

# L'assistenza palliativa e la terapia del dolore in Italia

**Maria Linetti\*, Michele Incerti\*\*, Massimiliano Sacchelli\*\*, Vincenzo Manna\*\***

## 1. Introduzione

e cure palliative in Italia stanno avendo uno sviluppo sempre maggiore dall'emanazione della legge 39 nel 1999, che ha finanziato un programma nazionale per la costruzione di strutture residenziali per le cure palliative.

Dei circa 206 milioni di euro stanziati nel 1999, le regioni hanno speso circa il 79%, realizzando e attivando 86 *hospice* a fronte dei 188 programmati; a questi sono da aggiungere ulteriori 40 *hospice* costruiti con finanziamenti regionali o del privato *no profit*. Quest'ultimo, in particolare, ha contribuito in maniera determinante alla nascita e alla crescita del movimento delle cure palliative nel nostro Paese.

Accertato, quindi, questo forte svi-

luppo che si registra nell'ambito strutturale, permangono ancora importanti criticità che impediscono un completo diffondersi dell'assistenza palliativa.

Tra queste, di primaria importanza è la creazione di una reale rete assistenziale nella quale i singoli nodi (*hospice*, assistenza domiciliare, ospedale) possano colloquiare tra loro e dove esista una regia centralizzata a livello regionale.

La terapia del dolore è una parte importante delle cure palliative; ha una sua totale autonomia nella trattazione del dolore nelle sue diverse manifestazioni ed in particolare nella forma cronica.

In Europa il "dolore" rappresenta uno dei principali problemi sanitari in quanto interessa tutte le età, incide sulla qualità della vita e, in particolare nella forma cronica, si stima che abbia un'incidenza nella popolazione di circa il 25-30%.

Il dolore è, quindi, tra tutti i sintomi quello che più mina l'integrità fisica e psichica del paziente e maggiormente angoscia e preoccupa i familiari, con un significativo impatto sulla qualità della vita.

Possiamo distinguere tre tipologie diverse di dolore (acuto, cronico e

procedurale), ciascuna con caratteristiche cliniche di durata e responsabilità terapeutica specifica: 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.

A livello europeo esistono diversi studi che quantificano il peso economico del dolore cronico, evidenziando un'incidenza notevole sia in termini di giornate di lavoro, sia di costi per l'assistenza sanitaria.

Appare importante sottolineare che si parla di dolore cronico invalidante non solo nel campo oncologico, anche se in questo settore è presente il sintomo del dolore nella fase iniziale della malattia in oltre il 30% dei malati e in fase avanzata in oltre il 70%.

Purtroppo 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.

Occorre, quindi, definire una c.d. "rete assistenziale per la terapia del

## L'autore

\*Maria Linetti, Segretario della Commissione nazionale per la formazione continua, Direttore dell'Ufficio Formazione Continua del Ministero della Salute, è autore dei paragrafi 1 e 2;

\*\*Michele Incerti, Massimiliano Sacchelli, Vincenzo Manna, rispettivamente sono: specialista in neurochirurgia, specialista in fisioterapia, fisioterapista e autori dei paragrafi 3, 4, 5 e 6.

dolore” al fine di ottenere una maggiore facilità di accesso alle risorse assistenziali disponibili, in particolare rafforzando l’offerta assistenziale nel territorio per il paziente adulto e pediatrico.

Per raggiungere tale obiettivo occorre sperimentare un nuovo modello organizzativo, integrato nel territorio.

#### *L'anziano e la terapia del dolore*

L’incremento della vita media è, per i paesi industrializzati, il problema prioritario, che obbliga i si-

stemi sanitari al confronto con una progressiva fragilità (40% degli ultraottantenni), disabilità (30% degli ultrasessantenni) e la presenza contemporanea di malattie e condizioni patologiche (70% degli ultraottantenni) che ne aumentano la complessità.

I tre obiettivi geriatrici da perseguire saranno: garantire la sopravvivenza, mantenere un alto livello di autonomia e una buona qualità di vita.

Tutto ciò richiede una specifica strategia per garantire che le princi-

pali patologie che intervengono negativamente in questa autonomia siano sottoposte ad una gestione controllata; uno dei sintomi prevalenti per incidenza e per interferenza con l’autonomia dei soggetti colpiti è, infatti, il dolore.

L’incidenza patologica e recenti studi epidemiologici evidenziano un’incidenza di patologie delle articolazioni e degenerative associate a sintomatologia dolorosa in circa 5.000.000 di persone, di cui il 60% anziani. I dati rilevano come prevalenza e cronicità del sintomo dolore



Foto: Vanessa Cornacchia

nella popolazione anziana generale tendano non solo ad essere di portata notevole, ma anche inevitabilmente ad aumentare con l'ulteriore passare degli anni.

Il dolore è stato evidenziato essere in differenti comunità l'elemento che più di ogni altro si correla con il numero delle patologie ed impatta sulla qualità di vita e sono proprio le patologie più tipicamente dolorose (gono e coxartosi, lombalgia, vasculopatie, tumori) che limitano la qualità e la fruizione degli aspetti domiciliari e sociali di vita.

Nel postoperatorio il dolore è la regola ed è descritto come intenso dal 45% dei pazienti.

Attivare una nuova cultura della cura del dolore è assolutamente necessario e la sua presenza va ricercata e trattata in quanto il dolore è spesso ritenuto dall'anziano connotato all'età, dovuto a malattie croniche inguaribili.

In tal senso occorre intervenire anche culturalmente: si devono implementare corsi per il personale impegnato nelle patologie che provocano dolore (medici, infermieri, fisioterapisti e così via) focalizzati sull'utilizzo delle scale di misurazione del dolore e della qualità di vita con la previsione di gruppi di formazione sul campo; ciò però non toglie che è necessario intervenire sulla rete organizzativa assistenziale e sulla necessaria polivalenza professionale e disciplinare che può utilmente intervenire in favore del cittadino anziano.

### *La Legge Sulle Cure Palliative e Terapia del Dolore*

La legge sulle cure palliative e terapia del dolore (Legge 15 marzo 2010, n. 38) è stata approvata il 9 marzo 2010. Il percorso seguito per la formulazione della norma ha compreso

la collaborazione dei migliori specialisti in materia, le associazioni e i referenti istituzionali del mondo scientifico.

La gestione del dolore che, peraltro, coinvolge tutti i livelli assistenziali oltre che le numerose professioni sanitarie, prevede la costruzione di una rete territoriale di strutture sanitarie e di assistenza domiciliare.

L'obiettivo è quello di garantire le cure palliative e, naturalmente, la terapia del dolore, distribuita a livello regionale con modalità e contenuti omogenei.

La legge introduce anche nuove modalità di prescrizione degli oppiacei, di organizzazione e di registrazione del dolore presso le strutture di ricovero e cura, oltre a prevedere percorsi universitari (master) per contribuire a creare le professionalità specializzate nella materia.

La legge introduce un altro importante tema: quello della concezione del dolore che da condizione da sopportare sulla base di ineluttabili necessità viene definita una vera e propria patologia da gestire e cercare di eliminare o ridurre.

In realtà il dolore ha, da sempre, rappresentato la manifestazione più significativa della malattia e interviene direttamente sulla qualità della vita.

Sulla base delle opportunità evidenziate, presso il Ministero della Salute è stato costituito un gruppo presieduto dal Prof. Guido Fanelli per la realizzazione di un progetto sulla "Terapia del Dolore in medicina generale".

Lo scopo è stato quello di avviare una fase preliminare sperimentale per la realizzazione di una rete territoriale deputata alle cure palliative e, in particolare, alla terapia del dolore.

Sono stati raccolti i contributi dei

maggiori professionisti interessati alla materia ed è stato elaborato un "progetto formativo", in collaborazione con il dott. Giuseppe Ventriglia, nel quale prefigurare le azioni da svolgere in funzione dell'ottimizzazione delle attività formative da porre in essere.

Sono state preliminarmente definite:

- complessità delle aree interessate (dolore acuto e cronico, dolore oncologico e non oncologico)

- innovazioni introdotte negli ultimi tempi soprattutto sul piano terapeutico

- persistenti difficoltà di implementare nella pratica quotidiana attraverso le indicazioni degli esperti con le conseguenti inapproprietezze nelle strategie di trattamento (resistenze al cambiamento) con particolare riferimento all'uso corretto degli oppioidi e dei farmaci adiuvanti

- inefficace integrazione dell'assistenza tra cure primarie e centri di consulenza e di terapia di II e III livello, con scarso ricorso alle possibilità offerte dalle strategie terapeutiche più avanzate.

## **2. Il Progetto Terapia del Dolore in Medicina Generale**

Il "Progetto" è stato elaborato in moduli formativi distinti e interdipendenti tra loro per pervenire ad una preparazione dei medici di medicina generale che condizioni positivamente il raggiungimento di una soluzione ottimale del trattamento delle terapie del dolore e al tempo stesso, consenta di superare le disomogeneità organizzative presenti sul territorio.

Il Progetto formativo si struttura su tre moduli:

- Il *train to trainer*; l'autoformazione ed eventualmente i *role playing*
- 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*

Il *Train to trainer* rappresenta il passaggio formativo di maggiore contenuto strategico: deve trasferire la motivazione al raggiungimento dell'obiettivo, la disponibilità a diffondere i contenuti formativi acquisiti da soggetti che da discenti apprendono per svolgere l'attività di docenza a discenti che devono "raccolgere" il messaggio e renderlo operativo sul territorio, utilizzando le risorse assistenziali disponibili.

E' un modulo formativo che si distingue in due livelli: il primo, la formazione dei formatori e/o di tutor dedicati alla formazione a distanza, il secondo, la formazione degli operatori del territorio attraverso la formazione a distanza o la formazione residenziale.

#### Il "Train to Trainer"

In considerazione della necessità di operare la fase di sperimentazione della formazione del *"Train to trainer"* in un tempo relativamente breve così da trasferire su vasta scala i processi di formazione validati e dar vita ad un'applicazione di percorsi condivisi territorio-ospedale capaci di esprimere una forte capacità operativa e di integrazione di culture professionali sia su scala regionale che nazionale, si ritiene utile prevedere, per ogni singola Regione interessata dalla sperimentazione, un doppio livello di applicazione del modello ed iter formativo seguendo il seguente schema che individua in ogni singola Regione i 2 centri *Hub* di riferimento su cui far declinare la fase di *Train to trainer* con i *tutor* dei Medici di Medicina Generale afferenti a quel territorio con *Hub*.

Tale processo - espanso su 2 livelli - ci permetterà di contenere le variabili ed analizzare a pieno le potenzialità culturali delle singole Regioni su cui basare i processi di formazione generalizzati e identificare la Rete di interazioni operative più appropriate ed efficaci.

L'analisi delle capacità di esprimere i caratteri di centri *Hub*, che è correlata alla capacità - che le unità preposte dedite alla cura del dolore hanno maturato - di essere in grado di soddisfare i requisiti organizzativi ed operativi elencati nei documenti, è stata effettuata sulla scorta dei dati rilevati dal *Benckmarking* della Società Federdolore e dai dati ottenuti dalla Ricerca denominata *Modello di "unità di terapia del dolore e di cure palliative" nelle aziende ospedaliere, integrata con le associazioni di volontariato*, affidata del Ministero della Ricerca al dott. Cesare Bonezzi e al dott. William Raffaelli, che ha permesso di analizzare i livelli di operatività dei differenti centri presenti nelle singole regioni italiane.

Il Progetto si propone di "diffondere i contenuti formativi utili al superamento delle difficoltà operative dei medici di medicina generale coinvolti nelle terapie del dolore".

La progettazione dell'intervento formativo deve inoltre considerare la necessità di rispettare le caratteristiche peculiari della didattica per gli adulti (e per i professionisti in particolare), il che significa che il corso finale, per essere realmente "efficace" (in termini di cambiamento delle performance professionali carenti) deve:

- consentire ai "discenti" di riflettere sulla pratica professionale, rilevare e condividere la presenza di gap cognitivi ed operativi

- offrire un *setting* formativo che consenta una forte partecipazione

personale ed un'efficace interazione con i docenti

- prevedere esperienze didattiche che simulino il più possibile le caratteristiche operative della pratica corrente ambulatoriale, con particolare riferimento al *Problem Based Learning* (PBL), essere orientato non tanto (non solo) all'arricchimento cognitivo (nozioni semplici), quanto all'acquisizione dei modelli operativi "pratici" necessari quotidianamente per un'efficace *problem solving*, ossia della capacità di applicare nella professione ("praticare") ciò che sul piano teorico ha preventivamente appreso, imparando anche a selezionare ciò che serve (fondamentale), da ciò che è accessorio (utile) o ciò che attiene all'area dell'approfondimento specialistico

- Preveda sistemi diversificati di apprendimento-insegnamento, quali: autovalutazione delle conoscenze di base e delle competenze cognitive complesse, studio personale, attività didattiche residenziali e FAD, ecc. (strategia formativa "blended")

- Fornisca richiami (*reminder*) gestiti via Web, finalizzati a rimediare il problema della "volatilità" delle competenze cognitive relative a situazioni che possono accadere poco frequentemente in ambulatorio.

Tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza ai pazienti affetti da patologia dolorosa sono impegnati a lavorare all'interno di gruppi multidisciplinari e multiprofessionali la cui attività, formalmente documentata, deve costituire la base per le procedure di qualificazione validate e riconosciute.

Nelle aziende Sanitarie/Universitarie si deve sviluppare una Rete professionale Ospedale-Territorio capace di soddisfare i seguenti obiettivi:

- assicurare la presa in carico del-

l'assistito nell'intero percorso assistenziale;

- coordinare le professionalità e le Istituzioni che intervengono nel complesso processo di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione di Terapia del Dolore ;

- attivare e condividere tutti gli strumenti indispensabili alle figure professionali coinvolte nell'assistenza: sistemi informativi, cartelle telematiche, linee guida, registri per patologia, ecc.;

- valorizzare le risorse messe a disposizione dalla relazione tra Reti Ospedaliere e Reti Territoriali e più in generale:

1. Definire i livelli assistenziali, le modalità e gli strumenti di integrazione e collaborazione delle diverse competenze professionali e le specifiche dimensioni organizzative;

2. Favorire una stretta integrazione "simultaneous care" fra trattamenti specifici e terapie di supporto in qualunque momento della malattia attraverso percorsi diagnostici terapeutici definiti e condivisi;

3. Creare strumenti per la condivisione delle informazioni relative ai processi di cura, assistenza e supporto, per ciascun malato;

4. Adottare meccanismi operativi al fine di realizzare le dimissioni protette e le corsie preferenziali per la diagnostica ed i ricoveri programmati nei differenti settori delle Reti;

### *Attività previste e obiettivi specifici*

Sviluppare la capacità di dare risposte ai bisogni di primo intervento per patologie a bassa complessità e ai bisogni caratterizzati da complessità patologica e di trattamento attraverso attività di tutoraggio.

### *Ricadute in termini di salute pubblica attese*

La mancata realizzazione del pro-

getto nazionale "Ospedale senza dolore" ha creato, nella maggior parte del Paese, un vuoto assistenziale sulle tematiche riguardanti il dolore sia nelle forme croniche che in quelle relative alla terminalità.

Per colmare questo vuoto occorre implementare un nuovo modello organizzativo integrato nel territorio nel quale il livello assistenziale viene scomposto in due momenti complementari: le strutture di eccellenza e le strutture ambulatoriali.

### *Tipo di formazione*

Processo di formazione costituito da moduli sequenziali che forniscono l'acquisizione delle competenze necessarie, ai vari livelli, della conoscenza, cura e condivisione del trattamento del dolore nelle forme croniche e in quelle relative alla terminalità, sulla base dei bisogni formativi basati sulla interrelazione tra rete dei Medici di medicina generale e l'organizzazione della rete di terapia del dolore. La rete dei centri di terapia del dolore è strutturata su due livelli organizzativi-operativi definiti Hub e Spoke, che dovranno sviluppare la capacità di dare risposte ai bisogni di primo intervento per patologie a bassa complessità e ai bisogni caratterizzati da complessità patologica e di trattamento.

### *Target dei Medici di Medicina Generale*

Circa 3.000 medici di medicina generale per regione.

La selezione dei gruppi di medici di medicina generale sarà effettuata sulla base di afferenza ad un "centro" di eccellenza per la terapia del dolore che avrà funzioni di "Hub" per l'intero intervento formativo.

In relazione alla presenza di n. 2 Centri Hub per Regione, saranno costituiti n. 2 gruppi di circa 1.500 unità

da formare per singolo centro.

L'afferenza territoriale dei medici sarà effettuata sulla base dei bacini di riferimento geografici e sanitari di ciascuna Regione e garantiranno la copertura di tutto il territorio regionale.

### *L'Impostazione del Progetto Formativo*

Il modello di formazione definito "Train to trainer" prevede una fase di individuazione dei bisogni formativi basati sulla interrelazione tra rete dei medici di medicina generale (es. Unità complesse di assistenza primaria), medici ospedalieri e organizza-



Foto: Diego Ercoli

zione della rete di terapia del dolore.

La rete dei centri di terapia del dolore è strutturata su due livelli organizzativi-operativi definiti: HUB e SPOKE distrettuali, che avranno la responsabilità di migliorare la capacità di dare risposte sia ai bisogni di primo intervento per patologie a bassa complessità, sia ai bisogni caratterizzati da complessità patologica e di trattamento. Sulla capacità di raggiungere questi obiettivi *Hub e Spoke* è necessario e opportuno un monitoraggio anche attraverso l'istituzione di un osservatorio dedicato.

La linea formativa del Train to Trainer è costruita sulla piramide degli

HUB che, per loro natura corrispondono ad una media di popolazione espressa di circa 1.5/2 milioni di abitanti.

- Individuare meccanismi operativi in grado di realizzare una forte integrazione tra i Medici di Medicina Generale, la rete di terapia del dolore e tutti gli altri operatori coinvolti nella rete assistenziale;

- Definire gli indicatori di qualità e dei relativi processi di rilevazione e monitoraggio.

E' auspicabile la costituzione di un Coordinamento della Rete Antalgica formalizzato con funzioni di indirizzo tecnico-scientifico, di governo clinico e di monitoraggio delle attività assistenziali anche attraverso l'elaborazione di un Piano condiviso.

I contenuti formativi del corso di formazione si fondano su una preliminare conoscenza delle norme che regolano la materia, comprendendo anche la definizione della struttura nosocomiale deputata al "dolore" e all'*Hospice* per le cure Palliative. Gli obiettivi sono ben delineati dalla legge istitutiva.

Lo sviluppo del programma prevede, inoltre, la panoramica delle patologie che in generale e in termini più specifici il dolore sia dal punto di vista clinico, sia da quello farmacologico.

Uno spazio significativo è destinato ai piani di cura delle sindromi dolorose acute con particolare riguardo al dolore oncologico, alle specifiche caratteristiche cliniche, ai modelli di monitoraggio, ai piani di cura di base e specialistici, ai modelli di gestione per la cura domiciliare.

### **3. Il Centro di Cura del Dolore**

Il Centro di Cura del Dolore consiste nel primo centro privato accreditato rivolto al trattamento di tutti i

tipi di dolore: dolori vertebro-spinali, dolori osteoarticolari, dolori reumatologici, oncologici e cranici.

L'obiettivo principale è rivolto dunque alla cura del dolore del paziente durante la risoluzione del quale si porta avanti simultaneamente il percorso diagnostico e seguentemente terapeutico.

Il centro è costituito, in tutte le sue sezioni, tranne quella riguardante l'Attività Fisica Adattata (vedi in seguito) da una parte privata e una parte convenzionata (visite e terapie erogate dal Sistema Sanitario Nazionale).

Il centro è dotato di una Sezione di Cura del dolore Domiciliare, rivolto a tutti quei malati che non possono accedere al servizio ambulatoriale a causa di gravi e invalidanti patologie.

Questo è reso possibile dalle seguenti caratteristiche:

- la iperspecializzazione dei professionisti verso la conoscenza del trattamento del dolore, sia dal punto di vista della somministrazione farmacologica che da quello infiltrativo, che mediante l'utilizzo di terapie fisiche e non convenzionali nel rispetto delle linee guida.

- il lavoro in équipe dei professionisti nella valutazione iniziale del paziente, con ab initio un inquadramento del quadro clinico completo e una notevole riduzione dei tempi di applicazione del programma terapeutico

- la possibilità di affrontare, ove necessario, un percorso chirurgico presso strutture accreditate per venire incontro anche alle esigenze dei pazienti che non possono affrontare un intervento privatamente seguiti dallo stesso specialista

- la disponibilità del centro di qualunque possibilità terapeutica nel trattamento del dolore. Di seguito verranno elencati i percorsi diagno-



stico-terapeutici applicati, con descrizione dei graduali step del trattamento, di cui in buona parte innovativi, sempre in considerazione delle linee guida internazionali.

Strumenti a disposizione del centro:

- specialisti in terapia del dolore con effettuazione di valutazione multidisciplinare in équipe, elemento che prevede scelte dei professionisti in simultanea fin dall'inizio e che quindi permette nello stesso tempo in cui si cura in fase iniziale il dolore di stabilire un percorso diagnostico preciso (valutazione multispecialistica), evitando al paziente inutili esami diagnostici e perdite di tempo.

- presenza di Terapia Riabilitativa Ambulatoriale: questa sezione riveste un ruolo fondamentale non solo nella cura del dolore ma nella risoluzione completa della patologia; come si vedrà poi in seguito la riabilitazione è uno strumento che si integra perfettamente con la mission del centro nella sua qualità preventiva sul dolore stesso (prevenzione primaria e secondaria del dolore cronico) inteso non più come semplice sintomo ma come entità patologica a sé stante.

- servizio di Attività Fisica Adattata (AFA), basato sul modello già sperimentato con successo dalla Regione Toscana, allo scopo di trattare i disturbi algodisfunzionali in pazienti ortopedici e neurologici, o al fine di prevenire il dolore da ipomobilità, o al fine di trattare il dolore cronico sia di origine osteoarticolare (lombalgie e cervicalgie croniche aspecifiche, osteoartrosi distrettuali ecc), sia di origine neurologica (esiti di malattie cerebrovascolari, ecc.)

- psicoterapia per quanto riguarda il trattamento del dolore cronico: il centro prevede una valutazione dei

disturbi psichici correlati al dolore cronico (valutazione psichiatrica e psicologica) in linea con l'Asse 1 del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali; questo permette l'attuazione di una terapia medico-conservativa (farmacologica, infiltrativa, riabilitativa) in parallelo con la psicoterapia.

Obiettivi in ordine temporale  
*Primari:* diagnosi e trattamento del dolore

*Secondari:* diagnosi e trattamento di patologia

*Terziari:* prevenzione secondaria: diagnosi e trattamento fattori predisponenti ove presenti (farmacologici, posturali, psicologici, comportamentali, e così via..)

Metodologia  
- valutazione integrata multispecialistica in parallelo

- utilizzo di scale valutazione (l'applicazione di scale di valutazione del dolore risulta fondamentale per rendere il più possibile oggettivabile l'*incam* e l'*outcam* del paziente)

- rispetto delle linee guida internazionali secondo criteri EBM

- personalizzazione programma terapeutico

- creazione in conformità alle linee guida internazionali di percorsi terapeutici nella cura del dolore.

#### 4. Percorsi Terapeutici sulla Cura del Dolore

*Unità di Cura del Dolore Osteoarticolare*

1) Sezione osteoarticolare periferica

Dolore da patologia osteoartrosica:

- valutazione multidisciplinare fisiatra e ortopedica ambulatoriale e domiciliare

- terapia farmacologica, fisica, infiltrativa, riabilitativa e agopuntura

Dolore da patologia muscolo-tendinea:

- valutazione fisiatrica e ortopedica
- terapia fisica, farmacologica, infiltrativa (ossigeno-ozono, farmacologica), agopuntura

- impostazione programma terapeutico-riabilitativo e tempi di recupero nell'atleta

- terapia chirurgica

Dolore neuropatico periferico:

- valutazione fisiatrica e neurochirurgica

- terapia farmacologica, terapia infiltrativa, terapia chirurgica e agopuntura.

Dolore da sindrome fibromialgica:

- valutazione fisiatrica, psicologica, reumatologica

- terapia farmacologica e rieducativa, psicoterapia, agopuntura e mesoterapia.

Dolore da patologia oncologica:

- valutazione specialistica ambulatoriale e domiciliare

- terapia farmacologica

- agopuntura

- valutazione fisiatrica

- terapia riabilitativa

Esempio di percorso riabilitativo nel paziente affetto da esiti di intervento di artroprotesi di anca:

- Dimissione ospedaliera

- Contatto con l'Unità 3-4 giorni prima della dimissione

- Valutazione fisiatrica e fisioterapia domiciliare entro i primi 2 giorni dalla dimissione

- Valutazione dolore associato e impostazione trattamento farmacologico adeguato

(Scala VAS, Barthel Index, Minimen-

tal)

- Valutazione eventuali barriere architettoniche
- Consigli su utilizzo cyclette, posture da utilizzare nella posizione seduta, sdraiata, passaggi posturali, sul come salire-scendere le scale, utilizzare canadese, insegnamento su esercizi di rinforzo muscolare, posizioni da evitare.
- Brochure con illustrazioni e consigli
- Impostazione eventuale terapia farmacologica per dolore
- Progetto riabilitativo individuale
- Erogazione terapia di 10 sedute domiciliari quotidiane eseguite dallo stesso professionista fisioterapista eventualmente rinnovabili
- Rivalutazione a 30 giorni per proseguimento ambulatoriale o domiciliare.

#### *Vantaggi:*

- diminuzione del numero dei posti letto occupati in strutture riabilitative ospedaliere
- miglioramento di qualità e tempi del percorso riabilitativo, agevolando il paziente e i familiari nella gestione delle attività della vita quotidiana e fornendo nel concreto tutte quelle indicazioni per un inserimento appropriato dello stesso nel contesto domiciliare (una delle lamentele maggiori da parte dei pazienti e delle famiglie investe come noto il disagio creato dall'improvviso ritorno presso il domicilio)
- diminuzione del numero di giorni di ospedalizzazione che, soprattutto nel paziente anziano, risulta fondamentale per evitare il decadimento psicologico e favorire il ricondizionamento e il reinserimento nel proprio contesto sociale.

#### *Costi:*

- per il paziente non è contemplata nessuna spesa (nemmeno eventuale

pagamento del ticket, salvo modifiche normative intervenute sulla materia) in quanto sia la visita che la terapia sarà erogata in modalità di convenzione e con tempistiche estremamente comprese entro i 30 giorni dalla data dell'intervento.

- per il SSN si ridurranno le giornate di degenza ospedaliera sia nei reparti ortopedici che in quelli riabilitativi permettendo così di aumentare sia il numero di interventi chirurgici che di ricoveri appropriati in strutture rieducative. Tutto questo comporterà inevitabilmente un'indiretta e drastica riduzione della spesa a carico Sistema Sanitario nazionale
- il trattamento del dolore valutato da uno specialista algologo permetterà inoltre di accelerare i tempi riabilitativi e di ridurre il consumo di farmaci con ulteriore riduzione della spesa.

#### *2) Sezione Colonna Vertebrale:*

Patologie trattate: patologia degenerativa spinale cervicale, dorsale, lombo-sacrale, ernie discali, discopatie degenerative, stenosi del canale, spodilosi, spondilolistesi, crolli vertebrali,

patologia oncologica vertebro-midollare

- Valutazione Specialistica Multidisciplinare
- Valutazione Specialistica Neurochirurgica
- Valutazione Specialistica Fisiatrica
- Valutazione Specialistica Fisioterapia
- Valutazione Specialistica Psicologica (dolore cronico)

#### *Terapia infiltrativa:*

- Ozonoterapia (O2-O3-tecnica lamino-foraminale)
- Terapia Infiltrativa Epidurale

#### *Terapia farmacologica:*

Fans, Miorilassanti, Cortisonici, Neurotrofici, etc.

#### *Terapia riabilitativa:*

FisioKinesiTerapia, IdrokinesiTerapia, McKenzie, RPG, PNF, *Back School, Bobat, Kaltenborn*, manipolativa vertebrale (*Maigne, Maitland*)

Agopuntura: applicata secondo i criteri *dell'Evidence Based Medicine* (linee guida internazionali).

#### *Terapie fisiche:*

Tecar, Laser CO2, US, US a freddo (Cryo), Tens, Ionoforesi

#### *Servizio Domiciliare:*

Valutazione domiciliare Fisiatrica, Neurochirurgica, trattamento Fisioterapico.

#### *Centri Diagnostici Convenzionati:*

Centri privati accreditati in cui si può far eseguire ai pazienti ogni tipo di valutazione radiologica in tempi brevissimi e in regime convenzionato (mutuabile).

#### *Esempio di Percorso terapeutico:*

Patologia degenerativa cervicale, dorsale, lombare:

- I° livello valutazione specialistica in équipe, terapia farmacologica steroidea e antidolorifica con immobilizzazione del paziente- se efficace, FKT o terapia manuale a seconda dell'indicazione.

- II° livello Terapia infiltrativa (prevalentemente Ozonoterapia con tecnica lamino foraminale- 3-5 sedute escluse spondilolistesi e discopatie degenerative) se efficace, FKT o terapia manuale modulata post trattamento infiltrativo.

Se non risultano efficaci, dopo una o più ripetizioni Intervento Microchirurgico o intervento di vertebro o cifoplastica in caso di crolli vertebrali.

In alternativa, in caso di scarsa efficacia, si può eseguire un ciclo di ago-



puntura.

- *Patologia post operatoria*: terapia farmacologica associata a terapia manuale, FKT, idrochinesiterapia, trattamento con terapie fisiche

- *Patologia oncologica*: intervento microchirurgico oppure attesa e rivalutazione con RMN a distanza di pochissimi mesi (wait and see); riabilitazione neuromotoria post operatoria

## Risorse Umane

L'Unità ha la caratteristica di essere un centro sulla colonna vertebrale con valutazione polispecialistica in équipe (Neurochirurgo, Fisiatra, Fisioterapista), elemento che permette al paziente fin dall'inizio di essere seguito nell'interezza del percorso diagnostico terapeutico, fino alla conclusione neurochirurgica o Riabilitativa; inoltre vi è la seconda caratteristica di essere l'unico centro che offre tutte le possibilità terapeutiche sulla colonna vertebrale.

Quindi il lavoro si attiene ad una prima fase valutativa eseguita sul paziente da tre professionisti e le fasi successive vengono effettuate dal professionista unico a seconda dell'esigenza.

## Valutazione Costi

Dal punto di vista del costo alla struttura siamo davanti ad un impiego di risorse umane, e di un minimo di macchinari con manutenzione ordinaria e materiali base per terapia infiltrativa (garze, aghi, etc.)

Dal punto di vista dei costi per il paziente, si è valutato come con questa modalità si ha una netta contrazione della spesa privata per lo stesso, accelerando i tempi di risoluzione della patologia e interrompendo nell'immediato quei trattamenti che non ri-

sultino utili: questo permette inoltre un precoce reinserimento nel contesto lavorativo.

La possibilità di avere tutti gli strumenti di cura non chirurgici a disposizione permette infatti di scegliere percorsi diagnostico-terapeutici mirati evitando così perdite di tempo e inutili sprechi di risorse.

Il *follow-up* costante permette inoltre di poter eseguire ricerca scientifica al fine di migliorare ulteriormente la qualità del servizio.

Un esempio concreto e frequente di come questa organizzazione comporti un miglioramento del servizio sanitario offerto al paziente, di una contrazione dei costi a carico del pz e di una netta diminuzione dei costi a cui è esposto il SSR, può essere identificato nel percorso terapeutico nella patologia erniaria discale compressiva.

## Valutazione

Il paziente viene valutato nella prima fase non come di consueto da un unico specialista, ma da un'équipe polispecialistica che lo seguirà dall'inizio alla fine del percorso terapeutico: neurochirurgo, fisiatra e fisioterapista.

Questo rappresenta un'immediata e maggiore completezza della valutazione del paziente, con la medesima spesa di una visita effettuata da un singolo specialista.

Una volta escluse altre patologie viene proposto al paziente un protocollo terapeutico che inizia con un trattamento farmacologico steroideo e analgesico per 10-12 giorni circa.

In seguito, nel caso in cui la terapia antiinfiammatoria steroidea prescritta insieme alla terapia antidolorifica non abbiano risultati (con nel frattempo una prescrizione di esame RMN rachide L-S), o nel caso la terapia steroidea sia controindicata (es

pazienti diabetici) si inizia la terapia infiltrativa con O2-O3. La tecnica utilizzata è la Lamino-Foraminale.

La media di sedute per paziente è di circa 3,2 (si oscilla dalle 2 alle 4) distanziate di circa 1 settimana l'una dall'altra. La percentuale di risultati positivi sulla patologia dolorosa (remissione parziale o completa) si aggira intorno al 90% (come pubblicato agli atti del IV° Congresso Nazionale della Federazione Italiana Ossigeno-Ozono Terapia del 2009).

In seguito, nei casi di non risoluzione della sintomatologia, dopo le 6-7 settimane può essere proposto l'intervento microchirurgico di erniectomia che verrà effettuato in regime di convenzione dallo stesso Neurochirurgo di riferimento; in caso invece di remissione della sintomatologia il pz verrà trattato dal fisioterapista e sarà sottoposta ad una media di 6 trattamenti di stabilizzazione vertebrale.

## Vantaggi

I vantaggi possono essere così riassunti:

- miglioramento del servizio fornito: il paziente è seguito nella completezza del suo percorso di malattia da una équipe completa senza bisogno di fare riferimento ad altre strutture o di dover cercare altri professionisti (come spesso accade il paziente inizia ad affidarsi ai "sentito dire" degli amici o alle notizie lette su internet e a peregrinare tra un professionista e un altro cercando soluzioni immediate e spesso inappropriate); inoltre la conoscenza del malato dall'inizio ed il lavoro in équipe permette di poter intervenire nell'immediatezza sul paziente in caso di modificazioni cliniche improvvise, fornendo così una garanzia e una continuità di assistenza
- contrazione dei costi per il pa-

ziente: consideriamo che la spesa complessiva con questo percorso terapeutico conservativo oscilla, nel peggiore dei casi, tra i 700 e gli 800 Euro (Visita specialistica, 300 euro in media per ciclo infiltrativo, 300 euro in media per fisioterapia), contro il protocollo di Ozonoterapia dell'Istituto Superiore di Sanità che riporta per la stessa patologia cifre intorno agli 800-900 euro come media per la terapia infiltrativa (10-12 sedute IM paravertebrali) e 700-800 euro per la riabilitazione per un totale di 1500-1700 Euro di media. Si tiene a sottolineare che i costi forniti dall'ISS sono del 2006 ed erano già allora considerati una miglioria della spesa media a carico del paziente per la cura di questa patologia (Conferenza di Consenso dell'Istituto Superiore di Sanità, 20 Novembre 2006 "Ossigeno-ozono terapia nel trattamento delle lombosciatalgie da ernia discale con tecnica iniettiva intramuscolare paravertebrale").

### 3) Sezione terapia fisica adattata o di gruppo

#### Patologia interessata: Dolore cronico

"L'attività fisica adattata - e' stato spiegato - consiste in programmi di esercizi specifici per patologie, svolti in gruppo, che sono studiati per persone con una forma di disabilità cronica e finalizzati a modificare lo stile di vita, combattendo la sedentarietà che e' causa di ulteriore disabilità e mortalità prematura".

Questo programma terapeutico è nato in seno all'ASL nella regione Toscana come "Progetto AFA" e viene già applicato in numerosi distretti con successo. L'auspicio sarebbe quello di avviare una stretta collaborazione con l'ASL territoriale di riferimento per poter integrare il progetto già esistente con il Centro.

**Obiettivo:** Prevenzione Primaria e

Secondaria delle Sindromi Algiche Osteoarticolari

**Patologia di interesse:** sindromi algiche da ipomobilità

Impostazione secondo progetto AFA.

Controllo e verifica effettuati da parte dell'USL

#### Percorso diagnostico-terapeutico:

Proposta diretta da parte del Medico di Medicina Generale o Specialista.

Valutazione da parte dell' équipe riabilitativa del centro (criteri di inclusione in AFA Generica o AFA Specifica)

Formazione di gruppi di massimo 12 persone.

Gestione del programma terapeutico (ginnastica medica) da parte di un Fisiatra.

Presenza di personale medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa con attività di monitoraggio periodico sullo svolgimento del programma terapeutico e di intervento nell'eventualità di insorgenza di problematiche legate allo svolgimento degli esercizi stessi.

**Vantaggi:** riduzione dei costi a carico del SSN per la patologia dolorosa osteo-articolare cronica e delle rispettive liste d'attesa: la rieducazione fisica di gruppo per queste patologie, attualmente eseguita con scadenza periodica e individuale, viene eseguita su gruppi ristretti di pazienti, accomunati dalla medesima patologia (o strettamente simile).

Ciò permetterà quindi una netta contrazione dei costi per l'erogazione di questo tipo di servizio per il SSR, una riduzione delle liste d'attesa, e soprattutto la liberazione di posti disponibili per i pazienti, quali post traumatici o post chirurgici o neurologici in fase subacuta, che necessitano di rieducazione fisica indi-

viduale in tempi rapidi.

Le uniche differenze con l'AFA del modello toscano consistono nel fatto che ad erogare la terapia è un Laureato in Fisioterapia e non in Scienze Motorie, che i gruppi sono composti da massimo 12 persone e non da 20 e, non ultimo, il fatto che il monitoraggio viene effettuato direttamente dallo specialista Fisiatra del Centro.

#### Unità di cura del Dolore Oncologico

Questa unità si occupa del *trattamento* del dolore oncologico, in pazienti ancora in cura chemio o radioterapica o post cura; questa fa leva sulla terapia farmacologica, prescritta ed impostata in ambito ambulatoriale e domiciliare permettendo di trattare il dolore cronico e le fasi alterne di riacutizzazione della sintomatologia.

Inoltre si basa sulla terapia riabilitativa, in ambito domiciliare e ambulatoriale del paziente sia in fase di trattamento chemio o radioterapico che eventualmente in fase terminale.

Questa fase terapeutica non ha una specificità sulla tipologia di patologia neoplastica, bensì sulla tipologia del dolore.

In tal senso diventa di fondamentale importanza anche la valutazione psicologica atta a sostenere il malato e la famiglia e ad "umanizzare" l'impatto terapeutico.

Importante diventa inoltre l'utilizzo di terapie non convenzionali quali l'agopuntura (trattamento degli effetti collaterali da chemioterapia come ad esempio la nausea e vomito) in adeguamento alle ultime disposizioni ministeriali riguardanti le terapie palliative.

#### Trattamento

La *prima fase* consiste in una valutazione multispecialistica della sof-

ferenza fisica e psichica del paziente (oncologo specializzato sulla terapia del dolore e psicologo): quindi sull'impostazione di una terapia appropriata per il paziente stesso. La terapia stessa sarà personalizzata e di volta in volta rivalutata in funzione della risposta soggettiva del paziente stesso. A tal fine saranno programmati, d'accordo con paziente e familiari, controlli periodici in itinere.

La seconda fase consiste, ove possibile, nell'eventuale impostazione da parte del Fisiatra del percorso riabilitativo del malato oncologico, che può essere svolto sia in ambito domiciliare che ambulatoriale. In qualche caso clinico può essere opportuna anche una consulenza del tecnico ortopedico per la valutazione della necessità di protesi, ausili o adattamenti dell'ambiente domiciliare. Questo ultimo punto risulta a nostro avviso fondamentale per ridurre al minimo i casi di ospedalizzazione legati ad un ambiente domestico non idoneo alla cura del paziente.

## 5. Servizio Riabilitativo Neurologico

### Riabilitazione Neuromotoria

La Riabilitazione Neuromotoria si occupa delle patologie del Sistema Nervoso Centrale e Periferico: in questa unità ci si occuperà sia dei pazienti in fase post-acuta che di quelli "stabilizzati" (fase degli esiti consolidati).

Patologie del Sistema Nervoso Centrale

- Ictus ischemico / emorragico
- Morbo di Parkinson e Patologie Extrapiramidali
- Sclerosi Multipla
- SLA
- Trauma Cranico

Patologie del Sistema Nervoso Perife-

rico

- Neuropatia diabetica
- Neuropatia post traumatica
- Polineuropatia eredo-familiare
- Lesione di plesso
- Guillan Barrè

Nella Riabilitazione Neuromotoria il Progetto Riabilitativo si propone di determinare il trattamento più appropriato valutando le funzioni residue e quelle recuperabili, analizzando nel contempo le problemati-

che su cui intervenire con eventuali ordini di priorità. Lo stesso Progetto deve tenere conto delle specifiche caratteristiche del paziente, che riguardano situazioni familiari, ambientali, lavorative, oltre ai bisogni ed alle preferenze individuali. L'estrema variabilità nel grado di disabilità, di handicap e di qualità della vita rende necessario definire per ogni singolo paziente uno specifico Programma Riabilitativo in modo da



Foto: Vanessa Cornacchia

offrire risposte diversificate ai bisogni dei pazienti; la *valutazione* del paziente assume quindi un significato fondamentale e viene svolta in *équipe*, con la partecipazione del *Fisiatra*, del *Fisioterapista* ed eventualmente del Neurochirurgo.

## Percorso Terapeutico

### 1. Valutazione in *équipe*

- Stato generale
- Condizioni motorie (forza muscolare, deficit di coordinazione ed equilibrio, spasticità e sinergie patologiche, controllo posturale del tronco, etc..)
- Dolore
- Sensibilità
- Deficit cognitivi
- Comunicazione
- Condizioni psichiche
- Autonomia nelle attività della vita quotidiana
- Fattori sociali ed ambientali

### 2. Trattamento riabilitativo

- Valutazione ed esame obiettivo
- Riabilitazione Neuromotoria segmentaria (passiva / attiva- assistita / attiva)
- Tecniche di facilitazione neuromuscolare
- Tecniche di inibizione dell'ipertono
- Educazione ad una corretta gestione dei passaggi posturali
- Rieducazione posturale, anche con tecniche di stimolazione recettoriale
- Esercizi di equilibrio e coordinazione neuromotoria
- Riabilitazione dello schema del passo
- Riabilitazione respiratoria

### Risorse Umane

Anche in questa Unità la fase valutativa, eseguita dal Fisiatra insieme al Fisioterapista (ed eventualmente

dal Neurochirurgo), riveste un'importanza fondamentale: l'estrema variabilità nel grado di disabilità, di handicap e di qualità della vita che si possono verificare nei pazienti affetti da Patologie del Sistema Nervoso, rende necessario definire per ogni singolo paziente uno specifico progetto riabilitativo e quindi offrire risposte diversificate ai bisogni del malato. T

ali bisogni sono a loro volta determinati non solo dalle condizioni cliniche, ma anche dal contesto familiare, da quello sociale, nonché dalle capacità e aspettative del paziente. Il progetto riabilitativo individuale deve tenere conto in maniera globale dei bisogni, delle preferenze del paziente (e/o dei suoi familiari quando è necessario), delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali e personali. Il progetto riabilitativo viene eseguito dal Fisioterapista e deve essere comunicato in modo comprensibile ed appropriato al paziente e ai suoi familiari.

### Valutazione Costi

Dal punto di vista del costo alla struttura si prevede un impiego di risorse umane e un minimo di strumentazione specifica (letto elettrico o idraulico, parallele, tavolette propriocettive...). La durata del trattamento singolo di Riabilitazione Neurologica è di 45 minuti.

Ovviamente il programma riabilitativo, come detto precedentemente, è personalizzato e può variare sia in termini di quantitativi (numero di sedute), che rispetto alle figure professionali coinvolte (fisiatra, fisioterapista, psicologo).

Come precedentemente illustrato, in questa unità ci si occuperà sia dei pazienti in fase post-acuta che di

quelli "stabilizzati" (fase degli esiti consolidati):

Fase post-acuta: il numero delle sedute è difficilmente quantificabile, perché influenzato da diversi fattori (condizioni cliniche, stadio della patologia ecc); nella fase degli esiti consolidati (fase in cui il soggetto per un lungo periodo non presenta più un recupero motorio della parte lesa), invece, è possibile prevedere 2 cicli annuali da 10 sedute cadauno. Questo non significa che il soggetto debba essere dimesso dal servizio di riabilitazione; il soggetto potrà migliorare ulteriormente la sua performance motoria e la sua autonomia attraverso la pratica e l'acquisizione di una maggiore conoscenza del proprio corpo, oltre alla possibilità di sperimentare nuove strategie motorie personali e vantaggiose.

La seconda soluzione terapeutico-riabilitativa consiste nel trattamento di mantenimento o miglioramento della funzionalità neuromotoria ispirato al progetto AFA (Attività Fisica Adattata) svolto in palestra a gruppi di massimo 5 pazienti, selezionati dallo specialista fisiatra e raggruppati per categoria di handicap neurologico, in cui effettuare un trattamento di gruppo con un fisioterapista; questo permetterebbe un servizio per il paziente paragonabile ad un abbonamento ad una palestra per un paziente non neurologico, con la differenza che i pazienti vengono seguiti globalmente nella attività neuromotoria da un fisioterapista, permettendo quindi loro il mantenimento, o in certi casi il miglioramento, del percorso neurologico effettuato in ospedale; si riesce quindi a continuare il percorso riabilitativo sanitario, al costo per il paziente di 60-70 Euro mensili, risolvendo il problema della post-ospedalizzazione. Il terapista conti-

nuerà a proporre situazioni che stimolino l'equilibrio, la coordinazione, la gestualità fine, scale e percorsi con cambi di direzione per allenare la persona ad affrontare situazioni ambientali non protette. Un buon lavoro d'équipe è necessario per calibrare l'inserimento del soggetto nel suo ambiente (R.S.A., domicilio, comunità) valutando i risultati ottenuti, il quadro socio-economico, familiare e programmare la dimissione. Una nuova, attenta valutazione fisica evidenzierà infine la necessità o meno di prescrizione di ausili personali od ambientali, alla quale seguirà un periodo di addestramento personale e dei familiari.

Il contesto familiare/sociale ed il grado di disabilità possono rendere opportuno il Trattamento Domiciliare, che l'Unità è in grado di erogare.

Questa Unità permette di fornire ai pazienti neurologici post-acuti un importante servizio riabilitativo rivolto al mantenimento dei progressi neuromotori con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita (A.D.L.); in questo modo si riuscirebbe a diminuire parzialmente ma significativamente i tempi di degenza nelle strutture di lungodegenza ospedaliera dove si esegue una riabilitazione estensiva, riuscendo ad eseguire soprattutto un lavoro mirato alla vita domiciliare. Si riuscirebbe così a riempire il vuoto tipico del nostro sistema sanitario, la fase della post ospedalizzazione, senza un aggravio economico sul Sistema Sanitario dato che il servizio è poco costoso in generale e parzialmente coperto dal SSR che è parte di quello risparmiato dalla diminuzione dei tempi di degenza e in minima parte dal privato.

Con un'ottimizzazione del servizio offerto infatti, in convenzione con il

SSR, si riuscirebbe a diminuire la degenza ospedaliera in reparti riabilitativi con un netto risparmio di costi sul SSR.

## **6. Servizio Domiciliare di Diagnosi e Cura del Dolore**

Questo servizio si pone l'obiettivo di dare un'assistenza territoriale completa, andando al domicilio al paziente e fornendo una assistenza 24h, nei casi e nelle patologie in cui è problematica o addirittura non consigliabile la mobilitazione del paziente; questo servizio si caratterizza di:

- Assistenza non professionale
- Assistenza infermieristica
- Cure fisiche riabilitative domiciliari
- Visite specialistiche domiciliari

Il servizio si rivolge alla diagnosi e alla terapia domiciliare del "dolore acuto e cronico".

E' rivolto a tutti quei pazienti con gravi problematiche socio-familiari il cui dolore, derivante da gravi e invalidanti patologie, limita l'accesso al servizio ambulatoriale; non è rivolto a quei pazienti affetti da problematiche di interesse ospedaliero.

*Tutti i servizi e le unità diagnostico-terapeutiche sopradescritte hanno la possibilità di essere svolti ed erogati a domicilio, con una disponibilità di servizio presente sul territorio 24h su 24, e che ha come specialisti coinvolti le differenti equipe di medici afferenti a tutte le unità terapeutiche descritte prima.*

Il servizio domiciliare fa perno su un servizio di *Triage* telefonico composto da operatori qualificati.

Compiti del *Triage*:

1) somministrazione di un questionario telefonico con domande ri-

guardanti:

- localizzazione e intensità del dolore
- tipologia dello stesso (acuto-cronico)
- componente psicologica associata (ansia, depressione ecc.)
- componente neurovegetativa associata
- cause dello stesso qualora note
- patologie associate
- anamnesi farmacologica
- contesto socio-sanitario
- contesto socio-familiare

2) assegnazione di un codice di priorità .

Il servizio si organizza in una reperibilità continua giornaliera (24h)

*Patologia di interesse:* ortopedica, neurologica e oncologica ove non sussistano le condizioni fisiche e sociali per poter affrontare un percorso diagnostico-terapeutico ambulatoriale

*Obiettivi:* Cura del dolore , prevenzione secondaria del dolore stesso, miglioramento disabilità

*Terapie erogate:* farmacologica, riabilitativa, psicologica

*Condizioni Associate:* necessità di stretta collaborazione col Medico di Medicina Generale

Possibilità di erogare alcune terapie in sistema di convenzione (ES Rieducazione Motoria)

*Percorso diagnostico terapeutico*

- *Triage:* telefonata filtrata e valutata da personale competente
- Primo contatto da parte dell'Unità di valutazione col medico di Medicina Generale
- Valutazione presso il domicilio del paziente da parte del professionista coinvolto e impostazione del programma terapeutico con programmazione obiettivi e successivi

*follow-up*

- Erogazione del programma terapeutico in stretta collaborazione col Medico di Medicina Generale

- Controllo periodico e possibilità di cambiamento del percorso terapeutico se insorgenza di nuove problematiche.

La terapia erogata sarà di conseguenza mirata al trattamento di aspetti clinici diversi tra loro fin dall'inizio (farmacologica, riabilitativa, psicoterapica ecc).

Questo progetto si integra perfettamente con il documento del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (*Linee guida per progetti di sperimentazione inerenti "Modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in h 24: riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e miglioramento della rete assistenziale territoriale"*) quando fa riferimento alla ricerca di un'"offerta diversificata" che "permetta ai servizi territoriali di affiancare quelli ospedalieri al fine di un ricorso sempre più appropriato ai PS".

*Vantaggi*

I vantaggi sono così definiti:

1) Diminuzione del numero degli accessi inappropriati e di quelli non seguiti da ospedalizzazione presso il Pronto Soccorso.

2) Riduzione conseguente delle liste d'attesa con possibilità maggiore di dedicarsi a pazienti a maggiore criticità.

3) Contrazione dei costi.

4) Valutazione e trattamento della patologia dolorosa presso il domicilio del paziente evitando inutili spostamenti e mobilitazioni potenzialmente dannose.

*Conclusioni*

Il Progetto descritto è indirizzato

principalmente alla terapia del dolore e volto all'umanizzazione della cura.

Il dolore cronico rappresenta la seconda causa di assenteismo dal lavoro dovuta a cause mediche.

Il 50% dei pazienti con dolore cronico soffre di depressione reattiva e i disturbi ansiosi sono presenti nel 40% dei pazienti.

Poche strutture dedicate, meno di una ogni 250.000 residenti. Pochi sono anche i medici specialisti.

Il dolore non viene più inteso solo come una conseguenza della patologia di base ma come entità fisiopatologica a sé stante. Per tale motivo è fondamentale formulare una vera e propria diagnosi di dolore. Senza di essa infatti la terapia conseguente non potrà che essere inadeguata con prolungamento della sofferenza del malato e inutile dispendio di risorse (aumento esami diagnostici, visite, terapie non appropriate, giorni di lavoro persi, etc.).

Per ovviare a ciò abbiamo cercato di fare leva fundamentalmente su due aspetti: qualità del servizio assistenziale e ottimizzazione del timing diagnostico-terapeutico.

La valutazione multidisciplinare e la specializzazione dei professionisti coinvolti verso la terapia antalgica permettono di affrontare la patologia dolore a 360° agendo su entrambi gli aspetti.

L'altro aspetto fondamentale del Centro riguarda il Servizio Domiciliare della Diagnosi e Cura del Dolore.

Esso si pone come servizio specialistico integrato al territorio. In questo senso di fondamentale importanza risulta la collaborazione col Medico di Medicina Generale e con le ASL di riferimento.

Il *Triage* telefonico risulta fondamentale per inquadrare la proble-

matica nel modo più preciso possibile fornendo l'assistenza qualificata più idonea al caso specifico.

La sua finalità è indirizzata alla cura del dolore e alla prevenzione primaria e secondaria dello stesso in pazienti affetti da gravi e invalidanti patologie o con problemi socio-familiari tali da rendere gli spostamenti estremamente difficoltosi.

Questo migliorerebbe il problema del sovraffollamento e degli accessi impropri ed evitabili presso il Pronto Soccorso che, soprattutto negli ultimi anni, sono in graduale aumento ("Linee guida per progetti di sperimentazione inerenti "Modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in h 24: riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e miglioramento della rete assistenziale territoriale" Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali), migliorando anche sensibilmente la qualità di vita in quei pazienti affetti da gravi patologie dolorose croniche.

Il Servizio Domiciliare è a tutti gli effetti un modello organizzativo diversificato e ad elevata flessibilità.

Esso ha ulteriormente sviluppato le integrazioni multi-professionali rispondendo così all'esigenza di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale tanto auspicata dal Ministero della Sanità.

Gli strumenti a disposizione del centro apportano un miglioramento della qualità del servizio sanitario offerto alla popolazione; questo viene realizzato con una contrazione dei costi a carico del paziente ed uno sgravio di costi a carico del Servizio Sanitario Regionale.

Il Centro di Cura del Dolore viene così a configurarsi come una nuova ed importante risorsa distrettuale che va a integrarsi agevolmente con esso. ■