medico e paziente 1

Ciproxin®

MP edizioni Periodico di **formazione** e **informazione** per il Medico di famiglia | Anno XLV | n. 1 - 2019

REUMATOLOGIA
Per la gotta un percorso di cura condiviso tra MMG e specialista

ANDROLOGIA
Nuove opportunità di trattamento per l'eiaculazione precoce

TUMORE DELLA PROSTATA
Dissipati i dubbi sulla sicurezza di finasteride

ASSISTENZA
Riconoscimento dell'invalidità da cefalea: a che punto siamo

ANTIBIOTICO-RESISTENZA

Un'emergenza che non può più essere trascurata

Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 1, LO/MI

A cura della redazione (Cesare Peccarisi)

RICONOSCIMENTO dell'INVALIDITÀ da CEFALEA

UN LUNGO PERCORSO A OSTACOLI

SEBBENE SIA RICONOSCIUTA COME UNA TRA LE PATOLOGIE PIÙ DISABILITANTI, STENTANO A CONCRETIZZARSI (ALMENO NEL NOSTRO PAESE) LE MISURE PER IL RICONOSCIMENTO "UFFICIALE" DELL'INVALIDITÀ DA CAFALEA. UN ITER LUNGO CHE PERÒ ORA POTREBBE (FORSE) ARRIVARE A CONCLUSIONE

La valutazione dell'invalidità dovuta a patologie croniche è fondamentale nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che fungono anche da controllo dell'efficienza e della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate dalle diverse ASL.
Purtropo le tabelle del Ministero della Salute per le valutazioni medico-legali di accertamento dell'invalidità civile risalgono al 14 giugno 1994, quasi un quarto di secolo fa e, per contro, gli strumenti operativi cui ricorrono le Commissioni di Accertamento devono essere rispondenti ai reali livelli di conoscenza acquisiti, specialmente nelle patologie neurologiche dove l'evoluzione soprattutto delle moderne tecniche d'imaging ha apportato conoscenze una volta impensabili.

PER LA CEFALEA...SOLO PROMESSE

Una patologia neurologica cronica in cui queste conraddizioni appaiono particolarmente stridenti è la cefalea, dove milioni di cittadini del nostro Paese non avevano finora mai ricevuto la garanzia di una tutela.
Un primo passo sembrava essere stato fatto al congresso congiunto SISC-ANIR-CEF di Roma del 2015, quando l'allora deputata della Commissione Affari Sociali Giuditta Pini aveva annunciato una nuova legge di tutela per i pazienti cefalalgici, sulla falsa riga della famosa legge 104/92 riaggiornata dal Decreto legislativo 26/3/01 n.151 per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone diversamente abili al quale si era poi affiancato il Decreto legislativo 124/98 che tabellava i diritti di esenzione.
Purtroppo le uniche due malattie neurologiche poi inserite nel Piano Nazionale della Cronicità del luglio 2016 sono state la malattia di Parkinson e le demenze, mentre le cefalee furono dimenticate, nonostante che il principio ispiratore del provvedimento fosse dichiaratamente quello di tutelare soggetti con malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla famiglia e sul contesto sociale.
Finalmente alla fine dello scorso novembre, il gruppo consiliare del Movimento 5 stelle ha depositato un progetto di legge per il riconoscimento dell'invalidità da cefalea.
La senatrice leghista Arianna Lazzarini è prima firmataria di un disegno di legge per la cefalea cronica come malattia sociale e la senatrice PD Paola Boldrini della Commissione Igiene e Sanità è promotrice di un altro disegno per il riconoscimento dell'emicrania come malattia sociale.
Adesso il progetto verrà calendarizzato per la discussione in Commissione Sanità e vedremo come andrà a finire.

TABELLA 1 PERCENTUALI DI INVALIDITÀ E CATEGORIE DI VALUTAZIONE

0-15%	16-30%		31-46%
A	B1	B2	C
Forme episodiche a frequenza di attacchi medio-bassa e soddisfacente risposta al trattamento	Forme episodiche a frequenza di attacchi medio-alta e scarsa risposta al trattamento	Forme croniche con risposta parziale al trattamento	Forme croniche refrattarie al trattamento
1. Emicrania con e senza aura	1. Emicrania con e senza aura	1. Emicrania cronica	1. Emicrania cronica
2. Cefalea di tipo tensivo frequente	2. Cefalea di tipo tensivo	2. Cefalea cronica quotidiana con o senza abuso di analgesici	2. Cefalea cronica quotidiana con o senza abuso di analgesici
3. Cefalea a grappolo episodica	3. Cefalea a grappolo episodica	3. Cefalea a grappolo cronica	3. Cefalea a grappolo cronica
4. Hemicrania parossistica episodica	4. Hemicrania parossistica episodica	4. Hemicrania parossistica cronica	4. Hemicrania parossistica cronica
		5. SUNCT (Shortlasting Unilateral Neuralgia with Conjiuntival injection and tearing)	5. SUNCT (Shortlasting Unilateral Neuralgia with Conjiuntival injection and tearing)
		6. Hemicrania continua	6. Hemicrania continua
		7. NDPH (New Daily Persistent Headache)	7. NDPH (New Daily Persistent Headache)

LE SOLUZIONI CONCRETE (MA SENZA BENEFICI ECONOMICI)

Finora gli unici a fare qualcosa sono stati solo enti locali regionali: a muoversi per prima era stata infatti la Regione Lombardia con la Circolare Regionale n. 30 del 14 dicembre 2006 per la valutazione delle cefalee nell'ambito dell'invalidità civile, iniziativa che ha previsto apposite tabelle di valutazione basate su gravità, frequenza e tipo dei sintomi con cui è possibile definire l'invalidità civile e certificare il grado di disabilità correlato al tipo di cefalea **(Tabella 1)**. Chi ottiene un valore certificato fino al 46 per cento ha accesso facilitato alle visite specialistiche, trattamento privilegiato sul posto di lavoro e gratuità/rimborsabilità dei farmaci.
Cosa ben diversa dai benefici economici concessi a chi ha il 100 per cento di invalidità (pensione civile) o gli assegni mensili (a partire dal 74 per cento di invalidità civile) o quelli sociali degli invalidi civili (con oltre 65 anni) o ancora la pensione e l'indennità di comunicazione per i sordi o la pensione e l'indennità di accompagnamento o quella speciale per i ciechi civili assoluti o parziali.
La promessa pensione di cittadinanza, cavallo di battaglia del M5S, potrebbe portare a un sostanzioso incremento anche per i normali pensionati, ma nessuno di questi calcoli interessa il paziente cefalalgico con invalidità, dove per il momento il curante redige semplicemente una certificazione da inviare per via telematica all'INPS come da legge 151/2016. Non si parla mai di benefici economici perché a tal punto, inviando il relativo numero di protocollo al datore di lavoro, il paziente può bensì usufruire di assenza retribuita per causa di malattia, mentre non è ancora chiaro se può usufruire anche dell'esonero dalle fasce di reperibilità per visita fiscale in quanto l'INPS non pare aver ancora recepito le indicazioni recentemente espresse in tal senso dalla Corte di Cassazione di Roma.
Evidentemente c'è ancora molto da fare per chi ha promosso fin dall'inizio questa battaglia e le cui forti pressioni hanno spinto l'amministrazione lombarda alla storica decisione del 2006: l'AIC, l'Associazione nazionale dei pazienti cefalalgici che da anni si batteva per tale riconoscimento e per l'aggiornamento dei criteri di valutazione di una patologia da sempre considerata di "serie B" e l'ANIRCEF, l'Associazione neurologica per la ricerca nelle cefalee, nella quale si raccolgono specialisti e medici di Medicina generale interessati a questa patologia. Prima d'allora le tabelle normative per la valutazione dell'invalidità da cefalee non tenevano nemmeno conto del rinnovamento verificatosi per la prima volta nel '95 con la nuova classificazione dell'International

Headache Society nata nell'88 come strumento che, in assenza di marker strumentali e/o di laboratorio, fungeva da principale strumento diagnostico al quale si sono solo in seguito affiancati test utili alla diagnosi di disabilità come MIDAS, MIGRAINE-ACT, ID-MIGRAINE, TOQ ecc. Per arrivare alla sua decisione la giunta lombarda aveva istituito una speciale commissione che si è avvalsa di esperti come Gennaro Bussone fondatore del Centro Cefalee del Besta di Milano, uno dei primi neurologi italiani a farsi paladino di questa battaglia.

PARTNERSHIP IN VENETO

Due anni dopo è arrivato anche il progetto della Regione Veneto 2008 per la cefalea cronica promosso da Giorgio Zanchin, past president della SISC (Società Italiana per lo studio delle cefalee) e anche in questo caso non ha avuto risvolti di beneficio economico, ma era volto ad agevolarne l'accesso alle strutture dedicate alla diagnosi e cura della cefalea per una migliore risposta diagnostica, terapeutica e assistenziale alla malattia.
Fu approvato nell'ambito del Programma per la Ricerca Innovazione e Health Technology Assessment, istituito con DGRV n. 2187/2008.
Precorrendo le attuali tendenze a promuovere la realizzazione di collaborazioni pubblico-private finalizzate a migliorare la qualità del SSN che ha appena compiuto 40 anni con nuovi modelli di patnership, la Regione Veneto ha redatto il documento programmatico DGRV 2461/2012 per la proposta di progetti comuni da parte di Aziende Sanitarie, Irccs, Consorzi o Fondazioni accreditati e soggetti privati operanti sul territorio regionale.
La AO di Padova, l'Ulss9 Treviso e l'Azienda farmaceutica Allergan hanno così presentato in partnership il progetto Organizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali dei pazienti con cefalea che si colloca nell'ambito delle proposte innovative finalizzate al miglioramento continuo dei modelli erogativi dei servizi sanitari di interesse generale, approvato con DGRV 1238/2013 per merito della chirurga e allora senatrice FI Maria Rizzotti, comunicato alla Presidenza il 10/4/13 e scaduto nel 2015 ove si leggeva testualmente che "questa patologia rappresenta una malattia di ampia rilevanza sociale e rende necessario arrivare a riconoscere la cefalea primaria cronica come malattia sociale. Il presente disegno di legge è composto da un solo articolo che riconosce la cefalea primaria cronica come malattia sociale" e indicava che il Ministero della salute, entro un mese dall'entrata in vigore di tale decreto legge, avrebbe dovuto modificare quello 20/12/1961, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 73 del 20 marzo 1962.
La proposta, composta da un unico articolo, ha portato all'approvazione di un progetto volto alla riorganizzazione dei servizi dedicati ai pazienti con cefalea nella Regione Veneto in attesa che a livello nazionale si concludesse l'iter legislativo per il riconoscimento della cefalea cronica come malattia sociale che forse solo in questi giorni sta arrivando a conclusione. L'iniziativa ha in pratica definito solo la best practice per le cefalee ridisegnando un PDTA coerente con le indicazioni regionali allo scopo di ottimizzare le risorse attraverso un percorso di appropriatezza clinica e organizzativa in grado di massimalizzare gli esiti clinici e ridurre l'impatto clinico-economico-sociale. Emerse che la gran parte delle cefalee può essere gestita efficacemente a livello di assistenza primaria, ma andavano individuate le opportune misure per facilitare l'accesso dei pazienti alle strutture di secondo livello più appropriate attraverso una rete integrata di servizi e competenze, ponendo particolare attenzione alle forme croniche.

PREVENIRE L'EMICRANIA OGGI È POSSIBILE

Si allargano le frontiere per la cura dell'emicrania. Grazie allo sviluppo di una nuova classe di farmaci, oggi la profilassi del dolore emicranico non è più un'utopia. Si tratta degli anticorpi monoclonali specificatamente progettati per bloccare il recettore del peptide correlato al gene della calcitonina (CGRP-R, Calcitonin Gene-Related Peptide receptor), il quale svolge un ruolo cruciale nella mediazione del dolore invalidante dell'emicrania. Nelle persone che ne sono affette, i livelli di CGRP aumentano in concomitanza con l'insorgenza del dolore e ritornano alla normalità al termine dell'attacco. Lo scorsa estate il CHMP dell'EMA ha approvato erenumab (Novartis), il primo di questa classe di farmaci, a cui ora si è aggiunto anche fremanezumab (Teva) per il quale l'ok dell'Autorità regolatoria europea è arrivato alla fine di gennaio di quest'anno.
Il farmaco è stato approvato per i pazienti adulti con almeno 4 giorni di emicrania al mese, con due opzioni di dosaggio ovvero trimestrale (675 mg) e mensile (225 mg). A differenza della cefalea, l'emicrania è caratterizzata da dolore laterale e sintomi quali nausea, vomito, fastidio alla luce, ai rumori e agli odori. Con oltre 1 miliardo di persone che ne soffrono nel mondo, l'emicrania è la terza patologia per prevalenza e la sesta malattia più invalidante a livello mondiale. Secondo i dati più recenti, l'emicrania ha un peso per l'economia del Vecchio Continente stimato nell'ordine di 18 miliardi di euro l'anno, in termini di produttività e giornate lavorative perse.