



Cluster Card

Cluster card

- ▶ Progetto di Rosanna Cerbo, HUB Policlinico Umberto I, in collaborazione con OUCH Italia
- ▶ Comitato Scientifico del progetto
 - ▶ Alessandro Anelli (OUCH Italia)
 - ▶ Luca Bonventre (OUCH Italia)
 - ▶ Vittorio Di Piero (Centro Cefalee, Clinica Neurologica Sapienza Università di Roma)
 - ▶ Giuseppe La Torre (Dip. Sanità Pubblica Sapienza Università di Roma)
 - ▶ Giuditta Paolini (OUCH Italia)
 - ▶ Fabrizio Vernieri (Centro Cefalee, Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma)



Cefalea a Grappolo (CG) – Prevalenza


- ▶ Prevalenza stimata intorno allo 0,1% nella popolazione, ma...
- ▶ Uno studio recente (Russell MB, 2004) almeno 1 persona su 500.

Cluster headache prevalence in the Italian general population

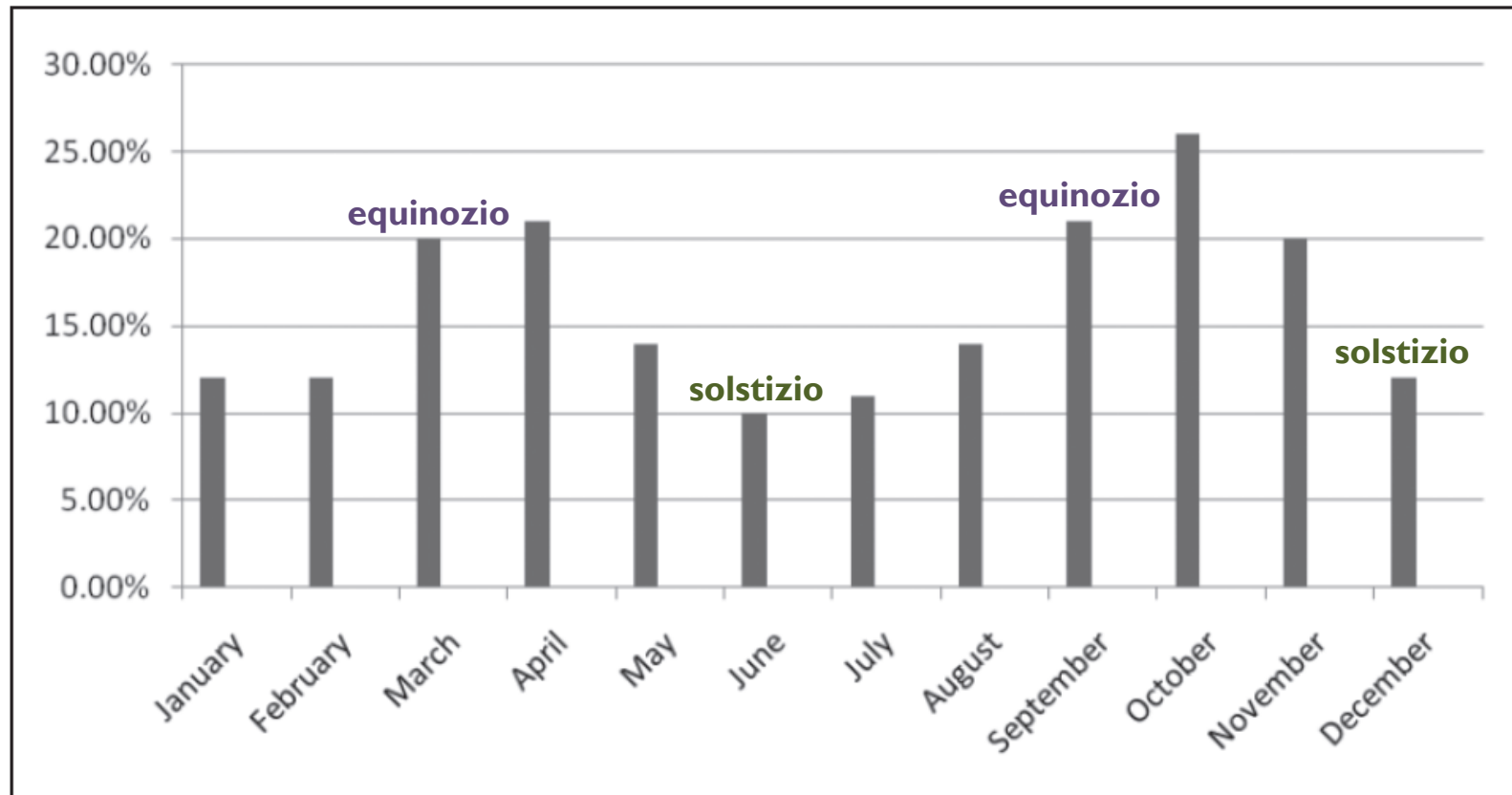
Paola Torelli, MD; Ettore Beghi, MD; and Gian Camillo Manzoni, MD

Abstract—Background: Prevalence of cluster headache (CH) is estimated at 56 to 69 per 100,000. *Objective:* To calculate the CH lifetime prevalence in a sample representative of the Italian general population over age 14 years. *Methods:* Possible CH cases according to the diagnostic criteria of the 1988 International Headache Society classification were screened from a sample of 10,071 patients (5,311 women and 4,760 men; mean age 50.4 years, SD 19.7 years) registered in the lists of seven Parma-based general practitioners (GPs), using a previously validated, specially designed, self-administered questionnaire. *Results:* Seven thousand five hundred twenty-two subjects (74.7%; 3,971 women and 3,551 men; mean age 50.8 years, SD 19.0 years) responded to the questionnaire in their GP's office (n = 3,338; 1,885 women and 1,453 men) or at home by mail (n = 1,914; 1,030 women and 884 men) or by phone (n = 2,270; 1,056 women and 1,214 men). Of the 111 suspected cases (76 women and 35 men), 105 were seen by a neurologist and 6 were contacted on the phone. The diagnosis of CH was confirmed in 21 (9 women and 12 men), including 7 already followed at the authors' center for CH. Seventeen patients had episodic CH, and four (all men) had chronic CH. The estimated prevalence rate was 279 per 100,000 (95% CI 173 to 427), 227 per 100,000 (95% CI 104 to 431) in women, and 338 per 100,000 (95% CI 175 to 592) in men. *Conclusion:* These results point to a higher cluster headache lifetime prevalence than previous reports.

NEUROLOGY 2005;64:469–474

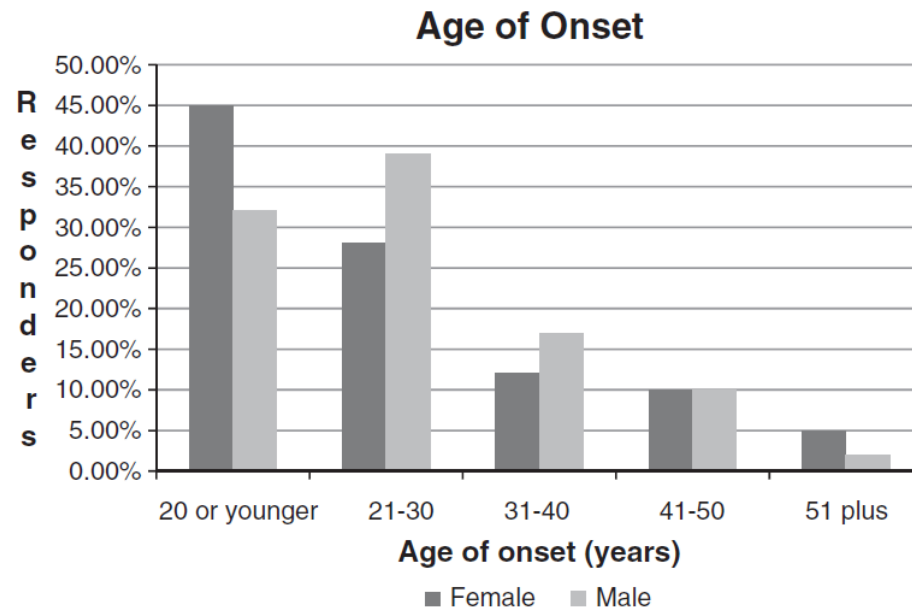


CG – stagionalità



Cefalea a Grappolo – Genere

- ▶ Colpisce prevalentemente il sesso maschile con un rapporto M:F di circa 3:1, dato esattamente opposto a quanto riscontrato per l'emicrania.
- ▶ Questo tipo di cefalea può manifestarsi a tutte le età, sebbene il picco di esordio sia collocato fra i 20 e i 50 anni.



3.1 Cluster headache

- A. At least 5 attacks fulfilling criteria B-D
- B. Severe or very severe unilateral orbital, supraorbital and/or temporal pain lasting 15-180 min (when untreated)
- C. Either or both of the following:
 - 1. ≥ 1 of the following ipsilateral symptoms or signs:
 - a) conjunctival injection and/or lacrimation; b) nasal congestion and/or rhinorrhoea; c) eyelid oedema; d) forehead and facial sweating; e) forehead and facial flushing; f) sensation of fullness in the ear; g) miosis and/or ptosis
 - 2. a sense of restlessness or agitation
- D. Frequency from 1/2 d to 8/d for > half the time when active
- E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis

3.1 Cluster headache

3.1.1 Episodic cluster headache

- A. Attacks fulfilling criteria for 3.1 *Cluster headache* and occurring in bouts (cluster periods)
- B. ≥ 2 cluster periods lasting 7 d to 1 y (when untreated) and separated by pain-free remission periods of ≥ 1 mo

3.1.2 Chronic cluster headache

- A. Attacks fulfilling criteria for 3.1 *Cluster headache* and criterion B below
- B. Occurring without a remission period, or with remissions lasting < 1 mo, for ≥ 1 y

3. Trigeminal autonomic cephalalgias (TACs)

- 3.1 Cluster headache
- 3.2 Paroxysmal hemicrania
- 3.3 Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks
- 3.4 Hemicrania continua
- 3.5 Probable trigeminal autonomic cephalalgia

CG episodica e cronica

- ▶ Nei pazienti con cefalea a grappolo episodica vi è un picco di insorgenza a 20 anni.
- ▶ L'insorgenza della cefalea a grappolo cronica riconosce un andamento bimodale con due picchi di incidenza: nelle fasce di età di:
 - ▶ 10-29 anni
 - ▶ 50-60 anni
- ▶ La storia naturale della cefalea a grappolo episodica (80% dei casi) è caratterizzata da periodi attivi con elevata frequenza di attacchi, separati da mesi o anni di remissione.
- ▶ La cefalea a grappolo cronica può derivare da una forma episodica o nascere ab initio come cronica.
- ▶ Circa il 13% della forma episodica si trasforma nella forma cronica.



Cefalea a Grappolo – impatto sociale

▶ LAVORO

▶ In USA:

- ▶ il 17% dei pazienti ha perso il lavoro a causa della CG
- ▶ il 47% perde ogni anno 10 giorni di lavoro
- ▶ il 21% almeno 11 giorni di lavoro
- ▶ l'11% riferisce di essere stato letteralmente legato a letto per almeno 31 giorni

▶ Procedure invasive

- ▶ 5% sono stati sottoposti ad estrazioni dentarie
- ▶ 8% al blocco del nervo occipitale
- ▶ 7% ad interventi di otorinolaringoiatrici
- ▶ 1% a gammaknife o chirurgia del nervo trigeminale

CG – impatto personale

▶ SUICIDIO

- ▶ Il 55% dei pazienti hanno idee suicidarie, il 2% ha tentato il suicidio.
- ▶ Inoltre il 50% dei pazienti riferisce **autolesionismo** durante gli attacchi

- ▶ Effetti cognitivi
- ▶ I pazienti con CG presentano una peggiore working memory rispetto ai controlli sani

EFNS TASK FORCE ARTICLE

EFNS guidelines on the treatment of cluster headache and other trigeminal-autonomic cephalalgias

A. May^a, M. Leone^b, J. Áfra^c, M. Linde^d, P. S. Sándor^e, S. Evers^f and P. J. Goadsby^g

	Treatment of choice
Therapy	Cluster headache
Acute	100% oxygen, 15 l/min (A)
	Sumatriptan 6 mg s.c. (A)
	Sumatriptan 20 mg nasal (A)
	Zolmitriptan 5 mg nasal (A/B)
	Zolmitriptan 10 mg nasal (A/B)
	Zolmitriptan 10 mg oral (B)
Preventative	Zolmitriptan 5 mg oral (B)
	Lidocain intranasal (B)
	Octreotide (B)
	Verapamil (A)
	Steroids (A)
	Lithium carbonate (B)
	Methysergide (B)
	Topiramate (B)
	Ergotamin tartrate (B)
	Valproic acid (C)
Melatonin (C)	
Baclofen (C)	

Recommendations*Level A recommendation*

The first option for the treatment of acute attacks of cluster headache should be the inhalation of 100% oxygen with at least 7 l/min over 15 min (class II trials) or with the subcutaneous injection of 6 mg sumatriptan (class I trials). An alternative would be sumatriptan 20 mg nasal spray or zolmitriptan 5 mg nasal spray (one class I trial each), with the disadvantage of a slower onset and the advantage of being able to treat more attacks in 24 h than with injected sumatriptan.

Prophylaxis of cluster headache should be tried first with verapamil at a daily dose of at least 240 mg (maximum dose depends on efficacy or tolerability, ECG controls are obligatory with increasing doses). Although no class I or II trials are available, steroids are clearly effective for treating cluster headache. Therefore, the use of at least 100 mg methylprednisone (or equivalent corticosteroid) given orally or up to 500 mg i.v. per day over 5 days (then tapering down) is recommended.

Italian guidelines for primary headaches: 2012 revised version

Sarchielli et al, Journal of Headache and Pain, 2012

Table 13 Levels of recommendation for symptomatic (a) and preventive (b) treatment of cluster headache

Drug	Dosage	Level of recommendation		Comments
		Episodic	Chronic	
(a) Symptomatic treatments				
Sumatriptan	6 mg s.c	I		
Sumatriptan	20 mg nasal spray	II		It is not approved by regulatory agency for cluster headache in Italy
Zolmitriptan	5–10 mg nasal spray	II		It is approved by regulatory agency for cluster headache in Italy
Oxygen inhalation	6–15 l/min for 15 min	I		
(b) Preventive treatments for episodic and chronic cluster headache				
Verapamil	80–120 mg × 3 per day per os	I	IIIa	It is not approved by regulatory agency for cluster headache in Italy
Prednisone	50–75 mg/day per os for 3–7 days then gradually decreased to stop within 10 days	II	IIIb	It is not approved by regulatory agency for cluster headache in Italy Repeated use may, over time, induce severe adverse events
Pizotifen	Start with the dosage of 1 mg/day per os, increase the dosage to a maximum of 2.5 mg, to be reached in 2 weeks	IIIa	–	
Intranasal capsaicin	300 µg/day in the ipsilateral nostril repeatedly to obtain a complete desensitization	IIIa	IIIa	It is not available in Italy
Methysergide	Start with the dosage of 2 mg/day per os in three administrations, gradually increase the dosage (every 3–7 days) to the dosage of 8 mg/day. Maximum 6 month treatment	IIIb	IIIb	It is not available in Italy
Histamine sulphate	i.v. diluted in saline or 5 %: 1st day: 2.75 mg in 250 ml, 2nd to 10th day: 11 mg in 500 cc Starting flow rate of 10 ml/h, then 120 ml/h	–	IIIa	It is not available in Italy
Lithium carbonate	300 mg × 3 per day for no more than 22 weeks	–	IIIb	

Drugs with levels of recommendation IV include serotonin antagonists, ergotamine derivatives, triptans and melatonin

Oxygen by inhalation

- ▶ The efficacy of oxygen inhalation at the flow of 7 l/min for 15 min has been shown in dated open studies and in a more recent controlled crossover study versus room air [Fogan L, 1985].
- ▶ In a further randomized study using an oxygen mask and oxygen flow of 12 l/min a complete remission of cluster headache attacks both in the episodic and chronic forms was obtained within 15 min in 78% of cases versus 20% for room air [Cohen AS et al, 2009].
- ▶ In the case of no response to usual recommended flow it may be increased to 14–15 l/min [Rozen TD, 2004].

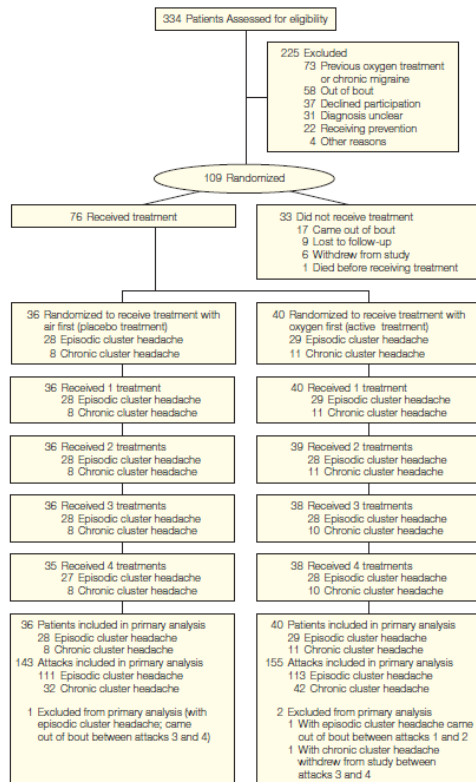
High-Flow Oxygen for Treatment of Cluster Headache

A Randomized Trial

Anna S. Cohen, PhD, MRCP

Brian Burns, MD, MRCP

Peter J. Goadsby, MD, PhD, DSc, FRACP, FRCP



Design, Setting, and Patients A double-blind, randomized, placebo-controlled crossover trial of 109 adults (aged 18-70 years) with cluster headache as defined by the International Headache Society. Patients treated 4 headache episodes with high-flow inhaled oxygen or placebo, alternately. Patients were randomized to the order in which they received the active treatment or placebo. Patients were recruited and followed up between 2002 and 2007 at the National Hospital for Neurology and Neurosurgery, London, England.

Intervention Inhaled oxygen at 100%, 12 L/min, delivered by face mask, for 15 minutes at the start of an attack of cluster headache or high-flow air placebo delivered alternately for 4 attacks.

Main Outcome Measures The primary end point was to render the patient pain free, or in the absence of a diary to have adequate relief, at 15 minutes. Secondary end points included rendering the patient pain free at 30 minutes, reduction in pain up to 60 minutes, need for rescue medication 15 minutes after treatment, overall response to the treatment and overall functional disability, and effect on associated symptoms.

Results Fifty-seven patients with episodic cluster headache and 19 with chronic cluster headache were available for the analysis. For the primary end point the difference between oxygen, 78% (95% confidence interval, 71%-85% for 150 attacks) and air, 20% (95% confidence interval, 14%-26%; for 148 attacks) was significant (Wald test, $\chi^2_5=66.7$, $P<.001$). There were no important adverse events.

Conclusion Treatment of patients with cluster headache at symptom onset using inhaled high-flow oxygen compared with placebo was more likely to result in being pain-free at 15 minutes.

Cefalea nell'adulto Linee guida nazionali di riferimento per la prevenzione e la terapia, settembre 2011

A

L'iniezione sottocutanea di sumatriptan 6 mg è raccomandata come prima scelta nel trattamento acuto della cefalea a grappolo

A

Il sumatriptan o lo zolmitriptan per via nasale è raccomandato nel trattamento acuto della cefalea a grappolo quando il paziente non tolleri il sumatriptan sottocutaneo

Ossigeno

In un RCT su 19 pazienti è stata confrontata l'efficacia della somministrazione di ossigeno al 100% tramite maschera rispetto ad aria ambiente a 6 l/min per 15 min. Il punteggio medio di sollievo dal dolore per l'ossigeno al 100% era $1.9 + 0.22$ mentre per l'aria ambiente era $0.77 + 0.23$ (9). Uno studio precedente aveva riportato un sollievo dal dolore nel 75% dei pazienti dopo trattamento con ossigeno al 100%.

L'ossigeno al 100% (7-12 l/min) dovrebbe essere considerato per il trattamento dell'attacco acuto in tutti i pazienti con cefalea a grappolo.

British Thoracic Society guidelines for home oxygen use in adults

Evidence statement

- ▶ SBOT delivering high flow oxygen (12 L/min via a non-rebreather mask) is an effective symptomatic treatment for acute CH attacks. Evidence level 1+

Recommendation

- ▶ SBOT delivering high flow oxygen therapy (12 L/min via a non-rebreather mask) should be offered to treat acute attacks of CH. (Grade A)

Good practice point

- ▶ Appropriate equipment will need to be provided in order to ensure delivery of high flow rate oxygen at 12 L/min for CH using a non-rebreather mask. Patients will usually have warning of a CH attack, and so provision should be made for urgent 4 h installation of home oxygen, if available, rather than a permanent home supply being provided. (√)



LONG-TERM USE OF DAILY SUMATRIPTAN INJECTIONS IN SEVERE DRUG-RESISTANT CHRONIC CLUSTER HEADACHE



Chronic cluster headache (CCH) is a rare but severely debilitating condition.¹ Some patients have drug-resistant CCH and continue to have daily attacks using abortive agents for long periods many times per day, mainly subcutaneous sumatriptan (SS).² According to pharmaceutical company indications, the maximum SS dosage is 2 injections (12 mg) per day but these patients often use more. This limitation appears reasonable because of single case reports of cardiac arrest attributable to SS vasoconstrictive properties.^{3,4} Usually these events occur at the initial administration, and an underlying occult coronary artery disease is disclosed.^{3,4} Very little is known about the risk of serious adverse events (AEs) (i.e., stroke, TIA, ischemic heart disease including myocardial infarction, arrhythmia, and any other vascular disorders) when the drug is used 2 or more times per day for long periods.

Classification of evidence. This study provides Class IV evidence that in selected patients with CCH, the continuous use of ≥ 2 SS per day for at least 2 years does not cause serious AEs.

Table Main clinical characteristics of patients with severe drug-resistant chronic cluster headache using daily sumatriptan injections to abort acute cluster headache

No. of patients	53
Sex	43 M, 10 F
Age, y, median (min-max)	43 (24-70)
Duration of chronic cluster headache, y, median (min-max)	4 (1-27)
Pain side, n	
Right	24
Left	15
Alternating	14
No. of daily attacks, median (min-max)	5 (2-10)
No. of sumatriptan injections per day, median (min-max)	5 (2-10)
Arterial hypertension, n (%)	5 (9.4)
Smoke >10 cigarettes per day, n (%)	42 (79.2)
Hypercholesterolemia, n (%)	12 (22.6)

Ossigenoterapia nel trattamento dell'attacco acuto di Cefalea a Grappolo

Situazione fotografata dall'O.U.C.H.
Italia onlus, associazione di sofferenti

Cos'è la CH?

“Probabilmente il più grave dolore che gli umani possano provare. Mi rendo conto che è un'affermazione molto forte, ma se doveste chiedere ai pazienti affetti da questa patologia se abbiano mai provato dolore peggiore, vi risponderanno universalmente di no. Le donne che soffrono di cefalea a grappolo vi diranno che è peggiore del dare alla luce un figlio. Pertanto potrete immaginare che queste persone sopportano l'equivalente di un parto, senza anestesia di alcun genere, una o due volte al giorno, per sei, otto, dieci settimane alla volta, per poi prendersi una pausa. E' semplicemente orribile.”

Peter J. Goadsby

L'ossigenoterapia nella CH: come?

Ai primissimi sintomi dell'attacco, in posizione seduta con schiena eretta, inalare ossigeno puro al 100%, con una maschera non-rebreathing, ad un'erogazione minima di 7 litri/minuto fino ad arrivare anche a 15 litri/minuto per circa 15-20 minuti.

Non si conoscono controindicazioni alla somministrazione di ossigeno.

L'ossigenoterapia è efficace?

- Le linee guida internazionali EFNS descrivono l'ossigenoterapia come trattamento di prima scelta nell'episodio acuto di cefalea a grappolo.
- Le linee guida italiane descrivono l'ossigenoterapia come trattamento di prima scelta nell'episodio acuto di cefalea a grappolo.
- In letteratura esistono molti studi che descrivono l'ossigenoterapia come efficace nel trattamento dell'attacco acuto di cefalea a grappolo.
- L'O.U.C.H. Italia conta innumerevoli testimonianze dirette di sofferenti che descrivono l'ossigenoterapia come efficace nel trattamento dell'attacco acuto di cefalea a grappolo.

E ALLORA QUAL E' IL PROBLEMA?

FAQ sull'ossigenoterapia sul forum O.U.C.H.

- Perché il neurologo non mi ha parlato dell'ossigeno?
Non sappiamo rispondere.
- Perché il medico di base non mi prescrive l'ossigeno?
Non sappiamo rispondere.
- In che modo posso ottenere l'ossigeno in farmacia?
Non sappiamo rispondere.
- Dove si compra la maschera non-rebreathing?
Non sappiamo rispondere, ma L'O.U.C.H. Italia le ha ottenute da una fabbrica estera e se ci dai il tuo indirizzo te la spediamo gratuitamente...

I sofferenti sono disorientati

Non esiste un'unica direttiva per il reperimento di ossigeno per la CH. Le modalità variano da regione in regione, da città in città, da paese in paese, da medico in medico, da farmacia in farmacia, da distributore in distributore. In questo modo i sofferenti, dopo anche il contingentamento del sumatriptan, hanno solo armi spuntate per combattere il loro dolore.

Bibliografia

- A.May et al. *EFNS guidelines on the treatment of cluster headache and other trigeminal-autonomic cephalalgias*. European Journal of Neurology 2006; 13: 1066-1077
- P. Sarchielli et al. *Italian guidelines for primary headaches: 2012 revised version*. Journal of Headache and Pain 2012; 13 (suppl. 2): S31-S70
- Kudrow L. *Response of cluster headache attacks to oxygen inhalation*. Headache 1981; 21:1-4
- Fogan L. *Treatment of Cluster Headache. A double blind comparison of oxygen vs air inhalation*. Arch. Neurol. 1985; 42:362-3
- Rozen TD. *High oxygen flow rates for cluster headache*. Neurology 2004; 63:593
- Cohen AS, Burns B, Goadsby PJ. *High-flow oxygen for treatment of cluster headache*. JAMA 2009; 302:2451-7

Cluster Card – motivazioni del progetto

- ▶ Il paziente con cefalea a grappolo, soprattutto in occasione del primo grappolo, raramente si reca dal proprio medico curante; più spesso si reca al Pronto Soccorso o direttamente da uno specialista.
- ▶ La prima diagnosi corretta di cefalea a grappolo avviene, in media, dopo anni dal primo episodio.
- ▶ Posta la diagnosi ed in assenza di un percorso ad hoc, il paziente può trovarsi in grande difficoltà nell'ottenere le cure adeguate: Questo soprattutto per:
- ▶ le resistenze dei medici curanti alla prescrizione delle quantità necessarie di sumatriptan fiale s.c. ovvero dell'ossigenoterapia, fondamentali per il trattamento delle crisi
- ▶ la difficoltà oggettiva nel prenotare visite di controllo periodiche (neurologiche, cardiologiche, etc.) necessarie per monitorare l'effetto delle terapie impostate
- ▶ la difficoltà nella reperibilità dell'ossigeno:
 - ▶ in assenza di appropriate normative nazionali e regionali
 - ▶ in assenza di un ruolo definito del farmacista, della farmacia territoriale, del MMG, etc



Cluster Card – motivazioni del progetto

- ▶ Situazione diversa nella varie Regioni:
 - ▶ Lazio:
 - ▶ PDTA su cefalea cronica in revisione da parte della Regione Lazio
 - ▶ Assenza di normativa specifica per la CG
 - ▶ Collaborazione delle farmacie e dei MMG ‘a macchia di leopardo’
 - ▶ Lombardia
 - ▶ Circolare n. 8 del 14.12.2006 D.G. Famiglia e Solidarietà Sociale; Circolare n. 30 del 14.12.2006; Oggetto: indicazioni operative per la valutazione delle cefalee nell’ambito dell’invalidità civile.
 - ▶ Ossigeno off-label: assenza di una dizione specifica che salvaguardi il malato
 - ▶ Emilia-Romagna
 - ▶ DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 2 DICEMBRE 2013, N. 1787 -Organizzazione dell’assistenza integrata al paziente con cefalea: Percorso Cefalea Approvazione linee guida per le Aziende Sanitarie della regione Emilia-Romagna
 - ▶ Non si fa menzione di un percorso ad hoc per i pazienti con CG



Oggetto: indicazioni operative per la valutazione delle cefalee nell'ambito dell'invalità civile.

La Tabella per la valutazione

CEFALEE PRIMARIE E NEURALGIE ESSENZIALI

0-15%	16-30%		31-46%
A) FORME EPISODICHE A FREQUENZA DI ATTACCHI MEDIO- BASSA E SODDISFACENTE RISPOSTA AL TRATTAMENTO	B1) FORME EPISODICHE A FREQUENZA DI ATTACCHI MEDIO-ALTA E SCARSA RISPOSTA AL TRATTAMENTO	B2) FORME CRONICHE CON RISPOSTA PARZIALE AL TRATTAMENTO	C) FORME CRONICHE REFRATTARIE 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
		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

CG – Percorso

Il percorso diagnostico terapeutico della cefalea a grappolo si articola su 2 livelli:

- ▶ **I LIVELLO** - visita specialistica dell'ambulatorio Aziendale Ospedaliero o territoriale dedicato alla cefalea
- ▶ Al I livello deve essere possibile fare diagnosi di cefalea a grappolo (gruppo 3 della ICHD-III) e deve essere gestita la terapia acuta e di prevenzione di prima scelta.
- ▶ A questo livello deve essere garantita la possibilità di accesso a:
 - ▶ PS
 - ▶ Esami neuroradiologici convenzionali (TC cranio, RM cerebrale)
 - ▶ Consulenza cardiologica
 - ▶ Terapia inalatoria con O₂ .
- ▶ **II LIVELLO** - Centro cefalee di III o IV livello nella proposta alla Regione Lazio
- ▶ Sono da riferire, per motivi diagnostici e terapeutici ad un centro specializzato i pazienti che necessitano di
 - ▶ ricovero in DH,
 - ▶ indagini diagnostiche complesse (Angio RM arteriosa e venosa, RM in spettroscopia e diffusione, neuroradiologia interventistica, angiografia)
 - ▶ protocolli terapeutici speciali e/o innovativi (compresa neuromodulazione)
 - ▶ trial di ricerca sull'efficacia di nuovi trattamenti



Cluster Card

- ▶ Struttura della Cluster Card = tessera elettronica di diagnosi
- ▶ Generalità del Paziente
- ▶ Centro Cefalee che lo segue
- ▶ Diagnosi
- ▶ Terapia dell'attacco necessaria



Cluster Card Regione Lazio

- ▶ Rapporti con Regione Lazio
- ▶ TUTTI i pazienti, con la loro documentazione, devono essere inviati ad uno dei Centri di III livello individuati per il rilascio della CLUSTER CARD, consegnata al Paziente e la cui copia è trasmessa al MMG.
- ▶ Tale card, che NON costituirà titolo per esenzione ticket o per alcuna forma di invalidità, certifica che il paziente è affetto da Cefalea a Grappolo e dovrà facilitare la prescrizione, da parte del MMG dei presidi terapeutici necessari e la consegna da parte della farmacia della ossigenoterapia necessaria.



Cluster Card Regione Lazio

- ▶ La CLUSTER CARD sarà rilasciata solo dai Centri di III livello della Regione Lazio (e si auspica che dovrà diventare riconosciuta su tutto il territorio nazionale).
- ▶ **I 4 Centri regionali autorizzati a rilasciare la Cluster Card**
 - ▶ Policlinico Umberto I - Sapienza Università di Roma
 - ▶ Ospedale S.Andrea - Sapienza Università di Roma
 - ▶ Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma
 - ▶ Sapienza Università di Roma Polo di Latina
- ▶ I ricoveri ordinari per Cefalea a Grappolo (in media 10-20/anno, in ambito regionale) potranno essere autorizzati presso L'Azienda Policlinico Umberto I.

