Il percorso e la rete clinica del paziente con cefalea nell'Azienda USL Toscana Centro

Data	Redazione	Verifica	Approvazione
30/03/2019	Referente Gruppo di redazione Pasquale Palumbo	**Processo** Direttore Area Malattie Cerebro-Vascolari e Degenerative Pasquale Palumbo Direttore Dipartimento delle Specialistiche Mediche Giancarlo Landini	Direttore Sanitario Emanuele Gori Direttore Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale Daniele Mannelli Direttore Dipartimento Emergenza e Area Critica Simone Magazzini Direttore Dipartimento di Medicina Generale Emanuele Croppi
		SGQ Direttore SOSD Documentazione Sanitaria e Mediazione Linguistica e Culturale Mauro Romilio	Direttore Dipartimento delle Specialistiche Mediche Giancarlo Landini Direttore Area Anestesia e Rianimazione Guglielmo Consales

Gruppo di redazione:
- Massimo Cincotta , f.f. Direttore SOC Neurologia Firenze
- Leonello Guidi, Direttore SOC Neurologia Empoli
- Pasquale Palumbo, Direttore SOC Neurologia Prato e Direttore Area Malattie cerebro-vascolari e denerative
- Paolo Scarsella, Direttore SOS Centro Multidisciplinare terapia del dolore
- Lucia Toscani, Direttore SOC Neurologia OSMA
- Gino Volpi , Direttore SOC Neurologia Pistoia

Parole chiave: cefalea, cefalea di tipo intensivo, cefalea a grappolo, emicrania, gestione ambulatoriale integrata

Il percorso e la rete clinica del paziente con cefalea nell'Azienda USL Toscana Centro

Data	Redazione	Verifica	Approvazione
30/03/2019	Referente Gruppo di redazione Pasquale Palumbo	**Processo** Direttore Area Malattie Cerebro-Vascolari e Degenerative Pasquale Palumbo Direttore Dipartimento delle Specialistiche Mediche Giancarlo Landini	Direttore Sanitario Emanuele Gori Direttore Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale Daniele Mannelli Direttore Dipartimento Emergenza e Area Critica Simone Magazzini Direttore Dipartimento di Medicina Generale Emanuele Croppi
		SGQ Direttore SOSD Documentazione Sanitaria e Mediazione Linguistica e Culturale Mauro Romilio	Direttore Dipartimento delle Specialistiche Mediche Giancarlo Landini Direttore Area Anestesia e Rianimazione Guglielmo Consales

Copia conforme all'originale

Gruppo di redazione:
- Massimo Cincotta , f.f. Direttore SOC Neurologia Firenze
- Leonello Guidi, Direttore SOC Neurologia Empoli
- Pasquale Palumbo, Direttore SOC Neurologia Prato e Direttore Area Malattie cerebro-vascolari e denerative
- Paolo Scarsella, Direttore SOS Centro Multidisciplinare terapia del dolore
- Lucia Toscani, Direttore SOC Neurologia OSMA
- Gino Volpi , Direttore SOC Neurologia Pistoia

Parole chiave: cefalea, cefalea di tipo intensivo, cefalea a grappolo, emicrania, gestione ambulatoriale integrata

Indice

1. Premessa 2
2. Scopo/ Obiettivi 4
3. Campo di applicazione 5
4. Il percorso assistenziale del paziente con cefalea e la rete 5
5. Diffusione/conservazione/consultazione/archiviazione 10
6. Monitoraggio e controllo 10
7. Strumenti / Registrazioni 10
8. Revisione 10
9. Riferimenti 10
10. Indice revisioni 12
11. Lista di diffusione 12

1. Premessa

Le malattie neurologiche rappresentano circa il 10% di tutte le malattie. Tra queste, la cefalea è una patologia molto frequente. La cefalea è significativamente più frequente nel sesso femminile. I dati sono in linea con quelli rilevati in molti paesi "industrializzati": una recente revisione della letteratura indica una prevalenza media globale del 45% circa; poco più del 50% nelle donne, poco meno del 40% negli uomini (Stovner, 2007). 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.

Dal punto di vista della gestione della cefalea, il primo punto fondamentale è la distinzione delle cefalee primarie (quelle forme in cui il mal di testa rappresenta allo stesso tempo il sintomo e la malattia) da quelle secondarie (quei casi in cui la cefalea è il sintomo di una patologia organica sottostante).

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

La **cefalea di tipo tensivo** è sicuramente quella più diffusa nei paesi industrializzati: interessa i due terzi dei maschi adulti e oltre l'80% delle femmine.

La **cefalea a grappolo** è una forma più rara: uno studio condotto nella popolazione italiana dimostra che colpisce 2-3 soggetti ogni 1000 abitanti.

L'**emicrania** è il tipo di cefalea primaria più studiata, in quanto rappresenta una forma altamente invalidante. Si tratta di una patologia che insorge spesso nell'infanzia o nei primi anni dell'adolescenza ed è nettamente più colpito il sesso femminile.

L'emicrania viene annoverata nell' ultima rilevazione del Global Burden of Disease (GBD) della graduatoria delle patologie disabilitanti al primo posto nella fascia di età 20-50 anni. Nell'ultimo decennio, infatti, è stata rivolta un'attenzione sempre maggiore all'impatto sociale e individuale, inteso in termini economici e di qualità di vita, della cefalea. La crescente sensibilità dimostrata in questo contesto deriva dalla considerazione che, nonostante le cefalee primarie non abbiano alcuna influenza sulla aspettativa di vita, le conseguenze per l'individuo e per la società sono considerevoli in termini di *costi diretti* (operativi e organizzativi), di *costi indiretti* (stimati in relazione alla perdita di giornate lavorative, alla perdita di produttività per ridotta efficienza e al tempo richiesto per la gestione e la cura della malattia e sottratto ad attività extralavorative), di *costi intangibili* (di natura psichica e sociale riconducibili al dolore, all'ansia e all'impatto

Copia conforme all'originale

emotivo che la malattia provoca all'individuo affetto e ai suoi familiari) e di ripercussioni altamente negative sulla *qualità di vita*. Uno studio condotto in 122 emicranici della popolazione generale ha evidenziato che i soggetti affetti da emicrania si assentano dal lavoro, a causa degli episodi emicranici, in media 4.4 giorni l'anno. In molti studi il numero dei giorni persi a causa del ridotto rendimento durante le ore lavorate con l'emicrania rappresenta una quota addirittura superiore all'assenteismo dovuto alle crisi di emicrania: i giorni persi per calo di efficienza variano nelle diverse casistiche da 4.4 a 8.9 giorni.

Un problema sociale sicuramente rilevante è rappresentato dalle cosiddette "cefalee croniche quotidiane" (CCQ), di cui la forma più severa e resistente ai trattamenti è l'emicrania cronica infatti, in circa il 4% della popolazione il mal di testa ha un andamento cronico e si presenta abitualmente per più di 15 giorni al mese. Anche in questi casi, le donne risultano, nelle varie indagini effettuate, colpite da una volta e mezzo a due volte e mezzo più degli uomini. Un uso eccessivo di analgesici si riscontra nel 25-34% dei soggetti con CCQ. La CCQ è frequente anche nell'adolescenza: alcuni autori hanno rilevato una prevalenza dell'1.5% (il triplo nelle femmine rispetto ai maschi) tra 7.900 studenti di 12-14 anni. Nei soggetti di età superiore a 65 anni si riscontrano tassi di prevalenza della CCQ non dissimili rispetto all'età adulta media (dal 3.9% al 4.4%).

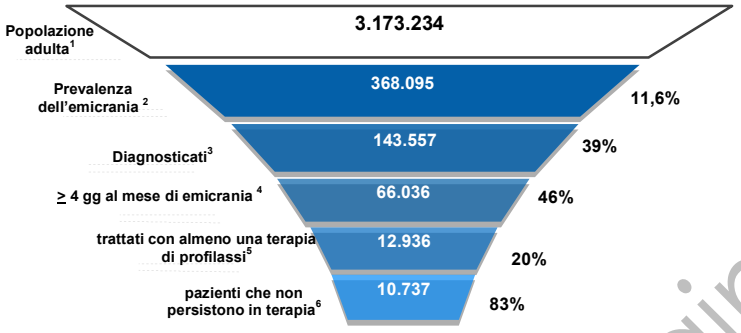
Per quel che riguarda le forme primarie, la diagnosi a tutt'oggi è basata solo sulla corretta e attenta raccolta anamnestica dei sintomi e sull'esecuzione dell'esame obiettivo generale e neurologico. Non vi sono indagini strumentali che consentano di porre diagnosi di cefalea primaria. Nonostante ciò è dimostrato che vi è in Italia un'inutile e costosa richiesta di esami strumentali.

Il trattamento sintomatico e preventivo delle cefalee primarie si avvale dell'impiego di numerosi farmaci le cui modalità d'uso sono definitive in linee guida specifiche che rappresentano bagaglio culturale indispensabile per i medici che si occupano della gestione di persone affette da cefalea.

In Toscana nel 2017 si sono effettuati nel 2449 ricoveri per 1862 pazienti. Dei ricoveri effettuati il 33,3 % avveniva in regime di DH.

Regione Toscana	**Numero di ricoveri**			**Numero di pazienti**		
DRG	n. ricoveri	Percent	Cum.	n. pz	Percent	Cum.
26 - Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	1972	80,52	80,52	1446	77,66	77,66
564 - Cefalea, età > 17 anni	477	19,48	100	416	22,34	100
Total	**2449**	100		**1862**	100	
	Regime di ricovero			Regime di ricovero		
DRG	ordinario	DH	Total	ordinario	DH	Total
26 - Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	1177	795	1972	916	530	1446
564 - Cefalea, età > 17 anni	456	21	477	396	20	416
Total	1633	816	2449	1312	550	1862
%	66,7	33,3				

Copia conforme all'originale



1. DEMOISTAT 2017; 2. Roncolato et al.. Eur. Neurol. 2000; 3. Decision Resources Group Migraine Report 2014; 4. Estimated according ELMA Research; 5. Studio di Real World Evidence "Consumo di risorse e costi in pazienti affetti da emicrania" condotto da CLICON in collaborazione con Novartis - DATA ON FILE; 6. Studio di Real World Evidence EPIMIG "Epidemiologia dell'emicrania cronica ed episodica e relativi pattern di utilizzo dei farmaci" condotto da HEALTH SEARCH in collaborazione con Novartis – DATA ON FILE

In Toscana quindi si stimano più di 350 mila pazienti emicranici ma solo il 39% viene correttamente diagnosticato.
A livello europeo è stato sancito che il progresso nella gestione del paziente cefalalgico dipende dal miglioramento dell'accesso alle strutture sanitarie competenti, supportato da programmi di educazione nel campo della diagnosi e della cura delle cefalee (Intern Emerg Med 2008). Tale miglioramento prevede che il paziente sia al centro di un percorso che comporta un'organizzazione delle competenze e dei servizi in base ai livelli di necessità di cura. Alla luce della notevole prevalenza dei disturbi cefalalgici, e della necessità di garantire a tutta la popolazione un'assistenza adeguata con rispetto dei costi, l'European Headache Federation in collaborazione con la campagna dell'OMS denominata Lifting The Burden, suggerisce una organizzazione dei servizi in tre livelli. Dati epidemiologici suggeriscono che la maggioranza dei pazienti cefalalgici può essere efficacemente trattata al primo livello (medicina di base, pronto soccorso in casi selezionati) e solo una quota minore necessita specializzazioni superiori, quali la consulenza neurologica (secondo livello) o l'ambulatorio con neurologo o medico specializzato nella diagnosi e cura delle cefalee (terzo livello).

2. Scopo/ Obiettivi

Il presente documento ha lo scopo di definire le modalità per una corretta gestione dei pazienti cefalalgici al fine di:

- migliorare la qualità di vita del paziente affetto da cefalea;
- migliorare la gestione del paziente con cefalea (in emergenza e in gestione ordinaria);
- ridurre le prestazioni inappropriate, sia in termini di esami diagnostici che di interventi terapeutici;
- ridurre le liste di attesa nei centri cefalee;
- ridurre il numero di visite specialistiche inappropriate in emergenza e in gestione ordinaria);
- coinvolgere i Medici di Medicina Generale (MMG) e i neurologi che lavorano nel territorio nella gestione del paziente con cefalea.

Copia conforme all'originale

3. Campo di applicazione

Il presente documento si applica in tutto l'Azienda Usl Toscana Centro, dai medici nel Dipartimento di Medicina Generale, nel Dipartimento Emergenza e Area Critica, nelle Area Malattie cerebro-vascolari e degenerative al paziente **adulto e bambino** con cefalea.

4. Il percorso assistenziale del paziente con cefalea e la rete

Il percorso sviluppato nel presente documento è organizzato secondo l'urgenza di presentazione e la gravità della malattia.

I principali obiettivi finalizzati all'implementazione del percorso sono:
Garantire un percorso codificato per la diagnosi differenziale tra cefalea primaria e secondaria a tutti i pazienti adulti con cefalea non traumatica
Garantire un rapido sollievo della sintomatologia al paziente con cefalea primaria, attraverso l'adozione dei protocolli terapeutici basati sull'evidenza scientifica (Linee Guida per la terapia delle cefalee primarie www.agenas.it)
Garantire il follow-up del paziente dopo la dimissione dal Pronto Soccorso (PS) con diagnosi di cefalea primaria
Definire il percorso di cura nell'ambito territoriale del paziente con cefalea non traumatica
Garantire l'accesso ai livelli superiori di cura secondo necessità/complessità del paziente.

La cefalea è uno dei più frequenti sintomi neurologici che inducono i pazienti a rivolgersi al MMG, al Neurologo o altro Specialista, e al PS.

Il percorso diagnostico terapeutico, integrato tra la medicina territoriale e la medicina specialistica
Il paziente non in carico allo specialista neurologo (perché ancora non è venuto in contatto con uno specialista neurologo oppure perché ha terminato il suo iter diagnostico-terapeutico), viene gestito dal proprio MMG/PLS.

La valutazione diagnostica di un paziente con cefalea da parte del MMG/PLS dovrebbe mirare ad identificare criteri di:

1)Emergenza - Urgenza:
Cefalea di intensità grave insorta tipo "fulmine a ciel sereno"
Cefalea accompagnata da segni neurologici (focali o disturbi di vigilanza)
Vomito o sincope all'esordio della cefalea
Cefalea inusuale e grave, associata a febbre ed a rigor nucalis

I pazienti del gruppo 1 devono essere inviati immediatamente in Pronto Soccorso.

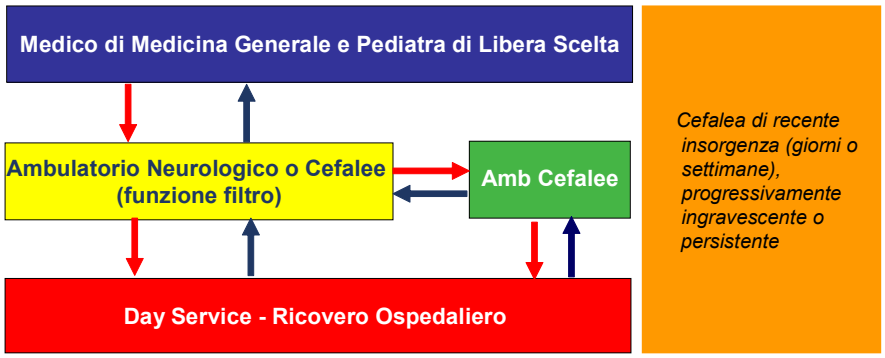
Copia conforme all'originale

Il percorso cefalee:
1) emergenza urgenza

2)Urgenza differibile:

- Cefalea di recente insorgenza (giorni o settimane), progressivamente ingravescente o persistente.

Il percorso cefalee:
2) urgenza differibile



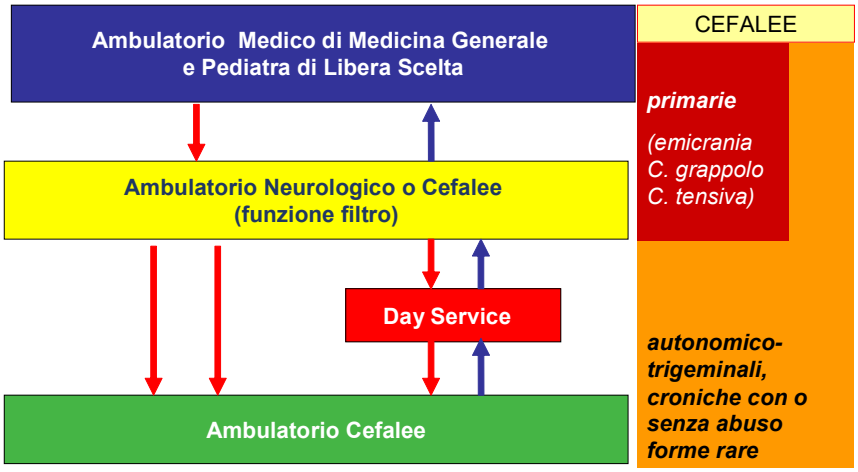
I pazienti del gruppo 2 . In questo caso il MMG/PLS richiede come urgenza differibile gli indici di flogosi (VES e PCR) oltre agli esami ematochimici di routine, una TC encefalo ed una valutazione neurologica urgente o breve
Il neurologo inquadra il caso, predispone gli eventuali ulteriori accertamenti diagnostici ed infine alternativamente decide di:
- reinviare il paziente per il follow up al MMG/PLS
- programmare una ulteriore visita neurologica di controllo presso ambulatorio neurologico generale o presso quello dedicato alle cefalee
- attivare, in relazione al quesito clinico un day service o ricovero ospedaliero.

3)Gestione ambulatoriale integrata e programmata tra territorio ed ospedale:

a. **Cefalee primarie** (Emicrania, Cefalea tensiva)
b. **Cefalee autonomico-trigeminali** Cefalea a grappolo, Emicrania parossistica, Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing (SUNCT) Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with cranial Autonomic symptoms (SUNA), Hemicrania continua.
c. **Emicrania cronica** (>15 giorni al mese da più di tre mesi) senza o con uso eccessivo di sintomatici
d. **Cefalee autonomiche-trigeminali croniche** che si manifestano per almeno un anno con remissioni che si presentano per meno di 3 mesi.
e. **Cefalee rare**: cefalee genetiche o metaboliche (es. Emicrania emiplegica famigliare, CADASIL, MELAS e altre mitocondriopatie), complicanze dell'emicrania (ictus emicranico, stato di male emicranico), cefalee del gruppo 4 della ICHD-II (Cefalea trafittiva primaria, cefalea da tosse primaria, cefalea da sforzo primaria, cefalea associata all'attività sessuale primaria, cefalea ipnica, hemicrania continua, thunderclap headache primaria).

Copia conforme all'originale

Il percorso cefalee:
3) gestione ambulatoriale integrata H -T



I pazienti del gruppo 3a vengono gestiti dal MMG/PLS autonomamente dal punto di vista clinico e terapeutico. Tuttavia il MMG/PLS può inviare il paziente all'ambulatorio neurologico generale, che deciderà in relazione alle problematiche cliniche, se reinviare il paziente al MMG/PLS o continuare a seguire il paziente presso l'ambulatorio neurologico generale.

I pazienti del gruppo 3b, 3c e 3d, verranno inviati dal MMG/PLS allo specialista dell'ambulatorio neurologico generale, il quale dopo una prima visita di inquadramento potrà prenotare il paziente presso l'ambulatorio cefalee. Successivamente il paziente sarà seguito dall'Ambulatorio Cefalee.

Quindi il paziente con cefalea primaria può accedere ad un:

1) primo livello (A) (Medico di Medicina Generale - MMG) per l'identificazione del caso e la sua gestione;
2) secondo livello (B) principalmente identificato in un neurologo, ma anche medico esperto nella diagnosi e cura delle cefalee primarie nell'ambito dell'Azienda USL Toscana Centro;
3) infine, se con i due livelli di intervento precedente non è stata trovata una soluzione soddisfacente (diagnosi indefinita o trattamento inefficace/non tollerato) viene coinvolto un terzo livello (C) rappresentato dagli Ambulatori Cefalee, dedicati a questo tipo di patologie.

Il passaggio da A a B (dal primo la secondo livello) avviene tramite richiesta del MMG.
Il CUP che riceve richieste dal MMG di visita per cefalea che possono riportare " visita neurologica cefalea" o "visita ambulatorio cefalea" le indirizza dove c'è una prima disponibilità tra gli ambulatori neurologici generali o gli Ambulatori Cefalee.

Il passaggio da B a C (dal secondo al terzo livello) avviene tramite richiesta del neurologo o medico esperto dell'ambulatorio cefalee che prenota al CUP dove c'è una prima disponibilità solo tra gli Ambulatori Cefalee.

Copia conforme all'originale

I centri specialistici dedicati alla diagnosi ed al trattamento delle Cefalee Primarie fanno parte di una rete clinica planare e collaborativa. Vengono sinteticamente definiti Ambulatori Cefalee e nell'Azienda Sanitaria Toscana Centro sono così identificati presso

1. SOC Neurologia di Firenze
2. SOC Neurologia di Prato
3. SOC Neurologia di Pistoia
4. SOC Neurologia di Empoli
5. Centro Multidisciplinare terapia del dolore, Ospedale Palagi Firenze

Lo specialista dell'Ambulatorio Cefalee deve garantire:

a) la presa in carico del paziente,
b) la prescrizione ed esecuzione di diagnostica strumentale,
c) impostazione del piano terapeutico
d) successivo riaffidamento del paziente al MMG.

Requisiti dell' Ambulatorio Cefalee:

1. ambulatorio dedicato alle cefalee con personale che soddisfa i requisiti previsti per l'accreditamento istituzionale
2. scheda clinico-assistenziale
3. valutazione del dolore con scale validate
4. impostazione del piano terapeutico
5. valutazione dell'efficacia del trattamento
6. garanzia dell'erogazione di tutte le prestazioni di terapia del dolore previste in regime ambulatoriale
7. archivio clinico informatizzato
8. accesso alla diagnostica strumentale (radiologia convenzionale, TC, RMN, ecodoppler dei vasi epiaortici, dosaggio farmaci e esami ematochimici e urinari, etc)
9. protocolli per la disassuefazione da farmaci a domicilio
10. consulenza psicologica

Per pazienti affetti da forme severe e di difficile trattamento saranno garantiti anche in collaborazione con la rete planare degli altri Ambulatori Cefalee e degli altri servizi aziendali:

a) Esecuzione di protocolli per speciali procedure terapeutiche di tipo invasivo/chirurgico quali la neurostimolazione (stimolazione del nervo grande occipitale) in caso di cefalee refrattarie farmacoresistenti
b) Presa in carico in Day Service dei casi complessi o con terapie infusive di disassuefazione in pazienti con uso eccessivo di sintomatici
c) Trattamento con anticorpi monoclonali anti CGRP/CGRP-Recettore prescritto da medico esperto
d) Trattamento con onabotulintoxin A (praticato da specialista esperto)

Copia conforme all'originale

5. Diffusione/conservazione/consultazione/archiviazione

La Direzione dell'Area Malattie cerebro-vascolari e degenerative:
- conserva il frontespizio originale firmato con il pdf copia conforme del documento
- con "modalità a cascata" invia il documento e comunica agli operatori coinvolti indicati nella lista di diffusione, che il documento è consultabile sulla Repository del Sito Intranet Aziendale, conservando l'email.

6. Monitoraggio e controllo

Il presente documento è monitorato dalla struttura emittente del documento, dall'Area Malattie cerebro-vascolari e degenerative attraverso verbali semestrali relativi alla discussione sui dati di adesione al documento, agli obiettivi.

7. Strumenti / Registrazioni

Cartella Clinica.

8. Revisione

Il presente documento è revisionato a seguito di modifiche sostanziali di tipo organizzativo, normativo, clinico e comunque si consiglia ogni tre anni dalla data di applicazione.

9. Riferimenti

1. 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.
2. 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.
3. Appropriatezza delle cure, www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1826_allegato.pdf
4. Castillo J, Munoz P, Guitera V, Pascual J. Epidemiology of chronic daily headache in the general population. Headache 1999; 39:190-6
5. 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.
6. 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.
7. DEMOISTAT 2017
8. Decision Resources Group Migraine Report 2014
9. Diener HC, Limmroth V. Medication-overuse headache: a worldwide problem. Lancet Neurol 2004; 3:475-83

Copia conforme all'originale

10. Evers S, Jensen R; European Federation of Neurological Societies. Treatment of medication overuse headache-- guideline of the EFNS headache panel. Eur J Neurol. 2011 Sep;18(9):1115-21.
11. 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.
12. Ferrari A, Pasciullo G, Savino G, Cicero AFG, Ottani A, Bertolini A, Sternieri E. Headache treatment before and after the consultation of a specialized centre: a pharmacoepidemiology study. Cephalalgia, 2004
13. Global Burden of Disease (GBD) http://www.healthdata.org
14. Goadsby PJ. Ann Neurol. 2013;74:423-434
15. Grazzi L, Andrasik F, D'Amico D, Usai S, Kass S, Bussone G. Disability in chronic migraine patients with medication overuse: treatment effects at 1 year follow-up. Headache 2004; 44:678-683
16. Grazzi L, Andrasik F, D'amico D, Usai S, Rigamonti A, Leone M, Bussone G. Treatment of chronic daily headache with medication overuse. Neurol Sci 2003; 24: s125-s127
17. 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.
18. Guidelines for All Healthcare Professionals in the Diagnosis and Management of Migraine, Tension-Type, Cluster and Medication-Overuse Headache. British Association for the Study of Headache (BASH), 2007
19. Holland S, Silberstein SD, Freitag F, Dodick DW, Argoff C, Ashman E; Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. Evidence-based guideline update: NSAIDs and other complementary treatments for episodic migraine prevention in adults: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. Neurology. 2012;78(17):1346-53.
20. Micieli G, De Falco FA, Consoli D, Inzitari D, Sterzi R, Tedeschi G, Toni D. The role of emergency neurology in Italy: outcome of a consensus meeting for a Intersociety position. Neurol Sci. 2012;33(2):297-304.
21. National Institute for Health and Clinical Excellence. Headache. Diagnosis and management of headaches in young people and adults. NICE clinical guideline 150; September 2012.
22. Olesen J, Gustavsson A, Svensson M, Wittchen HU, Jönsson B; CDBE2010 study group; European Brain Council. The economic cost of brain disorders in Europe. Eur J Neurol. 2012 Jan;19(1):155-62.
23. Pascual J, Colas R, Castillo J. Epidemiology of chronic daily headache. Curr Pain Headache Rep 2001; 5:529-36
24. Querzani P, Grimaldi D, Cevoli S, Begliardi C, Rasi F, Cortelli P. Headache: clinical governance in health care management in the Emergency Department. Neurol Sci. 2006; Suppl 2:S203-5.
25. Risultati dello studio italiano di Real World Evidence (RWE) svolto nel 2018 sull'Osservatorio ARNO "Burden of disease, prescription patterns and healthcare cost of patients affected by migraine" condotto da CORE-CINECA – data on file
26. Roncolato et al.. Eur. Neurol. 2000; 3
27. Scher AI, Stewart WF, Liberman J, Lipton RB. Prevalence of frequent headache in a population sample. Headache 1998; 38:497-506
28. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Diagnosis and management of headache in adults. 2008
29. Silberstein SD, Holland S, Freitag F, Dodick DW, Argoff C, Ashman E; Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache

Copia conforme all'originale

Society. Evidence-based guideline update: pharmacologic treatment for episodic migraine prevention in adults: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. Neurology. 2012;78(17):1337-45.

30. Silberstein SD, Lipton RB. Chronic daily headache. Curr Opin Neurol 2000; 13:277-83
31. Società Italiana per lo studio delle Cefalee. Linee Guida per la Terapia delle Cefalee Primarie. 2011
32. Steiner et al. Migraine is first cause of disability in under 50s: will health politicians now take notice?. The Journal of Headache and Pain (2018) 19:17
33. Suhr B, Evers S, Bauer B, Gralow J, Grotemeyer KH, Husstedt IW. Drug-induced headache: long-term results of stationary versus ambulatory withdrawal therapy. Cephalalgia 1999; 19:44-9
34. Ward TN. Medication overuse headache. Prim Care 2004; 31:369-80

10. Indice revisioni

Revisione n°	Data emissione	Tipo modifica	Titolo
0	30/03/2019	PRIMA EMISSIONE	

11. Lista di diffusione

- Direttore Sanitario
- Direttore Dipartimento Rete Ospedaliera
- Direttore Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale
- Direttore Dipartimento Emergenza e Area Critica
- Direttore Dipartimento di Medicina Generale
- Direttore Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica
- Direttore Area Anestesia e Rianimazione
- Direttore Area Malattie cerebro-vascolari e degenerative
-Gruppo di redazione

Copia conforme all'originale