

Convegno al Niguarda a due anni dalla promulgazione della legge 38: si procede ma a piccoli passi

I punti critici nella lotta al dolore

In primo piano la definizione dei ruoli e la formazione

Milano - FABIO FIORAVANTI

A due anni dalla promulgazione della legge 38 sul dolore, sono segnalati progressi ma si procede a rilento. E sono ancora molte le criticità da superare, in particolare quelle legate alla creazione e attuazione di percorsi diagnostico-terapeutici specifici per l'algologia.

Il polso della situazione si è potuto tastare durante il congresso "Malattia dolore e rete territoriale", tenutosi all'ospedale Niguarda Cà Granda di Milano con il patrocinio della Onlus NoPain: «Bisogna fare chiarezza, semplificare», afferma Paolo Notaro, responsabile della Terapia del dolore dell'ospedale milanese. «Innanzitutto va identificato il ruolo delle diverse competenze specialistiche, dobbiamo sapere per le specifiche problematiche chi interviene e che cosa fa».

Attivare codici dedicati

«E bisogna istituire adeguati percorsi di diagnosi e cura», continua lo specialista. «I sistemi in rete si sostengono grazie agli addetti ai lavori, ma capita che gli stessi operatori faticino a comprendere il meccanismo. Che quindi va semplificato, serve un linguaggio comune. Occorre poi che si attivino codici specifici per la terapia del dolore, per non perdersi nei meandri delle prestazioni: non ha senso che si possano erogare queste terapie per il dolore solo in appoggio ad altre specialità come l'oncologia o la chirurgia».

Una giungla di denominazioni

«C'è molta confusione anche a livello della cittadinanza. Pensiamo per esempio alle numerose denominazioni dei servizi erogati. Come ri-

MILANO — Possono bastare pochi mesi di ritardo nella diagnosi di artrite reumatoide (Ar) per perdere una parte importante dei benefici assicurati dalla terapia. Che, quando viene instaurata precocemente, riduce la progressione dei segni radiografici e in più del 50 per cento dei casi determina una significativa remissione della malattia. Se ne è parlato all'ospedale Niguarda di Milano durante l'incontro "Il paziente al centro", con l'obiettivo di favorire la conoscenza di Ar, che riguarda oggi circa 300 mila pazienti italiani.

«Intanto sgombriamo il campo dagli equivoci: la Ar è una malattia sistemica, colpisce le articolazioni ma anche il cuore, i polmoni, la cute. Ma non sempre riusciamo a diagnosticarla in tempo: caso tipico è quello di sottovalutare i dolori dell'anziano, considerati "acciacchi dell'età".

CHANCE NEUROSTIMOLAZIONE PER L'EMICRANIA "RIBELLE"

LOTTA AL DOLORE significa anche avvalersi di tecnologie per pazienti accuratamente selezionati. «Le prestazioni algologiche vanno standardizzate anche perché non tutte le sindromi dolorose possono essere trattate con gli oppiacei. Anche la tecnologia può dare un valido contributo», spiega Paolo Notaro. Al proposito durante il congresso, sono state presentate le prime esperienze italiane di neurostimolazione a livello occipitale per la cura dell'emicrania cronica ribelle a tutti i farmaci. I risultati sono molto incoraggianti: la tecnica ha alleviato la sofferenza di persone che, per tutta la vita, hanno da 8 a 15 crisi emicraniche al mese. In particolare nella casistica del Niguarda è stata riscontrata una riduzione dell'intensità e numero delle crisi di quasi il 50 per cento a 6 mesi dall'applicazione dell'impianto di stimolazione.

conoscere la struttura di cui si ha bisogno? Ci troviamo di fronte a termini come "terapia del dolore", "terapia antalgica" "centro di neuromodulazione", "medicina del dolore", "algologia", "medicina del benessere", "fisiopatologia del dolore",

"hospice" e "clinica del dolore". Obiettivamente è difficile orientarsi. Ora, alcune verifiche mostrano uno spostamento delle denominazioni delle strutture, ma anche qui non c'è chiarezza». Parlano i numeri: solo il 6 per cento dei pazienti si ri-

volge subito a una struttura di Terapia del dolore, tutti gli altri accedono mediamente dopo 15 mesi dall'esordio del sintomo.

Gestire risorse

Le strutture per la presa in carico dei pazienti afflitti da dolore non mancherebbero ma la parte del leone è giocata dai servizi con bassi livelli di attività: «A volte si tratta di strutture che restano aperte solo due volte alla settimana: ha senso?», si chiede Notaro.

«Non stiamo sprecando risorse? Anche perché dobbiamo tenere conto del fatto che, sulla base dei nostri dati, le risorse complessive riservate al problema dolore sono inadeguate».

Un altro problema da affrontare è quello relativo alla formazione. «Si parla di formazione a tre livelli», osserva Giuseppe Marraro, presidente della Società italiana di anestesia rianimazione emergenza e dolore (Sia-

red). «L'80 per cento della terapia del dolore è nelle mani degli specialisti anestesisti. Ma è evidente che non si può riversare immediatamente tutto sulle spalle dei centri.

Gli operatori che prenderanno in carico i primi due livelli di assistenza, quelli più vicini al territorio, chi li sta formando? Dobbiamo pensare anche alle persone che operano dentro le reti, pensare alla loro preparazione: servono persone idonee a svolgere il tipo di lavoro che viene loro richiesto».

Simulazione per imparare

In quest'ambito si registra l'impiego della simulazione, una nuova tecnica di aggiornamento che consente al medico di esercitarsi su pazienti virtuali, ovvero manichini ad alta tecnologia che, attraverso software interattivi, riproducono le reazioni fisiche e fisiologiche dei pazienti.

Nuovi dati clinici presentati a Roma, la strategia si rivela efficace ed abbatte i rischi di disfunzione intestinale

Conferme per l'abbinamento painkiller

MILANO — Il consumo di oppioidi forti, farmaci di riferimento per la cura del dolore moderato-severo, è quasi doppio in Spagna rispetto all'Italia: nel 2011, il mercato italiano totale ha raggiunto i 67,7 milioni di euro, contro i 121,5 milioni di quello spagnolo. Nel nostro paese si registra, comunque, un rilevante aumento dei consumi, con una crescita che l'anno scorso si è attestata sul 29

per cento, la più alta in Europa. Con questi dati si sono aperti i lavori di "sPain in Italy", il primo simposio Italia - Spagna sulla gestione del dolore cronico, organizzato con il contributo educativo di Mundipharma. In questa occasione sono stati presentati i risultati ottenuti nell'arco dell'ultimo anno su un ampio numero di pazienti italiani e spagnoli, affetti da diverse tipologie di dolore

cronico, oncologico e non: circa 6.500 casi clinici reali, trattati con l'associazione ossicodone/naloxone. Uno degli studi più significativi è stato condotto dall'Hub di Medicina del dolore della Fondazione Ptv Policlinico Tor Vergata di Roma, tra febbraio e dicembre 2011. «La nostra esperienza maturata con l'associazione ossicodone/naloxone nel trattamento di oltre 700 pazienti con dolore cronico

non oncologico - spiega Antonio Gatti, aggregato di Anestesia e Terapia del dolore all'università Tor Vergata e responsabile Hub di Medicina del dolore presso la Fondazione Ptv Policlinico Tor Vergata - ha confermato l'efficacia della terapia nel controllo del dolore moderato-grave e una buona tollerabilità. Dopo 60 giorni di trattamento, l'intensità media della sintomatologia dolorosa è scesa

da un punteggio pari a 7 nella scala Nrs a 2.4 e il 94 per cento del campione ha giudicato migliorato il proprio stato di salute. A livello intestinale la funzionalità, è passata da una situazione compromessa per un uso protratto di oppioidi a un valore prossimo alla normalità. La risposta è stata ottima sia nel gruppo naïve sia nei non naïve agli oppioidi e anche negli anziani fragili.

Artrite reumatoide, una corsa contro il tempo

Tre segni devono generare il sospetto, la terapia precoce cambia il destino dei pazienti

L'EROSIONE ARTICOLARE E' GIA' VISIBILE DOPO 2 MESI

SE NON TRATTATA IN TEMPO l'artrite reumatoide comporta un rapido deterioramento articolare. «A soli 6 mesi dall'esordio dei sintomi - spiega Oscar Epis - osserviamo erosione in circa il 40 per cento dei casi, percentuale che sale al 70 per cento a 2 anni. Entro i primi 2 anni circa il 10 per cento dei pazienti ha già sviluppato un'invalidità grave. Dopo 10 anni più del 50 per cento dei pazienti non riesce a mantenere il suo lavoro o a svolgere le normali attività quotidiane. Per cambiare questi outcome c'è solo un modo: diagnosi precoce e terapia instaurata in tempi rapidi».

La diagnosi è sfuggente nelle fasce d'età estreme. L'età media di esordio è attorno ai cinquant'anni ma ci sono casi nei bambini di 2-3 anni oppure nei novantenni», spiega Oscar Epis, direttore del

Centro di Reumatologia del Niguarda.

La diagnosi precoce si realizza in primo luogo prestando attenzione a tre segni fondamentali, le cosiddette "red

ATTENTI AI "RED FLAG"

- 1** Tumefazione a carico di 3 o più articolazioni persistente da più di 12 settimane
- 2** Dolore a livello dei polsi o delle piccole articolazioni delle mani o dei piedi
- 3** Rigidità al risveglio mattutino per più di 30 minuti

flag" della Ar (li ricordiamo qui sopra). «Certamente il medico di medicina generale è la sentinella che può inviare il paziente dal reumatologo in caso di sospetto», continua Epis. «Molto importanti so-

no le tumefazioni a carico delle piccole articolazioni, ma non è escluso il coinvolgimento iniziale delle grandi. E poi c'è il problema della rigidità mattutina: la malattia "galoppa" durante il riposo notturno, e al risveglio il paziente ha problemi ad aprire il rubinetto, ad allacciarsi le scarpe, a maneggiare oggetti. Sono segni che dovrebbero indurre al sospetto.

Basta che sia presente un solo "red flag". Invece, il fattore reumatoide è solo uno dei fattori prognostici: nel 40 per cento dei casi di Ar è negativo mentre, per esempio, può essere positivo nell'infezione da virus dell'epatite C».

L'instaurazione precoce del trattamento migliora l'outcome in modo drastico: «I benefici si vedono anche con i

Associazionismo

Da NoPain onlus numero verde sui centri ad hoc e presto Libro Bianco con aggiornamenti

NON È ANCORA FACILE orientarsi in Italia quando si tratta di inviare un paziente con dolore cronico in una struttura dedicata. Un'ottima risorsa è il numero verde istituito dall'associazione NoPain onlus (800.974.261): risponde un gruppo di volontari appositamente formato, primo servizio nel nostro paese a fornire informazioni e orientamento sulle strutture di Terapia del dolore e a dare indicazioni sulle possibili cure. Allo stesso numero, ogni mercoledì (dalle ore 9,30 alle 12,30) è disponibile un servizio di consulenza psicologica gratuita. L'associazione NoPain nasce nel 2007 su iniziativa della struttura di Terapia del dolore presso il Niguarda Ca' Granda di Milano. Tra gli obiettivi quello di dare supporto ai pazienti con dolore cronico e alle loro famiglie, e promuovere attività di ricerca. Entro la prima metà del 2012, è previsto l'aggiornamento del Libro bianco sul dolore, realizzato da NoPain onlus, per mappare le strutture di cura per il dolore.

Dmard, e nel caso in cui non ci sia risposta, si ricorre subito ai biologici, senza aspettare la fase avanzata della malattia», ricorda Epis. «La spesa viene ampiamente ripagata in termini di riduzione della disabilità. Basti pensare che l'Ar in Italia costa globalmente 3,3 miliardi di euro all'anno, ma il costo dei farmaci è di soli 525 milioni di euro».

Per centrare l'obiettivo è necessario lavorare insieme all'Mmg, come facciamo al Niguarda. Dopo aver condiviso il progetto, abbiamo messo a disposizione del generalista un numero verde per poter fissare una visita reumatologica entro una settimana. Attiviamo quindi il percorso diagnostico, puntando anche sull'ecografia che evita l'utilizzo di esami più costosi. E assicuriamo un adeguato follow-up del paziente nel corso del tempo».