



# Napoli 1 SURGERY

**NAPOLI 27 – 28 SETTEMBRE**

Aula Magna Scuola di Medicina di Scampia  
Centro Congressi Università degli Studi di Napoli Federico II

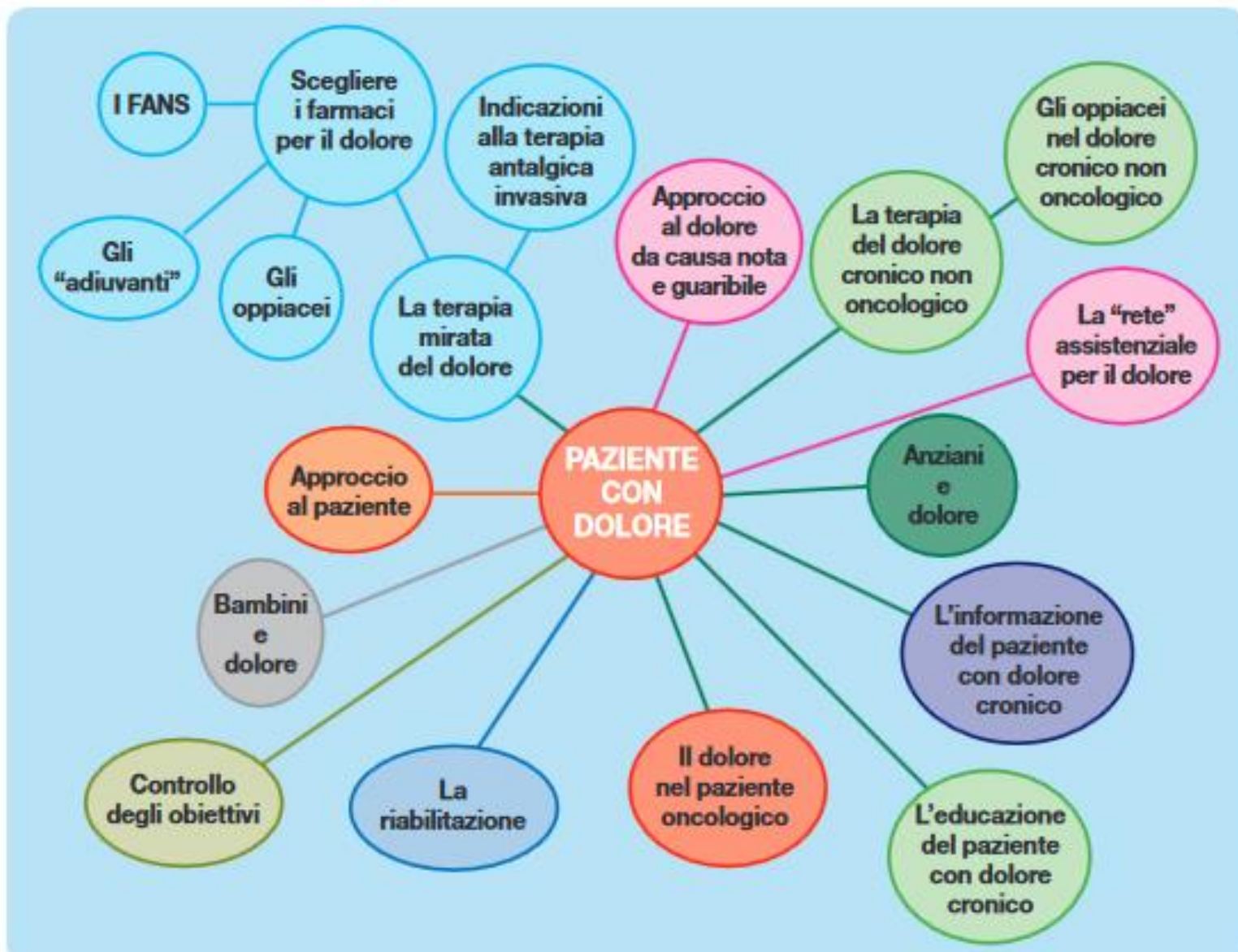
**Il Sessione:** Chirurgia oncologica “ La presa in carico del paziente oncologico nella ASL Napoli 1 Centro: la ROC, i GOM, la Chirurgia Oncologica e altro”

Presidente: *Corrado Fantini*

Moderatori: *Alberto D'Agostino – Bruno Daniele - Vincenzo Formisano*

Quali percorsi Chirurgici e specialistici:

La terapia del dolore. *Maurizio Ferrara*



# LA LEGGE N° 38, 2010

✿ Il MMG è un interlocutore molto importante

Legge: 15-03-2010 N°38  
GU: 19-03-2010

f) « assistenza domiciliare »: l'insieme degli interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali che garantiscono l'erogazione di cure palliative e di terapia del dolore al domicilio della persona malata, per ciò che riguarda sia gli interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale, sia quelli delle *équipe* specialistiche di cure palliative, di cui il medico di medicina generale è in ogni caso parte integrante, garantendo una continuità assistenziale ininterrotta;

**E'sottolineata l'importanza del MMG  
per garantire al paziente una  
continuità assistenziale ininterrotta**

# LA LEGGE N° 38, 2010

## ASSISTENZA CONTINUA

Legge: 15-03-2010 N°38  
GU: 19-03-2010

d) « reti »: la rete nazionale per le cure palliative e la rete nazionale per la terapia del dolore, volte a garantire la continuità assistenziale del malato dalla struttura ospedaliera al suo domicilio e costituite dall'insieme delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali, delle figure professionali e degli interventi diagnostici e terapeutici disponibili nelle regioni e nelle province autonome, dedicati all'erogazione delle cure palliative, al controllo del dolore in tutte le fasi della malattia, con particolare riferimento alle fasi avanzate e terminali della stessa, e al supporto dei malati e dei loro familiari;

**E' sottolineata l'esistenza di reti nazionali volte a garantire la continuità assistenziale del malato**

# LA LEGGE N° 38, 2010

## ✿ ASSISTENZA CONTINUA

Legge: 15-03-2010 N°38  
GU: 19-03-2010

**Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano individuano figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative**

...sono individuate le figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche per l'età pediatrica, con particolare riferimento ai medici di medicina generale e ai medici specialisti in anestesia e rianimazione, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia, pediatria, ai medici con esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, agli infermieri, agli psicologi e agli assistenti sociali nonché alle altre figure professionali ritenute essenziali.

# LA LEGGE N° 38, 2010

## FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

**Legge: 15-03-2010 N°38**  
**GU: 19-03-2010**

**In sede di attuazione dei programmi obbligatori di formazione continua in medicina, si prevede l'aggiornamento periodico del personale medico e sanitario impegnato nella terapia del dolore**

...prevede che l'aggiornamento periodico del personale medico, sanitario e socio-sanitario, impegnato nella terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative e nell'assistenza nel settore delle cure palliative, e in particolare di medici ospedalieri, medici specialisti ambulatoriali territoriali, medici di medicina generale e di continuità assistenziale e pediatri di libera scelta, si realizzi attraverso il conseguimento di crediti formativi su percorsi assistenziali multidisciplinari e multiprofessionali.

# LA LEGGE N° 38, 2010

## CARTELLA CLINICA

**Legge: 15-03-2010 N°38**  
**GU: 19-03-2010**

All'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, devono essere riportati le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito.

**Si ha l'obbligo di riportare la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica**

# LA LEGGE N° 38, 2010

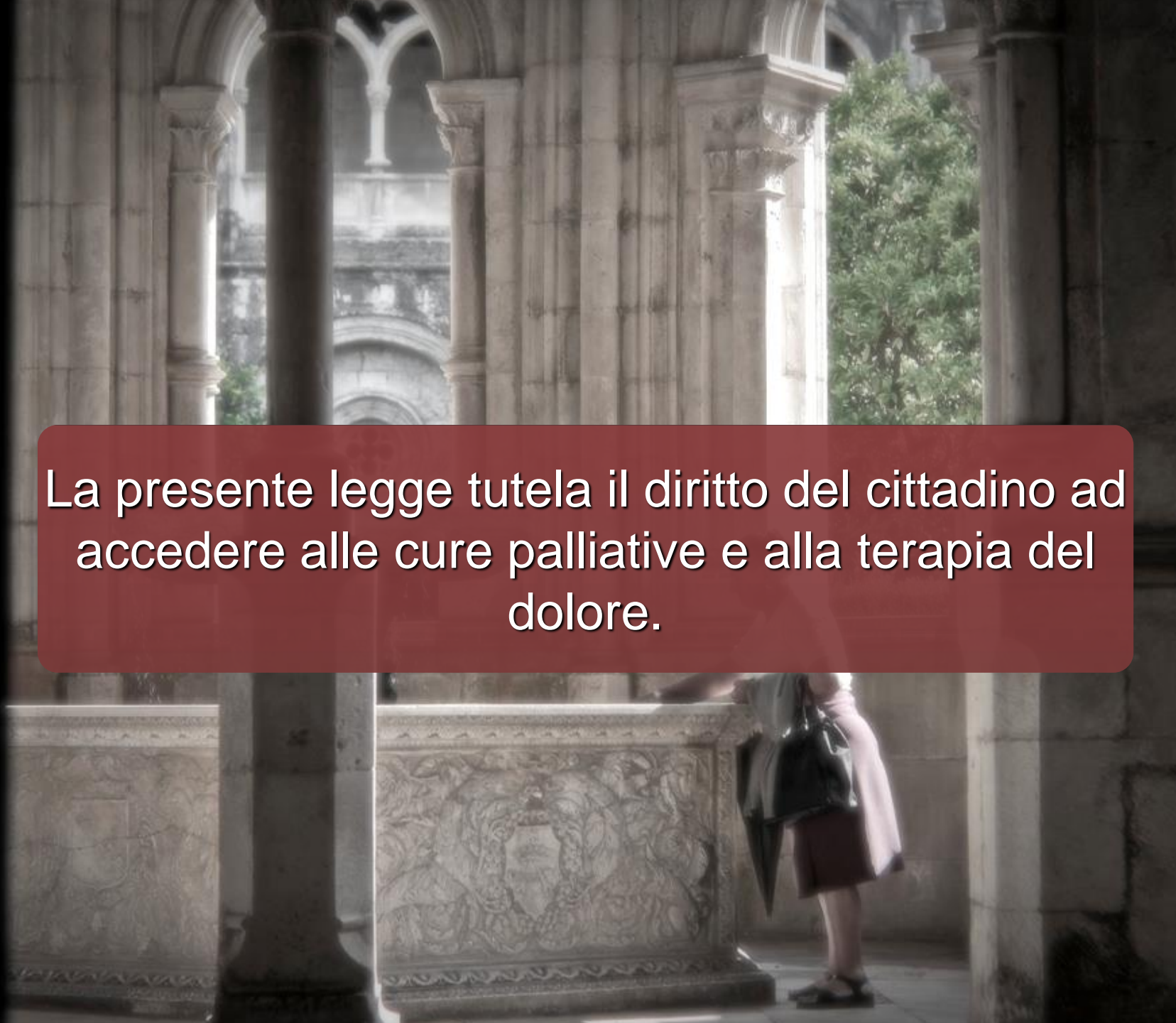
**Legge 15 marzo 2010, n. 38 recante “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore”:**

- ✿ Viene confermato l’Inserimento in Tabella II D dei “composti medicinali utilizzati nella terapia del dolore elencati nell’allegato III-bis del DPR limitatamente alle forme farmaceutiche diverse da quelle parenterali”
- ✿ Eliminazione del registro di carico e scarico
- ✿ Eliminazione del buono acquisto per ogni vendita o cessione a qualsiasi titolo, delle sostanze e dei medicinali compresi nelle tabelle IID
- ✿ I farmaci di cui all’allegato III-bis per il trattamento di pazienti affetti da dolore severo possono essere prescritti utilizzando l’usuale ricettario del SSN



## Art. 1

La presente legge tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore.





## Art. 2 *Definizioni*

### Cure Palliative

L'insieme degli **interventi** [...] rivolti sia **alla persona malata sia al suo nucleo familiare**, [in presenza di una] malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una **prognosi infausta**, non risponde più a trattamenti specifici.

### Terapia del Dolore

L'insieme degli **interventi** [per] applicare [...] appropriate terapie [...] allo scopo di elaborare idonei **percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore**.

### Persona Malata

[...] Affetta da una **patologia ad andamento cronico ed evolutivo** [...], nonché la persona affetta da una **patologia dolorosa cronica da moderata a severa**;

## Definizioni e requisiti dei Centri di Terapia del Dolore

**Hub:** Centro di riferimento di Terapia del Dolore

*Requisiti minimi:*

- 30 ore di attività ambulatoriale settimanale
- erogazione di prestazioni antalgiche invasive in day-surgery/day-hospital/degenza ordinaria, avendo a disposizione almeno 2 posti letto 2 giorni la settimana
- espletamento di consulenze nel presidio entro 24 ore
- espletamento di consulenze per pazienti in assistenza domiciliare e hospice entro 72 ore
- equipe di professionisti con competenza clinica relativa a procedure invasive di terapia antalgica (documentazione dei volumi d'attività), almeno 2 medici (dei quali 1 medico anestesista) dedicati all'attività di terapia antalgica
- definizione di percorsi diagnostico-terapeutici con protocolli/procedure basati sulle evidenze
- disponibilità di servizi di laboratorio analisi chimico-cliniche, radiologia, specialità chirurgiche e specialità mediche, assistenza psicologica
- valutazione delle performance con indicatori di processo e risultato

**Spoke:** Ambulatorio di terapia antalgica

*Requisiti minimi:*

- 18 ore di attività ambulatoriale settimanale
- espletamento di consulenze per pazienti in assistenza domiciliare e hospice entro 72 ore
- almeno 1 medico anestesista
- definizione di percorsi diagnostico-terapeutici con protocolli/procedure basati sulle evidenze
- valutazione delle performance con indicatori di processo e risultato

**AFT:** Aggregazione Funzionale Territoriale di medici di medicina generale

## Ricerca bibliografica e analisi delle evidenze: Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia-Romagna

Trattamento del dolore cronico con terapie infiltrative  
e tecniche interventistiche:  
le valutazioni del Gruppo di lavoro regionale

Tecnica	Indicazione	Linea Guida (referenza)	Raccomandazione/Evidenze	Forza/ livello evidenze
	superiori a genesi non esclusivamente radicolare			
SCS	CRPS-I e CRPS-II	NAAC 2014	Fortemente raccomandata	I A
	CRPS- I	EAN 2016	Raccomandazione debole	GRADE 2008
	Dolore neuropatico diabetico	EAN 2016	Raccomandazione debole	GRADE 2008
SCS convenzionale o DRG	Dolore prevalentemente radicolare	NAAC 2014	Dovrebbe essere utilizzata	II-2 B
DRG	Dolore neuropatico	NAAC 2014	Dovrebbe essere sperimentata su aree localizzate di dolore neuropatico	II-1B
Tecnica	Indicazione	Revisione/docum ento valutazione (referenza)	Raccomandazioni/conclusioni	Forza/Livello evidenze
SCS	Dolore cronico di origine neuropatica <sup>12</sup>	TA159_2013	Raccomandata	N.A
PENS	Dolore neuropatico refrattario	IPG450_2013	Utilizzabile in contesto di stretto monitoraggio dell'attività o di ricerca	N.A

---

Trattamento del dolore cronico con terapie infiltrative

e tecniche interventistiche:

le valutazioni del Gruppo di lavoro regionale

---

Tecnica	Indicazione	Linea Guida (referenza)	Raccomandazione/Evidenze	Forza/Livello evidenze
CRF della branca mediale dei rami dorsali	Sindrome delle faccette articolari	DUTCH2016	Può essere utilizzata nella pratica clinica	Score I
		ASIPP2013		Buone evidenze a supporto dell'utilizzo
		APS2009		Evidenze insufficienti/I
	Dolore delle faccette cervicali	ASIPP2013		Evidenze esaustive a supporto dell'utilizzo
		ASA2010	Può essere utilizzata	A3
	Dolore articolare dalle faccette dorsali	ASIPP2013		Le evidenze a supporto dell'utilizzo sono limitate
Dolore articolare dalle faccette lombari	ASA2010	Dovrebbe essere utilizzata	A1	
CRF Ganglio della radice dorsale	Dolore radicolare lombare	ASA2010	Non deve essere utilizzata nella pratica clinica	C2

---

Trattamento del dolore cronico con terapie infiltrative  
e tecniche interventistiche:  
le valutazioni del Gruppo di lavoro regionale

---

Tecnica	Indicazione	Linea Guida (referenza)	Raccomandazione/Evidenze	Forza/Livello evidenze
CRF dei rami comunicanti	Dolore lombare discogenico	DUTCH2016	Può essere utilizzata nella pratica clinica	Score I
CRF Intradiscale		DUTCH2016	Non deve essere utilizzata nella pratica clinica	Score IV
CRF Denervazione	Dolore discogenico	APS2009		Evidenze insufficienti/I
CRF	Dolore articolazione sacro-iliaca	ASIPP2013		Le evidenze a supporto dell'utilizzo sono limitate
CRF e RF- raffreddata (cooled)	Dolore articolazione sacro-iliaca	DUTCH2016	Può essere utilizzata in ambito di monitoraggio dell'attività e studio  Fallimento del trattamento con corticosteroidi	Score III

Trattamento del dolore cronico con terapie infiltrative  
e tecniche interventistiche:

le valutazioni del Gruppo di lavoro regionale

Tecnica	Indicazione	Linea Guida (referenza)	Raccomandazione/Evidenze	Forza/Livello evidenze
CRF- raffreddata (cooled)		ASIPP2013		Evidenze esaustive a supporto dell'utilizzo
RF raffreddata (water-cooled)		ASA2010	Può essere utilizzata	A3
Crio- ablazione	Pazienti selezionati	ASA2010	Può essere utilizzata  (sindrome dolorosa post-chirurgica, lombalgia cronica e dolore nervi periferici)	B2
PRF	Sindrome delle faccette articolari	DUTCH2016	Non deve essere utilizzata nella pratica clinica	Score IV
		ASIPP2013		Le evidenze a supporto dell'utilizzo sono limitate
PRF	Dolore articolazione sacro-iliaca	ASIPP2013		Le evidenze a supporto dell'utilizzo sono limitate



---

 Trattamento del dolore cronico con terapie infiltrative

e tecniche interventistiche:

 le valutazioni del Gruppo di lavoro regionale
 

---

Tecnica	Indicazione	Revisione/documento valutazione (referenza)	Raccomandazioni/conclusioni	Forza/Livello evidenze
CRF	Dolore articolare dalle faccette lombari	COCHRANE2015	Gli autori non hanno trovato prove di alta qualità che suggeriscono che la denervazione RF fornisce sollievo dal dolore. Le attuali evidenze sulla denervazione RF risultano di qualità molto bassa-moderata. Per valutare gli effetti a lungo termine è necessario effettuare RCT di alta qualità su un grande numero di pazienti	N.A.
CRF/PRF gangliare dello sfenopalatino	Nevralgia erpetica trigeminale	HO2017		Le evidenze a supporto dell'utilizzo sono limitate/C (allegato1)

---

Trattamento del dolore cronico con terapie infiltrative  
e tecniche interventistiche:  
le valutazioni del Gruppo di lavoro regionale

---

Tecnica	Indicazione	Linea Guida (referenza)	Raccomandazione/Evidenze	Forza/Livello evidenze
Blocco della catena simpatica lombare	CRPS	ASA2010	può essere utilizzato	B2
Blocco della catena simpatica	Dolore neuropatico non-CRPS		non deve essere utilizzato nel trattamento a lungo termine	N.R
Blocco del ganglio stellato	CRPS		può essere utilizzato	B2
Tecnica	Indicazione	Revisione/documento valutazione (referenza)	Raccomandazioni/conclusioni	Forza/Livello evidenze
Blocco della catena simpatica lombare	Dolore neuropatico	COCHRANE2013	deve essere usato con cautela nella pratica clinica, in pazienti accuratamente selezionati, e probabilmente solo dopo il fallimento di altre opzioni di trattamento	Evidenze di qualità molto bassa
Blocco della catena simpatica lombare	CRPS		deve essere usato con cautela nella pratica clinica, in pazienti accuratamente selezionati, e probabilmente solo dopo il fallimento di altre opzioni di trattamento	Evidenze di qualità molto bassa

Trattamento del dolore cronico con terapie infiltrative  
e tecniche interventistiche:  
le valutazioni del Gruppo di lavoro regionale

Tecnica	Indicazione	Linea Guida ( <i>referenza</i> )	Raccomandazione/Evidenze	Forza/ livello evidenze
Blocco del Plesso Celiaco con anestetico locale	Dolore secondario alla pancreatite cronica	ASA2010	può essere utilizzato con o senza steroide	B2
Denervazione chimica della branca mediale	Dolore cronico		Può essere utilizzata	B2

Tecnica	Indicazione	Linea Guida ( <i>referenza</i> )	Raccomandazione/Evidenze	Forza/ livello evidenze
con alcool, fenolo o anestetici locali ad alta concentrazione				
Terapia intratecale con agenti neurolitici	Dolore cronico		non deve essere utilizzata	D

Tecnica	Indicazione	Linea Guida (referenza)	Raccomandazione/Evidenze	Forza/Livello evidenze
ITDD	Dolore cronico	BPS2015	La LG riporta sempre più evidenze sull'efficacia della tecnica di somministrazione intratecale (ITDD).	N.R
	Dolore cronico	PACC2016	Non raccomanda né sconsiglia l'utilizzo combinato con la neurostimolazione (moderato consenso degli esperti)	IIIC

Trattamento del dolore cronico con terapie infiltrative e tecniche interventistiche:  
le valutazioni del Gruppo di lavoro regionale

---

 Trattamento del dolore cronico con terapie infiltrative

e tecniche interventistiche:

 le valutazioni del Gruppo di lavoro regionale
 

---

Tecnica	Indicazione	Linea Guida (referenza)	Raccomandazione/Evidenze	Forza/Livello evidenze
	Dolore cronico	PACC2016	Può essere utilizzata solo dopo la neurostimolazione nei pazienti con dolore non diffuso (forte consenso degli esperti)	III-I
ITDD	Lombalgia cronica	APS2009		Evidenze scarse/I
ITDD con oppioidi	Dolore cronico	PACC2016	Raccomanda (forte consenso degli esperti)	IIIB
	Dolore neuropatico	ASA2010	Può essere utilizzata	B2
ITDD con ziconotide	Dolore cronico	PACC2016	raccomanda fortemente	IA
	dolore cronico refrattario	ASA2010	Può essere utilizzata in un gruppo selezionato di pazienti	C2
Tecnica	Indicazione	Revisione/documento valutazione (referenza)	Raccomandazioni/conclusioni	Forza/Livello evidenze
Sistema di somministrazione intratecale	Dolore cronico	HQO2016	Le evidenze che dimostrano che i pazienti con dolore cronico trattati con sistemi di somministrazione intratecale hanno avuto una significativa riduzione del dolore e del consumo di oppiacei sono di qualità molto bassa. Inoltre, non c'è stata differenza nella qualità della vita e del benessere rispetto ai pazienti che hanno ricevuto solo oppioidi orali o un programma di riabilitazione	



15 Articles in Volume 21, Issue #4

## Perspective: It's Time to Advocate for Early Interventional Pain Management

*The author proposes confronting the convergence of 3 crises - opioids, COVID-19, and a lack of awareness about non-pharmacological treatment options for chronic pain - with early and increased use of interventional medicine.*

By [Nilesh Kumar Patel, MD, MBA](#)

Sostenere i pazienti “in balia delle 3 crisi sovrapposte”

I fornitori di cure primarie devono fare i primi riferimenti per una cura completa del dolore

Utilizzare la sanità digitale e la telemedicina

Creare un cambiamento duraturo nella gestione del dolore

## CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

- Prioritario un forte impegno formativo in ambito ospedaliero e territoriale per migliorare la diffusione delle conoscenze sul dolore e le differenti modalità di trattamento
- Indispensabile l'integrazione delle differenti strutture della rete al fine di utilizzare e valorizzare le risorse disponibili
- alla base dello sviluppo regionale della rete della Terapia del Dolore ci sia un sistema assistenziale e di tutela che sia identificabile e ben definibile
- La possibilità di adeguare le reti locali ed aziendali della Terapia del Dolore secondo una più attuale linea di sviluppo

