

Alleanza Cefalalgici e Fondazione CIRNA Onlus, una importante e consolidata sinergia a favore di chi soffre di mal di testa

Roberto Nappi

Responsabile Comunicazione Fondazione CIRNA Onlus

Fondata nel 1990, su iniziativa del Neurologo Fondatore del Centro Cefalee IRCCS Mondino di Pavia Professor Giuseppe Nappi, allo scopo di promuovere e realizzare studi e ricerche nei settori delle Neuroscienze Cliniche, Medicina delle Cefalee in primo luogo, la Fondazione CIRNA ONLUS - acronimo di *Centro Italiano Ricerche Neurologiche Avanzate* - è stata ufficialmente riconosciuta dal Ministero della Salute nel 1995 divenendo ONLUS (organizzazioni non lucrative di utilità sociale) nel 2009. Il suo scopo primario è l'esclusivo perseguimento di finalità di solidarietà sociale, in particolare attraverso il trasferimento al paziente delle più recenti acquisizioni nel campo delle neuroscienze, con un'attenzione mirata allo sviluppo di strategie innovative rivolte alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle cefalee. La Fondazione persegue, inoltre, la diffusione di informazioni riguardanti l'universo delle cefalee nelle loro molteplici e complesse manifestazioni, con l'intento di aiutare i pazienti a meglio gestire la propria malattia. L'80% della popolazione generale ha lamentato mal di testa almeno una volta in un anno e la cefalea è uno dei motivi più frequenti per cui i pazienti si rivolgono al medico.

La Fondazione CIRNA si avvale di un Comitato Scientifico costituito da Docenti ed Esperti operanti, oltre che nel campo delle Cefalee, in quello della Medicina di Genere, Demenze, Medicina Legale e del Lavoro, Fibromialgia, Dolore, Storia delle Neuroscienze, Neuroteoretica e Neurofilosofia. Fondamentale per il raggiungimento delle proprie finalità è stato il promuovere la nascita di Alleanza Cefalalgici (Al. Ce.), un'associazione di pazienti che dai primi anni

2000 opera in autonomia, pur seguendo linee guida formulate dalla Fondazione CIRNA che ne supporta, economicamente e non, le diverse iniziative, fornendo un riferimento scientifico di alto profilo. Al.Ce. - attraverso CIRNA - si interfaccia con le principali società scientifiche di settore a livello nazionale ed internazionale ed ha promosso la nascita della European Migraine and Headache Alliance (EMHA) che raggruppa le principali associazioni di pazienti cefalalgici europei. Innumerevoli sono state in questi anni le iniziative promosse da Al.Ce. - con il supporto di CIRNA - a favore di pazienti con cefalea. Dal 2018 Alleanza Cefalalgici è coinvolta come membro italiano nella nuova Global Headache Patient Advocacy Coalition (GHPAC) per il sostegno di pazienti con cefalea, iniziativa fondata su di una strategia unificata di molteplici attori (Associazioni di pazienti, Ricerca Scientifica, Compagnie Farmaceutiche, Organi di Governo).

Una conquista recente, che merita di essere sottolineata, è il Riconoscimento della Cefalea Primaria Cronica come Malattia Sociale, avvenuto l'8 luglio 2020 dopo oltre un decennio di battaglie condotte in prima linea.

Attualmente, l'impegno è concentrato su diversi fronti tra cui la definizione dei criteri per valutare l'invalidità nelle Cefalee Croniche, la formazione di Gruppi di Auto-Mutuo Aiuto online (dopo la fortunata esperienza in corso da anni dei Gruppi in presenza), la corretta informazione sulle nuove terapie per l'emicrania e sui Centri prescrittori.

CIRNA e Al.Ce. hanno, inoltre, portato il mal di testa nelle scuole secondarie di I grado con l'intento di far conoscere l'argomento e far emergere i casi

sommersi molto frequenti nella prima adolescenza. Importante è anche la produzione editoriale che annovera diverse pubblicazioni di testimonianze di pazienti, ma anche periodici quali Confinia Cephalalgica et Neurologica e Cefalee Today, indirizzati a ricercatori e pazienti rispettivamente.

Per aderire e sostenere le molteplici attività è possibile consultare i siti www.cefalea.it e www.cir-na.it oltre alla pagina <https://www.facebook.com/alleanzacefalalgici> e al gruppo <https://www.facebook.com/groups/47026384961> Facebook.

LEGGE 14 luglio 2020, n. 81

Disposizioni per il riconoscimento della cefalea primaria cronica come malattia sociale. (20G00100)

(GU n.188 del 28-7-2020)

Vigente al: 12-8-2020

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Promulga

la seguente legge:

Art. 1

1. La cefalea primaria cronica, 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, e' riconosciuta come malattia sociale, per le finalita' di cui al comma 2, nelle seguenti forme:

- a) emicrania cronica e ad alta frequenza;
- b) cefalea cronica quotidiana con o senza uso eccessivo di farmaci analgesici;
- c) cefalea a grappolo cronica;
- d) emicrania parossistica cronica;
- e) cefalea nevralgiforme unilaterale di breve durata con arrossamento oculare e lacrimazione;
- f) emicrania continua.

2. Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente 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, nonche' i criteri e le modalita' con cui le regioni attuano i medesimi progetti.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sara' inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addi' 14 luglio 2020

MATTARELLA

Conte, Presidente del Consiglio dei ministri

Visto, il Guardasigilli: Bonafede

(BUR20070118)

(3.1.0/3.2.0)

Circ.r. 14 dicembre 2006 - n. 30**Indicazioni operative per la valutazione delle cefalee nell'ambito dell'invalidità civile**Ai Direttori Generali
delle ASLAi Responsabili
dei Servizi di Medicina Legale
delle ASL

LORO SEDI

Premessa

La valutazione dell'invalidità costituisce un'attività di particolare interesse socio-sanitario, rientrando nei Livelli Essenziali di Assistenza.

La Regione è tra le amministrazioni maggiormente coinvolte dalla legislazione e svolge una funzione di governo e controllo sull'efficienza e qualità delle prestazioni.

Inoltre l'attività accertativa svolta dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) rappresenta un punto privilegiato di raccolta dati e di monitoraggio dello stato di salute dei cittadini.

Lo strumento guida per le valutazioni medico-legali delle Commissioni per l'accertamento della Invalidità civile è costituito dalle tabelle ministeriali di cui al d.m.s. 5 febbraio 1992 e al successivo del 14 giugno 1994.

Tali tabelle costituiscono un imprescindibile riferimento normativo, ma è noto che, a parte la loro vetustà, sono nosograficamente incomplete e alquanto «schematiche».

L'evoluzione degli approcci diagnostico-terapeutico-riabilitativi e il mancato aggiornamento di tali tabelle hanno fatto maturare la opportunità di iniziative di aggiornamento, per fornire alle Commissioni dei presupposti operativi efficienti e rispondenti alle reali esigenze del settore.

A tal fine la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale ha costituito con decreto del Direttore Generale n. 3469 del 28 marzo 2006 un Gruppo di Lavoro composto da un rappresentante della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale, della Direzione Generale Sanità, da un docente universitario/esperto esterno, da responsabili di area delle ASL.

La valutazione percentuale delle cefalee nell'ambito dell'invalidità civile

Una delle esigenze di aggiornamento prospettata e affrontata ha riguardato le persone affette da sindromi cefalalgiche.

Il Gruppo di Lavoro, acquisiti specifici elementi da esperti del settore, ha elaborato una griglia valutativa per queste condizioni morbose.

Si invia quindi il documento elaborato che si pone quale strumento di aggiornamento e supporto per le Commissioni di accertamento dell'Invalidità civile.

La Tabella per la valutazione**CEFALEE PRIMARIE E NEURALGIE ESSENZIALI**

0-15%	16-30%		31-46%
A)	B1)	B2)	C)
FORME EPISODICHE A FREQUENZA DI ATTACCHI MEDIO-BASSA E SODDISFACENTE RISPOSTA AL TRATTAMENTO	FORME EPISODICHE A FREQUENZA DI ATTACCHI MEDIO-ALTA E SCARSA RISPOSTA AL TRATTAMENTO	FORME CRONICHE CON RISPOSTA PARZIALE AL TRATTAMENTO	FORME CRONICHE REFRAITARIE AL TRATTAMENTO
1) EMICRANIA SENZA E CON AURA	1) EMICRANIA SENZA E CON AURA	1) EMICRANIA CRONICA	1) EMICRANIA CRONICA
2) CEFALEA DI TIPO TENSIVO FREQUENTE	2) CEFALEA DI TIPO TENSIVO	2) CEFALEA CRONICA QUOTIDIANA CON O SENZA USO ECCESSIVO DI ANALGESICI	2) CEFALEA CRONICA QUOTIDIANA CON O SENZA USO ECCESSIVO DI ANALGESICI
3) CEFALEA A GRAPPOLO EPISODICA	3) CEFALEA A GRAPPOLO EPISODICA	3) CEFALEA A GRAPPOLO CRONICA	3) CEFALEA A GRAPPOLO CRONICA
4) HEMICRANIA PAROSSISTICA EPISODICA	4) HEMICRANIA PAROSSISTICA EPISODICA	4) HEMICRANIA PAROSSISTICA CRONICA	4) HEMICRANIA PAROSSISTICA CRONICA
		5) SUNCT (Short-lasting Unilateral Neuralgia with Conjunctival injection and Tearing)	5) SUNCT

Si ringrazia per la collaborazione e si inviano distinti saluti.

Il direttore generale

D.G. Sanità:

Carlo Lucchina

Il direttore generale

D.G. Famiglia e Solidarietà Sociale:

Umberto Fazzone

ALLEGATI:

Valutazione delle cefalee in I.C. comprensivo di tabella

Classificazione Internazionale delle Cefalee

LA VALUTAZIONE PERCENTUALE DELLE CEFALEE NELL'AMBITO DELL'INVALIDITÀ CIVILE**La composizione del gruppo di lavoro**

- *Coordinatore* – D.ssa Rosella Petrali Dirigente Unità Organizzativa Sistema Socio-assistenziale della D.G. Famiglia e solidarietà sociale;
- *Componenti:*
 - Prof. Fabio Buzzi Direttore Istituto di Medicina Legale dell'Università degli studi di Pavia consulente scientifico;
 - Dr. Umberto Genovese ricercatore Istituto di Medicina legale Università degli Studi di Milano;
 - Dr. Gian Franco Bertani funzionario D.G. Sanità;
 - Dr. Alberto Germani Medico Legale ASL della Città di Milano;
 - Dr. Paolo Pelizza Medico Legale ASL della Provincia di Brescia;
 - D.ssa Ammeris Magella Medico Legale ASL della Provincia di Como;
- *Segreteria* – D.ssa Lia Bottini Funzionario Unità Organizzativa Sistema Socio-assistenziale della D.G. Famiglia e solidarietà sociale.

Il percorso di lavoro per l'elaborazione del documento tecnico

Considerato che nelle tabelle ministeriali per la valutazione dell'invalidità civile non esistono riferimenti utilizzabili, neppure in via analogica, per le cefalee si è attivato il seguente piano di lavoro:

Inquadramento nosografico delle cefalee, valutazione del grado di invalidità e parametri diagnostici

Il Gruppo di Lavoro ha consultato esperti operanti presso diversi centri per le cefalee, che hanno fornito elementi sui dati epidemiologici, sulla classificazione nosografica, sul percorso diagnostico, sui criteri di stima della gravità del quadro clinico.

Graduazione percentuale secondo usuali schemi tabellari

Sulla base di tutti gli elementi forniti sono stati individuati i principali quadri clinici delle cefalee primarie (C.P.) analizzandone e rappresentandone le caratteristiche di frequenza, la durata e l'intensità e formulando, sulla scorta di tali presupposti, una tabella che si propone come guida di riferimento per la valutazione percentuale delle cefalee nell'ambito dell'invalidità civile.

Per un suo corretto uso la tabella è integrata da avvertenze e raccomandazioni a carattere medico-legale ed è completata da richiami bibliografici.

Per completare il quadro informativo e fornire un supporto alle Commissioni, il documento tecnico è integrato dalla Classificazione Internazionale delle Cefalee.

0-15%	16-30%		31-46%
A)	B1)	B2)	C)
FORME EPISODICHE A FREQUENZA DI ATTACCHI MEDIO-BASSA E SODDISFACENTE RISPOSTA AL TRATTAMENTO	FORME EPISODICHE A FREQUENZA DI ATTACCHI MEDIO-ALTA E SCARSA RISPOSTA AL TRATTAMENTO	FORME CRONICHE CON RISPOSTA PARZIALE AL TRATTAMENTO	FORME CRONICHE REFRAATTARIE AL TRATTAMENTO
		6) HEMICRANIA CONTINUA	6) HEMICRANIA CONTINUA
		7) NDPH (New Daily Persistent Headache)	7) NDPH (New Daily Persistent Headache)
8) NEURALGIA DEL TRIGEMINO CLASSICA E ALTRE NEURALGIE DEL CAPO	8) NEURALGIA DEL TRIGEMINO CLASSICA E ALTRE NEURALGIE DEL CAPO	8) NEURALGIA DEL TRIGEMINO CLASSICA E ALTRE NEURALGIE DEL CAPO	8) NEURALGIA DEL TRIGEMINO CLASSICA E ALTRE NEURALGIE DEL CAPO

Terminologia e definizioni

Frequenza:

Medio-bassa

- fino a 3 attacchi/mensili per emicrania e cefalea di tipo tensivo
- fino a 1 attacco nelle 24 ore per la cefalea a grappolo per periodi di durata \leq 1 mese
- fino al 10% della giornata con dolore per emicrania parossistica e nevralgia del trigemino per \leq 1 mese all'anno

Medio-alta

- 3 attacchi/mensili per emicrania e cefalea di tipo tensivo
- 1 attacco nelle 24 ore per la cefalea a grappolo con periodi di durata $>$ 1 mese
- oltre al 10% e fino al 30% della giornata con dolore per emicrania parossistica e nevralgia del trigemino per $>$ 1 mese all'anno

Cronicità

- per emicrania e cefalea di tipo tensivo: \geq 15 giorni al mese da almeno 3 mesi
- per cefalea a grappolo ed emicrania parossistica cronica: attacchi da almeno un anno con remissioni di durata $<$ 1 mese
- per nevralgia del trigemino: attacchi da almeno un anno, senza remissioni di durata superiore ad 1 mese

NOTA: le SUNCT sono rare e le forme descritte sono in prevalenza croniche. L'emicrania continua e la NDPH sono croniche per definizione.

Risposta ai trattamenti

Soddisfacente: la cefalea si riduce di almeno il 50% con il trattamento di profilassi e/o la risposta ai sintomatici è completa (riduzione significativa della sintomatologia o sua scomparsa entro due ore dall'assunzione).

Scarsa: la cefalea si riduce di $<$ 50% dopo almeno 4 trattamenti con farmaci di profilassi di comprovata efficacia, assunti con dosaggio e durata adeguati. La risposta ai sintomatici è parziale.

Refrattaria: nessun beneficio a 4 trattamenti con farmaci di profilassi di comprovata efficacia, assunti con dosaggio e durata adeguati.

Comorbidità

Nella quantificazione occorre tenere conto della eventuale presenza di comorbidità.

Le comorbidità più frequenti per l'emicrania sono: ipertensione, depressione e ansia.

Per la cefalea di tipo tensivo: depressione, ansia, stress psicologico.

Forme secondarie di cefalea

Si rimanda ai criteri vigenti per la patologia organica che causa tale cefalea.

Documentazione sanitaria

Allo stato attuale delle conoscenze, nessuna indagine ha valore di test diagnostico per le cefalee. Quasi sempre infatti la diagnosi è clinica e basata su una accurata raccolta anamnestica ed un adeguato periodo di osservazione e trattamento.

L'esigenza di definire rigorosamente dal punto di vista diagnostico le diverse forme di patologia cefalalgica, impone pertanto che le certificazioni prodotte alle Commissioni delle ASL, provengano da Centri per le Cefalee di rilevanza nazionale. La necessità di graduare l'impatto invalidante della patologia, sulla base della fre-

quenza, durata ed intensità degli attacchi nonché della risposta terapeutica, impone che tale certificazione rifletta un periodo di osservazione del caso della durata di almeno un anno.

Riferimenti bibliografici

- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society (Olesen J, Bousser M-G, Diener H, Dodick D, First M, Goadsby P, Göbel H, Lainez M, Lance J, Lipton R, Nappi G, Sakai F, Schoenen J, Silberstein S, Steiner T). The International Classification of Headache Disorders. 2nd Edition. Cephalalgia 2004; 24 (Suppl 1):1-160.
- Ad Hoc Committee SISC Guidelines and recommendations for the treatment of migraine. Italian Society for the Study of Headache (SISC). Functional Neurology 1993; 8:441-6.
- Comitato drug trial SISC. Linee guida e raccomandazioni per il trattamento dell'emicrania. 2^a Ed. Confinia Cephalalgia 1999; VIII, 2:73-78.
- Ad Hoc Committee SISC. Linee Guida per la Diagnosi e la terapia dell'emicrania e della cefalea a grappolo. Giornale SISC. 2001, Anno III (suppl 1).
- Goadsby PJ, Schoenen J, Ferrari MD, Silberstein SD, Dodick D. Towards a definition of intractable headache for use in clinical practice and trials. 1: Cephalalgia 2006; 26:1168-70.

NOTA AI RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI:

Per quanto non espressamente previsto nella documentazione di rimando, gli esperti del gruppo hanno fatto riferimento alla loro pluridecennale esperienza clinica.

CLASSIFICAZIONE INTERNAZIONALE DELLE CEFALEE

Al fine di agevolare la comprensione delle dizioni diagnostiche utilizzate, si riporta di seguito la forma ridotta della versione italiana della Classificazione Internazionale delle Cefalee.

Tale versione è stata redatta per favorire una rapida consultazione da parte di medici esperti nell'ambito delle cefalee e contiene la codifica di tutte le forme di cefalea inserite nella Classificazione Internazionale e i criteri diagnostici ufficiali per le principali forme di cefalee primarie.

Questa versione abbreviata è stata tratta dalla traduzione italiana della Classificazione Internazionale realizzata dal Comitato Linguistico Italiano della *International Headache Society*. (Coordinatore: Prof. G. Nappi).

Nella versione ridotta qui proposta non sono riportate le parti introduttive o esplicative, le note ed i commenti che, in molti casi, sono necessari per un corretto uso della classificazione.

1. EMICRANIA

- 1.1 Emicrania senza aura
- 1.2 Emicrania con aura
 - 1.2.1 Aura tipica con cefalea emicranica
 - 1.2.2 Aura tipica con cefalea non emicranica
 - 1.2.3 Aura tipica senza cefalea
 - 1.2.4 Emicrania emiplegica familiare (FHM) (1)
 - 1.2.5 Emicrania emiplegica sporadica
 - 1.2.6 Emicrania di tipo basilare
- 1.3 Sindromi periodiche dell'infanzia possibili precursori comuni dell'emicrania
 - 1.3.1 Vomito ciclico
 - 1.3.2 Emicrania addominale
 - 1.3.3 Vertigine parossistica benigna dell'infanzia
- 1.4 Emicrania retinica

- 1.5 Complicanze dell'emicrania
 - 1.5.1 Emicrania cronica
 - 1.5.2 Stato emicranico
 - 1.5.3 Aura persistente senza infarto
 - 1.5.4 Infarto emicranico
 - 1.5.5 Epilessia indotta dall'emicrania
- 1.6 Probabile emicrania
 - 1.6.1 Probabile emicrania senza aura
 - 1.6.2 Probabile emicrania con aura
 - 1.6.5 Probabile emicrania cronica

* * *

1.1 Criteri diagnostici dell'emicrania senza aura

- A. Almeno 5 attacchi che soddisfino i criteri B-D
- B. La cefalea dura 4-72 ore (non trattata o trattata senza successo)
- C. La cefalea presenta almeno due delle seguenti caratteristiche:
 - 1. localizzazione unilaterale
 - 2. tipo pulsante
 - 3. dolore con intensità media o forte
 - 4. aggravata da o che limiti le attività fisiche di routine (per es., camminare, salire le scale)
- D. Alla cefalea si associa almeno una delle seguenti condizioni:
 - 1. presenza di nausea e/o vomito
 - 2. presenza di fotofobia e fonofobia
- E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.2 Criteri diagnostici dell'emicrania con aura tipica

- A. Almeno 2 attacchi che soddisfino il criterio B
- B. Aura emicranica che soddisfi i criteri B e C per una delle sottoforme 1.2.1-1.2.6
- C. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.2.1 Criteri diagnostici dell'aura tipica con cefalea emicranica

- A. Almeno 2 attacchi che soddisfino i criteri B-D
- B. Aura caratterizzata da almeno uno dei seguenti, in assenza di deficit motori:
 - 1. sintomi visivi completamente reversibili, positivi (come luci tremolanti, macchie, linee) e/o negativi (per es., perdita del visus)
 - 2. sintomi sensitivi completamente reversibili, positivi (per es., «punture di spilli») e/o negativi (per es., ipoestesia)
 - 3. disturbi del linguaggio completamente reversibili
- C. Presenza di almeno due delle seguenti caratteristiche:
 - 1. disturbi visivi omonimi e/o sensitivi unilaterali
 - 2. almeno un sintomo dell'aura si sviluppa gradualmente in ≥ 5 minuti e/o diversi sintomi si susseguono in ≥ 5 minuti
 - 3. ogni sintomo dura ≥ 5 minuti e ≤ 60 minuti
- D. Una cefalea, che soddisfa i criteri B-D per 1.1 *Emicrania senza aura*, inizia durante l'aura o la segue entro 60 minuti
- E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.2.2 Criteri diagnostici dell'aura tipica con cefalea non emicranica

- A. Almeno 2 attacchi che soddisfino i criteri B-D
- B. Aura caratterizzata da almeno uno dei seguenti, in assenza di deficit motori:
 - 1. sintomi visivi completamente reversibili, positivi (come luci tremolanti, macchie, linee) e/o negativi (per es., perdita del visus)
 - 2. sintomi sensitivi completamente reversibili, positivi (per es., «punture di spilli») e/o negativi (per es., ipoestesia)
 - 3. disturbi del linguaggio completamente reversibili
- C. Presenza di almeno due delle seguenti caratteristiche:
 - 1. disturbi visivi omonimi e/o sensitivi unilaterali
 - 2. almeno un sintomo dell'aura si sviluppa gradualmente in ≥ 5 minuti e/o diversi sintomi si susseguono in ≥ 5 minuti
 - 3. ogni sintomo dura ≥ 5 minuti e ≤ 60 minuti
- D. Una cefalea, che non soddisfa i criteri B-D per 1.1 *Emicrania senza aura*, inizia durante l'aura o la segue entro 60 minuti

E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.2.3 Criteri diagnostici dell'aura tipica senza cefalea

- A. Almeno 2 attacchi che soddisfino i criteri B-D
- B. Aura caratterizzata da almeno uno dei seguenti, in assenza di deficit motori:
 - 1. sintomi visivi completamente reversibili, positivi (come luci tremolanti, macchie, linee) e/o negativi (per es., perdita del visus)
 - 2. sintomi sensitivi completamente reversibili, positivi (per es., «punture di spilli») e/o negativi (per es., ipoestesia)
- C. Presenza di almeno due delle seguenti caratteristiche:
 - 1. disturbi visivi omonimi e/o sensitivi unilaterali
 - 2. almeno un sintomo dell'aura si sviluppa gradualmente in ≥ 5 minuti e/o diversi sintomi si susseguono in ≥ 5 minuti
 - 3. ogni sintomo dura ≥ 5 minuti e ≤ 60 minuti
- D. Non si manifesta cefalea durante l'aura, né nei successivi 60 minuti
- E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.2.4 Criteri diagnostici dell'emicrania emiplegica familiare

- A. Almeno 2 attacchi che soddisfino i criteri B e C
- B. L'aura comporta un deficit motorio completamente reversibile e almeno uno dei seguenti:
 - 1. sintomi visivi completamente reversibili, positivi (come luci tremolanti, macchie, linee) e/o negativi (per es., perdita del visus)
 - 2. sintomi sensitivi completamente reversibili, positivi (per es., «punture di spilli») e/o negativi (per es., ipoestesia)
 - 3. disturbo del linguaggio di tipo disfasico completamente reversibile
- C. Presenza di almeno due delle seguenti caratteristiche:
 - 1. almeno un sintomo dell'aura si sviluppa gradualmente in > 5 minuti e/o vari sintomi si susseguono in > 5 minuti
 - 2. ogni sintomo dell'aura ha una durata > 5 minuti e < 24 ore
 - 3. una cefalea, che soddisfa i criteri B-D per 1.1 *Emicrania senza aura*, inizia durante l'aura o la segue entro 60 minuti
- D. Almeno un parente di primo o di secondo grado ha avuto attacchi con aura che soddisfino questi criteri A-E
- E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.2.5 Criteri diagnostici dell'emicrania emiplegica sporadica

- A. Almeno 2 attacchi che soddisfino i criteri B e C
- B. L'aura comprende deficit motori completamente reversibili e almeno uno dei seguenti:
 - 1. sintomi visivi completamente reversibili, positivi (come luci tremolanti, macchie, linee) e/o negativi (per es., perdita del visus)
 - 2. sintomi sensitivi completamente reversibili, positivi (per es., «punture di spilli») e/o negativi (per es., ipoestesia)
 - 3. disturbo del linguaggio di tipo disfasico completamente reversibile
- C. La presenza di almeno due delle seguenti caratteristiche:
 - 1. almeno un sintomo dell'aura si sviluppa gradualmente in > 5 minuti e/o vari sintomi si susseguono in > 5 minuti
 - 2. ogni sintomo dell'aura ha una durata > 5 minuti e < 24 ore
 - 3. una cefalea, che soddisfa i criteri B-D per 1.1 *Emicrania senza aura*, inizia durante l'aura o la segue entro 60 minuti
- D. Nessun congiunto di primo o secondo grado soffre di attacchi che soddisfino questi criteri A-E
- E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.2.6 Criteri diagnostici dell'emicrania di tipo basilare

- A. Almeno 2 attacchi che soddisfino i criteri B-D
- B. L'aura è costituita da almeno due dei seguenti sintomi completamente reversibili, in assenza di deficit motori:
 - 1. disartria
 - 2. vertigini
 - 3. acufeni
 - 4. ipoacusia

5. diplopia
 6. sintomi visivi bilaterali presenti simultaneamente nel campo sia temporale che nasale di entrambi gli occhi
 7. atassia
 8. riduzione del livello di coscienza
 9. parestesie bilaterali simultanee
- C. Almeno una delle seguenti caratteristiche:
1. almeno un sintomo dell'aura si sviluppa gradualmente in > 5 minuti e/o vari sintomi si susseguono in > 5 minuti
 2. ogni sintomo dell'aura ha una durata compresa fra 5 e 60 minuti
- D. Una cefalea, che soddisfa i criteri B-D per 1.1 *Emicrania senza aura*, inizia durante l'aura o la segue entro 60 minuti
- E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.3.1 Criteri diagnostici del vomito ciclico

- A. Almeno 5 attacchi che soddisfino i criteri B e C
- B. Attacchi episodici, stereotipati nel singolo paziente, di nausea intensa e vomito che perdurano da 1 ora a 5 giorni
- C. Il vomito durante l'attacco si verifica come minimo 4 volte all'ora per almeno un'ora
- D. Assenza di sintomi tra gli attacchi
- E. Non attribuito ad altra condizione o patologia

1.3.2 Criteri diagnostici dell'emicrania addominale

- A. Almeno 5 attacchi che soddisfino i criteri B-D
- B. Attacchi di dolore addominale della durata di 1-72 ore (senza trattamento o con trattamento inefficace)
- C. Il dolore addominale presenta tutte le seguenti caratteristiche:
1. localizzazione a livello della linea mediana, periombelicale o non ben definita
 2. qualità sorda o «semplicemente dolente»
 3. intensità media o forte
- D. Durante la fase algica sono presenti almeno due dei seguenti sintomi:
1. anoressia
 2. nausea
 3. vomito
 4. pallore
- E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.3.3 Criteri diagnostici della vertigine parossistica benigna dell'infanzia

- A. Almeno 5 attacchi che soddisfino il criterio B
- B. Episodi multipli con vertigini intense (1), che si verificano senza alcun sintomo premonitore e si risolvono spontaneamente nell'arco di minuti o ore
- C. L'esame neurologico, le funzioni audiometriche e quelle vestibolari risultano normali nel periodo intercritico
- D. L'EEG è normale

1.4 Criteri diagnostici dell'emicrania retinica

- A. Almeno 2 attacchi che soddisfino i criteri B e C
- B. Disturbi visivi monoculari, positivi o negativi (fosfene, scotomi o cecità), completamente reversibili, confermati da un esaminatore durante l'attacco o da un disegno del deficit visivo durante l'attacco eseguito dal paziente stesso, dopo adeguate istruzioni
- C. Una cefalea, che soddisfa i criteri B-D per 1.1 *Emicrania senza aura* esordisce durante i sintomi visivi o li segue entro 60 minuti
- D. Esame oftalmologico normale al di fuori dell'attacco
- E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.5.1 Criteri diagnostici dell'emicrania cronica (v. anche revisione allegata)

- A. Cefalea che soddisfa i criteri C e D per 1.1 *Emicrania senza aura* per > 15 giorni/mese da > 3 mesi
- B. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.5.2 Criteri diagnostici dello stato emicranico

- A. Attacco emicranico in soggetto che soffre di 1.1 *Emicrania senza aura* con caratteristiche tipiche, ad eccezione della durata

- B. La cefalea presenta entrambe le seguenti caratteristiche:

1. persistenza da > 72 ore
2. intensità forte

- C. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.5.3 Criteri diagnostici dell'aura persistente senza infarto

- A. Attacco emicranico in soggetto che soffre di 1.2 *Emicrania con aura* con caratteristiche tipiche, ad eccezione della durata di uno o più sintomi dell'aura, che persistono per > 1 settimana
- B. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.5.4 Criteri diagnostici dell'infarto emicranico

- A. Attacco emicranico in soggetto che soffre di 1.2 *Emicrania con aura* con caratteristiche tipiche, ad eccezione della durata di uno o più sintomi dell'aura, che persistono per > 60 minuti
- B. Le indagini neuroradiologiche mostrano una lesione ischemica in un'area congrua
- C. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.5.5 Criteri diagnostici dell'epilessia indotta dall'emicrania

- A. Emicrania che soddisfa i criteri per 1.2 *Emicrania con aura*
- B. Una crisi convulsiva che soddisfa i criteri diagnostici per un tipo epilessia si manifesta durante un'aura emicranica o entro l'ora successiva

1.6.1 Criteri diagnostici della probabile emicrania senza aura

- A. Gli attacchi soddisfano tutti i criteri A-D per 1.1 *Emicrania senza aura* tranne uno
- B. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.6.2 Criteri diagnostici della probabile emicrania con aura

- A. Gli attacchi soddisfano tutti i criteri A-D per 1.2 *Emicrania con aura* o qualsiasi sua sottoforma, tranne uno
- B. Non attribuita ad altra condizione o patologia

1.6.5 Criteri diagnostici della probabile emicrania cronica

- A. Cefalea che soddisfa i criteri C e D per 1.1 *Emicrania senza aura* per > 15 giorni/mese da > 3 mesi
- B. Non attribuita ad altra condizione o patologia, ma è presente o è stato presente nei 2 mesi precedenti un uso eccessivo di farmaci che soddisfa il criterio B per qualsiasi sottoforma di 8.2 *Cefalea da uso eccessivo di farmaci*

2. CEFALEA DI TIPO TENSIVO

- 2.1 Cefalea di tipo tensivo episodica sporadica
 - 2.1.1 Cefalea di tipo tensivo episodica sporadica associata a dolorabilità dei muscoli pericranici
 - 2.1.2 Cefalea di tipo tensivo episodica sporadica non associata a dolorabilità dei muscoli pericranici
- 2.2 Cefalea di tipo tensivo episodica frequente
 - 2.2.1 Cefalea di tipo tensivo episodica frequente associata a dolorabilità dei muscoli pericranici
 - 2.2.2 Cefalea di tipo tensivo episodica frequente non associata a dolorabilità dei muscoli pericranici
- 2.3 Cefalea di tipo tensivo cronica
 - 2.3.1 Cefalea di tipo tensivo cronica associata a dolorabilità dei muscoli pericranici
 - 2.3.2 Cefalea di tipo tensivo cronica non associata a dolorabilità dei muscoli pericranici
- 2.4 Probabile cefalea di tipo tensivo
 - 2.4.1 Probabile cefalea di tipo tensivo episodica sporadica
 - 2.4.2 Probabile cefalea di tipo tensivo episodica frequente
 - 2.4.3 Probabile cefalea di tipo tensivo cronica

* * *

2.1 Criteri diagnostici della cefalea di tipo tensivo episodica sporadica

- A. Almeno 10 episodi che si verificano in media < 1 giorno al mese (< 12 giorni all'anno) e che soddisfino i criteri B-D
- B. La cefalea dura da 30 minuti a 7 giorni
- C. La cefalea presenta almeno due delle seguenti caratteristiche:
1. localizzazione bilaterale
 2. qualità gravativo-costrittiva (non pulsante)
 3. intensità lieve o media

4. non è aggravata dall'attività fisica di routine, come camminare o salire le scale
- D. Si verificano entrambe le seguenti condizioni:
1. assenza di nausea e vomito (può manifestarsi anoressia)
 2. può essere presente fotofobia oppure fonofobia, ma non entrambe

E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

2.1.1 Cefalea di tipo tensivo episodica sporadica associata a dolorabilità dei muscoli pericranici

A. Episodi di cefalea che soddisfino i criteri A-E per 2.1 *Cefalea di tipo tensivo episodica sporadica*

B. Aumentata dolorabilità dei muscoli pericranici alla palpazione manuale

2.1.2 Cefalea di tipo tensivo episodica sporadica non associata a dolorabilità dei muscoli pericranici

A. Episodi di cefalea che soddisfino i criteri A-E per 2.1 *Cefalea di tipo tensivo episodica sporadica*

B. Nessun aumento di dolorabilità dei muscoli pericranici

2.2 Criteri diagnostici della cefalea di tipo tensivo episodica frequente

A. Almeno 10 episodi che si verifichino ≥ 1 , ma < 15 giorni al mese per almeno 3 mesi (≥ 12 e < 180 giorni all'anno) e che soddisfino i criteri B-D

B. La cefalea ha una durata compresa fra 30 minuti e 7 giorni

C. La cefalea presenta almeno due delle seguenti caratteristiche:

1. localizzazione bilaterale
2. qualità gravativo-costrittiva (non pulsante)
3. intensità lieve o media

4. non è aggravata dall'attività fisica di routine, come camminare o salire le scale

D. Si verificano entrambe le seguenti condizioni:

1. assenza di nausea e vomito (può manifestarsi anoressia)
2. può essere presente fotofobia oppure fonofobia, ma non entrambe

E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

2.2.1 Cefalea di tipo tensivo episodica frequente associata a dolorabilità dei muscoli pericranici

A. Episodi di cefalea che soddisfino i criteri A-E per 2.2 *Cefalea di tipo tensivo episodica frequente*

B. Aumentata dolorabilità dei muscoli pericranici alla palpazione manuale

2.2.2 Cefalea di tipo tensivo episodica frequente non associata a dolorabilità dei muscoli pericranici

A. Episodi di cefalea che soddisfino i criteri A-E per 2.2 *Cefalea di tipo tensivo episodica frequente*

B. Nessun aumento della dolorabilità dei muscoli pericranici

2.3 Criteri diagnostici della cefalea di tipo tensivo cronica

A. La cefalea è presente ≥ 15 giorni al mese da > 3 mesi (≥ 180 giorni all'anno) e soddisfa i criteri B-D

B. La cefalea dura ore o può essere continua

C. La cefalea presenta almeno due delle seguenti caratteristiche:

1. localizzazione bilaterale
2. qualità gravativo-costrittiva (non pulsante)
3. intensità lieve o media
4. non è aggravata dall'attività fisica di routine, come camminare o salire le scale

D. Si verificano entrambe le seguenti condizioni:

1. non più di uno tra i seguenti sintomi: fotofobia, fonofobia e nausea lieve
2. assenza di nausea moderata o forte e di vomito

E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

2.3.1 Cefalea di tipo tensivo cronica associata a dolorabilità dei muscoli pericranici

A. Cefalea che soddisfi i criteri A-E per 2.3 *Cefalea di tipo tensivo cronica*

B. Aumentata dolorabilità dei muscoli pericranici alla palpazione manuale

2.3.2 Cefalea di tipo tensivo cronica non associata a dolorabilità dei muscoli pericranici

A. Cefalea che soddisfi i criteri A-E per 2.3 *Cefalea di tipo tensivo cronica*

B. Nessun aumento di dolorabilità dei muscoli pericranici

3. CEFALEA A GRAPPOLO E ALTRE CEFALALGIE AUTONOMICOTRIGEMINALI

3.1 Cefalea a grappolo

3.1.1 Cefalea a grappolo episodica

3.1.2 Cefalea a grappolo cronica

3.2 Hemicrania parossistica

3.2.1 Hemicrania parossistica episodica

3.2.2 Hemicrania parossistica cronica

3.3 Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing (SUNCT)

3.4 Probabile cefalalgia autonomico-trigeminal

3.4.1 Probabile cefalea a grappolo

3.4.2 Probabile hemicrania parossistica

3.4.3 Probabile SUNCT

* * *

3.1 Criteri diagnostici della cefalea a grappolo

A. Almeno 5 attacchi che soddisfino i criteri B-D

B. Dolore di intensità forte o molto forte, unilaterale, in sede orbitaria, sovraorbitaria e/o temporale, della durata di 15-180 minuti (senza trattamento)

C. La cefalea è associata ad almeno uno dei seguenti sintomi o segni:

1. iniezione congiuntivale e/o lacrimazione omolaterali
2. ostruzione nasale e/o rinorrea omolaterali
3. edema palpebrale omolaterale
4. sudorazione facciale e frontale omolaterale
5. miosi e/o ptosi omolaterali
6. irrequietezza o agitazione

D. La frequenza degli attacchi è compresa tra uno ogni due giorni e 8 al giorno

E. Non attribuita ad altra condizione o patologia

3.1.1 Criteri diagnostici della cefalea a grappolo episodica

A. Attacchi che soddisfino i criteri A-E per 3.1 *Cefalea a grappolo*

B. Almeno due periodi di cefalea («grappoli») che durano da 7 a 365 giorni (1) intervallati da periodi di remissione che durano ≥ 1 mese

3.1.2 Criteri diagnostici della cefalea a grappolo cronica

A. Attacchi che soddisfino i criteri A-E per 3.1 *Cefalea a grappolo*

B. Attacchi presenti da > 1 anno, in assenza di fasi di remissione o con periodi di remissione che durano < 1 mese

8.2 CEFALEA DA USO ECCESSIVO DI FARMACI

8.2 Criteri diagnostici della cefalea da uso eccessivo di farmaci

A. Cefalea presente per > 15 giorni al mese e che soddisfi i criteri C e D

B. Uso eccessivo regolare da > 3 mesi di uno o più farmaci che possono essere assunti per la terapia acuta e/o sintomatica della cefalea

C. La cefalea si è manifestata o è peggiorata nettamente durante l'overuse del(i) farmaco(i)

D. La cefalea si risolve o ritorna al quadro sintomatologico iniziale entro 2 mesi dalla sospensione del farmaco utilizzato in maniera eccessiva

8.2.1 Criteri diagnostici della cefalea da uso eccessivo di ergotamina

A. Cefalea che soddisfi i criteri A, C e D per 8.2 *Cefalea da uso eccessivo di farmaci*

B. Assunzione regolare di ergotamina per > 10 giorni al mese da > 3 mesi

8.2.2 Criteri diagnostici della cefalea da uso eccessivo di triptani

A. Cefalea che soddisfi i criteri A, C e D per 8.2 *Cefalea da uso eccessivo di farmaci*

B. Assunzione regolare di (qualsiasi formulazione di) triptani per > 10 giorni al mese da > 3 mesi

8.2.3 Criteri diagnostici della cefalea da uso eccessivo di analgesici

A. Cefalea che soddisfi i criteri A, C e D per 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci

B. Assunzione regolare di analgesici comuni per > 15 giorni al mese (1) da > 3 mesi

8.2.4 Criteri diagnostici della cefalea da uso eccessivo di oppioidi

A. Cefalea che soddisfi i criteri A, C e D per 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci

B. Assunzione regolare di oppioidi per > 10 giorni al mese da > 3 mesi

8.2.5 Criteri diagnostici della cefalea da uso eccessivo di prodotti di combinazione di analgesici

A. Cefalea che soddisfi i criteri A, C e D per 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci

B. Assunzione regolare di prodotti di combinazione di analgesici (1) per > 10 giorni al mese da > 3 mesi

8.2.6 Criteri diagnostici della cefalea da uso eccessivo di farmaci sintomatici in combinazione

A. Cefalea che soddisfi i criteri A, C e D per 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci

B. Assunzione regolare di qualsiasi combinazione di ergotamina, triptani, analgesici o oppioidi per > 10 giorni al mese da > 3 mesi, in assenza di uso eccessivo per le singole classi

8.2.7 Cefalea da uso eccessivo di altri farmaci

A. Cefalea che soddisfi i criteri A, C e D per 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci

B. Uso eccessivo regolare (1) da > 3 mesi di un farmaco diverso da quelli elencati sopra

D.G. Sanità

(BUR20070119)

(4.3.2/3.2.0)

D.d.g. 19 dicembre 2006 - n. 14984

Nomina di alcuni medici veterinari, dipendenti di ruolo delle AA.SS.LL. della Regione Lombardia, per la valutazione della omogenea applicazione della vigente normativa comunitaria, nazionale e regionale in materia di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, presso impianti siti in Lombardia

IL DIRETTORE GENERALE

Richiamati i Decreti del Direttore Generale Sanità n. 8830 del 30 maggio 2003 e n. 10420 del 25 giugno 2003 aventi ad oggetto: «Individuazione di alcuni medici veterinari, dipendenti di ruolo delle AA.SS.LL. della Lombardia, a cui assegnare il compito di effettuare la valutazione della omogenea applicazione della vigente normativa comunitaria, nazionale e regionale in materia di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, con particolare riguardo alla alimentazione animale, presso impianti siti in Lombardia»;

Considerato che la valutazione dell'applicazione della normativa sopra richiamata deve essere effettuata da elevate e specifiche professionalità particolarmente esperte in materia e che dette figure professionali sono reperibili presso le AA.SS.LL. di questa Regione;

Valutato pertanto di individuare altri medici veterinari per potenziare l'attività di controllo mirata alla valutazione della omogenea applicazione della vigente normativa comunitaria, nazionale e regionale in materia di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche presso impianti siti in Lombardia (audit);

Ritenuto di individuare tali professionalità nei dr. Paolo Balestreri dipendente dell'ASL della Provincia di Cremona, dr. Paolo Bianchi dipendente dell'ASL della Provincia di Lecco, dr. Fabrizio Carminati dipendente dell'ASL della Provincia di Bergamo, dr. Enrico Sciliuzzo dipendente dell'ASL della Provincia di Milano 2, dr. Antonio Sorice dipendente dell'ASL della Provincia di Bergamo;

Viste le norme vigenti in materia di benessere degli animali allevati di seguito elencate:

– d.lgs. 30 dicembre 1992 n. 533 e s.m.i. – Attuazione della diret-

tiva 91/629/CEE che stabilisce le norme minime per la protezione dei vitelli;

– d.lgs. 30 dicembre 1992 n. 534 e s.m.i. – Attuazione della direttiva 91/630/CEE che stabilisce le norme minime per la protezione dei suini;

– d.lgs. 26 marzo 2001 n. 146, relativo alla protezione degli animali negli allevamenti;

– d.lgs. 29 luglio 2003, n. 267 – Attuazione delle direttive 1999/74/CE e 2002/4/CE, per la protezione delle galline ovaiole e la registrazione dei relativi stabilimenti di allevamento;

Ritenuto che il presente provvedimento non comporta alcun onere per il Bilancio della Regione Lombardia;

Vista la l.r. 23 luglio 1996 n. 16 e successive modificazioni e i provvedimenti organizzativi dell'VIII legislatura;

Decreta

1. di nominare i medici veterinari dr. Paolo Balestreri dipendente dell'ASL della Provincia di Cremona, dr. Paolo Bianchi dipendente dell'ASL della Provincia di Lecco, dr. Fabrizio Carminati dipendente dell'ASL della Provincia di Bergamo, dr. Enrico Sciliuzzo dipendente dell'ASL della Provincia di Milano 2, dr. Antonio Sorice dipendente dell'ASL della Provincia di Bergamo, quali specifiche professionalità, particolarmente esperte, a cui assegnare il compito di effettuare la valutazione della omogenea applicazione della vigente normativa comunitaria, nazionale e regionale, in materia di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (di seguito denominata attività) presso impianti siti in Lombardia;

2. di stabilire che la programmazione, la pianificazione, il coordinamento e la verifica di tale attività, nonché l'individuazione degli impianti oggetto della medesima, sono di competenza della D.G. Sanità, U.O. Prevenzione, tutela sanitaria e veterinaria, struttura programmazione veterinaria e rapporti internazionali;

3. di stabilire che, la D.G. Sanità, U.O. Prevenzione, tutela sanitaria e veterinaria, struttura programmazione veterinaria e rapporti internazionali dovrà:

- redigere appositi programmi mediante i quali fornire ogni indicazione, necessaria e sufficiente, per effettuare l'attività prevista all'art. 1 del presente decreto;
- trasmettere formalmente tali programmi a tutti i Dipartimenti di prevenzione veterinari delle AA.SS.LL. della Lombardia;
- ciascuna ASL dovrà prendere atto dei programmi redatti ai sensi dell'art. 3 del presente decreto, nonché confermare formalmente che i medici veterinari, individuati al punto 1 del presente decreto, propri dipendenti, svolgono l'attività di cui al medesimo articolo, in regime di missione;

4. di stabilire altresì che il presente provvedimento non comporta alcun onere per il Bilancio della Regione Lombardia;

5. di disporre la pubblicazione integrale del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia.

Il direttore generale sanità:
Carlo Lucchina

(BUR20070120)

(3.2.0/3.3.0)

Circ.r. 19 dicembre 2006 - n. 32

Attuazione dell'Accordo per la formazione degli addetti e dei responsabili SPP – D.lgs. 195/03 (Gazzetta Ufficiale – Serie Generale – Numero 37 del 14 febbraio 2006)

Ai Direttori Generali
Ai Direttori Sanitari
Ai Direttori del
Dipartimento Prevenzione Medico
Ai Responsabili Servizi PSAL
delle ASL della Regione Lombardia

INDICE

1. Premessa
2. Riconoscimento dei crediti formativi pregressi
 - 2.1 Corsi di formazione inerenti il d.lgs. 195/03
 - 2.2 Corsi di formazione non inerenti il d.lgs. 195/03
3. Corsi di aggiornamento di cui all'art. 8-bis, comma 5 del d.lgs. 626/94
4. Sperimentazione
5. Termine per l'attivazione dei corsi

1. Premessa

In seguito alla emanazione dell'accordo della Conferenza per-

Cefalee Croniche Primarie incluse nella Legge 81 del 14/7/2020 (classificazione della International Headache Society, 2018)

La legge 81 nell'art.1 ha incluso sei forme di cefalea primaria cronica

(vedi seconda voce di questa appendice) i cui criteri diagnostici si rifanno alla Classificazione dell'International Headache Society (2018).

La versione italiana e quella originale in inglese sono disponibili sul sito della SISC (www.sisc.it) (andare su: pubblicazioni quindi linee guida quindi archivio).

Di seguito riportiamo i criteri diagnostici delle sei forme incluse.

Il punto b dell'Art.1 della legge 81 fa riferimento a: "Cefalea cronica quotidiana con o senza uso eccessivo di analgesici".

Il termine Cefalea Cronica Quotidiana si riferisce genericamente a qualsiasi forma cronica primaria mentre la cefalea indotta da uso eccessivo di analgesici è considerata nelle forme secondarie.

Tale punto andrà verosimilmente chiarito nei decreti attuativi perché i pazienti con tale forma possono avere un miglioramento o scomparsa della cefalea dopo disassuefazione, anche se diversi di essi ripresentano la comparsa di cefalea ed "overuse" di farmaci antidolorifici.

1.3 Emicrania cronica

Descrizione: Cefalea che si manifesta per 15 o più giorni/mese per più di tre mesi, che, in almeno 8 giorni/mese, presenta le caratteristiche dell'emicrania.

Criteri diagnostici:

- A. Cefalea (di tipo emicranico e/o tensivo¹) per ≥ 15 giorni/mese da >3 mesi che soddisfi i criteri B e C
- B. Cefalea che si manifesta in un paziente che abbia almeno 5 attacchi che soddisfino i criteri B-D per 1.1 Emicrania senza aura e/o i criteri B e C per 1.2 Emicrania con aura
- C. Cefalea che soddisfi per ≥ 8 giorni/mese e per >3 mesi qualsiasi dei seguenti criteri²:
 1. criteri C e D per 1.1 Emicrania senza aura
 2. criteri B e C per 1.2 Emicrania con aura
 3. cefalea che il paziente ritenga di tipo emicranico al suo esordio ed alleviata dal trattamento con un triptano o un derivato dell'ergot
- D. Non meglio inquadrata da altra diagnosi ICHD-33-5.

Note:

1. La ragione per distinguere 1.3 Emicrania cronica dai tipi di emicrania episodica è che è impossibile distinguere i singoli episodi di cefalea in pazienti con cefalee così frequenti o continue. Infatti, le caratteristiche della cefalea possono cambiare non solo di giorno in giorno, ma anche nello stesso giorno. È estremamente difficile mantenere questi pazienti liberi da farmaci al fine di osservare la storia naturale della cefalea. In questa situazione, si contano sia gli attacchi con e senza aura, sia le cefalee di tipo emicranico che quelle di tipo tensivo (ma non le cefalee secondarie).

2. La caratterizzazione di cefalee ricorrenti generalmente richiede un diario delle cefalee per registrare le informazioni sul dolore e i sintomi associati giorno per giorno per almeno un mese.
3. Poiché la cefalea di tipo tensivo rientra nei criteri diagnostici di 1.3 Eemicrania cronica, questa diagnosi esclude la diagnosi di 2. Cefalea di tipo tensivo o dei suoi tipi.
- 4.4.10 Cefalea quotidiana persistente di nuova insorgenza può avere caratteristiche che suggeriscono 1.3 Eemicrania cronica. Quest'ultimo disturbo si evolve nel tempo da 1.1 Eemicrania senza aura e/o 1.2 Eemicrania con aura; pertanto, quando questi criteri A-C sono soddisfatti da una cefalea che, senza ambiguità, è quotidiana ed incessante da <24 ore dopo la sua prima insorgenza, si codifica come 4.10 Cefalea quotidiana persistente di nuova insorgenza. Quando il modo di insorgenza non è ricordato o è altrimenti incerto, si codifica come 1.3 Eemicrania cronica.
5. La causa più comune di sintomi suggestivi di emicrania cronica è l'uso eccessivo di farmaci, come indicato al punto 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci. Circa il 50% dei pazienti apparentemente con 1.3 Eemicrania cronica ritorna ad un tipo di emicrania episodica dopo l'astinenza da farmaci; tali pazienti sono in un certo senso erroneamente diagnosticati come 1.3 Eemicrania cronica. Allo stesso modo, molti pazienti che apparentemente fanno un uso eccessivo di farmaci non migliorano dopo l'astinenza da farmaci; la diagnosi di cefalea da uso eccessivo di farmaci può essere inappropriata per questi ultimi (supponendo che la cronicità indotta dall'uso eccessivo di farmaci sia sempre reversibile). Per questi motivi, ed a causa della regola generale di applicare tutte le diagnosi rilevanti, i pazienti che soddisfano i criteri di 1.3 Eemicrania cronica e di 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci dovrebbero essere codificati per entrambi. Dopo l'astinenza da farmaci, l'emisrania tornerà ad un tipo episodico o rimarrà cronica e dovrà essere nuovamente diagnosticata di conseguenza; in quest'ultimo caso, la diagnosi di 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci può essere annullata.

3.1 Cefalea a grappolo

Terminologia utilizzata in precedenza: Nevralgia ciliare; eritromelalgia del capo; eritroprosopalgia di

Bing; emicrania angioparalitica; emicrania nevralgiforme cronica; cefalea istaminica; cefalea di Horton; malattia di Harris-Horton; nevralgia emicranica (di Harris); nevralgia petrosa (di Gardner); nevralgia di Sluder; nevralgia sfenopalatina; nevralgia vidiana.

Codificato altrove: La cefalea a grappolo sintomatica, secondaria a un'altra patologia, è codificata come cefalea secondaria attribuita a tale patologia.

Descrizione: Attacchi caratterizzati da dolore intenso, strettamente unilaterale, orbitario, sovraorbitario, temporale, o in qualsiasi combinazione di tali sedi, della durata di 15-180 minuti, che si manifesta da una volta ogni due giorni a otto volte al giorno. Il dolore si associa a segni ipsilaterali quali iniezione congiuntivale, lacrimazione, congestione nasale, rinorea, sudorazione della fronte e del volto, miosi, ptosi e/o edema palpebrale, e/o con irrequietezza o agitazione.

Criteri diagnostici:

- A. Almeno 5 attacchi che soddisfino i criteri B-D
- B. Dolore di intensità severa o molto severa, unilaterale, in sede orbitaria, sovraorbitaria e/o temporale, della durata di 15-180 minuti (se non trattato)¹
- C. Una o entrambe tra le seguenti:
 1. almeno uno dei seguenti sintomi o segni ipsilaterali alla cefalea:
 - a) iniezione congiuntivale e/o lacrimazione
 - b) congestione nasale e/o rinorea
 - c) edema palpebrale
 - d) sudorazione faciale e frontale
 - e) miosi e/o ptosi
 2. sensazione di irrequietezza o agitazione.
- D. La frequenza degli attacchi è compresa tra uno ogni due giorni e otto al giorno²
- E. Non meglio inquadrata da altra diagnosi ICHD-3.

3.1.2 Cefalea a grappolo cronica

Descrizione: Attacchi di cefalea a grappolo che si verificano per un anno o più senza fasi di remissione, o con periodi di remissione che durano meno di tre mesi.

Criteri diagnostici:

- A. Attacchi che soddisfino i criteri per 3.1 Cefalea a grappolo e il seguente criterio B
- B. Attacchi senza fasi di remissione o con periodi di remissione che durano <3 mesi per almeno un anno.

Commenti: La 3.1.2 Cefalea a grappolo cronica può esordire de novo (in passato veniva indicata con il termine di cefalea a grappolo cronica primaria) oppure evolvere da 3.1.1 Cefalea a grappolo episodica (in passato indicata con il termine di Cefalea a grappolo cronica secondaria). Alcuni pazienti possono passare da una forma 3.1.2 Cefalea a grappolo cronica a 3.1.1 Cefalea a grappolo episodica.

3.2 Hemicrania parossistica

Descrizione: Attacchi caratterizzati da dolore intenso, strettamente unilaterale, orbitario, sovraorbitario, temporale, o in varie combinazioni in tali sedi, della durata di 2-30 minuti, che si manifesta numerose volte al giorno. Gli attacchi sono generalmente associati a segni ipsilaterali quali iniezione congiuntivale, lacrimazione, congestione nasale, rinorrea, sudorazione della fronte e del volto, miosi, ptosi e/o edema palpebrale. Gli attacchi rispondono completamente al trattamento con indometacina.

Criteri diagnostici:

- A. Almeno 20 attacchi che soddisfino i criteri B-E
- B. Attacchi con dolore unilaterale, di intensità severa, in sede orbitaria, sovraorbitaria e/o temporale, della durata di 2-30 minuti
- C. Una o entrambe tra le seguenti:
 1. La cefalea è accompagnata da almeno uno dei seguenti sintomi o segni ipsilaterali al dolore:
 - a) iniezione congiuntivale e/o lacrimazione
 - b) congestione nasale e/o rinorrea
 - c) edema palpebrale
 - d) sudorazione frontale e faciale
 - e) miosi e/o ptosi
 2. sensazione di irrequietezza o agitazione.
- D. La frequenza degli attacchi è > 5 al giorno
- E. Gli attacchi sono prevenuti in maniera completa da dosi terapeutiche di indometacina²
- F. Non meglio inquadrata da altra diagnosi ICHD-3.

3.2.2 Hemicrania parossistica cronica (CPH)

Descrizione: Attacchi di hemicrania parossistica che si verificano da più di un anno senza fasi di remissione, o con periodi di remissione che durano meno di 3 mesi.

Criteri diagnostici:

- A. Attacchi che soddisfino i criteri diagnostici per 3.2 Hemicrania parossistica e il seguente criterio B

- B. Assenza di un periodo di remissione, o con remissioni di durata <3 mesi per almeno 1 anno.

Commenti: I soggetti che soddisfano i criteri diagnostici per 3.2.2 Hemicrania parossistica cronica (CPH) e per 13.1.1 Nevralgia trigeminale (talvolta definiti come sindrome CPH-tic) dovrebbero ricevere entrambe le diagnosi. È importante riconoscere la presenza di queste due diverse forme di cefalea perché ciascuna richiede un trattamento adeguato. Il significato fisiopatologico di questa associazione non è ancora noto.

3.3 Attacchi di cefalea unilaterale nevalgiforme di breve durata (Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks)

Descrizione: Attacchi caratterizzati da dolore cefalico moderato o intenso, strettamente unilaterale, della durata da secondi a minuti, che si manifesta almeno una volta al giorno e associato a importante lacrimazione e rossore dell'occhio ipsilaterale al dolore.

Criteri diagnostici:

- A. Almeno 20 attacchi che soddisfino i criteri B-D
- B. Attacchi di dolore cefalico unilaterale moderato-severo, in sede orbitaria, sovraorbitaria o temporale, e/o altra distribuzione trigeminale, della durata di 1-600 secondi, che si manifestano come scarica singola, serie di scariche o con un andamento a dente di sega
- C. Almeno uno dei seguenti cinque segni o sintomi vegetativi cranici, ipsilaterali al dolore:
 1. iniezione congiuntivale e/o lacrimazione
 2. congestione nasale e/o rinorrea
 3. edema palpebrale
 4. sudorazione frontale e faciale
 5. miosi e/o ptosi
- D. La frequenza degli attacchi è di almeno uno al giorno¹.
- E. Non meglio inquadrata da altra diagnosi ICHD-3.

3.3.1.2 SUNCT cronica

Descrizione: Attacchi di SUNCT che si verificano da almeno un anno senza fasi di remissione, o con periodi di remissione che durano meno di tre mesi.

Criteri diagnostici:

- A. Attacchi che soddisfino i criteri per 3.3.1 SUNCT Attacchi di cefalea unilaterale nevalgiforme di breve durata con iniezione congiuntivale

e lacrimazione (Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing) e il criterio B seguente

B. Assenza di un periodo di remissione, o con remissioni di durata <3 mesi, per almeno un anno.

3.4 Hemicrania continua

Descrizione: Cefalea persistente, strettamente unilaterale, associata a segni ipsilaterali quali iniezione congiuntivale, lacrimazione, congestione nasale, rinorrea, sudorazione della fronte e del volto, miosi, ptosi e/o edema palpebrale, e/o con irrequietezza e agitazione. Gli attacchi rispondono completamente al trattamento con indometacina.

Criteri diagnostici:

A. Cefalea unilaterale che soddisfi i criteri B-D

B. Presente da >3 mesi con esacerbazioni di intensità moderato-severa

C. Una o entrambe tra le seguenti:

1. almeno uno dei seguenti segni o sintomi ipsilaterali alla cefalea:

- a) iniezione congiuntivale e/o lacrimazione
- b) congestione nasale e/o rinorrea
- c) edema palpebrale
- d) sudorazione frontale e faciale
- e) miosi e/o ptosi

2. senso di irrequietezza o agitazione, o aggravamento del dolore con il movimento.

D. Remissione completa con dosi adeguate di indometacina¹

E. Non meglio inquadrata da altra diagnosi ICHD-3.

3.4.2 Hemicrania continua, forma non remittente

Descrizione: Hemicrania continua caratterizzata da dolore continuo da almeno un anno, senza periodi di remissione di almeno 24 ore.

Criteri diagnostici:

A. Cefalea che soddisfi i criteri per 3.4 Hemicrania continua e il criterio B seguente:

B. La cefalea è quotidiana e continua per almeno 1 anno senza periodi di remissione di durata ≥24 ore.

Commento: 3.4.2 Hemicrania continua, forma non remittente può esordire de novo o evolvere da 3.4.1 Hemicrania continua, forma remittente. La

maggior parte dei pazienti manifesta la forma non remittente ab initio.

8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci

Terminologia utilizzata in precedenza: Cefalea indotta da farmaci; cefalea da uso errato di farmaci; cefalea da rimbalzo.

Classificato altrove: I pazienti con una cefalea primaria preesistente che in associazione con uso eccessivo di farmaci sviluppano un nuovo tipo di cefalea o riferiscono un peggioramento significativo della loro cefalea preesistente che in entrambi i casi soddisfa i criteri per 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci (o uno dei suoi sottotipi) dovrebbero ricevere sia la diagnosi di questa forma che la diagnosi della cefalea preesistente.

I pazienti che soddisfano i criteri per entrambe 1.3 Emicrania cronica e 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci dovrebbero ricevere entrambe le diagnosi.

Descrizione: Cefalea che si presenta 15 o più giorni al mese in un soggetto con una preesistente cefalea primaria e che si sviluppa come una conseguenza di un uso eccessivo di farmaci per terapia acuta o sintomatica (per 10 giorni più o 15 giorni più al mese, a seconda del farmaco usato) in modo regolare per più di tre mesi. Solitamente, ma non invariabilmente, si risolve dopo l'interruzione dell'uso eccessivo.

Criteri diagnostici:

A. Cefalea presente per ≥15 giorni al mese in un soggetto con una cefalea preesistente

B. Uso eccessivo regolare per >3 mesi di uno o più farmaci che possono essere utilizzati per il trattamento acuto o sintomatico della cefalea¹⁻³

C. Non meglio inquadrata da altra diagnosi ICHD-3.

Note:

1. I pazienti dovrebbero essere codificati per uno o più sottotipi di 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci in base allo specifico farmaco (o farmaci) con uso eccessivo e ai criteri di ciascun sottotipo, riportati di seguito. Per esempio, un paziente che soddisfi i criteri sia per 8.2.2 Cefalea da uso eccessivo di triptani che per uno dei sottotipi di 8.2.3 Cefalea da uso eccessivo di analgesici non oppioidi dovrebbe

avere entrambi questi codici. L'eccezione si verifica nel caso di pazienti che fanno uso eccessivo di prodotti di combinazione di analgesici che dovrebbero essere classificati al punto 8.2.5 Cefalea da uso eccessivo di prodotti di combinazione di analgesici e non in base ad ogni componente del prodotto.

2. I pazienti che fanno uso di più farmaci per il trattamento acuto o sintomatico della cefalea possono assumerli in modo che si verifichi un uso eccessivo anche senza uso eccessivo dei singoli farmaci o della singola classe di farmaci; tali pazienti dovrebbero essere classificati al punto 8.2.6 Cefalea da uso eccessivo attribuito a più classi farmacologiche non usate in modo eccessivo individualmente
3. I pazienti che stanno chiaramente facendo un uso eccessivo di più farmaci per il trattamento acuto o sintomatico della cefalea, ma che non sono in grado di indicare in modo adeguato i loro nomi e/o le quantità assunte, devono essere classificati al punto 8.2.7 Cefalea da uso eccessivo di più classi farmacologiche non specificate o non verificabili, fino a quando non siano disponibili maggiori informazioni. In quasi tutti i casi, questo richiede un follow-up attraverso l'utilizzo del diario.

Commenti: 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci costituisce il risultato dell'interazione tra un agente terapeutico utilizzato in maniera esagerata e un paziente suscettibile. La maggioranza dei pazienti con una precedente diagnosi di cefalea primaria soddisfa i criteri diagnostici per 1. Emicrania o 2. Cefalea di tipo tensivo (o entrambe); solo una piccola minoranza di pazienti ha altre diagnosi di cefalea primaria, come 3.1.2 Cefalea a grappolo cronica o 4.10 New Daily Persistent Headache (NDPH).

La diagnosi di 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci è estremamente importante dal punto di vista clinico.

Evidenze epidemiologiche da molti Paesi indicano che la metà dei soggetti con cefalea che si presenta almeno 15 giorni al mese è affetta da 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci. L'evidenza clinica mostra che la maggior parte dei pazienti con tale disturbo migliora dopo la sospensione del farmaco usato in modo eccessivo come anche la loro risposta a trattamenti di profilassi. Semplici informazioni su cause e conseguenze di 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci costituiscono un elemento essenziale per la sua gestione e possono

essere fornite con successo a livello di medicina di base. Un opuscolo informativo è spesso quanto basta per prevenire o interrompere l'uso eccessivo di farmaci. La prevenzione è particolarmente importante in pazienti predisposti ad attacchi di cefalea frequenti.

Il comportamento di alcuni pazienti affetti da 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci somiglia a quello che si verifica in altre dipendenze da altri farmaci e il punteggio della Severity of Dependence Scale (SDS) è significativamente predittivo di uso eccessivo di farmaci tra i pazienti con cefalea.

Nei criteri riportati di seguito per i vari sottotipi il numero di giorni con uso di farmaci considerato tale da costituire un uso eccessivo è basato più sull'opinione degli esperti che su evidenze formali.

È riconosciuto che studi di popolazione cross-sectional volti a stimare la prevalenza di 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci possono registrare la coesistenza di cefalea presente ≥ 15 giorni/mese e uso eccessivo di farmaci per il trattamento acuto e/o sintomatico della cefalea nei soggetti coinvolti, ma questi studi sono raramente in grado di raccogliere informazioni sulla cefalea preesistente, sulla durata della cefalea in corso o dell'uso eccessivo di farmaci, e/o su elementi che potrebbero supportare un possibile nesso causale. In conseguenza, uno o entrambi i criteri A e B non possono essere completamente soddisfatti. Posto che non sia possibile porre diversa diagnosi ICHD-3, tali casi dovrebbero essere riportati come cefalea da probabile uso eccessivo di farmaci, sebbene la ICHD-3 non preveda una codifica per questa forma.

8.2.1 Cefalea da uso eccessivo di ergotaminici

Descrizione: Cefalea che si verifica per 15 o più giorni al mese in un paziente con una cefalea primaria preesistente e che si sviluppa come conseguenza di un uso regolare di ergotamina per 10 o più giorni al mese per un periodo maggiore di tre mesi. Di solito, ma non invariabilmente, si risolve dopo la sospensione dell'uso del farmaco.

Criteri diagnostici:

- A. Cefalea che soddisfa i criteri per 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci
- B. Assunzione regolare di ergotaminici per ≥ 10 giorni al mese da >3 mesi.

Commento: La biodisponibilità degli ergotamini è talmente variabile da rendere impossibile la definizione di una dose minima.

8.2.2 Cefalea da uso eccessivo di triptani

Descrizione: Cefalea che si verifica per 15 o più giorni al mese in un paziente con una cefalea primaria preesistente e che si sviluppa come conseguenza dell'uso regolare di uno o più triptani per 10 o più giorni al mese per più di tre mesi. Di solito, ma non invariabilmente, si risolve dopo la sospensione dell'uso del farmaco.

Criteri diagnostici:

- A. Cefalea che soddisfi i criteri per 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci
- B. Assunzione regolare di uno o più triptani¹, in qualsiasi formulazione, per ≥ 10 giorni al mese per >3 mesi.

Nota:

- 1. Il triptano (i triptani) è di solito specificato tra parentesi.

Commento: L'uso eccessivo di triptani da parte di soggetti con 1.1 Emicrania senza aura o 1.2 Emicrania con aura può indurre un aumento della frequenza degli attacchi emicranici fino a configurare il quadro di 1.3 Emicrania cronica. Evidenze scientifiche suggeriscono che questo fenomeno si realizza più rapidamente con i triptani rispetto agli ergotamini.

8.2.3 Cefalea da uso eccessivo di analgesici non oppioidi

Descrizione: Cefalea che si verifica per 15 o più giorni al mese in un paziente con una cefalea primaria preesistente e che si sviluppa come conseguenza dell'uso regolare di uno o più analgesici non oppioidi per 15 o più giorni al mese per più di tre mesi. Di solito, ma non invariabilmente, si risolve dopo la sospensione dell'uso del farmaco.

Commenti: Un paziente che soddisfi i criteri per più di uno dei sottotipi di 8.2.3 Cefalea da uso eccessivo di analgesici non oppioidi dovrebbe ricevere tutti i codici applicabili. Molti soggetti usano più di un analgesico non oppioide: un esempio comune è il paracetamolo (acetaminofene) e un FANS. Considerando i propositi della ICHD-3, tutti gli analgesici non oppioidi sono considerati come una classe singola; perciò, un paziente che usa più di un analgesico non oppioide cumulativamente ma non un singolo farmaco per 15 o più giorni al mese è codificato come 8.2.3 Cefalea da uso eccessivo di analgesici non oppioidi (con i singoli farmaci specificati tra parentesi) e non come 8.2.6 Cefalea da uso eccessivo di più classi farmacologiche non usate in modo eccessivo individualmente.

8.2.3.1 Cefalea da uso eccessivo di paracetamolo (acetaminofene)

Criteri diagnostici:

- A. Cefalea che soddisfi i criteri per 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci
- B. Assunzione regolare di paracetamolo per ≥ 15 giorni al mese per >3 mesi.

8.2.3.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS)

Codificata altrove: L'acido acetilsalicilico è un farmaco antinfiammatorio non steroideo (FANS) ma ha una diversa azione specifica. Conseguentemente, 8.2.3.2.1 Cefalea da uso eccessivo di acido acetilsalicilico è codificata come un sottotipo separato.

Criteri diagnostici:

- A. Cefalea che soddisfi i criteri per 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci
- B. Assunzione regolare di uno o più FANS¹ diversi dall'acido acetilsalicilico per ≥ 15 giorni al mese per >3 mesi.

Nota:

- 1. Il FANS dovrebbe essere specificato tra parentesi.

8.2.3.2.1 Cefalea da uso eccessivo di acido acetilsalicilico

Criteri diagnostici:

- A. Cefalea che soddisfi i criteri per 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci
- B. Assunzione regolare di acido acetilsalicilico per ≥ 15 giorni al mese per >3 mesi.

Commento: L'acido acetilsalicilico è un farmaco antinfiammatorio non steroideo (FANS) ma ha una diversa azione specifica. Conseguentemente, 8.2.3.2.1 Cefalea da uso eccessivo di acido acetilsalicilico è codificata come un sottotipo separato.

8.2.3.3 Cefalea da uso eccessivo di altri farmaci analgesici non oppioidi

Criteri diagnostici:

- A. Cefalea che soddisfi i criteri per 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci
- B. Assunzione regolare di un analgesico non oppioidi diverso dal paracetamolo o dai farmaci antinfiammatori non steroidei (incluso l'acido acetilsalicilico) per ≥ 15 giorni al mese per >3 mesi.

8.2.4 Cefalea da uso eccessivo di oppioidi

Criteri diagnostici:

- A. Cefalea che soddisfi i criteri per 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci
- B. Assunzione regolare di uno o più oppioidi¹ per ≥ 10 giorni al mese per >3 mesi.

Nota:

1. L'oppioidi dovrebbe essere specificato tra parentesi.

Commento: Studi prospettici indicano che i soggetti che usano oppioidi in maniera eccessiva presentano la più elevata frequenza di ricaduta nell'uso eccessivo il trattamento di sospensione.

8.2.5 Cefalea da uso eccessivo di prodotti di combinazione di analgesici

Criteri diagnostici:

- A. Cefalea che soddisfi i criteri per 8.2 Cefalea da uso eccessivo di farmaci
- B. Assunzione regolare di uno o più prodotti di combinazione di analgesici^{1,2} per ≥ 10 giorni al mese per >3 mesi.

Note:

1. Il termine prodotti di combinazione di analgesici è utilizzato specificamente per le formulazioni che combinano farmaci appartenenti a due o più classi, ciascuna con effetto analgesico (es.: paracetamolo e codeina) o in qualità di coadiuvanti (es.: caffeina). Prodotti che associano soltanto due analgesici non oppioidi (es.: acido acetilsalicilico e paracetamolo), senza un adiuvante, non sono considerati analgesici di combinazione poiché, in base ai propositi della ICHD-3, entrambi i farmaci appartengono alla stessa classe.”
2. Il prodotto di combinazione di analgesici è solitamente specificato tra parentesi.