Magna Grecia" di Catanzaro;
- f. protocolli diagnostico-terapeutici di media-elevata assistenza, tipo infiltrazione con tossina botulinica BOTOX; test farmacologici (istamina);
- g. procedure psicometriche e interventi psicologico-psicoterapici;
- h. protocolli in collaborazione con l'U.O. Medicina del Lavoro/Medicina Legale per procedure di collocamento mirato o procedure d'invalidità;
- i. attività di ricerca applicativa gestionale, in collaborazione con Il DIMEG dell'Università della Calabria.

La struttura ospedaliera del terzo livello è anche Centro di coordinamento regionale dell'intera rete, che avrà il compito di coordinare e monitorare le attività della Rete in collaborazione con il Dipartimento Regionale Tutela della Salute.

COORDINAMENTO REGIONALE		Centro Cefalee di Riferimento Regionale Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" Catanzaro	
LIVELLI DI ATTIVITA'	AZIENDA	STRUTTURA / U.O.	AREA
<b>TERZO LIVELLO</b>	Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" Catanzaro	Centro Cefalee di Riferimento Regionale U.O. Neurologia	
<b>SECONDO LIVELLO</b>	Azienda Ospedaliera Cosenza	Ambulatorio Cefalee U.O. Neurologia P.O. "Annunziata"	<b>NORD</b>
	Azienda Sanitaria Provinciale Catanzaro	Ambulatorio Cefalee Servizio Neurologia P.O. Lamezia T.	
	Azienda Sanitaria Provinciale Crotone	Ambulatorio Cefalee U.O. Neurologia P.O. Crotone	<b>CENTRO</b>
	Azienda Sanitaria Provinciale Vibo V.	Ambulatorio Cefalee U.O. Neurologia P.O. Vibo V.	

	Azienda Ospedaliera Reggio Calabria	Ambulatorio Cefalee U.O. Neurologia P.O. Riuniti	SUD
	Azienda Sanitaria Provinciale Reggio C.	Ambulatorio Cefalee U.O. Neurologia P.O. Locri	
PRIMO LIVELLO	Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza	Distretto Sanitario (Acq, Prato a Mare, Scalea, Cosenza, Rende, Rossano) + AET/UCCP	NORD
	Azienda Sanitaria Provinciale Catanzaro	Distretto Sanitario (Catanzaro, Catanzaro Lido, Lamezia) + AET/UCCP	
	Azienda Sanitaria Provinciale Vibo Valentia	Distretto Sanitario (Vibo Valentia) + AET/UCCP	CENTRO
	Azienda Sanitaria Provinciale Crotone	Distretto Sanitario (Crotone, Mesoraca, Cirò) + AET/UCCP	
	Azienda Sanitaria Provinciale Reggio Calabria	Distretto Sanitario (Reggio C. Nord, Reggio Calabria Sud, Palmi, Siderno) + AET/UCCP	SUD

### 3.3.2 I PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI

Il disturbo cefalalgico è uno dei più frequenti sintomi neurologici che induce i pazienti a rivolgersi al MMG, al Neurologo o altro Specialista nonché al PS. Nell'ambito del percorso diagnostico-terapeutico dedicato alle persone affette da cefalea devono essere previsti due livelli di gestione:

#### A. Gestione della persona con cefalea che si reca in Pronto Soccorso

Al PS arriva il paziente al primo attacco oppure il paziente con un attacco diverso e più violento degli altri, che non recede alla terapia usuale. Gli studi clinici hanno evidenziato che lo 0.5%-4,5% dei pazienti afferenti annualmente ad un PS ha come motivo di accesso una cefalea non traumatica e di questi, circa il 20-30% viene ricoverato in ospedale per ulteriori accertamenti. Considerato che la cefalea può essere anche un sintomo di gravi malattie, il primo approccio consiste nella diagnosi differenziale, cioè nella distinzione tra forme primarie e secondarie, sulla base di un'accurata anamnesi e dell'esame obiettivo generale e neurologico. L'obiettivo primario del medico di PS è di determinare se il paziente presenta cause secondarie urgenti che necessitano di un rapido e appropriato trattamento oppure se si tratta di una cefalea primaria che necessita di una terapia specifica.

Se esistono dei segnali diagnostici di allarme che suggeriscono per una forma secondaria (emorragia sub aracnoidea, meningiti, emorragie intracraniche e tumori, evenienze che si verificano nel 19% dei pazienti) e i successivi accertamenti diagnostico - strumentali risultano positivi, il paziente seguirà l'iter diagnostico terapeutico delle cefalee secondarie. Quando si tratta di una forma primaria, è necessario in primis l'inquadramento diagnostico, cioè diagnosticare la cefalea secondo i criteri di classificazione ICHD-II, e poi il trattamento secondo le linee guida. Il medico del PS prescrive la terapia appropriata e invia il paziente al medico di MMG per il successivo follow-up.

#### B. Gestione ordinaria della persona con cefalea che si reca dal MMG (Percorso diagnostico-terapeutico delle cefalee)

Il paziente con cefalea che non si rivolge all'ospedale o allo specialista, viene gestito primariamente dal proprio MMG (primo livello). Nell'ambito della medicina generale è possibile trattare con successo circa

15

l'80% delle persone che richiedono una visita medica per cefalea. La valutazione del MMG porta ai seguenti scenari:

**1. Gestione diretta del MMG:**

Il MMG, con il supporto dello specialista territoriale, gestisce le forme primarie (emicrania, cefalea di tipo tensivo, cefalea a grappolo) secondo i protocolli in uso.

**2. Invio ai livelli superiori di assistenza:**

- in caso di difficoltà diagnostica o terapeutica, il MMG può prescrivere una consulenza neurologica presso lo specialista dell'ambulatorio del *secondo livello*. Il Neurologo dell'ambulatorio ospedaliero prende in carico il paziente e procede ad un approfondimento diagnostico-terapeutico e, qualora ne ravveda la necessità, in casi di particolare complessità,
- richiede una consulenza del Centro di *terzo livello*, che interviene nei casi più complessi, come per es.: cefalea a grappolo resistente alle usuali terapie, pazienti con storia di emicrania con aura prolungata (>1 ora) o ad alta frequenza (1 alla settimana) o storia di emicrania emiplegica, pazienti con cefalea cronica quotidiana (>15 giorni al mese) con storia di abuso di farmaci, cefalea con particolari complessità diagnostiche e/o terapeutiche.

Terminato l'iter diagnostico-terapeutico, lo specialista neurologo del secondo o terzo livello rinvia il paziente al MMG.

**3. Invio al PS:**

il MMG invia i pazienti al PS quando si tratta di:

- forme verosimilmente secondarie da inviare con urgenza (cefalea di intensità grave insorta tipo "fulmine a ciel sereno", cefalea accompagnata da segni neurologici gravi, vomito o sincope all'esordio della cefalea, cefalea inusuale e grave associata a febbre ed a "rigor nuchalis");
- forme di recente insorgenza, progressivamente ingravescenti e persistenti, per le quali necessitano esami di laboratorio e strumentali e una valutazione neurologica dello specialista neurologo ospedaliero (secondo livello) da eseguire con urgenza differibile.

#### **4. RETE INFORMATICA – INTEGRAZIONE DEI SERVIZI**

Gli ambulatori neurologici ospedalieri dedicati alle cefalee devono essere collegati con le Case della Salute/UCCP/AFT, secondo protocolli condivisi per la costruzione del percorso assistenziale. Inoltre devono essere collegati in rete fra di loro e con il centro di coordinamento regionale, per la condivisione dei protocolli diagnostico-terapeutici e dei protocolli di gestione dei singoli casi.

Il centro di coordinamento regionale coordinerà l'attività di tutta la rete. La messa in rete informatica porterà alla realizzazione di una rete integrata di tutti i servizi dedicati alla cura delle cefalee.

Nel periodo dicembre 2014-giugno 2015, nel contesto territoriale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro, si è sperimentata una piattaforma tecnologica, realizzata con il DIMEG dell'Università della Calabria nel progetto di ricerca HealthSOAF (*Health Service Oriented Architecture Framework*), co-finanziato dal MIUR nell'ambito del "Programma Operativo Nazionale (PON) Ricerca e Competitività 2007-2013". Lo strumento informatico ha erogato servizi a supporto della istituenda Rete Cefalea della Regione Calabria, realizzando un ambiente collaborativo e cooperativo, che è stato in grado di fornire un supporto informativo decisionale a tutti gli operatori sanitari della rete delle cefalee. (<http://www.healthsoaf.it/SitePages/annuncio.aspx?id=8>).

## 5. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

L'attività di formazione e l'aggiornamento costante di tutti i soggetti coinvolti nella rete è indispensabile per garantire e mantenere adeguati ed elevati standard assistenziali.

In particolare, l'educazione e l'aggiornamento dello specialista che si confronta quotidianamente con questa patologia e la formazione del medico di medicina generale nel riconoscere e trattare precocemente l'emicrania non complicata sono alcuni degli elementi prioritari e determinanti per l'implementazione del percorso assistenziale e per il funzionamento della rete. La promozione di audit clinici e organizzativi contribuiranno al miglioramento del trattamento e alla presa in carico di un maggior numero di persone.

Sulla scorta delle indicazioni e degli indirizzi regionali, la formazione sarà rivolta a: medici e infermieri operanti nelle strutture dedicate alla cura delle cefalee, medici e infermieri operanti nel sistema di emergenza-urgenza, medici operanti nella Continuità Assistenziale Primaria, psicologi operanti in strutture dedicate alla cura delle cefalee:

Le attività di formazione per gli operatori della rete saranno finanziate con i fondi della legge 38/2010 per la rete della terapia del dolore, di cui la rete delle cefalee è parte integrante come subarticolazione autonoma.

AREE DI COMPETENZA	COMPETENZE	CONTENUTI FORMATIVI
<b>Competenze Organizzative-Gestionali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saper individuare la persona con cefalee e la eleggibilità per la presa in carico nella Rete Cefalee e relativi PDTA</li> <li>- Conoscenza e validazione del pifot della Rete Cefalee Calabria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criteri di eleggibilità per l'attivazione e l'accesso ai vari livelli della Rete Cefalee</li> <li>- Definizioni e normative per le reti di terapia del dolore e per la cura delle cefalee</li> <li>- Progetto HealthSoaf</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saper programmare le attività nella Rete Cefalee</li> <li>- Saper presentare e presentare alla persona con cefalea il proprio "piano di cura" iniziando una relazione d'aiuto</li> <li>- Saper trasmettere informazioni all'interno dell'equipe e a tutti i livelli della Rete</li> <li>- Saper comunicare con tutte le figure professionali a tutti i livelli della Rete Cefalee per assicurare la continuità assistenziale</li> <li>- Sapersi interfacciare con le altre Reti per patologia (nei casi complessi o in comorbidità)</li> <li>- Saper valutare la qualità delle prestazioni erogate e delle attività sviluppate nella Rete Cefalee</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Funzionamento, organizzazione, ruoli e responsabilità dell'equipe multiprofessionale ai vari livelli della Rete Cefalee</li> <li>- Elementi che rendono efficace la trasmissione delle informazioni nelle equipe della Rete Cefalee</li> <li>- Funzionamento, organizzazione delle reti per patologia</li> <li>- Elementi di struttura, processo e risultato per la valutazione della qualità nella Rete Cefalee</li> <li>- Strumenti per la valutazione della qualità percepita: utilizzo valore e criticità nella Rete Cefalee</li> </ul>
<b>Competenze psico-relazionali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saper gestire l'incontro e il dialogo con il paziente ed eventualmente la famiglia cercando di inquadrare i vari aspetti della disabilità fisica, psicologica e sociale connessi direttamente alla patologia e al dolore</li> <li>- Saper valutare la qualità della vita della persona con dolore</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tecniche di comunicazione e metodologie di conduzione dei colloqui</li> <li>- Metodologie di comunicazione verbale e non verbale</li> <li>- Strumenti per riconoscere e valutare i bisogni psicosociali</li> </ul>
<b>Competenze cliniche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Migliorare le capacità diagnostiche per l'inquadramento delle forme primarie e secondarie di Cefalea</li> <li>- Migliorare l'adesione nella richiesta delle indagini strumentali ai consensus nazionali e internazionali sulla cura delle Cefalee</li> <li>- Saper impostare il trattamento multimodale con particolare attenzione agli aspetti farmacologici</li> <li>- Migliorare le capacità prescrittive terapeutiche per le forme cefaliche primarie sia nella profilassi che nella terapia d'attacco</li> <li>- Saper riconoscere i casi di cefalea da abuso farmacologico</li> <li>- Saper rispondere ai bisogni della persona affetta da cefalea riducendone il grado di disabilità</li> <li>- Conoscere le terapie innovative nelle cefalee croniche e refrattarie</li> <li>- Saper valutare l'efficacia dei trattamenti e rimodulare l'intervento</li> <li>- Saper riconoscere e gestire le principali situazioni di emergenza nella cura delle cefalee</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aspetti generali sulle Cefalee</li> <li>- Aspetti diagnostici sulle Cefalee</li> <li>- Aspetti terapeutici sulle Cefalee</li> <li>- Criteri diagnostici dell'International Headache Society</li> <li>- Linee Guida Nazionali e Internazionali sulle Cefalee (SISC, AGENAS, IHS)</li> <li>- Appropriata prescrizione farmacologica, farmaco-economia e farmaco-vigilanza</li> <li>- Protocolli di disassuefazione da farmaci per la MOH</li> <li>- Tossina Botulinica</li> <li>- Neurostimolatori</li> <li>- Stimolazione Transcranica Magnetica</li> <li>- Interventi psicologici</li> <li>- Sintomi d'allarme e gestione dell'emergenza</li> </ul>

## 6. MONITORAGGIO E INDICATORI

Il Centro di Coordinamento regionale unitamente al settore regionale competente effettuerà il monitoraggio dell'attività della rete, utilizzando i seguenti indicatori e con il supporto del gruppo regionale di coordinamento della rete:

INDICATORI	ANNO 2016	ANNO 2017	ANNO 2018
Accessi al PS: codici bianchi per cefalea	Riduzione del 50% dei codici bianchi per cefalea	Riduzione del 70% dei codici bianchi per cefalea	Riduzione del 90% dei codici bianchi per cefalea
Ricoveri ospedalieri DRG 564	Riduzione dei ricoveri del 50%	Riduzione dei ricoveri del 70%	Riduzione dei ricoveri del 90%
PAC ospedalieri diagnostici per cefalea	Incremento del 50% dei PAC nelle aziende sanitarie	Incremento del 70% dei PAC nelle aziende sanitarie	Incremento del 90% dei PAC nelle aziende sanitarie

## 7. AZIONI DA INTRAPRENDERE

- ✓ Avvio dei programmi di formazione per gli operatori della rete
- ✓ Sviluppo di una piattaforma informatica per la messa in rete dei servizi per la diagnosi e la cura delle cefalee
- ✓ Istituzione del Coordinamento Regionale della Rete delle Cefalee
- ✓ Potenziamento dei servizi nei vari livelli di assistenza
- ✓ Implementazione dei PAC diagnostici e terapeutici in tutto il territorio regionale.

## 8. SOSTENIBILITA' DELLA RETE DELLE CEFALIE

Il Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie predispone indirizzi per ottimizzare le risorse disponibili, orientandole verso l'utilizzo di quei livelli assistenziali che combinano nel miglior modo possibile l'efficacia della prestazione e l'economicità di intervento, accrescendo in tal modo l'efficienza e le potenzialità del S.S.R. Le risorse da utilizzare ed investire nella Rete Cefalea Calabria scaturiranno da un'analisi e controllo delle modalità di gestione clinica delle cefalee nelle aziende ospedaliere e provinciali correlata ai principi di appropriatezza clinica e organizzativa. La stesura della Rete Cefalea ad integrazione territoriale ha l'obiettivo di spostare risorse economiche da un uso improprio in ambito ospedaliero (accessi PS codici bianchi e ricoveri ordinari) verso i servizi territoriali distrettuali (UCCP). Il potenziamento della rete in ambito ospedaliero avverrà con le risorse riallocate dalla trasformazione della modalità di ricovero ordinario verso prestazioni ambulatoriali complesse ospedaliere sia diagnostiche che terapeutiche, PAC ed APA.