

16 ottobre 2024

DOLORE CRONICO: MODELLI ORGANIZZATIVI PER UNA PRESA IN CARICO APPROPRIATA E INTEGRATA



Progetto di:



PREMESSE

Il documento è stato redatto a seguito del tavolo tecnico organizzato in modalità virtuale il 16 ottobre 2024 da Fondazione Onda ETS e patrocinato da AISD Associazione Italiana per lo Studio del dolore, Cittadinanzattiva, FederDolore, Fondazione ISAL e SIMG Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure primarie.

All'evento hanno partecipato:

- **Americo Cicchetti**, Direttore generale Programmazione sanitaria, Ministero della Salute
- **Tiziana Nicoletti**, Coordinamento nazionale Associazioni dei Malati Cronici, Cittadinanzattiva
- **William Raffaelli**, Presidente Fondazione Isal - membro Consiglio Direttivo di FederDolore
- **Francesca Merzagora**, Presidente, Fondazione Onda ETS
- **Nicoletta Orthmann**, Direttrice medico-scientifica Fondazione Onda ETS
- **Virgilia Toccaceli**, Coordinatrice Gruppo di Lavoro Interistituzionale ISS-ISTAT-ISAL per lo studio e la ricerca sul dolore cronico
- **Luca Pinto**, Principal RWS IQVIA
- **Brunello Brunetto**, Presidente Commissione Salute e Sicurezza Sociale, Consiglio Regione Liguria (intervento preregistrato)
- **Valeria Messina**, Segretaria provinciale SIMG Genova
- **Matteo Padua**, Dirigente medico S.C. Anestesia e Rianimazione Ente Ospedaliero Ospedali Galliera, Genova
- **Fabrizio Priano**, Capo di Gabinetto, in rappresentanza di Federico Riboldi, Assessore Sanità, Livelli essenziali di assistenza, Prevenzione e sicurezza sanitaria, Edilizia sanitaria, Regione Piemonte
- **Simonetta Miozzo**, Segretaria regionale SIMG Piemonte
- **Nicola Luxardo**, Direttore Struttura Complessa Terapia del Dolore, ASL Città di Torino - Coordinatore Rete Terapia del Dolore Regione Piemonte - Membro Consiglio Direttivo AISD, Associazione Italiana per lo Studio del Dolore
- **Emanuele Monti**, Presidente Commissione Sostenibilità sociale, casa e famiglia, Regione Lombardia (intervento preregistrato)
- **Massimiliano Franco**, Segretario regionale SIMG Lombardia
- **Paolo Notaro**, Direttore S.C. Terapia del Dolore, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

L'incontro voleva rappresentare un'occasione di confronto tra Istituzioni, specialisti e medici di Medicina generale delle tre Regioni coinvolte (Liguria, Piemonte e Lombardia) sulle criticità di accesso alla rete territoriale e di presa in carico dei pazienti con dolore cronico nonché sulle possibili strategie di intervento.

L'IMPEGNO DI FONDAZIONE ONDA ETS PER IL DOLORE CRONICO

Il tema del dolore cronico rappresenta una delle aree di maggior impegno per Fondazione Onda ETS, in considerazione della connotazione di genere, delle dimensioni epidemiologiche e dell'impatto altamente invalidante psico-fisico, socio-relazionale e lavorativo. Ad oggi manca una cultura condivisa sul dolore cronico, che lo riconosca come patologia a sé e non come sintomo: questo gap rappresenta uno dei principali ostacoli di accesso ai percorsi dedicati di diagnosi e cura.

Sul tema sono stati realizzati materiali informativi[1] e campagne social, dalle quali è emerso un vissuto di profonda sofferenza per il senso di solitudine, incomprensione, frustrazione e sfiducia rispetto alle possibilità di cura.

Nel 2023 è stata condotta in collaborazione con l'istituto partner Elma Research l'indagine conoscitiva "Il dolore cronico presso la popolazione italiana" (campione di 300 donne e 300 uomini)[2]. La ricerca ha rilevato che per circa il 60% di coloro che hanno ricevuto una diagnosi di dolore cronico l'intensità del dolore è molto elevata e che oltre la metà delle persone che soffrono di dolore cronico vive tale condizione come difficile (69%), molto limitante (62%) e causa di una vera e propria disabilità psico-fisica (59%). L'informazione sul dolore cronico risulta piuttosto superficiale e ritenuta sufficiente solo dal 16% del campione. Il 55% degli intervistati vorrebbe sapere di più.

Altro dato significativo riguarda i tempi della diagnosi, che giunge in media a distanza di tre anni dall'insorgenza dei sintomi.

Fondazione Onda ETS è tra i firmatari del "Manifesto sul dolore: proposte per una migliore gestione dei pazienti con dolore cronico", che coagula l'impegno di Società scientifiche e organizzazioni che rappresentano la società civile e i pazienti e che ha l'obiettivo di migliorare i percorsi diagnostico-terapeutici dedicati al dolore cronico ai fini di una presa in carico tempestiva, appropriata, omogenea e integrata. Il documento è stato discusso in occasione del Tavolo tecnico regionale Lazio, organizzato da Fondazione Onda ETS nel settembre 2021 in modalità virtuale[3], ed è stato presentato in Senato nel marzo 2023.

[1] <https://fondazioneonda.it/it/pubblicazione/dolore-cronico-conoscerlo-comunicarlo-e-curarlo/>

[2] <https://fondazioneonda.it/it/indagine/il-dolore-cronico-presso-la-popolazione-italiana/>

[3] <https://fondazioneonda.it/it/appuntamenti-onda/tavolo-tecnico-regionale-lazio-presentazione-del-manifesto-sul-dolore-cronico/>

INTERVENTI ISTITUZIONALI

Ministero della salute

Il Professor Cicchetti ha sottolineato la rilevanza della tematica per il Ministero della salute, evidenziando il ruolo cruciale della innovazione non solo tecnologica ma anche organizzativa, volta a valorizzare le risorse messe a disposizione e le competenze professionali.

Ha sottolineato poi l'importanza della comunicazione rivolta ai pazienti e ai cittadini, citando il Bollino Rosa di Fondazione Onda ETS come esempio di iniziativa per migliorare il rapporto tra il sistema sanitario e le persone.

Da ultimo, ha posto l'accento sull'importanza di creare reti multiprofessionali e interdisciplinari, di definire PDTA partendo da un'analisi dei processi nonché di misurare l'efficienza e l'efficacia dei percorsi di cura attraverso indicatori specifici.

Cittadinanzattiva

La Dottoressa Nicoletti ha focalizzato il suo intervento su quattro aspetti cruciali: la formazione, l'informazione, la comunicazione e l'organizzazione dei servizi territoriali. Ancora oggi gli operatori sanitari risultano poco sensibili all'attenzione al dolore; inoltre, non sempre informano i cittadini dell'esistenza di una legge che prevede la possibilità di non soffrire inutilmente.

Servono azioni di potenziamento nella formazione sul dolore rivolta a tutta la classe medica, a partire dal medico di Medicina generale (MMG), punto di riferimento di tutti i cittadini, specialisti, infermieri, personale del Pronto soccorso. A questi vanno aggiunti anche i datori di lavoro.

Inoltre, è utile informare cittadini e pazienti sui centri di riferimento – spesso la persona non sa dove andare e a chi rivolgersi – nonché strutturare percorsi comuni, che partano dal territorio in quanto primo punto di accesso e che siano collegati con gli specialisti dei centri del dolore, favorendo la circolarità delle informazioni e una risposta tempestiva e appropriata ai bisogni delle persone.

INTERVENTI ISTITUZIONALI

Fondazione Isal e FederDolore

Il Professor Raffaelli ha evidenziato che le difficoltà derivano dalla mancanza, sul territorio, di una struttura organizzativa come quella prevista con la nascita delle Case e Ospedali di Comunità, dove si possa operare in interdipendenza tra ambiti specialistici per una gestione più efficace delle patologie croniche. Il dolore, infatti, è una condizione che affligge numerose patologie, da quelle neurodegenerative a quelle metaboliche. Al contempo, i pazienti con dolore cronico soffrono di molteplici comorbidità indotte dalla stessa condizione dolorosa, come documentato dall'indagine ISS-ISTAT-ISAL pubblicata nel Rapporto Istisan.

Inoltre, i numerosi compiti burocratici affidati ai MMG sottraggono tempo alla pratica clinica e alla collaborazione con le reti specialistiche. È necessaria una riorganizzazione dei sistemi di governance per le patologie croniche e un'accelerazione dei processi operativi; altrimenti, il rischio è lasciare irrisolta una grave sofferenza nella popolazione affetta da dolore cronico, come dimostrato dalle statistiche istituzionali e dalle ricerche delle Società scientifiche.



IL DOLORE CRONICO IN ITALIA.

Il Rapporto ISTISAN 23/28 a cura del Gruppo di Lavoro Interistituzionale (ISS-ISTAT-ISAL) per lo studio e la ricerca sul dolore cronico

La Dottoressa Toccaceli ha tracciato il panorama di riferimento, attraverso lo studio sul dolore cronico e sui correlati psicosociali in Italia condotto dal Gruppo di lavoro costituito da Istituto Superiore di Sanità, Istituto Nazionale di Statistica e Fondazione Isal, e pubblicato nel 2023[4]. Lo studio ha stimato la prevalenza del dolore cronico nella popolazione italiana adulta (18 anni e più), mediante un breve questionario costruito e validato dallo stesso Gruppo di lavoro, somministrato a un campione di oltre 44.000 soggetti, nell'ambito della sezione italiana della "Indagine europea sulla salute" (European Health Interview Survey, EHIS - wave 3), condotta dall'ISTAT nel 2019. Le informazioni raccolte sul dolore cronico, quali occorrenza e intensità, cause scatenanti, modalità e frequenza dei trattamenti (senza specificare se farmacologici o riabilitativi), loro efficacia percepita sono state declinate secondo fattori demografici, socioeconomici e in relazione allo stato di salute mentale.

Di seguito, in sintesi, i principali risultati emersi dall'analisi dei 38.800 questionari compilati:

- Oltre 10 milioni di italiani adulti soffrono di dolore cronico con una prevalenza pari al 24%, che risulta in linea con le stime di altri Paesi occidentali.
- La prevalenza è maggiore tra le donne: il divario parte dall'età di 35 anni e va ampliandosi a sfavore delle donne, con percentuali superiori di oltre 15 punti nel segmento di popolazione anziana. Nel complesso, il 60% delle persone adulte con dolore cronico in Italia è di sesso femminile.
- La prevalenza cresce all'aumentare delle fasce di età (8% tra i 18-44enni, 21% tra i 45-54enni, 35% tra i 65-74enni, 47% tra i 75-84enni, 58% negli ultra-85enni).
- Emerge un marcato svantaggio da parte del Sud e delle Isole per i soggetti di 65 anni e più.
- Il 52% degli affetti ha ricevuto una diagnosi di malattia correlata a dolore cronico.
- Il 13% non ha ancora una diagnosi di malattia e di queste persone il 23% dichiara un dolore cronico di elevata intensità.
- Il 14% delle persone che hanno ricevuto una diagnosi di malattia correlata al dolore (o di dolore post-traumatico o post-chirurgico) non segue alcun trattamento per il dolore; la percentuale sale a quasi il 30% nel sottogruppo del campione che non ha ancora ricevuto una diagnosi.
- Sono i più giovani, soprattutto le donne, che non hanno ricevuto una diagnosi.
- Il 13% di tutti gli affetti da dolore cronico presenta sintomi depressivi da moderati a gravi (accertati tramite compilazione di una scala validata in ambito clinico inclusa nell'indagine) vs il 2% della popolazione generale non affetta da dolore cronico.
- In tutte le fasce di età, il dolore è più frequentemente associato a condizioni di multimorbilità (almeno 3 malattie croniche negli ultimi 12 mesi).

[4] Dolore cronico in Italia e suoi correlati psicosociali, dalla "Indagine europea sulla salute" (European Health Interview Survey) 2019. Toccaceli V, Francia N, Cascavilla I, Tenti M (eds.) per il Gruppo di Lavoro Interistituzionale (ISS-ISTAT-ISAL) per lo studio e la ricerca sul dolore cronico. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2023.

PROGETTO ALGOS DI IQVIA

Nuovo modello organizzativo nella gestione integrata Ospedale-Territorio del paziente con dolore cronico

Il progetto, presentato dall'Ing. Pinto, è stato realizzato con l'obiettivo di migliorare la presa in carico del paziente e l'appropriatezza del percorso diagnostico-terapeutico, attraverso la definizione di un nuovo modello ospedale-territorio di gestione del dolore cronico.

Per sviluppare la progettualità è stata effettuata un'analisi nazionale e regionale, che ha coinvolto diversi referenti nella regione Liguria, per individuare il contesto normativo di riferimento per la gestione del dolore cronico ed eventuali snodi critici di processo.

Dall'analisi nazionale del flusso organizzativo del percorso e dalla mappatura del processo assistenziale, sono emerse tre macroaree di criticità:

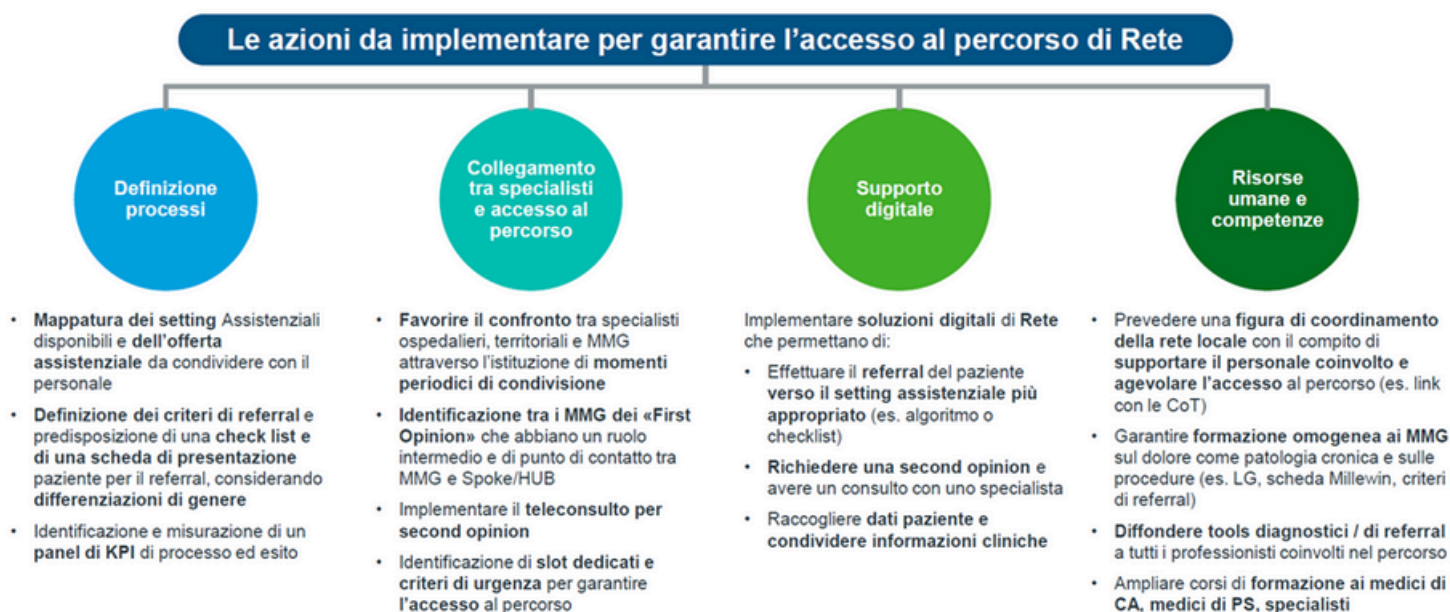
1. Mancanza di formazione dei MMG
2. Eterogeneità di presa in carico per la mancanza di protocolli, di percorsi dedicati formalizzati e di procedure di referral
3. Scarsa integrazione dei setting assistenziali

Passando al contesto regionale, il modello organizzativo della Liguria si basa sulla cd. piramide assistenziale con l'Ambulatorio del MMG (prima risposta diagnostica e terapeutica ed eventuale indirizzamento a Spoke/Hub), Centri Spoke (trattamenti sindromi dolorose), Centri Hub (prestazioni specialistiche di alto livello). L'impianto della Rete Regionale di Terapia del Dolore è basato su tre reti locali (Rete ponente, Rete levante e Rete metropolitana). La Rete metropolitana, in particolare, comprende 3 Centri Spoke e 2 Centri Hub (San Martino e Galliera).

L'analisi di questo contesto ha confermato le criticità riscontrate a livello nazionale, identificando tra gli snodi critici le lunghe liste di attesa per l'accesso alla specialistica e portando a delineare i quattro "pilastri" della presa in carico:

1. Percorsi dedicati e formalizzati
2. Multidisciplinarietà
3. Strumentazione digitale
4. Case management e monitoraggio

È stato quindi definito un piano di azione per l'implementazione del percorso per il paziente con dolore cronico che abbraccia quattro macrocategorie di interventi, sintetizzati nel grafico seguente:



Infine, sono stati identificati gli indicatori di prestazione (outcome, processo, appropriatezza, volume e di esperienza del paziente) che possono essere utilizzati per monitorare la performance della rete del dolore e dunque verificare l'efficacia degli interventi di implementazione messi in atto.

LIGURIA

Il Presidente Brunetto ha fatto un bilancio del lavoro svolto dalla Commissione Salute durante il suo mandato, tra cui l'approvazione del nuovo Piano Sociosanitario Regionale.

Ha evidenziato la necessità di migliorare la sinergia tra ospedali e territorio, sottolineando che le risorse devono essere allocate correttamente per assicurare un'assistenza adeguata ai pazienti cronici e valorizzando il contributo della telemedicina, in particolare nel follow-up dei pazienti e, dunque, nel garantire la continuità assistenziale. Tra i temi di rilievo discussi, la necessità di sviluppo e formalizzazione dei Percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA), essenziali per una gestione coordinata e appropriata del dolore cronico, e l'importanza della formazione dei MMG, considerati centrali nella presa in carico del paziente.

La Dottoressa Messina ha sottolineato in apertura le difficoltà dei MMG su cui gravano crescenti carichi di lavoro, a fronte di una drastica e continua riduzione numerica e di una burocratizzazione del lavoro stesso, che limitano il tempo per la formazione. La formazione è però necessaria sia sui contenuti sia sui percorsi e deve essere obbligatoria, strutturata e continua. Suggerisce il tutor di formazione: il tutoraggio da parte di specialisti potrebbe supportare il medico nella fase iniziale di applicazione delle nuove competenze.

L'inserimento nelle Case di comunità del Medico esperto in medicina del dolore – MMG che segue un percorso formativo ad hoc accreditato e riconosciuto – potrebbe funzionare come filtro per un accesso tempestivo e appropriato alla specialistica.

Evidenzia che la formazione deve riguardare anche i pazienti: è necessario creare un “patto di cura” e stabilire regole condivise per evitare l'eccessivo ricorso a specialisti diversi.

Messina ha anche sottolineato l'importanza della medicina di genere e della raccolta di dati per sviluppare PDTA specifici per genere, citando il progetto che desidera realizzare di costituire la prima Scuola ligure del dolore cronico con gli aspetti di genere.

Nell'attività dei MMG sottolinea il supporto che potrebbe essere fornito dai sistemi informatici per il teleconsulto nello svolgimento della loro attività per i casi dubbi e le situazioni connotate da complessità clinica.

Il Dottor Padua ha confermato le criticità della rete del dolore nella regione Liguria presentate dal Dott. Pinto, evidenziando che il primo ostacolo è il passaggio dal territorio all'ospedale per le lunghe liste d'attesa che causano la perdita di pazienti nel percorso di cura. Ha sottolineato il ruolo dei MMG che devono essere formati per inquadrare correttamente i pazienti, stratificarli e indirizzarli al livello di assistenza più appropriato tra quelli previsti (Spoke/Hub), attraverso percorsi dedicati e formalizzati, contribuendo così a ridurre il sovraccarico sui centri specializzati.

Ha evidenziato la mancanza di procedure formalizzate di referral nel momento in cui il paziente, terminato il percorso all'interno dell'ospedale, viene reinviato sul territorio all'Ambulatorio del MMG.

Padua ha anche proposto una maggiore digitalizzazione per agevolare lo scambio di informazioni e il confronto tra MMG e specialisti ospedalieri, evidenziando l'importanza della condivisione in una dimensione multidisciplinare tra le varie categorie di professionisti che partecipano alla rete del dolore.

PIEMONTE

Il Dott. Priano ha presentato il lavoro della Regione Piemonte nella creazione di una rete per la gestione del dolore cronico, ricordando che è stata tra le prime regioni ad adottare una disciplina specifica per l'attuazione della legge 38 e l'accreditamento delle reti di terapia del dolore.

Ha evidenziato che le cronicità, incluso il dolore cronico, sono tra le priorità del nuovo Piano Sociosanitario Regionale che sarà varato nei prossimi mesi, riconoscendo che c'è ancora molto da fare per migliorare l'accesso e la qualità delle cure per i pazienti affetti da dolore cronico.

La Dottoressa Miozzo ha evidenziato il ruolo del MMG come "sentinella" presente capillarmente sul territorio, un osservatorio privilegiato per intercettare i bisogni del paziente e comprenderne le aspettative. I pazienti con dolore cronico sono oggi pazienti complessi, più anziani, multimorbidi in politerapia, spesso fragili, che necessitano pertanto di un approccio multiprofessionale. Molti dei problemi descritti in Liguria si riscontrano anche in Piemonte, dove i tempi di accesso ai percorsi specialistici del dolore non sono spesso congrui con le necessità cliniche degli assistiti e la redistribuzione degli appuntamenti comporta difficoltà logistiche per i pazienti – spesso appunto anziani – a raggiungere le strutture.

Miozzo concorda sulla opportunità di una formazione continua tutorata e sull'importanza di un approccio genere-specifico. Sul fronte della formazione, la SIMG è da tempo impegnata nella organizzazione di percorsi didattici sul dolore rivolti ai MMG in Piemonte e attualmente sono tredici i MMG esperti certificati in Medicina del dolore che potrebbero collaborare attivamente con i centri della rete regionale.

Un aspetto importante è anche l'educazione del paziente perché possa adottare con responsabilità e proattività quei comportamenti che contribuiscono a sostenere il percorso di cura, riducendo il rischio di disabilità e migliorando la qualità della vita.

Il Dottor Luxardo ha condiviso le esperienze della rete di terapia del dolore in Piemonte, evidenziando che le principali criticità sono di ordine organizzativo, culturale e formativo. Dal punto di vista organizzativo, manca una connessione tra i diversi segmenti assistenziali: la difficoltà di comunicazione riguarda il passaggio dal territorio all'ospedale e dall'ospedale verso il territorio.

Ad oggi la cultura del dolore è ancora limitata: nelle facoltà di Medicina e Infermieristica non è attualmente previsto l'insegnamento in materia di Medicina del dolore (trattata nei percorsi successivi post-laurea, master o Scuole di specialità di Anestesia) e questo si riverbera poi sulla qualità dell'assistenza.

In Piemonte è stata realizzata pochi mesi fa una mappatura delle strutture, da cui è risultato che tutte le 18 Aziende sanitarie, ospedaliere e sanitarie, hanno una struttura di terapia del dolore (3 strutture complesse, 6 strutture dipartimentali, 4 strutture semplici e 5 su incarichi professionali). Tali strutture presentano marcata eterogeneità operativa e organizzativa e non sono facilmente accessibili per gli utenti.

I MMG, se adeguatamente formati, svolgono un ruolo fondamentale nel filtrare i pazienti, identificando i casi che non possono, per complessità, gestire in autonomia ma che devono essere indirizzati ai centri di terapia del dolore specializzati.

I protocolli aziendali operativi, quando condivisi e conosciuti, consentono una maggior efficienza dei percorsi, garantendo il coordinamento tra tutti gli operatori coinvolti e i diversi setting assistenziali, in ottica multidisciplinare. Al riguardo, presso la ASL Città di Torino, è stato istituito un gruppo di lavoro composto dalle figure professionali mediche e infermieristiche di tutti i setting assistenziali che sta redigendo il documento “Istruzioni operative per la gestione del dolore peri-operatorio in chirurgia ortopedica: continuità ospedale territorio”. Il modello, che è basato su due pilastri – la condivisione e la continuità – e che sarà esteso successivamente alle altre Strutture Complesse del Dipartimento di Chirurgia dell’ASL, ha l’obiettivo di garantire il costante monitoraggio e l’eventuale trattamento del paziente, dal punto di accesso (Pronto Soccorso o Ambulatorio pre-ricovero) fino al rientro sul territorio (MMG/domicilio, struttura riabilitativa, RSA, Cure palliative).

LOMBARDIA

Il Presidente Monti ha evidenziato come la Regione abbia messo al centro delle sue politiche sanitarie l'integrazione tra ospedale e territorio per la presa in carico del paziente cronico con approccio multidisciplinare, integrante le innovazioni tecnologiche e terapeutiche. Ha inoltre sottolineato l'importanza del confronto e della collaborazione tra Istituzioni, comunità scientifica, rappresentanti dei cittadini e dei pazienti per costruire PDTA in grado di garantire appropriatezza e tempestività della presa in carico nonché continuità delle cure.

Il Dottor Franco condivide le criticità espresse dalle colleghe della Liguria e del Piemonte, aggiungendo che in una realtà come quella lombarda in cui vi è una vasta offerta di strutture sanitarie specialistiche e di professionisti sanitari, un fenomeno molto diffuso tra i pazienti con dolore cronico è l'autogestione che si accompagna ad un alto volume di visite ed esami inappropriati.

Fondamentale è la formazione del medico di Medicina generale. La SIMG da diversi anni promuove attività di formazione specifica sulla Medicina del dolore, rivolta ai medici già operativi sul territorio. Inoltre, nell'ambito del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, formazione necessaria per poter accedere al ruolo di Medico di famiglia, da qualche anno in Lombardia è stato creato, attraverso il lavoro di un board costituito da medici terapisti del dolore e MMG con competenze specifiche in terapia del dolore, un materiale didattico unico, condiviso in tutti i Poli formativi e presentato ai discenti da MMG esperti in Medicina del dolore. Lo scopo è quello di fornire, fin dalla formazione alla professione, concetti condivisi e linguaggio comune che facilitino la gestione dei pazienti con dolore.

In questo contesto la figura del medico di Medicina generale Esperto in Medicina del dolore, certificata presso il Ministero della Salute, rappresenta una potenziale risorsa per la rete territoriale del dolore. Questa figura svolge diversi compiti: offre consulenza a supporto dei colleghi con cui è in contatto per la gestione dei casi più complessi, facilita l'accesso dei pazienti ai centri Spoke/Hub, promuove la formazione nell'ambito del corso di formazione specifica in Medicina generale e sul territorio, promuove attività di ricerca. Ad oggi la distribuzione sul territorio di Medici Esperti è ancora disomogenea e manca, nonostante la Legge 38 del 2010, una rete che garantisca un percorso lineare e continuo per i pazienti in cui il Medico Esperto possa espletare appieno il suo ruolo.

Franco ha poi presentato un progetto pilota che partirà nel 2025 in provincia di Pavia (una ATS ma anche un'unica ASST), volto a creare una rete di MMG esperti attraverso una formazione mirata che permetta di avere un medico di famiglia esperto ogni due AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali, gruppi di medici di famiglia sparsi sul territorio e radunati per contiguità territoriale), favorendo una efficace connessione tra i medici sul territorio e gli specialisti ospedalieri di Spoke e Hub. La condivisione dei dati e delle informazioni riguardo ai casi che devono entrare nella rete permetterà, grazie alla facilitazione della comunicazione e alla omogeneità della gestione del paziente con dolore, un accesso tempestivo e appropriato alla rete stessa.

Il progetto, gestito con la direzione sociosanitaria della ASST, prevederà la misurazione dell'impatto in termini di qualità e di efficacia di gestione dei pazienti con dolore.

Il Professor Notaro ritiene che ci sia una scarsa consapevolezza del valore, del senso della cura algologica anche tra gli operatori, rimarcando la criticità che le norme invece in tale direzione in Italia ci sono, ma non sono omogeneamente applicate (con la L. 38/2010 è stato sancito il diritto alla cura per tutti i pazienti con dolore; con il DPCM di definizione e aggiornamento dei Lea nel 2017, la terapia del dolore è stata inserita nei LEA; con il Decreto Ministeriale del novembre 2018 è stata recepita la modifica della tabella che identifica le specialità cliniche e le discipline ospedaliere, con l'inserimento della nuova disciplina di Terapia del dolore: codice 96; con gli Accordi Stato-Regioni luglio 2020 e del marzo 2021 sono stati approvati tre documenti sull'accreditamento delle reti di cure palliative, delle reti di terapia del dolore, nonché della rete di cure palliative e terapia del dolore pediatriche).

L'introduzione del codice di disciplina 96 è fondamentale, poiché consente di fornire al Ministero della Salute – che ha l'obbligo di presentare relazione annuale al Parlamento concernente lo stato di attuazione secondo art. 9 della Legge n° 38 – i flussi sulla disciplina della terapia del dolore, ma ad oggi non tutte le Regioni hanno provveduto agli adempimenti normativi approvati anche in Conferenza Stato-Regioni.

Nel contesto della Regione Lombardia è stato recentemente approvato il nuovo piano Sociosanitario, nel quale è rimarcata la necessità di implementare la cura e i percorsi anche di prevenzione del dolore cronico, rafforzando la necessità di un coordinamento regionale della rete e di un'appropriata e omogenea applicazione del codice 96 che è il "tracciante" dei pazienti con dolore cronico complesso e malattia dolore in tutte le sue forme primario e secondario, secondo la nuova classificazione ICD 11, che necessitano di cure specialistiche di Terapia del dolore, stimanti ogni anno, in circa 180 mila persone in Lombardia e circa un milione in Italia. Notaro evidenzia, tra gli aspetti di maggior rilievo, la necessità di identificare precocemente i pazienti che devono entrare nella rete della terapia del dolore e della necessità di un approccio bio- psico-sociale per evitare l'amplificazione delle differenti dimensioni coinvolte nella cronicizzazione delle diverse forme di dolore.

Segnala un preoccupante disallineamento attuativo a livello delle diverse regioni delle norme vigenti e conviene anche sulla dimensione culturale della problematica, sottolineando la confusione che ancora sussiste tra gli stessi professionisti tra setting e bisogni assistenziali in terapia del dolore e cure palliative, nonché sulla cogente necessità di colmare il gap in termini di competenze di base ma anche specialistiche da parte degli operatori.

Cita tra le principali criticità l'autogestione da parte dei pazienti, che si accompagna frequentemente all'abuso di farmaci analgesici; un esempio, l'uso improprio anche in Italia degli oppioidi, richiamato dallo stesso Ministero, per un non appropriato monitoraggio nei trattamenti e nei comportamenti dei malati, facilitato dalla mancanza di condivisione delle informazioni attraverso il fascicolo sanitario elettronico e dalle prescrizioni multiple a cura di specialisti diversi.

CONCLUSIONI

- Per migliorare la presa in carico del paziente con dolore cronico e il percorso di cura, è necessaria l'attuazione di modelli organizzativi integrati che coinvolgano attivamente e sinergicamente i MMG e gli specialisti.
- La formazione, la digitalizzazione, la formalizzazione di percorsi diagnostico-terapeutici dedicati, la multidisciplinarietà sono stati identificati come le direttrici principali di intervento.
- Il collegamento tra territorio e ospedale rappresenta uno “snodo” critico che richiede interventi concreti per migliorare l'assistenza e la continuità delle cure.
- I MMG devono essere formati per inquadrare correttamente i pazienti, stratificarli e indirizzarli al livello di assistenza più appropriato.
- La figura del MMG “esperto in Medicina del dolore”, certificata presso il Ministero della Salute, può favorire un'efficace connessione tra il territorio e gli specialisti ospedalieri di Spoke e Hub.
- È necessaria un'appropriata e omogenea applicazione del codice 96 che è il “tracciante” dei pazienti con dolore cronico complesso.



**Con il contributo
incondizionato di:**

SANDOZ