



Università degli Studi di Ferrara
DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE
U.O.L. di Medicina Legale e delle Assicurazioni
Dir.: Prof. Francesco M. Avato

c/o Palazzina Didattico Scientifica – P.le Eliporto
Via Fossato di Mortara, 70 – 44121 Ferrara
Tel. (0532) 455554 - Fax (0532) 455777
e-mail: m.legale@unife.it

Perché ci dobbiamo occupare, oggi, di “cefalea”? In fine dei conti l’incidenza sulla popolazione, per quanto epidemiologicamente importante (il 25-30% della popolazione mondiale ne risulterebbe interessata) e intensa (l’osservazione dei dati “quoad valetudinem” inizia a darne prova tangibile), certamente non determina a prima vista necessità organizzative e terapeutiche “quoad vitam” (autorizzando, così, il “rischio” dell’astensione delle specifiche scelte politico-amministrative) e la stessa evoluzione cronica dell’infermità, spesso, risulta soddisfacentemente controllabile o, almeno, sopportabile.

Penso che la comparazione tra la “cefalea” e le altre forme di disabilità, considerando il gruppo delle “magnifiche 10” dell’OMS, dimostri invece che interventi lucidamente predisposti e rigorosamente rispettosi delle acquisizioni scientifico-professionali e pratico-organizzative dedicate (sviluppatasi in Italia, pionieristicamente, da circa mezzo secolo) siano in grado di soddisfare proficuamente i due obiettivi sostanziali, che emergono per i pazienti: 1) una diagnosi “precisa”, 2) un “accompagnamento” specialistico, adeguato per il controllo della “malattia”.

La prima organizzazione nosografica della “cefalea” risale ormai al 1988; la seconda classificazione del 2004 è ormai quasi superata, essendo in fase avanzata l’ICHD-3 beta. Il contributo dei gruppi italiani (specialmente il gruppo scientifico dell’IRCCS “C. Mondino” di Pavia, con la guida costante di Giuseppe Nappi) non è stato e non è trascurabile.

Lo sforzo classificatorio esprime, tuttavia, un dato tecnico importante: occuparsi di cefalee richiede competenza massima. Il processo diagnostico differenziale (innanzitutto tra cefalea “secondaria” e cefalea “primaria”) richiede minuzia descrittiva ed osservazionale, sensibilità nel predisporre e selezionare accertamenti strumentali e di laboratorio, superando la semplicistica “routine”. La variabilità delle manifestazioni “cefalalgiche”, il polimorfismo delle condizioni d’esordio (spessissimo in età infantile-adolescenziale!) e di evoluzione, suggerisce (quasi “esige”), che il sistema d’intervento diagnostico non venga disperso, presumendo semplicisticamente la facilità diagnostica oltre che d’inquadramento terapeutico.

L’attuale contingenza storico-economica facilita (forse, rende ineludibile) il riconoscimento concreto di un’organizzazione, non pletorica, formata da Centri specialistici ben individuati, idonei alla verificabilità delle impostazioni scientifiche acquisite ma anche al loro perfezionamento, aggiornamento, superamento considerando l’impegno e l’impulso al riconoscimento patogenetico delle diverse “forme” di cefalea.

E’ immediatamente comprensibile il fatto che la determinazione di un sistema di Centri di riferimento risulta fondamento per la raccolta organica delle osservazioni, per la sistematizzazione dei paradigmi nosografici, per la “precisione”, scientificamente garantita e socialmente fruibile, della diagnosi.

La “cefalea”, quindi, costituisce infermità che consente l’attualizzazione organizzativa del Sistema Sanitario, particolarmente in una prospettiva regionale integrata, permettendo lo sviluppo di rapporto

costante ed immediato tra paziente e specialista “vero” (praticamente in ogni casa ormai è disponibile una postazione PC con una “web-cam”; sistemi come “Skype” o “Facetime” stanno diventando modi di comunicazione ed integrazione sempre più diffusi e preferiti).

In tal senso, lo stesso medico di medicina generale (o del prossimo rinnovato “medico di fiducia” europeo, svincolato da “liste” predeterminate e fisse) viene ad assumere ruolo essenziale di completamento terapeutico e di vigilanza, rispetto all’andamento dell’infermità nello specifico paziente, che nella stragrande maggioranza dei casi vive ben distante dal Centro di riferimento.

La disponibilità di un sistema diagnostico e di trattamento razionale ed efficace, capace di escludere disponibilità professionali “improvvisate”, nella migliore delle ipotesi acriticamente imitative, facilita anche l’accertamento specialistico medico-legale dell’eventuale disabilità, socialmente tutelabile.

In effetti, le normative nazionali attuali (oltretutto, utilmente precisate da non poche iniziative legislativo-regolamentari regionali) consentono ampiamente l’adozione di interventi di tutela del “cefalalgico”. Il fatto è che l’osservazione medico-legale il più delle volte non può estendersi a pluralità di incontri, quasi sempre deve fondarsi sulla fenomenologia in fase intercritica, e, di conseguenza, il giudizio risulta alla fine consequenziale alla “precisione”, possiamo dire chiaramente all’ “affidabilità”, della documentazione clinica prodotta.

In conclusione, la riorganizzazione precisa di una rete di servizi (ad esempio, “hub and spoke”, come si usa dire) in funzione dell’indiscutibile carattere sociale della “cefalea”, può costituire modalità esemplare per incanalare al meglio le aspettative dei pazienti ma anche per produrre un sistema complessivo di risposte tecniche non equivoco, comprensibile ed apprezzabile per i Cittadini, stabilmente affidabile per gli Amministratori.

Prof. Francesco Maria Avato