

Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali

Legge 15 marzo 2010 n. 38, Art. 3

Questo documento rappresenta quanto si ritiene necessario che sia previsto a livello regionale per garantire l'assistenza palliativa e la terapia del dolore in modo omogeneo e a pari livelli di qualità in tutto il paese.

Per quanto attiene ai criteri di accreditamento, ai requisiti minimi strutturali e organizzativi, al sistema di indicatori quali/quantitativi, al sistema di tariffazione, alla formazione ed aggiornamento del personale medico e sanitario e dei volontari si fa riferimento a quanto indicato dagli art.5 e art. 8 della suddetta legge.

Rete di cure palliative

L'emanazione della Legge 39/99 è stato il primo atto istituzionale riguardante lo sviluppo delle cure palliative; in particolare la legge metteva a disposizione delle regioni un finanziamento pari a circa 200 milioni di euro per la creazione di strutture residenziali di cure palliative (hospice). La volontà del legislatore era ben interpretata nel decreto attuativo dove, oltre a ripartire il finanziamento tra le regioni in base ai tassi regionali di mortalità per neoplasie, veniva richiesto alle regioni di presentare al Ministero della salute un progetto per la definizione della rete regionale di cure palliative.

Si sono così sviluppati modelli regionali differenziati nei quali c'è la totale condivisione sul dover assicurare la continuità assistenziale in ogni fase della malattia e garantendo l'assistenza domiciliare.

Avendo quindi definito il concetto di rete assistenziale di cure palliative già nell'allegato 1 del Decreto del Ministero della sanità del 28 settembre del 1999 serviva una struttura regionale di riferimento che garantisse lo sviluppo della rete secondo i dettami del citato decreto.

Si ritiene pertanto indispensabile per il reale sviluppo delle cure palliative l'istituzione, con appositi provvedimenti, regionali e aziendali di una struttura specificamente dedicata di coordinamento della rete.

Le strutture attivate nei due livelli istituzionali dovranno assolvere alle seguenti funzioni:

Strutture regionali:

- Coordinamento e promozione del processo di sviluppo delle cure palliative a domicilio, in hospice, nelle strutture residenziali e nelle strutture ospedaliere, al fine di garantire approcci omogenei ed equità di sistema;
- Monitoraggio dello stato di attuazione delle reti locali;
- Sviluppo del sistema informativo regionale sulle cure palliative;
- Definizione monitoraggio di indicatori quali-quantitativi di cure palliative ivi inclusi gli standard di cui al Decreto 22 febbraio 2007, n. 43;
- Definizione di indirizzi per lo sviluppo omogeneo di percorsi di presa in carico e assistenza in cure palliative ai sensi dell'art. 2 comma 1;
- Promozione di programmi obbligatori di formazione continua in cure palliative coerentemente con quanto previsto dall'art. 8 comma 2 della legge 38/10;
- Promozione e monitoraggio delle attività di ricerca in cure palliative.

Strutture aziendali:

- Tutela del diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative;
- Attivazione di un sistema di erogazione di cure palliative in ospedale, in hospice e a domicilio coerente con quanto sarà stabilito dall'art. 5 della legge 38/10;
- Definizione e attuazione nell'ambito della rete, dei percorsi di presa in carico e di assistenza in cure palliative per i malati, ai sensi dell'art. 2 comma 1;
- Promozione di sistemi di valutazione e miglioramento della qualità delle cure palliative erogate. Monitoraggio dei costi delle prestazioni ospedaliere, residenziali (hospice) e domiciliari;
- Definizione e Monitoraggio di indicatori quali-quantitativi della rete di cure palliative , ivi inclusi gli standard della rete delle cure palliative di cui al Decreto 22 febbraio 2007, n. 43;
- Attivazione di programmi formativi aziendali specifici in cure palliative.

Il pieno ed efficace raggiungimento degli obiettivi della rete di cure palliative richiede una dotazione organica adeguata alle necessità ed una disponibilità di figure professionali con specifiche competenze ed esperienza, come indicato dall'art. 5 comma 3, nel rispetto di quanto previsto dalla legge 38/10 e dai successivi provvedimenti attuativi.

In relazione all'assistenza palliativa rivolta al paziente in età pediatrica si rimanda all'Accordo sottoscritto in sede di Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano in data 20 marzo 2008.

Il rispetto puntuale di questo Accordo in termini di organizzazione della rete e di percorsi assistenziali è presupposto del raggiungimento degli obiettivi prefissati.

È impegno regionale la realizzazione di specifiche campagne istituzionali di comunicazione destinate a informare i cittadini sulle modalità di accesso ai programmi di cure palliative.

Altrettanto necessario è l'impegno regionale nella sensibilizzazione di tutti gli operatori sanitari alle tematiche delle cure palliative in tutte le loro implicazioni tecniche e culturali.

Rete di terapia del dolore

Come nel caso dell'assistenza palliativa anche nel caso della rete assistenziale della terapia del dolore l'atto iniziale, l'Accordo di Conferenza Stato – Regioni "Ospedale senza dolore", sottoscritto nel 2001 non ha prodotto i risultati attesi.

La creazione di Comitati ospedale senza dolore in ciascun ospedale, qualora fossero stati creati e fossero effettivamente funzionanti, non è sufficiente ad assicurare l'esistenza di una effettiva rete assistenziale.

Il passaggio al nuovo progetto "Ospedale – territorio senza dolore", così come indicato nell'art. 6 e nell'art. 8 della legge 38/2010, oltre a rafforzare l'attività dei Comitati ospedale senza dolore favorisce l'integrazione ospedale-territorio, demandando alla struttura ospedaliera la gestione dei casi complessi e coinvolgendo nel processo assistenziale la figura del medico di medicina generale, introduce il concetto di rete assistenziale anche nel campo della lotta al dolore.

A differenza dell'esperienza maturata nel campo delle cure palliative, nella quale si sono sviluppate spontaneamente nelle regioni modelli di reti assistenziali diverse, in questo caso è auspicabile sviluppare un modello assistenziale uniforme, che abbia come riferimento normativo quanto è esplicitato dall'intesa sottoscritta in sede di Conferenza Stato-Regioni come indicato

dall'art.5, comma 3 della suddetta legge in termini di requisiti minimi e di criteri di accreditamento. Anche in questo caso l'istituzione, con appositi provvedimenti regionali e aziendali di una struttura specificamente dedicata al coordinamento della rete rimane una scelta strategica che dovrà essere adottata in ogni regione.

Le strutture attivate nei due livelli istituzionali dovranno assolvere alle seguenti funzioni:

Strutture regionali:

- Concorrono al monitoraggio del sistema informativo regionale sulla Terapia del Dolore ai sensi dell'art.9 comma 1;
- Monitoraggio dello stato di attuazione della rete;
- Controllo della qualità delle prestazioni e valutazione dell'appropriatezza da prevedersi nell'ambito del sistema di accreditamento;
- Promozione di programmi obbligatori di formazione continua in terapia del dolore coerentemente con quanto previsto dall'art. 8 comma 2 della legge 38/10;
- Definizione di indirizzi per lo sviluppo omogeneo di percorsi di presa in carico e assistenza nell'ambito della rete.

Strutture aziendali:

- Tutela del diritto del cittadino ad accedere alla terapia del dolore;
- Attivazione di un sistema di erogazione di terapia del dolore basato sull'interazione di tutti i nodi della rete (centri hub, centri spoke e ambulatori dei medici di medicina generale) e coerente con quanto stabilito dall'art. 5 della legge 38/10;
- Definizione e attuazione nell'ambito della rete, dei percorsi di presa in carico e di assistenza per i malati, individuati secondo le indicazioni dell'art. 2 comma 1, lettera e) della legge 38/10;
- Promozione di programmi di formazione rivolti agli operatori coinvolti nella rete di terapia del dolore ivi inclusi i medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta;
- Promozione di sistemi di valutazione e miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e dei percorsi assistenziali, da prevedersi nell'ambito del sistema di accreditamento.

La definizione di una nuova modalità assistenziale rivolta alla presa in carico del paziente con dolore cronico da moderato a severo impone la necessità di fornire una adeguata informazione alla cittadinanza sul percorso assistenziale costituito dai nodi della rete di cui il medico di medicina generale è parte integrante.

Altrettanto necessario è l'impegno regionale nella sensibilizzazione di tutti gli operatori sanitari all'uso dei farmaci oppiacei; questo sarà possibile attraverso opportune campagne di informazione circa l'appropriatezza prescrittiva in funzione della patologia clinica dolorosa.

Appare altresì indispensabile l'impegno delle direzioni aziendali a garantire l'accesso, sorvegliare l'attuazione e verificare l'efficacia dei percorsi diagnostico terapeutici sulla terapia del dolore e in ultimo controllare l'appropriatezza delle procedure clinico prescrittive.