

Perché parliamo ancora di Reti di Terapia del Dolore?

Michele Sofia Direttore Sanitario dell'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Bergamo

Le reti di terapia del dolore

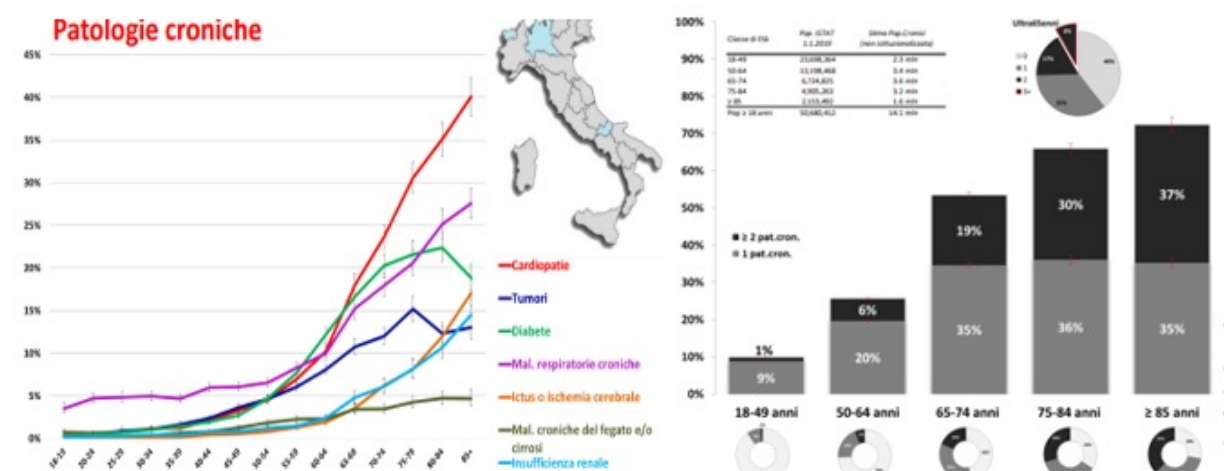
Anno Zero ?

- **Legge 38/2010** : Il diritto dei cittadini; il paziente target le Reti; i professionisti delle reti.
- **LEA/2017**: Terapia del dolore garantita in tutti gli ospedali (Art.15 e 38)
- **Intesa 25/07/2012**: Requisiti minimi per l'accreditamento delle strutture operanti nella rete di terapia del dolore
- **Accordo n.87/CSR/2014**: Individuazione delle figure professionali competenti nel campo della terapia del dolore e delle cure palliative
- **DM 70/2015**: Stabilisce standard posti letto per milione di abitanti e metodologia.
- **DM 21/11/2018**: individuati codici di disciplina 99 e 96 (cure palliative e terapia del dolore)
- **Accordo n.119/CSR/2020**: istituzione dell'organismo di coordinamento regionale per lo sviluppo della Rete di terapia del dolore negli ospedali e nel territorio

Cronicità e Dolore

Le nuove sfide
 del SSN

- **Transizione demografica** (da 187 anziani ogni 100 giovani a 293 fra 20 anni);
- **Transizione socio-economica** (povertà assoluta 5,6 milioni di persone);
- **Transizione epidemiologica;**



#ForumRisk18

www.forumriskmanagement.it

I numeri del
dolore cronico
in Italia

- La prevalenza del dolore cronico in Italia è del 26% con maggiore prevalenza nel nord-ovest del paese (27.7%) rispetto al sud (21,7%);^{0*}
- il 41% dei pazienti con dolore cronico dichiara di non aver ricevuto un adeguato controllo del dolore;
- 1 persona su 4 ne soffre in media per 7,7 anni;
- la prevalenza di cittadini con dolore cronico severo è di 800.000-1000.000 di cui 3% affetto da « dolore malattia»
- 4.557 euro ripartiti in costi diretti (accertamenti diagnostici, ricoveri e farmaci) ed indiretti (giornate lavorative perse). Non vengono annoverati i costi intangibili;^(**)
- mediamente i pazienti vagano 4,4 anni tra strutture pubbliche e private per un costo anno per paziente di 750 euro;
- **Complessivamente il costo sociale del dolore cronico risulta pari a 36,4 miliardi di euro/anno, corrispondenti al 2,3% del PIL.**

⁰Pain in Europe Brevik 2006

^{**}Chronic Pain: pharmacoconomics and therapeutic appropriateness Valentina Orlando Centro Interdipartimentale di Ricerca in Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione, CIRFF, Università degli Studi di Napoli Federico II

#ForumRisk18



www.forumriskmanagement.it

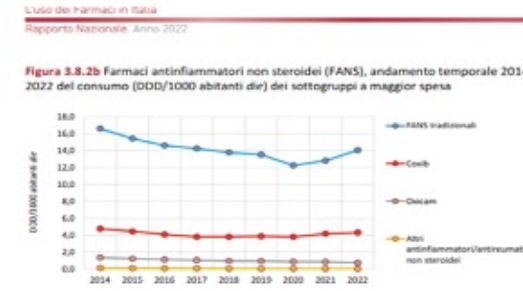
Utilizzo di
farmaci per il
dolore

Media Nazionale consumo di farmaci per
il dolore: 7,97 DDD;

- Nord: 9,09 DDD
- Sud: 6,2 DDD

Accesso ai farmaci per il dolore

FANS



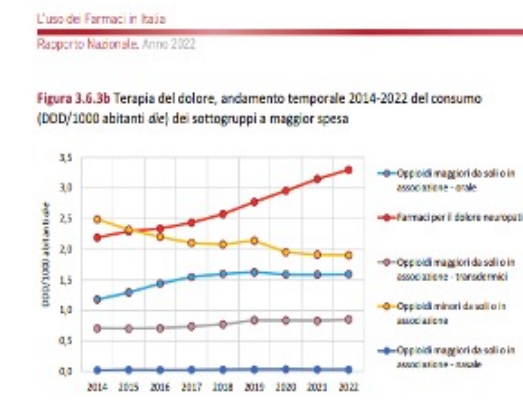
Scenario 2
Consumo e spesa per classe terapeutica

Nel 2022 si conferma il trend in aumento del consumo dei farmaci antinfiammatori non steroidei, attribuendo ai farmaci pre-pandemici. Tale aumento è attribuibile alla classe dei FANS tradizionali, che copre oltre il 70% dei consumi della categoria; il diclofenac è il principio attivo maggiormente prescritto.

Per questa categoria è presente un alto livello di acquisto privato, ciò limita la possibilità di effettuare un adeguato monitoraggio relativo all'appropriatezza prescrittiva di questi farmaci, e ciò si correla anche una difficile valutazione della compliance degli utilizzatori e alla conseguente potenziale insorgenza di eventi avversi. Per tale motivo sarebbe opportuno condurre analisi ad hoc sull'impatto dell'acquisto privato di FANS da parte dei cittadini.

Nella scelta terapeutica di ricorrere ad un FANS andrebbe tenuto conto sia del profilo complessivo beneficio/rischio del farmaco che delle caratteristiche delle popolazioni che potrebbero presentare controindicazioni o fattori di rischio predisponevoli l'insorgenza di effetti collaterali.

OPPIOIDI



La combinazione di un decremento nel consumo degli oppioidi minori e degli oppioidi maggiori da soli o in combinazione - parenterale ed un incremento della marcata variabilità regionale nel consumo degli oppioidi maggiori da soli o in associazione - orale/transdermico/inasale implica, in considerazione anche della rilevante variabilità regionale nella prevalenza d'uso di questi farmaci, da un lato una maggiore probabile attenzione nella prescrizione di questi farmaci per il solo trattamento del dolore cronico, e dall'altro come vi sia un urgente bisogno di garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore in tutti i territori secondo quanto previsto dalla Legge n. 38 del 15 marzo 2010.

I dati sulle percentuali di utilizzatori con una sola prescrizione a livello nazionale e regionale, indicano la necessità di diffondere ed implementare raccomandazioni sull'uso di questi farmaci con gli strumenti consueti della formazione, residenziale e a distanza, nonché con audit specifici nei diversi setting assistenziali.

Va tenuto conto che i farmaci per il dolore neuropatico includono le prescrizioni di pregabalin e gabapentin che hanno indicazioni anche in altri ambiti della medicina (epilessia) ciò rende difficile commentare il pattern prescrittivo nella popolazione generale in assenza di studi specifici di farmacoutilizzazione per area diagnostica. A tal fine bisognerebbe stimolare la creazione di registri ad hoc di pratica clinica come recentemente è stato documentato in Grecia o la conduzione di un maggior numero di trial pragmatici.

OSMED 2022



JOURNAL OF PAIN & PALLIATIVE CARE PHARMACOTHERAPY
 2016, VOL. 30, NO. 4, 300-307
<http://dx.doi.org/10.1080/15360288.2016.1231735>



PHARMACOECONOMICS AND OUTCOMES IN PAIN AND PALLIATIVE CARE

Pharmacoeconomic Analysis of Pain Medications Used to Treat Adult Patients with Chronic Back Pain in the United States

Drishiti Shah, Vamshi Ruthwik Anupindi, and Varun Vaidya

ABSTRACT
 Chronic back pain is an extremely common health problem. The largest category for pain therapy costs includes nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and opioids. However, there has been limited evidence outlining their effectiveness in terms of quality of life for the treatment of chronic back pain. The authors performed a comparative pharmacoeconomic analysis of chronic back pain patients using NSAIDs versus those using opioids alone or combination opioid analgesics. This pharmacoeconomic evaluation was conducted using the Medical Expenditure Panel Survey (MEPS). Adults ≥ 18 years with chronic back pain diagnosis were included in the study. Individuals using opioids were matched in 1:1 ratio with those using only NSAIDs using propensity scores. All direct medical costs were included, and utility scores from Short Form eD (SF-6D) were used to calculate QALYs (quality-adjusted life years). Monte Carlo probabilistic simulation technique was employed to determine the cost-effectiveness acceptability curve. After matching, there were 1109 patients in each cohort. The total mean annual cost was found to be \$6137.41 for NSAIDs and \$8982.28 for opioids. The mean utility gain for NSAIDs was found to be 0.661, whereas for opioids it was 0.633. Probabilistic sensitivity analysis showed that at all willingness-to-pay thresholds, the probability of NSAIDs being cost-effective was higher than the probability of the opioids being cost-effective. The authors found NSAIDs to be a dominant strategy as compared with opioids. Considering the higher cost associated with opioid/combo combination opioid analgesics, it might be cost-effective if they are used in patients who did not respond to the NSAIDs.

ARTICLE HISTORY
 Received 15 June 2016
 Revised 1 August 2016
 Accepted 1 September 2016

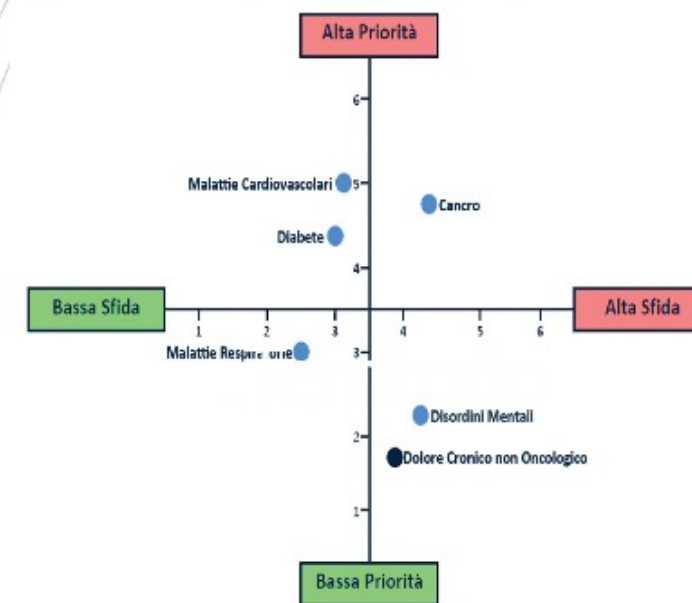
KEYWORDS
 chronic back pain;
 cost-effective; nonsteroidal
 anti-inflammatory drugs;
 NSAIDs; opioids;
 pharmacoeconomic analysis;
 quality-adjusted life years

Dolore tra
Ospedale e..

- Il dolore rappresenta la causa più comune di accesso al **pronto soccorso con una prevalenza che va dal 52% al 79%**
- **La rivalutazione del dolore del paziente in PS, viene svolta da poco più del 60%** delle strutture monitorate
- **Tempo di attesa medio per somministrazione di un analgesico 90 minuti (25-30 minuti standard)**
- Le indagini condotte in merito alla situazione delle strutture italiane rivelano che la percentuale di strutture che hanno formalizzato **Linee guida per la gestione del dolore in emergenza-urgenza è molto bassa, pari al 47% nei Pronto Soccorso, 66% nei DEA di I livello e 61% nel DEA di II livello**
- Il 41 % delle strutture ospedaliere italiane non presentano uno specifico percorso per il trattamento del dolore cronico
- **Il 46.6% dei pazienti ricoverati in ospedale riferisce di avere dolore severo**

Pain management in the Emergency Department: literature review and possible proposals in the Pre-Covid era IJN N.35/2021
Il costo sociale del dolore cronico in Italia Massimo Allegrini, Carlo Lucioni2, Silvio Mazzi2, Giulio Serra3

.....Territorio



La percezione dei medici di medicina generale sul dolore cronico non oncologico (Modificata da Johnson et al.).

SOLE 24 ORE 16/11/2023

#ForumRisk18



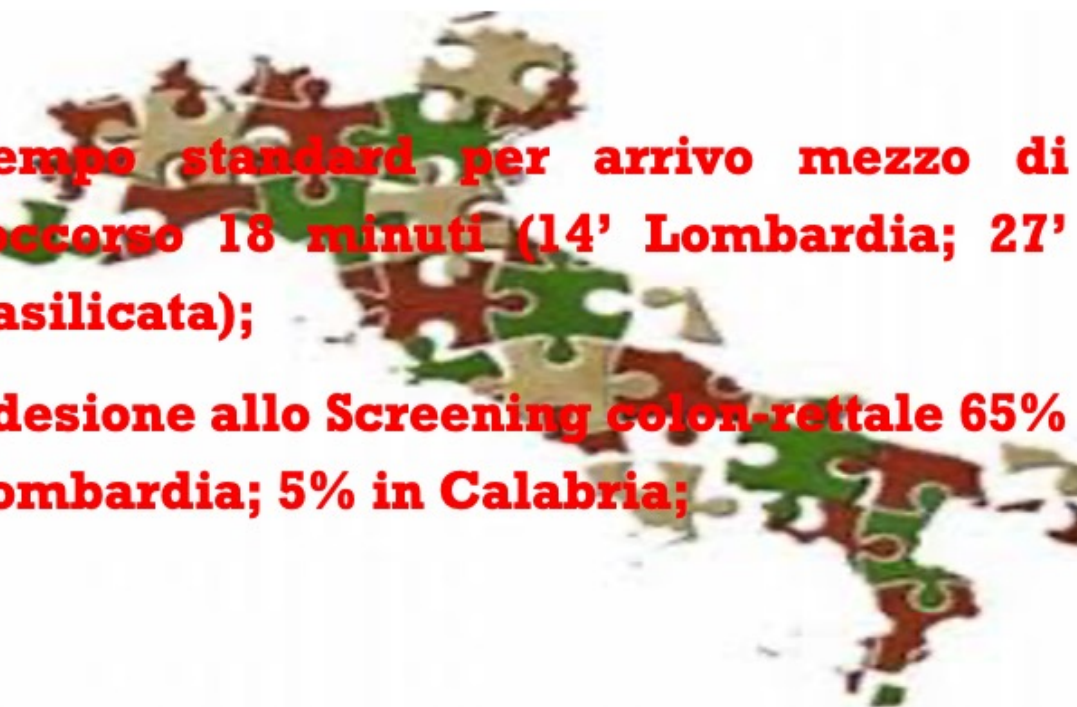
www.forumriskmanagement.it

- In Italia non ha contattato uno specialista il 25,7% dei pazienti, il 15% ne ignorava l'esistenza, il 13% non ha trovato soluzioni idonee nel proprio territorio mentre addirittura un paziente su 10 (circa l'11%) ha rinunciato per mancanza di coperture economiche (rimborsi, assicurazioni);
- **Il dolore e il sintomo più frequentemente riferito dagli adulti ed è la causa del 40% delle visite svolte nell'ambulatorio di mmg;**
- il 19,1% degli uomini (1 su 5) può attendere anche 10 anni; la percentuale si attesta sull'11,2% per le donne (1 su 10);
- **Il 34% dei pazienti con dolore cronico ha ricevuto una unica prescrizione nel corso dell'anno**
- Il 17,7% dei pazienti italiani (1 su 6) si è rivolto a 5-10 medici prima di individuare lo specialista più idoneo.

Decreto Legislativo 517/93

Regionalismo
Sanitario ed
equità di accesso
alle cure

- **Tempo standard per arrivo mezzo di soccorso 18 minuti (14' Lombardia; 27' Basilicata);**
- **Adesione allo Screening colon-rettale 65% Lombardia; 5% in Calabria;**



Cittadinanza attiva 2017

#ForumRisk18



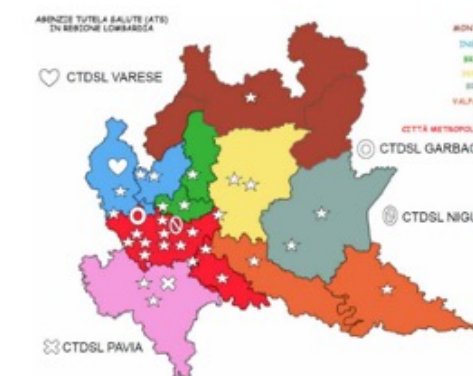
www.forumriskmanagement.it

Le nuove reti di terapia del dolore:
perché ne parliamo?

.. qualcosa non
ha funzionato !

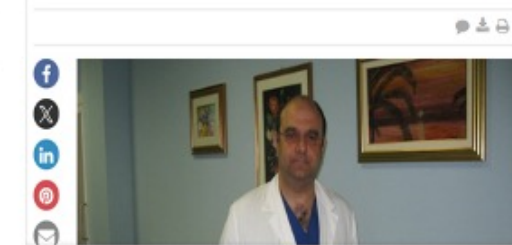


Fig. 10 Distribuzione territoriale dei Centri di Terapia del Dolore di Primo e di Secondo Livello identificati in base all'indirizzo del Punto di Cura (PDC) nel 2021 e prima semestre 2022 (dati parziali) (dati elaborati dal sistema sanitario nazionale - gennaio 2022)



Tra i 4 "hub" Lombardi il
centro guidato dal medico
legnanese Sofia

Il dipartimento "Interaziendale per le Cure Palliative e per la Terapia del Dolore" è stato riconosciuto come dipartimento di eccellenza...



Le nuove reti di terapia del dolore:
perché ne parliamo?

Approcci
psico-sociali
di prevenzione

Pazienti con diagnosi di grave dolore cronico hanno il doppio delle probabilità di morire 10 anni dopo cardiopatia ischemica o malattia respiratoria, rispetto a coloro che riferiscono un lieve dolore cronico o non presentano.

- Genere
- Fattori socio-economici
- Etnia
- Dieta
- Comorbidità
- Ansia depressione
- Peso

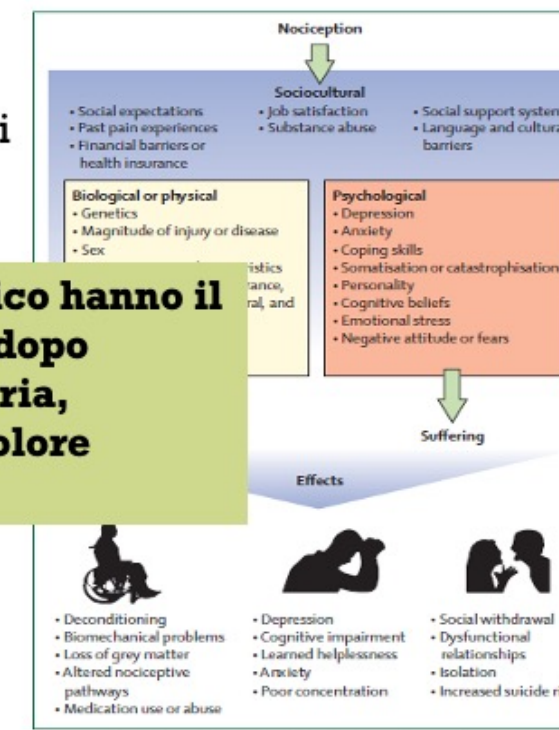


Figure 1: Biopsychosocial model of pain showing the complex interaction between chronic pain and biological, psychological, and social factors

Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies Sarah E. E. Mills*, Karen P. Nicolson and Blair H. Smith

#ForumRisk18



www.forumriskmanagement.it

Quale futuro per
le Reti di Terapia
del Dolore

- Presa in carico globale
- Multidisciplinarietà/Multiprofessionalità;
- Interazione e complementarietà fra i Nodi della rete (Hub-Spoke-Case di Comunità, AFT);
- Team dedicato di risposta domiciliare;
- Programmi formativi rivolti ai professionisti (MMG, Specialisti; Operatori Sanitari);
- Digitalizzazione, ICT, IA;

Le nuove Reti di Terapia del Dolore

Quale futuro per
le Reti di Terapia
del Dolore

- **Percorsi formativi** dedicati al personale sanitario che opera nel sistema **dell'emergenza urgenza**;
- **Progetti incentivanti** rivolti agli MMG attraverso le leve del Governo Clinico (numero di pazienti con dolore cronico, segnalati alla Rete Locale di Terapia del Dolore), e percorsi formativi.
- **Programmazione di un numero minimo di percorsi formativi** in terapia del dolore rivolti agli operatori sanitari da parte delle Reti Locali **ai fini dell'accreditamento**.

Outcome RLTD

- Consumo farmaci per la terapia del dolore
- Riduzione degli accessi in PS;
- Riduzione del fenomeno dei Bed Bloker dei pazienti con dolore cronico;

«GRANDE È LA COFUSIONE SOTTO IL CIELO



LA SITUAZIONE QUINDI E'ECCELLENTE»

Delitti in materia di violazione del diritto d'autore (Art. 25-novies, D.Lgs. n. 231/2001) [articolo aggiunto dalla L. n. 99/2009]

- Messa a disposizione del pubblico, in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta, o di parte di essa (art. 171, legge n.633/1941 comma 1 lett. a) bis)
- Reati di cui al punto precedente commessi su opere altrui non destinate alla pubblicazione qualora ne risulti offeso l'onore o la reputazione (art. 171, legge n.633/1941 comma 3)
- Abusiva duplicazione, per trarne profitto, di programmi per elaboratore; importazione, distribuzione, vendita o detenzione a scopo commerciale o imprenditoriale o concessione in locazione di programmi contenuti in supporti non contrassegnati dalla SIAE; predisposizione di mezzi per rimuovere o eludere i dispositivi di protezione di programmi per elaboratori (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 1)
- Riproduzione, trasferimento su altro supporto, distribuzione, comunicazione, presentazione o dimostrazione in pubblico, del contenuto di una banca dati; estrazione o reimpiego della banca dati; distribuzione, vendita o concessione in locazione di banche di dati (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 2)
- Abusiva duplicazione, riproduzione, trasmissione o diffusione in pubblico con qualsiasi procedimento, in tutto o in parte, di opere dell'ingegno destinate al circuito televisivo, cinematografico, della vendita o del noleggio di dischi, nastri o supporti analoghi o ogni altro supporto contenente fonogrammi o videogrammi di opere musicali, cinematografiche o audiovisive assimilate o sequenze di immagini in movimento; opere letterarie, drammatiche, scientifiche o didattiche, musicali o drammatico musicali, multimediali, anche se inserite in opere collettive o composite o banche dati; riproduzione, duplicazione, trasmissione o diffusione abusiva, vendita o commercio, cessione a qualsiasi titolo o importazione abusiva di oltre cinquanta copie o esemplari di opere tutelate dal diritto d'autore e da diritti connessi; immissione in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta dal diritto d'autore, o parte di essa (art. 171-ter legge n.633/1941)
- Mancata comunicazione alla SIAE dei dati di identificazione dei supporti non soggetti al contrassegno o falsa dichiarazione (art. 171-septies legge n.633/1941)
- Fraudolenta produzione, vendita, importazione, promozione, installazione, modifica, utilizzo per uso pubblico e privato di apparati o parti di apparati atti alla decodificazione di trasmissioni audiovisive ad accesso condizionato effettuate via etere, via satellite, via cavo, in forma sia analogica sia digitale (art. 171-octies legge n.633/1941).

[Torna all'inizio](#)