

8th INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON EXPERIMENTAL SPINAL CORD REPAIR AND REGENERATION

“SPINE AND SPINAL CORD INTERNATIONAL WEEK” Brescia, 9 – 14 May 2011

Monday May 9th 2011

11,00 – 13,00

2nd MORNING SESSION

11.50 – 12.10

La Rete per la Terapia del Dolore in Italia: il punto sulla Legge38/2010
“Italian Network for Chronich Pain management: work in progress”

Pierangelo Lora Aprile

Segretario Scientifico e Responsabile Nazionale Area Medicina del Dolore
Società Italiana di Medicina Generale

Abstract

La recente Legge 38/2010, fissa i principi ispiratori affinché il cittadino con problemi di dolore abbia una risposta rapida ed efficace. La legge afferma che ricevere Cure per il problema Dolore trova il suo fondamento nel rispetto di alcuni principi: la tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione, la tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine, l'adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia.

La Legge Individua nella Rete di Terapia del Dolore l'elemento strutturale che deve dare supporto ai processi ed inserisce quali punti fondamentali il coinvolgimento della Medicina Generale, la creazione di Centri di Terapia del Dolore Multidisciplinari con diversi livelli di competenza (Centri di primo livello-Spoke e Centri di eccellenza-Hub), la necessità della elaborazione di un Percorso Diagnostico Terapeutico per la gestione del paziente con Dolore, il monitoraggio attivo dei processi sottesi alla cura.

Tre considerazioni per rendere concretamente operativa questa legge.

I cambiamenti demografici, epidemiologici, socio-economici, tecnologici e culturali in atto, l'evoluzione rapida e decisa del comparto ospedaliero verso l'alta intensità, l'alta specializzazione e la elevata complessità, determinano variazioni a ricaduta sia nelle modalità di interfaccia che sulla organizzazione sanitaria della sanità territoriale e impongano di adeguare il Sistema Sanitario Nazionale per renderlo coerente con le nuove realtà oggi prevalenti. Parte integrante di questo adeguamento è una profonda ristrutturazione della Medicina del Territorio. L'obiettivo è la trasformazione strutturale del sistema della Medicina Generale da comparto residuale a comparto leader delle cure primarie e l'integrazione con gli altri livelli del comparto.

La seconda considerazione riguarda una delle maggiori criticità nella Cura al malato con Dolore. Nell'attuale sistema assistenziale, che in Italia è di tipo settoriale-specialistico e “prestazionale”, ciascun soggetto erogatore (Medici di Famiglia, Specialisti, Ospedali, ecc.) è qualificato per fornire assistenza con diversi gradi di complessità clinico-assistenziale.

Per quanto riguarda la domanda di prestazioni, il paziente accede di sua iniziativa alle prestazioni di 1° livello (Medico di Medicina Generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS) ed a quelle d'emergenza-urgenza mentre, per le prestazioni di livello superiore (prestazioni specialistiche e degenze ospedaliere, assistenza farmaceutica, ecc.), il MMG motiva la loro richiesta.

Nel caso in cui il paziente è portatore di Dolore Cronico, emergono criticità che riguardano innanzi tutto l'ambito definitorio. Non si tratta di un problema relativo solo a necessità di tipo tassonomico/nosologico, ma soprattutto a necessità di definire il dolore cronico in medicina generale in relazione al problema del Percorso di Cura .La richiesta a prestazioni di livello

superiore e per lo più autonoma ed indipendente da protocolli diagnostico-terapeutici e linee guida condivisi.

Peraltro non è affatto chiaro chi sia lo Specialista o il Centro di riferimento e i pazienti sono spesso costretti a peregrinazioni in strutture non idonee ed a consulenze da Specialisti a diversa vocazione (Oncologo, Ortopedico, Neurologo, Neurochirurgo etc.).

E' necessario invece, come per tutti i pazienti portatori di cronicità, superare la logica della assistenza " a prestazione" e proporre un "percorso" caratterizzato dal livello di complessità, potenzialmente destinato a durare nel tempo, organizzato in modo da garantire una gestione integrata tra il comparto delle Cure Primarie e Specialistiche in una logica di continuità delle cure.

La terza considerazione nasce dalla constatazione che il "salto di qualità" del processo di cura, passa attraverso una informatizzazione appropriata del sistema ad iniziare dall'ambito delle Cure Primarie. Da una analisi del processo di cura (PDT-Dolore) emerge infatti la possibilità di identificare indicatori sintetici ed analitici di performance, di processo e di esito. La analisi di una comparazione tra indicatori di una popolazione selezionata di medici e comportamenti individuali consente di evidenziare la variabilità professionale e di selezionare soluzioni in grado di offrire soluzioni guidate al problema. Non solo. La registrazione puntuale degli eventi permette di calcolare i costi di gestione del paziente con dolore cronico, dato questo molto utile al Programmatore del Servizio Sanitario Nazionale

Se i Centri identificati dalle Regioni (Hub e Spoke), si integreranno nel Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale, generato e condotto nell'ambito delle Cure Primarie da un modello avanzato di Medicina Generale, la gestione del problema "dolore" nei cittadini di questo Paese vedrà finalmente riconosciuta la stessa dignità delle altre importanti malattie croniche.