



I Centri di Terapia del Dolore in ambito Nazionale

**Raffaeli W .
Direttore**

**U.O. di Terapia Antalgica e Cure Palliative
AziendaUSL di Rimini
FondazioneISAL**

La Storia Moderna della Algologia

Una avventura con il cuore Italiano

Collana di Clinica Medica

JOHN J. BONICA

1951

Il dolore

Diagnosi - Prognosi - Terapia

Adelaide, Australia,
1990, Vith World
Congress on Pain.
25th Anniversary of the
publication of the Gate
Control Theory. L to R.
Ronald Melzack,
Patrick D. Wall

PH. ALAN BENTLEY, ARTIST,
ADELAIDE



1965

Studio del sistema nocicettivo

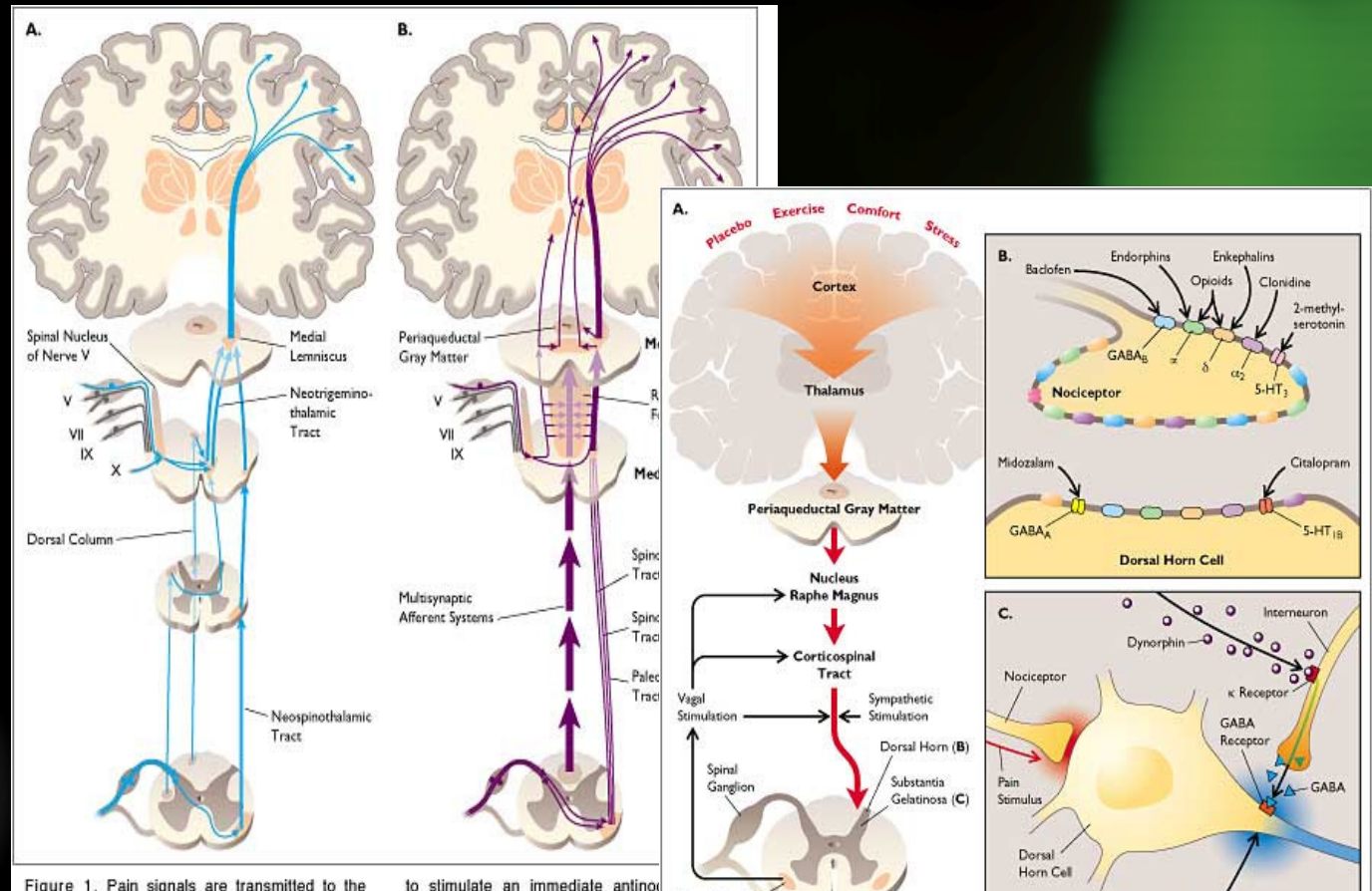
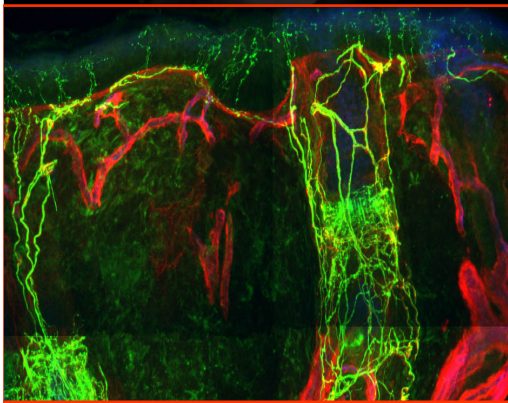
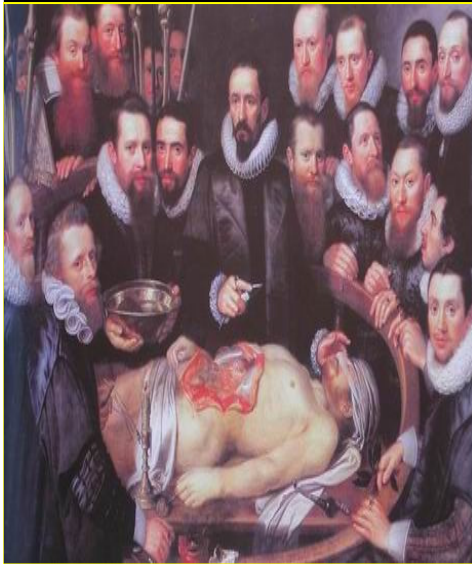


Figure 1. Pain signals are transmitted to the brain to stimulate an immediate antinociceptive response.

La Percezione Modulata

Omeostasi Attiva

Le differenze di Genere e non di sola Cultura

L'essere Femmina o Maschio
influenza

- quanto Dolore hai
- la sua natura
- il tipo di cura

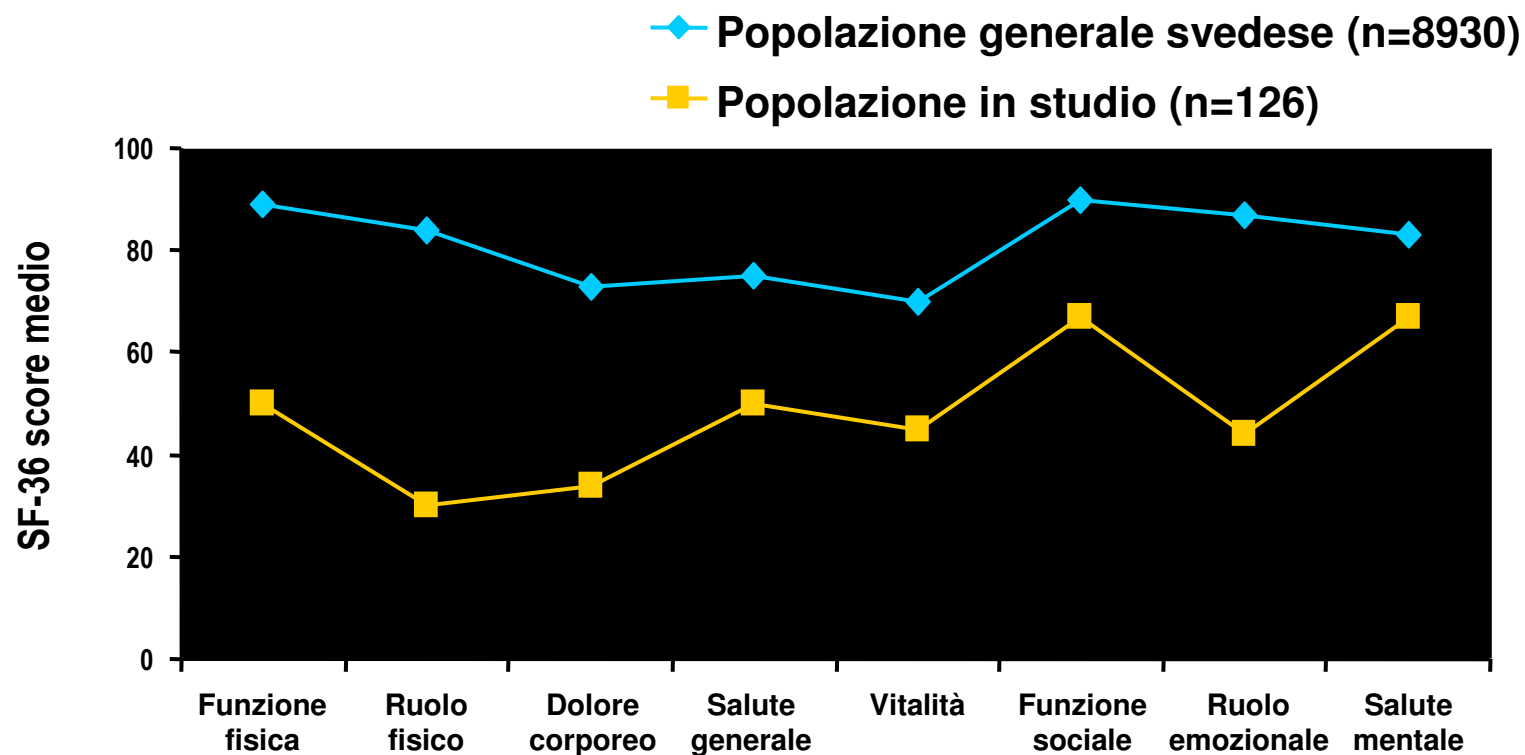
Il Cervello Femminile e maschile

**Modula diversamente il segnale
dolore**



Dolore e qualità della vita

I pazienti con dolore neuropatico periferico evidenziano un significativo peggioramento della qualità di vita rispetto alla **popolazione generale**



Meyer-Rosenberg K, et al. Eur J Pain. 2001; 5: 379-389

IL DOLORE E' MALGESTITO ?

Durata del Dolore
> di 7 anni
1 : 5 > di 20 anni.
paineurope 2004

Cleeland CS et al., *N Engl J Med* 1994; 330: 592-596.

CODA ba, Bonica JJ in: Bonica's management of pain. 2001; 222-240.

Phillips DM *JAMA* 2000; 284: 428-429.

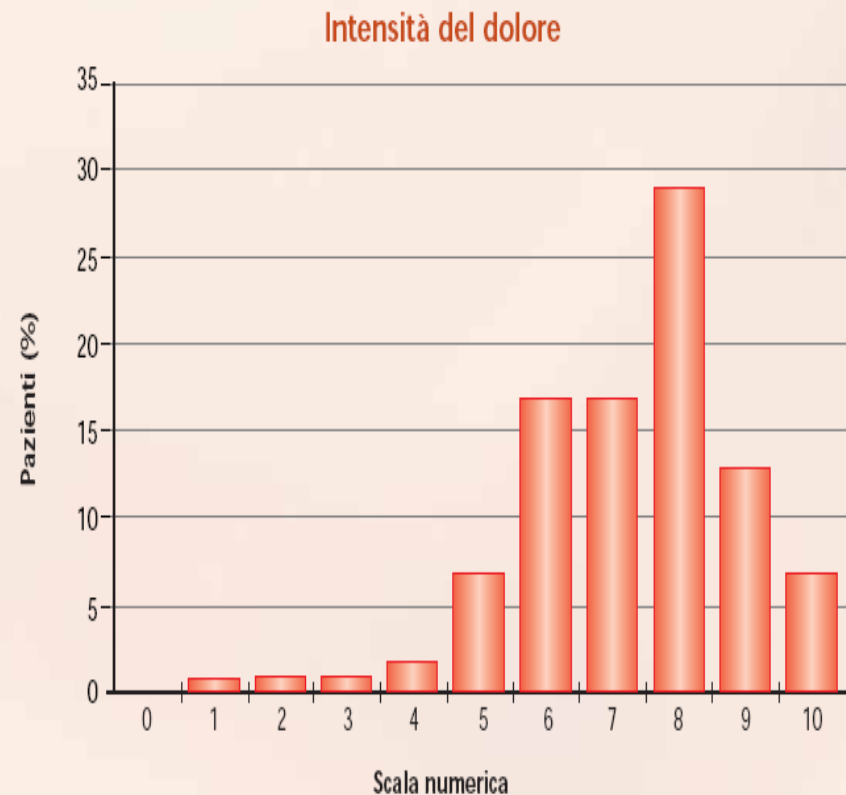


Figura 1 - Distribuzione della gravità del dolore in 95 pazienti con low back pain cronico. Dato misurato durante la visita di presa in carico all'inizio dell'osservazione.

Indagine Federdolore 2006

I dati più recenti sul dolore oncologico

Nonostante le cure attuali i malati di tumore hanno
Dolore moderato o grave **40-50%**
Dolore molto grave **25-30%**

Bernabei R et al, JAMA 1998

El-Foudeh M, .
"Oncologists practice with opioids in cancer pain" 2006



Correlazione con lo Stadio

54% -90% dei pazienti oncologici riferisce dolore nelle **ultime 4 settimane di vita**
S. Mercadante et al., Pain 1994

Correlazione Antropologica

Beck et al: **56,1%** dei pazienti oncologici di colore riferisce dolore vs 29,4% dei pazienti bianchi.
(Beck et al, Pain 2001)

Il trattamento:

77% dei malati oncologici con dolore non assume un trattamento analgesico

Le ragioni del

"non-trattamento":

- mancata prescrizione e indicazione da parte del curante (**86%**)
- la paura della dipendenza e dell'assuefazione (**80%**)
- non disponibilità economica dei pazienti (**75%**)

Simone CB, "An internet-based survey evaluating attitudes of cancer patients towards pain intervention" 2006

Dolore non trattato

Aumentato
uso/costo
delle cure sanitarie

Esacerbazione delle comorbidità

CONSEGUENZE

Disturbi del
sonno;
malnutrizione

Riduzione delle
attività sociali
e ricreative

Declino della
funzione
fisica

Depressione
ansia;
deterioramento
cognitivo

Disabilità

Intensità DOLORE the most strong predictor of **functional impairment**
in one or more areas of daily life and health care utilization [Zahran HS et al.,
2005] [Graciani et al., 2004]

I costi da **disabilità** per Dolore sono altissimi

Stati Uniti: 50-100 miliardi di dollari / anno

Frymore - Orthop. Clin. N. Am.'91; 22: 263-71

Regno Unito: 680 milioni di sterline / spese sanitarie

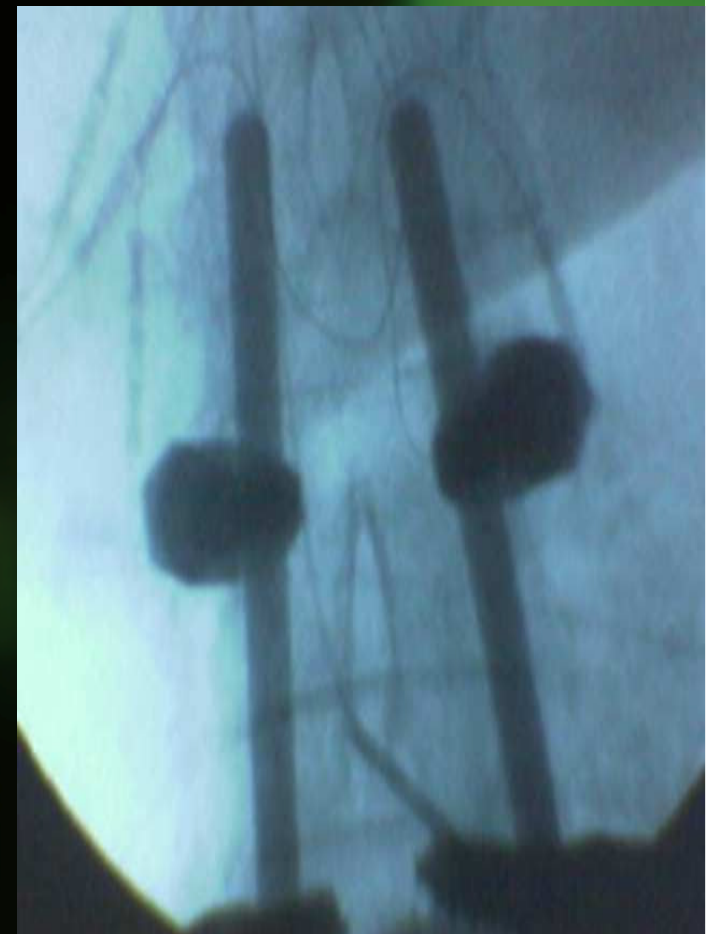
52 milioni di sterline giornate di lavoro perse (Evans 93)

Paesi Bassi: 10.000 nuovi casi anno di disabilità per dolore

(Anderson Clin J Pain) (1993) 174-182

Il Dolore Complesso-Difficile del Rachide

Un lungo peregrinare di Specialisti



W. Raffaelli et al.

Intratecally Review Neuromodulation 2006

Intratecally in Genderly Neuromodulation 2007



DOLORE

Fragilità Indotta





“... Chi è il **tipico** paziente con **dolore** ? ...La risposta è: pensa al più sofferente

al più malato, al più complicato ed al più fragile dei tuoi pazienti

Hazzard W.R., Trattato di geriatria, 1999 -
modificato da Raffaeli - ISAL 1999).

IL NUOVO APPROCCIO

DOLORE



MALATTIA



Documento Nazionale di Bioetica 2001

“La terapia del dolore orientamenti di bioetica”

- si legge testualmente “... Questo documento intende riaffermare che la lotta al dolore, inteso nel senso di malattia del corpo e della mente, rientra nei compiti primari della medicina e della società....
- Il valore della lotta contro il dolore tra quanto è possibile e giusto fare per eliminare e controllare il dolore fisico e quanto in pratica viene fatto riscontriamo una vistosa differenza.”



**Una nuova filosofia per i
processi sanitari.**

**La Cura del Dolore
quale**

**“segnale di allarme ”
per la buona pratica di
Salute e di adesione a
principi di Etica
sociale!**



Precedenti Atti Legislativi Regionali sul Tema “ Dolore “

Regione Emilia.Romagna ER :

Piano Sanitario triennio **1989-91** (Supplemento Speciale
N. 277 Bollettino Ufficiale 2-11-1988)

- Piano Sanitario Regionale 1999/2001 Delibera di Consiglio
n.1295 del 22.9.**1999** Inserimento dei

Centri Specialistici del Dolore

➤ Deliberazione di Giunta n. 456 dell'1/3/2000
Programma “**La rete delle cure palliative**”



Regione Emilia-Romagna

**OGGETTO: COSTITUZIONE DEI
SOTTOGRUPPO DI AREA “TERAPIA
DEL DOLORE”**

**DEL GRUPPO DI LAVORO HUB AND SPOKE DI CUI
ALLA DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE
GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI N.4244
del**

15 .5. 2001 Prot. n. (OSP/01/28286)

**commissione ad hoc sui bisogni e sul
modello di rete dei centri di TD**
DETERMINAZIONE N.006653 BOLOGNA 11/07/2001

Responsabile dr Raffaelli W.

Legge Istitutiva di Ospedale senza Dolore

26-5-02
celebrazione in tutta
Italia della
“1° giornata
nazionale del
solievo”

29-6-2001

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 149

3.2. Finalità del Comitato «Ospedale senza dolore»:
1) assicurare un osservatorio specifico del dolore nelle strutture sanitarie ed in particolare ospedaliere;
2) coordinare l'azione delle differenti équipe e la formazione continua del personale medico e non medico;
3) promuovere gli interventi idonei ad assicurare nelle strutture sanitarie la disponibilità dei farmaci analgesici, in particolare degli oppioidi, in coerenza con le indicazioni fornite dall'OMS, assicurando inoltre la valutazione periodica del loro consumo;
4) promuovere protocolli di trattamento delle differenti tipologie di dolore.
3.3. Composizione del Comitato «Ospedale senza dolore».
1) Il Comitato deve avere una composizione tale da soddisfare i seguenti criteri:
a) i membri del Comitato sono rappresentati da referenti della direzione aziendale e da personale curante dell'ospedale. Il personale infermieristico deve costituire almeno un terzo dei membri del

4.3. Strumenti di rilevazione del dolore.
Esistono diversi strumenti di valutazione del dolore validati in lingua italiana (ad esempio: righe, scale analogiche, analogo visivo, scale verbali, scale colorati...). Sarà cura di ogni singolo ospedale scegliere gli strumenti più adeguati, avendo cura che siano di facile somministrazione.
Il Comitato ospedale senza dolore valuterà quali strumenti sono più idonei per la propria realtà (ad esempio prevalenza di malati oncologici, pediatrici, geriatrici, portatori di menomazioni e disabilità, ecc.) e ne promuoverà la messa a disposizione del personale di cura.
4.4. Trattamento del dolore.
Si suggerisce di utilizzare i seguenti processi applicativi:
1) vanno elaborati nelle varie aree ospedaliere protocolli di trattamento del dolore che tengano conto della scala analgesica dell'OMS;

Besner G, Rapin C. The Hospital
Creating a pain free environment to
improve pain control in hospitalized
patients. J Palliat. Care **1993**;9:51-52.

Spettare il seguente nel operativo locale in attuazione delle direttive regionali:
4.1. Formazione:
1) l'attività di formazione del personale va rivolta agli operatori a seconda del bisogno formativo presente nelle varie aree ospedaliere e non (medica, chirurgica, oncologica, pediatrica, ostetrica, ecc.);
2) la formazione deve avere carattere multidisciplinare e interdisciplinare e coinvolgere contestualmente medici e tutto il

3) verifica del grado di preparazione degli operatori sanitari, utilizzando un questionario su attitudini e conoscenze;
4) verifica periodica dell'avvenuta misurazione del dolore e della sua regolare indicazione in cartella clinica;
5) altre misure di outcome potranno essere stabilite secondo le caratteristiche dei malati afferenti alle diverse UU.OO.;
6) valutazione del consumo di farmaci analgesici.

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA
Serie Generale - n. 149 del 29-06-2001

Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province
Autonome di Trento e Bolzano
Provvedimento 24 Maggio 2001

Accordo tra Ministero della Sanità, le regioni e le province autonome sul
documento di linee guida inerente il progetto "Ospedale senza dolore"

**LINEE GUIDA PER LA REALIZZAZIONE
DELL'"OSPEDALE SENZA DOLORE"**



- **LINEE GENERALI DEL PIANO SANITARIO NAZIONALE 2006-2008**

che "...è necessario lavorare congiuntamente alle iniziative europee in questo campo, partecipando alla creazione del network per il management del dolore

".... e

"va infine sensibilizzata la cittadinanza in tema di cura del dolore e del diritto al suo superamento."

dell'ospedale

E' necessario lavorare congiuntamente alle iniziative europee in questo campo, partecipando alla creazione del network **per il management del dolore.**

Va infine sensibilizzata la cittadinanza in tema di cura del dolore e del diritto al suo superamento.

In tal senso sono state intraprese importanti iniziative per sensibilizzare l'opinione pubblica e promuovere la cultura del sollievo dalla sofferenza fisica e morale soprattutto in favore dei pazienti in fase terminale,

Appare necessario moltiplicare gli sforzi in questo campo perché **la lotta al dolore in tutte le sue forme è un impegno etico ed umanitario che caratterizza la qualità dei sistemi sanitari.**

Un ulteriore aspetto sarà quello relativo alla **umanizzazione dei luoghi di cura,**

inteso come quel processo che mira a ripensare l'organizzazione dei percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi per collocare al centro di tali processi la figura



**Commissione oncologica nazionale
(D.M. 26.5.2004)**

Ministero della Salute

**PIANO ONCOLOGICO
NAZIONALE 2004-06**

Questo documento è il frutto del lavoro della Commissione oncologica nazionale, costituita presso la Direzione generale della prevenzione sanitaria per il triennio 2004-2006 con il Decreto ministeriale del 26 maggio 2004 e successive modificazioni e integrazioni.

In commissione: Cesare Bonezzi – Rosalba Tufano - William Raffaeli



PIANO ONCOLOGICO NAZIONALE

PERCORSO OBBLIGATO di Sviluppo dei Centri



Sviluppo della Rete di terapia del dolore Ospedale- Territorio

per malati affetti

da **dolore acuto e cronico** Oncologico e NON-Oncologico

un approccio ottimale di terapia del dolore è
fondamentale durante tutte le fasi del processo assistenziale.

Alcune Regioni hanno istituito Unità in cui convergono le funzioni di
terapia del dolore e cure palliative.

**E' necessario identificare, in accordo con i bisogni
e i modelli regionali, gradi differenti di
complessità della rete.**

La Realtà Istituzionale Italiana I Pionieri

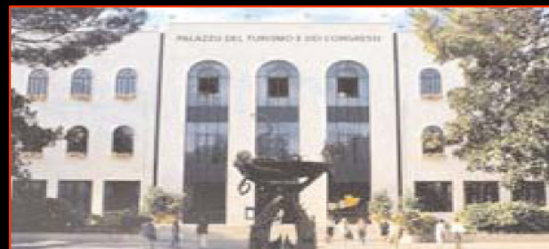
1961 Morrica 1° primario di
Anestesiologia e Terapia del dolore-
RM

1982 - 1° cattedra di
Fisiopatologia del Dolore- MI prof
Tiengo

1977 Martinelli : Istituzione
Finalità e organizzazione di un
Centro di TA Convegno Naz.sul
Dolore –Chieti

1980 Rizzi Vicenza – **Meeting
con Bonica**

Anni '80 inizio istituzione Centri dedicati alla Cura del Dolore



10 - 12 Maggio 2007
Riccione
Palazzo del Turismo - P.zza Ceccarini

1988-2007
**I PRIMI PASSI, LA GIOVENTÙ,
IL FUTURO E IL SENTIMENTO
DELLA CURA DEL DOLORE**

1° Congresso Nazionale Congiunto
delle Società Scientifiche

4° Congresso
federDolore
Coordinamento
Nazionale
Centri di Terapia
Antalgica

5° Congresso
INS
Capitolo Italiano
International
Neuromodulation
Society

Presidente del Convegno
William Raffaelli



1986 Indagine
nazionale : **190**
Reperti-Servizi-
ambulatori

attivati negli anni

'70 : **17%**

'80-84 : **27 %**

85-90 **51%**



PROGETTO
BENCHMARKING CENTRI TERAPIA DEL DOLORE
2004 / 2005

Coordinamento Raffaeli W.

Numero Centri Catalogati **175**

⇒ **LA STRUTTURA DEL CENTRO**

⇒ **L'ORGANIZZAZIONE**

⇒ **LE DOTAZIONI**

TECNICHE E STRUMENTALI, HARDWARE, SOFTWARE

⇒ **I PAZIENTI**

LA LORO PROVENIENZA, L'INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO, PROCEDURE ANALGESICHE

⇒ **LA VISITA AMBULATORIALE**

- DAL PUNTO DI VISTA DEL PAZIENTE: L'APPUNTAMENTO E SALA D'ASPETTO
- DAL PUNTO DI VISTA DEL MEDICO: LE ATTIVITA' CONNESSE

⇒ **LA COMUNICAZIONE**

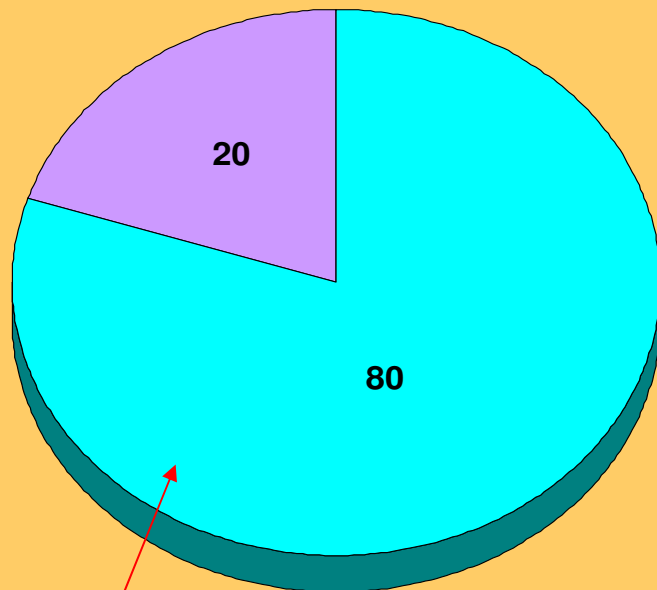
VS PAZIENTE, VS MEDICI DEL TERRITORIO, VS AZIENDE FARMACEUTICHE



Stato Anagrafico dei Centri

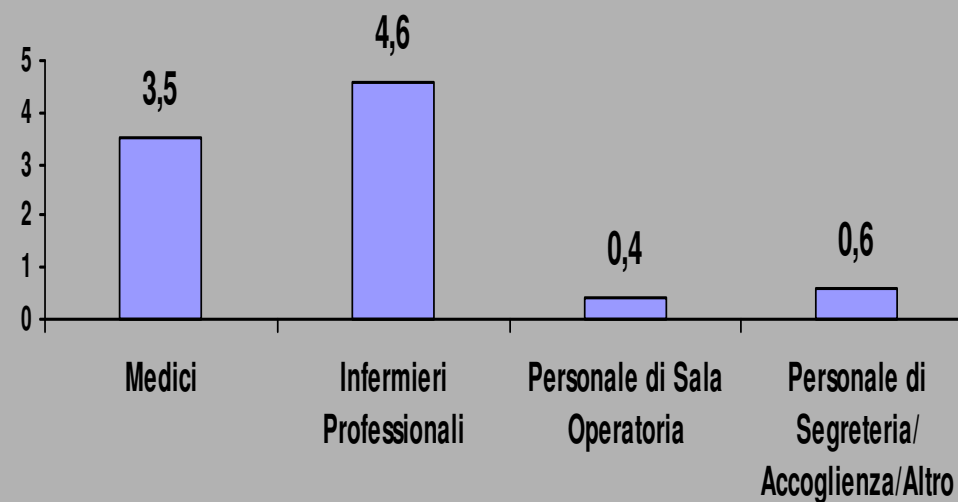
Esistenti da **15** anni ma **immodificati** negli ultimi **5** anni

75 % NON Dispone di Letti propri



■ Delibera istituzionale ■ Accordi informali

N. MEDIO ADDETTI/CENTRO



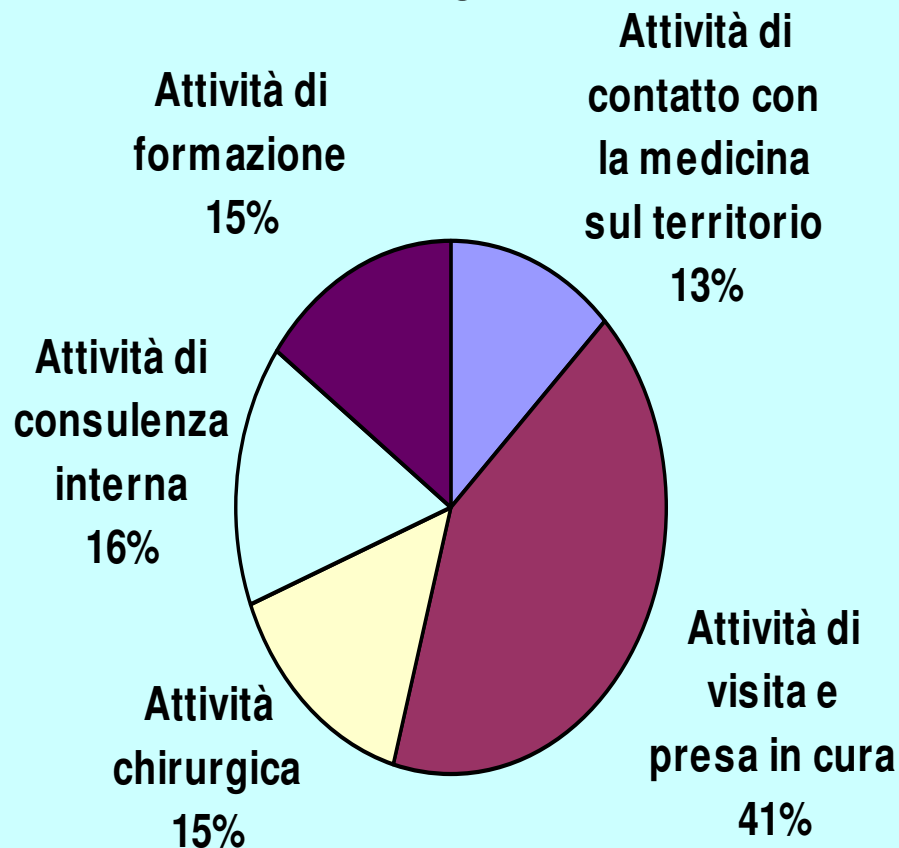


PROGETTO
BENCHMARKING CENTRI TERAPIA DEL DOLORE

**Complessità
di Funzioni**

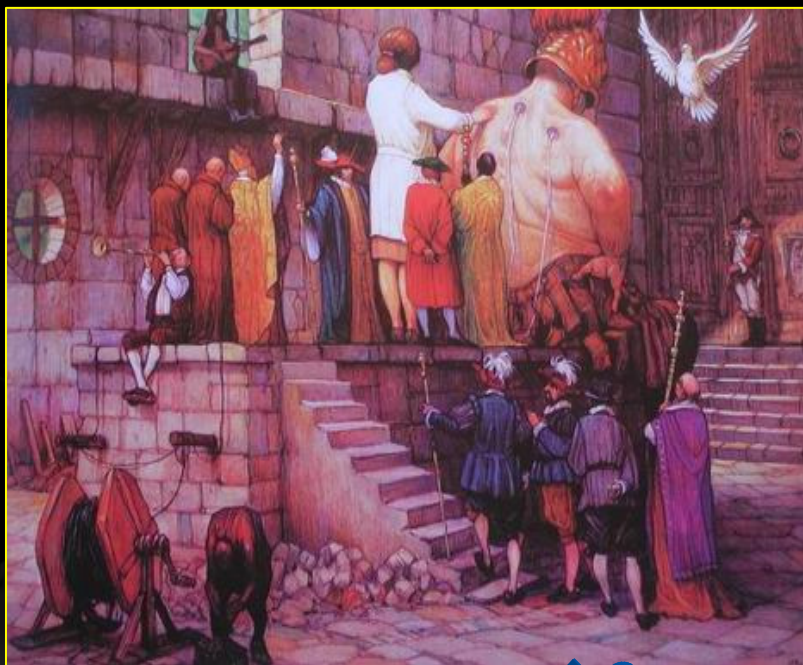
**Volumi di
Attività**
Media Visite
2.282

RIPARTIZIONE ATTIVITA'



MEDIA ORE/SETTIMANA: 42.6

Molteplici Professionisti e Procedure



La Qualità Professionale

Possibilità di più comportamenti professionali di fronte ad uno stesso paziente o ad una stessa patologia

Possibilità di più destini per uno stesso paziente



Definizione dei Livelli
Minimi di
Produzione

Clinical Governance

Piani di Cura

- **Standard**

- **Management of Cancer Pain. Summary, Evidence Report/Technology Assessment: Number 35. AHRQ Publication No. 01-E033, January 2001. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville MD. [http:// www](http://www)**
- **American Pain Society Quality of Care Committee. Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. JAMA 1995;274:1874-1880**
- **JCAHO, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: Pain Standards ; Chicago, 2001.**

Aspetti del
dolore:
qualitativi
quantitativi
temporali
E

Approccio diagnostico

Anamnesi
Sintomi
Indagini
Ecc.

Patologia

Piano di cura
della malattia e/o del dolore



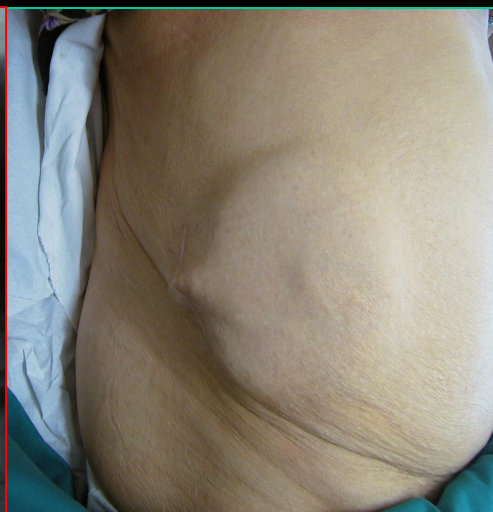
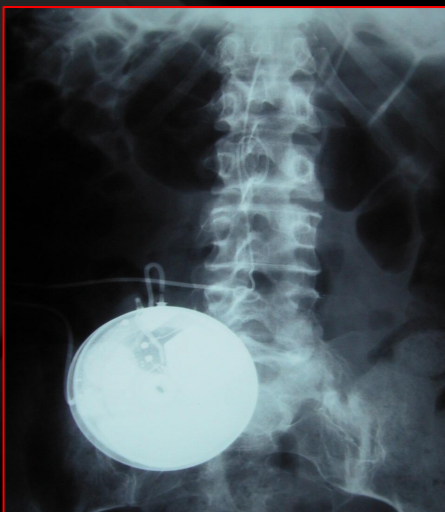
Clinical Governance

La Gestione dei Rischi

Attenzione e
Controlli Programmati

La Gestione dei Rischi e Complicanze
La Gestione dei Rischi e Complicanze

**Professioni e
Sviluppo
L'INFERMIERE e
la Gestione dei
Processi**





Il Governo Economico dei Centri



Le sindromi algiche più diffuse relativamente al dolore cronico, presenti nella **classificazione IASP**, sono presenti in minima parte nell'elenco dell'ICD-9-CM

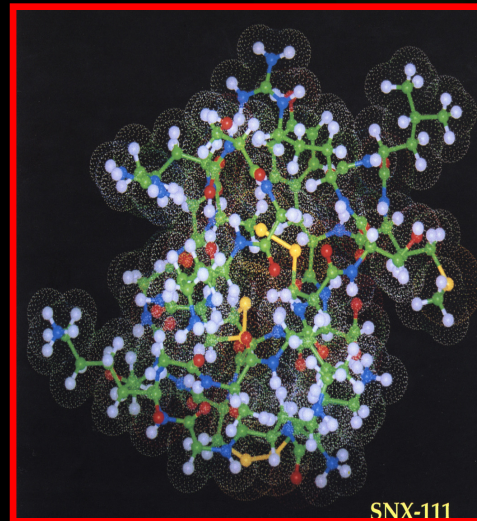
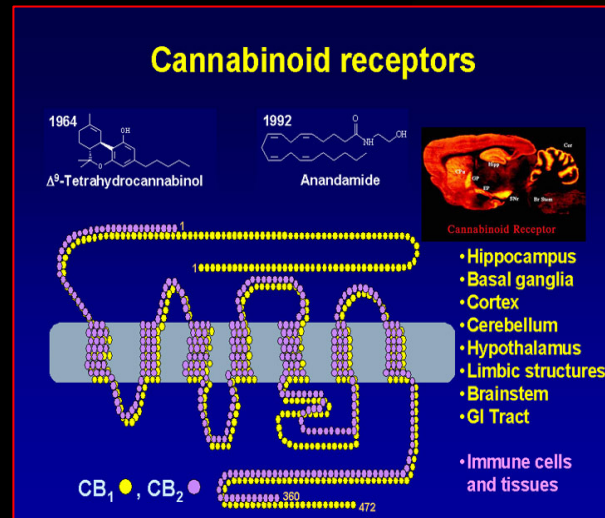
Nell'ICD-9-CM **il termine dolore viene sempre affiancato alla sede in cui si manifesta** (arto, ano, addome, coccige...), quindi **si riferisce sempre al dolore “sintomo” e non al dolore “malattia”**

Il mancato adeguato inquadramento nell'indice alfabetico dell'ICD-9-CM del **dolore cronico – dolore malattia** è la causa della impossibilità o dell'estrema difficoltà ad inserire molte di queste patologie come

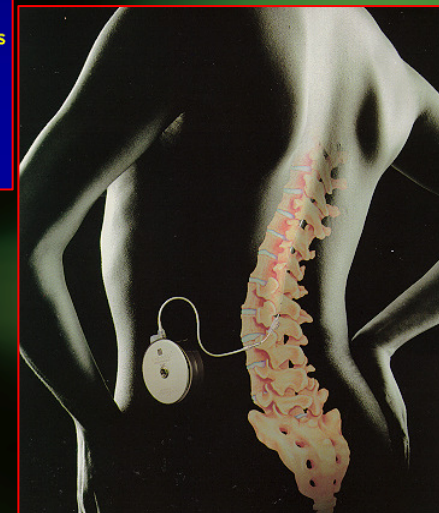
“malattia principale”

L'Inserimento di Farmaci – Presidi dedicati

**La Mancanza di una
Identificazione
Istituzionale Interferisce
anche sulle capacità di
Intervento nel modulare
le scelte delle differenti
componenti del Governo
Sanitario**



SNX-111





La lezione

**Introdurre
Innovazioni
per un
cambiamento
di Visuale e
scoprire Verità
esposte**



Scienza della complessità

2. Imprevedibilità dei fenomeni *(sistemi dinamici non lineari)*



Piccole fluttuazioni possono generare fenomeni imponenti e imprevisti

“Un battito d’ala in Brasile può generare un uragano nel Texas?”

Edward Lorenz

I° Fluttuazione
Introdurre un CODICE
per I Centri di Terapia
del Dolore
Monitorarne l’Attività

PIANO NAZIONALE Salute senza DOLORE **Bozza 20/09/07**

1.1.3 definire il **Livello Essenziale di Assistenza** per i malati che necessitano di terapia del dolore, sia a livello ospedaliero che territoriale e domiciliare, superando i disequilibri su questa materia tra le varie regioni.

sia per il **livello ambulatoriale (I° livello aziendale)**
che di ricovero ordinario nelle strutture di II livello (regionale)



Ospedale senza dolore "e" Territorio senza Dolore"

- garantire una **continuità terapeutica e assistenziale ai pazienti con Dolore Cronico** attraverso percorsi integrati ospedale-territorio con una totale presa in carico del malato e con una forte integrazione tra risorse ospedaliere e territoriali.
- I due piani operativi
"Ospedale senza dolore " e "Territorio senza Dolore"
costituiscono nella loro integrazione

la "**Rete di terapia del Dolore**".

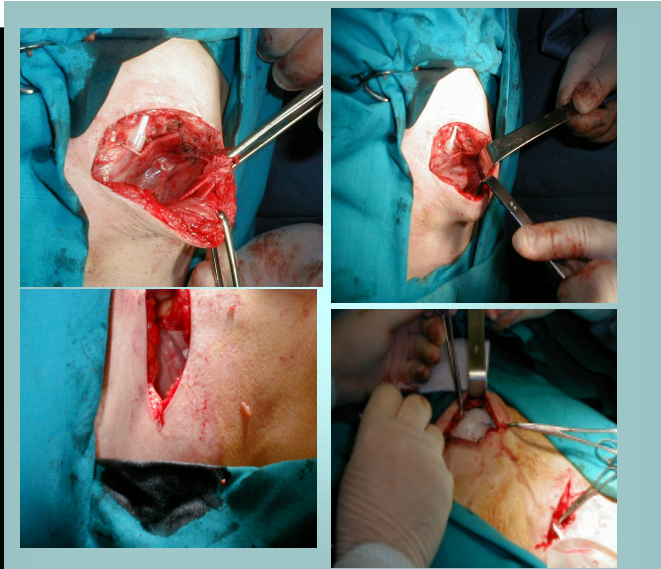
Questo obiettivo è acquisito quale elemento di qualità dei servizi sanitari per lo sviluppo della salute, intesa come beneficio fisico, psichico e sociale.

- **LIVELLO OSPEDALE**
- Il Livello Ospedale prevede due parti:
- A – L'OSPEDALE SENZA DOLORE (OSD)
- B – Le STRUTTURE DI TERAPIA DEL DOLORE (STD)

IMPATTO SULLO SVILUPPO Clinical Governance

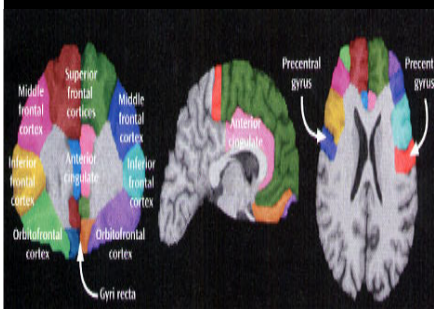
- Acquisizione di una migliore consapevolezza del come si lavora
- **necessità di aggiornare l'operatività**
- **messa a regime di sistemi di governo coerenti e monitorati sistematicamente**
- azioni di miglioramento continuo
 - **Necessità di Conoscenze**

- **RICERCA**



Ministero della Salute

Modello di "Unità di Terapia del dolore e di Cure Palliative"
nelle aziende ospedaliere, integrata con le Associazioni di
Volontariato



**Validazione
Strumenti
diagnostici**

**Procedure
Terapeutiche**

**Identificazione
Codice Ministeriale**

Valorizzazione DRG



- **Coordinamento C.Bonezzi**
- **Modelli centri TA : W. Raffaeli**

Identificazione bacini utenza

- **Modelli operativi**
- **DRG**



La Lunga Attesa



Sicomori- alberi centenari



**Lotta alla Sofferenza
un Diritto di Tutti**

**Progetto FondazioneISAL
Rimini - Taormina
www.fondazioneisal.it**

