

AlleviO₃

NEUROLOGIA AMBULATORIALE

Testo per il sito allevio3.it — sezione *Neurologia Ambulatoriale*

Testo divulgativo per il pubblico: non sostituisce la valutazione medica. Fonti verificate direttamente: American Headache Society, position statement 2024 su CGRP e prevenzione dell'emicrania e aggiornamento 2025 sul trattamento acuto in Pronto Soccorso; NICE NG217 (2022) su diagnosi e gestione dell'epilessia; linee guida ESO (European Stroke Organisation) su TIA (2021) e prevenzione secondaria dell'ictus ischemico (2022); criteri diagnostici MDS 2015 per la malattia di Parkinson. Contenuti da rivedere con il neurologo responsabile prima della pubblicazione.

La salute del sistema nervoso, dalla diagnosi al percorso di cura

La Neurologia Ambulatoriale di AlleviO₃ si occupa della valutazione e della gestione delle patologie del sistema nervoso centrale e periferico: dalle cefalee ai disturbi dell'equilibrio, dalla prevenzione dell'ictus ai disturbi del movimento, fino alle neuropatie periferiche.

L'obiettivo è offrire una diagnosi accurata e un percorso di cura personalizzato, in stretta collaborazione con le altre specialità del centro quando il quadro clinico lo richiede.

Visita neurologica

La visita neurologica comprende un'anamnesi dettagliata e un esame obiettivo neurologico strutturato. Durante la visita possono essere valutati:

- Stato di coscienza e funzioni cognitive
- Forza muscolare e tono
- Sensibilità
- Riflessi osteotendinei
- Coordinazione ed equilibrio
- Andatura
- Nervi cranici
- Linguaggio ed eloquio

Sulla base del quadro clinico, la valutazione viene integrata con gli esami diagnostici più appropriati (elettroencefalogramma, elettromiografia, esami di imaging cerebrale o del sistema nervoso periferico).

Cefalea ed emicrania

Le cefalee primarie (emicrania, cefalea di tipo tensivo, cefalea a grappolo) rappresentano una delle condizioni neurologiche più frequenti. Un percorso diagnostico accurato permette di distinguere le forme primarie da quelle secondarie, che richiedono un approfondimento mirato.

Per la prevenzione dell'emicrania, l'American Headache Society ha pubblicato nel marzo 2024 un aggiornamento che indica le terapie mirate al CGRP (Calcitonin Gene-Related Peptide) come opzione di prima linea, al pari dei trattamenti preventivi tradizionali, senza la necessità di un preventivo fallimento di altre classi di farmaci. Per il trattamento dell'attacco acuto in urgenza, un aggiornamento del 2025 include, tra le opzioni terapeutiche, anche i blocchi anestetici del nervo occipitale e del ganglio sfenopalatino.

- Diagnosi differenziale delle cefalee primarie e secondarie
- Impostazione della terapia dell'attacco acuto
- Terapia di prevenzione personalizzata
- Identificazione dei fattori scatenanti

- Valutazione dell'eventuale indicazione a blocchi nervosi mirati, in collaborazione con la Medicina del Dolore

Vertigini e disturbi dell'equilibrio

Le vertigini e i disturbi dell'equilibrio possono avere origine neurologica, vestibolare periferica o essere legati ad altre cause. La valutazione neurologica, integrata quando necessario con la valutazione otorinolaringoiatrica, permette di distinguere le diverse forme e di impostare il trattamento più appropriato.

Malattie cerebrovascolari: ictus e TIA

L'attacco ischemico transitorio (TIA) è un episodio di deficit neurologico focale di breve durata, che rappresenta un importante segnale di allarme per il rischio di ictus. Le linee guida della European Stroke Organisation (ESO) raccomandano una valutazione tempestiva dopo un TIA, per identificarne la causa e avviare la prevenzione secondaria.

Le raccomandazioni ESO 2022 sulla prevenzione secondaria dopo ictus ischemico o TIA indicano, tra gli obiettivi terapeutici, un target pressorio inferiore a 130/80 mmHg e un livello di colesterolo LDL inferiore a 1,8 mmol/L (circa 70 mg/dL) nei pazienti a rischio, insieme alla gestione del diabete, alla terapia antitrombotica appropriata e alle misure sullo stile di vita.

Il sospetto di ictus acuto è un'emergenza medica. I segnali da riconoscere (schema FAST): asimmetria del volto (Face), difficoltà a sollevare un braccio (Arm), difficoltà nel linguaggio (Speech) — in presenza anche di un solo segno, è necessario chiamare immediatamente il numero di emergenza (Time), senza attendere che i sintomi passino da soli.

Epilessia

La diagnosi di epilessia si basa principalmente sulla storia clinica dettagliata dell'evento, integrata quando necessario con l'elettroencefalogramma e con esami di imaging cerebrale. Le linee guida NICE (NG217, 2022) sottolineano come l'EEG non debba essere utilizzato per escludere una diagnosi di epilessia, e forniscono raccomandazioni dettagliate sulla scelta del trattamento farmacologico più appropriato in base al tipo di crisi e alle caratteristiche del paziente.

- Inquadramento diagnostico di un primo episodio critico
- Classificazione del tipo di crisi e della sindrome epilettica
- Impostazione e monitoraggio della terapia farmacologica
- Percorso dedicato per le donne in età fertile, per le implicazioni di alcuni farmaci antiepilettici

Disturbi del movimento: Parkinson e tremore

La malattia di Parkinson e gli altri disturbi del movimento vengono diagnosticati principalmente su base clinica. I criteri diagnostici della International Parkinson and Movement Disorder Society (MDS, 2015), tuttora il riferimento clinico standard, si basano sulla presenza di bradicinesia associata a tremore a riposo o rigidità, insieme alla valutazione di criteri di supporto e di segnali che possono indicare forme atipiche di parkinsonismo.

- Diagnosi differenziale tra tremore essenziale, malattia di Parkinson e altre forme di parkinsonismo
- Impostazione e titolazione della terapia
- Monitoraggio dell'evoluzione della malattia nel tempo
- Gestione multidisciplinare, in collaborazione con la fisioterapia

Decadimento cognitivo

La valutazione neurologica delle difficoltà di memoria o di altre funzioni cognitive si integra con la valutazione geriatrica multidimensionale (descritta nella pagina dedicata di Geriatria), per un inquadramento diagnostico completo e un percorso di presa in carico personalizzato.

Neuropatie periferiche e dolore neuropatico

Le neuropatie periferiche, la radicolopatia dolorosa e le sindromi da intrappolamento nervoso vengono valutate anche mediante elettromiografia ed elettroencefalografia. Il trattamento del dolore neuropatico associato viene descritto nella pagina dedicata di Medicina del Dolore, mentre le sindromi da intrappolamento di pertinenza chirurgica sono trattate nella pagina di Neurochirurgia.

Sclerosi multipla e altre malattie demielinizzanti

Il sospetto di malattia demielinizzante del sistema nervoso centrale richiede un percorso diagnostico dedicato, basato su clinica, risonanza magnetica ed eventuali esami di laboratorio, con invio verso centri specialistici di riferimento per la conferma diagnostica e l'impostazione della terapia.

Diagnostica neurologica

- Elettroencefalogramma (EEG)
- Elettromiografia ed elettroencefalografia (EMG/ENG)
- Valutazione neuropsicologica, quando indicata
- Coordinamento per esami di imaging cerebrale e midollare (RM, TC)
- Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, in collaborazione con la Cardiologia, nell'ambito della valutazione del rischio cerebrovascolare

Quando rivolgersi alla Neurologia

È consigliabile richiedere una valutazione neurologica in presenza di:

- Cefalea di nuova insorgenza, cambiata nelle caratteristiche o resistente al trattamento
- Episodi di deficit neurologico transitorio (forza, linguaggio, vista)
- Vertigini o disturbi dell'equilibrio ricorrenti
- Tremore o rallentamento dei movimenti di nuova comparsa
- Episodi sospetti per crisi epilettiche
- Difficoltà di memoria o di concentrazione di nuova insorgenza
- Formicolio, intorpidimento o debolezza in un arto
- Necessità di un percorso diagnostico dopo un primo episodio neurologico acuto

Neurologia AlleviO₃ — Diagnosi accurata, cura personalizzata

Il nostro obiettivo è offrire una valutazione neurologica competente e aggiornata, per una diagnosi accurata e un percorso di cura costruito sulle caratteristiche specifiche di ciascun paziente.

Nota importante: le informazioni presenti in questa pagina hanno esclusivamente finalità informative e non sostituiscono la visita medica. In presenza di segni di sospetto ictus (asimmetria del volto, difficoltà a sollevare un braccio, difficoltà nel linguaggio), di una crisi epilettica di prima insorgenza, di perdita di coscienza, di una cefalea improvvisa e violentissima ("a rombo di tuono") o di un trauma cranico con alterazione dello stato di coscienza, è necessario rivolgersi immediatamente ai servizi di emergenza sanitaria.

Riferimenti scientifici

- American Headache Society – CGRP-targeting therapies first-line option for migraine prevention, position statement update (marzo 2024) — <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38466028/>
- American Headache Society – 2025 guideline update to acute treatment of migraine in the emergency department — <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41321235/>
- NICE NG217 – Epilepsies in children, young people and adults (2022) — <https://www.nice.org.uk/guidance/ng217>

- ESO – Guideline Directory (TIA 2021, prevenzione secondaria ictus ischemico 2022) — <https://eso-stroke.org/guidelines/eso-guideline-directory/>
- MDS Clinical Diagnostic Criteria for Parkinson's Disease (2015) — https://www.neurology.org/doi/10.1212/WNL.86.16_supplement.11.010

Verifica effettuata in questa sessione: confermati il position statement AHS marzo 2024 sul ruolo di prima linea delle terapie anti-CGRP e l'aggiornamento AHS 2025 sul trattamento acuto in Pronto Soccorso; NICE NG217 (pubblicata il 27 aprile 2022); le linee guida ESO su TIA (2021) e sulla prevenzione secondaria dopo ictus/TIA (2022, target pressorio <130/80 mmHg e LDL <1,8 mmol/L); i criteri MDS 2015 per la malattia di Parkinson, confermati come tuttora lo standard di riferimento da una revisione della letteratura del 2025. Non sono state cercate in questa sessione fonti specifiche per vertigini/disturbi vestibolari e sclerosi multipla: i relativi paragrafi riportano principi clinici generali.