

Introduzione

L'art. 11 della Legge del 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" prevede che il Ministro della Salute presenti ogni anno una relazione al Parlamento sullo stato di attuazione dello sviluppo delle reti di assistenza in cure palliative e terapia del dolore. Il concetto fondamentale di "rete", così come presente nella normativa, è stato il punto di riferimento per la redazione di tutte le precedenti edizioni presentate nel corso degli anni passati. Coerentemente con il lavoro già svolto, l'attenzione del presente Rapporto al Parlamento si è concentrata sul paziente assistito nelle reti assistenziali previste dalla legge 38/2010. Soggetto fragile per sua stessa natura, il malato inguaribile o affetto da dolore cronico necessita di una presa in carico e di una assistenza globale, multidisciplinare e altamente specializzata; i professionisti di cure palliative e terapia del dolore, non possono esimersi da un impegno costante, così da poter offrire prestazioni di alta specialità all'interno di un percorso di cura personalizzato e studiato sui bisogni specifici di ogni singolo individuo.

La redazione del presente lavoro ha così comportato, come primo punto, la definizione del soggetto eleggibile alle reti previste dalla legge 38/2010, per poter individuare il potenziale bacino di utenza verso cui l'assistenza deve rivolgersi. All'interno delle tre aree tematiche si sono declinate le diverse tipologie di paziente, i bisogni specifici e le differenziazioni (di genere, territoriali e per fasce di età) evidenziate da una approfondita analisi dei risultati scaturiti dal monitoraggio dei dati immessi dalle regioni nel sistema informativo sanitario, ciò consente la verifica dello stato di attuazione delle reti di cure palliative, di terapia del dolore e della rete pediatrica grazie all'utilizzo del cruscotto informativo del Ministero della Salute.

Ne emerge un quadro esaustivo del malato eleggibile alle tre reti assistenziali a cui il sistema organizzativo composto dalle istituzioni, professionisti, operatori sanitari e mondo dell'associazionismo deve poter offrire risposte di non sempre facile soluzione.

Il percorso possibile è rappresentato dal lavoro sinergico tra tutti i protagonisti coinvolti attraverso formazione, informazione e organizzazione. Una sfida che il mondo delle cure palliative e della terapia del dolore può e deve cogliere; ancor di più in occasione del Semestre Europeo di Presidenza italiana che ha scelto, le cure palliative e la terapia del dolore come punti cardini di un dialogo costante tra gli stati membri della Comunità europea.

1. Identificazione ed eleggibilità del paziente nelle reti previste dalla Legge 38/2010

1.1 Il paziente della rete di cure palliative

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce le Cure Palliative come “un approccio integrato in grado di migliorare la qualità di vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicosociale e spirituale.”

Il Documento “Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course”, approvato il 4 Aprile 2014 dalla 67th Assemblea Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, contiene numerose e importanti indicazioni rivolte a tutti gli Stati rispetto alla necessità di rafforzare ed integrare le Cure Palliative nei diversi Sistemi Sanitari Nazionali. In queste indicazioni, viene più volte sottolineato con forza che i Sistemi Sanitari nazionali devono includere le Cure Palliative in un percorso di continuità delle cure rivolte a tutte le persone con patologie croniche degenerative in fase avanzata e a limitata aspettativa di vita, un percorso nel quale l'identificazione precoce di questi malati rappresenta un elemento di straordinaria importanza.

I motivi che rendono importante l'individuazione anticipata dei malati con bisogni di cure palliative è ormai ampiamente diffusa; i modelli integrati di organizzazione delle Cure Palliative, soprattutto per quanto riguarda il setting domiciliare, sono gli unici che possono garantire la possibilità concreta di fornire risposte assistenziali efficaci ai bisogni dei malati e dei loro familiari, nel luogo di cura da essi desiderato, riducendo nel contempo un utilizzo improprio delle risorse, anche attraverso una significativa diminuzione del numero delle giornate di ricovero ospedaliero non necessarie.

Una delle azioni più importanti da attivare nell'organizzazione di una Rete di Cure Palliative è quella di favorire un'anticipata individuazione dei malati affetti da malattie croniche degenerative in fase avanzata e con limitata aspettativa di vita, con la conseguente attivazione di percorsi “proattivi” di cura e di assistenza; l'organizzazione precoce di questi percorsi di cure palliative consente, nelle esperienze in cui vengono applicati in modo diffuso, di migliorare la qualità di vita dei malati e di aumentare in modo significativo la possibilità di assisterli a casa fino alla fine della loro vita. Quando questi malati e soprattutto i loro bisogni di cure palliative non vengono riconosciuti tempestivamente, i professionisti sanitari tendono ad utilizzare in modo talvolta “meccanico” ed inappropriato trattamenti rivolti ad un teorico prolungamento della vita,

sottovalutando invece altri obiettivi di cura che, quanto più ci si avvicina alla fine della vita, diventano di importanza fondamentale, quali il controllo della sofferenza fisica, psicologica e spirituale del malato.

La precoce identificazione dei malati con bisogni di Cure Palliative può garantire molteplici vantaggi:

- per i malati, una maggiore attenzione al controllo dei sintomi e alle cause di sofferenza legate alla progressione della malattia, con la possibilità di esprimere e far comprendere meglio desideri, preoccupazioni, priorità per il presente e per il futuro;
- per l'équipe curante, una maggiore consapevolezza della situazione e la possibilità di una adeguata pianificazione anticipata delle cure, anche di fronte ad eventi acuti o a nuove crisi, oltre ad un migliore coordinamento delle cure stesse;
- per i familiari e/o i "caregivers", una migliore e più attenta valutazione dei propri bisogni.

Il riconoscimento tempestivo dei malati che necessitano di cure palliative richiede un percorso di valutazione multidimensionale e sistematica di questi pazienti, una conseguente rimodulazione dell'approccio terapeutico e assistenziale, attivando percorsi integrati di cura che coinvolgono tutte le risorse disponibili.

È un percorso che, dove viene applicato in modo diffuso, coinvolge tre livelli di intervento e di responsabilità:

- il singolo professionista (medico di medicina generale, medico specialista ospedaliero, ecc.) che identifica i malati con bisogni di cure palliative e valuta il possibile cambiamento di prospettiva nei percorsi di cura;
- il servizio o la struttura organizzativa di erogazione dei servizi, che identifica i gruppi di malati che richiedono un approccio palliativo;
- il Sistema Sanitario nel suo complesso, che promuove la condivisione delle informazioni relative a questi pazienti, rivede il ruolo dei servizi necessari per dare una risposta ai loro bisogni, favorisce la definizione di percorsi di cura condivisi.

1.1.1 Gli strumenti di valutazione

Oggi sono disponibili metodologie e strumenti di valutazione appropriati per una identificazione precoce dei malati con patologie croniche degenerative in fase avanzata e a limitata aspettativa di vita, che possono essere utilizzati sia in contesti organizzativi di cure primarie sia in aree specialistiche ospedaliere.

Tale approccio valutativo non comporta, naturalmente, la formulazione di una precisa anticipazione prognostica, anche in termini di durata della malattia, quanto piuttosto cercare di prevedere i bisogni di questi malati. L'obiettivo principale è garantire le cure più appropriate al momento giusto; tale risultato è prioritario rispetto alla formulazione di una previsione sul tempo di vita residuo, poiché conduce ad una organizzazione delle cure "proattiva" e allineata alle preferenze del paziente stesso.

Uno strumento semplice e di utilizzo sempre più diffuso per favorire l'identificazione di questi malati è la cosiddetta domanda sorprendente: "Saresti sorpreso se questo malato morisse nei prossimi 12 mesi?". La risposta negativa a questa domanda costituisce un criterio di identificazione dei malati che si sta dimostrando, a livello nazionale ed internazionale, utile ed efficace per questo scopo.

La "domanda sorprendente" è uno strumento semplice, che può essere utilizzato in modo concreto e diffuso da tutti i medici: come documentato recentemente in pubblicazioni scientifiche anche italiane, nelle realtà nelle quali viene utilizzato sembra avere un forte valore prognostico nei malati di cancro e più in generale nei malati con patologie croniche degenerative in fase avanzata. Lo strumento "NECPAL CCOMS-ICO" viene utilizzato dall'Istituto Catalano di Oncologia, uno dei Centri Collaborativi per le Cure Palliative dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Questo strumento associa la "domanda sorprendente" ad una serie di altre valutazioni relative allo stato nutrizionale e al declino funzionale dei malati, alla presenza di una condizione di severa "fragilità" clinica e di grave comorbidità, compresa la demenza, al frequente ricorso ad accessi in Pronto Soccorso o a ricoveri in ospedale. L'utilizzo diffuso di questo strumento in alcune aree della Catalogna ha permesso identificare in modo precoce e sistematico i malati con bisogni di cure palliative e di farne una stima quantitativa, calcolata nel 2-5% sul totale della popolazione residente.

Un altro strumento ampiamente utilizzato in Gran Bretagna, prevalentemente in contesti di cure primarie, è il "Gold Standard Framework". Una versione di questo strumento adattata per la realtà italiana è stata utilizzata nel Progetto dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – AGENAS denominato "Teseo-Arianna, studio osservazionale sull'applicazione di un modello integrato di cure palliative domiciliari nell'ambito della Rete locale di assistenza a favore di persone con patologie evolutive con limitata aspettativa di vita". In questo strumento di identificazione dei malati eleggibili alle cure palliative, accanto all'utilizzo preliminare della risposta alla "domanda sorprendente", vengono valutati il grado di deterioramento delle condizioni generali, l'incremento dei bisogni assistenziali e la scelta del malato di non essere più

sottoposto a trattamenti “attivi” unitamente alla proposta di indicatori clinici specifici correlati ad alcune patologie particolarmente frequenti.

Anche se le Cure Palliative si applicano sempre di più nei malati con qualunque patologia cronica degenerativa in fase avanzata, e questo “trend” si rafforzerà certamente nei prossimi anni, i malati di cancro rimangono comunque la maggioranza dei pazienti assistiti dalle Reti di Cure Palliative del nostro paese e nel mondo. Anche per questo motivo, sono ormai particolarmente numerose e convincenti le evidenze scientifiche sui vantaggi prodotti dalla tempestiva intercettazione dei malati di cancro con limitata aspettativa di vita e con bisogni di cure palliative.

Numerosi studi, anche alcuni trials clinici randomizzati, hanno documentato che l’identificazione anticipata di questi malati e l’attivazione di modelli di intervento integrati di cure palliative simultanee garantisce:

- un miglioramento del controllo dei sintomi e della qualità di vita dei malati;
- la possibilità per i pazienti di comprendere meglio la propria prognosi e di conseguenza di fare scelte terapeutiche più motivate;
- una riduzione degli accessi in Pronto Soccorso e dei ricoveri ospedalieri inappropriati, con un significativo risparmio di risorse economiche;
- un maggiore coinvolgimento dei malati nelle discussioni sulle scelte terapeutiche nel fine vita e di conseguenza una dimostrata e significativa riduzione dei costi per trattamenti oncologici talvolta inappropriati.

I modelli di intervento delle Cure Palliative stanno evolvendo, anche nel nostro paese, per cercare di garantire ad un numero crescente di malati affetti da patologie croniche e ai loro familiari una miglior qualità di vita e di assistenza nel loro ultimo periodo di vita. Da interventi limitati soltanto alle ultime fasi della vita, quasi esclusivamente in malati affetti da cancro, ci si rivolge sempre di più ad una popolazione di malati con patologie croniche degenerative in fase avanzata con aspettativa di vita talvolta di molti mesi, dalla dicotomia fra cure attive/cure palliative ci si orienta verso modelli di cure simultanee e integrate, da interventi in reazione alle crisi si attivano modelli di intervento “proattivo”, sempre più precoci e meno “rigidi” dal punto di vista organizzativo, più coerenti con i bisogni della popolazione. Una delle sfide culturali ed organizzative più importanti nel lavoro futuro delle Reti di Cure Palliative italiane per attivare questi processi “virtuosi” di cambiamento, è certamente quella di garantire, in tutti i setting di cura (a domicilio, in ospedale, nelle strutture residenziali), un’assistenza tempestiva e globale, centrata sui bisogni e sulle preferenze del paziente e dei suoi familiari.

1.2 Il paziente e “la malattia dolore”

L’emanazione della Legge 38/2010, i successivi provvedimenti attuativi della Conferenza Stato-Regioni e le delibere regionali applicative hanno esplicitato la necessità di definire linee guide comuni per l’accesso alla Terapia del Dolore a diversi livelli a secondo della complessità della “malattia dolore” lamentata dal paziente.

Il razionale di tale percorso è basato sul fatto che il dolore cronico non sia solo un sintomo di una malattia cronica (intesa come perdurante nel tempo), ma sia un’entità nosologica (malattia) a se stante che debba essere riconosciuta, diagnosticata e trattata a seconda del meccanismo fisiopatologico che la sostiene.

Il dolore è spesso identificato esclusivamente come un sintomo di un’altra malattia. In tale ottica l’approccio diagnostico terapeutico viene indirizzato al trattamento della malattia sottostante, mentre il dolore spesso è poco trattato.

In realtà, da alcuni decenni il dolore cronico non è più visto come un “semplice” simbolo di una malattia ma è considerato una vera e propria malattia che necessita un atteggiamento diagnostico e specialistico dedicato.

Studi molto recenti identificano come in Europa il 20% della popolazione adulta riferisce un dolore cronico.

La legge 38/2010 riconosce quindi il diritto di accesso alla terapia del dolore di tutti i pazienti, pediatrici e adulti, che lamentano dolore cronico. In tale ambito rientrano patologie molto comuni in cui ovviamente vi è un approccio multidisciplinare ma in cui la figura del terapeuta del dolore ha il compito di arrivare a definire in modo corretto il meccanismo fisiopatologico alla base di tale problematica.

Pertanto, pazienti con patologie dolorose croniche come lombalgia, cervicalgia, radicolopatie arti superiori e inferiori, dolori artrosici mono- e polidistrettuali, neuropatie periferiche (ad esempio neuropatia postherpetica e neuropatia diabetica), dolori cronici muscolari (ad esempio fibromialgia, sindrome stanchezza cronica), dolori neurologici centrali dolore in paziente con tumore, sono tutti pazienti eleggibili per l’accesso alla terapia del dolore.

Il primo compito nell’affrontare il paziente con “malattia dolore” sarà identificare se trattare esclusivamente il sintomo e la malattia concomitante in modo specialistico oppure se sia necessario indirizzare il paziente a un centro di “terapia del dolore”, in quanto la malattia lamentata dal paziente è il dolore stesso.

In entrambi i casi, la terapia del dolore ha un ruolo specifico:

1. nel caso del dolore cronico come sintomo: utilizzare farmaci analgesici appropriati in modo da modulare il sintomo dolore in attesa della risoluzione della malattia. Il terapeuta del dolore ha il compito in questo caso di aiutare il MMG nella gestione dei farmaci analgesici o, qualora il paziente abbia problematiche complesse o non risponda al trattamento iniziale, prendere in carico il paziente per ottenere un buon controllo farmacologico anche attraverso metodiche infiltrative appropriate;

2. nel caso del dolore cronico come malattia: identificare esattamente la causa del dolore del paziente e iniziare una terapia rivolta alla “malattia dolore” tale da garantire il percorso diagnostico-terapeutico più appropriato possibile, così come prevede la legge 38/2010 con l’organizzazione di centri dedicati. In tal caso la terapia del dolore prevede per la gestione della malattia sia trattamenti farmacologici e infiltrativi sia approcci chirurgici mini-invasivi.

Quindi, in accordo con la legge, tutti i pazienti che lamentano dolore cronico sono eleggibili per una valutazione specialistica del terapeuta del dolore in modo da ottimizzare non solo la terapia farmacologica, ma anche (e soprattutto) una accurata diagnosi ed eventualmente un approccio chirurgico. La terapia del dolore, nei centri Spoke e Hub, ha le competenze, all’interno di un approccio multidisciplinare e integrato, per dare risposta a tale problematiche.

L’obiettivo finale della Terapia del Dolore, come sancito dalla legge 38/2010, non è tanto quello di garantire analgesia, ma è quello di erogare e garantire a tutti i cittadini i trattamenti diagnostici e terapeutici relativi a “malattie dolore” croniche, delineando il percorso diagnostico terapeutico integrato e multidisciplinare migliore, considerando appropriate terapie farmacologiche, psicologiche, riabilitative e chirurgiche che possano essere volte ad una autonomizzazione del paziente dalla malattia dolore e ad un suo reinserimento sociale.

Al fine di garantire una così ampia multidisciplinarietà di diagnosi e terapia, il percorso della Terapia del Dolore deve strutturarsi come una Rete; tale Rete è composta dai Medici di Medicina Generale, dagli ambulatori/centri Spoke e dai centri Hub, così come definito dall’accordo Stato Regioni siglato il 25 luglio 2012.

Diviene, quindi, fondamentale definire i diversi criteri di accesso in base alla complessità della “malattia dolore” e al percorso diagnostico - terapeutico più appropriato, al fine sia di razionalizzare le risorse sia di garantire il più appropriato trattamento in funzione delle peculiarità legate alle caratteristiche anamnestiche del paziente e alla complessità della malattia dolore.

Risulta consensualmente necessario definire i criteri di accesso ai diversi “NODI” della rete:

1. Accesso all’ambulatorio del Medico di Medicina Generale (MMG);

2. Accesso a visita specialistica di Terapia del Dolore presso struttura Spoke

3. Accesso a visita specialistica di Terapia del Dolore presso struttura Hub.

La legge 38/2010 e la successiva intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012 hanno identificato e normato i criteri di personale e di attività che i centri Spoke e Hub devono avere.

Tali prestazioni potranno essere effettuate in diversi regimi assistenziali:

- Prestazioni ambulatoriali specialistiche di Terapia del Dolore;
- Prestazioni specialistiche di Terapia del Dolore effettuabili in regime di ricovero diurno (Day Surgery/Day Hospital);
- Prestazioni specialistiche di Terapia del Dolore effettuabili in regime di Ricovero Ordinario.

La valutazione del dolore deve avvenire non solo attraverso la “quantificazione” del dolore, tramite le scale validate (ad esempio Numeric Rate Scale, NRS, o Visual Analogue Scale, VAS), ma anche (e soprattutto) attraverso la diagnosi del meccanismo fisiopatologico che sottende a tale malattia e della valutazione dei possibili effetti collaterali legati sia alla malattia dolore sia, eventualmente, alla terapia effettuata.

A seconda del meccanismo alla base della malattia (dolore puramente nocicettivo non complesso, dolore con componente neuropatica e dolore complesso con componente sia nocicettiva sia neuropatica), della complessità del paziente e della risposta al trattamento identificato come idoneo, si dovrà prevedere un diverso “livello specialistico” di intervento diagnostico e terapeutico.

1.2.1 La terapia del dolore nell'ambulatorio dei medici di medicina generale

A questo primo livello (ambulatorio del MMG) di assistenza accedono i seguenti pazienti:

- Pazienti affetti da patologia dolorosa cronica, ancora in fase di definizione diagnostica attraverso le più comuni indagini (radiografia standard ed esami ematochimici di primo livello), senza alcun iniziale trattamento analgesico;
- Pazienti affetti da patologia dolorosa cronica in controllo sintomatologico con farmaci analgesici che non esponano il paziente a rischio e/o non siano presenti condizioni patologiche croniche di rilievo tali da poter ipotizzare un difficile setting di terapia;
- Pazienti affetti da patologia dolorosa cronica in controllo sintomatologico mediante farmaci detti di primo livello (FANS e paracetamolo) senza alcuna complessità o comorbidità significativa associata.

Il MMG deve quindi gestire tale paziente chiedendo, eventualmente al centro Spoke un'attività consulenziale e, qualora sia necessario, una modifica della terapia al fine di evitare e contrastare la comparsa di effetti collaterali lievi.

Qualora non sia chiara l'iniziale diagnosi e/o il trattamento di prima istanza non sia efficace e/o sia indicata un trattamento infiltrativo, il paziente sarà comunque indirizzato al centro Spoke.

Compiti della gestione del dolore cronico da parte del MMG:

- Giungere ad una diagnosi iniziale del tipo di dolore tramite esami diagnostici di primo livello (radiografia, esami ematochimici) e richiedere consulenze specialistiche non di carattere algologico nel caso si ravvedano quadri il cui dolore sia identificato non come malattia ma come sintomo di altra patologia primaria trattabile;
- Provvedere ad una prima linea di trattamento;
- Prescrivere accertamenti di laboratorio e radiologici di base, rivalutando il paziente alla luce degli esiti ottenuti;
- Inviare, ai centri Spoke e HUB, i pazienti con malattia dolore complessa, i pazienti che non hanno risposto in modo soddisfacente alla terapia, i pazienti che possono essere trattati con blocchi o interventi antalgici;
- Prescrivere eventuali terapie fisiche e complementari;
- Eseguire il follow up dei suoi assistiti e di quelli da lui inviati ai centri HUB e Spoke, il cui dolore sia correttamente trattato.

1.2.2 Accesso al centro specialistico di terapia del dolore Spoke

A questo secondo livello di assistenza accedono, attraverso l'invio da parte dei MMG o di altri specialisti i seguenti pazienti:

- pazienti con dolore cronico i cui esami di primo livello tradizionali non abbiano chiarito l'origine del quadro clinico e per cui sia necessario individuare un piano diagnostico-terapeutico mediante tecniche più evolute (PET, SPET RMN alta definizione ecc). La richiesta dell'intervento dello specialista in Terapia del Dolore rappresenta un controllo della appropriatezza diagnostico terapeutica della malattia dolore così come individuato dalla legge 38/2010;
- Pazienti con dolore cronico nocicettivo nei casi in cui i farmaci, scelti dal MMG o altro specialista non afferente alla terapia del dolore, non si rivelino efficaci o presentino effetti collaterali tali da richiedere una revisione di terapia;

- Pazienti con dolore cronico il cui percorso diagnostico-terapeutico abbia condotto all'indicazione di procedure infiltrative e procedure mini-invasive erogabili a livello ambulatoriale (infiltrazioni articolari, infiltrazioni peridurali, blocchi diagnostici) o in day surgery/day hospital;
- Pazienti con dolore cronico misto la cui complessità diagnostica e/o terapeutica richieda l'individuazione del percorso multifarmacologico/multidisciplinare più appropriato.

Il centro Spoke deve quindi gestire tale paziente in un'ottica multidisciplinare con l'apporto/collaborazione di un team multidisciplinare che abbia possibilità di garantire le adeguate competenze diagnostiche (ad esempio neurologo, neuroradiologo, psicologo, etc.) e terapeutiche (fisiatra, fisioterapista, psicologo, etc.).

Qualora non si giunga a una chiara diagnosi e/o il trattamento di prima istanza non sia efficace e/o sia indicata un trattamento procedurale complesso o in un paziente con elevate comorbidità che necessiti o possa necessitare un ricovero, il paziente sarà indirizzato al centro HUB.

Compiti della gestione del dolore cronico da parte del centro Spoke

- Giungere ad una diagnosi del tipo di dolore complesso tramite esami diagnostici di secondo livello (esami neurofisiologici, TAC, RMN, esami ematochimici di secondo livello, etc), blocchi diagnostici e consulenze specialistiche appropriate;
- Impostare un corretto piano diagnostico-terapeutico attraverso l'utilizzo di farmaci oppioidi e/o "adiuvanti" (antidepressivi, antiepilettici, miorilassanti, FANS, etc);
- Eseguire procedure infiltrative e procedure mini-invasive erogabili a livello ambulatoriale (infiltrazioni articolari, infiltrazioni peridurali) o in day surgery/day hospital;
- Eseguire il follow up dei suoi assistiti in collaborazione con il MMG;
- Inviare il paziente a centro Hub qualora sia necessario definire meglio la diagnosi della malattia dolore del paziente.

1.2.3 Assistenza nel centro specialistico di terapia del dolore Hub

Pur permanendo presso i centri HUB le funzioni attribuite anche allo Spoke, allo scopo di razionalizzare le risorse, appare comunque necessario che tale struttura focalizzi il più possibile la sua attività sulle prestazioni complesse come in seguito definite.

A questo terzo livello di assistenza accedono, attraverso l'invio da parte dei centri Spoke, dei MMG o di altri specialisti i seguenti pazienti:

- Patologie dolorose complesse per la cui diagnosi siano necessari approfondimenti diagnostici ulteriori e/o test in regime di ricovero (es test spinali, test farmacologici di scatenamento/abolizione);
- Patologie dolorose complesse non responsive ai trattamenti infiltrativi e mini-invasivi effettuati dal centro Spoke;
- Patologie dolorose che necessitino interventi mini-invasivi;
- Pazienti che necessitano oppioidi ad alti dosaggi o che abbiano comorbidità tali da richiedere un approccio altamente specialistico.

Compiti della gestione del dolore cronico da parte del centro Hub:

- Giungere ad una diagnosi del tipo di dolore che non è stato ancora correttamente identificato anche tramite tecniche diagnostiche e di blocco più complesse;
- Impostare un corretto piano diagnostico-terapeutico attraverso l'utilizzo di farmaci analgesici associate a tecniche neuromodulative e mini-invasive complesse;
- Eseguire procedure infiltrative e procedure mini-invasive erogabili a livello ambulatoriale (infiltrazioni articolari, infiltrazioni peridurali), in day surgery/day hospital e in ricovero;
- Eseguire il follow up dei suoi assistiti.

2. La rete di terapia del dolore

L'intesa siglata in data 25 luglio 2012 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano per la "Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore", stabilisce gli standard strutturali qualitativi e quantitativi che definiscono le reti assistenziali prevista dalla Legge 38/2010. La rete di terapia del dolore è territorialmente articolata in centri Hub ad alta complessità e specializzazione ospedalieri e centri Spoke, ambulatoriali di terapia del dolore.

Il modello organizzativo, rappresentato nel seguente grafico, consente di individuare, rispetto alla gravità della patologia dolorosa di cui è affetto il paziente, il setting assistenziale più appropriato per poter ricevere prestazioni antalgiche di alta qualità.



Il ruolo del medico di medicina generale risulta di prioritaria rilevanza nell'ascolto del paziente affetto da dolore cronico, e di conseguenza nella possibilità di indirizzare il malato verso la strutture assistenziale idonea per il superamento del dolore. Tale organizzazione consente così, non solo il riconoscimento tempestivo e la successiva azione di una terapia antalgica, ma è parte integrante di una razionalizzazione di ricoveri impropri presso le strutture ospedaliere e di un ricorso spesso non risolutivo al pronto soccorso. Lo sviluppo della rete di terapia del dolore, così come evidenziato in tale relazione, risente ancora di una disomogeneità sul territorio sia dal punto di vista normativo che operativo; esistono ancora poche strutture per la terapia del dolore, regioni che non ancora deliberato ed individuato i centri di trattamento Hub e Spoke e un ritardo di ordine formativo sia dei medici di medicina generale che degli altri professionisti. L'impegno sia delle istituzioni regionali che degli operatori della rete assistenziale può consentire di velocizzare il processo di organizzazione di una rete locale per il trattamento del dolore.

2.1. Prestazioni in regime ospedaliero

La legge 38/2010 prevede, oltre a stabilire i requisiti minimi e gli standard organizzativi necessari per l'accreditamento delle strutture assistenziali, all'articolo 5, comma 4, di definire un sistema tariffario sia per le cure palliative che per la terapia del dolore "per permettere il superamento delle difformità a livello interregionale", tramite l'individuazione di una tariffa standard per le prestazioni a livello nazionale.

L'ambito di applicazione nelle prestazioni di terapia del dolore espone criticità rappresentate dalla mancanza di un codice che definisce la disciplina e la sua terapia per la sua identificazione dei relativi DRG. Il DRG, attualmente, risulta spesso assegnato al reparto di provenienza del paziente in cura per una patologia principale, invece di essere in carico al centro di terapia del dolore. Il superamento di tale problematica è allo studio del tavolo misto Stato-regioni istituito per