

Elaborare /sviluppare un piano integrato di cura del dolore

- **Ian Gilron, MD, MSc, FRCPC**, Director of Clinical Pain Research, Queen's University, Canada
- **Fiona Blyth, PhD**, Faculty of Medicine and Health, University of Sydney, Australia
- **Tory Madden, PhD**, Department of Anaesthesia and Perioperative Medicine, University of Cape Town, South Africa
- **Nantthasorn Zinboonyahgoon, MD**, Department of Anesthesiology Siriraj Hospital, Thailand and
Saurab Sharma, PhD, Centre for Pain IMPACT, Faculty of Medicine and Health, University of New South Wales, Neuroscience Research Australia, Sydney

Che cos'è un piano di cura del dolore integrato?

Lo sviluppo di un piano di assistenza al dolore avviene nell'ambito di un modello di assistenza concordato, specifico di un particolare sistema sanitario o servizio sanitario. I piani di assistenza al dolore sono piani di trattamento individualizzati e incentrati sulla persona, basati su di una valutazione bio-psico-sociale del dolore, dell'impatto del dolore e dei fattori che vi contribuiscono, e tengono conto anche delle preferenze e delle risorse dell'individuo. Il piano deve includere gli obiettivi/risultati che la persona da trattare ha identificato come importanti per sé e che ha concordato con il suo medico. I risultati della valutazione clinica devono essere sintetizzati in una formulazione del caso e confermati come accurati dal paziente in cura. Nel piano di cura, il medico curante deve identificare quali aspetti (per esempio, l'esperienza del dolore, l'umore, il livello di attività e il sonno) saranno presi in considerazione dai diversi interventi e pianificare il modo in cui questi saranno sequenziati e forniti. Il medico deve saper spiegare il piano di cura, per assicurarsi che ci sia una comprensione condivisa di ciò che accadrà e dei rispettivi ruoli, del paziente e del curante, nell'attuazione del

piano. I piani di cura del dolore si basano idealmente su di un approccio interdisciplinare allineato alla formulazione del caso specifico. Il fulcro di un trattamento interdisciplinare è costituito da un'équipe multidisciplinare che metta in atto un approccio concordato su diagnosi, obiettivi e piani di trattamento che includono follow-up e revisione. Come descritto nella Scheda informativa 1, la cura integrata del dolore è definita come l'integrazione attentamente pianificata di più trattamenti basati su prove di efficacia, offerti a un individuo che soffre di dolore, cura che cerca di essere individualizzata ("centrata sulla persona"), basata sul meccanismo patogenetico e coordinata nel tempo. Inoltre, le cure integrate possono combinare strategie di trattamento provenienti da diverse aree della medicina complementare/alternativa, della medicina tradizionale o di entrambe. La combinazione di qualsiasi intervento - sia che si tratti di combinare approcci convenzionali con altri approcci o meno - richiede una collaborazione coordinata tra gli operatori e la persona con dolore.

Che cos'è un modello di cura?

Come già sottolineato, lo sviluppo e l'erogazione di

piani di cura integrati del dolore avviene in modo ottimale all'interno di un modello di cura pianificato e inserito in un contesto sanitario. Un modello di cura è stato definito come un quadro di riferimento specifico (setting) basato sull'evidenza, che stabilisce quali cure dovrebbero essere ricevute e come dovrebbero essere erogate all'interno di quella struttura, con localizzazioni e adattamenti basati sulle risorse locali, sulle infrastrutture e sulle esigenze della popolazione (Speerin et al, 2020).

Il modello di cura dovrebbe anche includere delineare e accordarsi sui ruoli e sulle responsabilità del paziente e di chi gli presta assistenza sanitaria.

Nella pratica, sono molti i contesti sanitari in cui l'assistenza integrata viene attualmente erogata in assenza di un modello di cura coerente. Esistono variazioni significative, anche tra i Paesi ad alto reddito, nel livello in cui i modelli di cura interdisciplinari sono resi possibili grazie alla presenza di team multidisciplinari. In altre parole, la sola presenza di un'équipe multidisciplinare non garantisce che l'assistenza venga fornita in modo interdisciplinare. Tale assistenza richiede un'attenta pianificazione e una regolare comunicazione all'interno dell'équipe curante.

Quali sono i vantaggi dell'utilizzo di piani di cura del dolore integrati?

Un modello di cura che integra diversi interventi/approcci aumenta le potenzialità di intervento sulle varie manifestazioni di dolore e sui fattori di mantenimento delle condizioni cliniche. Inoltre, è più probabile che il piano di cura corrisponda alle preferenze e agli obiettivi di ogni persona. Un ulteriore vantaggio è che l'attuazione di interventi mirati e combinati riduce al minimo la ridondanza e massimizza le possibilità di sinergie terapeutiche.

Ciò è particolarmente importante in contesti in cui le risorse sono limitate (ad esempio, nazioni a basso e medio reddito) e in cui i benefici potrebbero essere massimizzati attraverso una combinazione delle risorse disponibili per la gestione del dolore (ad esempio,

farmaci a prezzi accessibili con semplici strategie di educazione e terapia fisica).

Quali sono le sfide per l'inclusione di un approccio integrato in un piano di cura del dolore?

Oltre alle sfide identificate nella scheda 1, possono esserci vincoli legati al sistema sanitario, come le restrizioni sui finanziamenti (per esempio per due o più professionisti sanitari che trattano lo stesso paziente contemporaneamente o come parte di un'équipe consolidata) o la mancanza di accordo sulle relative responsabilità tra i diversi operatori sanitari. Queste sfide sono comuni a livello mondiale, ma più pronunciate nelle zone a basso livello socioeconomico con una forza lavoro sanitaria qualificata limitata (Sharma et al, 2019). Anche le aspettative dei pazienti possono rivelarsi un ostacolo, per esempio quando c'è una discrepanza tra l'aspettativa di cure e le cure ricevute, o quando i pazienti non sono stati coinvolti attivamente e non hanno compreso il modello di cura attuato attraverso il loro piano di cura del dolore.

Gli operatori sanitari esperti nel trattamento del dolore, e in particolare quelli con una duplice esperienza nel campo del dolore e delle cure integrate, potrebbero non essere disponibili in alcuni contesti (ad esempio, nei Paesi a basso e medio reddito e nelle zone rurali e a basso livello socioeconomico dei Paesi ad alto reddito). Saranno necessarie soluzioni innovative per fornire un'assistenza al dolore di alto valore, ad esempio la co-progettazione degli interventi con gli utenti finali (sia medici che pazienti). Quando non sono disponibili medici specialisti in Medicina del Dolore, soprattutto nelle aree rurali, può essere utile la formazione trasversale degli operatori. Per esempio, si potrebbero formare gli operatori sanitari di comunità o gli assistenti sanitari a fornire esercizi o cure che promuovano l'autogestione e formare gli operatori sanitari ausiliari a includere principi di cambiamento del comportamento nel loro trattamento. In molti contesti rurali, dove i medici di base sono

disponibili raramente, questi approcci interprofessionali dovrebbero essere un campo prioritario di ricerca e valutazione.

Sintesi e conclusioni

La cura integrata del dolore è necessaria per affrontare gli ambiti biologici, psicologici e sociali del dolore. Possono essere necessari adattamenti locali per venire incontro alle esigenze dei sistemi sanitari e alle risorse disponibili. I successi ottenuti in un Paese possono essere sperimentati in un altro, dove i siste-

mi sanitari e i valori culturali sono simili (Cardosa et al, 2012).

Bibliografia

1. Cardosa M, Osman ZJ, Nicholas MK, Tonkin L, Williams A, Aziz KA, Ali RM, Dahari NM. Self-management of chronic pain in Malaysian patients: effectiveness trial with 1-year follow-up. *Translational Behavioral Medicine* 2012; 2 (1):30-37
2. Sharma S, Blyth FM, Mishra SR, Briggs AM. Health system strengthening is needed to respond to the burden of pain in low- and middle-income countries and to support healthy ageing. *J Glob health* 2019; (2): 020317.
3. Speerin R, Needs C, Chua J, Woodhouse LJ, Nordin M, McGlasson R, Briggs AM. Implementing models of care for musculoskeletal conditions in health systems to support value-based care. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2020; 34 (5): 10154.