

**PDTA del paziente adulto con
cefalea non traumatica**

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

PDTAI 014

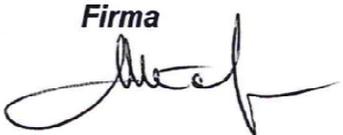
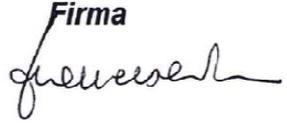
Responsabili	<p>Coordinatore del gruppo di lavoro: Sabina Cevoli (IRCCS- U.O.C. Clinica Neurologica – Rete Neurologica Metropolitana)</p> <p>Coordinamento metodologico: Carlo Descovich, Nunzia Siena (UOC Governo Clinico e Sistema Qualità);</p> <p>Gruppo di Lavoro Interaziendale Multidisciplinare</p> <p>AUSL Bologna Manola Benedetti (IRCCS Ambulatori) Nicola Binetti (UO PS e Emergenza territoriale area Spoke) Annamaria Borghi (IRCCS UOC Neurologia e Rete Stroke Metropolitana OM) Carlo Bortolotti (IRCCS UOC Neurochirurgia) Vincenzo Bua (PS OM) Martino Cellerini (IRCCS UOC Neuroradiologia) Sabina Cevoli (IRCCS NeuroMet) Luigi Cirillo (IRCCS UOC Neuroradiologia) Pietro Cortelli (IRCCS NeuroMet) Luca Guerra (Dipartimento Medico) Monica Messia (IRCCS UOC Neuroradiologia) Lucia Potri (Infermiere PS OM) Patrizia Riguzzi (IRCCS UOC Neurologia) Claudio Tacconi (MMG) Stefania Taddei (UOC Anestesia Terapia Int. Area Nord) Luca Vignatelli (IRCCS ISNB) Monica Zackova (IRCCS UOC Anestesia e Rianimazione OB) Andrea Zini (IRCCS UOC Neurologia e Rete Stroke Metropolitana, OM)</p> <p>AOU Bologna Mario Cavazza (PS S. Orsola) Maria Guarino (IRCCS UOC Neurologia S. Orsola) Daniela Pomata (PS S. Orsola) Luigi Raumer (Malattie Infettive AOU di Bologna) Fabio Tumietto (Malattie Infettive AOU di Bologna - Azienda USL di Bologna)</p>
---------------------	--

Responsabili PDTA	Responsabile clinico AUSL Bologna	Responsabile assistenziale AUSL Bologna
	Sabina Cevoli	Manola Benedetti

**PDTA del paziente adulto con
cefalea non traumatica**

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

PDTAI 014

Verifica	<p>Carlo Descovich Responsabile UO Governo Clinico Azienda USL di Bologna</p>	<p><i>Firma</i> </p>
	<p>Martina Taglioni Responsabile SS Governo Clinico Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna</p>	<p><i>Firma</i> </p>
Approvazione	<p>Francesca Novaco Direttore Sanitario Azienda USL di Bologna</p>	<p><i>Firma</i> </p>
	<p>Gianbattista Spagnoli Direttore Sanitario Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna</p>	<p><i>Firma</i> </p>

Elenco Allegati Allegato N°	Titolo dell'Allegato	Codice
1	Algoritmo emicrania	All.1-PDTAI-014-AUSLBO/AOUBO
2	Modalità di accesso al percorso per MMG	All.2-PDTAI-014-AUSLBO/AOUBO
3	Procedure diagnostiche garantite al terzo livello (Centro Cefalee)	All.3-PDTAI-014-AUSLBO/AOUBO
4	Indicatori	All.4-PDTAI-014-AUSLBO/AOUBO
5	Piano di implementazione	All.5-PDTAI-014-AUSLBO/AOUBO



**PDTA del paziente adulto con
cefalea non traumatica**

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

PDTAI 014

SOMMARIO

1. Definizioni e Abbreviazioni	4
2. Premessa.....	4
2.1. - Criteri di inclusione dei pazienti nel percorso.....	4
2.2. - Dati epidemiologici della patologia/quadro clinico.....	4
3. Riferimenti normativi, bibliografici e documentali.....	5
4. Descrizione del Percorso	6
4.1 Fase 1: Accesso e diagnosi e trattamento iniziale (Cure Primarie/PS).....	7
<i>Fase 1a – Accesso da PS.....</i>	<i>7</i>
<i>Fase 1b – Accesso da MMG, Diagnosi e trattamento di I Livello (Cure Primarie).</i>	<i>9</i>
4.2 Fase 2 – Diagnosi e trattamento di II livello (I livello neurologia territoriale)	10
4.3 Fase 3 – Diagnosi, trattamento e follow up Centro Cefalea III livello	11
4.4 Fase 4 – Diagnosi e trattamento di IV livello e follow up	12
5. Diffusione	12
6. Implementazione.....	13
7. Monitoraggio	13
8. Pianificazione delle revisioni	13

**PDTA del paziente adulto con
cefalea non traumatica**

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

PDTAI 014

1. Definizioni e Abbreviazioni

Definizioni	
HUB Terapia del dolore	Il centro hub è un centro di terapia del dolore ospedaliero
DIACEF	Protocollo diagnosi cefalea

Abbreviazioni	
AVEC	Area Vasta Emilia Centro
ESA	Emorragia Sub-Aracnoidea
FC	Frequenza cardiaca
GCS	Glasgow Coma Scale
MMG	Medico di Medicina Generale
NCH	Neurochirurgo/Neurochirurgia
PA	Pressione Arteriosa
PCR	Proteina C-Reattiva
PS	Pronto Soccorso

2. Premessa

La cefalea è probabilmente il sintomo di tipo medico più frequente nella popolazione generale. La diagnosi differenziale della cefalea risulta spesso estremamente complessa. Il medico è chiamato a diagnosticare il tipo di cefalea più precisamente e rapidamente possibile perché, sebbene la maggioranza di cefalee siano benigne, alcune rappresentano invece campanelli di allarme di patologie pericolose per la vita.

2.1. - Criteri di inclusione dei pazienti nel percorso

Nel percorso sono incluse tutte le persone di età ≥ 18 anni con cefalea non traumatica.

2.2. - Dati epidemiologici della patologia/quadro clinico

Un recente studio condotto nella popolazione generale di Parma ha evidenziato che la prevalenza lifetime della cefalea (il numero di persone che ha sofferto di mal di testa nel corso della vita, espresso in percentuale) è pari al 69%, 76% nelle donne e 61% negli uomini. La prevalenza past-year (il numero di persone che ha avuto mal di testa nel corso dell'anno precedente l'indagine, espresso in percentuale) è 43%, 52% nelle femmine e 31% nei maschi. La cefalea è significativamente più frequente nel sesso femminile.

Nella provincia di Bologna si calcola che circa 91.500 persone soffrano di cefalea in modo così frequente da richiedere una visita medica e che ogni anno vi siano 4.310 nuovi casi di emicrania. Osservazioni pregresse indicano che circa l'1% degli accessi al PS sono dovuti a cefalea non relata a trauma e di questi, circa il 20-30 % viene ricoverato in ospedale per ulteriori accertamenti.

La cefalea affligge i "giovani-adulti", nella fascia di età in cui si ha la massima capacità produttiva: infatti, in più dell'80% dei casi il mal di testa compare prima del 40 anni e, sempre nella popolazione di Parma, l'età media di esordio della cefalea past-year è pari a 26 anni, 25 anni nelle donne e 28 anni negli uomini.

Le principali forme di cefalea primaria sono rappresentate dall'emicrania, dalla cefalea di tipo tensivo e dalla cefalea a grappolo.

Un problema sociale sicuramente rilevante è rappresentato dalle cosiddette "cefalee croniche quotidiane": lo studio Spartacus condotto nella provincia di Bologna, ha evidenziato che circa il 3% della popolazione generale è afflitta da cefalea quasi tutti i giorni mentre l'1% della popolazione utilizza analgesici per cefalea per 15 o più giorni al mese.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA <small>Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</small>	POLICLINICO DI SANT'ORSOLA  <small>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Università di Bologna</small>
PDTA del paziente adulto con cefalea non traumatica	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTAI 014

Gli studi clinici hanno evidenziato che tra tutti i pazienti afferenti annualmente ad un PS, lo 0.5%-4,5% ha come motivo di accesso una cefalea non traumatica e di questi, circa il 20-30% viene ricoverato in ospedale per ulteriori accertamenti. La maggioranza di tali pazienti riceve alla dimissione una diagnosi di cefalea primaria benigna, mentre una minore ma importante percentuale (sino al 19%) presenta cause secondarie di cefalea, tra cui condizioni pericolose per la vita come l'Emorragia Sub Aracnoidea (ESA), infezioni del sistema nervoso centrale e tumori.

3. Riferimenti normativi, bibliografici e documentali

- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.na.s). *Cefalea nell'adulto: Linee guida nazionali di riferimento per la prevenzione e la terapia*. 2011.
- Antonaci F, Valade D, Lanteri-Minet M, Láinez JM, Jensen R, Steiner TJ; European Headache Federation and Lifting The Burden: the Global Campaign to Reduce the Burden of Headache Worldwide. *Proposals for the organisation of headache services in Europe*. Intern Emerg Med 2008 Oct;3 Suppl 1:S25-8.
- Cevoli S, D'Amico D, Martelletti P, Valguarnera F, Del Bene E, De Simone R, Sarchielli P, Narbone M, Testa L, Genco S, Bussone G, Cortelli P. *Underdiagnosis and undertreatment of migraine in Italy: a survey of patients attending for the first time 10 headache centres*. Cephalalgia. 2009;29(12):1285-93.
- Cortelli P, Cevoli S, Nonino F, Baronciani D, Magrini N, Re G, De Berti G, Manzoni GC, Querzani P, Vandelli A; Multidisciplinary Group for Nontraumatic Headache in the Emergency Department. *Evidence-based diagnosis of nontraumatic headache in the emergency department: a consensus statement on four clinical scenarios*. Headache 2004;44(6):587-95.
- Cortelli P, Favoni V, Cevoli S, Agostoni E. *Cefalea*. In *La neurologia dell'emergenza-urgenza. Algoritmi decisionali III edizione (SIN/ANEU) 2019*. In press
- Ferrante T, Castellini P, Abrignani G, Latte L, Russo M, Camarda C, Veronesi L, Pasquarella C, Manzoni GC, Torelli P. *The PACE study: past-year prevalence of migraine in Parma's adult general population*. Cephalalgia 2012;32(5):358-65.
- Grimaldi D, Nonino F, Cevoli S, Vandelli A, D'Amico R, Cortelli P. *Risk stratification of non-traumatic headache in the emergency department*. J Neurol 2009 Jan;256(1):51-7.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018 Jan;38(1):1-211.
- Mac Groy B et al. Distinguishing characteristics of headache in non traumatic subarachnoid hemorrhage. Headache 2018; 58:364-370
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Headaches in over 12s: diagnosis and management Clinical guideline Published: 19 September 2012 nice.org.uk/guidance/cg150
- Perry JJ et al. Clinical decision rules to rule out subarachnoid hemorrhage for acute headache. JAMA 2013; 310:1248-1255
- Perry JJ et al. Validation of the Ottawa Subarachnoid Hemorrhage rule in patients with acute headache. CMAJ 2017; 189:1379-1385
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). *Diagnosis and management of headache in adults*. 2008
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 155. Pharmacological management of migraine. 2018
- Delibera Giunta della Regione Emilia-Romagna 1787/2013. *Documento di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente con cefalea in Emilia-Romagna- "percorso cefalea"*.
- Delibera Giunta della Regione Emilia-Romagna 741/2014. *Linee guida regionali per l'erogazione di prestazioni di medicine non convenzionali nella Regione Emilia-Romagna la cui erogabilità è a carico del fondo sanitario regionale*.

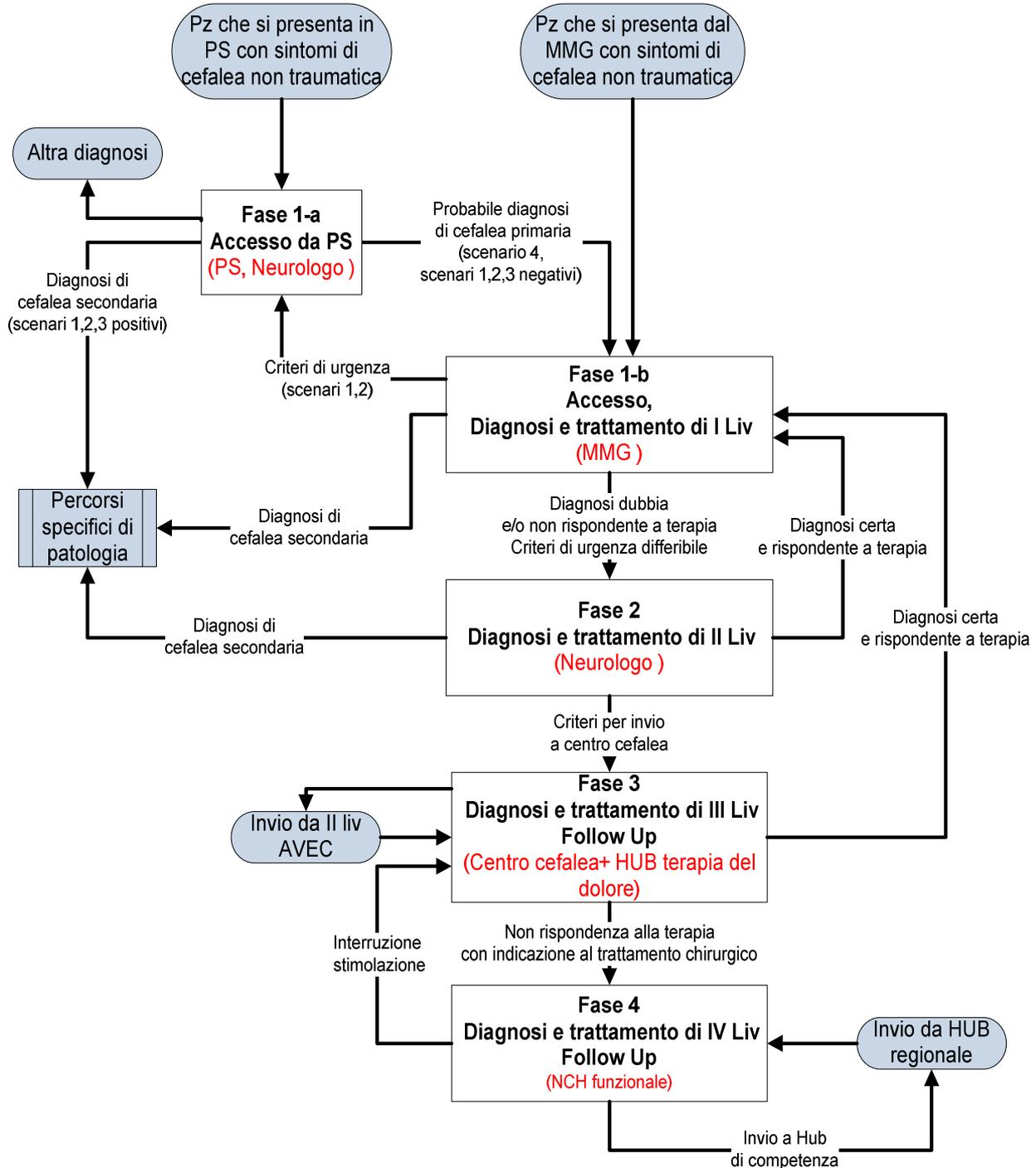
PDTA del paziente adulto con cefalea non traumatica

**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PDTAI 014**

- Godwin SA et al. Clinical Policy: Critical Issues in the Evaluation and Management of Adult Patients Presenting to the Emergency Department With Acute Headache. Annals of Emergency Medicine 2019;74:e41-e74

4. Descrizione del Percorso

Schema a Blocchi



 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA <small>Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</small>	POLICLINICO DI SANT'ORSOLA  <small>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Istituto di Bologna</small>
PDTA del paziente adulto con cefalea non traumatica	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTAI 014

4.1 Fase 1: Accesso e diagnosi e trattamento iniziale (Cure Primarie/PS)

Fase 1a – Accesso da PS

Criteria di ingresso nella Fase

- Paziente che si presenta in PS con sintomi di cefalea non traumatica

Criteria di uscita dalla Fase

- Probabile diagnosi di cefalea primaria (scenario 4, scenari 1,2,3 negativi)
- Diagnosi di cefalea secondaria (scenari 1,2,3 positivi)
- Altra diagnosi

Descrizione del processo

Un paziente di età ≥ 18 anni con cefalea non traumatica come sintomo principale si reca in PS.

L'infermiere del triage rileva i parametri PA, FC, T°C e GCS, li annota in cartella clinica e assegna il codice colore secondo prassi.

Il medico di PS controlla i parametri rilevati ed esegue esame obiettivo neurologico. Assegna lo scenario tra i seguenti e lo annota in cartella:

- **Scenario 1*:** Il paziente presenta una cefalea che raggiunge il massimo di intensità in meno di un'ora con almeno una delle seguenti caratteristiche:
 - 1) Cefalea insorta tipo "fulmine a ciel sereno"
 - 2) Con segni neurologici (focali o non focali come alterazione dello stato di coscienza)
 - 3) Dolore o rigor nucale
 - 4) Con vomito o sincope all'esordio della cefalea
 - 5) Cefalea insorta acutamente con lo sforzo

Il medico di PS chiede gli esami ematici (tra cui emocromo, PCR, INR, PT, PTT) e richiede una TC encefalo. Se la TC è positiva richiede una consulenza neurochirurgica (che deciderà se allertare il neurologo-neuroradiologo interventista di riferimento) e il paziente esce dal percorso segue il percorso per cefalea secondaria (tra cui ESA vedi percorso specifico).

Se la TC è negativa, il medico di PS, il neurologo o l'anestesista (o a seconda delle competenze presenti in ciascun PS) effettua una puntura lombare dopo almeno 6 ore dall'esordio dei sintomi (procedura aziendale PL: PO 2009 PO78).

Se la puntura lombare è positiva il paziente esce dal percorso e segue il percorso per cefalea secondaria (tra cui ESA vedi percorso specifico).

Se la puntura lombare è negativa il medico di PS richiede consulenza neurologica (se non già eseguita) entro 24 ore da effettuarsi secondo il percorso in essere nelle differenti sedi con paziente ancora in carico a PS o OBI.

Se il neurologo esclude cause secondarie di cefalea (eventualmente dopo ulteriori accertamenti diagnostici da lui prescritti secondo sospetto diagnostico), il paziente viene riaffidato al MMG (fase 1.b), altrimenti il paziente segue il percorso per cefalea secondaria.

- **Scenario 2*:** Cefalea associata a febbre e/o rigor nucale.

Questo scenario è relativo a quei pazienti che si recano in Pronto Soccorso per inquadrare e risolvere il sintomo cardine, importante e debilitante della cefalea e che emerge poi durante valutazione del personale sanitario essere associato anche a febbre e/o rigor nucale. Le raccomandazioni di seguito riportate invece non si applicano tendenzialmente a tutti quei casi

**PDTA del paziente adulto con
cefalea non traumatica**

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

PDTAI 014

frequenti di pazienti che si recano in PS per il problema febbre e che emerge, come spesso avviene, essere associato ad una cefalea solitamente lieve ed autolimitante.

Il gruppo di lavoro ha ritenuto opportuno enfatizzare questa specifica per non rischiare di adottare un approccio eccessivamente interventista (terapia in acuto, TC, puntura lombare...) per tutti i quei casi di febbre con probabilità a priori molto bassa di essere quadri di meningo-encefalite.

In caso di forte sospetto clinico di meningo-encefalite, è opportuno iniziare la seguente terapia al più presto:

- Desometazone 10 mg ev
- Cefotaxime 4 gr ev

Il medico di PS richiede TC encefalo, esami ematici (tra cui emocromo, PCR, INR, PT, PTT, funzione renale ed epatica), emocoltura e, presa visione del quadro TC, puntura lombare (procedura che può essere effettuata dal medico di PS, neurologo o anestesista o infettivologo a seconda delle competenze presenti in ciascun PS).

Il liquor deve essere inviato al laboratorio analisi nel più breve tempo possibile secondo modalità proprie di ogni PS per valutazione chimico-fisica e microbiologica.

In caso di TC positiva: il medico di PS richiede consulenza neurochirurgica o neurologica o infettivologica (a seconda del sospetto diagnostico) e il paziente esce dal percorso cefalea per essere preso in carico per il problema specifico.

In presenza di TC normale ed esame chimico-fisico del liquor:

- Normale: paziente potenzialmente dimissibile
- Alterato ad impronta da infezione batterica: se non già fatta, chiedere consulenza infettivologica e pianificare ricovero in setting adeguato
 - o Inserire levofloxacina (previa verifica QT)
 - o Continuare steroide e cefalosporina
- Alterato ma ad impronta linfo-monocitaria: se non già fatta, chiedere consulenza infettivologica e pianificare ricovero in setting adeguato
 - o Stop Cefotaxime ed inizio ampicillina (4 gr/die ogni 6 ore, con attenzione alla funzione renale)
 - o Stop Desometasone
 - o Inizia Aciclovir (10 – 15 mg/kg ogni 8 ore, con attenzione alla funzionalità renale)

** Pazienti con scenario 1 e 2 che si presentano al punto di primo intervento di Loiano devono essere centralizzati al S. Orsola.*

• **Scenario 3: Cefalea**

- **esordita recentemente (de novo)**
- **e/o progressivamente ingravescente o persistente**

Il medico di PS richiede TC encefalo e la PCR (ed esami ematici tra cui emocromo, INR, PT, PTT) e:

- TC negativa e PCR negativa: il medico di PS decide se paziente è dimissibile e prescrive su impegnativa visita neurologica a 7 gg (fase 2) (urgenza B). Il paziente, dimesso dal PS, dovrà prenotare la visita tramite CUP. In alternativa il medico di PS può prenotare la visita neurologica territoriale come urgenza B tramite operativo My Sanità (ove presente).
- TC negativa e PCR positiva: il medico di PS ipotizza cause internistiche (es: arterite temporale) e il paziente esce dal percorso cefalea per essere preso in carico per il problema specifico.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA <small>Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</small>	POLICLINICO DI SANT'ORSOLA  <small>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Università di Bologna</small>
PDTA del paziente adulto con cefalea non traumatica	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTAI 014

- TC positiva: il medico di PS richiede visita neurochirurgica e il paziente esce dal percorso cefalea per essere preso in carico per il problema specifico.

- **Scenario 4: Cefalea in anamnesi, attacco simile ai precedenti come intensità, durata e sintomi associati.**

Il medico di PS prescrive terapia analgesica/antiemcranica (vedi Allegato 1: Algoritmo emicrania), decide se il paziente è dimissibile (dolore e sintomi associati sufficientemente controllati) e dà indicazione di rivolgersi al MMG (fase 1.b).

Fase 1b – Accesso da MMG, Diagnosi e trattamento di I Livello (Cure Primarie)

Criteri di ingresso nella Fase

- Paziente che si presenta dal MMG con sintomi di cefalea non traumatica
- Probabile diagnosi di cefalea primaria proveniente da PS (scenario 4, scenari 1,2,3 negativi)
- Diagnosi certa e rispondente a terapia (da fase 2,3 –Diagnosi e trattamento di II e III livello)

Criteri di uscita dalla Fase

- Criteri di urgenza (scenari 1, 2)
- Criteri di urgenza differibile (scenario 3)
- Diagnosi dubbia e/o non rispondente a terapia.

Descrizione del processo

Il paziente si presenta dal MMG con sintomi di cefalea non traumatica (Allegato 2).

Paziente con anamnesi negativa per cefalea o positiva per attacchi diversi dai precedenti per durata intensità e sintomi associati (ipotesi di cefalea secondaria): Il MMG valuta le modalità di esordio (improvviso o graduale), durata (minuti, ore, giorni, mesi), età (Se > 50 anni è un fattore di rischio per cefalea secondaria), parametri vitali.

Criteri di invio al PS - fase 1.a (almeno una delle seguenti condizioni):

- Cefalea di intensità grave insorta tipo “fulmine a ciel sereno”
- Segni neurologici (focali o disturbo di vigilanza)
- Vomito o sincope all’esordio della cefalea
- Cefalea inusuale grave associata a febbre e/o rigor nucale.
- Cefalea insorta acutamente con lo sforzo

Criteri per invio al neurologo in urgenza differibile: cefalea di recente insorgenza (giorni o settimane), progressivamente ingravescente o persistente. Il MMG prescrive su ricetta SSN TC encefalo urgente differibile e indici di flogosi (VES e PCR).

- TC positiva il paziente esce dal percorso cefalea per essere preso in carico per il problema specifico.
- TC negativa e PCR positiva: il MMG ipotizza cause internistiche (es: arterite temporale) e il paziente esce dal percorso cefalea per essere preso in carico per il problema specifico.
- TC negativa il MMG prescrive visita neurologica urgente differibile il paziente passa in fase 2.

In assenza dei criteri sopraindicati:

- Se emicrania o cefalea tensiva: il MMG prescrive terapia specifica e il paziente resta in carico al MMG se la terapia è efficace. Se la terapia non è efficace prescrive una visita neurologica ordinaria su ricetta SSN (fase 2)

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	<p>POLICLINICO DI SANT'ORSOLA</p>  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Istituto di Bologna</p>
<p>PDTA del paziente adulto con cefalea non traumatica</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale</p> <p>PDTAI 014</p>

- Se non è emicrania o cefalea tensiva: il MMG prescrive una visita neurologica ordinaria su ricetta SSN (fase 2).

Paziente con anamnesi positiva per attacchi simili ai precedenti per durata intensità e sintomi associati:

- Se emicrania o cefalea tensiva: Il MMG prescrive terapia specifica e il paziente resta in carico al MMG se la terapia è efficace. Se la terapia non è efficace prescrive una visita neurologica ordinaria su ricetta SSN (fase 2)
- Se non è emicrania o cefalea tensiva: il MMG prescrive una visita neurologica ordinaria su ricetta SSN (fase 2)

4.2 Fase 2 – Diagnosi e trattamento di II livello (I livello neurologia territoriale)

Criteri di ingresso nella Fase

- Diagnosi dubbia e/o non rispondente a terapia da I livello.

Criteri di uscita dalla Fase

- Criteri per invio a centro cefalee
- Diagnosi certa e rispondente a terapia (torna in fase1)
- Diagnosi di cefalea secondaria

Descrizione del processo

I pazienti effettuano visita neurologica urgente differibile richiesta dal MMG o da PS.

I pazienti effettuano visita neurologica ordinaria prescritta dal MMG.

Il neurologo diagnostica il tipo di cefalea e tratta il paziente secondo la sua patologia.

Il neurologo prescrive e prenota una visita neurologica al centro cefalea dell'IRCSS ordinaria o urgente differibile secondo i seguenti criteri (fase 3):

Criteri per invio ordinario al Centro Cefalea III livello (Visita Neurologica di II livello) presso l'IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna (Osp. Bellaria)

- Cefalee primarie che non hanno risposto alle principali terapie di profilassi farmacologica convenzionale e non farmacologiche.
- Sospetto di cefalee rare: cefalee genetiche o metaboliche (es. Emicrania emiplegica familiare, CADASIL, MELAS e altre mitocondriopatie), complicanze dell'emicrania (ictus emicranico, stato di male emicranico), cefalee del gruppo 4 della ICHD-III (Cefalea trafittiva primaria, cefalea da tosse primaria, cefalea da sforzo primaria, cefalea associata all'attività sessuale primaria, cefalea ipnica, thunderclap headache primaria) se non risolte al II livello;
- Cefalee autonomico-trigeminali (cefalea a grappolo, emicrania parossistica, Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing–SUNCT, Hemicrania continua) se non risolte al II livello;
- Cefalee croniche con iperuso di analgesici se non risolte al II livello;

Criteri per invio urgente-differibile al Centro Cefalea (III livello):

- Cefalea a grappolo o altra cefalea autonoma-trigeminali in fase di attività se non risolta al II livello;
- Nevralgia del trigemino resistente alla terapia di prima linea
- Cefalea da sospetta ipotensione liquorale (suscettibile a bloodpatch) o da sospetta ipertensione endocranica benigna se non risolta al II livello

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	<p>POLICLINICO DI SANT'ORSOLA</p>  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Istituto di Bologna</p>
<p>PDTA del paziente adulto con cefalea non traumatica</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale</p> <p>PDTAI 014</p>

Il neurologo, in assenza di criteri per l'invio al III livello, prescrive terapia per cefalea primaria e rinvia al MMG (fase 1.b) o prescrive successiva visita neurologica di controllo, se necessario, per valutare la risposta terapeutica o conferma diagnostica.

4.3 Fase 3 – Diagnosi, trattamento e follow up Centro Cefalea III livello

Criteri di ingresso nella Fase

- Criteri per invio a centro cefalee
- Invio da II livello AVEC
- Invio da ambulatorio di terapia del dolore
- Invio per Screening dei pazienti candidati alla neurochirurgia funzionale dell'IRCCS-ISNB (da III livello Regionale)

Criteri di uscita dalla Fase

- Non rispondenza a terapia con indicazione all'intervento chirurgico
- Diagnosi certa e rispondente a terapia (torna in fase 1 o 2)
- Reinvio a II livello AVEC o III livello Regionale

Descrizione del processo

Il neurologo del centro cefalea effettua visita neurologica, prescrive esami di approfondimento, se necessari (Allegato 3), prescrive la terapia e prenota visita neurologica di controllo al centro cefalea.

Se rileva cefalea secondaria tratta il paziente secondo la sua patologia.

Il neurologo del centro cefalee può inviare e prenotare accesso all'ambulatorio Agopuntura c/o IRCCS-ISNB tramite agenda MySanità in caso di necessità di profilassi in pazienti con controindicazioni alle terapie farmacologiche o inefficacia delle stesse.

Il neurologo del centro cefalea ricovera il paziente (DS, DH o ricovero ordinario secondo necessità) in Clinica Neurologica NEUROMET in presenza dei seguenti criteri:

- Cefalee croniche con iperuso di farmaci sintomatici per disassuefazione quando non possibile a domicilio
- Cefalee severe non altrimenti trattabili quando l'unica possibilità terapeutica sia di tipo infusione e quando è necessario monitorare attacchi notturni;
- Approfondimento diagnostico di cefalee secondarie rare (es: ipertensione endocranica benigna, sindromi genetiche, ipotensione liquorale)

Alla dimissione prenota una visita di controllo al centro cefalea.

In caso di:

- Cefalea controllata: il neurologo invia il paziente al MMG con le indicazioni per continuare la terapia (fase 1.b) o al Neurologo del territorio (II livello) prenotando su agenda My Sanità
- Cefalea a grappolo, Nevralgia del grande occipitale o altre cefalee croniche farmacoresistenti: il neurologo può eseguire infiltrazioni/blocco del nervo grande occipitale o blocchi multipli.
- Cefalea non controllata:
 - Emicrania cronica farmaco resistente: il neurologo somministra la tossina botulinica o terapia con anticorpi monoclonali secondo direttiva regionale. Se anche queste terapie avanzate risultano inefficaci, il paziente rimane in carico al centro cefalea e inserisce il pz in lista di attesa per neurostimolatore (fase 4) se candidato.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA <small>Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</small>	POLICLINICO DI SANT'ORSOLA  <small>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Istituto di Bologna</small>
PDTA del paziente adulto con cefalea non traumatica	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTAI 014

- Cefalea trigeminale autonoma cronica farmaco resistente: il neurologo inserisce il paziente in lista di attesa per neurostimolatore (fase 4)
- In tutti gli altri casi di cefalea non controllata il paziente resta in carico al centro cefalea

Il neurologo del centro cefalea invia il paziente all'ambulatorio di terapia del dolore di OB Bellaria e Bentivoglio prenotando su agenda riservata su MySanità in presenza dei seguenti criteri:

- Cefalee croniche farmaco resistenti alle terapie di terzo livello per valutazione di eventuale indicazione alla terapia con oppiacei
- Cefalee croniche complicate da altre forme di algia cronica (anche extracranica)

4.4 Fase 4 – Diagnosi e trattamento di IV livello e follow up

Criteri di ingresso nella Fase

- Non rispondenza a terapia con indicazione all'intervento chirurgico
- Pazienti da sottoporre a terapie innovative e sperimentali
- Invio da HUB regionale

Criteri di uscita dalla Fase

- Interruzione stimolazione
- Re invio ad HUB di provenienza

Descrizione del processo

Il neurologo ricovera il paziente con indicazione all'impianto del neurostimolatore in Clinica Neurologica NEUROMET o Neurochirurgia OB dove sono effettuati esami pre-operatori, visita anestesiologicala. Il NCH esegue l'intervento di impianto del neurostimolatore.

Il neurologo del centro cefalee prenota una visita neurologica da effettuare tra i 15 e 30 gg successivi per l'attivazione del neurostimolatore e dimette il paziente.

Dopo l'attivazione del neurostimolatore il neurologo programma le visite periodiche per il controllo e l'eventuale modifica dei parametri.

Quando si esauriscono le batterie:

- Cefalea controllata dopo lo spegnimento: il neurologo prenota una visita di controllo al centro cefalea entro tre mesi (fase 3)
- Cefalea non controllata dopo lo spegnimento: il neurologo ricovera il paziente per il cambio delle batterie

In caso di non controllo della cefalea con neurostimolazione dopo 1 o 2 anni oppure in caso di complicanze il neurochirurgo rimuove il neurostimolatore.

5. Diffusione

La revisione di questo PDTA una volta validato dalla Direzione, verrà diffuso con queste modalità:

- Invio protocollato (Babel per AUSL) del documento con allegati a tutti i Direttori di Dipartimento e responsabili del PDTA
- Invio mail a tutto il GLAM e relativi direttori di struttura/unità organizzativa
- Pubblicazione nella intranet, pagina PDTA del Governo clinico
- Incontro di informazione con i principali interlocutori clinici (delle Aziende ma anche convenzionati territoriali) per presentare le novità della revisione.



PDTA del paziente adulto con cefalea non traumatica

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

PDTAI 014

6. Implementazione

In allegato 5 sono elencate le azioni da mettere in atto per il completamento dei processi proposti in questa revisione del PDTA.

7. Monitoraggio

Gli indicatori previsti nell'allegato 4 vengono raccolti almeno una volta all'anno, rendicontati come per tutti i PDTA in un apposito documento (Cruscotto Indicatori) e sottoposti a valutazione in un annuale audit di percorso.

8. Pianificazione delle revisioni

Il PDTA sarà oggetto di revisione in tutti i casi in cui si verificheranno modifiche organizzative interne all'Azienda e in caso di pubblicazioni di nuove linee guida, ed in ogni caso dopo un periodo non superiore ai quattro anni