**Disposizioni per il riconoscimento della cefalea primaria cronica come malattia sociale – Atti Camera n. 684 e n. 1109 - Assegnati in sede referente alla Commissione Affari sociali - Nominato relatore On. Lazzarini.**

La Commissione Affari sociali nella seduta del 20.9.18 ha  iniziato l'esame del provvedimento in titolo. Si riporta di seguito la relazione integrale della relatrice.

“Arianna LAZZARINI (Lega), *relatrice,* fa presente che la proposta di legge di cui la Commissione avvia l'esame nella seduta odierna (Atto Camera n.  684), di cui è prima firmataria, è volta al riconoscimento della cefalea primaria cronica come malattia sociale      Precisa che non si tratta del semplice mal di testa passeggero; la cefalea cronica, così definita perché caratterizzata da continuità nel tempo e dal fatto che non se ne individuano cause manifeste, è una malattia invalidante vera e propria, molto più diffusa di quanto si possa immaginare. Può limitare o compromettere gravemente la capacità di far fronte agli impegni di famiglia e di lavoro e comporta costi economici e sociali ingenti      Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, la cefalea cronica è al terzo posto tra le malattie invalidanti. È tra le prime dieci cause al mondo di disabilità. Solo in Italia colpisce 26 milioni di persone e studi scientifici comprovano che proprio in Italia il costo totale per la sola emicrania è stato, nel 2004, di 3 miliardi e mezzo, costo situato ai livelli più alti tra quelli inerenti alle malattie del cervello: addirittura superiore all’*ictus*.       La cefalea, nelle sue forme primarie (emicrania, cefalea tensiva e cefalea a grappolo), colpisce in media il 12 per cento circa degli individui, manifestandosi prevalentemente nel periodo più produttivo della vita della persona. È evidente, pertanto, che i costi della malattia sono di tipo sia diretto che indiretto, essendo i primi quelli riferibili alle spese relative alla diagnosi e al trattamento e i secondi quelli riferibili all'incidenza delle assenze sul lavoro e alla ridotta produttività      In Italia, ad esempio, la spesa sanitaria annua, che per ogni soggetto affetto da emicrania episodica ammonta a circa 800 euro, sale a più di 2600 euro, quindi a più del triplo, per ogni paziente con emicrania cronica.      I dati Istat sulla diffusione della cronicità per classi di età smontano altresì un luogo comune che individua la cronicità come un problema della terza età: la cefalea riguarda il 10,6 per cento dei 25-44enni, e l'8,1 per cento degli *over* 75; nelle donne, la cefalea ricorre tre volte più frequentemente che negli uomini, in particolare nella quarta decade di vita.
      Entrando nel merito del contenuto della proposta di legge, fa presente che essa si compone di un articolo unico, il cui comma 1 prevede il riconoscimento come malattia sociale della cefalea primaria cronica, a seguito dell'accertamento da almeno un anno nel paziente, mediante diagnosi che ne attesti l'effetto invalidante.      Le forme di questo tipo di cefalea riconosciute sono elencate al medesimo comma 1 dell'articolo 1. Si tratta di emicrania cronica e ad alta frequenza; cefalea cronica quotidiana con o senza uso eccessivo di farmaci analgesici; cefalea a grappolo cronica; emicrania parossistica cronica; cefalea nevralgiforme unilaterale di breve durata con arrossamento oculare e lacrimazione (SUNCT); emicrania continua.
      Il comma 2 dispone che il Ministro della salute, con proprio decreto da adottare entro un mese dalla data di entrata in vigore della proposta di legge, effettui l'adeguamento alle nuove disposizioni del decreto del Ministro della sanità 20 dicembre 1961.      Osserva che la cefalea non è inserita nell'elenco nosologico delle malattie: l'anomalia di ciò è evidente se si considera che, data la vastità del problema, esistono in tutta Italia numerosi centri per la diagnosi e la cura della cefalea. Questa patologia rappresenta, come già evidenziato, una malattia di ampia rilevanza sociale e rende necessario riconoscere la cefalea primaria cronica come malattia sociale, affinché questa forma di malattia cronica invalidante, molto spesso considerata invisibile, possa trovare collocazione nei livelli essenziali di assistenza.
      Ricorda di essere stata promotrice, nel 2011, in qualità di consigliere della regione Veneto, di un'identica proposta di legge, che il Consiglio regionale, il 20 ottobre 2011, approvò per la sua presentazione alle Camere (Atto Camera n.  4772 della XVI legislatura). Nonostante numerose iniziative analoghe presentate in entrambi i rami del Parlamento anche nella scorsa legislatura, la materia non è stata trattata presso le Commissioni competenti. Politica e istituzioni devono dare quindi una risposta concreta ad un'esigenza particolarmente sentita e alle attese dei pazienti.
      Auspica, pertanto, che si possa procedere a un rapido esame della proposta di legge a sua prima firma, affinché la sua approvazione possa finalmente garantire tutela sociale e lavorativa ai tantissimi malati, ma soprattutto dia loro una rinascita e una nuova dignità di vita”. Di seguito interviene l’On. PINI che     “ringrazia la collega Lazzarini per avere presentato la proposta di legge in discussione, ricordando di avere lei stessa presentato un atto analogo nella precedente legislatura, purtroppo non calendarizzato. Segnala, in proposito, di avere nuovamente depositato una proposta di legge sulla materia, che dovrebbe essere assegnata in tempi brevi alla XII Commissione. Ricorda, altresì, il tentativo effettuato nella precedente legislatura, di inserire la cefalea tra i livelli essenziali di assistenza (LEA). Segnala, inoltre, la necessità di assicurare una mappatura uniforme della patologia su tutto il territorio nazionale in quanto allo stato attuale le aziende sanitarie locali utilizzano parametri diversi.
      Nell'osservare che l'incidenza della cefalea è decisamente più accentuata tra le donne, si interroga se ciò rappresenti un fattore che contribuisce all'insufficiente riconoscimento di tale patologia, rispetto alla quale non sempre si registra un'adeguata preparazione del personale sanitario.
      Ricorda, quindi, la complessità dei percorsi di diagnosi, segnalando che in molti casi occorrono anni per individuare il tipo specifico di patologia, complessità che si ripercuote nei percorsi di cura e nel riconoscimento delle conseguenti disabilità. Auspica, infine, una rapida conclusione dell’*iter* del provvedimento in oggetto, al fine di dare una risposta a tantissimi malati e al personale sanitario che opera nei centri di eccellenza”. Nella seduta del 4.10.2018 è intervenuto il sottosegretario Maurizio FUGATTI di cui si riporta integralmente l’intervento.  ”Il sottosegretario [Maurizio FUGATTI](http://documenti.camera.it/apps/commonServices/getDocumento.ashx?idLegislatura=18&sezione=deputati&tipoDoc=schedaDeputato&idPersona=302155), con riferimento alle proposte di legge in titolo, formula alcune valutazioni sulla base dell'istruttoria avviata presso la competente Direzione generale del Ministero della salute.  Ricorda, innanzitutto, come entrambe le proposte di legge in discussione prevedano l'adozione di un decreto volto ad aggiornare il decreto ministeriale 20 dicembre 1961, che a suo tempo recava la disciplina delle “Forme morbose da qualificarsi malattie sociali ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 249 del 1961”.
  Al riguardo, non può non osservare come emergano oggettivi spunti di riflessione sulla tenuta e sull'impatto che le suddette proposte determinerebbero, ove approvate nell'attuale stesura, atteso che con la legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, l'impianto che tali proposte andrebbero a ripristinare (di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 249 del 1961 e al decreto ministeriale del 1961) non sarebbe più adeguato al sistema dell'assistenza sanitaria, come riorganizzato. A titolo di esempio, segnala che le proposte di legge in esame, nel riconoscere la cefalea quale malattia sociale e nel rinviare all'adeguamento del decreto ministeriale del 1961, di fatto dispone che essa debba essere trattata presso appositi centri relativi alle malattie sociali, gestiti da enti, per i quali il Ministero della salute concorre al finanziamento. Osserva, quindi, che a partire dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale è anacronistico pensare di trattare alcune patologie presso centri per le malattie sociali, così come sembra decontestualizzato dal vigente assetto sanitario la scelta di affidare la cura della cefalea a un contesto estraneo al sistema dell'assistenza sanitaria.
  Ciò premesso, evidenzia che non sfugge al Governo come la patologia in esame, sia in termini di diffusione tra la popolazione che di apprezzamento per l'oggettivo disagio che reca alle persone che ne sono affette, meriti di essere valutata con il dovuto interesse e la dovuta cautela.
  Pertanto, atteso il rispetto istituzionale da parte del Governo per le sensibilità che il Parlamento avverte e di cui si fa promotore mediante specifiche iniziative, esprime un nulla osta alla prosecuzione dell’*iter*parlamentare delle proposte di legge in oggetto, nella consapevolezza che il dibattito e l'approfondimento politico, che caratterizza l’*iter* parlamentare, su temi di estrema rilevanza e diffusione, quale quello in esame, potrà garantire la soluzione più adeguata alle aspettative dei cittadini e più rispettosa dell'assetto normativo e istituzionale vigente”. Nella seduta del 10.8.18 [Marialucia LOREFICE](http://documenti.camera.it/apps/commonServices/getDocumento.ashx?idLegislatura=18&sezione=deputati&tipoDoc=schedaDeputato&idPersona=306082" \t "_blank), *presidente*, ricorda che nelle precedenti sedute si è svolta la discussione e che, da ultimo, è intervenuto il rappresentante del Governo, deputato Maurizio Fugatti.   Da, quindi, la parola alla relatrice, deputata Lazzarini, chiedendole come intende procedere.  [Arianna LAZZARINI](http://documenti.camera.it/apps/commonServices/getDocumento.ashx?idLegislatura=18&sezione=deputati&tipoDoc=schedaDeputato&idPersona=307570) (Lega), *relatrice,* alla luce delle posizioni espresse nella precedente seduta dal rappresentante del Governo e tenuto conto dell'ampia condivisione registratasi sul contenuto delle proposte in esame all'interno della XII Commissione, propone di proseguire i lavori attraverso la costituzione di un Comitato ristretto, che a suo avviso potrà addivenire alla predisposizione di un testo base in tempi molto rapidi.   La Commissione delibera di nominare un Comitato ristretto, riservandosi la presidente di designarne i componenti sulla base delle indicazioni dei gruppi.