

CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE IN ONCOLOGIA

L'epidemiologia del dolore nei malati oncologici non dispone di dati certi, la prevalenza dello stesso essendo ricompresa nella totalità di malati affetti da dolore cronico o che necessitano di cure palliative. I dati disponibili forniti al Ministero si limitano a una rappresentazione delle sole procedure invasive che rappresentano una esigua percentuale dei malati oncologici con dolore (< 5%). Non comprendono invece i trattamenti farmacologici.

Il sistema organizzativo necessario per rispondere alle esigenze di tali malati è contemplato nelle Reti previste dalla legge 38/2010.

Un sistema di “protezione” per i malati oncologici, seppure nell'ambito di queste reti, richiede una specificità caratterizzata da **un'assistenza continua, integrata e progressiva fra l'oncologia medica e le cure palliative, quindi non esclusivamente una risposta monosintomatologica quale può derivare da un approccio solo antalgico, realizzabile nell'ambito di un ambulatorio multidisciplinare di cure simultanee.**

UNICA RISPOSTA ALTERNATIVA AL RICOVERO INAPPROPRIATO!

A favore del malato oncologico il **PDTA** deve definire modalità di trasferimento delle competenze tra ospedale e territorio, responsabilità delle diverse figure sanitarie durante la cura, scelte gli strumenti di valutazione e di trattamento dei sintomi, attribuzione del setting assistenziale più appropriato.

L'attuazione della L 38/2010 viene valutata annualmente attraverso:

- ✓ il monitoraggio delle reti assistenziali palliativa e di terapia del dolore
- ✓ la definizione del percorso assistenziale per il trattamento del dolore oncologico in fase non avanzata di malattia
- ✓ l'utilizzo di sistemi per la rilevazione della qualità percepita
- ✓ l'attivazione di specifiche linee progettuali in tema di terapia del dolore.

In realtà **nella relazione ministeriale del 2015 non compaiono tali indicatori.**

È necessario che le strutture residenziali e semiresidenziali coinvolte nella rete, sia pubbliche che private, lavorino in stretta collaborazione con il terzo settore, per favorire un' integrazione sempre maggiore con il percorso di assistenza domiciliare

In Emilia Romagna, Lombardia e Puglia questa sinergia è stata realizzata, raggiungendo un obiettivo etico di dignità e qualità di vita e di efficienza e efficacia di intervento (una giornata di assistenza domiciliare costa intorno ai 30 euro e una giornata in hospice intorno ai 250 euro, contro i 600 di una giornata in ospedale).

Il no profit fatica tuttora ad essere identificato come un soggetto competente e come parte integrante del sistema sanitario, quando invece è in grado di poter dare risposte adeguate e professionali in un momento di ripensamento su quali servizi sanitari il pubblico ancora può offrire. Il **terzo settore non può essere relegato al ruolo di semplice fornitore di prestazioni al solo scopo di abbassare i costi sanitari**, ma deve essere coinvolto attivamente in modo da partecipare e intervenire nei processi decisionali