

Regione Lazio

DIREZIONE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Atti dirigenziali di Gestione

Determinazione 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.

OGGETTO: 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 DELLA DIREZIONE REGIONALE
SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA**

VISTO lo Statuto della Regione Lazio”;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6, recante “*Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale*” e successive modifiche e integrazioni;

VISTO il regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1, recante “*Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale*” e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale del 25 maggio 2023, n.234 con la quale è stato conferito l’incarico di Direttore della Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria al dott. Andrea Urbani;

VISTO il D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118: “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 5.5.2009, n. 42” e successive modifiche;

VISTA la Legge Regionale 12 agosto 2020, n. 11, recante: “Legge di contabilità regionale”;

VISTO il Regolamento Regionale 9 novembre 2017, n. 26, recante: “Regolamento regionale di contabilità”, che, ai sensi dell’articolo 56, comma 2, della l.r. n. 11/2020 e fino alla data di entrata in vigore del regolamento di contabilità di cui all’articolo 55 della citata l.r. n. 11/2020, continua ad applicarsi per quanto compatibile con le disposizioni di cui alla medesima l.r. n. 11/2020;

VISTO l’articolo 30, comma 2, del regolamento regionale n. 26/2017, in riferimento alla predisposizione del piano finanziario di attuazione della spesa;

VISTA la legge regionale 30 dicembre 2024, n. 22, recante: “Legge di stabilità regionale 2025”;

VISTA la legge regionale 30 dicembre 2024, n. 23, recante: “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027”;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2024, n. 1172, concernente “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027. Approvazione del 'Documento tecnico di accompagnamento', ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate e in missioni, programmi, titoli e macroaggregati per le spese.”;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2024, n. 1173, concernente: “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027. Approvazione del 'Bilancio finanziario gestionale', ripartito in capitoli di entrata e di spesa e assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa.”;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 1176 del 30 dicembre 2024 avente ad oggetto: Ricognizione nell’ambito del bilancio regionale delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del servizio sanitario regionale, ai sensi dell’art. 20, comma 1, del D. Lgs n. 118 del 23 giugno 2011 e s.m.i. - Perimetro Sanitario - Esercizio Finanziario 2024;

VISTO, per quanto riguarda la normativa statale e regionale in materia sanitaria:

- la Legge 27 dicembre 1978, n. 833 e s.m.i. concernente “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”;
- il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni ed integrazioni recante: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;
- la Legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i., recante “Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”;
- il DPCM 29 novembre 2001, come modificato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo 2017 in Gazzetta Ufficiale (Supplemento ordinario n.15), recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;
- l’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano (rep. Atti 209 CSR del 18 dicembre 2019), concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2019 – 2021;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U00081 del 25 giugno 2020 che ha adottato il Piano di rientro denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” in recepimento delle modifiche richieste dai Ministeri vigilanti e ha definito il percorso volto a condurre la Regione verso la gestione ordinaria della sanità, previa individuazione degli indirizzi di sviluppo e qualificazione da perseguire;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 26 giugno 2020, n. 406, avente ad oggetto “Preso d’atto e recepimento del Piano di rientro denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021”, adottato con il Decreto del Commissario ad acta n. 81 del 25 giugno 2020 ai fini dell’uscita dal commissariamento;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 29 settembre 2020 n. 661, recante “Attuazione delle azioni previste nel Piano di rientro denominato Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 adottato con il DCA n. 81 del 25 giugno 2020”;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale del 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”;*

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale del 7 dicembre 2023 n. 869: *“Approvazione del Documento Tecnico: “Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026” in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015”;*

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”;

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

CONSIDERATO che i suddetti progetti finalizzati sono finanziati con le risorse di cui all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, il quale, tra l'altro, prevede che il CIPESS, su proposta del Ministro della salute, d'intesa con questa Conferenza, può vincolare quote del Fondo sanitario nazionale alla realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano sanitario nazionale, da assegnare alle Regioni per la predisposizione di specifici progetti e che, pertanto, non sono previsti nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, in quanto le risorse vincolate rientrano nell'ambito del fabbisogno sanitario nazionale standard;

CONSIDERATO il richiamato articolo 1, comma 1, lettere *a), b), c), d), e) e f)*, della legge 14 luglio 2020, n. 81, che definisce cefalee primarie croniche le seguenti forme: emicrania cronica e ad alta frequenza, cefalea cronica quotidiana con o senza uso eccessivo di farmaci analgesici, cefalea a grappolo cronica, emicrania parossistica cronica, cefalea nevralgiforme unilaterale di breve durata con arrossamento oculare e lacrimazione ed emicrania continua;

VISTA l'Intesa n. 54/CSR del 22 marzo 2023, ai sensi dell'articolo 1, comma 2, della legge 14 luglio 2020, n. 81, tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano sullo schema di decreto del Ministro della salute di adozione del documento "*Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali finalizzati a sperimentare metodi innovativi di presa in carico delle persone affette da cefalea primaria cronica*";

VISTO il Decreto del Ministero della Salute del 23 marzo 2023: "Sperimentazione dei progetti regionali sulla cefalea primaria cronica";

CONSIDERATO che il suddetto Decreto ha approvato il documento tecnico denominato "Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali finalizzati a sperimentare metodi innovativi di presa in carico delle persone affette da cefalea primaria cronica" ed ha stabilito la ripartizione delle risorse disponibili alle regioni, cui gli allegati 1 e 2;

ATTESO che progetti regionali, di cui sopra, sono rivolti a pazienti con cefalea primaria cronica diagnosticata da uno specialista del settore presso un centro accreditato per la diagnosi e cura delle cefalee che ne abbia attestato l'effetto invalidante;

CONSIDERATO che per la Regione Lazio è stato previsto per gli anni 2023-2024 uno stanziamento di euro 543.586,00 per ciascun anno;

CONSIDERATO che il succitato Decreto prevede che le Regioni dovranno:

- presentare un progetto di durata biennale - 2023-2024, adottato con provvedimento, entro il 31 dicembre 2023, al Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria;
- trasmettere la relazione finale dei risultati raggiunti con il progetto regionale al Ministero della salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, entro e non oltre il 31 gennaio 2025, con deliberazione di giunta regionale o atto equivalente di approvazione;

ATTESO che il Ministero della salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, provvederà alla valutazione dei risultati raggiunti dalle regioni;

VISTA la determinazione regionale n. G17204 del 20 dicembre 2024 relativa al "Decreto del Ministero della Salute del 23 marzo 2023: "Sperimentazione dei progetti regionali sulla cefalea primaria cronica". Approvazione progetto regionale";

CONSIDERATO che il progetto della Regione Lazio: “*Ottimizzazione delle Modalità organizzative per l’Assistenza alla Cefalea*”, è stato elaborato conformemente al formato previsto dalle linee di indirizzo approvate con il Decreto del Ministero del 23 marzo 2023;

PRECISATO che si è proceduto all’accertamento, impegno ed assegnazione a favore delle Aziende Ospedaliere pubbliche sedi di Centro per la Cefalea e delle ASL, dei fondi assegnati dal Ministero della Salute per l’attuazione di quanto previsto nel progetto regionale;

CONSIDERATO che per la realizzazione del progetto si è provveduto a coinvolgere le Aziende Ospedaliere, ASL, IRCCS e strutture ospitanti Centri per la Cefalea promuovendo le seguenti azioni:

- Individuazione dei referenti per il gruppo di lavoro regionale, incaricato della redazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) regionale, con l’obiettivo di gestire in modo integrato le persone affette da cefalea;
- Indagine conoscitiva delle attività svolte dai centri e analisi dei risultati emersi;
- Riunioni periodiche del gruppo di lavoro regionale per la pianificazione e il monitoraggio delle attività;
- Definizione della rete assistenziale, con una chiara distinzione dei livelli di assistenza e delle modalità di accesso ai diversi setting, al fine di garantire una continuità terapeutica adeguata e migliorare la presa in carico delle persone con cefalea primaria cronica;

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

RITENUTO di approvare il “*Piano di Rete per la gestione della cefalea primaria cronica- (RCP)*”, allegato parte integrante del presente atto, in attuazione del DM 23 marzo 2023;

DETERMINA

Per i motivi espressi in premessa che qui si intendono integralmente riportati:

- di approvare il “*Piano di Rete per la gestione della cefalea primaria cronica- (RCP)*”, in attuazione del DM 23 marzo 2023, elaborato in collaborazione con i referenti dei centri regionali sulla cefalea, allegato parte integrante del presente atto;
- di stabilire che le Strutture sanitarie con servizi per le cefalee dovranno:
 - recepire formalmente “*Piano di Rete per la gestione della cefalea primaria cronica- (RCP)*” ed attuare le azioni previste nel presente atto;
 - comunicare – entro 90 giorno dalla pubblicazione del presente atto, alla Direzione regionale competente la conformità dei propri ambulatori/centri ai requisiti previsti nel Piano di Rete.

Il Direttore regionale competente provvederà agli adempimenti previsti in attuazione della presente determinazione.

Il presente provvedimento verrà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

IL DIRETTORE
Andrea Urbani



REGIONE
LAZIO

PIANO DI RETE PER LA GESTIONE DELLA CEFALEA PRIMARIA CRONICA (RCP)

2024

Sommario

1. INTRODUZIONE.....	3
2. RICOGNIZIONE ATTIVITÀ AMBULATORI/CENTRI CEFALEE REGIONE LAZIO.....	5
3. COORDINAMENTO DELLA RETE	5
4. ORGANIZZAZIONE DELLA RETE	5
5. PERCORSO ASSISTENZIALE	7
6. STRUMENTI.....	11
7. PROGRAMMA DI MIGLIORAMENTO E FORMAZIONE	11
8. INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE.....	12
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	13

1. INTRODUZIONE

La cefalea è una malattia disabilitante ad alto impatto sociale, con significative conseguenze sulla qualità di vita dell'individuo e un conseguente impatto sia per il paziente che i suoi familiari. A livello sociale, rappresenta una sfida in termini di gestione e cura, oltre a determinare una significativa perdita di giornate lavorative. Gli studi del Global Burden of Diseases hanno infatti dimostrato che le cefalee, in particolare l'emicrania, figurano tra le condizioni più diffuse e disabilitanti a livello globale (GBD Study, 2016; Steiner et al, 2020) e coinvolgono circa tre miliardi di persone, con una prevalenza del 26.1% per la cefalea tensiva e del 14.4% per l'emicrania.

Le cefalee costituiscono un grave problema di salute pubblica che colpisce entrambi i sessi e tutte le fasce di età, con particolare incidenza nei giovani e nelle donne tra i 15 e i 49 anni. Pertanto, solo un miglioramento nell'organizzazione e nella gestione del percorso di cura può contribuire a contenere l'evoluzione verso condizioni disabilitanti.

L'organizzazione dei servizi sanitari per la cefalea deve garantire equità e facilitazione all'accesso, presa in carico e continuità proattiva all'interno di un sistema di rete con connessioni strutturate tra i diversi nodi, in grado di gestire il percorso assistenziale garantito da gruppi multidisciplinari attraverso la collaborazione tra medico del pronto soccorso, neurologo, fisioterapista, psicologo, nutrizionista, radiologo, medico di famiglia, farmacista e case manager.

L'European Headache Federation (EHF) ha formulato le raccomandazioni per l'organizzazione e la distribuzione dei servizi sanitari per la cefalea in Europa (Steiner et al, 2011) con un modello strutturato su 3 livelli interdipendenti in relazione alla complessità clinica e al livello di capacità assistenziale:

- cure primarie: al fine di diagnosticare e gestire la maggior parte dei casi di emicrania e di cefalea di tipo tensivo;
- specialisti: al fine di diagnosticare e gestire le cefalee primarie e alcune cefalee secondarie;
- centri con competenze multidisciplinari e possibilità di ricovero ospedaliero: al fine di diagnosticare e gestire le cefalee primarie più complesse e rare e le cefalee secondarie e adottare trattamenti di II livello.

La Regione Lazio utilizza un approccio olistico e inclusivo per lo sviluppo delle reti e dei percorsi assistenziali attraverso l'integrazione e la connessione tra servizi territoriali e ospedalieri, ivi inclusi i servizi farmaceutici. Il percorso definito nel presente documento si inserisce in un quadro più ampio di coordinamento regionale delle attività assistenziali che comprende la Rete dell'Emergenza-Urgenza, Reti Tempo-dipendenti, e di Alta Specializzazione, tra le quali quella Oncologica. Ciascuna di queste reti è formalmente dotata di un coordinamento istituzionale e di specifici piani di Rete, che includono PDTA dedicati. Questi percorsi assistenziali rappresentano un punto di riferimento per la gestione di condizioni cliniche che richiedono un'integrazione con il percorso assistenziale della cefalea.

Obiettivi del Piano:

- identificare le caratteristiche, il ruolo e le modalità di connessione dei diversi livelli assistenziali;
- sviluppare la collaborazione multidisciplinare tra medici di medicina generale (MMG), neurologi, medici della rete dell'emergenza/urgenza, neuroradiologi, neurochirurghi, terapisti del dolore e gli altri specialisti coinvolti;
- garantire l'accesso ai livelli superiori di assistenza secondo necessità/complessità del paziente;
- organizzare i percorsi di presa in carico mediante ricorso al Pacchetto Ambulatoriale Complesso (PAC);
- promuovere percorsi formativi per la gestione delle cefalee.

Il presente Piano di Rete viene revisionato in occasione di nuove indicazioni istituzionali, nazionali e/o regionali.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Questo documento è rivolto a tutti i professionisti attivi negli ambulatori, nei centri territoriali e nelle strutture ospedaliere della Regione Lazio, coinvolti nella presa in carico e nel percorso di cura dell'adulto 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	ECG: Elettrocardiogramma
ECM: Educazione Continua in Medicina	EEG: Elettroencefalogramma
EHF: European Headache Federation	EMG/ENG: Elettromiografia/Elettroencefalografia
ESA, Emorragia Subaracnoidea	FC: Frequenza Cardiaca
FR: Frequenza Respiratoria	GBD: Global Burden of Diseases
GCS: Glasgow Coma Scale	ICHD-3: International Classification of Headache Disorders, terza edizione, 2018
IHS: International Headache Society	IRCCS: Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
MAPA: Monitoraggio Ambulatoriale della Pressione Arteriosa	MIDAS Migraine Disability Assessment
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	PLS: Pediatria di Libera Scelta
PS: Pronto Soccorso	PT: Piano Terapeutico
ReCUP: Centro Unico Prenotazioni della Regione Lazio	RM: Risonanza Magnetica
SISC: Società Italiana per lo Studio delle Cefalee	TC: Tomografia Computerizzata (anche Temperatura Corporea nel paragrafo Emergenza-Urgenza)
TCD: Doppler Transcranico	TEE: Ecocardiogramma Transesofageo
TTE: Ecocardiogramma Transtoracico	TSA: Ecodoppler Tronchi Sovraortici
TML: Triage Modello Lazio	RCP: Rete Cefalea Primaria

2. RICOGNIZIONE ATTIVITÀ AMBULATORI/CENTRI CEFALEE REGIONE LAZIO

Nel corso del 2024 è stato elaborato un questionario per censire le attività dei centri presenti nella regione Lazio. Sulla base delle risposte fornite dalle strutture, la Tabella 1 (in appendice) illustra le prestazioni erogate dagli ambulatori/centri per la gestione delle cefalee. La Tabella 2 (in appendice) presenta ulteriori dettagli sui centri, comprendenti informazioni relative alle attività di ricerca e formazione.

Il censimento ha evidenziato che in alcune ASL mancano servizi dedicati alla gestione del paziente cefalalgico.

3. COORDINAMENTO DELLA RETE

Il Coordinamento Regionale (CR) è incaricato di elaborare il Piano di Rete per la Cefalea primaria. Il CR è composto da dirigenti e funzionari della Direzione Salute e Integrazione Socio-Sanitaria, dal Coordinatore Regionale delle Reti di Patologia, dai Referenti aziendali per il percorso “Cefalea”, del Dipartimento di Epidemiologia e dalle Associazioni incluse nella Sanità Partecipata di cui alla DGR 736/2019. Il CR può avvalersi di strutture del SSR con specifiche competenze sovra aziendali, o comunque di riferimento regionale.

Il CR opera sotto la supervisione del Dirigente dell’Area Rete Ospedaliera e Specialistica e ha i seguenti compiti:

- a. programmare l’integrazione organizzativa e assistenziale dei servizi e dei professionisti coinvolti nella rete;
- b. validare i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA):
- c. monitorare con cadenza annuale l’andamento dei PDTA sulla base degli indicatori e degli standard contenuti in questo documento;
- d. rilevare i bisogni formativi della Rete e promuovere la progettazione delle opportune iniziative di formazione.

In ciascuna ASL dovrà essere istituito un coordinamento composto dalla Direzione Sanitaria, dai referenti clinici delle U.O. e dei servizi, dai referenti della Azienda Ospedaliera/Universitaria/CdC accreditata presente sul territorio, dai referenti dei MMGe PLS e dal care manager. Questo coordinamento svolge i seguenti compiti:

1. definizione della rete aziendale con individuazione di ambulatori e centri cefalea sulla base del fabbisogno di popolazione;
2. contestualizzazione delle linee di indirizzo regionali al contesto locale;
3. coinvolgimento dei MMG nell’attivazione e gestione del percorso aziendale.

In ogni Azienda Ospedaliera/Universitaria con la stessa logica dovrà essere istituito un coordinamento collegato a quello della Azienda Territoriale di riferimento.

4. ORGANIZZAZIONE DELLA RETE

L’organizzazione della rete è strutturata su più livelli, in base alla complessità diagnostica e alla capacità di trattamento.

La classificazione della International Headache Society (Classificazione internazionale delle Cefalee – versione originale <https://ichd-3.org/>; Classificazione internazionale delle Cefalee – versione italiana <https://ihs-headache.org/wp-content/uploads/2021/11/ICHD-3-Italian.pdf>) è un sistema gerarchico che distingue 14 tipologie differenti di cefalee primarie (1-4) e secondarie (5-14) aventi ognuna diverse sottoclassi, la cui diagnosi comporta un livello di diagnostica progressivamente più complessa. La tabella seguente è solo un esempio della classificazione gerarchica sulla base della quale vengono identificati le sedi di presa in carico secondo complessità di diagnosi e trattamento.

ESEMPIO CLASSIFICAZIONE e GRADI DIAGNOSTICI

	Classificazione	Grado
1	Emicrania	I
1.1	Emicrania senza aura	II
1.2	Emicrania con aura	II
1.2.1	Emicrania con aura tipica	III
1.2.1.1	Aura tipica con cefalea	IV
1.2.1.2	Aura tipica senza cefalea	IV
1.2.2	Emicrania con aura tronco encefalica	III
1.2.3.1	Emicrania emiplegica	IV
1.2.3.1.1	Emicrania emiplegica familiare tipo 1 (FHM1)	V
1.2.3.1.2	Emicrania emiplegica familiare tipo 2 (FHM2)	V
1.2.3.1.3	Emicrania emiplegica familiare tipo 3 (FHM3)	V
1.2.3.1.4	Emicrania emiplegica familiare, altri loci	V

Il modello organizzativo prevede l'identificazione dei nodi di rete e delle relative funzioni, in base alla condizione di disabilità determinata dalla frequenza e intensità della cefalea, dalla complessità diagnostica e dalla necessità di terapie avanzate.

La rete si articola su più livelli, con un ruolo centrale affidato alla medicina di prossimità – comprendente le cure primarie e i centri ambulatoriali – che opera in collegamento con centri ospedalieri dotati di capacità di ricovero e di trattamenti specialistici di II livello.

Di seguito sono riportati i principali requisiti e competenze dei nodi della rete.

A. Medicina di prossimità

CURE PRIMARIE: MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG) E PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS)

Costituisce il livello di primo accesso e valutazione di una persona non ancora in carico a uno specialista o a un centro per le cefalee, per cui l'MMG ha il compito di identificare le condizioni di cefalea primaria e, se necessario, indirizzare il paziente a una valutazione specialistica.

Il MMG gestisce i casi di cefalea di tipo tensivo infrequente e di emicrania episodica a bassa frequenza, in assenza di atipie diagnostiche e/o elementi clinici suggestivi di cefalee secondarie, prescrivendo appropriate terapie sintomatiche e di profilassi di prima linea. Fornisce anche indicazioni sui corretti stili di vita, secondo le Linee Guida e le indicazioni del presente PDTA.

AMBULATORIO AZIENDALE

Costituisce il primo livello di accesso e gestione specialistica del percorso di presa in carico del paziente affetto da cefalea, in cui sono presenti neurologi, e, nel caso di ambulatori pediatrici, Neuropsichiatri infantili (NPI) e Pediatri Specialisti nel settore della neurologia pediatrica.

Costituisce il primo livello di accesso e gestione specialistica del percorso di presa in carico del paziente affetto da cefalea, in cui sono presenti neurologi, è collocato in una struttura territoriale e ospedaliera, senza capacità di ricovero specialistico, ed è prevista la disponibilità di almeno un ambulatorio per ASL.

L'ambulatorio ha le seguenti funzioni:

- visita specialistica anche in modalità televisita (la televisita è possibile solo per le visite di controllo);
- valutare la diagnosi delle principali forme di cefalea (II e III grado ICHD-3);
- impostare un adeguato trattamento sintomatico e di prevenzione;
- selezionare i pazienti da inviare al Centro Cefalee ospedaliero.

Gli ambulatori garantiscono la presa in carico proattiva eseguendo al suo interno o in collegamento con altre strutture esami strumentali anche mediante l'istituzione di PAC:

- indagini neuroradiologiche (TC – RM);
- indagini neurosonologiche (Ecocolordoppler tronchi sopraortici, TSA);
- valutazione neuropsicologiche;
- consulenze specialistiche: oculistiche, otorinolaringoiatriche, fisiatriche, cardiologiche;
- collegamento e integrazione con altre Reti Regionali: terapia del dolore, cure palliative.

B. CENTRO OSPEDALIERO

Costituisce il secondo livello di accesso e gestione specialistica in grado di garantire la presa in carico del paziente, la prescrizione ed esecuzione di diagnostica strumentale, la possibilità di ricovero ordinario o in Day Hospital (DH).

Il Centro Ospedaliero è dotato di una serie di funzioni e competenze comuni, ivi compresa la figura di Care Manager, e alcuni assumono un ruolo di riferimento per specifiche attività cliniche e terapeutiche

Il Centro Ospedaliero ha le seguenti funzioni:

- attività ambulatoriale specialistica, anche in modalità televisita, e di ricovero ordinario e DH di neurologia. Nel caso di centri pediatrici devono essere presenti anche posti letto di pediatria;
- connessioni strutturate con i nodi ambulatoriali presenti sul territorio;
- valutare la diagnosi delle forme di cefalea di III-IV grado diagnostico ICHD-3;
- trattamenti di I e II linea.
- consulenze Specialistiche: oculistiche, otorinolaringoiatriche, fisiatriche, cardiologiche, internistiche, ortopediche, psichiatriche, , ortopedia, anestesiologicala, nutrizionistica;
- collegamento e integrazione con altre Reti Regionali: terapia del dolore, cure palliative.

Gli ambulatori devono permettere la presa in carico proattiva eseguendo al loro interno o in collegamento con altre strutture esami strumentali anche mediante l'istituzione di PAC:

- Neuroradiologia (TC – AngioTC – RM – Angio RM);
- Neurosonologia (Ecocolordoppler TSA – Doppler transcranico, TCD);
- Neurofisiologia (EEG – EMG/ENG – Potenziali evocati);
- Indagini cardiologiche (TTE – TEE – MAPA – Holter ECG);
- Test neuropsicologici.

I Centri Ospedalieri per la valutazione e gestione del V grado diagnostico ICHD-3 devono essere connessi con i Centri in grado di garantire al loro interno competenze e diagnostiche e terapeutiche avanzate nelle seguenti linee di attività:

- Diagnostica e interventistica:
 - o Neuroradiologia (SPECT – PET) e Neuroradiologia interventistica
 - o Neurosonologia (TCD con bubble test per la ricerca della pervietà del forame ovale, test di autoregolazione, test di reattività vasomotoria cerebrale)
 - o Neurofisiologia (– EMG/ENG)
 - o Studio della dinamica liquorale (rachicentesi, misurazione della pressione liquorale, test di infusione e di sottrazione liquorale);
 - o Neuro-oftalmologia
 - o Dosaggi farmacologici
- Consulenze specialistiche: neurochirurgica, oftalmologica, odontoiatrica/maxillo facciale;
- Psicologia clinica e Neuropsicologia con esecuzione di Test neuropsicologici completi
- Centro della Rete di Terapia del dolore in grado di garantire neurostimolazione, blocchi tronculari e/o analgesie regionali, termorizotomia retrogasseriana percutanea (con radiofrequenza o con palloncino), stimolazione del nervo grande occipitale con impianti di sistemi con o senza generatore, stimolazione midollare cervicale;
- Neurochirurgia: trattamento della nevralgia trigeminale resistente ai trattamenti farmacologici per via percutanea (rizolisi trigeminale a radiofrequenza o mediante microcompressione o glicerolica) o per via transcranica (microdecompressione vascolare); trattamento dei pazienti con cefalea a grappolo con impianto di neurostimolatore del nervo grande occipitale.

Il Coordinamento Regionale definirà sulla base dei dati di attività e della dotazione di competenze e tecnologie rilevate dalle Direzioni Sanitarie le capacità avanzate di ciascun Centro.

I Centri Ospedalieri devono essere dotati o collegati attraverso un accordo con i Laboratori della Rete di Genetica.

5. PERCORSO ASSISTENZIALE

Il percorso assistenziale deve facilitare l'accesso, garantire la continuità della presa in carico e offrire un accompagnamento proattivo nelle diverse fasi del percorso, attraverso un programma di prestazioni

programmate in grado di garantire la cura in condizioni di prossimità per i gradi lievi e, interventi integrati attraverso collegamenti strutturati con i Centri Ospedalieri per i pazienti ad alta complessità.

Il percorso assistenziale ha come priorità quella di garantire nei casi di cefalea primaria:

- diagnosi differenziale con condizioni di cefalea secondaria;
- presa in carico e rapido sollievo della sintomatologia secondo le evidenze cliniche;
- continuità di cura tra i diversi livelli di Rete secondo la complessità clinica;
- continuità assistenziale tra il Pronto Soccorso (PS) e i nodi della Rete.

L'inquadramento clinico-diagnostico richiede una valutazione olistica della persona con cefalea al fine di differenziare i quadri di cefalea primaria da quella secondaria, che può essere un sintomo precoce di patologie gravi, che in alcuni casi richiedono l'attivazione di percorsi di emergenza-urgenza secondo i percorsi regionali in essere e i criteri di evidenza scientifica.

L'elenco SNN00P 10 (Do et Al, 2019)¹, è una utile lista di segnali di alert, costituita da bandierine rosse, in grado di far emergere e indirizzare verso la gestione idonea delle sindromi da cefalea secondaria con modalità e tempistica in relazione con il quadro clinico generale e locale:

- cefalea di intensità grave insorta come un "fulmine a ciel sereno";
- cefalea accompagnata da segni o sintomi neurologici (deficit neurologici focali o disturbi di coscienza);
- vomito e/o sincope e/o dolore cervicale lateralizzato all'esordio della cefalea;
- cefalea inusuale e grave, associata a febbre e/o rigidità nucale;
- anamnesi positiva per neoplasia o HIV; con modalità e tempistica
- gravidanza, post-partum, puerperio;
- primo episodio cefalalgico dopo i 50 anni;
- dolore facciale parossistico ad esordio recente.

In coerenza con questi segnali in Pronto Soccorso l'utilizzo dell'algoritmo diagnostico DIACEF per il paziente con una cefalea non traumatica (Grimaldi et Al, 2009),² consente di identificare quattro scenari clinici in grado di differenziare per ciascuna situazione specifica il percorso diagnostico più appropriato.

Iter diagnostico DIACEF - Scenari clinici di pazienti adulti con cefalea non traumatica

SCENARIO 1	Il paziente la definisce "la peggiore cefalea della vita" Cefalea insorta improvvisamente ("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 sospetto per gravi cefalee secondarie:

- scenario 1: emorragia subaracnoidea e altre patologie cerebrovascolari acute emorragiche o ischemiche;
- scenario 2: infezioni del sistema nervoso centrale o infezioni sistemiche;
- scenario 3: neoplasie o arterite temporale.

Lo scenario 4 è a sua volta indicativo di una condizione di cefalea primaria, per cui ogni Ospedale sede di PS, qualora non sia dotato di competenze specialistiche e non sia Centro Ospedaliero per la cefalea, dovrà sviluppare nel proprio territorio di riferimento un collegamento strutturato con la Rete Cefalea Primaria (RCP) a livello aziendale.

Il primo accesso alla RCP può avvenire attraverso uno dei suoi nodi, tramite una prima visita che consenta di valutare la presa in carico e indirizzare il paziente verso setting più appropriato in relazione alle condizioni di disabilità, alla complessità diagnostica e alla necessità di terapie avanzate. A questo fine, è opportuno considerare, in linea con la classificazione vigente ICHD-III, di raccomandare una presa in carico differenziale

¹ Do TP, Remmers A, Schytz HW, Schankin C, Nelson SE, Obermann M, Hansen JM, Sinclair AJ, Gantenbein AR, Schoonman GG. Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice: SNN00P10 list. *Neurology*. 2019 Jan 15;92(3):134-144.

² 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.

nei diversi livelli, in relazione al quadro clinico, come descritto nella seguente tabella, che riporta un'esemplificazione valida per le cefalee primarie:

Medicina di prossimità	Centro Ospedaliero
Emicrania	Cefalea a grappolo (o altra Cefalea Autonoma Trigemiale) resistente alle terapie
Cefalea di tipo tensivo	Cefalea o algia faciale con particolari complessità diagnostiche e/o terapeutiche
Cefalea a grappolo	Emicrania episodica ad alta frequenza (8-14 gg/mese), emicrania con aura prolungata (>1 ora), storia di emicrania emiplegica
	cefalea primaria cronica (>15 giorni al mese) con storia di iperuso di farmaci
	cefalea primaria farmaco resistente

In caso di dubbio diagnostico o di difficoltà terapeutica in un nodo della RCP è opportuno predisporre un invio attraverso una visita programmata ad un livello superiore con una richiesta di "visita neurologica PDTA cefalea" utilizzando uno dei codici ICD-9, inseriti nella seguente tabella:

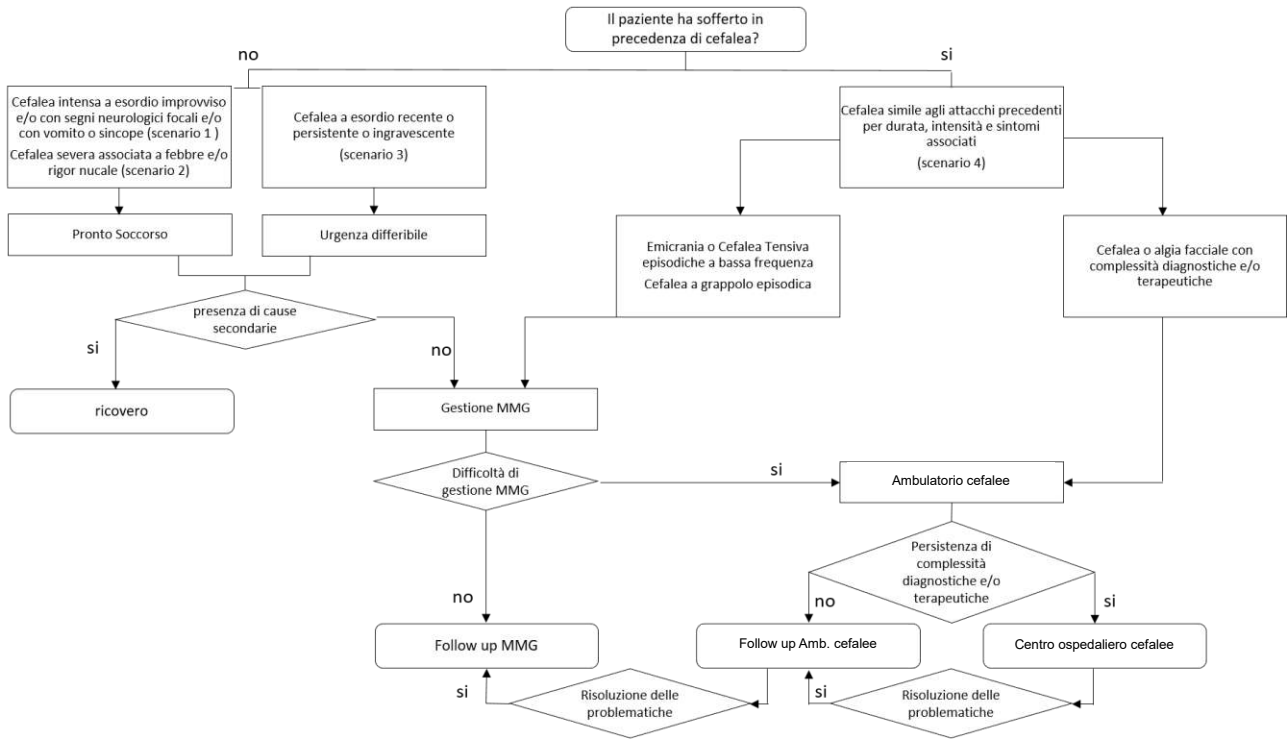
Tabella A- Codici ICD-9 delle principali tipologie di cefalea

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

Il programma di presa in carico e di trattamento deve essere registrato presso il nodo prescrittore, consegnato al paziente e inviato con modalità strutturate al nodo, che svolgerà il ruolo di continuità assistenziale secondo la complessità clinico-terapeutica con l'obiettivo di favorire, quanto possibile, la medicina di prossimità.

Il Coordinamento RCP dovrà sviluppare un percorso dedicato alla transizione dall'età pediatrica-adolescenziale verso l'età adulta.

Il diagramma di flusso di seguito illustrato riporta la successione delle attività, identifica le interfacce, le attività critiche e gli eventuali passi da svolgere.



6. STRUMENTI

La Regione Lazio ha recepito le linee guida nazionali sui servizi di telemedicina e sul Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), e con la DGR n.643 del 26 luglio 2022 ha definito la metodologia di implementazione e attivazione dei servizi.

La condivisione della documentazione clinica è la condizione determinante per rendere operativi in tempo reale i nodi della Rete e facilitare la presa in carico della persona, l'attivazione dei servizi di prossimità

Il Fascicolo Sanitario Elettronico costituisce lo strumento per raccogliere in modo strutturato e specifico le informazioni cliniche necessarie per la presa in carico della persona costituite dalla documentazione sanitaria (referti, ricette dematerializzate etc.), incluse quelle inserite nella cartella clinica di ricovero, per la prenotazione degli esami e visione del diario clinico.

Gli strumenti di telemedicina, già a disposizione delle Aziende Sanitarie, sono oggetto di un progetto di omogeneizzazione e integrazione a livello regionale, come previsto dalla DGR n.643/2022.

7. PROGRAMMA DI MIGLIORAMENTO E FORMAZIONE

Il Coordinamento della RCP ha il compito di individuare gli obiettivi annuali del piano di miglioramento e dei percorsi di formazione sulla base dell'esito dei monitoraggi, gli ambiti di intervento, gli obiettivi, gli indicatori, e azioni utili a migliorare il percorso assistenziale.

I principali strumenti di questo programma sono la diffusione dei report assistenziali e gli incontri periodici di "Audit e Feedback" utilizzando come strumenti di riflessione le evidenze disponibili, l'esperienza personale dei componenti del gruppo multidisciplinare e i risultati del monitoraggio.

Il coinvolgimento trasversale delle unità operative e della comunità professionale è lo strumento determinante per un feedback positivo promuovendo la conoscenza dei risultati del monitoraggio, la condivisione degli obiettivi e delle modalità operative dei percorsi di innovazione, nonché l'intero processo di miglioramento.

Questa metodologia consente di valorizzare le risorse interne, individuando e responsabilizzando le competenze professionali in relazione ai contenuti delle azioni previste.

Il percorso formativo della RCP prevede le seguenti azioni:

1. diffusione on line del Piano di Rete;
2. percorso formativo per la continuità aziendale per la medicina di prossimità;
3. audit Aziendale tra i Centri Ambulatoriali e i Centri Ospedalieri presenti sul territorio con identificazione degli obiettivi annuali di miglioramento;
4. audit annuale della Rete.

MONITORAGGIO

Gli indicatori su cui sarà progressivamente valutata l'organizzazione della rete sono la tempistica di accesso, l'aderenza al percorso assistenziale, il ricorso ai servizi di emergenza-urgenza e di ricovero, l'appropriatezza terapeutica e la valutazione secondo i criteri di Patient Reported Experience Measures (PREMS).

Il sistema di monitoraggio prevede l'utilizzo dei Sistemi Informativi Sanitari attraverso l'utilizzo dei codici diagnosi ICD9-CM presenti nella tabella A e di codici traccianti da identificare con successivo atto.

È prevista inoltre una rilevazione annuale da parte della Direzione Aziendale sull'attivazione dei percorsi di formazione e sugli esiti degli Audit.

Indicatori	Fonte del dato
Volume di accessi e esito per codice di triage e di complessità	SIES
Tempi di permanenza in PS	SIES
Percorso assistenziale in PS	GIPSEWeb
Numero visite presso gli ambulatori/centri	SIAS
Tempi di attesa visita specialistica	Recup
Volume e esito ricoveri ospedalieri	SIO
Volume trattamenti specialistici	SIO
Analisi Farmaci	Farmaceutica
Numero Corsi di formazione	Direzione Sanitaria Aziendale
Numero di Audit e Feedback Aziendali	Direzione Sanitaria Aziendale

8. INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

La comunicazione è uno strumento di supporto alla promozione sani stili di vita, alla partecipazione ai programmi di screening, e fornisce informazioni comprensibili e personalizzate per la persona nel percorso diagnostico-terapeutico, migliorando le conoscenze e la consapevolezza della persona e dei caregiver.

Il piano di Rete inserisce in questo ambito alcune iniziative:

- preparazione di uno strumento informativo e formativo relativo al percorso assistenziale;
- attivazione di pagine dedicate sul sito Salutelazio.it relative informazione/educazione sanitaria. Nelle pagine saranno presenti informazioni sul percorso assistenziale e sulle strutture inserite nella Rete.

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.
- 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.
- 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 1.
- Elenco dei centri prescrittori degli anticorpi monoclonali anti CGRP. Registro Ufficiale Regione Lazio. 0686389.30-07-2020.
- 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.
- Linee di indirizzo nazionali sull'osservazione breve intensiva – OBI. A cura del Ministero della Salute. Anno 2019.
- Linee di Indirizzo per il Triage in Pronto Soccorso (Agenas – Monitor n.29, 2012)
- 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=contenutidetail&id=359
- Piano di Rete Ictus della Regione Lazio, Determina Regionale n. G11799 del 13.10.2020.
- Piano di Rete delle Malattie Infettive della Regione Lazio, DCA n. U00540 del 12.11.2015.
- Linee di indirizzo organizzative per la Rete oncologica regionale ai sensi dell'Accordo Stato Regioni n. 59/CSR del 17 aprile 2019, n. G01829 del 14.02.2023.

APPENDICE

TABELLA 1. PRESTAZIONI OFFERTE DAGLI AMBULATORI/CENTRI PRESENTI SUL TERRITORIO REGIONALE

ASL	STRUTTURA/AZIENDA	TC cerebrale	RM cerebrale	dosaggio farmaci (es. litemia)	Protocolli per la disassuefazione da farmaci a domicilio	Assistenza psicologica	Angio TC cerebrale	Angio RM arteriosa e venosa	Spettroscopia e Perfusione	Neurorad. Intervent.	Angiografia	Esami neurofisiol. (*)	Ecodoppler vasi epiaortici	Consul. genetica (**)
ASL ROMA 1	PRESIDIO LUZZATTI				X							X		
ASL ROMA 1	PRESIDIO SANTA MARIA DELLA PIETÀ				X							X		
ASL ROMA 1	P.O. NUOVO REGINA MARGHERITA	X	X		X		X	X				X	X	
ASL ROMA 1	PO S. FILIPPO NERI	X	X	X		X	X	X		X	X	X	X	X
ASL ROMA 1	AO S. GIOVANNI ADDOLORATA	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
ASL ROMA 1	AOU S. ANDREA	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
ASL ROMA 1	FOND. POLICLINICO A. GEMELLI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ASL ROMA 1	POL. UMBERTO I	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ASL ROMA 1	SAN PIETRO FATEBENEFRAELLI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ASL ROMA 2	OSPEDALE S. EUGENIO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ASL ROMA 2	OSPEDALE PERTINI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ASL ROMA 2	POL. CAMPUS BIOMEDICO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ASL ROMA 2	POL. TORVERGATA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ASL ROMA 3	OSPEDALE GRASSI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ASL ROMA 3	AO SAN CAMILLO FORLANINI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ASL ROMA 4	OSPEDALE SAN PAOLO	X	X			X	X	X				X	X	
ASL ROMA 5	OSPEDALE S.G.EVANGELISTA TIVOLI	X	X	X			X	X				X	X	
ASL VITERBO	OSPEDALE BELCOLLE	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
ASL RIETI	POLO OSP. CAMILLO DE LELLIS	X	X	X	X	X	X	X				X	X	
ASL LATINA	POLO LATINA NORD - SM GORETTI													
ASL FROSINONE	OSPEDALE SPAZIANI FROSINONE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

(*) EEG di routine e dopo privazione ipnica, video-poligrafia

(**) indagini di genetica molecolare, biochimiche e biotipiche orientate allo studio di cefalee rare o metaboliche

(***) ad esempio infiltrazione selettiva di farmaci, test farmacologici e.v., terapie non farmacologiche

(****) neurostimolazione in caso di cefalee farmaco-resistenti (stimolazione vagale, stimolazione del nervo grande occipitale e stimolazione cerebrale profonda)

(CONTINUA) TABELLA 1. PRESTAZIONI OFFERTE DAGLI AMBULATORI/CENTRI PRESENTI SUL TERRITORIO REGIONALE

STRUTTURA/AZIENDA	Protocolli di assuefazione da farmaci in ambito ospedaliero	protocolli terapeutici speciali e/o innovativi (***)	Centro prescrittore anticorpi monoclonali anti-CGRP	Procedure terapeutiche interventistiche (****)	elaborazione relazione clinica MMG	Collegamento con gli altri centri?	elenicare i centri in collegamento	Collegamento formalizzato per fisioterapia?	elenicare le strutture in collegamento
PRESIDIO LUZZATI					SI	SI	Altri ambulatori ASL	NO	
PR. S. MARIA DELLA PIETÀ					SI	SI	Altri ambulatori ASL	NO	
P.O. N.R. MARGHERITA					SI	SI	Altri ambulatori ASL	NO	
PO S. FILIPPO NERI	X	X	X	X	SI	SI	Altri ambulatori ASL	NO	
AO S. GIOVANNI ADD.		X	X		SI	NO		NO	
AOU S. ANDREA	X	X	X		SI	NO		NO	
POLICLINICO A. GEMELLI	X	X	X	X	SI	SI	Centri Cefalee SISC	NO	
POL. UMBERTO I	X	X	X	X	SI	SI	Collaborazione tra strutture	SI	DAI di Neurologia
SAN PIETRO FBFB		X	X	X	SI	SI	accordi non formalizzati	SI	fisioterapia dell'ospedale
OSPEDALE S. EUGENIO	X				SI	SI	neurologi ambulatoriali, altri centri cefalee su Roma e Lazio, ambulatorio Terapia del dolore	NO	
OSPEDALE PERTINI	X				SI	NO		NO	
CAMPUS BIOMEDICO	X	X	X	X	SI	SI	Neurologi ambulatoriali e con MMG e con i maggiori centri cefalee romani e laziali.	SI	Fisiatria-fisioterapia interno
POL. TORVERGATA	X	X	X	X	SI	SI	Terapia del dolore- specialisti ambulatoriali del territorio (ASL)/MMG e centri regionali e nazionali.	SI	Fisiatria interno; in convenzione l'IRCCS Santa Lucia (Roma)
OSPEDALE GRASSI	X	X	X	X	SI	NO		SI	CPO Ostia
AO SAN CAMILLO FORLANINI		X	X		SI	SI	Neurologi ambulatoriali e con MMG e centri cefalee romani e laziali.	NO	rif. Rete regionale
OSPEDALE SAN PAOLO		X		X	NO	SI	Terapia del Dolore Sant'Andrea	NO	
S.G.EVANGELISTA			X						
OSPEDALE BELCOLLE-VT	X	X	X		NO	SI	Policlinico A. Gemelli	NO	
CAMILLO DE LELLIS-RI	X	X	X		SI	SI	Ambulatori di neurologia ASL.	NO	
SM GORETTI-LT		X	X		SI	SI	ICOT - ambulatorio ASL		
OSPEDALE SPAZIANI -FR	X	X	X		SI	SI	Campus biomedico Roma	NO	

TABELLA 2. ALTRE ATTIVITÀ AMBULATORI/CENTRI CEFALÉE REGIONALI

STRUTTURA/AZIENDA	Collaborazioni centri nazionali o internazionali? descrivere brevemente	Corsi di formazione (riportare gli argomenti trattati facendo riferimento agli ultimi 2 anni)
PRESIDIO LUZZATI PRESIDIO S.MARIA DELLA PIETÀ P.O. NUOVO REGINA MARGHERITA PO S. FILIPPO NERI	Collaborazione a studi multicentrici sull'efficacia delle terapie con anticorpi monoclonali anti CGRP. Partecipazione al Registro Italiano per l'emicrania (I-Graine New).	Congressi regionali del Lazio della Società Italiana di Neurologia,
AO S. GIOVANNI ADDOLORATA AOU S. ANDREA	Collaborazione scientifica centri nazionali	
FOND. POLICLINICO A. GEMELLI	Collaborazione con tutti i centri Cefalee della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee	2022-Nuove terapie dell'emicrania: la luce in fondo al tunnel 2024-La Neurologia al Gemelli: Emicrania, comorbidità e nuove prospettive terapeutiche
POL. UMBERTO I	collaborazioni SISC. Collaborazioni con La London University e l'Università di Liegi.	Le cefalee al Pronto Soccorso
SAN PIETRO FATEBENEFRATELLI	Registro Rice (Registro Italiano delle Cefalee)	Depressione nelle patologie neurologiche (con topic sulle cefalee)
OSPEDALE S. EUGENIO	Partecipazione a studi multicentrici caso controllo e protocolli clinici studi multicentrici sull'efficacia delle terapie con anticorpi monoclonali anti CGRP (I-NEED e sottogruppi) e al Registro Nazionale sulle cefalee (I-GRAINE NEW)	Corso aziendale 2023 "Le urgenze neurologiche" con topic: le cefalee in Pronto Soccorso; 2024: casi clinici nell'ambito delle cefalee; open week bolliuosa "Emicrania nella donna" (2024)
OSPEDALE PERTINI	Partecipazione a studi multicentrici caso controllo e protocolli clinici	Corsi ai medici di medicina generale in formazione Incontri con i MMG del Distretto 8 e 9
POL. CAMPUS BIOMEDICO	in collegamento con i maggiori centri italiani ed internazionali. Partecipazione trial farmacologici	2021-2023 corso di perfezionamento di diagnosi e cura delle cefalee. 2023 corsi aperti a mmg, neurologi ed altri specialisti, ostia e Frosinone
POL. TORVERGATA	Registri nazionali di malattia, Registro I-GRAINE, Registro RICE, collaborazioni con società scientifiche (SIN, SISC, ANIRCEF) e con associazioni di pazienti, centri nazionali e internazionali e trial clinici	2022 - Cefalee ed epilessia: due facce della stessa medaglia; Le cefalee nelle diverse fasi della vita della donna; 2023 - Pro-Testa: combatti il mal di testa; Campagna : Identikit Emicrania 2024 - Nurse specialist nella gestione delle cefalee: realtà e futuro nel trattamento farmacologico dell'emicrania; Master universitario di II livello in "Le cefalee nell'era della medicina di precisione"; RHEUMA-FOCUS ON: Pain and Migraine in Rheumatic Diseases .
OSPEDALE GRASSI		corso su Cefalea (giornata delle Cefalee). Corso per MMG su Cefalee e Terapie innovative
AO SAN CAMILLO FORLANINI	Coinvolti con rete nazionale e internazionale x condivisione casistiche	casistica clinica. Ottimizzazione uso monoclonali e terapie con tossina botulinica
OSPEDALE SAN PAOLO	Sono attive collaborazioni con centro di terapia del dolore Ospedale Sant'Andrea di Roma.	tirocinio pratico del Master di terapia del dolore cronico dell'Università La Sapienza di Roma
OSPEDALE BELCOLLE	Collaborazione con l'IRCCS San Raffaele Pisana di ROMA: Raccolta dati nella piattaforma I-NEED di pazienti in trattamento con antiemigranici, registro nazionale I-GRAINE	Cefalee in età evolutiva e nell'adulto, aspetti diagnostici e terapeutici, con attenzione alle nuove prospettive terapeutiche ad oggi disponibili
POLO OSP. CAMILLO DE LELLIS	Studi nazionali "Italian Migraine Registry (I-GRAINE)" "Italian New migraine Drugs database" (I-NEED)	2021 e 2023 incontri con i MMG
POLO LATINA NORD - SM GORETTI		
OSPEDALE SPAZIANI FROSINONE	registro nazionale I-GRAINE	Sclerosi multipla ed emicrania; emergenze neurologiche; corso di formazione in Emicrania

(CONTINUA) TABELLA 2. ALTRE ATTIVITÀ AMBULATORI/CENTRI CEFALEE REGIONALI

STRUTTURA/AZIENDA	Meeting con discussione di casi clinici? descrivere brevemente	campagne di sensibilizzazione	Informazioni sui servizi offerti (sito)	Se si, inviare il link alla pagina del sito aziendale
PRESIDIO LUZZATTI	Discussione collegiate di casi clinici tra Neurologi, Neuroradiologi e Neurochirurghi a cadenza bisettimanale	SI	SI	https://www.aslroma1.it/presidi-ospedali/eparti/neurologia
PRESIDIO SANTA MARIA DELLA PIETÀ				
P.O. NUOVO REGINA MARGHERITA				
PO S. FILIPPO NERI				
AO S. GIOVANNI ADDOLORATA	Mensili	SI	NO	
AOU S. ANDREA	meeting settimanali	SI	NO	
FOND. POLICLINICO A. GEMELLI	Seminari Neurologia Riunione Neuroradiologia	SI	SI	https://www.policlinicogemelli.it/prestazioni/prima-visita-neurologica-cefalee-e-aldia/
POL. UMBERTO I	settimanali di staff e trimestrali di nosocomio.	SI	SI	www.centrocefaleeroma.it
SAN PIETRO FATEBENEFRAATELLI	1 volta al mese con colleghi del reparto	SI	SI	https://www.ospedalesanpietro.it/attivita-ospedaliere/struttura-semiplice-dipartimentale-neurologia/#riquadro-ambulatorio-Z750
OSPEDALE S. EUGENIO	Discussioni collegiali/meeting settimanali interdisciplinari tra Neurologi, Neuroradiologi e medici di altre discipline	SI	SI	https://www.aslroma2.it/index.php/uoc-neurologia
OSPEDALE PERTINI	CADENZA BIMESTRALE	SI	SI	https://www.aslroma2.it/index.php/uoc-neurologia-e-stroke-uni
POL. CAMPUS BIOMEDICO	i meeting con medici neurologi e di altre discipline	SI	SI	www.policlinicocampus.it
POL. TORVERGATA	si, meeting settimanali di discussione interdisciplinare	SI	SI	https://www.rivonline.it/index.php/fmu-azienda/column-1-azienda/2013-05-23-11-17-37/dipartimento-benessere-della-salute-mentale-e-neurologica-dentale-e-degli-organismi-sensoriali/84-dipartimenti/dipartimenti/dipartimento-benessere-della-salute-mentale-e-neurologica-dentale-e-degli-organismi-sensoriali/2710-centro-per-le-cefalee
OSPEDALE GRASSI	aggiornamento professionale con corsi specifici per la dirigenza ospedaliera e per gli specialisti territoriali e Medici di -medicina Generale con discussione in particolare di casi clinici con i MMG	SI	SI	https://www.aslroma3.it/centro-per-la-diagnosi-e-la-cura-delle-cefalee-e-delle-nevralgie-facciali/
AO SAN CAMILLO FORLANINI				
OSPEDALE SAN PAOLO	Discussioni di casi clinici tra algologo e neurologo	SI	SI	https://www.aslroma4.it/strutture-sanitarie/ospedale-san-paolo-civita-vecchia/terapia-antalgica-terapia-del-dolore#:~:text=La%20terapia%20antalgica%20del%20Asl,il%20mercato%20del%201%20venerdì.
OSPEDALE BELCOLLE	meeting con medici neurologi e di altre discipline	SI	SI	https://www.asl.vt.it/neurologia-reparto-belcolle
POLO OSP. CAMILLO DE LELLIS	incontri in equipe per discutere dell'andamento clinico dei pazienti.	NO	SI	https://www.asl.rieti.it/organizzazione-aziendale/dipartimenti/dipartimento-di-emergenza-e-accettazione/uoc-neurologia
POLO LATINA NORD - SM GORETTI		NO	NO	
OSPEDALE SPAZIANI FROSINONE	congressi annuali dedicati alla problematica	SI	SI	https://www.asl.fr.it/strutture/presidi-ospedali/presidio-ospedaliere-frosinone-alatri/uoc-neurologia/