

PARLA **FURIO ZUCCO**. Per il presidente della Società italiana di cure palliative occorre investire di più sull'algologia

«Lotta al dolore sottofinanziata»

Drg e voucher regionali inferiori alle spese effettive per visite, Aci e assistenza in centri dedicati

«È un'impresa che non sarà mai in pareggio»

Cosa succede nella vita di un malato dopo il pronunciamento di una sentenza d'inguaribilità? Nel 90% dei casi il paziente terminale continua a combattere con un nemico insidioso: il dolore, che spesso lo accompagna per tutto il tempo della sua esistenza, giorni, più spesso mesi o anni. Per migliorare la qualità della vita di queste persone in Italia esiste una rete di hospice e assistenza domiciliare per le cure palliative. Ma il dolore può essere esso stesso una malattia, un evento acuto (come nel parto o il dolore post-operatorio) o cronico (basta pensare all'artrite negli anziani, alle nevralgie del trigemino, all'arteriopatia obliterante o all'herpes zoster. In entrambi i casi, le terapie oggi mirano ad alleviare la sofferenza fisica e psicologica alla quale è sottoposto il paziente. Dopo l'annuncio della chiusura del centro antidolore della Fondazione San Raffaele di Milano, che ha suscitato polemiche e riflessioni, parla **FURIO ZUCCO**, presidente della **Sicp** (Società italiana di cure palliative). La società scientifica è impegnata da anni a diffondere in Italia la cultura della cura della sofferenza: un compito difficile anche per una questione economica di fondo. «La terapia del dolore è

un'impresa che non sarà mai in pareggio», afferma infatti il suo presidente.

Che dimensioni ha il fenomeno del dolore sia come malattia sia come conseguenza di una patologia in stadio evolutivo?

In Italia ogni anno 160mila persone muoiono di cancro e 100mila per altre malattie in fase evolutiva. Almeno il 90% di questi pazienti avrebbe bisogno di cure palliative, ma in realtà solo venti su cento vengono inseriti nei programmi appositi. Numeri ancora più rilevanti riguardano il dolore cronico tout court, che, pur non essendo legato a una fase terminale dell'esistenza, ha ricadute importanti sulla qualità di vita degli individui. Basta un dato: il recente studio «Pain in Europe», condotto sulla base di interviste telefoniche, ha dimostrato che in Italia una persona su tre ha provato dolore per più di sei mesi.

Qual è l'approccio terapeutico attuale nelle cure palliative?

È necessario che il paziente ottenga una diagnosi corretta e tempestiva, dopo la quale è possibile decidere una terapia che deve essere personalizzata, per rispondere alle caratteristiche della sua sofferenza. Anche se la parte farmacologica della cura si basa soprattutto sugli oppiacei maggiori. Tra i più utilizzati ci sono l'ossicodone, che agisce su alcune forme di dolore refrattario anche non neoplastico, la buprenorfina e il fentanyl. Di quest'ultimo è stato recentemente messo in commercio uno stick che il paziente può usare da solo mettendolo a contatto con la mucosa orale in caso di *breakthrough pain*, cioè crisi di dolore acuto: un metodo veloce ed efficace quanto un'inie-

zione endovenosa. Dal 2005 tutti i farmaci anti-dolore sono stati finalmente inseriti nella fascia A, sono, quindi, completamente rimborsati dal Ssn. Da tempo, poi, le procedure per la prescrizione sono state semplificate. Eppure la spesa per gli oppiacei in Italia rappresenta appena lo 0,2% del totale. Purtroppo gli stessi medici hanno ancora dei pregiudizi nei confronti di questi farmaci.

Di quali altri strumenti terapeutici dispone l'algologo?

Oppiacei associati ad an-

estetici possono essere somministrati anche attraverso microinfusori impiantati sottopelle. Infine, si può ricorrere alla neuromodulazione elettrica. Si impiantano elettrodi midollari collegati a uno stimolatore esterno che, dando impulsi elettrici continui, attenua la sintomatologia antalgica. Dopo un periodo di prova di 1-3 settimane, se il risultato è buono, si impianta un peacemaker sottocutaneo.

Con la legge 139 del 1999 lo Stato ha stanziato circa 200 milioni di

euro per creare una rete regionale di circa 200 hospice. Quanti sono oggi?

Stime non ufficiali parlano di 110-120 strutture. Ora la **Sicp**, insieme al ministero della Salute, sta redigendo un libro bianco per aggiornare la mappa.

Perché in questo periodo si è sollevata la questione della sostenibilità economica di questo tipo di cura?

Dal 2001 le cure palliative sono entrate a far parte dei Livelli essenziali di assistenza (Lea). Ciò vuol di-

re che lo Stato deve assicurarle gratuitamente ai cittadini. Generalmente, le Asl comprano e programmano i servizi sanitari da chi, ente pubblico o privato o associazione non profit, può offrirglieli. In alcune Regioni, come in Lombardia, si dà alla famiglia del paziente un voucher spendibile in strutture accreditate dalla stessa Regione. In ogni caso, il problema è che le cifre previste sono troppo basse e non coprono il costo di produzione delle cure.

Qualche esempio?

Il voucher lombardo per i malati terminali prevede 620 euro mensili, cioè 20 euro al giorno. La Regione Piemonte ha stabilito una tariffa (esclusi farmaci e presidi) di 70 euro per l'assistenza domiciliare. Ma il costo effettivo per giorno a paziente in hospice è di 260-280 euro e per l'assistenza a casa di non meno di 90-100 euro.

E per quanto riguarda i centri di terapia del dolore come quello del San Raffaele?

Anche qui, il break-even è irraggiungibile. Per un semplice fatto: il rimborso previsto dal Drg nazionale è molto al di sotto delle necessità. Prendiamo le prestazioni ambulatoriali, che rappresentano l'80% degli interventi legati alla cura del dolore: la visita di un algologo dura in media un'ora. Il costo di produzione è dato dalla somma della tariffa per il medico, 45-50 euro circa, di quella per l'infermiere, 20-25 euro circa, più i costi generali della struttura. Si arriva a 80-90 euro circa, ma il rimborso è sempre di 23 euro. Più visite si fanno, più ci si perde. Finché non aumenterà il Drg questo meccanismo rischia di trasformare dal punto di vista economico i centri per il dolore in un buco nero.

È di questo che avete parlato al congresso annuale della **Sicp**, che si è svolto dal 26 al 29 aprile?

Il congresso è soprattutto un momento di confronto scientifico e di aggiornamento, ma è ovvio che si è giunti a un punto tale di difficoltà che bisogna necessariamente trovare il modo di portare la questione delle terapie del dolore all'attenzione del grande pubblico. ◊

BIOGRAFIA

Furio Zucco, 55 anni, è direttore del dipartimento di Anestesia-rianimazione, cure palliative, terapia del dolore, hospice e ospedalizzazione domiciliare dell'azienda ospedaliera «G. Salvini» di Garbagnate Milanese. L'Unità di cure palliative e terapia del dolore è dotata di 10 posti letto hospice, di due posti letto per il ricovero di terapia del dolore, di due letti di day hospital ed è operativa anche nell'ambito dell'ospedalizzazione domiciliare.

Zucco si è laureato in Medicina e chirurgia nel 1976 all'Università di Milano, dove si è specializzato in Anestesia e rianimazione e terapia fisica e riabilitazione. La passione per la cura del dolore è nata a Venezia nel 1978 durante il primo congresso internazionale sul dolore da cancro organizzato da Vittorio Ventafredda e Virgilio Fioriani. Dal 1999 al 2004 è stato presidente della Federazione cure palliative. Dal 2003 è membro del Comitato scientifico della Fondazione Fioriani, la prima associazione che ha diffuso la cultura delle cure palliative in Italia. Dal 2004 è presidente della Società italiana per le cure palliative (Sicp).

Ha partecipato come rappresentante della Lombardia alla stesura dei documenti tecnici per gli accordi sulle linee guida per le cure palliative e di «Ospedale senza dolore» (Osd). È attivo nel settore della formazione in cure palliative e in terapia del dolore, sia come organizzatore di corsi sia come docente nei master universitari. È professore a contratto all'Università Bicocca per la terapia del dolore e per le cure palliative. ◊

Terapie lenitive scarse per i baby pazienti Medicinali antalgici, Sos bimbi

Se le terapie antidolore sono poco prescritte agli adulti, la situazione è ancora più critica per i bambini, per i quali scarseggiano farmaci adatti o almeno valutati in appositi trial. In un recente studio pubblicato sulla rivista «Cancer» è stato dimostrato che un trattamento con fentanyl transdermico in età pediatrica è sicuro ed efficace. Lo studio è stato effettuato in 66 centri oncologici di tutto il mondo e prevedeva una fase di terapia iniziale ad alte dosi per 15 giorni, seguita da tre mesi a dose di mantenimento. I pazienti selezionati avevano dai 2 ai 19 anni e la causa del dolore cronico era variabile, comprendendo sia tumori sia altre malattie.

La dose di antidolorifico dipendeva dal peso del piccolo paziente e dai sintomi, e l'intensità del dolore prima e dopo la cura è stata valutata con una scala visiva nei più piccoli e numerica nei più grandi. Man mano che il dolore calava, i bambini miglioravano anche dal punto di vista emotivo e cognitivo. Gli esperti, nella discussione che accompagna lo studio, si concentrano sulla necessità e l'importanza delle cure palliative in età pediatrica, in particolare per quanto riguarda la via di somministrazione dei farmaci. Spesso i piccoli nella fase terminale della vita hanno difficoltà di deglutizione, e le cure somministrate endovena ne limitano l'autonomia. La possibilità di ricorrere anche per loro al cerotto transdermico costituisce quindi un indubbio vantaggio. ◊

La denuncia della National hospice and palliative care organization Negli Usa fiorisce l'industria dell'hospice

In Italia chiudono i reparti di cure palliative e negli Stati Uniti, invece, la National hospice and palliative care organization, un ente non profit dedicato alle terapie del dolore, denuncia il fiorire di hospice e centri specializzati a fini di lucro, in un ambito dove, fino a pochi anni fa, dominava il non profit.

Una contraddizione solo apparente, dal momento che negli Usa le assicurazioni sulla salute riconoscono compensi molto maggiori di quelli italiani alle strutture che alleviano le sofferenze. Con l'invecchiamento della popolazione, la terapia del dolore è diventata un business interessante, dal momento che nel 2004 gli hospice statunitensi hanno ricoverato oltre un milione di persone.

Oltre agli ospedali per pazienti terminali, gli investimenti coinvolgono anche le

numerose strutture di assistenza domiciliare e infermieristica, che fanno capo alle grosse compagnie coinvolte nel mondo della salute. Tanto interesse dal punto di vista economico è una sorpresa e in parte anche uno shock per gli Stati Uniti, dove le cure palliative ospedaliere sono nate nel 1974 sulla spinta di movimenti culturali legati all'area progressista e fortemente ideologizzati.

Medicare, il sistema pubblico di copertura assicurativa per gli anziani afferma che gli hospice sono comunque una strategia economicamente vincente per tutti, dal momento che il trattamento di un malato con meno di sei mesi di prognosi costa all'hospice circa 100 dollari al giorno: Medicare ne rimborsa 125, ma una giornata di ospedale le costerebbe fino a 500 dollari.