



Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale (RBPCA) per l'appropriatezza della prescrizione della prima visita neurologica nell'adulto con cefalea, disturbi cognitivi e tremore



ABSTRACT (max 250 parole)

L'accesso alle visite neurologiche in Italia è caratterizzato da un'elevata pressione sulle liste di attesa e da una quota non trascurabile di richieste a basso valore, in particolare per cefalea, disturbi cognitivi e tremore. In questo contesto, le presenti Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale (RBPCA) mirano a supportare i clinici, in particolare i medici di medicina generale e gli specialisti dei servizi territoriali, nell'uso appropriato della prima visita neurologica, contribuendo al governo delle liste di attesa nel SSN.

Le raccomandazioni sono state sviluppate da un gruppo multiprofessionale di esperti in neurologia, medicina generale e metodologia, con il coinvolgimento di rappresentanti dei pazienti. I quesiti sono stati formulati in formato PICO, confrontando la prescrizione della prima visita neurologica rispetto alla gestione in setting non specialistico, con esiti rilevanti per i pazienti (tempo alla diagnosi, identificazione di condizioni gravi, qualità di vita) e per il sistema (uso delle risorse, liste di attesa).

È stata condotta una revisione critica delle principali linee guida e raccomandazioni internazionali su cefalea, disturbi cognitivi e tremore, integrata da documenti nazionali e dal giudizio strutturato di un panel nazionale attraverso metodologia RAND/UCLA Appropriateness Method.

Sono state formulate 8 raccomandazioni (6 di appropriatezza positiva, 2 di inappropriata), classificate secondo le Classes of Recommendation (COR) e i Levels of Evidence (LoE) ACC/AHA-ESC (I-III; A-C).

Le raccomandazioni sono accompagnate da indicazioni di applicabilità al SSN, fattori facilitanti/ostacoli, e indicatori per il monitoraggio dell'implementazione, e saranno aggiornate periodicamente in base all'emergere di nuove evidenze o cambiamenti organizzativi.

Numero di raccomandazioni elaborate: 8

COMPOSIZIONE DEL GRUPPO DI SVILUPPO

Comitato tecnico scientifico:

- Mario Zappia, Presidente Società Italiana di Neurologia, Professore Ordinario di Neurologia, Università di Catania
- Cristina Tassorelli, Segretario Società Italiana di Neurologia, Professore Ordinario di Neurologia, Università degli Studi di Pavia
- Leonardo Lopiano, Tesoriere Società Italiana di Neurologia, Professore Ordinario di Neurologia, Università di Torino
- Claudio Gasperini, vice-Presidente Società Italiana di Neurologia, Specialista in Neurologia, Dirigente Medico I Livello, Dipartimento di Neuroscienze Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma
- Nicola De Stefano, Presidente-eletto Società Italiana di Neurologia, Professore Ordinario di Neurologia, Università di Siena

Panel di esperti (con indicazione di profilo professionale, specialità e affiliazione):

- Federica Balzani, rappresentante dei pazienti, AISM - Associazione Italiana Sclerosi Multipla
- Annarita Bentivoglio, Professore Associato di Neurologia, Università Cattolica di Roma, Responsabile della UOS Disturbi Del Movimento, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Roma
- Ovidio Brignoli, rappresentante dei Medici di Medicina Generale, Presidente Fondazione Scientifica SIMG onlus
- Marco Bozzali, Professore Associato di Neurologia, Università di Torino, Presidente SIN-DEM
- Marina De Tommaso, Professore Ordinario di Scienze Tecniche Mediche e Chirurgiche Avanzate, Specialista in neurologia, Università di Bari, Presidente SISC
- Massimo Del Sette, Specialista in neurologia, Direttore S.C. Neurologia presso il Policlinico San Martino di Genova, Presidente ANEU
- Giovanni Fabbrini, Professore Ordinario di Neurologia, Università "La Sapienza" di Roma,
- Angelo Labate, Professore Ordinario di Neurologia, Università di Palermo, componente Consiglio Direttivo SIN
- Letizia Leocani, Professore Associato di neurologia, Università Vita Salute San Raffaele, componente Consiglio Direttivo SIN, Presidente SINC
- Carlo Alberto Mariani, Specialista in neurologia, Specialista Ambulatoriale Interno (SAI) in neurologia della ASP di Palermo, Presidente AINAT
- Pasquale Palumbo, Specialista in neurologia, Direttore dell'Area Dipartimentale malattie cerebrovascolari e degenerative AUSL Toscana Centro, Presidente SNO
- Cristina Tassorelli (Chair)

Gruppo di Lavoro metodologico:

- Michele Romoli, MD, PhD, Specialista in neurologia, Dirigente Medico Neurologia, Ospedale Bufalini, AUSL Romagna, Cesena; Metodologo certificato INGUIDE McMaster University level II; Metodologo, European Academy of Neurology - EAN

Revisori esterni indipendenti:

- Paola Santalucia, Specialista in neurologia, Dirigente Medico, Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, Roma, Presidente ISA-All
- David Giannandrea, Specialista in neurologia, Dirigente Medico Neurologia, USL Umbria 1, Ospedale di Branca, Perugia

ELENCO DELLE RACCOMANDAZIONI DI BPCA

Cefalee				
N°	Raccomandazione	Razionale scientifico	Classe	Livello
1	<p>È raccomandata la prescrizione di I visita neurologica in caso di cefalea, in presenza di una o più delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - recente esordio con peggioramento progressivo - insorgenza in età superiore a 50 anni oppure durante la gravidanza o il puerperio - variazione recente delle caratteristiche del "solito mal di testa" - concomitanza con condizioni neoplastiche e/o immunosoppressione, - scatenamento da sforzo fisico - cefalea posizionale - uso elevato di farmaci sintomatici - anamnesi recente di traumatismo in ambito cranio-cervicale. - presenza di segni focali neurologici come ipostenia localizzata, disturbi sensitivi, confusione - presenza di segni di malattia sistemica come febbre persistente - comparsa improvvisa come il "peggior mal di testa della vita" - dolore oculare acuto con arrossamento, edema o anomalie pupillari. <p>(Livello di accordo percentuale=90.9 di valutazioni nel range definito; Mediana=9 IQR=9-9; disagreement index=0; Consenso: raggiunto)</p>	<p>La presenza di una o più delle condizioni riportate suggerisce la presenza di una cefalea secondaria potenzialmente pericolosa (Do et al., 2019; Patel et al., 2024). In questi casi è necessario un esame neurologico accurato e ulteriori accertamenti (Allegato 3.1).</p> <p>In alcune delle condizioni elencate a lato potrebbe essere indicato l'invio diretto del paziente al Pronto Soccorso.</p>	I	c
2	<p>È raccomandata la prescrizione di I visita neurologica per la cefalea presente da mesi/anni, non associata ad alcune delle condizioni di cui alla raccomandazione n. 1, identificata come emicrania dal questionario ID Migraine (Allegato 3.2) e che si manifesti in almeno 4 giorni al mese nel caso in cui la risposta alla terapia sintomatica o di prevenzione siano inefficaci.</p> <p>(Livello di accordo percentuale=81.8 di valutazioni nel range definito; Mediana=2 IQR=1-2; disagreement index=0.1; Consenso: raggiunto)</p>	<p>Quando la frequenza dell'emicrania è ≤ 4 giorni al mese, l'emicrania va gestita in prima istanza con la terapia sintomatica con FANS o triptani. Nel caso in cui la terapia sintomatica con FANS o triptani non controlli gli attacchi in 2 ore, vi è indicazione alla terapia di profilassi orale con i farmaci preventivi tradizionali (v. linee guida per la prescrizione dei farmaci di profilassi Allegato 3.3), utilizzando un diario della cefalea semplificato (Allegato 3.4) e prevedendo una rivalutazione longitudinale del paziente dopo 3 mesi. In caso di mancato miglioramento con due o più classi di farmaci preventivi orali tradizionali, il paziente va inviato al neurologo.</p>	I	c
3	<p>È raccomandata la prescrizione di I visita neurologica in presenza di cefalea che si manifesti con caratteristiche abituali, ma in più di 15 giorni al mese negli ultimi 3 mesi, con o senza uso elevato abuso di farmaci sintomatici.</p> <p>(Livello di accordo percentuale=100 di valutazioni nel range definito; Mediana=9 IQR=9-9; disagreement index=0; Consenso: raggiunto)</p>	<p>In queste forme croniche di cefalea (emicrania cronica o cefalea di tipo tensivo) è spesso necessario mettere in atto un approccio mirato che prevede l'ottimizzazione della terapia sintomatica, la prescrizione di farmaci preventivi e la messa in atto di ulteriori approcci di</p>	I	c

		igiene di vita, valutazione/gestione delle comorbilità e dei fattori aggravanti.		
4	È raccomandata la prescrizione di 1 visita neurologica per le cefalee autonomico-trigeminali, come la cefalea a grappolo, caratterizzate tipicamente da dolore strettamente unilaterale, molto intenso, associato a segni vegetativi quali ptosi palpebrale, rinorrea, lacrimazione e con ricorrenza pluriquotidiana di attacchi. (Livello di accordo percentuale=100 di valutazioni nel range definito; Mediana=9 IQR=9-9; disagreement index=0; Consenso: raggiunto)	Le forme autonomico-trigeminali richiedono un esame neurologico accurato e spesso anche un approfondimento diagnostico, oltre ad una terapia mirata per il trattamento dell'attacco acuto e per la prevenzione di ulteriori attacchi.	I	c
Tremore		Razionale scientifico	Classe	Livello
1	È raccomandata la prescrizione di 1 visita neurologica per tremore se: - il tremore è asimmetrico e/o a riposo. - il tremore è di nuova insorgenza e non ha una causa reversibile evidente (come l'uso di particolari farmaci) - il tremore, pur essendo l'unico sintomo, è progressivo, interferisce significativamente con le attività della vita quotidiana o si presenta come un tremore posturale o intenzionale che non risponde ai trattamenti di prima linea (propranololo, primidone). È appropriato l'invio anche quando il tremore coinvolge prevalentemente il capo e/o la voce. E' appropriato richiedere visita neurologica se il tremore, di nuova insorgenza, è associato ad altri segni neurologici: debolezza, segni di sindrome parkinsoniana (bradicinesia, rigidità), declino cognitivo o instabilità posturale. (Livello di accordo percentuale=100 di valutazioni nel range definito; Mediana=9 IQR=9-9; disagreement index=0; Consenso: raggiunto)	Il tremore a riposo, quando asimmetrico, può essere il primo segno di una sindrome parkinsoniana, di tremore essenziale o di una distonia. Un tremore di nuova insorgenza in individuo adulto può essere sintomatico di diverse condizioni. Quando le cause acquisite più comuni vengano escluse, è necessario un percorso diagnostico, clinico e strumentale, guidato dallo specialista. Il tremore posturale, quando si associa ad altri disturbi (acinesia, rigidità) può essere segno di sindrome parkinsoniana o di tremore essenziale plus. Il tremore che ha un impatto significativo sulle attività quotidiane e non ha risposto ai trattamenti considerati di prima linea (propranololo, primidone) deve essere valutato dallo specialista che potrà considerare l'appropriatezza di altre terapie e di associazioni di farmaci oltre alle terapie neurochirurgiche (MGrFUS, DBS).	I	c
2	Non è raccomandata la prescrizione di 1 visita neurologica per tremore se: - il tremore è posturale e simmetrico, non interferisce con le attività della vita quotidiana, è insorto progressivamente (a volte in modo lieve ed incostante, era presente anche in età giovanile) - il tremore è chiaramente riconducibile a cause sistemiche o esterne facilmente gestibili in medicina generale, come un ipertiroidismo non trattato, un eccessivo consumo di caffeina, l'effetto collaterale di farmaci noti (ad esempio beta-agonisti o amiodarone) o in presenza di un tremore fisiologico accentuato da ansia o stress, a meno che i sintomi non persistano dopo	Il tremore fisiologico accentuato ed il tremore essenziale sono le cause più comuni di tremore nella popolazione. Quando il tremore è l'unico segno neurologico, posturale, simmetrico, di lieve entità e non interferisce con le attività della vita quotidiana, può essere gestito in prima battuta dal MMG. È noto che alcuni farmaci ed alcune condizioni morbose possono indurre il tremore posturale. Il	III	cc

		MMG è qualificato per considerare queste condizioni e considerare l'invio allo specialista se il tremore persiste quando la causa sia stata eliminata.		
Demenze		Razionale scientifico	Classe	Livello
1	Dovrebbe essere considerata la prescrizione di I visita neurologica per deterioramento cognitivo e/o disturbi comportamentali progressivi risultati negativi agli esami di screening (esami ematochimici con emocromo, indici di funzionalità tiroidea, epatica e renale, dosaggio di Vit. B12 e folati, profilo lipidico; TC/RMN encefalo). (Livello di accordo percentuale=100 di valutazioni nel range definito; Mediana=9 IQR=9-9; disagreement index=0; Consenso: raggiunto)	L'impatto di deafferentazioni sensoriali (e.g., ipoacusia; ipovisione) dovrebbe essere sempre preliminarmente valutato, attuando correzioni quando possibili. Il livello cognitivo globale dovrebbe essere valutato mediante lo strumento GP-COG (General Practitioner assessment of Cognition) (Allegato 3.5). Gli esami di screening volti ad escludere le principali cause secondarie includono: esami ematochimici (emocromo, indici di funzionalità tiroidea, epatica e renale, dosaggio di Vitamina B12 e folati, profilo lipidico) e TC cerebrale. In caso di terapia farmacologica in cronico appare inoltre utile valutarne il possibile impatto anticolinergico.	IIA	c
2	Non è raccomandata la prescrizione di I visita neurologica in pazienti con fragilità severa, affetti da deterioramento cognitivo in fase avanzata e/o con gravi disturbi comportamentali. (Livello di accordo percentuale=90.9 di valutazioni nel range definito; Mediana=2 IQR=1-2.5; disagreement index=0.1; Consenso: raggiunto)	L'indice di fragilità dovrebbe essere calcolato mediante lo strumento del "Primary Care Frailty Index" (Allegato 3.6). La fragilità severa corrisponde a un punteggio $\geq 0,21$. Questa tipologia di paziente dovrebbe essere indirizzata in area specialistica geriatrica.	III	c

INDICE

- 1. Introduzione e razionale**
- 2. Obiettivi, ambiti di applicazione delle RBPCA e coinvolgimento degli stakeholder**
- 3. Metodi**
- 4. Sintesi delle evidenze e RBPCA**
- 5. Revisione esterna**
- 6. Applicabilità**
- 7. Aggiornamento delle RBPCA**
- 8. Indipendenza editoriale e altre dichiarazioni**

1. Introduzione e razionale

La richiesta di prima visita neurologica per cefalea, disturbi cognitivi e tremore rappresenta una quota rilevante delle consulenze specialistiche in neurologia e contribuisce in modo significativo alle liste di attesa. Non tutte le richieste sono però clinicamente appropriate: alcune situazioni richiedono un invio tempestivo per identificare patologie gravi, altre possono essere efficacemente gestite in medicina generale, seguendo percorsi di cura basati su linee guida e buone pratiche.

Le RBPCA si collocano come strumento intermedio tra linee guida complete e documenti meno strutturati, con l'obiettivo esplicito di favorire appropriatezza clinica e di ridurre esami e visite a basso valore, liberando risorse per i casi realmente necessari.

Questo documento si focalizza quindi su quando è appropriato e quando non è appropriato inviare l'adulto alla prima valutazione neurologica per cefalea, disturbi cognitivi o tremore, orientando la pratica clinica quotidiana, in coerenza con il Manuale ISS per lo sviluppo di RBPCA consensus-based.

2. Obiettivi, ambiti di applicazione delle RBPCA e coinvolgimento degli stakeholder

Obiettivi generali delle RBPCA e benefici attesi per la condizione clinica oggetto delle RBPCA:

- Definire criteri di appropriatezza per la prescrizione della prima visita neurologica in adulti con cefalea, disturbi cognitivi o tremore.
- Ridurre le richieste inappropriate di visita specialistica, favorendo un uso efficiente delle risorse e un miglior governo delle liste di attesa.
- Promuovere un approccio centrato sul paziente, orientato agli esiti rilevanti (diagnosi tempestiva di condizioni gravi, qualità di vita, mantenimento dell'autonomia).

Popolazione a cui si applicano le RBPCA, specificando età, genere e condizione clinica: (1) Età: Adulti (≥ 18 anni); (2) Condizioni cliniche: Cefalea primaria o sospetta cefalea secondaria, Disturbi cognitivi e/o comportamentali di nuova insorgenza o in peggioramento, Tremore a esordio in età adulta.

Sono inclusi pazienti seguiti in medicina generale, servizi territoriali e setting ambulatoriali non neurologici.

Modalità con cui sono stati acquisiti i punti di vista e le preferenze della popolazione target: Il punto di vista di pazienti e caregiver è stato esplorato tramite partecipazione di rappresentanti di associazioni di pazienti nel panel, e discussione strutturata sugli esiti rilevanti (impatto su vita quotidiana, ansia legata alla diagnosi, accettabilità dei tempi di attesa e delle indagini diagnostiche). Le raccomandazioni tengono conto della preferenza dei pazienti per diagnosi non tardive di condizioni gravi, ma anche per percorsi semplici, comprensibili e non eccessivamente medicalizzati quando il rischio di patologie gravi è basso.

Descrizione degli utilizzatori target delle RBPCA:

- Medici di medicina generale
- Medici dei servizi territoriali e ambulatoriali non neurologici
- Neurologi e altri specialisti ospedalieri/territoriali
- Direzioni sanitarie, responsabili di percorsi clinico-assistenziali e CUP
- Policy-maker regionali e nazionali coinvolti nel governo delle liste di attesa

3. Metodi

Ricerca bibliografica - criteri di inclusione ed esclusione degli studi; database interrogato; stringa di ricerca; diagramma di selezione degli studi:

La fase di raccolta delle evidenze è stata progettata e condotta con l'obiettivo di garantire il massimo livello possibile di trasparenza metodologica, riducendo il rischio di selezioni arbitrarie delle fonti e di giudizi non strutturati. In particolare, è stata definita una catena di passaggi esplicita e tracciabile, che ha guidato il lavoro del gruppo.

Coerentemente con l'impostazione di una RBPCA di appropriatezza clinica e con un approccio analogo all'adattamento di raccomandazioni esistenti, in assenza di evidenze di letteratura sufficienti per raccomandazioni operative univoche, sono state ricercate e priorizzate le linee guida nazionali e internazionali in lingua inglese ed italiana che avessero già affrontato i temi oggetto della presente RBPCA. La ricerca di linee guida è stata condotta interrogando siti istituzionali con ricerche ad hoc per ciascun ambito (cefalea, disturbi cognitivi, tremore) e focalizzate sul ruolo della valutazione neurologica, sull'appropriatezza dell'invio allo specialista e sui percorsi di gestione condivisi fra medicina generale e neurologia. Tra i documenti recuperati sono state selezionate, con criteri espliciti, le linee guida più recenti, metodologicamente più solide e meglio trasferibili al contesto del Servizio Sanitario Nazionale, priorizzando i documenti provenienti da sistemi sanitari universalistici strutturalmente compatibili per organizzazione con quello italiano. Queste linee guida sono state considerate la fonte principale di riferimento in assenza di studi osservazionali dedicati, proprio perché condensano e organizzano in modo sistematico la letteratura primaria e spesso includono già, almeno in parte, espressioni di consenso di esperti con basi metodologiche solide e raccomandazioni sull'invio allo specialista.

Laddove le linee guida identificate coprissero adeguatamente lo specifico scenario clinico, si è fatto ricorso ad aggiornamento della ricerca sistematica contenuta nella linea guida stessa, qualora disponibile, e si è provveduto ad eventuali integrazioni mediante iter RAND-UCLA. Nel caso le raccomandazioni circa uno specifico scenario clinico fossero non allineate alla popolazione di riferimento, o presentassero lacune rispetto al contesto di interesse, si è prevista la possibilità di integrazione con studi primari e con documenti di consenso ulteriori, scelti in base alla pertinenza, alla chiarezza metodologica e alla coerenza con la pratica clinica corrente. In tutti i casi, la selezione delle fonti è stata documentata in modo strutturato, così da rendere tracciabili e verificabili i passaggi che hanno portato alla definizione del corpus di evidenze utilizzato per la formulazione delle raccomandazioni.

Metodi utilizzati per formulare le raccomandazioni

La scelta del metodo per la formulazione delle raccomandazioni è stata guidata dalle stesse esigenze di trasparenza, gestione dei bias e tracciabilità sottolineate dal manuale per le RBPCA. Nel caso specifico dell'appropriatezza della prescrizione di prima visita neurologica, il gruppo di lavoro si trovava infatti in una situazione tipica: disponibilità di linee guida, ma assenza di studi di rilievo e trial randomizzati direttamente comparativi (invio vs non invio allo specialista) e alto rischio di giudizi soggettivi non strutturati se le decisioni fossero state prese solo sulla base dell'esperienza individuale.

Per queste ragioni è stato scelto il metodo RAND-UCLA Appropriateness Method, ritenuto il più adatto a: rendere espliciti i criteri con cui si giudica appropriato o inappropriato l'invio a visita neurologica; strutturare il giudizio degli esperti su scala quantitativa (1-9), riducendo l'arbitrarietà e le influenze non controllate; documentare in modo verificabile l'intero processo decisionale, inclusi eventuali dissensi e la loro gestione.

Metodologia votazione scenari e raccomandazioni

La formulazione delle presenti raccomandazioni di buona pratica clinico assistenziale- è avvenuta tramite il metodo RAND/UCLA Appropriateness Method, secondo quanto previsto dal Manuale ISS per le RBPCA consensus-based, con una procedura strutturata di costruzione e votazione degli scenari clinici in due round.

Costruzione degli scenari - A partire dalle evidenze per cefalea, disturbi cognitivi e tremore, il Gruppo di lavoro metodologico, in collaborazione con il Comitato tecnico-scientifico-, ha elaborato una matrice di scenari clinici ipotetici, ciascuno rappresentativo di una specifica situazione di richiesta di prima visita neurologica in pazienti adulti. Ogni scenario includeva: caratteristiche del paziente, quadro clinico, eventuali comorbidità rilevanti, e setting assistenziale. Gli scenari sono stati discussi e raffinati internamente per assicurare completezza, mutua esclusività, omogeneità e gestibilità del numero complessivo, secondo i criteri descritti nel Manuale RAND/UCLA. La versione finale è stata numerata e organizzata per area clinica

(cefalea, disturbi cognitivi, tremore), e condivisa con i membri del Panel per eventuali commenti durante meeting collegiale.

Procedura di votazione - Tutti i componenti del panel di esperti hanno ricevuto l'elenco completo degli scenari per ciascuna area clinica. La valutazione dell'appropriatezza clinica della richiesta di prima visita neurologica è stata espressa individualmente su una scala da 1 a 9, dove 1–3 indicavano inappropriata, 4–6 incertezza e 7–9 appropriatezza, come previsto dal metodo RAND/UCLA. Il primo round di voto si è svolto in forma indipendente e anonima; per ciascuno scenario sono stati calcolati: numero di votanti, mediana, intervallo interquartile (IQR), distribuzione percentuale dei voti nei tre intervalli (1–3, 4–6, 7–9), interpercentile range (IPR), interpercentile range adjusted for symmetry (IPRAS) e disagreement index (DI). I risultati sono stati restituiti ai panelisti in forma aggregata e discussi collegialmente, con previsione di focalizzazione sugli scenari con maggiore variabilità o disaccordo. Nelle fasi di confronto il panel ha avuto la possibilità di chiarire le ragioni delle diverse posizioni, di proporre eventuali modifiche al testo degli scenari e di riflettere in modo collettivo sui fattori che potevano aver influito sul giudizio (es. differenze di setting, percezione del rischio, vincoli di risorse). Nel secondo round, dopo la discussione plenaria e, se necessario, piccole modifiche di chiarificazione degli scenari, i panelisti hanno espresso una nuova valutazione individuale per la definizione di appropriatezza. Tutte le votazioni, in entrambi i turni, si sono svolte mediante scheda elettronica con raccolta diretta del rating in foglio elettronico centralizzato. Per ogni scenario, il consenso è stato definito quando almeno il 75% delle valutazioni cadeva nel range 7–9 (appropriatezza) o 1–3 (inappropriatezza) e il disagreement index risultava < 1 ; in presenza di mediana 4–6 o $DI \geq 1$ lo scenario è stato classificato come "incerto". Al termine della discussione è stata finalizzato il giudizio di appropriatezza.

Formulazione delle raccomandazioni e revisione - Gli scenari giudicati appropriati (mediana 7–9, consenso e assenza di disaccordo) sono stati trasformati in raccomandazioni di appropriatezza positiva (prescrizione di prima visita neurologica raccomandata), mentre gli scenari giudicati inappropriati (mediana 1–3, consenso e assenza di disaccordo) hanno dato origine a raccomandazioni di inappropriatezza (prescrizione di prima visita neurologica non raccomandata). Per ciascuna raccomandazione, oltre alla Classe di raccomandazione (COR) e al Livello di evidenza (LoE), sono riportati nel testo principale: mediana, IQR, percentuale di voti nel range di appropriatezza/inappropriatezza e disagreement index, in accordo con il Manuale ISS per le RBPCA consensus-based.

Il dettaglio completo delle votazioni (numero totale dei membri del panel, numero di votanti per round e scenari, eventuali assenti o astensioni, IPR, IPRAS e classificazione finale di appropriatezza) è disponibile nell'**Allegato 4 – Report delle votazioni RAND/UCLA**.

Le indicazioni giudicate appropriate o inappropriate sono state quindi trasformate in raccomandazioni testuali di buona pratica clinico-assistenziale (RBPCA), formulate in modo chiaro, con: definizione precisa della popolazione target e delle condizioni cliniche rilevanti; descrizione delle condizioni di appropriatezza (quando l'invio è raccomandato) e delle eventuali limitazioni o eccezioni; attribuzione di Classe di Raccomandazione (COR) e Livello di Evidenza (LoE) coerenti con il profilo di RBPCA consensus-based.

Successivamente alla valutazione dei Revisori Esterni, si è proceduto, con parere favorevole del panel e del CTS, alla convalida delle raccomandazioni fornite. Si precisa che, in accordo con le indicazioni fornite dal CTS, non si sono espressi giudizi circa la priorità della visita neurologica, qualora raccomandata.

Successivamente alla valutazione dei Revisori Interni dell'Istituto Superiore di Sanità, si è provveduto a rettificare le forme verbali di contenute nelle raccomandazioni al fine di aderire alle raccomandazioni per linee guida di RBPCA basate su RAND/UCLA

Gestione dei conflitti di interesse - La gestione dei conflitti di interesse è avvenuta in conformità al Manuale ISS per le RBPCA consensus-based e ai principi GIN. Tutti i componenti del Comitato tecnico-scientifico, del panel di esperti e del Gruppo di lavoro hanno compilato, prima dell'avvio dei lavori, un modulo standardizzato di dichiarazione dei conflitti di interesse economici e non economici, con aggiornamento ad ogni riunione in caso di variazioni. Le dichiarazioni sono state valutate dal coordinatore metodologico e dal CTS per identificare eventuali conflitti rilevanti rispetto al tema della RBPCA; nei casi in cui fosse presente un conflitto significativo, sono state predisposte misure proporzionate (esclusione dal voto su specifiche raccomandazioni o dalla partecipazione a parti del processo decisionale), mentre la Chair del panel e i coordinatori non presentavano conflitti rilevanti sulla tematica, in accordo con le indicazioni ISS. L'elenco dei conflitti di interesse dichiarati è riportato in allegato, garantendo trasparenza e tracciabilità verso gli utilizzatori del documento, come richiesto dall'Appendice A del Manuale

Sintesi delle evidenze e RBPCA

4.1 Quando inviare per I visita neurologica il soggetto con cefalea?

Sintesi delle evidenze. Non sono disponibili studi randomizzati o di ampia coorte osservazionali focalizzati sulla definizione dell'appropriatezza prescrittiva e delle sue implicazioni in termini di outcome per i pazienti con cefalea. È stata reperita dalla ricerca una sola linea guida NICE (NICE Headaches in over 12s: diagnosis and management, 2025), sviluppata senza adesione a modelli GRADE e pertanto non implementabile con adolpment, che è stata utilizzata per la rifinitura della formulazione della raccomandazione. Su base RAND/UCLA si forniscono le seguenti raccomandazioni:

N°	Raccomandazione	Razionale scientifico	Classe	Livello	Livello di accordo %	mediana	IQR	Consenso	IPR	IPRAS	Disagreement index
1	È raccomandata la prescrizione di I visita neurologica in caso di cefalea, in presenza di una o più delle seguenti condizioni: <ul style="list-style-type: none"> - recente esordio con peggioramento progressivo - insorgenza in età superiore a 50 anni oppure durante la gravidanza o il puerperio - variazione recente delle caratteristiche del "solito mal di testa" - concomitanza con condizioni neoplastiche e/o immunosoppressione, - scatenamento da sforzo fisico - cefalea posizionale - uso elevato di farmaci sintomatici - anamnesi recente di traumatismo in ambito cranio-cervicale. - presenza di segni focali neurologici come ipostenia localizzata, disturbi sensitivi, confusione - presenza di segni di malattia sistemica come febbre persistente - comparsa improvvisa come il "peggior mal di testa della vita" - dolore oculare acuto con arrossamento, edema o anomalie pupillari. (Livello di accordo percentuale=90.9 di valutazioni nel range definito; Mediana=9 IQR=9-9; disagreement index=0; Consenso: raggiunto)	La presenza di una o più delle condizioni riportate suggerisce la presenza di una cefalea secondaria potenzialmente pericolosa (Do et al., 2019; Patel et al., 2024). In questi casi è necessario un esame neurologico accurato e ulteriori accertamenti (Allegato 3.1). In alcune delle condizioni elencate a lato potrebbe essere indicato l'invio diretto del paziente al Pronto Soccorso.	I	c	90.9%	9	9-9	raggiunto	0	8.35	0.0
2	E' raccomandata la prescrizione di I visita neurologica per la cefalea presente da mesi/anni, non associata ad alcune delle condizioni di cui alla raccomandazione n. 1,	Quando la frequenza dell'emicrania è ≤ 4 giorni al mese, l'emicrania va gestita in	III	c	81.8%	2	1-2	raggiunto	1	6.85	0.1

	<p>identificata come emicrania dal questionario ID Migraine (Allegato 3.2) e che si manifesti in almeno 4 giorni al mese nel caso in cui la risposta alla terapia sintomatica o di prevenzione siano inefficaci. (Livello di accordo percentuale=81.8 di valutazioni nel range definito; Mediana=2 IQR=1-2; disagreement index=0.1; Consenso: raggiunto)</p>	<p>prima istanza con la terapia sintomatica con FANS o triptani. Nel caso in cui la terapia sintomatica con FANS o triptani non controlli gli attacchi in 2 ore, vi è indicazione alla terapia di profilassi orale con i farmaci preventivi tradizionali (v. linee guida per la prescrizione dei farmaci di profilassi Allegato 3.3), utilizzando un diario della cefalea semplificato (Allegato 3.4) e prevedendo una rivalutazione longitudinale del paziente dopo 3 mesi. In caso di mancato miglioramento con due o più classi di farmaci preventivi orali tradizionali, il paziente va inviato al neurologo.</p>									
3	<p>È raccomandata la prescrizione di 1 visita neurologica in presenza di cefalea che si manifesti con caratteristiche abituali ma in più di 15 giorni al mese negli ultimi 3 mesi, con o senza abuso di farmaci sintomatici</p>	<p>In queste forme croniche di cefalea (emicrania cronica o cefalea di tipo tensivo) è spesso necessario mettere in atto un approccio mirato che prevede l'ottimizzazione della terapia sintomatica, la prescrizione di farmaci preventivi e la messa in atto di ulteriori approcci di igiene di vita, valutazione/gestione delle comorbidità e dei fattori aggravanti</p>	I	c	100.0%	9	9-9	raggiunto	0	8.35	0.0

4	È raccomandata la prescrizione di 1 visita neurologica per le cefalee autonomico-trigeminali, come la cefalea a grappolo, caratterizzate tipicamente da dolore strettamente unilaterale, molto intenso, associato a segni vegetativi quali ptosi palpebrale, rinorrea, lacrimazione e con ricorrenza pluriquotidiana di attacchi	Le forme autonomico-trigeminali richiedono un esame neurologico accurato e spesso anche un approfondimento diagnostico, oltre ad una terapia mirata per il trattamento dell'attacco acuto e per la prevenzione di ulteriori attacchi.	I	c	100.0%	9	9-9	raggiunto	0	8.35	0.0
4	E' raccomandata la prescrizione di 1 visita neurologica per la cefalea presente da mesi/anni, non associata ad alcune delle condizioni di cui alla raccomandazione n. 1, identificata come emicrania dal questionario ID Migraine (Allegato 3.2) e che si manifesti in almeno 4 giorni al mese nel caso in cui la risposta alla terapia sintomatica o di prevenzione siano inefficaci. (Livello di accordo percentuale=81.8 di valutazioni nel range definito; Mediana=2 IQR=1-2; disagreement index=0.1; Consenso: raggiunto)	Quando la frequenza dell'emicrania è ≤ 4 giorni al mese, l'emicrania va gestita in prima istanza con la terapia sintomatica con FANS o triptani. Nel caso in cui la terapia sintomatica con FANS o triptani non controlli gli attacchi in 2 ore, vi è indicazione alla terapia di profilassi orale con i farmaci preventivi tradizionali (v. linee guida per la prescrizione dei farmaci di profilassi Allegato 3.3), utilizzando un diario della cefalea semplificato (Allegato 3.4) e prevedendo una rivalutazione longitudinale del paziente dopo 3 mesi. In caso di mancato miglioramento con due o più classi di farmaci preventivi orali tradizionali, il paziente va inviato al neurologo.	III	c	81.8%	2	1-2	raggiunto	1	6.85	0.1

Note al Razionale scientifico

Si rimanda alle correnti linee guida per la scelta dei farmaci possibili per la terapia di profilassi nei pazienti con cefalea (**Allegato 3.3**).

4.2 Quando inviare per la visita neurologica il soggetto con tremore?

Sintesi delle evidenze. Non sono disponibili studi randomizzati o di ampia coorte osservazionali focalizzati sulla definizione dell'appropriatezza prescrittiva e delle sue implicazioni in termini di outcome per i pazienti con tremore. È stata reperita dalla ricerca una sola linea guida NICE (NICE Suspected neurological conditions 2023), sviluppata senza adesione a modelli GRADE e pertanto non implementabile con adolopment, che è stata utilizzata per la rifinitura della formulazione della raccomandazione. Su base RAND/UCLA si forniscono le seguenti raccomandazioni:

N°	Raccomandazione	Razionale scientifico	Classe	Livello	Livello di accordo %	mediana	IQR	Consenso	IPR	IPRAS	Disagreement index
1	<p>È raccomandata la prescrizione di la visita neurologica per tremore se:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il tremore è asimmetrico e/o a riposo. - il tremore è di nuova insorgenza e non ha una causa reversibile evidente (come l'uso di particolari farmaci) - il tremore, pur essendo l'unico sintomo, è progressivo, interferisce significativamente con le attività della vita quotidiana o si presenta come un tremore posturale o intenzionale che non risponde ai trattamenti di prima linea (propranololo, primidone). <p>È appropriato l'invio anche quando il tremore coinvolge prevalentemente il capo e/o la voce.</p> <p>È appropriato richiedere visita neurologica se il tremore è di nuova insorgenza, è associato ad altri segni neurologici: debolezza, segni di sindrome parkinsoniana (bradicinesia, rigidità), declino cognitivo o instabilità posturale.</p>	<p>Il tremore a riposo, quando asimmetrico, può essere il primo segno di una sindrome parkinsoniana, di tremore essenziale o di una distonia.</p> <p>Un tremore di nuova insorgenza in individuo adulto può essere sintomatico di diverse condizioni. Quando le cause acquisite più comuni vengano escluse, è necessario un percorso diagnostico, clinico e strumentale, guidato dallo specialista.</p> <p>Il tremore posturale, quando si associa ad altri disturbi (acinesia, rigidità) può essere segno di parkinsonismo plus.</p> <p>Il tremore che ha un impatto significativo sulle attività quotidiane e non ha risposto ai trattamenti considerati di prima linea (propranololo, primidone) deve essere valutato dallo specialista che potrà considerare l'appropriatezza di altre terapie e di associazioni di farmaci oltre alle terapie neurochirurgiche (MGrFUS, DBS).</p>	I	c	100.0%	9	9-9	raggiunto	0	8.35	0.0

2	<p>Non è considerato appropriato l'invio - in prima istanza - allo specialista se:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il tremore è posturale e simmetrico, non interferisce con le attività della vita quotidiana, è insorto progressivamente (a volte in modo lieve ed incostante era presente anche in età giovanile) - il tremore è chiaramente riconducibile a cause sistemiche o esterne facilmente gestibili in medicina generale, come un ipertiroidismo non trattato, un eccessivo consumo di caffeina, l'effetto collaterale di farmaci noti (ad esempio beta-agonisti o amiodarone) o in presenza di un tremore fisiologico accentuato da ansia o stress, a meno che i sintomi non persistano dopo aver rimosso o trattato la causa sottostante. 	<p>Il tremore fisiologico accentuato ed il tremore essenziale sono le cause più comuni di tremore nella popolazione. Quando il tremore è l'unico segno neurologico, posturale, simmetrico, di lieve entità e non interferisce con le attività della vita quotidiana, può essere gestito in prima battuta dal MMG. È noto che alcuni farmaci ed alcune condizioni morbose possono indurre il tremore posturale. Il MMG è qualificato per considerare queste condizioni e considerare l'invio allo specialista se il tremore persiste quando la causa sia stata eliminata.</p>	III	c	72.7%	1	1-5.5	raggiunto	1	8.35	0.1
---	--	--	-----	---	-------	---	-------	-----------	---	------	-----

Note al Razionale scientifico

Il tremore rappresenta uno dei disturbi del movimento più comuni e si manifesta come un'oscillazione ritmica e involontaria di una parte del corpo, con caratteristiche che variano in base alla tipologia: fisiologico accentuato, essenziale, parkinsoniano, cerebellare, distonico e altre forme più rare. Il contesto in cui il tremore compare (a riposo, in postura, durante l'azione) e la simmetria di presentazione, insieme alla frequenza dell'oscillazione (bassa, media o alta), costituiscono elementi utili per orientare la diagnosi. Nell'anamnesi è rilevante indagare la familiarità e l'uso (attivo o pregresso) di farmaci/sostanze che possono indurre tremore; questi includono caffeina, sostanze da abuso, farmaci usati in ambito neuropsichiatrico (fra cui: valproato, neurolettici, antidepressivi, litio), cardiologico (amiodarone), endocrinologico (levotiroxina).

Il percorso diagnostico del tremore è complesso e richiede competenza ed esperienza, in quanto le cause del tremore sono eterogenee: patologie neurologiche degenerative, metaboliche, farmacologiche, tossiche, disturbi funzionali. Non meno rilevanti sono i cosiddetti mimics, ovvero condizioni che imitano il tremore pur non essendo propriamente tremori, come mioclonie, tic, asterixis o movimenti funzionali. Il percorso diagnostico richiede un approccio sistematico che integra anamnesi dettagliata, esame neurologico mirato, valutazione delle caratteristiche del movimento, eventuali esami di laboratorio e neuroimaging, fino a test neurofisiologici quando necessari, con l'obiettivo di distinguere le diverse forme e identificare la causa sottostante. Le possibilità terapeutiche dipendono dalla causa, ma in generale includono interventi farmacologici, riabilitativi e – in casi selezionati – neurochirurgici. Quando il tremore è grave e resistente ai trattamenti, alcune procedure come la stimolazione cerebrale profonda (DBS) o gli ultrasuoni focalizzati guidati da risonanza magnetica (MRgFUS), possono essere impiegate sia nel tremore essenziale che parkinsoniano.

Nonostante le considerazioni sopra riportate, la necessità di migliorare i criteri di accesso alla prima visita neurologica - stante la numerosità dei pazienti con tremore- ha portato alla formulazione di raccomandazioni per l'appropriatezza dell'invio da parte del MMG allo specialista neurologo del paziente adulto con tremore.

4.3 Quando inviare per I visita neurologica il soggetto con deterioramento cognitivo?

Sintesi delle evidenze. Non sono disponibili studi randomizzati o di ampia coorte osservazionali focalizzati sulla definizione dell'appropriatezza prescrittiva e delle sue implicazioni in termini di outcome per i pazienti con deterioramento cognitivo. Non sono state reperite linee guida. Su base RAND/UCLA si forniscono le seguenti raccomandazioni:

N°	Raccomandazione	Razionale scientifico	Classe	Livello	Livello di accordo %	mediana	IQR	Consenso	IPR	IPRAS	Disagreement index
1	Dovrebbe essere considerata la prescrizione di I visita neurologica per deterioramento cognitivo e/o disturbi comportamentali progressivi risultati negativi agli esami di screening (esami ematochimici con emocromo, indici di funzionalità tiroidea, epatica e renale, dosaggio di Vit. B12 e folati, profilo lipidico; TC/RM encefalo).	L'impatto di deafferentazioni sensoriali (e.g., ipoacusia; ipovisione) dovrebbe essere sempre preliminarmente valutato, attuando correzioni quando possibili. Il livello cognitivo globale dovrebbe essere valutato mediante lo strumento GP-COG (General Practitioner assessment of Cognition) (Allegato 3.5). Gli esami di screening volti ad escludere le principali cause secondarie includono: esami ematochimici (emocromo, indici di funzionalità tiroidea, epatica e renale, dosaggio di Vit. B12 e folati, profilo lipidico) e TC/RM encefalo. In caso di terapia farmacologica in cronico appare inoltre utile valutarne il possibile impatto anticolinergico.	IIA	c	100.0%	9	9-9	raggiunto	0	8.35	0.0
2	Non è raccomandata la prescrizione di I visita neurologica in pazienti con fragilità severa, affetti da deterioramento cognitivo in fase avanzata e/o con gravi disturbi comportamentali.	L'indice di fragilità dovrebbe essere calcolato mediante lo strumento del Primary Care Frailty Index (Allegato 3.6). La fragilità severa corrisponde a un punteggio ≥ 0.21 . Questa tipologia di paziente dovrebbe essere indirizzata in area specialistica geriatrica.	III	c	90.9%	2	1-2.5	raggiunto	1	6.85	0.1

Note al Razionale scientifico

Il decadimento cognitivo su base neurodegenerativa esordisce, tipicamente, in individui adulti con età superiore ai 55 anni. La sintomatologia si caratterizza per un esordio subacuto/cronico e un decorso progressivamente ingravescente, con coinvolgimento iniziale della memoria episodica e, meno frequentemente, con disturbi delle funzioni linguistiche, disturbi comportamentali o agnosie visive. In specifiche categorie diagnostiche possono associarsi disordini del movimento, disturbi del sonno, o sintomi neuropsichiatrici, come allucinazioni visive, ideazioni deliranti, apatia.

La raccolta anamnestica dovrebbe coinvolgere familiari e/o 'caregiver' e focalizzarsi su: 1) l'impatto dei disturbi sulle attività di vita quotidiana; 2) eventuali abusi di sostanze; 3) eventuale presenza di familiari affetti da sintomatologia simile o patologia neurologica nota.

L'impatto di deafferentazioni sensoriali (e.g., ipoacusia; ipovisione) dovrebbe essere sempre valutato, attuando possibili correzioni.

Esami di screening volti ad escludere le principali cause secondarie includono: esami ematochimici (emocromo, indici di funzionalità tiroidea, epatica e renale, dosaggio di Vit. B12 e folati, profilo lipidico) e TC/RM encefalo.

In caso di terapia farmacologica in cronico, valutarne l'impatto anticolinergico.

Il livello cognitivo globale dovrebbe essere valutato mediante GP-COG.

L'indice di fragilità dovrebbe essere calcolato mediante il Primary Care Frailty Index.

4. Revisione esterna

La bozza del documento è stata sottoposta a revisione esterna indipendente da parte di due revisori clinici con esperienza metodologica estratti dal CTS, non coinvolti nel gruppo di sviluppo. Ai revisori sono stati forniti il testo completo e un vademecum strutturato per commenti su metodi, coerenza tra evidenze e raccomandazioni, chiarezza e applicabilità. I rilievi sono stati raccolti e discussi, ed il documento aggiornato ove appropriato. I revisori non hanno partecipato alle votazioni RAND–UCLA.

5. Applicabilità

L'applicazione delle presenti RBPCA nella pratica clinica reale dipende dall'interazione fra fattori facilitanti, ostacoli organizzativi e culturali, e dalla disponibilità di strumenti operativi semplici e ben integrati nei flussi di lavoro dei professionisti.

- Fattori facilitanti e ostacoli

Un primo importante fattore facilitante è la coerenza delle raccomandazioni con le esistenti linee guida internazionali, che forniscono già un quadro condiviso sui percorsi di diagnosi e cura. Questo favorisce l'accettabilità delle RBPCA da parte dei neurologi e dei medici di medicina generale, che ritrovano nel documento concetti e soglie cliniche familiari. Un secondo elemento favorevole è la struttura chiara delle raccomandazioni, esplicitamente orientate a "quando inviare" e "quando non inviare" il paziente allo specialista, con definizione puntuale di popolazione target, setting e condizioni di appropriatezza: questo le rende facilmente traducibili in decisioni quotidiane, anche in contesti ad alta pressione assistenziale. Inoltre, in alcune realtà sono già presenti PDTA o ambulatori dedicati (es. cefalee, disturbi cognitivi, disturbi del movimento), che costituiscono un naturale "recettore" organizzativo per le RBPCA.

Accanto ai facilitatori, esistono ostacoli significativi. Il primo è la marcata eterogeneità organizzativa tra territori, sia in termini di accesso a neurologi e a diagnostica (neuroimaging, ambulatori cognitivi, centri per disturbi del movimento), sia in termini di dotazione di risorse umane e strumentali nei servizi di cure primarie. In alcuni contesti l'implementazione di criteri più selettivi di invio potrebbe generare timori nei clinici, se non accompagnata da percorsi rapidi per i casi prioritari. Un secondo ostacolo riguarda il tempo e le competenze richieste al MMG per applicare in modo sistematico strumenti di supporto come ID-Migraine, strumenti per lo screening cognitivo (es. GP-COG), scale di fragilità o algoritmi per il tremore: senza un supporto organizzativo e formativo, c'è il rischio che le RBPCA restino "sulla carta". Un terzo elemento critico è rappresentato dalle aspettative dei pazienti e dei caregiver, spesso orientate a richiedere "comunque" una visita specialistica, indipendentemente dal livello di rischio, sulla base di esperienze pregresse o di ansia rispetto alla diagnosi.

- Suggerimenti e strumenti per facilitare l'applicazione

Per superare questi ostacoli, è utile affiancare alle RBPCA una serie di strumenti operativi concreti, integrati nei contesti di utilizzo. In primo luogo, si suggerisce di sviluppare schede decisionali sintetiche per i MMG e per i medici dei servizi territoriali, organizzate per scenari clinici (cefalea, disturbi cognitivi, tremore), che riportino in forma algoritmica le domande chiave, le "red flags", le condizioni in cui l'invio è raccomandato e quelle in cui non lo è. Tali schede possono essere utilizzate sia come supporto alla decisione durante la visita, sia come materiale formativo. In secondo luogo, le RBPCA si prestano a essere integrate nei sistemi informatici di prescrizione e prenotazione (es. software di cartella clinica del MMG, sistemi CUP), introducendo campi strutturati che chiedano di specificare i criteri di appropriatezza alla base della richiesta di visita neurologica. La presenza di "campi obbligatori" per indicare, ad esempio, red flags di cefalea, caratteristiche del tremore o risultati dello screening cognitivo, può facilitare una riflessione sistematica da parte del medico, senza trasformarsi in un onere eccessivo se progettati in modo essenziale. Un ulteriore strumento è rappresentato da programmi di formazione congiunta MMG–neurologi (webinar, FAD, incontri di audit & feedback) focalizzati su casi clinici reali, in cui le RBPCA vengano utilizzate per discutere scelte di invio e percorsi alternativi. Questo tipo di formazione, soprattutto se accompagnato da dati locali su volumi di visite e sovra/sottoutilizzo, aiuta a trasformare le raccomandazioni in cambiamenti comportamentali concreti. Infine, può essere utile predisporre modelli standard di richiesta di visita neurologica che includano, oltre al quesito clinico, la documentazione minima consigliata (es. diario cefalea, esami di screening eseguiti, descrizione del tremore e delle sue caratteristiche), così da ridurre il rischio di invii generici e migliorare la qualità delle informazioni scambiate tra MMG e specialista.

- Indicatori per monitorare l'implementazione

Per valutare l'effettiva applicazione delle RBPCA e il loro impatto sull'appropriatezza prescrittiva, è opportuno definire fin dall'inizio alcuni indicatori di processo, misurabili con i dati di routine o con audit dedicati. A titolo di esempio, si propongono:

- per la cefalea, la proporzione di prime visite neurologiche richieste in presenza di almeno una condizione di allarme rispetto al totale delle prime visite per cefalea, e la proporzione di visite richieste per emicrania episodica non frequente senza red flags, con l'obiettivo di aumentarle nel primo caso e ridurle nel secondo;
- per i disturbi cognitivi, la proporzione di pazienti inviati a valutazione neurologica con decadimento cognitivo progressivo e screening negativo documentato, e la proporzione di visite richieste per pazienti con demenza avanzata e fragilità severa, che idealmente dovrebbe progressivamente diminuire;
- per il tremore, la proporzione di richieste di visita neurologica che riportano almeno uno dei criteri di RBPCA (tremore asimmetrico, a riposo, disabilitante o associato ad altri segni neurologici) sul totale delle richieste per tremore, e la quota di invii effettuati in presenza esclusiva di tremore lieve posturale simmetrico o chiaramente correlato a cause reversibili non ancora affrontate, da ridurre nel tempo.

Questi indicatori possono essere calcolati a livello di singola azienda o di rete di MMG, utilizzando dati estratti dai sistemi CUP o dalle cartelle cliniche informatizzate, e discussi periodicamente in sede di audit. In tal modo le RBPCA non restano solo un riferimento teorico, ma diventano uno strumento per la miglioramento continuo della qualità, consentendo di monitorare i progressi, identificare le aree critiche e orientare in modo mirato le iniziative formative e organizzative.

6. Aggiornamento delle RBPCA

Le RBPCA saranno aggiornate ogni 3 anni come da normativa, o quando emergano nuove evidenze scientifiche.

7. Indipendenza editoriale, altre dichiarazioni e gestione dei conflitti di interesse.

Per la presente RBPCA non è stato ricevuto nessun finanziamento per il Panel di esperti.

Per la presente RBPCA non è stato ricevuto nessun finanziamento per il metodologo.

Non sono emersi conflitti di interesse nell'ambito dell'oggetto della presente RBPCA e quelli dichiarati sono stati gestiti chiaramente.

Dichiarazione di conformità - Questa RBPCA è conforme alle leggi italiane vigenti, le norme e i regolamenti delle agenzie regolatorie e del Ministero della Salute, incluse le disposizioni relative ai Livelli Essenziali di Assistenza.

8. Allegati

-
- 1. Dichiarazione di conformità delle raccomandazioni con le leggi italiane vigenti, le norme e i regolamenti delle agenzie regolatorie e del Ministero della Salute, incluse le disposizioni relative ai Livelli Essenziali di Assistenza.

 - 2. Moduli, debitamente compilati, firmati e aggiornati, per la dichiarazione dei conflitti di interesse di tutti i componenti del gruppo di sviluppo delle RBPCA.

 - 3. Eventuali altri allegati ritenuti importanti (Allegato 3 con sub-allegati 3.1-3.6).

9. Bibliografia

NICE Headaches in over 12s: diagnosis and management, Clinical guideline, Reference number: CG150, Published: 19 September 2012, Last updated: 03 June 2025.
DOI:<https://www.nice.org.uk/guidance/cg150/evidence/full-guideline-pdf-188258224>

Do TP, Remmers A, Schytz HW et al., Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice SNNOOP10 list, Neurology 2019;92:134-144. DOI:10.1212/WNL.0000000000006697

Patel AD, Sponenberg M, Webster L, et al. Using Design Thinking to Understand the Reason for Headache Referrals and Reduce Referral Rates. Neurol Clin Pract 2024; 14. DOI:10.1212/CPJ.000000000200336.

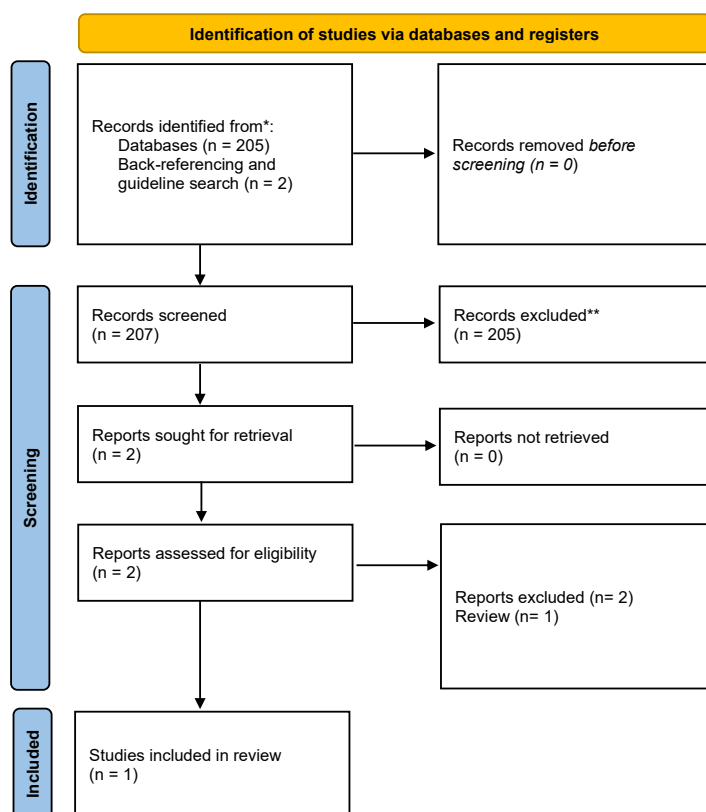
APPENDICE

STRINGHE DI RICERCA BIBLIOGRAFICA E RISULTATI

RICERCA SISTEMATICA CEFALEE:

In pazienti adulti (18 anni o oltre) con cefalea afferenti alle cure primarie, qual è l'accuratezza predittiva di segni o sintomi di accompagnamento per supportare l'identificazione da parte di non specialisti di una condizione neurologica che richieda una valutazione specialistica?

("Referral and Consultation"[Mesh] OR referral*[tw] OR consultation*[tw]) AND ("Headache"[Mesh] OR headache*[tw] OR migraine*[tw]) AND ("Neurology"[Mesh] OR neurolog*[tw]) AND ("general practice"[tw] OR "general practitioner*"[tw] OR "primary care"[tw] OR "primary care physician*"[tw] OR GP[tw] OR GPs[tw])
1946 – 1 Sept 2025



Results retrieved:

- NICE Headaches in over 12s: diagnosis and management, Clinical guideline, Reference number:CG150, Published: 19 September 2012, Last updated: 03 June 2025, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg150/evidence/full-guideline-pdf-188258224>

The most recent review (narrative) on red flags in headache disorders was excluded at last screening stage (not a guideline, not a clinical study): Patel AD, Sponenberg M, Webster L, et al. Using Design Thinking to Understand the Reason for Headache Referrals and Reduce Referral Rates. *Neurol Clin Pract* 2024; 14. DOI:10.1212/CPJ.000000000200336.

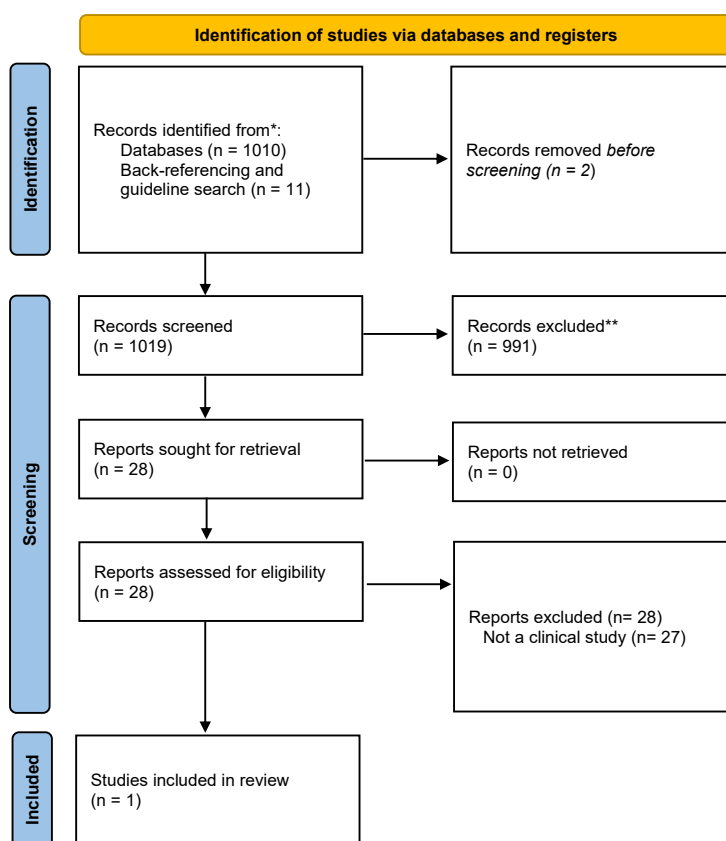
RICERCA SISTEMATICA TREMORE:

In pazienti adulti (18 anni o oltre) con tremore afferenti alle cure primarie, qual è l'accuratezza predittiva di segni o sintomi di accompagnamento per supportare l'identificazione da parte di non specialisti di una condizione neurologica che richieda una valutazione specialistica?

((("Ataxia"[Mesh] OR "Developmental Disabilities"[Mesh] OR "Extrapyramidal Disorders"[Mesh] OR "Multiple Sclerosis"[Mesh] OR "Neuromuscular Diseases"[Mesh] OR "Nervous System Neoplasms"[Mesh] OR "Rare Diseases"[Mesh]) AND (tremor*[ti,ab]) AND ("Signs and Symptoms"[Mesh])) OR ((("Ataxia"[Mesh] OR "Developmental Disabilities"[Mesh] OR "Extrapyramidal Disorders"[Mesh] OR "Multiple Sclerosis"[Mesh] OR "Neuromuscular Diseases"[Mesh] OR "Nervous System Neoplasms"[Mesh] OR "Rare Diseases"[Mesh]) AND ("Tremor"[Mesh] OR "Essential Tremor"[Mesh] OR tremor*[ti])) AND (("Observational Study"[Publication Type] OR "Prognostic Studies"[Publication Type] OR "Case Reports"[Publication Type] OR "Case-Control Studies"[Mesh] OR "Cohort Studies"[Mesh] OR "Cross-Sectional Studies"[Mesh]))

1946 – 1 Sept 2025

Search string derivata da NICE 2023.



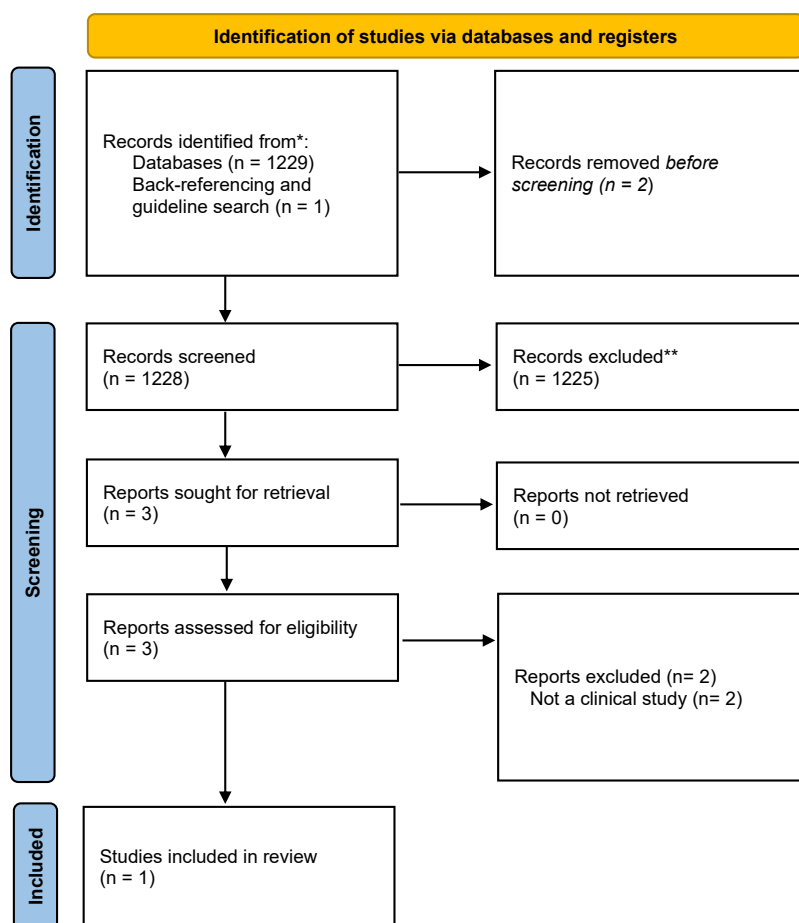
Results retrieved:

- Suspected neurological conditions: recognition and referral NICE guideline Reference number:NG127 Published: 01 May 2019 Last updated: 02 October 2023. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng127/chapter/recommendations-for-adults-aged-over-16#tremor-in-adults>

RICERCA SISTEMATICA DETERIORAMENTO COGNITIVO:

In pazienti adulti (>18 anni) con sospetto decadimento cognitivo e/o disturbi cognitivi, la prescrizione di prima visita neurologica o invio ad ambulatori di neurologia o centri per disturbi cognitivi ha un impatto positivo in termini di esiti clinici e funzionali rispetto al non invio e non valutazione neurologica?

("Cognitive Dysfunction"[MeSH] OR "Cognitive Impairment"[tiab] OR "cognitive decline"[tiab] OR "Mild Cognitive Impairment"[MeSH] OR "mild cognitive impairment"[tiab] OR "Dementia"[MeSH] OR dementia[tiab] OR "Alzheimer Disease"[MeSH] OR alzheimer*[tiab]) AND ("Neurology"[MeSH] OR neurologist*[tiab] OR neurolog*[tiab] OR "memory clinic"[tiab] OR "cognitive clinic"[tiab] OR "specialist consultation"[tiab] OR "specialist clinic"[tiab]) AND (referral*[tiab] OR "consultation"[tiab] OR "access to care"[tiab] OR "health services"[tiab] OR "service use"[tiab] OR "utilisation"[tiab] OR "utilization"[tiab])



Results retrieved:

- Suspected neurological conditions: recognition and referral NICE guideline Reference number:NG127 Published: 01 May 2019 Last updated: 02 October 2023. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng127/chapter/recommendations-for-adults-aged-over-16>

ALLEGATO 3 CON SUB-ALLEGATI 3.1-3.6

Sub-allegato 3.1 – Bandierine arancio/rosse la cui presenza suggerisce una diagnosi di cefalea secondaria.

	Sign or symptom	Related secondary headaches (most relevant ICHD-3b categories)	Flag color
1	Systemic symptoms including fever	Headache attributed to infection or nonvascular intracranial disorders, carcinoid or pheochromocytoma	Red (orange for isolated fever)
2	Neoplasm in history	Neoplasms of the brain; metastasis	Red
3	Neurologic deficit or dysfunction (including decreased consciousness)	Headaches attributed to vascular, nonvascular intracranial disorders; brain abscess and other infections	Red
4	Onset of headache is sudden or abrupt	Subarachnoid hemorrhage and other headaches attributed to cranial or cervical vascular disorders	Red
5	Older age (after 50 years)	Giant cell arteritis and other headache attributed to cranial or cervical vascular disorders; neoplasms and other nonvascular intracranial disorders	Red
6	Pattern change or recent onset of headache	Neoplasms, headaches attributed to vascular, nonvascular intracranial disorders	Red
7	Positional headache	Intracranial hypertension or hypotension	Red
8	Precipitated by sneezing, coughing, or exercise	Posterior fossa malformations; Chiari malformation	Red
9	Papilledema	Neoplasms and other nonvascular intracranial disorders; intracranial hypertension	Red
10	Progressive headache and atypical presentations	Neoplasms and other nonvascular intracranial disorders	Red
11	Pregnancy or puerperium	Headaches attributed to cranial or cervical vascular disorders; postdural puncture headache; hypertension-related disorders (e.g., preeclampsia); cerebral sinus thrombosis; hypothyroidism; anemia; diabetes	Red
12	Painful eye with autonomic features	Pathology in posterior fossa, pituitary region, or cavernous sinus; Tolosa-Hunt syndrome; ophthalmic causes	Red
13	Posttraumatic onset of headache	Acute and chronic posttraumatic headache; subdural hematoma and other headache attributed to vascular disorders	Red
14	Pathology of the immune system such as HIV	Opportunistic infections	Red
15	Painkiller overuse or new drug at onset of headache	Medication overuse headache; drug incompatibility	Red

Abbreviation: ICHD-3b = International Classification of Headache Disorders 3b.
An overview of signs and symptoms, their related secondary headache, and distribution in red and orange flags.

Da: Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice SNNOOP10 list, TP Do et al., Neurology 2019;92:134-144. doi:10.1212/WNL.0000000000006697

Sub-allegato 3.2 – Strumento validato per lo screening di emicrania: ID-Migraine

Durante gli ultimi tre mesi ha avuto i seguenti disturbi contemporaneamente al mal di testa?

		SI	NO
1.	Ha avuto nausea o conati di vomito?		
2.	Le ha dato fastidio la luce (molto di più di quando non ha mal di testa)?		
3.	Il mal di testa ha limitato, per almeno un giorno la sua capacità di lavorare, studiare o fare quello che deve?		

Se rispondi “SI” ad almeno due delle domande verosimilmente soffri di emicrania.

Da: A validation study of an Italian version of the "ID Migraine". Brighina F et al, Headache. 2007 Jun;47(6):905-8

Sub-allegato 3.3 – Farmaci orali tradizionali con evidenza di efficacia nella terapia preventiva dell'emicrania

Farmaco	Posologia indicativa
Candesartan	16 mg
Lisinopril	20 mg
Propranolol	80-160 mg
Bisoprololo	5-10 mg
Metoprololo	50-200 mg
Amitriptilina	25 mg
Flunarizina	5-10 mg
Cinnarizina	75 mg
Lamotrigina	50 mg
Levetiracetam	1000 mg
Valproato*	500-1500 mg
Topiramato*	50-200 mg

*farmaci da evitare in donne in stato gravidico o che, pur essendo in età fertile, non stiano utilizzando una protezione contraccettiva di elevata efficacia.

Riformattato dalle risorse di linee guida disponibili al momento.

International Headache Society Global Practice Recommendations for Preventive Pharmacological Treatment of Migraine. Cephalalgia 2024; 44. DOI:10.1177/03331024241269735.

Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of migraine. Cephalalgia. 2025 Apr;45(4):3331024241305381. DOI: 10.1177/03331024241305381.

Sub-allegato 3.4 Diario della cefalea semplificato

Mese: <hr/> Giorni	Durata (ore)	Intensità dolore (1- 10)	Altri sintomi (N=nausea,V= vomito, L=fastidio per la luce, R=fastidio per i rumori, A=peggioramento con le attività)	Farmaco al bisogno (tipo e numero nelle 24 ore)	Commenti (ad esempio fattori di scatenamento, effetti collaterali dai farmaci assunti, etc)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Adattato e semplificato da: A basic diagnostic headache diary (BDHD) is well accepted and useful in the diagnosis of headache. A multicentre European and Latin American study. Jensen R et al. Cephalalgia. 2011 Nov;31(15):1549-60. doi: 10.1177/0333102411424212.

Sub-allegato 3.5 - Strumento per la valutazione dello stato cognitivo: General Practitioner Assessment of Cognition (GP-COG)

Data ___/___/___ Cognome Nome _____ Nato/a ___/___/___ Anni di Scuola : _____

A) VALUTAZIONE DEL PAZIENTE Salvo indicazione contraria, formulare ogni domanda una volta sola.

RICHIAMO 1° FASE Nominativo ed indirizzo da richiedere nella 2° fase

1. "Ora Le dirò un nome ed un indirizzo. Le chiedo di ripeterli subito dopo di me". (Consentire massimo 4 ripetizioni per la memorizzazione: non si assegna punteggio) NUMERO RIPETIZIONI _____

"Mario Rossi, Via Libertà 42, Pavia"

Dopo l'ultima ripetizione "Ricordi questo nome ed indirizzo perché Le chiederò di ripetermeli fra pochi minuti."

ORIENTAMENTO TEMPORALE

2. Mi dica la data di oggi? (solo la risposta esatta è valida)

Corretto	Sbagliato
1	0

FUNZIONALITÀ VISUOSPAZIALE Disegno dell'Orologio

3. Per piacere, inserisca tutti i numeri delle ore (devono essere posizionati correttamente)

1	0
---	---

4. Per piacere disegni le lancette in modo che segnino le ore 11.10

1	0
---	---

INFORMAZIONI 5. Può raccontarmi un fatto di cronaca, una notizia riportata dai telegiornali o dai giornali in questa settimana?

1	0
---	---

RICHIAMO 2° FASE 6. Mi può ripetere il nome e l'indirizzo che Le avevo chiesto di ricordare? **Mario**

1	0
---	---

Rossi

1	0
---	---

Via Libertà

1	0
---	---

42

1	0
---	---

Pavia

1	0
---	---

TOTALE

--	--

PUNTEGGIO

9: NORMALE

<5: DETERIORAMENTO COGNITIVO

5-8: BORDERLINE. passare alla sezione B

Punteggio *DISEGNO DELL'OROLOGIO*. **Domanda 3**: Risposta corretta se i numeri 12, 3, 6 e 9 sono collocati nei quadranti giusti ed anche i restanti numeri delle ore sono inseriti in modo congruo. **Domanda 4**: Risposta corretta se le lancette sono puntate sui numeri 11 e 2 anche se l'esaminato/a non è riuscito a far distinguere la lancetta lunga da quella corta. **INFORMAZIONE**. Non sono necessarie risposte particolarmente dettagliate: l'importante è che l'intervistato dimostri di conoscere un evento recente riportato dai media nell'ultima settimana. Nel caso di risposte generiche, tipo "guerra" "molta pioggia", chiedere ulteriori dettagli: se l'intervistato non è in grado di fornirli classificare la risposta come "sbagliata".

B) INTERVISTA CON IL FAMILIARE/CONOSCENTE Chiedere: "Rispetto a qualche anno fa, il paziente...."

I. ... ha più difficoltà a ricordare avvenimenti recenti?

SI	NO	Non so	N/A
0	1		

II. ...ha più difficoltà a ricordare conversazioni a distanza di pochi giorni?

0	1		
---	---	--	--

III. ...quando parla, ha più difficoltà a scegliere le parole giuste o tende a sbagliare le parole più spesso?

0	1		
---	---	--	--

IV. ...è meno capace di gestire denaro e questioni finanziarie (ad es. pagare conti, programmare le spese)?

0	1		
---	---	--	--

V. ...è meno capace di gestire ed assumere i suoi farmaci da solo/a?

0	1		
---	---	--	--

VI. richiede più assistenza per utilizzare i mezzi di trasporto (sia privati che pubblici)?

0	1		
---	---	--	--

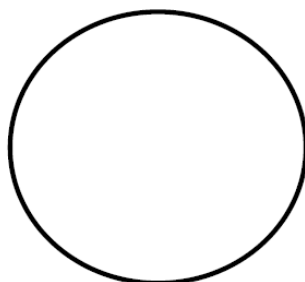
PUNTEGGIO

SEZIONE A) = 5-8 + SEZIONE B) = ≤ 3 : DETERIORAMENTO COGNITIVO

SEZIONE A) = 5-8 + SEZIONE B) = 4-6 : DETERIORAMENTO COGNITIVO LIEVE, pre-clinico (Mild Cognitive Impairment) da monitorare ripetendo il GPCog ogni 6-12 mesi

TOTALE

--	--	--	--



Da: Brodaty H et al.. What Is the Best Dementia Screening Instrument for General Practitioners to Use? JAGS 2002; 50: 530

Sub-allegato 3.6 Strumento per il calcolo dell'indice di fragilità (PC-FI)

Link al calcolatore automatico: <https://frailty-index-geriatria.netlify.app/>

Indice di fragilità (PC-FI)

Selected: 0 / 25 = 0

<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo o demenza	<input type="checkbox"/> Prescrizione di ossigeno negli ultimi 6 mesi
<input type="checkbox"/> Disabilità grave	<input type="checkbox"/> Ospedalizzazione negli ultimi 6 mesi
<input type="checkbox"/> Malattia cerebrovascolare	<input type="checkbox"/> Ulcere croniche cutanee
<input type="checkbox"/> Neoplasia solida	<input type="checkbox"/> Bradicardia o alterazione del ritmo
<input type="checkbox"/> BPCO, enfisema e bronchite cronica	<input type="checkbox"/> Altre malattie neurologiche*
<input type="checkbox"/> Cardiopatia ischemica	<input type="checkbox"/> Stipsi
<input type="checkbox"/> Insufficienza cardiaca	<input type="checkbox"/> Prescrizione di EBPM negli ultimi 6 mesi
<input type="checkbox"/> Malattia renale cronica	<input type="checkbox"/> Malattia vascolare periferica
<input type="checkbox"/> Fibrillazione atriale	<input type="checkbox"/> Problemi nutrizionali
<input type="checkbox"/> Morbo di Parkinson e parkinsonismo	<input type="checkbox"/> Diabete
<input type="checkbox"/> Precedente frattura dell'anca	<input type="checkbox"/> Schizofrenia e altre malattie mentali
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Edema
<input type="checkbox"/> Sostegno economico parziale/totale per le spese mediche	

Vetrano DL, Zucchelli A, Onder G, et al. rilevazione della fragilità tra i pazienti anziani dell'assistenza primaria attraverso il Primary Care Frailty Index (PC-FI). *Sci Rep.* 2023;13(1):3543. Pubblicato il 2 Mar 2023. doi:10.1038/s41598-023-30350-3