

DOLORE CRONICO E ACCESSIBILITÀ ALLE CURE



Indice

Premesse

I. Il dolore

Definizione

Classificazione

Dolore utile e dolore inutile

Conseguenze psico-fisiche del dolore

II. Il dolore cronico nelle donne

III. Trattamento del dolore cronico

Approccio al paziente con dolore cronico

Terapie farmacologiche e non

IV. Accessibilità ai farmaci per il dolore cronico

Legge 38 del 15 marzo 2010

Criticità e differenze regionali

V. ONDa e il dolore cronico

Progetto 2012-13

Progetto 2014

Ospedali Bollini Rosa aderenti al Progetto

PREMESSE

Il dolore cronico è una vera e propria patologia che, come tale, deve essere affrontata e curata attraverso i mezzi terapeutici più opportuni.

Le dimensioni del fenomeno in Italia sono enormi: un italiano su quattro soffre di dolore cronico; circa la metà ha meno di cinquant'anni, un quinto soffre da oltre vent'anni; un terzo ha dolore in modo continuativo e, per questo, ha dovuto abbandonare il lavoro.

Sebbene la legge n. 38 del 15 marzo 2010 abbia sancito il diritto di non soffrire e di poter accedere alla terapia del dolore per tutti i cittadini malati, a tutt'oggi nel nostro Paese il dolore cronico è ancora sottovalutato e troppo spesso non adeguatamente trattato. Eppure rappresenta uno dei maggiori problemi sanitari nella realtà europea che comporta, a livello individuale, gravi conseguenze invalidanti di tipo fisico, psico-emozionale nonché socio-relazionale e, a livello collettivo, costi economici diretti (per assistenza sanitaria e farmaci) ed indiretti (per assenze lavorative) spaventosamente elevati, che incidono sul sistema sanitario e sociale.

Tra i problemi più rilevanti emerge quello dell'**appropriatezza prescrittiva dei farmaci contro il dolore**: nonostante la legge 38/2010 ne semplifichi le modalità di prescrizione, l'uso dei farmaci oppioidi in Italia è ancora poco diffuso in parte per disinformazione degli operatori sanitari, ma soprattutto per le forti resistenze culturali. Emergono poi marcate **differenze interregionali** con conseguente disparità di accesso alle cure tra i cittadini.

CAPITOLO 1. IL DOLORE

Definizione

Secondo lo IASP (*International Association for the Study of Pain*), il dolore è un'*esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini da rappresentare un simile danno.*

Il dolore si compone dunque di una parte percettiva (o neurologica), deputata alla ricezione e al trasporto dello stimolo lesivo - o potenzialmente tale - dalla periferia alla corteccia cerebrale e da una parte esperienziale (o psichica), che è responsabile della elaborazione critica dell'impulso doloroso. L'esperienza del dolore è pertanto individuale e soggettiva, influenzata da variabili affettive e psico-cognitive, da vissuti personali e da fattori socio-culturali.

Si tratta di un sintomo trasversalmente presente in moltissime patologie, spesso importante segnale per la formulazione della diagnosi corretta, indicatore dell'evoluzione della malattia e degli effetti della terapia in atto, talvolta conseguenza di procedure diagnostiche e terapeutiche.

Il dolore costituisce un importante sistema di difesa, un campanello di allarme, che ha la funzione di allertare l'organismo e di difenderlo da agenti lesivi. In alcuni casi può, però, **verificarsi un'alterazione delle strutture nervose deputate alla sua conduzione, modulazione ed elaborazione** che determina un sistema di auto-mantenimento/rafforzamento della sensazione dolorosa, indipendente dalla causa che lo ha generato; il dolore perde così il suo significato

iniziale, **diventando a sua volta una vera e propria malattia, causa di grave sofferenza, disagio psico-emotivo e disabilità.**

Classificazione

Sulla base del meccanismo fisiopatogenetico, il dolore si distingue in:

- **Nocicettivo:** è il cosiddetto 'dolore fisiologico': le terminazioni nervose periferiche, ubiquitariamente presenti nelle strutture somatiche (superficiali) e viscerali (profonde), recepiscono le stimolazioni e gli insulti tissutali, trasmettendoli al sistema nervoso centrale, dove si origina la sensazione del dolore. Il dolore nocicettivo somatico, a differenza di quello viscerale, presenta in genere una precisa localizzazione;
- **Neuropatico:** si tratta di un dolore di difficile controllo, provocato da una lesione o disfunzione del sistema nervoso periferico o centrale, per cui si generano stimolazioni nervose croniche, che si autoalimentano, mantenendosi nel tempo;
- **Psicogeno:** corrisponde al dolore di natura psicosomatica, che ha insufficiente correlazione con una causa di tipo organico. In alcuni casi il dolore è presente in assenza di una patologia organica identificabile, in altri le manifestazioni dolorose risultano di entità sproporzionata in relazione alla causa, in quanto amplificate da fattori psicologici. Questa forma di dolore si manifesta più frequentemente nei soggetti ansiosi e che vivono in condizioni di particolare stress.

In termini temporali, il dolore può essere:

- **Acuto:** ha la funzione di avvertire l'organismo di un danno tissutale, potenziale o in atto; è in genere localizzato e di durata limitata a un breve periodo. Prima di essere trattato, deve essere correttamente interpretato ai fini della impostazione della specifica terapia causale;
- **Cronico:** duraturo (oltre sei mesi), per il persistere dello stimolo doloroso o per l'instaurarsi di meccanismi endogeni di automantenimento, con conseguente grave limitazione della performance psico-fisica e sociale del paziente. Non necessariamente cronico significa continuo: nella sua definizione rientrano anche quelle forme di dolore che si manifestano in modo reiterato e con una frequenza tale da risultare comunque invalidanti (si pensi, ad esempio, alle emicranie). Si tratta di un dolore difficile da curare, che richiede un approccio globale e interventi terapeutici multidisciplinari altamente specializzati.

Dolore utile e dolore inutile

Il dolore, indipendentemente dalla sua origine e dai meccanismi d'insorgenza, può essere distinto in due categorie in relazione alla sua funzione primaria, che è quella di avvertimento e difesa:

- Il dolore 'utile', anche detto fisiologico, è momentaneo e transitorio e rappresenta la reazione dell'organismo a un evento negativo lesivo della sua integrità, o

potenzialmente tale; in tal caso, il dolore è un sintomo, che segnala – come una sorta di sistema di allarme – una disfunzione dell'organismo. In molti casi le caratteristiche del dolore, quali tipologia, andamento nel tempo, modalità di esordio, localizzazione e irradiazione, associazione a particolari situazioni, sono elementi clinici fondamentali per la formulazione della diagnosi; si pensi, ad esempio, al dolore da appendicite, da infarto miocardico o da colica addominale.

- **Il dolore 'inutile' o patologico è invece continuo e perdurante nel tempo, non svolge alcun ruolo ed è addirittura dannoso, poiché provoca severe conseguenze fisiche, emotive, psicologiche e sociali, che limitano le capacità e le potenzialità dell'organismo di contrastare la malattia.**

Quando il dolore da acuto si trasforma in cronico, si crea una sorta di cortocircuito a livello delle strutture nervose deputate alla sua elaborazione, generando un sistema di automantenimento della sensazione dolorosa, cui si aggiunge una molteplicità di fattori di natura somatica e psico-emotiva, che concorrono ad aggravare le manifestazioni e a mantenerle nel tempo.

Le basi fisiopatologiche dell'amplificazione e della cronicizzazione del dolore devono, pertanto, essere ricercate, da un lato, in modificazioni dei neurocircuiti deputati alla ricezione, alla trasmissione e alla elaborazione degli stimoli raccolti in periferia, dall'altro, nell'interazione tra una neuromatrice alterata e la dimensione psichica del soggetto.

Quando il dolore ha perso la sua funzione primaria, deve essere tempestivamente trattato per non alterare l'equilibrio psico-fisico della persona e non inficiare la sua qualità di vita: il dolore, minando il benessere della persona e di chi le sta intorno, la rende inabile non solo fisicamente ma anche emotivamente, portando a modificare le proprie consuetudini, le relazioni, l'intera esistenza.

Tutte le persone, se affette da particolari malattie o a seguito di traumi possono soffrire di dolore cronico, ma esistono categorie particolarmente a rischio, come anziani, diabetici, pazienti affetti da artrite, lombalgie o sottoposti ad amputazione.

Fattori predisponenti sono rappresentati da scompensi alimentari, fumo, sostanze da abuso ed inattività fisica.

Per quanto non sia sempre possibile prevenire il dolore cronico, interventi tempestivi e mirati sul dolore riducono notevolmente le possibilità che si cronicizzi.

Conseguenze psico-fisiche del dolore

Il dolore cronico spesso precede cambiamenti fisici e psicosociali, che costituiscono parte integrante del problema e che si aggiungono a una situazione già molto difficile per chi ne soffre. La vita di tutti i giorni diventa particolarmente pesante, perché il dolore accompagna incessantemente tutte le attività quotidiane: anche le azioni più semplici possono risultare problematiche e questo fa sì che la persona si chiuda in se stessa e si isoli, ripiegandosi sulle proprie angosce e sofferenze.

Il dolore comporta anzitutto una limitazione delle abilità fisiche e delle capacità di movimento, inficiando l'autonomia della persona. L'immobilizzazione da impotenza funzionale è responsabile del deperimento delle masse muscolari, spesso già compromesse dallo stato d'inappetenza e dalla

conseguente condizione di malnutrizione che spesso si accompagna a tale situazione, creandosi così un circolo vizioso che ne amplifica i danni.

È stata anche dimostrata un'**azione inibitoria sul sistema immunitario** con conseguente minor capacità di difesa e maggior suscettibilità a malattie.

Il dolore cronico fa sì che la persona che ne è affetta focalizzi i propri pensieri sul problema, provando angoscia, paura, senso di solitudine e sottraendosi progressivamente alle relazioni sociali; **l'isolamento**, a sua volta, rende ancora più gravosa la sofferenza e la sensazione d'impotenza.

Nella malattia dolore sono spesso presenti **disturbi del sonno**, che concorrono a peggiorare il quadro generale e a limitare le performance della persona in tutti gli ambiti familiare, affettivo e lavorativo.

Si deve poi considerare la dipendenza eccessiva da farmaci, che hanno numerosi effetti secondari collaterali a livello sistemico.

Quando il dolore persiste nel tempo, insorgono disturbi emotivi, spesso associati a **umore depresso e ansia**: al dolore fisico si affianca un dolore più profondo, caratterizzato da angoscia, tristezza, senso di frustrazione e paura. Diventa quindi sempre più difficile distinguere i disagi conseguenti alla percezione del dolore fisico e quelli che invece derivano dalle manifestazioni depressive, che con il passare del tempo aumentano, tendendo a cronicizzare e a trasformarsi in una patologia a se stante.

Dolore cronico e depressione sono manifestazioni strettamente correlate, che presentano interazione di tipo bidirezionale: la sofferenza provocata dal dolore è causa di depressione, così come la depressione concorre a peggiorare le condizioni di dolore, amplificando le sensazioni fisiche, abbassando la soglia di percezione, aggravando il vissuto di sofferenza sul piano esistenziale. Chi soffre di dolore cronico rischia tre volte di più di ammalarsi di depressione, così come, chi soffre di depressione si ammala tre volte più spesso di dolore cronico.

Si instaura dunque un meccanismo di alimentazione e amplificazione reciproca tra dolore fisico e psicologico che trova ragione nei meccanismi neurochimici di insorgenza di entrambi e che tende a peggiorare progressivamente le due componenti.

CAPITOLO 2. IL DOLORE CRONICO NELLE DONNE

I dati epidemiologici documentano che molte delle patologie responsabili di dolore cronico tendono ad avere **incidenza maggiore nella popolazione femminile**; si tratta di un sintomo che colpisce trasversalmente tutte le fasi della vita, anche se l'esperienza del dolore aumenta con l'età: oltre i 65 anni, essa riguarda il 23.7% degli uomini contro il 40.1% delle donne.

Secondo lo IASP, in Occidente circa 12 milioni di donne soffrono di dolore cronico e nel nostro Paese il fenomeno interessa il 26% della popolazione, di cui il 56% sono donne. Oltre ad una maggiore prevalenza di singole condizioni dolorose croniche, le donne presentano, molto più frequentemente degli uomini, multiple condizioni dolorose concomitanti.

Tra le **cause più comuni** di dolore cronico declinato al femminile si annoverano lombalgie, cefalee ed emicranie, artrosi, artrite reumatoide, osteoporosi, dolore oncologico e neuropatico. Oltre a queste patologie, si devono poi menzionarne alcune che riguardano specificatamente il genere femminile come la fibromialgia, il dolore pelvico cronico, la dismenorrea e l'endometriosi sintomatica.

Le donne presentano, in ragione delle proprie caratteristiche di genere, una **maggior sensibilità al dolore** su entrambi i piani, sensitivo ed emotivo.

Per quanto attiene al primo aspetto, giocano un ruolo fondamentale le differenze anatomiche, ormonali e fisiologiche, che rendono ragione di una maggiore possibilità di sviluppare patologie che provocano dolore e di una più bassa soglia di percezione del dolore rispetto all'uomo; in particolare, le elevate concentrazioni di estrogeni influenzano l'attività del sistema nervoso, rendendolo più sensibile e reattivo agli stimoli in generale e dunque anche a quelli dolorosi. Studi scientifici hanno evidenziato come tali ormoni esercitino i propri effetti sul circuito attenzione-apprendimento-memoria della sfera cognitiva, rendendo ragione del fatto che le donne sono più ricettive dello stimolo doloroso, lo registrano con maggiore intensità e lo ricordano meglio.

Deve poi considerarsi la dimensione emotiva: la donna ha un rapporto molto più stretto ed intimo con il dolore, poiché è spesso chiamata ad occuparsi e a farsi carico della sofferenza altrui, diventando così particolarmente empatica e sensibile al fenomeno.

CAPITOLO 3. TRATTAMENTO DEL DOLORE CRONICO

Approccio al paziente con dolore cronico

L'approccio al dolore cronico deve essere differenziato tra pazienti oncologici e non, dal momento che, pur non essendovi sostanziali differenze della sindrome dolorosa sotto il profilo fisiopatologico, gli obiettivi di cura e l'approccio terapeutico sono differenti nei due casi.

Nel dolore cronico benigno (termine con cui si intendono tutte le forme di dolore cronico non dipendenti da neoplasie) l'obiettivo prioritario è la limitazione degli effetti del dolore sull'autosufficienza e sulle capacità di partecipazione alla vita sociale, familiare e lavorativa. Nella malattia oncologica tale risultato è perseguibile nelle fasi iniziali, mentre negli stadi avanzati il tentativo di ridurre la disabilità nel quotidiano è piuttosto vano, dal momento che la malattia comporta il progressivo esaurimento delle risorse psico-fisiche, dovendosi orientare gli interventi verso una dignitosa qualità di fine vita.

Ciò posto, il sollievo dal dolore deve essere l'obiettivo prioritario.

Quando il dolore cronico diventa un inseparabile compagno di viaggio, che coinvolge la persona in tutti i suoi aspetti, conducendo a modificazioni comportamentali e affettive, invalidità, compromissione della qualità di vita e della performance lavorativa, esso viene definito "dolore globale". In tal caso non è sufficiente un approccio limitato alla terapia farmacologica, ma si rende necessario un **intervento multidisciplinare**, che collochi al centro il paziente, le sue sofferenze, i suoi bisogni e le sue aspettative.

È fondamentale un **approccio specialistico** alla problematica, che consideri i disturbi correlati della sfera somatica e psicologica nelle loro molteplici espressioni. Per questo è necessario rivolgersi a strutture specializzate, gestite da équipe multidisciplinari, composte da diverse e specifiche figure professionali, in grado di cogliere tutti gli aspetti che la complessità di questa patologia tende a generare.

Terapie farmacologiche e non

La scelta della terapia dipende dal meccanismo specifico di dolore e dalla sua gravità, tenendo in considerazione le caratteristiche anamnestiche del paziente, l'esito delle terapie impiegate in precedenza ed eventuali effetti collaterali già lamentati (**terapia individualizzata**). Inoltre, trattandosi di una malattia cronica complessa, è cruciale una **continua rivalutazione** del paziente per monitorare nel tempo l'efficacia della terapia e adattarla in relazione alla sua evoluzione.

Nel caso in cui il dolore cronico sia sostenuto da una patologia di base, parte del programma terapeutico dovrà essere indirizzato al trattamento specifico della malattia, che potrà essere di tipo farmacologico (si pensi all'artrite reumatoide) o chirurgico (come nel caso di dolori lombari conseguenti a ernie discali).

Molto importante è anche il ruolo svolto dalla fisio-chinesiterapia, che aiuta la ripresa della funzionalità delle strutture articolari e muscolari, prevenendo i danni da immobilizzazione antalgica e da disuso.

Venendo invece alle soluzioni terapeutiche per il controllo del dolore, il panorama delle possibilità è molto ampio e comprende anzitutto farmaci. Secondo le indicazioni fornite dalla letteratura internazionale e dalla stessa Organizzazione Mondiale della Sanità, il controllo farmacologico del dolore deve essere attuato attraverso un **approccio sequenziale e graduale**, che prevede l'impiego di **analgesici antiinfiammatori** nei casi di dolore lieve e di **analgesici oppioidi** nel caso di dolore moderato (oppioidi deboli) e grave (oppioidi forti). Non infrequentemente vengono anche impiegati, per le documentate proprietà analgesiche, antiepilettici e antidepressivi.

Le strategie chirurgiche consistono invece in interventi "diretti" sulle strutture nervose che compongono le vie del dolore e comprendono neurostimolazione, neuromodulazione, neurolesione e blocchi nervosi.

In considerazione della componente emozionale del dolore e delle importanti conseguenze psichiche che ne derivano, deve poi menzionarsi, a completamento delle possibilità terapeutiche, la terapia psico-comportamentale e il sostegno psicologico, che garantiscono un approccio multidimensionale, consentendo di identificare ed analizzare tutte le componenti coinvolte (somatica, cognitiva, comportamentale, affettivo-emozionale).

Oltre alle terapie mediche convenzionali, esistono trattamenti alternativi per il controllo del dolore, come ad esempio, la chiroterapia e l'osteopatia, che si basano sull'applicazione di specifiche tecniche di manipolazione, o metodi di cura tradizionale cinese, come l'agopuntura.

CAPITOLO 4. ACCESSIBILITÀ AI FARMACI PER IL DOLORE CRONICO

La Legge 15 marzo 2010, n. 38

La legge tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore. In particolare, è tutelato e garantito l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.

Nel provvedimento si precisa che le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore devono predisporre un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, al fine di garantire:

- *La tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione;*
- *La tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine;*
- *Un adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia.*

La legge ha rappresentato una vera e propria rivoluzione nella concezione e nella gestione del dolore in Italia: sostenendo il "diritto di non soffrire" di ogni cittadino, essa riconosce anzitutto che il dolore, da solo, può costituire una malattia. La normativa disciplina l'esercizio di tale diritto attraverso importanti novità assistenziali, che coinvolgono sia il personale sanitario sia i pazienti, comprendendo programmi di cura individualizzati per malati e famiglie, formazione continua del personale sanitario, obbligo per le Regioni di fornire standard omogenei in tutto il Paese.

A testimoniare il cambio di prospettiva che la legge ha comportato, è in primo luogo l'obbligo per medici e infermieri di monitorare il dolore dei pazienti, a prescindere dalla patologia per la quale vengono ricoverati, e di registrarlo nella cartella clinica.

La legge inoltre semplifica la prescrizione dei medicinali per il trattamento dei pazienti affetti da dolore severo: per la prescrizione dei farmaci oppioidi tutti i medici dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale possono impiegare il normale ricettario, senza dover più ricorrere a quello speciale.

Altra grande innovazione prevista dalla legge è la realizzazione di due reti assistenziali distinte, costituite da ospedali e strutture sanitarie attive sul territorio: una rete, a cui afferiscono gli hospice, assicura l'applicazione delle cure palliative ai malati terminali, l'altra, di cui fanno parte Centri e Ambulatori di Terapia del Dolore, garantisce l'assistenza ai pazienti con dolore cronico.

Criticità e differenze regionali

A quasi quattro anni dall'emanazione della Legge 38/2010, sono stati fatti molti passi in avanti: è aumentato il numero di hospice per malati terminali ospedalizzati negli ultimi giorni di vita, sono migliorate le cure palliative domiciliari con conseguente riduzione del numero di pazienti oncologici terminali ospedalizzati negli ultimi giorni di vita, si è registrata un'intensificazione di corsi di formazione e di sensibilizzazione sulla terapia del dolore. Ma la strada è ancora lunga, molte sono le barriere culturali da abbattere non solo tra i pazienti ma tra gli stessi operatori sanitari.

Uno degli aspetti più critici è quello dell'**appropriatezza prescrittiva** delle terapie per il controllo del dolore cronico che si declina con marcata disomogeneità interregionale, rendendo così difforme l'accessibilità delle cure con conseguente disparità di trattamento tra i pazienti.

Per quanto la Legge 38/2010 abbia semplificato le modalità prescrittive dei farmaci oppioidi, l'Italia occupa il primo posto in Europa per consumo di farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) nella cura del dolore, mentre è agli ultimi posti per consumo di farmaci oppioidi. È pur vero che a partire dal primo anno di applicazione della Legge, l'uso di farmaci oppiacei nella terapia del dolore è aumentato, ma il loro consumo rimane comunque di molto inferiore a quello dei non oppioidi.

Il consumo di morfina e derivati è ritenuto dall'OMS l'indice di civiltà di un Paese, perché costituisce un buon indicatore degli interventi che quel Paese attua per la riduzione e il controllo del dolore.

Secondo i dati presentati nel Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 38/2010 relativo all'anno 2012¹, si evidenzia un incremento del consumo medio nazionale pro-capite degli oppioidi, più marcato per gli oppioidi forti rispetto ai deboli. Per quanto riguarda gli oppioidi forti, tale aumento è stato rilevato in tutte le regioni con valori più elevati in Friuli Venezia Giulia, Liguria, Valle D'Aosta, Toscana e Piemonte.

Risultati meno positivi si desumono invece, come anticipato, dalla lettura dei dati riguardanti il consumo pro-capite di oppioidi deboli: in tal caso si registra un aumento del valore nazionale pro-capite notevolmente più contenuto rispetto all'aumento rilevato per gli oppioidi forti e dettagliando l'analisi a livello regionale, si osserva che solo la Toscana e la Lombardia concorrono a determinare l'aumento in modo rilevante, mentre si rileva un'invarianza nei consumi in Valle D'Aosta, Basilicata e Molise nonché un lieve decremento in Abruzzo, Puglia e Calabria.

Nonostante le linee guida internazionali ricettive delle evidenze della letteratura scientifica più recente limitino l'impiego dei FANS ai casi di dolore lieve e per periodi di più breve durata possibile (poiché esercitano un'azione esclusivamente periferica e un incremento del dosaggio oltre quello massimo non produce un maggior effetto analgesico, bensì un incremento degli effetti collaterali), oggi questi farmaci sono ancora eccessivamente prescritti. Eppure, sono stati scientificamente documentati i vantaggi degli oppioidi che, se prescritti correttamente, possono essere utilizzati per lunghi periodi e con minori effetti collaterali rispetto ai FANS, anche in età avanzata.

Esposti a maggior rischio sono i pazienti affetti da scompenso cardiaco moderato e grave, cardiopatia ischemica, patologie cerebrovascolari e arteriose periferiche per i quali l'uso di FANS è controindicato, come ben esplicitato e documentato dalla Nota AIFA n. 66 (entrata in vigore il 24.08.12, G.U. 197)². Eppure di dati forniti dal rapporto OsMed 2011 dell'AIFA³ evidenziano persistenti sacche di inappropriata prescrittiva: quasi il 4% dei soggetti a rischio cardiovascolare fa uso improprio di FANS, assumendoli per oltre 90 giorni all'anno, percentuale che risulta più elevata nelle regioni del Sud, assestandosi intorno al 5%.

Restando nell'ambito delle disparità regionali, rileva sottolineare che ad oggi in Emilia Romagna, regione peraltro particolarmente sensibile al tema del dolore cronico, non è ancora stato inserito

¹ http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1992_allegato.pdf

² <http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/nota-66>

³ <http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/luso-dei-farmaci-italia-rapporto-osmed-2012>

nel prontuario terapeutico regionale - come invece avvenuto in tutte le altre – il farmaco oppioide che contiene la combinazione ossicodone-naloxone. Tale farmaco ha il vantaggio di svolgere una duplice azione: da una parte, grazie all’ossicodone (che è un agonista dei recettori oppioidi al livello del sistema nervoso centrale), esercita azione anti-dolorifica, dall’altra, grazie al naloxone (che agisce come antagonista dei recettori degli oppioidi), contrasta la stipsi, l’effetto collaterale più frequente conseguente all’uso di oppioidi che inficia pesantemente la qualità di vita dei pazienti già compromessa dalla patologia di base. Ciò impedisce di fatto agli ospedali e ai medici di averlo a disposizione per trattare al meglio i propri pazienti che devono necessariamente ricorrere ad altri farmaci, che non sono rimborsabili, per contrastare stipsi e disturbi gastrointestinali.

CAPITOLO 5. ONDa E IL DOLORE CRONICO

Da anni ONDa, come Osservatorio Nazionale sulla salute delle Donne, è attivamente impegnato sul fronte del dolore cronico, in quanto problematica di grande rilevanza clinico-epidemiologica per la popolazione femminile, e promotore di molteplici attività volte a migliorare l’appropriatezza terapeutica e l’accesso alle cure sul territorio.

Progetto ONDa 2012-2013 “MediciNoDolore”

Il progetto ha coinvolto due regioni pilota, Lazio e Piemonte.

Sono stati organizzati due tavoli tecnici sul dolore, rispettivamente a Torino (27.09.12) e a Roma (29.10.12), volti a sensibilizzare gli stakeholder locali rappresentati da Associazioni, medici e Istituzioni sull’importanza dell’appropriatezza delle cure e sull’applicazione della Legge 38/2010. I risultati sono stati divulgati attraverso un comunicato stampa.

È stata inoltre avviata un’attività per la costituzione di una rete territoriale di medici di medicina generale attenti alla tematica del dolore, coinvolgendo le Asl di Biella e Viterbo e offrendo a quelli interessati la possibilità di partecipare ad un corso di formazione online accreditato sul tema del dolore e delle cure palliative.

Infine nel marzo 2013 è stata inviata una comunicazione a firma della Presidente dell’Osservatorio all’Assessore Politiche per la salute della Regione Emilia Romagna, al fine di sollecitare l’inserimento nel prontuario terapeutico regionale, come avvenuto in tutte le altre Regioni italiane, dell’ossicodone-naloxone.

Progetto ONDa 2014

Con l’obiettivo di contribuire al doveroso recupero dell’appropriatezza terapeutica nella gestione del dolore cronico, abbiamo deciso di coinvolgere su questo tema gli ospedali afferenti al Network Bollini Rosa, una rete di 230 strutture premiate dall’Osservatorio per la particolare attenzione rivolta alla salute femminile (www.bollinirosa.it).

Abbiamo quindi inviato a tutti gli ospedali, nel febbraio scorso, una comunicazione per promuovere un’importante iniziativa che ha preso le mosse nel salernitano, avente lo scopo di sensibilizzare la classe medica sulla necessità di una maggiore appropriatezza terapeutica nel

trattamento del dolore cronico in pazienti cardiopatici. A fronte degli attuali protocolli terapeutici, risulta, infatti, cruciale un'opera di sensibilizzazione dei medici di medicina generale sul corretto trattamento del dolore cronico benigno nel paziente cardiopatico per un doveroso recupero dell'appropriatezza terapeutica; quest'ultima, oltre a garantire un'adeguata qualità di vita al paziente, è un obiettivo fondamentale di salute pubblica e rappresenta un prezioso strumento di razionalizzazione della spesa farmaceutica.

Nel settembre 2013 l'Ospedale di Roccadaspide ha avviato, coinvolgendo le Unità Operative di Cardiologia, Chirurgia, Lungodegenza Riabilitativa, Medicina e Ortopedia, il progetto pilota *Cardiopain*, che prevede l'inserimento nella lettera di dimissione ospedaliera di un esplicito ammonimento in merito all'uso di farmaci antinfiammatori non steroidei e di inibitori selettivi della COX-2 nei soggetti cardiopatici⁴. L'iniziativa, che si propone di attuare concretamente gli orientamenti prescrittivi contenuti nella Nota AIFA n. 66, ha ricevuto l'encomio da parte della stessa Agenzia Italiana del Farmaco⁵ ed è stata citata quale modello di riferimento dalla Direzione Sanità della Regione Piemonte che, con comunicazione ufficiale⁶, ha invitato tutte le Aziende Sanitarie e le Strutture di Terapia Antalgica ad applicare le direttive della Nota in oggetto "al fine di una sempre maggior tutela del paziente e di una maggiore collaborazione tra ospedale e territorio in tema di appropriatezza prescrittiva dei farmaci analgesici".

Prendendo spunto dal virtuoso progetto dell'Ospedale di Roccadaspide replicato dalla Regione Piemonte, abbiamo dunque deciso di invitare i "nostri" ospedali con i Bollini Rosa ad aderire a questa importante iniziativa, segnalandoci le eventuali azioni concrete intraprese.

Vi riportiamo di seguito l'elenco degli ospedali Bollini Rosa, suddivisi per regione, che ad oggi hanno accolto il nostro invito.

⁴ http://www.cittadiroccadaspide.it/cardiopain_lisola_che_ce.html

⁵ Comunicato AIFA n. 323 del 2.10.13

⁶ Regione Piemonte, Protocollo n. 032/DB2016, 2.01.14

ELENCO OSPEDALI PROGETTO CARDIOPAIN

REGIONE	OSPEDALE	PV	COMUNE
Abruzzo	Ospedale Civile S.Salvatore	AQ	L'aquila
Abruzzo	Ospedale Civile Spirito Santo	PE	Pescara
Basilicata	C.R.O.B. - I.R.C.C.S.	PZ	Rionero In Vulture
Calabria	Presidio Ospedaliero S. Annunziata	CS	Cosenza
Campania	A.O.OO.RR.S.Giovanni di Dio e Ruggi D'Ar	SA	Salerno
Campania	A.O.U. Federico II di Napoli	NA	Napoli
Emilia-Romagna	Azienda Osped.-Universitaria di Modena	MO	Modena
Friuli-Venezia Giulia	Casa di cura Privata S.Giorgio Spa	PN	Pordenone
Friuli-Venezia Giulia	Az.Osp.Univ. Ospedali Riuniti di Trieste	TS	Trieste
Lazio	Ospedale Pediatrico Bambin Gesù	RM	Roma
Lazio	Ospedale S. Filippo Neri	RM	Roma
Lazio	Policlinico Umberto I	RM	Roma
Liguria	Ospedale San Paolo	SV	Savona
Lombardia	A.O. Ospedale Maggiore - Crema	CR	Crema
Lombardia	Ospedale di Circolo A. Manzoni - Lecco	LC	Lecco
Lombardia	Ospedale di Treviglio e Caravaggio	BG	Treviglio
Lombardia	Irccs S. Raffaele - Milano	MI	Milano
Lombardia	IRCCS Fondazione S. Maugeri di Pavia	PV	Pavia
Lombardia	Presidio Ospedaliero C. Poma - Mantova	MN	Mantova
Marche	Presidio Ospedaliero di Fermo	FM	Fermo
Piemonte	Ospedale Maria Vittoria	TO	Torino
Piemonte	A.O. Città Salute e Scienza P.O. S. Anna	TO	Torino
Piemonte	A.O.U. Maggiore della Carità di Novara	NO	Novara
Puglia	P.O. S. Paolo	BA	Bari
Sardegna	A.O.U. Cagliari	CA	Cagliari
Sicilia	A.O.U. Pol. Vitt. Eman. -P.O. G.Rodolico	CT	Catania
Toscana	Azienda Ospedaliera Universitaria Senese	SI	Siena
Veneto	Ospedale SS. Giovanni e Paolo	VE	Venezia
Veneto	Ospedale Dell'Angelo	VE	Mestre