



A quasi 10 anni dalla Legge 38/2010:

stato dell'arte della rete assistenziale
del dolore cronico non oncologico
nella Regione Lazio

Roma, 7 dicembre 2018

Polo Didattico
Piazza Oderico da Pordenone 3

Il consumo di farmaci antidolorifici nella Regione Lazio vs Italia

Marzia Mensurati

Analisi del contesto: dati anno 2009

- ✓ **¼ soffre di dolore cronico;**
- ✓ **tempo medio 7 anni**
- ✓ **ospedale vi è una sottostima (21%) del dolore, direttamente proporzionale all'intensità del dolore**
- ✓ **prevalenza di sottotrattamento del dolore nel paziente oncologico è del 25%, con picchi del 55% in alcuni gruppi**

Analisi del contesto: dati anno 2009

- ✓ **Prescrizione di 22 milioni di dosi di morfina, la terapia per trattare ad hoc 60.000 malati terminali rispetto ai 160.000 i pazienti oncologici che necessiterebbero un intervento antidolore;**
- ✓ **i malati terminali in Italia che ogni anno necessitano di cure palliative sono 250.000, 160 mila sono oncologici e 90 mila con altre patologie: patologie cardiache, respiratorie, neurologiche e infettive**
- ✓ **Il sistema di cure palliative prende in carico circa il 40% dei malati oncologici e meno dell'1% di quelli non oncologici**
- ✓ **10-15 milioni di Italiani che soffrono di dolore cronico non causato da tumori**

Analisi del contesto: dati anno 2009

- ✓ **l'Italia è il Paese europeo con il maggiore ricorso ai FANS, come percentuale rispetto al totale degli analgesici impiegati³**
- ✓ **Un'analisi dei consumi di farmaci per il trattamento del dolore nella regione Veneto nel 2006 mostra come il ricorso agli oppioidi sia nettamente inferiore rispetto al consumo dei FANS non solo a livello territoriale (1,5 rispetto a 18,0 DDD/1000 abitanti al giorno), ma anche a livello ospedaliero (13,0 rispetto a 51,6 DDD/100 giorni di degenza)**
- ✓ **la prevalenza di pazienti anziani dimessi dall'ospedale con una prescrizione di oppioidi sia solo leggermente superiore a quella dei pazienti in ingresso, con un lieve incremento nell'ultimo dei tre periodi considerati: 5,8% rispetto a 3,8% nel 2008, 5,3% rispetto a 3,6% nel 2010 e 6,6% rispetto a 4,1% nel 2012**
- ✓ **Gli autori dello studio fanno anche notare come la maggioranza delle prescrizioni riguardino codeina e tramadolo e che il 58% dei pazienti con dolore significativo vengono dimessi senza alcuna prescrizione di analgesici**

3 J Pain Palliat Care Pharmacother 2011;25:6-18. CDI

4 Libro bianco sul dolore cronico in Italia, Health Publishing & Services, 2014:25-43. CDI NS

Analisi del contesto: evoluzione tend 2009-2013

- ✓ nel 2006 l'uso di oppioidi in Italia è stato inferiore ai 5 mg pro capite, al di sotto sia della media europea (12,6 mg pro capite) sia di quella mondiale (6,0 mg pro capite)¹
- ✓ l'Italia è tra i Paesi del mondo con un basso (inadeguato) consumo di analgesici oppioidi, almeno 5 volte inferiore rispetto al consumo necessario a trattare il dolore cronico da tumore e HIV/AIDS o quello acuto non oncologico²
- ✓ I dati europei IMS del 2013, pur in un quadro di aumento generale in Europa del consumo di oppioidi (+9% rispetto al 2009), vedono comunque l'Italia tra i Paesi con la minore attenzione per il problema dolore in generale e con il minore utilizzo di oppioidi in particolare.
- ✓ Nel 2013 l'Italia si posiziona ultima, tra i Paesi top 5 dell'UE, a livello di consumi di oppioidi in termini di unità standard (SU), con un consumo di 397 milioni di SU rispetto a 5,58 miliardi di SU nel Regno Unito, 2,4 miliardi di SU in Francia, 1,16 miliardi di SU in Germania e 761 milioni di SU in Spagna

1 Quaderni di Farmacoeconomia 2007;2:7-13. CDI NS

2 Ann Oncol 2009;20:961-70. CDI NS

Rapporto Ministero della salute - attuazione legge n.38 anno 2015



Ministero della Salute

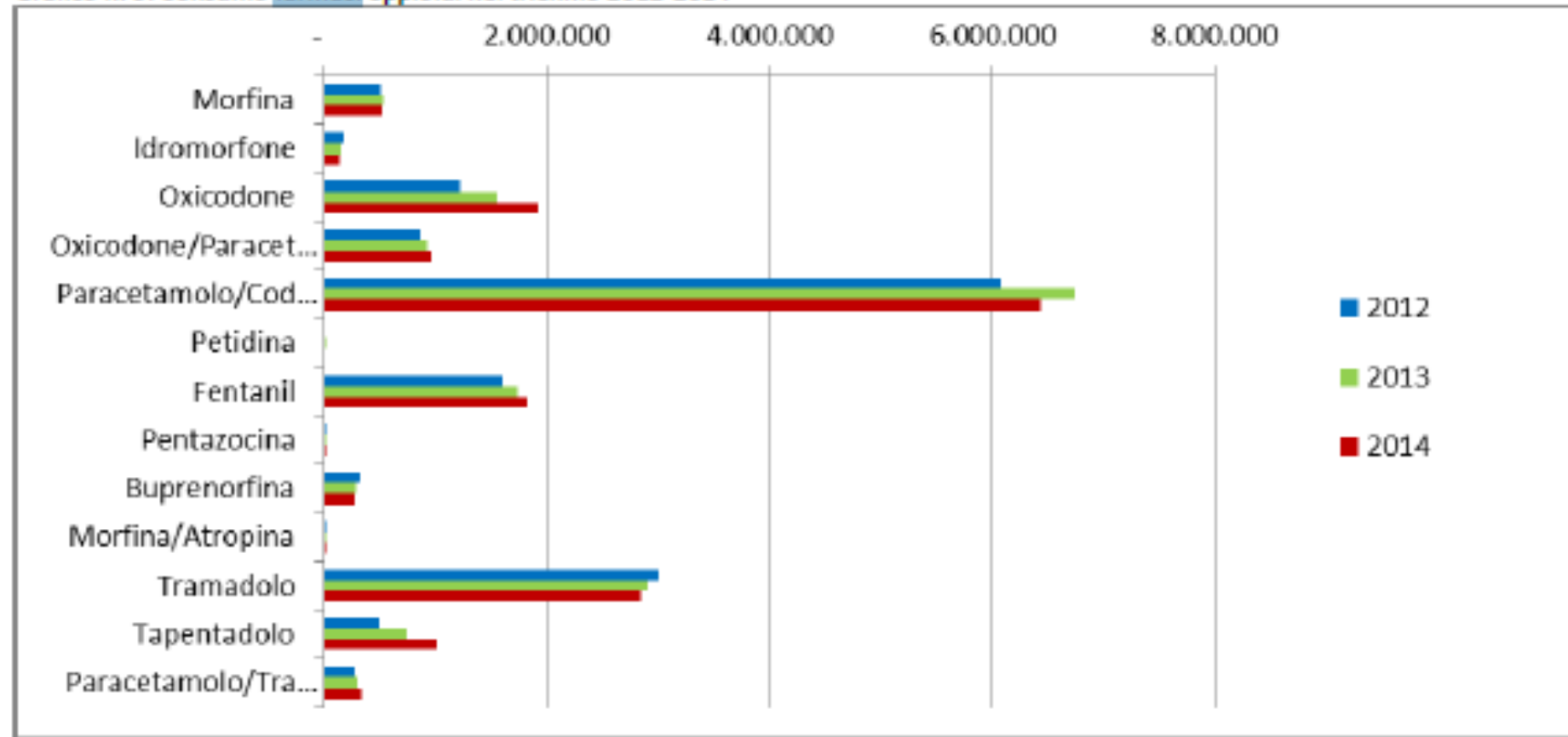
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

Rapporto al Parlamento
sullo stato di attuazione
della Legge n. 38 del 15 marzo 2010

"Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e
alla terapia del dolore"

ANNO 2015

Grafico n. 9. Consumo farmaci oppioidi nel triennio 2012-2014



Rapporto Ministero della salute attuazione legge n.38 anno 2015



Ministero della Salute

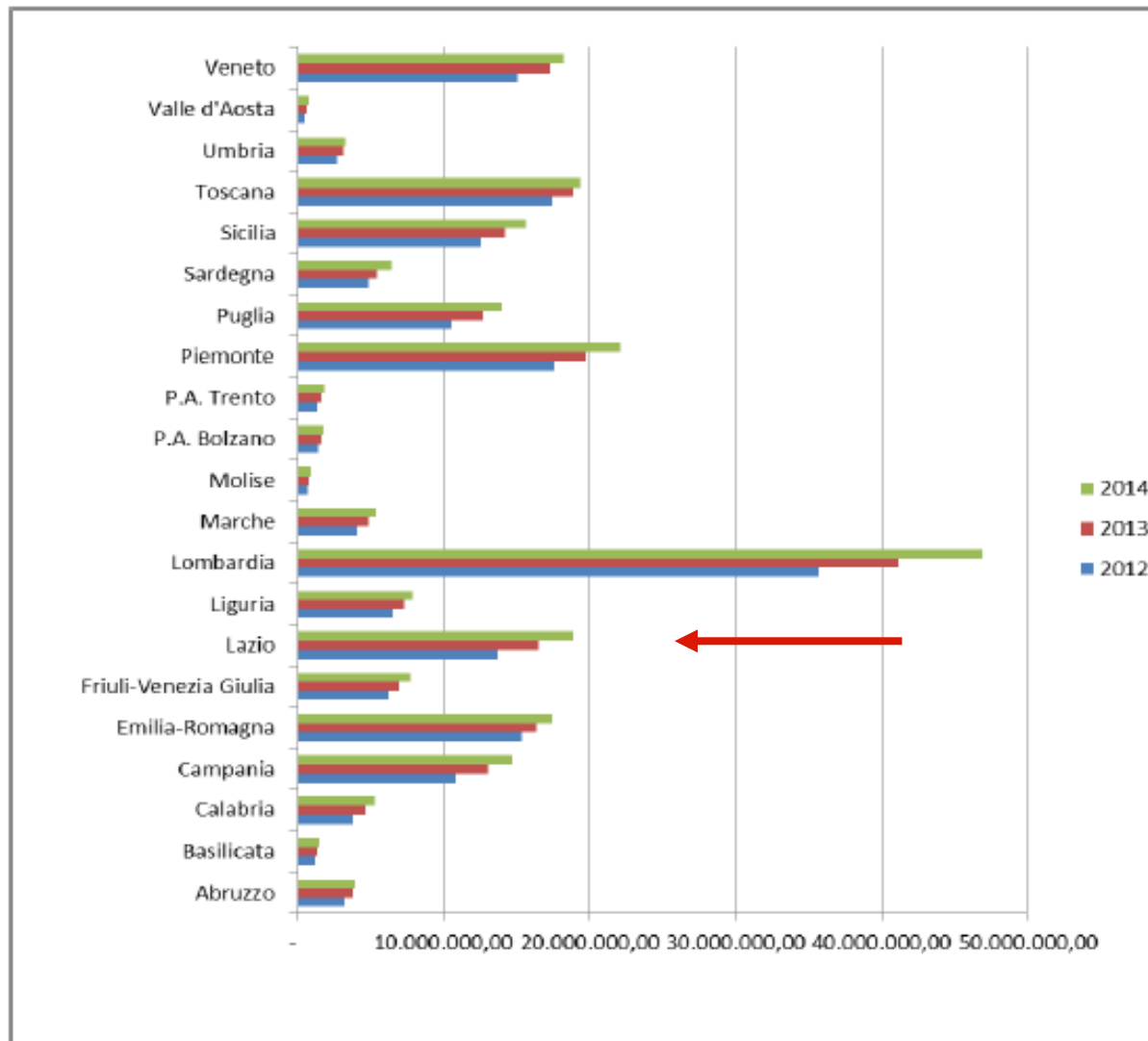
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

Rapporto al Parlamento
sullo stato di attuazione
della Legge n. 38 del 15 marzo 2010

"Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e
alla terapia del dolore"

ANNO 2015

Grafico n. 10. Rappresentazione della spesa regionale per farmaci oppioidi triennio 2012-2014



Terapia con oppioidi: il giusto equilibrio

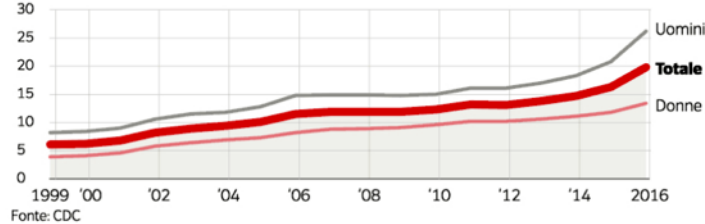
- ✓ In Italia non si risponde ancora in maniera adeguata ai reali bisogni dei malati con dolore. Il timore di abuso, dipendenza e addiction sono tra i motivi principali per cui alcuni Paesi, tra cui l'Italia, limitano l'accesso agli analgesici oppioidi
- ✓ Stati Uniti e Canada hanno tra i più alti livelli di prescrizione di oppioidi al mondo accompagnati, però, anche da gravi eventi avversi, quali misuse, abuso e dipendenza.
- ✓ Da una recente ricerca statunitense è emerso che la prescrizione di oppioidi ha visto un aumento nel periodo 2002-2010 per poi assestarsi dal 2011 al 2013 e che la mortalità associata a questa classe di farmaci ha avuto un andamento quasi parallelo⁵

Cosa succede in America- l'utilizzo terapeutico

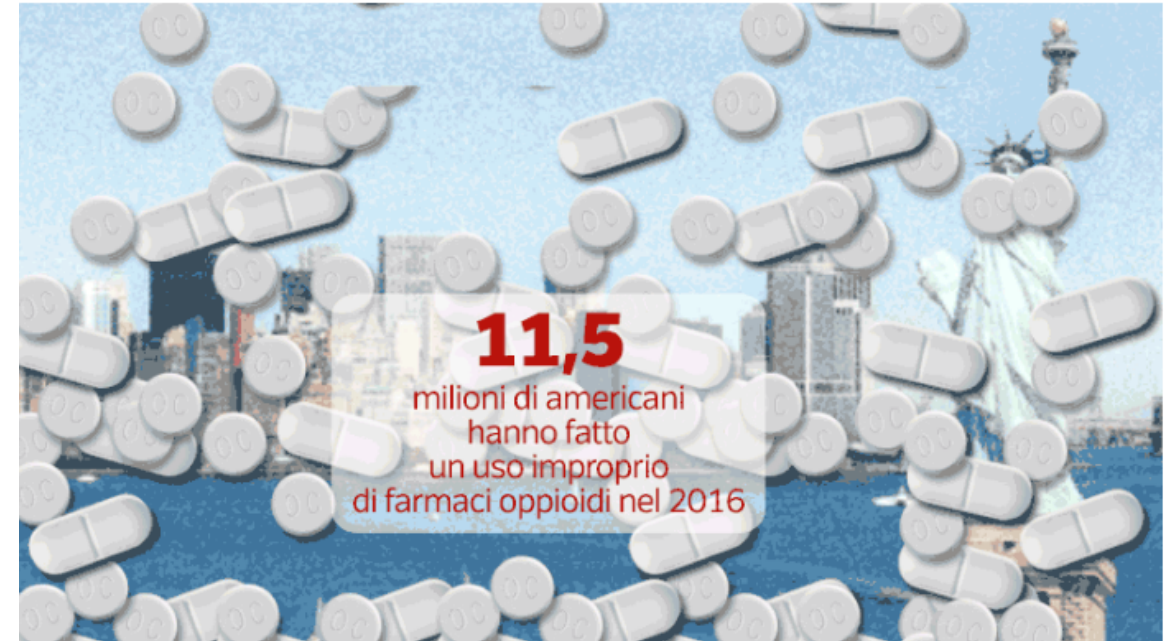
Il numero di decessi per overdose nel 2016 dovute a eroina o oppioidi



Tasso di mortalità per overdose negli Usa, 1999-2016
(numero di morti per 100 mila abitanti)

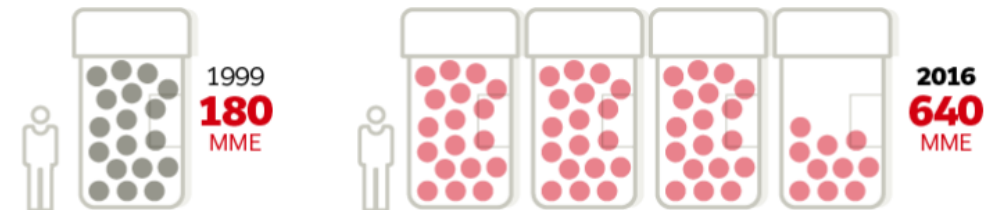


Nel 2016 i morti per overdose di oppiacei negli Stati Uniti sono stati 42mila (su 64mila deceduti totali per abuso di droghe): 115 al giorno, uno ogni 12 minuti. Numeri che dal 2000 al 2015 si sono quadruplicati e che vanno di pari passo con quelli delle prescrizioni di antidolorifici oppiacei, che contengono cioè principi attivi derivati dell'oppio (come l'eroina). Nel ventennio dal 1991 al 2011, le ricette di questo tipo di medicinali sono passate da 76 a 219 milioni. In cima alla lista c'è il fentanyl, farmaco circa cento volte più forte della morfina, ma altrettanto pericolosi sono l'idrocodone (Vicodin) e l'ossicodone (OxyContin, Percocet, Percodan, Tylox). Il problema è che questi antidolorifici provocano dipendenza, proprio a causa del fatto che contengono oppioidi.



Il dosaggio

Quantità annua di oppioidi prescritti per persona in MME (equivalente di un milligrammo di morfina)



Fonte: CDC

Trattamento del dolore cronico non oncologico

Di seguito un sommario delle 12 raccomandazioni elencate nelle linee guida dei Cdc:

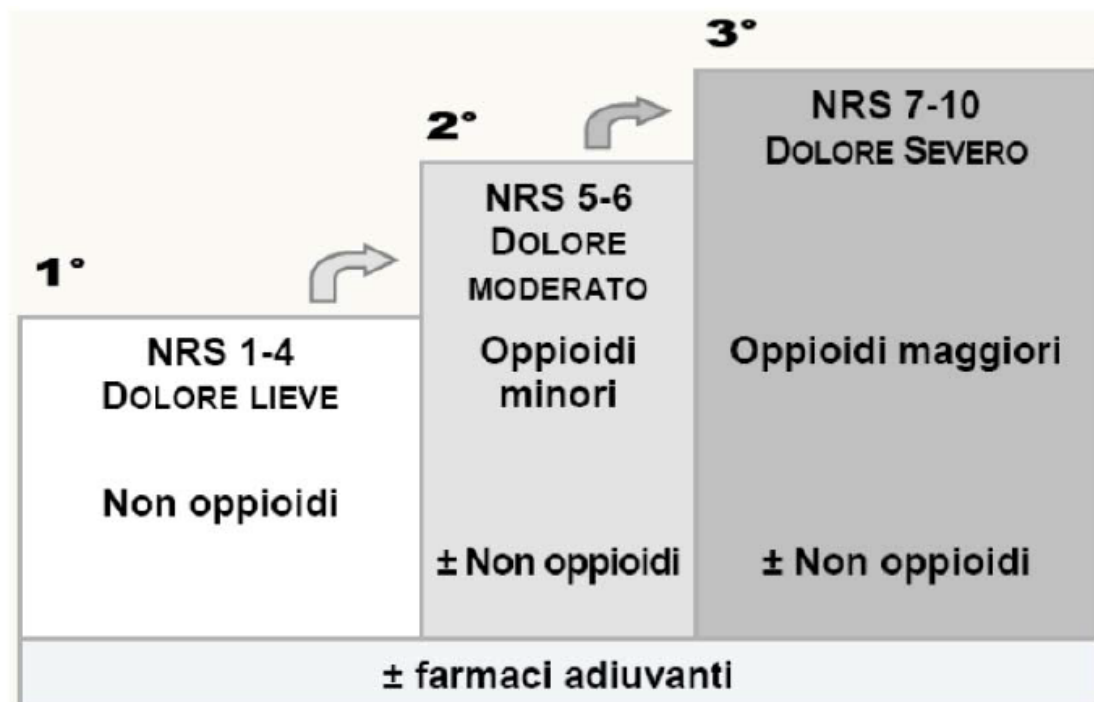
1. una terapia non farmacologica e una terapia farmacologica non oppiacea è da preferire nel trattamento del dolore cronico
2. prima di iniziare una terapia per il dolore cronico con oppiacei, i medici dovrebbero stabilire degli obiettivi di trattamento con i pazienti
3. prima e durante una terapia con oppiacei, i medici dovrebbero discutere con i pazienti i rischi e i benefici associati alla terapia con tali farmaci
4. quando si decide di iniziare una terapia con farmaci oppiacei, i medici dovrebbero prescrivere formulazioni a rilascio immediato
5. quando si decide di cominciare una terapia con farmaci oppiacei, i medici dovrebbero prescrivere la dose minima efficace
6. quando gli oppiacei sono usati per trattare un dolore acuto, i medici dovrebbero prescrivere la dose minima efficace per la durata prevista della sintomatologia dolorosa (spesso 3 giorni, o meno)
7. i medici dovrebbero valutare con i pazienti i benefici e i danni dopo 1-4 settimane dall'inizio della terapia o dall'aumento della dose, in caso di una terapia prolungata ogni tre mesi o più frequentemente
8. prima e durante la terapia con oppiacei, i medici dovrebbero valutare per ogni paziente i fattori di rischio per i potenziali danni associati
9. i medici dovrebbero esaminare la cronologia delle prescrizioni per determinare se il paziente sta ricevendo un dosaggio o una combinazione di oppiacei ad alto rischio di overdose
10. prima dell'inizio della terapia, e almeno una volta all'anno durante la terapia i medici dovrebbero sottoporre il paziente a un test tossicologico delle urine per analizzare i farmaci prescritti, altri farmaci ed eventuale assunzione di droghe
11. i medici dovrebbero evitare di prescrivere contemporaneamente analgesici oppiacei e benzodiazepine
12. i medici dovrebbero fornire ai pazienti con disturbo da uso di oppiacei un trattamento basato sull'evidenza clinica.



Tipo di dolore non oncologico ed intensità driver di scelta

TIPO DI DOLORE	ORIGINE	DESCRIZIONE	1° SCELTA	2° SCELTA	3° SCELTA	ALTRE TERAPIE
NOCICETTIVO	Cute Sottocute Mucose	Urente Ben localizzato	Paracetamolo FANS	Anestetici Locali Topici	OPPIACEI	Caldo, freddo Radioterapia TENS
SOMATICO PROFONDO	Ossa Articolazioni Legamenti Capsule Org. Membrane mesoteliali	Sordo Incidente Ben localizzato Anche riferito	Paracetamolo FANS	OPPIACEI	Anestetici Locali/ Oppiacei In Epidurale	Immobilizzaz. Caldo Radioterapia
VISCERALE	Organi Masse neoplastiche profonde	Sordo Profondo Non localizzato Disturbi Neuro-vegetativi	OPPIACEI	Anti-spastici	Anestetici Locali/ Oppiacei In Epidurale	Compressione Caldo
NEUROPATICO MISTO	Invasione Compressione Vie nervose	Disestesia Formicolio Allodinia Continuo Lancinante	Anestetici Locali In Epidurale/ Perinervosi	Anti-depressivi Anti-convulsivanti	OPPIACEI	
NEUROPATICO PURO	Lesione a vari livelli fino alla Deafferentazione	Come misto Anestesia dolorosa	Anti-depressivi Anti-convulsivanti	Anestetici Locali e Capsaicina Topici (HZ)	OPPIACEI	TENS Tecniche di neuro-modulazione

Scegliere il trattamento appropriato sulla base del tipo di dolore e della sua intensità secondo la scala a tre gradini OMS



Vista l'assenza di prove definitive in relazione a tossicità e abuso:

- ✓ Tutti i pazienti con dolore moderato-severo, con esiti negativi sul grado di autonomia sulla qualità di vita, devono essere valutati per una terapia con oppioidi;
- ✓ Tutti i pazienti trattati con oppioidi devono essere periodicamente e attentamente monitorati per i potenziali effetti collaterali, l'efficacia della terapia e la corretta compliance alla cura;
- ✓ In caso di trattamento cronico con oppioidi a lunga durata di azione, il dolore episodico intenso va tempestivamente identificato, prevenuto e trattato con oppioidi ad azione rapida.

La scala a tre gradini nella versione originale OMS del 1996 è stata proposta come supporto al trattamento farmacologico del dolore in ambito oncologico.

Numerosi Studi clinici, seppure con notevoli limiti metodologici, hanno dimostrato l'appropriatezza dell'uso degli oppiacei anche nel trattamento del dolore cronico non oncologico estendendo anche a questo ambito l'utilizzo della scala a tre gradini.

L'approccio a tre gradini andrebbe inserito in una strategia complessiva multimodale che comprenda anche terapie non farmacologiche, invasive, fisioterapiche e psico-sociali)

Ad oggi, in mancanza di approcci nuovi e alternativi, questo strumento resta lo standard di riferimento della strategia farmacologica del dolore cronico.

A cosa deve tendere il sistema

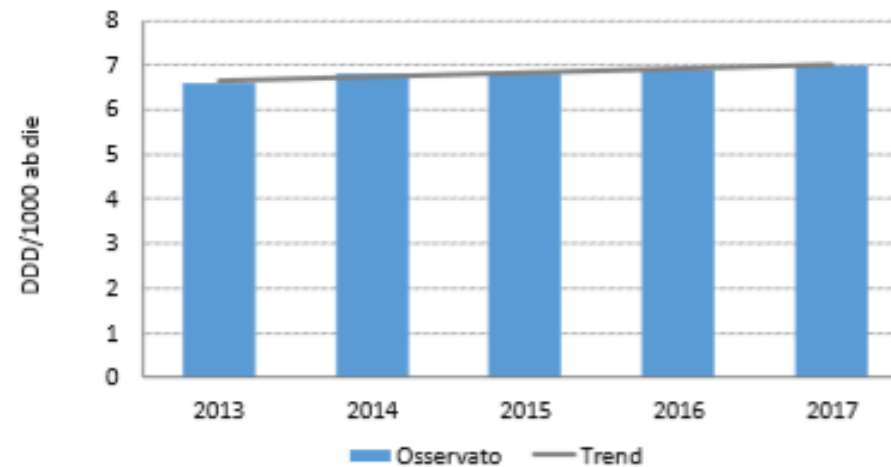
- Il sistema di clinical governance deve garantire l'innalzamento della soglia di attenzione degli operatori verso l'uso dei farmaci oppioidi, in particolar modo verso la cura del dolore grave, un campo in cui il nostro Paese registra ancora un pesante ritardo
- Questo aumento di prescrizioni deve, ovviamente, avvenire seguendo le raccomandazioni pubblicate in letteratura per prevenire l'epidemia di abuso prescrittivo evidenziato in altri paesi, in particolare negli Stati Uniti ⁷

Dati rapporto Osmed 2017

Terapia del dolore

(include la prescrizione di pregabalin e gabapentin per tutte le indicazioni autorizzate)

Figura 3.2.17a. Terapia del dolore, andamento temporale del consumo (2013-2017)



Dati rapporto Osmed 2017

Tabella 3.2.17b. Terapia del dolore, andamento regionale delle DDD/1000 abitanti die: confronto 2013-2017

Regione	2013	2014	2015	2016	2017	Δ % 17-16
Piemonte	8,2	8,4	8,3	8,4	8,8	4,4
Valle d'Aosta	9,1	9,3	9,3	9,0	9,0	0,4
Lombardia	7,3	7,6	7,8	8,0	8,0	-0,3
PA Bolzano	7,0	7,1	7,2	7,4	7,5	1,7
PA Trento	6,9	7,0	7,2	7,3	7,4	1,1
Veneto	6,6	6,8	6,7	6,8	7,0	1,9
Friuli VG	8,8	9,1	9,3	9,6	9,8	1,3
Liguria	8,1	8,2	8,3	8,2	8,4	3,0
Emilia R.	8,4	8,5	8,5	8,6	8,7	1,1
Toscana	8,5	9,1	9,0	8,8	8,5	-4,2
Umbria	6,4	6,5	6,6	6,8	6,9	2,2
Marche	6,2	6,3	6,3	6,3	6,3	0,5
Lazio	6,2	6,3	6,4	6,4	6,6	3,0
Abruzzo	5,4	5,4	5,4	5,5	5,6	1,3
Molise	4,6	4,8	4,9	5,1	5,0	-2,6
Campania	4,1	4,4	4,4	4,4	4,5	1,1
Puglia	5,5	5,6	5,6	5,7	5,7	1,3
Basilicata	4,9	4,9	4,9	4,8	4,9	1,8
Calabria	4,5	4,7	4,7	4,8	4,9	0,5
Sicilia	5,1	5,0	5,0	5,1	5,2	1,5
Sardegna	6,4	6,7	6,8	6,8	7,0	2,4
Italia	6,6	6,8	6,8	6,9	7,0	1,0

Dati rapporto Osmed 2017

Tabella 3.2.17c. Terapia del dolore, prescrizione per categoria terapeutica e per sostanza nel 2017

Sottogruppi e sostanze	Spesa pro capite	Δ % 17-16	DDD/1000 ab die	Δ % 17-16
Oppioidi maggiori	3,91	8,2	2,1	3,9
Dolore neuropatico	2,11	-19,8	2,4	4,0
Oppioidi minori/oppioidi in associazione	0,98	-3,9	2,4	-4,0
Terapia del dolore	7,00	-3,6	7,0	1,0
pregabalin	1,78	-22,7	1,9	4,8
fentanil	1,29	5,0	0,6	2,8
naloxone/ossicodone	1,12	9,9	0,4	10,9
tapentadol	1,07	17,0	0,5	17,5
paracetamolo/codeina	0,36	-6,0	1,3	-4,6
gabapentin	0,32	1,3	0,5	1,2
tramadolo	0,30	-4,8	0,7	-4,6
oxicodone/paracetamolo	0,25	-1,0	0,3	-0,7
oxicodone	0,15	-7,4	0,1	-1,5
buprenorfina	0,11	-2,6	0,1	-2,0

* include la prescrizione di pregabalin e gabapentin per tutte le indicazioni autorizzate

Dati rapporto Osmed 2017

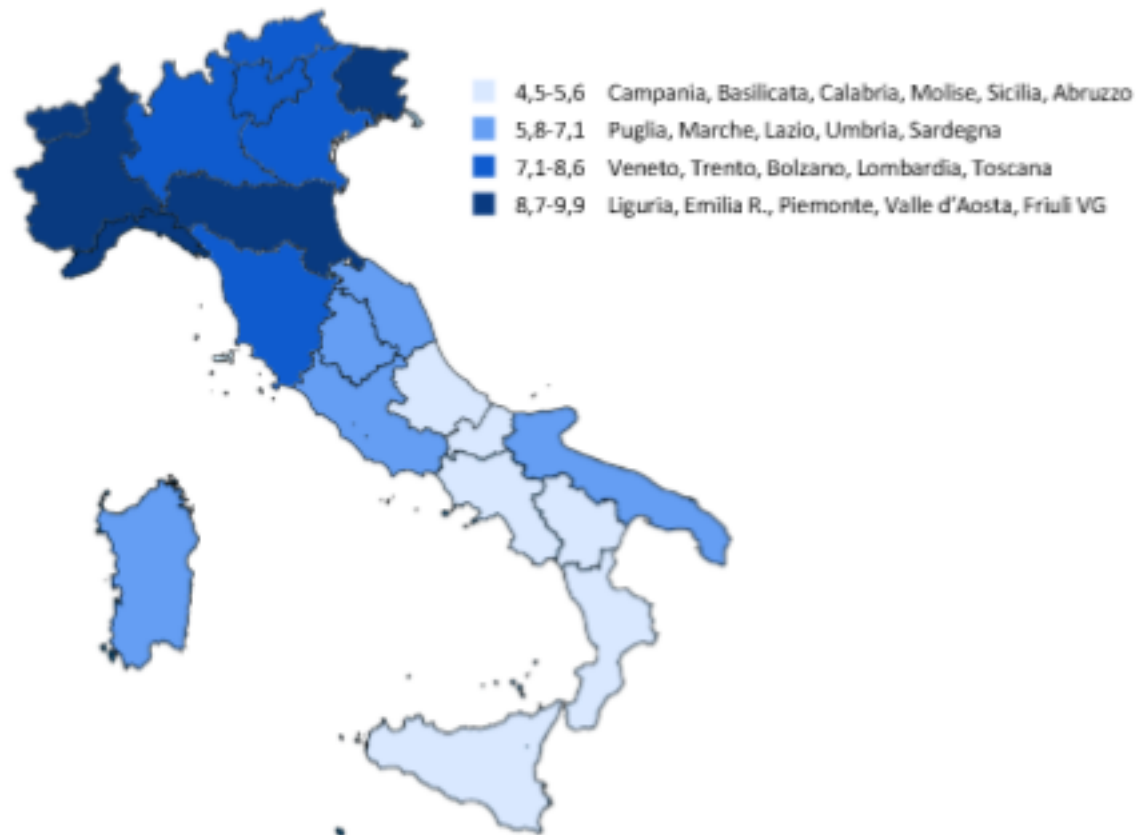
Tabella 3.2.17d. Terapia del dolore, prescrizione di farmaci a brevetto scaduto* nel 2017

Categorie	Spesa pro capite	%	Δ % 17-16	DDD/1000 ab die	%	Δ % 17-16	Costo medio DDD
Brevetto scaduto	2,41	34,4	-18,1	3,6	52,0	1,5	1,81
Equivalenti	0,43	17,7	20,6	0,8	21,4	-73,7	1,50
Ex originator	1,98	82,3	-23,4	2,9	78,6	-3,5	1,90
Coperti da brevetto	4,59	65,6	6,3	3,4	48,0	0,5	3,74
Terapia del dolore	7,00	100,0	-3,6	7,0	100,0	1,0	2,74

* sono state utilizzate le liste di trasparenza mensili pubblicate dall'Agenzia Italiana del Farmaco nel 2017

Dati rapporto Osmed 2017

Figura 3.2.17b. Terapia del **dolore**, distribuzione in quartili del consumo 2017 (DDD/1000 ab die pesate)



Dati rapporto Osmed 2017

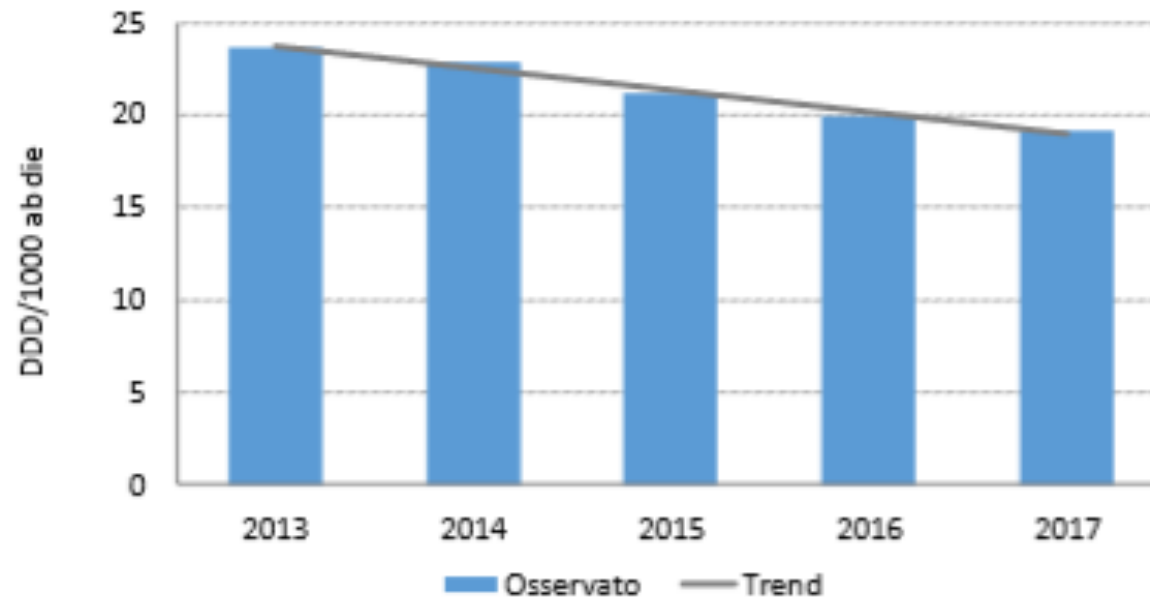
Figura 3.2.17c. Terapia del dolore, variabilità regionale dei consumi farmaceutici 2017 per quantità e spesa pro capite e variazione rispetto all'anno precedente (valori standardizzati rispetto alla media nazionale)



Dati rapporto Osmed 2017

Farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS)

Figura 3.2.23a. Farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), andamento temporale del consumo (2013-2017)



Dati rapporto Osmed 2017

Tabella 3.2.23a. Farmaci **antinfiammatori** non steroidei (FANS), (DDD/1000 ab die) per categoria terapeutica e per sostanza: confronto 2013-2017

Sottogruppi e sostanze	2013	2014	2015	2016	2017	Δ % 17-16
FANS tradizionali	15,0	14,6	13,7	13,0	12,6	-2,6
Coxib	4,9	4,7	4,4	4,1	3,8	-7,0
Nimesulide	3,1	2,9	2,6	2,3	2,2	-5,1
Ketorolac	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	2,2
FANS	23,7	22,9	21,2	19,9	19,2	-3,7
etoricoxib	3,7	3,8	3,5	3,2	3,0	-6,4
diclofenac	4,3	4,2	4,0	4,0	4,1	3,3
ketoprofene	4,4	4,3	4,0	3,7	3,5	-4,6
ibuprofene	2,2	2,2	2,2	2,1	2,0	-1,7
nimesulide	3,1	2,9	2,6	2,3	2,2	-5,1
celecoxib	1,2	1,0	0,9	0,9	0,8	-9,1
ketorolac	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	2,2
aceclofenac	0,8	0,8	0,6	0,6	0,5	-9,1
piroxicam	0,7	0,7	0,6	0,5	0,5	-6,8
dexibuprofene	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	-8,7

Dati rapporto Osmed 2017

Tabella 3.2.23b. Farmaci **antinfiammatori** non steroidei (FANS), andamento regionale delle DDD/1000 abitanti die pesate: confronto 2013-2017

Regione	2013	2014	2015	2016	2017	Δ %17-16
Piemonte	19,3	18,3	16,8	15,9	15,4	-3,0
Valle d'Aosta	22,8	22,3	20,9	18,3	17,3	-5,3
Lombardia	13,6	13,4	12,9	12,4	11,9	-3,4
PA Bolzano	18,0	17,4	16,1	15,6	14,3	-8,6
PA Trento	16,6	16,6	16,0	15,9	15,8	-0,5
Veneto	17,2	16,1	14,7	13,8	12,9	-6,6
Friuli VG	21,7	21,1	20,1	19,6	18,9	-3,6
Liguria	17,4	16,1	14,6	13,8	13,6	-2,0
Emilia R.	14,8	14,0	12,8	11,9	11,4	-4,0
Toscana	19,2	18,3	16,8	16,1	15,5	-3,5
Umbria	18,7	17,2	15,5	14,8	14,3	-3,9
Marche	18,8	18,4	17,3	16,6	16,4	-1,4
Lazio	31,2	29,1	26,8	24,8	24,3	-2,3
Abruzzo	23,5	23,0	22,0	20,9	20,3	-2,9
Molise	28,6	28,3	26,7	23,4	22,5	-4,1
Campania	32,7	32,7	30,8	28,4	27,8	-2,1
Puglia	40,0	39,2	36,5	34,9	32,6	-6,4
Basilicata	29,2	28,1	25,7	23,4	23,0	-1,5
Calabria	36,8	36,3	33,2	31,1	30,1	-3,2
Sicilia	32,0	30,2	27,0	25,4	24,7	-2,8
Sardegna	36,1	35,5	34,2	30,0	27,5	-8,4
Italia	23,7	22,9	21,2	19,9	19,2	-3,7

Dati rapporto Osmed 2017

Tabella 3.2.23c. Farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), prescrizione per categoria terapeutica e per sostanza nel 2017

Sottogruppi e sostanze	Spesa pro capite	Δ % 17-16	DDD/1000 ab die	Δ % 17-16
FANS tradizionali	1,67	-4,0	12,6	-2,6
Coxib	0,94	-21,4	3,8	-7,0
Nimesulide	0,17	-5,3	2,2	-5,1
Ketorolac	0,11	0,1	0,6	2,2
FANS	2,89	-10,4	19,2	-3,7
etoricoxib	0,79	-23,1	3,0	-6,4
diclofenac	0,58	1,4	4,1	3,3
ketoprofene	0,36	-5,9	3,5	-4,5
ibuprofene	0,29	-3,9	2,0	-1,7
nimesulide	0,17	-5,3	2,2	-5,1
celecoxib	0,14	-10,6	0,8	-9,1
ketorolac	0,11	0,1	0,6	2,2
aceclofenac	0,10	-10,1	0,5	-9,1
piroxicam	0,08	-6,6	0,5	-6,8
dexibuprofene	0,07	-8,9	0,4	-8,7

Dati rapporto Osmed 2017

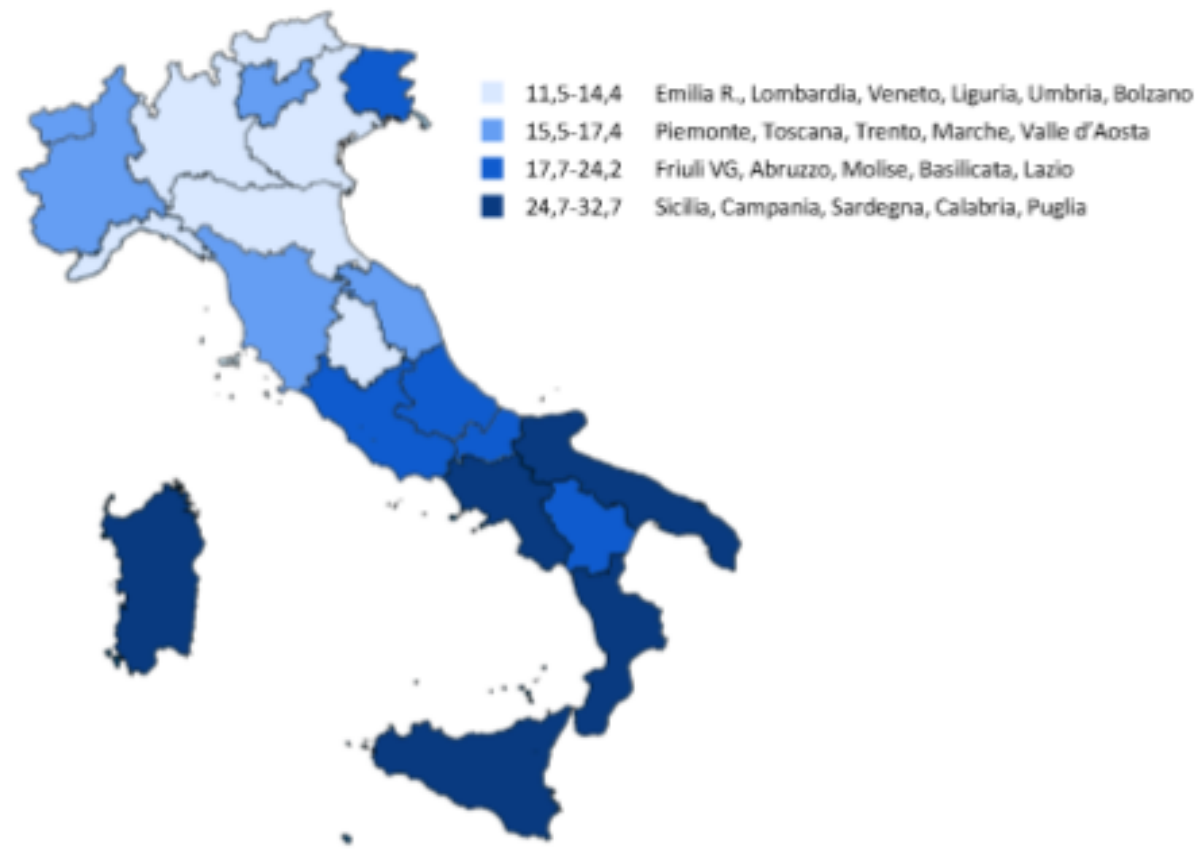
Tabella 3.2.23d. Prescrizione di farmaci **antinfiammatori** non steroidei (FANS) a brevetto scaduto* nel 2017

Categorie	Spesa pro capite	%	Δ % 17-16	DDD/1000 ab die	%	Δ % 17-16	Costo medio DDD
Brevetto scaduto	2,03	70,4	11,7	15,4	80,4	6,8	0,36
Equivalenti	0,29	14,2	10,1	3,4	22,1	-69,8	0,23
Ex originator	1,74	85,8	12,0	12,0	77,9	6,8	0,40
Coperti da brevetto	0,85	29,6	-39,0	3,8	19,6	-31,4	0,62
FANS	2,89	100,0	-10,4	19,2	100,0	-3,7	0,41

* sono state utilizzate le liste di trasparenza mensili pubblicate dall'Agenzia Italiana del Farmaco nel 2017

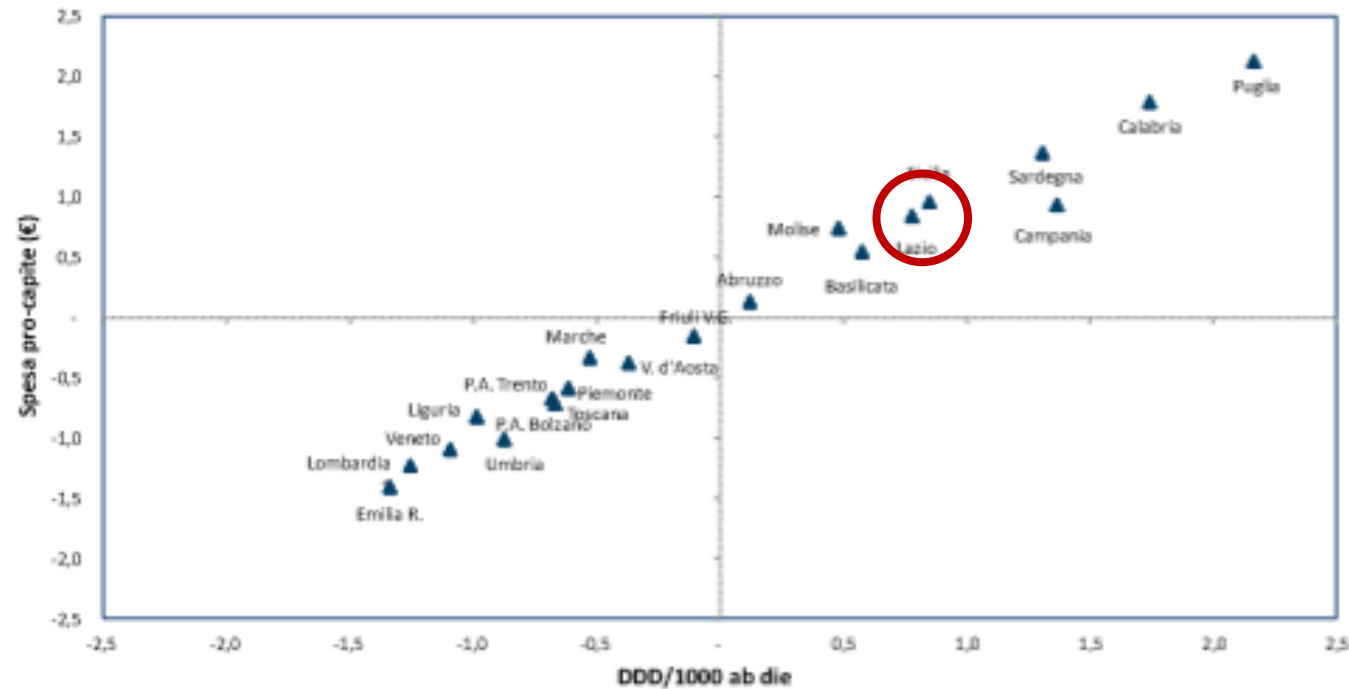
Dati rapporto Osmed 2017

Figura 3.2.23b. Farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), distribuzione in quartili di consumo 2017 (DDD/1000 ab die pesate)



Dati rapporto Osmed 2017

Figura 3.2.23c. Farmaci **antinfiammatori** non steroidei (FANS), variabilità regionale dei consumi farmaceutici 2017 per quantità e spesa pro capite e variazione rispetto all'anno precedente (valori standardizzati rispetto alla media nazionale)



Conclusione

A quasi 10 anni dalla Legge 38/2010:

stato dell'arte della rete assistenziale
del dolore cronico non oncologico
nella Regione Lazio

Roma, 7 dicembre 2018

Polo Didattico
Piazza Oderico da Pordenone 3

- Il dato di utilizzo dei farmaci per la terapia del dolore non ha subito una sostanziale variazione dal 2010 ad oggi (significativo delta di incremento basse DDD in termini assoluti)
- Si rilevano differenze prescrittive nelle diverse Regioni con un delta di circa 2 DDD ogni 1000 ab - perpetrarsi di abitudine prescrittive
- Le regioni con un utilizzo minore di DDD di oppioidi conservano un maggior trattamento con FANS
- Si rileva la maggior prescrizione di pregabalin e gabapentin indicati nel dolore neuropatico dato che dovrebbe essere analizzato per desumere l'appropriatezza di utilizzo
- L'incremento di oppioidi è dovuto a un maggior utilizzo di fentanyl ed ossicodone che andrebbe maggiormente indagato (gold standard di trattamento rimane la morfina)

Conclusione

A quasi 10 anni dalla Legge 38/2010:

stato dell'arte della rete assistenziale
del dolore cronico non oncologico
nella Regione Lazio

Roma, 7 dicembre 2018

Polo Didattico
Piazza Oderico da Pordenone 3

- A quasi 10 anni dalla legge 38 la capacità di presa in carico assistenziale del paziente con dolore cronico sembra non essersi modificata nella sostanza almeno nell'analisi dei dati di terapia farmacologica
- Il dato mostra un maggior numero di pazienti trattati con oppioidi maggiori, un maggior utilizzo di farmaci per il dolore neuropatico ed una riconsiderazione delle terapie con fans
- Il delta prescrittivo tuttavia non cambia la sostanza
- Si rileva un contesto prescrittivo variegato in termini di capacità di arruolamento al trattamento e nel profilo di efficienza economica delle diverse regioni