



*Ministero del Lavoro, della Salute
e delle Politiche Sociali*

Terapia del dolore e cure palliative: il progetto sperimentale per la creazione di reti assistenziali

Aprile 2009

La Conferenza Stato Regioni il 25 marzo scorso ha approvato la proposta per la realizzazione degli Obiettivi prioritari di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2009.

Il documento approvato individua linee guida per lo sviluppo di progetti da parte delle Regioni vincolando per la terapia del dolore e le cure palliative risorse pari a 100 milioni di euro. L'obiettivo è superare il deficit assistenziale e la disomogeneità a livello territoriale che a tutt'oggi permangono nonostante gli sforzi compiuti, sia a livello nazionale che da parte delle Regioni e delle Province.

Il dolore: un'emergenza medica, sanitaria e sociale

Il dolore è tra tutti i sintomi, quello che più mina l'integrità fisica e psichica del paziente e maggiormente angoscia e preoccupa i familiari, con un notevole impatto sulla qualità della vita, la capacità lavorativa e le relazioni sociali. Il dolore oncologico è un sintomo presente nel 96% dei malati in assistenza palliativa ed il dolore non oncologico rappresenta "un'emergenza" sanitaria che interessa tutte le età, ed in particolare nella forma cronica, ha un'incidenza nella popolazione di circa il 25-30% (Pain in Europe. EJP 2006). Si distinguono tre tipologie diverse di dolore (acuto, cronico e procedurale), ciascuna con differenti caratteristiche cliniche di durata e

risposta alla terapia. Il dolore cronico, definito come un dolore che si protrae oltre il normale decorso di una malattia acuta o al di là del tempo di guarigione previsto, rappresenta quello con l'impatto sociale maggiore e con costi elevati per il Servizio Sanitario Nazionale. Sempre a livello europeo, esistono diversi studi che quantificano il peso economico del dolore cronico, evidenziando un'incidenza notevole sia in termini di costi diretti per l'assistenza sanitaria, sia in termini di giornate di lavoro perse. Va sottolineato che il dolore cronico invalidante non si presenta solo in campo oncologico, ma riguarda una serie di patologie a grande diffusione.

Gli attuali ritardi nella terapia del dolore

Ancora oggi in Italia si registra una forte resistenza all'impiego di farmaci analgesici oppioidi nel trattamento del dolore severo. Eppure uno degli indicatori impiegati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per la misurazione della qualità della vita e dell'adeguatezza dei trattamenti per curare tutti i tipi di dolore si basa sulle dosi pro-capite di morfina e farmaci oppioidi utilizzati.

Una recente ricerca mostra che in Italia il consumo di farmaci oppioidi è aumentato tra il 2006 e il 2007 sia come confezioni vendute (circa +13%) sia come spesa pro-capite rimborsata dal SSN (da 0,35 euro a 0,67). Nonostante l'incremento, l'Italia rimane tra gli ultimi paesi in Europa nella classifica per consumo di questa categoria di farmaci: le difficoltà nella prescrizione di questi medicinali sono dovute principalmente alla scarsa cultura del medico ed alla necessità di ricorrere ad un ricettario speciale. Inoltre, il dolore non è uno dei parametri normalmente misurati negli ospedali, come la pressione del sangue o la temperatura, e non viene riportato in cartella clinica come accade già dal 2001 negli Stati Uniti.

Nonostante l'emanazione in passato di atti normativi su questi temi importanti quali la Legge 39/99, che prevedeva in ciascuna Regione la realizzazione di strutture dedicate all'assistenza palliativa e di supporto, e il progetto "Ospedale senza dolore", la risposta assistenziale nel Paese è ancora scarsa e lacunosa.

Di fatto si è creato un vuoto assistenziale sulle tematiche riguardanti il dolore, sia nelle forme croniche sia in quelle relative alla fine della vita, con una particolare evidenza in ambito pediatrico.

Quello che manca sono reti regionali

strutturate di terapia del dolore.

I centri e gli ambulatori di terapia antalgica presentano caratteristiche diverse, una disomogenea distribuzione sul territorio e non ci sono percorsi strutturati e condivisi con i Medici di medicina generale (MMG) e i Pediatri. Inoltre non è garantita l'equità di accesso alla Terapia del dolore per carenza di coordinamento tra Ospedale e territorio. Del resto l'iter formativo pre e post-laurea del medico non prevede la terapia del dolore e le cure palliative tra gli insegnamenti "obbligatori" del Corso di Laurea di Medicina e Chirurgia e delle professioni sanitarie. La mancanza di una formazione di base condivisa, seppur differenziata per competenze, tra i differenti professionisti che operano sul territorio e nelle strutture ospedaliere, ostacola ulteriormente la definizione e l'attuazione di percorsi assistenziali per le principali patologie dolorose.

Al fine di fornire risposte al complesso delle problematiche relative alle cure palliative e alla terapia del dolore il Ministero ha elaborato un nuovo modello assistenziale.

Un nuovo modello assistenziale integrato nel territorio

Al fine di superare le carenze attuali si è studiato un progetto complessivo di rete assistenziale per cure palliative e terapia del dolore che riorganizzi e metta a sistema le risorse esistenti. In particolare è stato individuato un modello organizzativo integrato nel territorio nel quale il livello assistenziale viene scomposto in 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 Medici di Medicina Generale (MMG).

Alla base del modello vi è dunque la creazione di una rete di AFT in grado di fornire una prima risposta concreta alle esigenze dei cittadini, fungendo da "triage" per i centri hub e spoke, riducendo così il ricorso al pronto soccorso per la cura del dolore.

Per rispondere alle particolari necessità del paziente pediatrico, si prevede un'ulteriore declinazione del modello basata sull'organizzazione di centri di riferimento di terapia del dolore pediatrici (hub) per problemi specialistici su macroarea, e l'abilitazione di pediatri ospedalieri e di libera scelta (in rete con il centro di riferimento) alla gestione della gran parte delle situazioni dolorose di più facile trattamento.

L'introduzione del nuovo modello assistenziale

Il progetto prevede in via sperimentale nell'anno 2009 il coinvolgimento di quattro Regioni, Lazio, Emilia Romagna, Veneto e Sicilia con il coordinamento della regione Emilia Romagna. Questa fase ha l'obiettivo di migliorare l'approccio al paziente con dolore acuto e cronico da parte dei MMG e dei pediatri attraverso:

- La formazione di formatori (FF) MMG e pediatri. Questi devono acquisire le competenze per formare i medici di medicina generale e pediatri dell'area sede di sperimentazione. I "formatori" saranno preparati dalle principali associazioni di categoria per ogni area di sperimentazione: 1 ogni 50 MMG e pediatri dell'area prescelta, utilizzando i criteri della disponibilità e delle competenze formative. Questo processo assicurerà una adeguata assistenza ad oltre 4.000.000 di cittadini nelle regioni coinvolte dalla sperimentazione.
- L'elaborazione di un prototipo di guida a rapida consultazione, aggiornabile, basata su schede diagnostico-terapeutiche con algoritmi e flow-chart, per supportare l'attività assistenziale dei MMG e dei pediatri.

L'area di sperimentazione è identificata in base alla presenza di centri e di ambulatori di terapia del dolore che potranno esercitare funzioni di Hub. La Commissione Ministeriale che ha elaborato il progetto ha stabilito di adottare per l'identificazione dei centri Hub e Spoke i requisiti di accreditamento elaborati dalla Regione Emilia Romagna che coordina il progetto.

Viene istituito un gruppo di progetto, composto da esperti di terapia antalgica, cure palliative e di formazione, che predisporrà i pacchetti formativi, gestirà i corsi di formazione ed elaborerà la bozza-prototipo della guida a rapida consultazione.

L'introduzione del nuovo modello assistenziale

Il Progetto formativo si struttura su tre moduli:

- Il *train to trainer*, l'autoformazione ed eventualmente i role playng.
- La formazione a distanza, che può comprendere l'autoformazione.
- L'aggiornamento del processo attraverso forme di implementazione culturale e di aggiornamento organizzativo in e-learning.

Per monitorare e valutare l'efficienza e l'efficacia delle reti si istituisce un Osservatorio sulle cure palliative e sulla terapia del dolore per raccogliere ed analizzare specifiche informazioni sulle strutture esistenti, sulla loro organizzazione, sulle prestazioni erogate e sulla loro qualità.