

Terapia del dolore: al via la rete assistenziale

Gianluca Bruttomesso

È in dirittura di arrivo una rete assistenziale ad hoc per la terapia del dolore. Il sottosegretario alla Salute ha presentato a Roma un progetto sperimentale realizzato in accordo con i medici di medicina generale

Il Piano sanitario nazionale ha stanziato 100 milioni di euro per il progetto sperimentale atto a realizzare una rete assistenziale di terapia del dolore. Secondo quanto esposto dal sottosegretario alla Salute **Ferruccio Fazio**, l'obiettivo principale è superare la disomogeneità a livello territoriale. Nonostante, infatti, siano stati emanati in passato atti normativi (Legge 39/99) per realizzazione a livello regionale strutture dedicate all'assistenza palliativa e di supporto, o il progetto "Ospedale senza dolore" del 2001, mancano reti regionali di terapia del dolore e percorsi condivisi con Mmg e Pls. Inoltre non è garantita l'equità di accesso alle terapie per carenza di coordinamento tra ospedali e territorio.

Il ministero del Welfare ha elaborato un nuovo modello assistenziale integrato nel territorio, che riorganizzerà le risorse esistenti sulla base di tre nodi complementari: i centri di riferimento di terapia del dolore (hub), l'ambulatorio di terapia antalgica (spoke) e l'aggregazione funzionale territoriale (Aft) di Mmg, che dovrebbe fungere, tra l'altro, da "triage" per hub e spoke. Il nuovo sistema sarà introdotto, in via sperimentale, nel corso di quest'anno in quattro Regioni: Lazio, Veneto, Sicilia, Emilia-Romagna (Regione coordinatrice). Tra ottobre e novembre le associazioni di categoria prepareranno un "formatore" ogni 40 Mmg, che nel 2010 garantirà la formazione ai singoli medici di famiglia e pediatri. Questi esperti elaboreranno entro l'estate una guida "a rapida consultazione". È stato istituito anche un Osservatorio sulle cure palliative e sulla terapia del dolore.

Secondo la ricerca Pain in Europe (EJP 2006: 287-333), il dolore oncologico è presente nel 96% dei malati in assi-

stenza palliativa, mentre quello non oncologico nella forma cronica ha un'incidenza nella popolazione di circa il 25-30%. Delle tre tipologie di dolore (acuto, cronico e procedurale) quello cronico ha l'impatto sociale maggiore e i costi più elevati per il Ssn. Il consumo di analgesici oppioidi in Italia è aumentato, tra il 2006 e il 2007, di circa il 13% come confezioni vendute e da 0,35 a 0,67 euro come spesa pro-capite rimborsata dal Ssn. Ma l'Italia resta tra gli ultimi Paesi in Europa nel consumo di questa categoria di farmaci. Il dolore non è compreso tra i parametri misurati negli ospedali, come accade invece negli Usa.

■ Rete di terapie del dolore: sì o no?

Gli esponenti sindacali e delle società scientifiche sono per lo più favorevoli al progetto proposto dal Ministero. Tuttavia, tra i Mmg permangono dubbi circa il suo legame con la creazione delle Aft. "Ho qualche perplessità - ha affermato **Ovidio Brignoli**, vicepresidente Simg - "sul fatto che questo progetto preveda le unità funzionali della MG, che a tutt'oggi non esistono. Inoltre dovrebbe esserci un medico formato che aiuti gli altri nella gestione della terapia. La nostra visione è un po' diversa: siamo convinti che tutti i 47mila Mmg di questo Paese debbano avere un pacchetto di conoscenze sul dolore, neoplastico o degenerativo, in modo da poter gestire in prima istanza tutte le situazioni che il paziente presenta". Secondo **Pierangelo Lora Aprile**, responsabile nazionale Simg dell'Area Cure palliative e Medicina del dolore, è positivo il fatto che il Ministero abbia deciso per la prima volta di investire nella terapia del dolore, costruendo un progetto di rete assistenziale anche a partire dai risultati

di una ricerca condotta nel 2008 dalla Simg. Ricerca che evidenziava come nell'ambito delle cure primarie circa un terzo dei nostri assistiti ha un problema di dolore acuto. Per l'80% si tratta di dolori legati alla patologia osteoarticolare. Tra essi fa la parte del leone la lombalgia, che rappresenta il 27-30%. Se poi consideriamo i dolori della patologia rachidea, ne raggruppiamo ancora di più. Sono sintomi che il Mmg tratta da solo, senza l'appoggio della specialistica, a volte utilizzando in modo un po' disinvolto i farmaci antinfiammatori. Quindi per Lora Aprile c'è bisogno di un aspetto formativo anche sull'approccio alla terapia del dolore non oncologico acuto per causa nota, che rappresenta gran parte del lavoro dei Mmg.

Condivide il piano del Ministero anche Snamid, collaborando fattivamente ai gruppi di lavoro: "Cerchiamo di realizzare un progetto - ha dichiarato **Paolo Spriano**, direttore media e comunicazione - che sia adeguato alla MG e quindi al territorio, dove finora il paziente con dolore è stato sottotrattato o non adeguatamente curato".

Massimo Bisconcini, segretario nazionale AIMEF, puntualizza: "Il problema dell'*under-treatment* del dolore è dovuto sia a scarsa cultura medica, intesa come deficit di conoscenza, sia a un eccesso di pregiudizi "extrascientifici" (la presunta tossicità dei farmaci contro il dolore). Esiste, talvolta, anche un atteggiamento rinunciatario del medico di fronte al dolore". E conclude: "Il giudizio sul progetto è positivo, il modello è accattivante, ma prima di tutto i medici devono cambiare atteggiamento. La formazione è la sola arma a disposizione. Ci vuole, però, anche uno stabile sistema di indicatori di efficacia che misuri il livello di intervento e i suoi risultati".