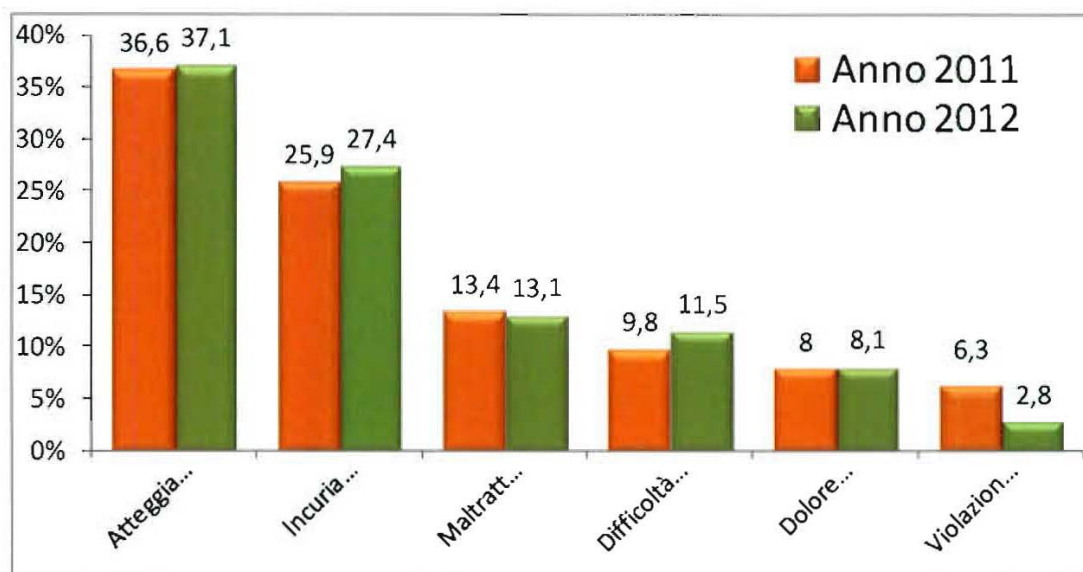


Fig. 23. Segnalazioni su carenza di umanizzazione

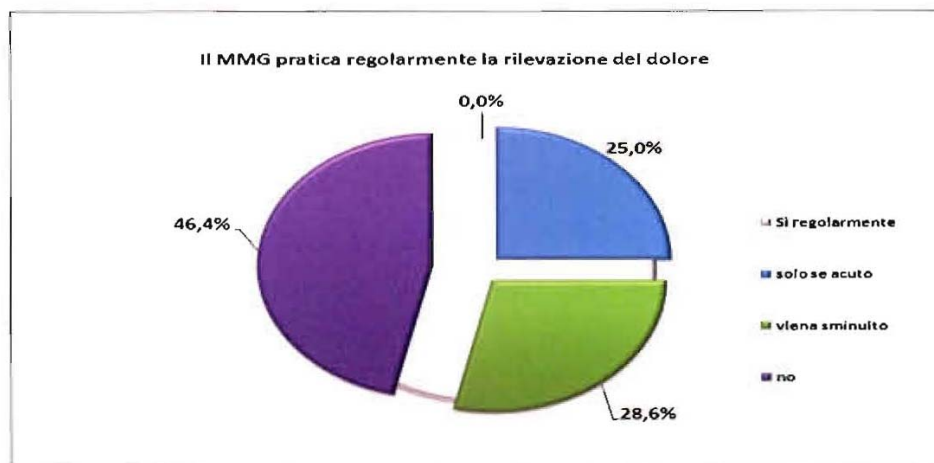
Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2012 “Servizio Sanitario Nazionale e cittadini: lo Stato (A)sociale”

Alla luce della Fig. 23 si osserva che nella percentuale pari al 8% rientrano le richieste relative all’esistenza e conseguente identificazione dell’ubicazione di centri specializzati nel trattamento e cura del dolore, la difficoltà di accesso ai farmaci, gli ostacoli o barriere nell’ottenimento di cure in fase di patologia oncologica avanzata (o trattamento inadeguato per logistica, etc.), la trascuratezza verso il dolore nell’ambito delle cure (in ospedale, in Pronto soccorso, nel post-operatorio, etc.).

Il Rapporto annuale sulle politiche della cronicità nel 2012 è stato ispirato all’anno europeo dell’invecchiamento attivo, e si è pertanto concentrato sulle politiche messe in atto in favore della persona anziana affetta da patologia/e cronica/che.

Si è perciò deciso di indagare, rispetto ad una categoria di soggetti particolarmente fragili, quali anziani e non autosufficienti, sul comportamento dei vari operatori sanitari rispetto alla rilevazione del dolore, considerando in particolare i medici di famiglia, nelle strutture ospedaliere e nelle strutture post-acute (residenziali o semi-residenziali).

Nel Rapporto emerge che i MMG, pur essendo i più prossimi al paziente, non tengono in debita considerazione questo argomento. La maggioranza, ovvero il 46,4%, dei MMG non registra il dolore, il 28,6% lo sminuisce, il 25% lo registra solo se acuto (fig. 24).

Fig. 24. Rilevazione del dolore da parte del MMG

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Nelle strutture residenziali e semi-residenziali il dolore generalmente viene sminuito (56,6%) o non viene misurato (21,7%). Soltanto nel 13% viene misurato e solo se è acuto, ma solamente nell' 8,7% di queste la rilevazione del dolore viene regolarmente praticata. Tra piaghe da decubito e infezioni i pazienti si trovano a soffrire molto, ma rilevare ed alleviare il loro dolore non è un obiettivo della maggior parte di questi luoghi di cura.

Tab. 9. Nelle strutture residenziali e/o semiresidenziali viene regolarmente misurato il dolore

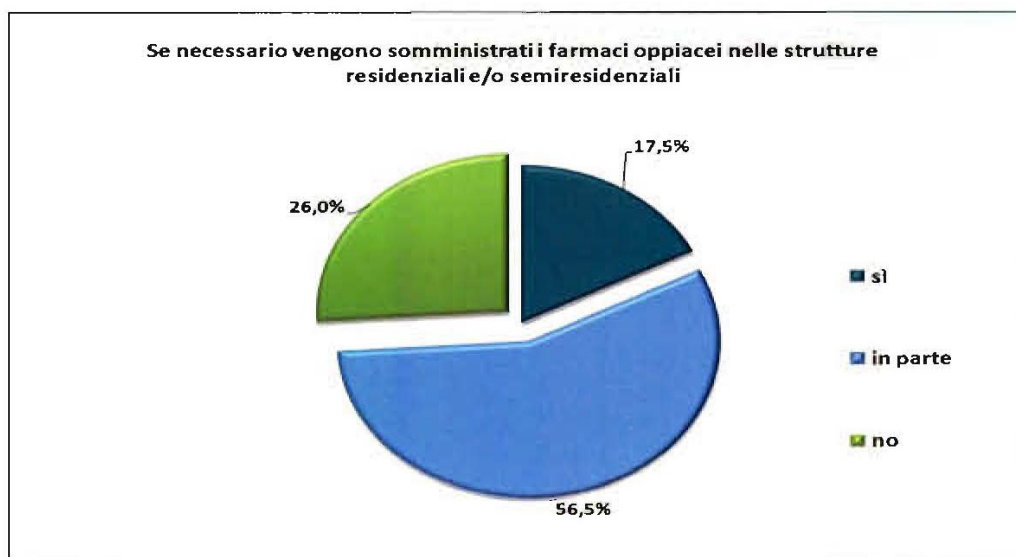
Non sempre, viene generalmente sminuito	56,6%
No, non viene mai misurato	21,7%
Viene misurato solo se acuto	13%

Sì, viene regolarmente misurato	8,7%
---------------------------------	------

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Come possiamo vedere nella fig. 25 per oltre la metà delle strutture la somministrazione degli oppiacei avviene in parte, nel 26% delle strutture non viene effettuata e solamente nel 17,5% si è riscontrato, la somministrazione degli oppiacei laddove necessario in modo continuato. Decisamente troppo poco per un aspetto così importante nell'assistenza.

Fig. 25. Somministrazione oppiacei in strutture residenziali e/o semiresidenziali

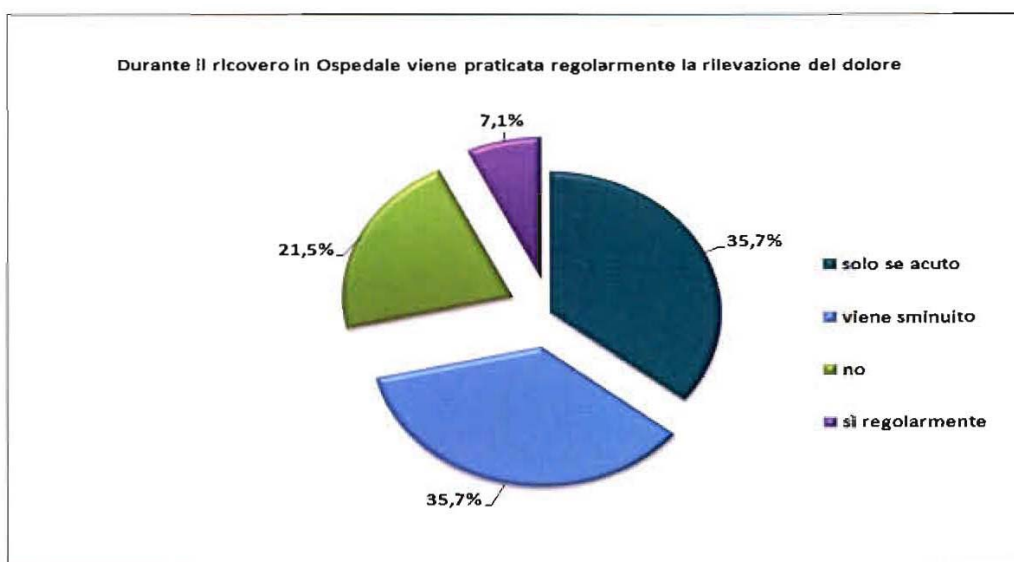


Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Anche nelle strutture ospedaliere viene spesso trascurata la rilevazione del dolore, nonostante sia stabilita dall'art. 7 della Legge 38/2010. Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, essa

viene regolarmente registrata solo nel 7,1%, mentre nel 35,7% dei casi il dolore viene misurato solo se acuto oppure viene sminuito.

Fig. 26. Rilevazione del dolore della persona anziana in ospedale



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Per quanto riguarda, infine, la somministrazione dei farmaci oppiacei, nella maggioranza delle strutture, pari al 48,2% avviene in parte. Per il 22,2% non vengono mai somministrati, e solamente il 29,6% afferma che avviene regolarmente.

Tab. 10. Se necessario in ospedale vengono somministrati i farmaci oppiacei

in parte	48,2%
no	22,2%
sì	29,6%

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Dal 2001 ad oggi, ciò che prima era per le aziende l'adesione ad un progetto, è divenuto un obbligo di legge: la registrazione del dolore in cartella clinica, infatti, è prevista nell'art. 7 della Legge 38/2010.

Dall'indagine realizzata in 33 strutture ospedaliere, in particolare per rilevare la personalizzazione delle cure in ambito oncologico, ecco cosa emerge in merito al tema del dolore.

Fig. 27

La registrazione del dolore in cartella clinica è garantita:																																							
	Abr		Calabria				Campania			Emilia R.			Lazio		Liguria			Lombardia					Piem		Puglia			Sardegna			Sicilia			Tosc	Veneto			T	%
	5	17	27	28	29	30	2	4	15	9	24	32	7	16	31	6	19	20	22	23	11	12	21	33	8	14	26	1	13	18	3	10	25						
A																																			3	9			
B																																				10	30		
C																																				24	73		
D																																				12	36		
E																																				8	24		
F																																				1	3		

Fonte: Tribunale per i diritti del malato - Cittadinanzattiva 2012

A = attraverso incentivi/disincentivi messi in atto dalla direzione generale B = attraverso corsi di formazione al personale sanitaria C = con la predisposizione di un apposito spazio nella cartella clinica D = verifiche periodiche delle cartelle cliniche E = non è effettuata in tutti i reparti/dipartimenti F = non è effettuata

La modalità più diffusa per garantire la registrazione del dolore è la predisposizione di un apposito spazio nella cartella clinica: viene utilizzata in 24 aziende su 33. Le realtà aziendali/ospedaliere in cui ciò non avviene sono concentrate al sud/isole; in ordine alfabetico: Calabria (non è utilizzata questa "strategia" in 4 ospedali su 5); Campania (non utilizzato in 2 su 3); Puglia, Sardegna e Sicilia (non presente apposito spazio in una realtà su 3).

La seconda "strategia" utilizzata nelle strutture ospedaliere è la verifica periodica delle cartelle cliniche, adottata in 12 aziende su 33; a seguire, in terza posizione, i corsi di formazione per il

personale sanitario, scelti da 10 aziende su 33; solo tre realtà hanno previsto un sistema economico incentivante/disincentivante per favorire che il dolore sia misurato e registrato.

Si è ritenuto utile indagare se le aziende avessero formalizzato in documenti, quali ad esempio protocolli, che definissero le modalità organizzative per garantire la presa in carico del paziente al momento della dimissione, sia nel rientro a casa, sia nell'invio a strutture post-acute o hospice.

25 realtà ospedaliere su 33 hanno predisposto questi documenti/protocolli, ma esistono ancora realtà che non lo prevedono: in Calabria non è presente in 3 ospedali su 5; in Campania 1 su 3 (ma non abbiamo i dati di un'azienda); in Sardegna sono assenti in due realtà su tre, nel Veneto una realtà su due di quelle che hanno risposto.

Dal punto di vista comunicativo/informativo la Campagna IN-DOLORE di Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato nasce con l'obiettivo di aiutare concretamente le persone a sapere cosa fare e cosa pretendere, a casa, dal medico di famiglia, nelle strutture sanitarie, per non soffrire inutilmente, oltre che fornire le istruzioni per l'uso della Legge 38/2010.

La campagna è stata realizzata dal Tribunale per i diritti del malato, in collaborazione con 13 soggetti diversi: AISD, ANMAR, Antea Associazione Onlus, Federazione Cure Palliative, Federdolore – SICD, FEDERFARMA, FIMMG, FONDAZIONE ISAL, MINISTERO DELLA SALUTE, SIAARTI, SICP, SIMG, SISIP.

Gli oggetti di comunicazione sono stati: una guida per i cittadini, un poster e delle cartoline.

I contenuti della campagna sono il frutto di un lungo lavoro di condivisione e revisione di bozze, al fine di costruire insieme dei messaggi condivisi quali:

- Rafforzare la conoscenza dei diritti sanciti dalla Legge 38/2010;
- Fornire suggerimenti e strumenti utili alle persone per auto-tutelarsi;
- Incoraggiare le persone a parlare del dolore, confrontarsi con il medico e costruire con lui un rapporto di fiducia.

I contenuti della guida, con un linguaggio semplice e positivo, offrono alla persona che la legge:

- istruzioni per l'uso della Legge 38;

- informazioni su Terapia del dolore e cure palliative, su come descrivere il dolore; forniscono indicazioni sugli strumenti di misurazione, sui professionisti a cui rivolgersi e sulle strutture che si occupano di dolore, sul dolore nei bambini quello da parto;
- conoscere e sfatare pregiudizi e tabù nell'uso di morfina e oppioidi;
- cinque consigli per la persona che ha dolore e consigli utili su cosa fare quando i diritti vengono violati.

L'obiettivo principale della campagna era quello di garantire il più possibile capillarità, per raggiungere il maggior numero di persone.

Ad oggi i numeri della campagna possono essere così sintetizzati:

- oltre 75 iniziative informazione di prossimità sul territorio (dalla Valle d'Aosta alla Sicilia, in piccoli e grandi centri, all'interno di strutture ospedaliere o nelle piazze, perché il dolore interessa tutti, realizzando anche monitoraggi ad hoc, come nel caso di Brindisi);
- oltre 300 sedi Tdm a disposizione per fornire informazioni;
- 17.300 farmacie coinvolte;
- collaborazione in occasione della giornata dedicata a 100 città contro il dolore;
- circa 2.800 download della guida dal sito di Cittadinanzattiva;
- oltre 6.700 visualizzazioni della campagna della pagina Facebook di SISIP dedicata alla Campagna IN-DOLORE;
- oltre 65 pagine di rassegna stampa (livello nazionale, locale) su media tradizionali e new media.

L'ultima iniziativa nella lotta al dolore prende spunto dall'osservare che l'impegno contro il dolore inutile sta entrando con sempre maggior forza nel quadro europeo delle politiche sanitarie. Al tempo stesso è in crescita l'impegno civico su questo tema. Nonostante tutta questa attività, la condizione dei pazienti affetti da dolore cronico è ancora molto grave. In particolare, come le associazioni dei pazienti possono testimoniare, si registra che ciò che viene affermato in teoria è molto spesso negato nella pratica.

È proprio per cambiare questa situazione che si è deciso di promuovere una attività pluriennale a livello europeo di lotta contro il dolore con il diretto coinvolgimento dei pazienti e delle Associazioni che ne tutelano i diritti di ben 20 Paesi Europei.

Promotori dell'iniziativa, la rete europea di Cittadinanzattiva (Active Citizenship Network) e l'associazione europea dei pazienti con dolore cronico (Pain Alliance Europe).

Il progetto, che sarà sviluppato fino al dicembre 2014, mira a creare maggiore consapevolezza sul dolore cronico e a promuovere il rilancio di politiche europee per una migliore gestione di questa patologia. A tal fine, si realizzeranno le seguenti macro attività:

1. Ricognizione a livello europeo su "attenzione al dolore e diritto ad evitare sofferenze inutili";
2. Sviluppo di percorsi di cura e Raccomandazioni Civiche contro il dolore in Europa;
3. Presentazione e promozione delle Raccomandazioni Civiche nel corso del semestre italiano di Presidenza dell'Unione europea (II° metà del 2014).

5 Analisi dei dati del cruscotto informativo

5.1 Premessa

Nel corso del 2012 il cruscotto informativo, a disposizione dell'Ufficio XI per ottemperare ai dettami espressi dall'art. 9 della Legge 38/2010 in ambito di monitoraggio, è stato consolidato sia nelle funzionalità, sia nella completezza delle informazioni.

Si registra quindi l'attivazione del flusso informativo riguardante gli hospice nel quale sono rilevati i dati riguardanti la cartella clinica al pari di quanto accade ora per gli ospedali con il flusso SDO (scheda di dimissioni ospedaliere); dalla fine dell'anno 2012 le regioni hanno iniziato ad inviare i dati al Ministero della Salute ma, al momento, non sono ancora elaborabili a causa della scarsa completezza del livello di copertura.

In via di stabilizzazione, ma ancora non totalmente completi per quanto attiene la qualità dei dati, le informazioni provenienti dal flusso del "Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare – SIAD".

Come per lo scorso anno, essendo stati approvati i requisiti dei centri Hub e Spoke solamente nel mese di luglio del 2012, si è preferito, in alternativa, aggiornare i dati riguardanti la

rilevanza che alcune prestazioni di terapia del dolore hanno a livello ospedaliero e ambulatoriale.

Più analitica è invece l'analisi sui consumi dei farmaci analgesici utilizzati; tale analisi viene svolta suddividendo i principi attivi in oppioidi forti, oppioidi deboli e un terzo gruppo che racchiude tutti i medicinali non oppioidi. E' stata predisposta una specifica sezione contenente prospettazioni dedicate al mondo pediatrico.

5.2 *Cure Palliative*

Come è noto il primo atto legislativo riferito alle cure palliative è stata l'emanazione della Legge n. 39 del 26 febbraio 1999, la quale ha sancito il diritto del cittadino di poter accedere alle cure palliative e ha previsto un programma nazionale per la creazione di strutture residenziali di cure palliative (hospice) in tutte le regioni italiane, con una disponibilità finanziaria pari a circa 206 milioni di euro.

Dal 1999 ad oggi si è registrato un lento ma costante utilizzo dei finanziamenti messi a disposizione dalla legge (tab. 11), al quale non sempre è corrisposta la realizzazione delle strutture hospice programmate dalle regioni (tab. 12); il numero di strutture attivate è pari a 120. Dalla lettura dei dati risulta essere ancora critico lo stato di realizzazione del programma nella Regione Sardegna: la percentuale di utilizzo dei finanziamenti è ancora pari al 15,91% dato uguale a quello registrato nello scorso Rapporto al Parlamento. Il Programma nazionale non è ancora completato in quanto è ancora da erogare l'11,02% dei finanziamenti totali, dato particolarmente negativo nell'ambito del processo di realizzazione delle reti di cure palliative, rispetto ai 188 hospice programmati, risultano ancora non realizzate 68 strutture.

Tramite la totale realizzazione del programma previsto dalla Legge 39/99 si otterrà una completa strutturazione delle reti regionali di cure palliative, tali da soddisfare il fabbisogno di posti letto residenziali dedicati.

Per avere un riferimento diretto di come, dopo due anni dalla emanazione della Legge 38/2010, l'insieme delle azioni condivise ed attuate tra tutti i livelli istituzionali e con il supporto irrinunciabile del terzo settore sia riuscito a produrre dei risultati concreti, l'elaborazione delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) inviate dalle regioni permette di calcolare una variabile sicuramente significativa quale il numero dei pazienti morti nei reparti per acuti degli ospedali italiani con una diagnosi primaria o secondaria neoplastica sia per l'anno 2011 che nel confronto del trend storico 2005-2011.

Come già osservato nella passata Relazione al Parlamento la distribuzione raggiunge il suo picco massimo nell'anno 2007 per poi costantemente decrescere fino all'ultimo valore disponibile riferito al 2011.

E' sicuramente da sottolineare però che il decremento registrato nel 2011 rispetto all'anno 2010 è stato particolarmente significativo in quanto è pari al 8,1%, che confrontato con lo stesso valore riguardante il confronto tra il 2010 rispetto al 2009, pari a 2,6%, evidenzia la dimensione del reale sviluppo delle reti regionali di cure palliative e quanto probabilmente queste ultime riescano attualmente ad "intercettare" pazienti che nel passato decedevano nei reparti ospedalieri.

Se si osserva la ripartizione del numero di decessi totale nelle singole regioni, confrontando il dato 2011 con il dato 2010, la differenza percentuale dei dati grezzi evidenzia una misura del contributo fornito da ciascuna regione alla diminuzione complessiva del 8.1%. E' da sottolineare che in alcune regioni (P.A. Trento, Marche, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna), rispetto ad un dato complessivo di diminuzione dei decessi ospedalieri, si registra un dato in controtendenza con un aumento dei decessi. Specifici approfondimenti con i responsabili regionali permetteranno nel prossimo futuro di analizzare le motivazioni che hanno causato questo trend differente.

Lo stesso dato riferito all'anno 2011 può essere analizzato con maggior dettaglio verificando in quali reparti ospedalieri avviene il decesso. Il 54% dei pazienti decede nei reparti di Medicina Generale, poco più del 13% nei reparti di Oncologia, il 6% nei reparti di Geriatria e il 4% nei reparti di Terapia Intensiva (fig. 28).

La percentuale restante è distribuita in modo eterogeneo in un numero elevato di discipline ospedaliere.

Aumenta in modo consistente il numero di pazienti assistiti a domicilio rilevati attraverso il flusso SIAD. Dai 3426 soggetti assistiti in assistenza domiciliare del 2010 si passa nel 2011 a 40564 individui, di cui 34377 per una terminalità causata da una malattia neoplastica. Le regioni Piemonte, Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna sono quelle che fanno registrare il numero più elevato di casi trattati.

Si evidenzia che il totale dei pazienti assistiti presso il proprio domicilio in alcuni casi risulta inferiore rispetto alla somma dei pazienti affetti da patologia oncologica e di quelli affetti da patologia non oncologica. Tale differenza è giustificata dalla registrazione di alcuni pazienti, sia per una terminalità oncologica sia per una terminalità non oncologica.

**Tab. 11. Programma nazionale per la realizzazione di Strutture di Cure palliative
Totale Finanziamenti (D.M. 28 settembre 1999 e D.M. 5 settembre 2001)**

Anno 2012

<i>REGIONI</i>	<i>Finanziamento</i>	<i>importo erogato</i>	<i>% realizzazione</i>
Piemonte	18.464.816,80	17.020.466,30	92,18
Valle d'Aosta	902.096,06	902.096,06	100,00
Lombardia	34.244.898,55	34.229.996,76	99,96
P.A. Bolzano	1.403.219,79	1.403.219,78	100,00
P.A. Trento	1.755.506,33	977.082,76	55,66
Friuli V. G.	5.698.336,30	3.756.047,83	65,91
Veneto	16.421.994,30	16.421.994,29	100,00
Liguria	8.331.965,62	6.711.751,16	80,55
E. Romagna	17.191.415,61	17.191.415,61	100,00
Toscana	15.504.932,13	14.630.859,28	94,36
Marche	5.505.836,74	4.843.480,51	87,97
Umbria	3.364.738,32	3.364.620,75	100,00
Abruzzo	4.355.868,48	2.769.529,88	63,58
Lazio	17.465.833,88	15.869.056,66	90,86
Campania	15.947.834,93	12.776.794,40	80,12
Molise	1.134.612,80	1.134.611,60	100,00
Basilicata	1.795.223,19	1.795.223,20	100,00
Puglia	11.069.230,89	10.102.800,11	91,27
Calabria	5.711.710,58	3.588.993,03	62,84
Sicilia	15.298.163,70	13.518.277,78	88,37
Sardegna	4.998.022,84	795.105,96	15,91
TOTALE	206.566.257,84	183.803.423,71	88,98

**Tab. 12. Numero di Hospice attivati tramite i fondi stanziati dalla Legge 39/99
Anno 2012**

Regione	Popolazione	Finanziamenti I e II tranche		posti letto per 10.000 ab.	strutture attivate
	(ISTAT 2006)	tot strutture	tot posti letto		finanziamenti statali
PIEMONTE	4.341.733	18	191	0,44	11
VALLE D'AOSTA	123.978	1	7	0,56	1
LOMBARDIA	9.475.202	30	332	0,35	23
P.A. BOLZANO	482.650	1	10	0,21	1
P.A. TRENTO	502.478	2	20	0,40	1
VENETO	4.738.313	14	126	0,27	12
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.208.278	4	45	0,37	2
LIGURIA	1.610.134	7	76	0,47	4
EMILIA ROMAGNA	4.187.557	20	220	0,53	16
TOSCANA	3.619.872	16	166	0,46	13
UMBRIA	867.878	4	52	0,60	3
MARCHE	1.528.809	9	87	0,57	7
LAZIO	5.304.778	6	103	0,19	2
ABRUZZO	1.305.307	7	78	0,60	1
MOLISE	320.907	1	11	0,34	1
CAMPANIA	5.790.929	9	90	0,16	1
PUGLIA	4.071.518	8	112	0,28	5
BASILICATA	594.086	5	48	0,81	2
CALABRIA	2.004.415	7	80	0,40	2
SICILIA	5.017.212	16	177	0,35	10
SARDEGNA	1.655.677	3	38	0,23	2
Totale Italia	58.751.711	188	2069	0,35	120

Fig.28

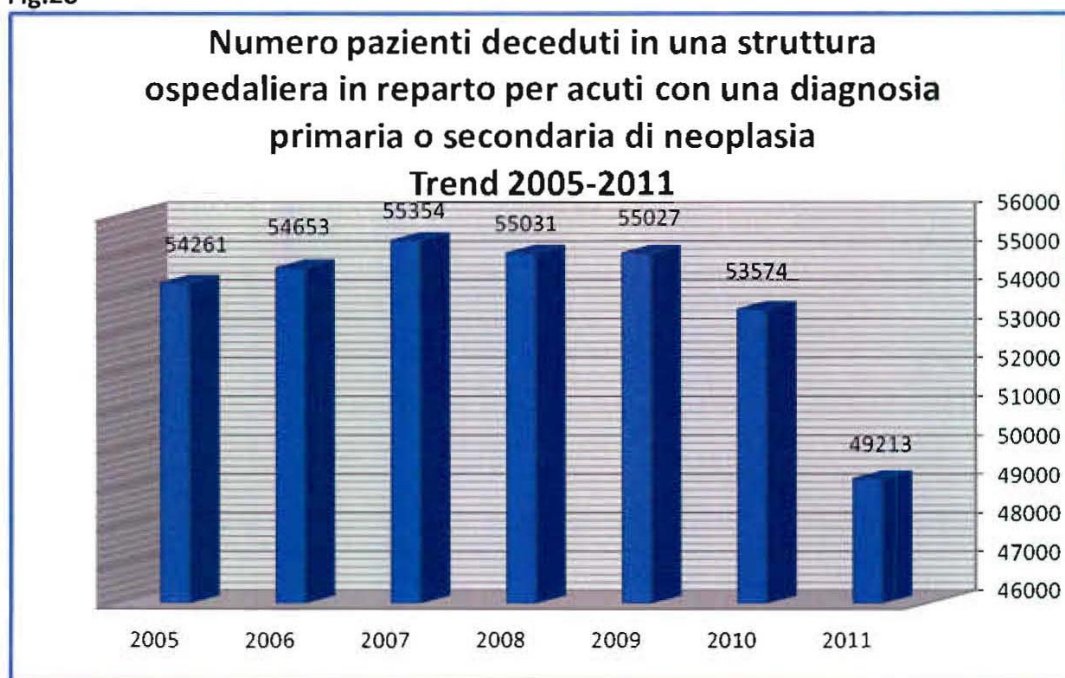
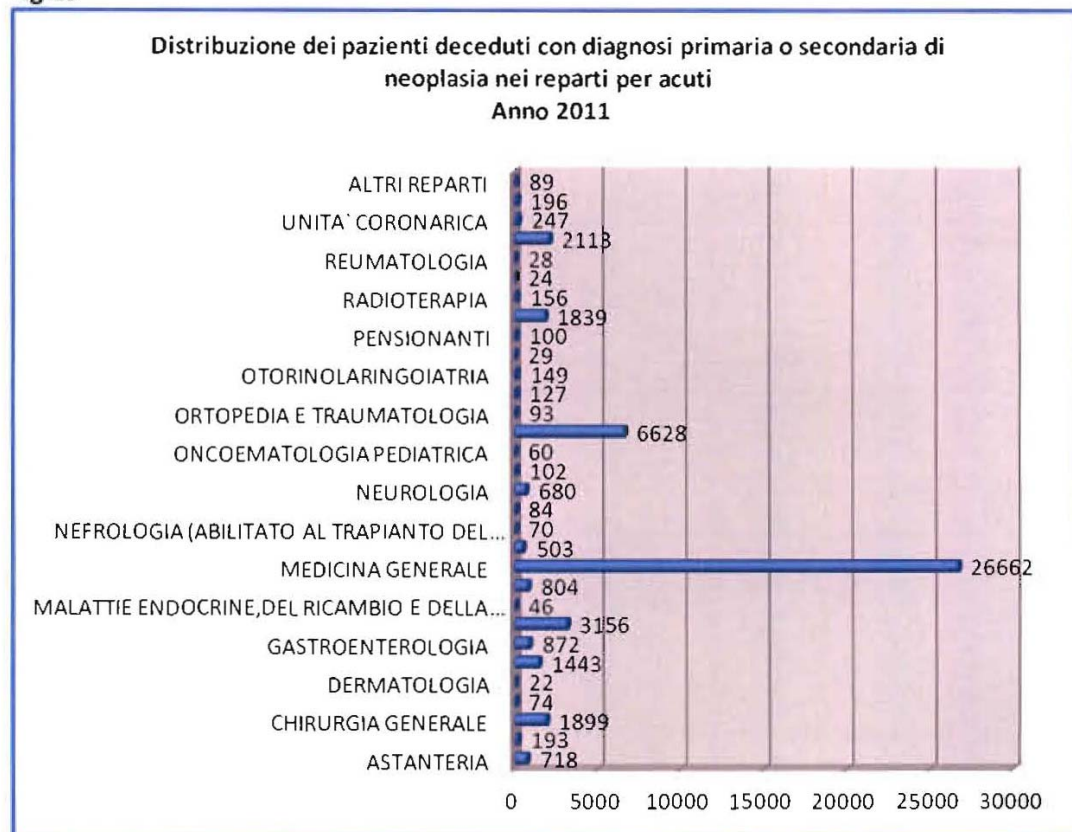


Fig 29



Tab. 13. Differenza tra numero deceduti 2010 e numero deceduti 2011 con diagnosi di tumore in regime di ricovero ordinario e reparto per acuti

Regioni	Numero Deceduti anno 2011	Numero Deceduti anno 2010	aumento/diminuzione
Piemonte	4505	4690	-3,9
Valle d'Aosta	143	146	-2,1
Lombardia	7350	11372	-35,4
P.A. Bolzano	360	586	-38,6
P.A. Trento	639	488	30,9
Veneto	6348	6378	-0,5
Friuli-Venezia Giulia	2291	2423	-5,4
Liguria	2572	2612	-1,5
Emilia-Romagna	5389	5530	-2,5
Toscana	3763	3951	-4,8
Umbria	907	950	-4,5
Marche	1889	1845	2,4
Lazio	4442	4718	-5,8
Abruzzo	1281	1256	2,0
Molise	395	240	64,6
Campania	1440	1289	11,7
Puglia	1673	1490	12,3
Basilicata	256	257	-0,4
Calabria	698	686	1,7
Sicilia	1139	1015	12,2
Sardegna	1733	1652	4,9
Totale Nazionale	49213	53574	-8,1

XVII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Regione	Sesso	Totale Pazienti Assistiti	Di cui con stato terminalità oncologica	Di cui con stato terminalità non oncologica
Piemonte	Femmina	2618	2095	530
	Maschio	2788	2445	376
	Totale Piemonte	5406	4540	906
Valle d'Aosta	Femmina	32	28	4
	Maschio	15	15	
	Totale Valle d'Aosta	47	43	4
Lombardia	Femmina	1693	1177	530
	Maschio	1835	1368	489
	Totale Lombardia	3528	2545	1019
P.A. Trento	Femmina	950	950	
	Maschio	1272	1272	
	Totale P.A. Trento	2222	2222	
Veneto	Femmina	5887	5887	
	Maschio	5112	5112	
	Totale Veneto	10999	10999	
Friuli-Venezia Giulia	Femmina	9	9	
	Totale Friuli-Venezia Giulia	9	9	
Liguria	Femmina	974	837	145
	Maschio	1210	1082	146
	Totale Liguria	2184	1919	291
Emilia-Romagna	Femmina	4456	3537	1031
	Maschio	4256	3674	671
	Totale Emilia-Romagna	8712	7211	1702
Toscana	Femmina	39	25	21
	Maschio	11	4	7
	Totale Toscana	50	29	28
Umbria	Femmina	1202	664	586
	Maschio	1169	698	525
	Totale Umbria	2371	1362	1111
Marche	Femmina	624	484	433
	Maschio	435	341	264
	Totale Marche	1059	825	697
Lazio	Femmina	1056	610	493
	Maschio	880	552	360
	Totale Lazio	1936	1162	853
Abruzzo	Femmina	436	249	190
	Maschio	416	287	132
	Totale Abruzzo	852	536	322
Molise	Femmina	3	3	
	Maschio	2	1	1
	Totale Molise	5	4	1
Campania	Femmina	466	362	108
	Maschio	548	474	82
	Totale Campania	1014	836	190
Basilicata	Femmina	67	52	15
	Maschio	41	37	10
	Totale Basilicata	108	89	25
Calabria	Dato mancante	26	10	16
	Maschio	5	5	
	Totale Calabria	31	15	16
Sicilia	Femmina	13	13	
	Maschio	18	18	
	Totale Sicilia	31	31	
Totale		40564	34377	7165

5.3 *Terapia del dolore*

Nell'ultimo decennio il trattamento del dolore è evoluto verso la concezione di un trattamento integrato nel piano di cura della persona, finalizzato non solo alla migliore e precoce ripresa funzionale, ma anche al recupero globale dello stato di salute.

In quest'ottica, emergono nella pratica della terapia del dolore, finalità di tipo clinico, strettamente correlate al miglioramento dell'outcome nonché di tipo etico ed economico aventi come risultato la maggiore efficienza ed efficacia del sistema assistenziale.

I dati elaborati nell'ambito ospedaliero rappresentano le informazioni provenienti dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO) nelle quali è selezionata esclusivamente la diagnosi principale.

Con la sottoscrizione dell'Intesa del 25 luglio 2012, con la quale sono stati individuati i requisiti minimi ai quali debbono rispondere i centri Hub e i centri Spoke, diviene sempre più impellente la necessità di individuare un codice disciplina dedicato che identifichi i centri di terapia del dolore nell'ambito del Sistema informativo Sanitario del Ministero della Salute. In assenza di tale codice, al pari di quanto effettuato nella passata Relazione al Parlamento, sono state selezionate alcune prestazioni ospedaliere e ambulatoriali significative per evidenziare i progressi nei processi assistenziali erogati in tale ambito.

Per quanto concerne l'area della terapia del dolore ospedaliera, le informazioni disponibili sono riferite all'erogazione, in regime di ricovero ordinario e diurno, di procedure medico-chirurgiche volte al raggiungimento della condizione ottimale di controllo del dolore.

I dati della tabella 15 e della figura 30 evidenziano il progressivo incremento, nel tempo, del ricorso alla procedura di epidurolisi con una maggiore frequenza nella popolazione femminile.

Il progressivo incremento dei casi trattati è verosimilmente legato ad una migliore accessibilità e una maggiore diffusione della tecnica, coerenti con il recepimento e l'attuazione, a livello regionale, della Legge 38/2010.