



Disposizioni per il riconoscimento della cefalea primaria cronica come malattia sociale

A.C. 684

Informazioni sugli atti di riferimento

A.C.	684
Titolo:	Disposizioni per il riconoscimento della cefalea primaria cronica come malattia sociale
Iniziativa:	Parlamentare
Numero di articoli:	1
Commissione competente :	XII Affari sociali
Sede:	consultiva

Contenuto

Il testo unificato delle proposte di legge A.C. 684 e A.C. 1109 - dal contenuto pressoché identico -, adottato come testo base nella seduta del 16 ottobre, e modificato a seguito dell'approvazione di emendamenti, consiste in un **unico articolo**, ed è finalizzato a riconoscere come **malattia sociale la cefalea primaria cronica**, a seguito dell'accertamento da almeno un anno nel paziente mediante diagnosi effettuata da uno specialista del settore presso un centro accreditato per la diagnosi e cura delle cefalee che ne attesti l'effetto invalidante, vale a dire - come precisato nella relazione illustrativa - in grado di limitare o compromettere gravemente la capacità di far fronte agli impegni di famiglia e di lavoro.

La citata relazione, dopo aver evidenziato che la cefalea nelle sue forme primarie colpisce in media circa il 12 per cento degli individui, sottolinea come la stessa - anche sulla base di dati dell'Istituto nazionale di statistica - a differenza della maggior parte delle malattie croniche, non costituisce un problema esclusivo della terza età, ma si manifesta prevalentemente nel periodo più produttivo della vita dei soggetti. I costi della malattia si classificano in diretti ed indiretti, essendo i primi quelli relativi alle spese relative alla diagnosi ed al trattamento ed i secondi quelli riferibili all'incidenza delle assenze sul lavoro ed alla ridotta produttività.

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità la cefalea cronica è al terzo posto tra le malattie invalidanti.

La cefalea o "mal di testa" è una condizione molto diffusa, derivante da cause diverse. Vanno distinte in primo luogo le cefalee primarie, o "cefalee malattia", nelle quali il dolore e eventuali sintomi di accompagnamento costituiscono il problema da risolvere, dalle cefalee secondarie, o "cefalee sintomo", nelle quali invece il mal di testa è un segnale di sottostante patologia causale (ad esempio, una sinusite o un tumore cerebrale), che va affrontato prioritariamente. Le cefalee primarie rappresentano il 90% dei casi, e i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indicano che le due forme più frequenti, cefalea di tipo tensivo ed emicrania, colpiscono rispettivamente circa il 30 e il 15 per cento della popolazione, con elevati costi diretti (principalmente visite, esami, farmaci), cui si aggiungono costi indiretti (in particolare, la perdita di produttività), di gran lunga superiori - su tali aspetti cfr. "Il riconoscimento della cefalea cronica come malattia sociale", in *Italian Health policy brief* - .

Un trattamento farmacologico mirato sugli attacchi ne può ridurre l'intensità e la durata, mentre farmaci assunti preventivamente sono in grado di diminuirne la frequenza. Tuttavia, l'emicrania e le cefalee primarie in generale risultano sottotrattate, sia pure in presenza di un rilevante peggioramento della qualità di vita. Anche da questo dato di fatto deriva una presenza nella popolazione di circa 1,4/2,2 per cento di forme croniche, in tutto o in parte refrattarie alle cure, che impediscono una normale vita lavorativa e sociale, comportando costi particolarmente elevati. In Italia, ad esempio, la spesa annua sanitaria che per ogni emicranico episodico ammonta a circa 800 euro, sale a più di 2600 euro, quindi a più del triplo, per ogni paziente con emicrania cronica. Oltre all'emicrania cronica, le principali forme di cefalee primarie croniche, cioè accomunate dal loro verificarsi stabilmente per più di metà del tempo di vita del paziente, sono la cefalea di tipo tensivo cronica, la cefalea a grappolo cronica, l'emicrania cronica parossistica, la "New Daily Persistent Headache", la Hemicrania continua. I pazienti con cefalea cronica rappresentano il 40-60 per cento di quanti si rivolgono ai Centri Cefalee: in oltre 2/3 dei casi si associano una condizione di abuso di farmaci e, con una frequenza pressoché doppia rispetto alla restante popolazione, ansia e depressione. Sono queste persone affette da forme di cefalea cronica, refrattaria alle terapie e con limitazione delle capacità lavorative, oltre che con una qualità di vita

gravemente compromessa, che meritano il riconoscimento di pazienti affetti da malattia sociale, mentre la loro condizione è attualmente misconosciuta, prevalendo ancora in molti casi il pregiudizio stereotipato della cefalea come sintomo modesto, se non a volte strumentalizzato.

Va inoltre ricordato che una malattia, per essere definita come sociale, deve presentare alcuni caratteri che, in

letteratura, sono individuati nell'alta incidenza, quindi larga diffusione nella popolazione, rilevante dal punto di vista statistico in termini di morbidità su vasta scala; inoltre deve presentare un carattere di stabilità nel tempo, vale a dire una continuità nell'alta frequenza, al punto che, a causa della stessa, si registra un dispendio di risorse pubbliche per assistenza sanitaria, e pertanto un danno economico oltre che individuale (ad esempio per ridotta capacità lavorativa) anche a livello collettivo.

Le forme di questo tipo di cefalea riconosciute sono elencate come segue al **comma 1** del provvedimento:

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

Il **comma 2** dispone che il Ministro della salute, con proprio decreto adottato entro un mese dalla data di entrata in vigore della presente legge, effettui l'adeguamento alle nuove disposizioni del **decreto del Ministro della sanità 20 dicembre 1961**.

Tale decreto, pubblicato nella Gazzetta ufficiale n. 73/1962), ha elencato le **forme morbose** che sono da qualificare come malattie sociali, in base a quanto previsto dall'art. 4 del D.P.R. n. 249 del 1961, che aveva contestualmente disposto la promozione, da parte dell'allora Ministero della sanità, dell'istituzione di appositi **centri relativi alle malattie sociali** per la tutela sanitaria.

Tali forme morbose, il cui elenco è stato successivamente ampliato, sono state inizialmente individuate nelle seguenti: tumori; malattie reumatiche; malattie cardiovascolari; stati disendocrini e dismetabolici (come ad. esempio il diabete mellito e i disturbi della funzione tiroidea); malattie del sangue come la talassemia o anemia mediterranea nelle sue forme di microcitemia, morbo di Cooley e anemia microsferocitica; l'intossicazione cronica da stupefacenti (non derivanti da terapie) e da sostanze psico-attive, come alcool e tabacco.

In seguito si sono aggiunti (D.M. 20 febbraio 1963) i traumatismi e conseguenze invalidanti derivanti da incidenti del traffico (soprattutto per fattori di rischio dovuti al conducente, come inosservanza dell'obbligo del casco, delle cinture di sicurezza, dei sistemi di ritenuta per i bambini, per guida in stato di ebbrezza, ecc.) individuati da studi e ricerche su epidemiologia e mezzi di prevenzione, e inoltre (D.M. 5 novembre 1965) alcune malattie oftalmiche (quali glaucoma, ametropie ed anomalie muscolari, distacco della retina e le alterazioni degenerative ottico-retiniche) e l'epilessia.

Da ultimo, con apposito decreto (DM 12 giugno 1972), sono state dichiarate malattie sociali le sindromi emofiliche e quelle simil-emofiliche relative a malattie del sangue per fattori anticoagulanti.

Rispetto delle competenze legislative costituzionalmente definite

La materia disciplinata può ricondursi, da un lato, all'ambito della **"tutela della salute"**, oggetto di potestà legislativa concorrente ai sensi dell'articolo 117, terzo comma della Costituzione, e, dall'altro lato, alla **"determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali"**, oggetto di competenza esclusiva dello Stato ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera *m*), della Costituzione. Con riferimento a tale secondo ambito materiale, la giurisprudenza della Corte costituzionale ha sottolineato che la competenza statale concerne la fissazione del livello strutturale e qualitativo delle prestazioni; la determinazione degli standard in particolare deve essere garantita, con carattere di generalità, "per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di determinate prestazioni, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle" (sentenza n. 231/2017 ma si veda anche la sentenza n. 192/2017).

Senato: Nota breve n.46

Camera: Nota Questioni regionali n. 5

12 febbraio 2019

Camera	Servizio Studi Osservatorio sulla legislazione	osservatorio@camera.it - 066760-3855	 CD_legislazione
	Servizio Studi Dipartimento Affari Sociali	st_affarisociali@camera.it - 066760-3266	 CD_sociale