

## SINTESI DELL'INTERVENTO DEL DR. GIANLORENZO SCACCABAROZZI

La necessità di far nascere una rete di cure palliative che sappia accogliere e rispondere in modo globale alla fragilità umana è un'esigenza sociale e culturale non più procrastinabile. Tuttavia, come emerge dai Piani sanitari dell'ultimo decennio, il sistema delle cure domiciliari ed in particolare quello delle cure palliative, non sono ancora compiuti. Occorre sviluppare una rete di cura ed assistenza qualificata, robusta nelle sue caratteristiche organizzativo-gestionali e caratterizzata da una capacità di farsi carico di tutti gli aspetti della sofferenza, con un'adeguata competenza professionale. A questa prima ricerca, compiuta a livello nazionale hanno risposto ben il 97% delle Asl presenti sul nostro territorio e centinaia di Centri. Emerge, purtroppo, che le cure palliative non sono ancora una priorità della programmazione strategica regionale bensì spesso l'espressione dell'iniziativa di una singola Asl o di un singolo Centro.

Laddove è organizzato un servizio orientato in modo esclusivo alle cure palliative domiciliari, con équipe multidisciplinari, formate e dedicate, i livelli qualitativi sono più che soddisfacenti. Un esempio significativo? Il 53% garantisce una continuità assistenziale sulle 24 ore ed il 45% una pronta disponibilità medico-infermieristica. Nella maggior parte dei casi funziona un buon sistema di integrazione con le realtà non profit che, anche nelle principali esperienze internazionali, risulta essere un componente essenziale dei sistemi di cure palliative. La ricerca mette in discussione il luogo comune per cui i medici di medicina generale non avrebbero sufficientemente a cuore le cure palliative: non è così. Essi attribuiscono importanza a queste cure e riconoscono il peso di un loro coinvolgimento in un lavoro multidisciplinare e di équipe. Hanno inoltre una buona conoscenza dell'uso degli oppioidi e sono disponibili ad essere reperiti per l'assistenza in cure palliative nell'arco della giornata intera. Il punto su cui devono ancora migliorare riguarda i fondamenti teorici: spesso il non sapere la differenza tra cure palliative e terapia del dolore può generare poca chiarezza rispetto all'obiettivo comune da perseguire.

Lo scorso anno medici palliativisti, infermieri e medici di medicina generale hanno firmato un documento di consenso dal titolo *'Cure palliative domiciliari, accanto al malato quale équipe'*? Dieci enunciati che affermano, tra l'altro, il valore e l'importanza dell'équipe multidisciplinare e multi professionale, riconoscendo la necessità che la responsabilità clinica sia definita dal piano assistenziale individuale. Questa collaborazione, ormai una realtà concreta in molti contesti regionali, si rafforzerà di certo grazie ai decreti relativi alla legge 38 che ha come punto di riferimento a cui guardare, in armonia con i principi delle cure palliative e dell'assistenza socio-sanitaria, la centralità del malato e della sua famiglia.

Nella Provincia di Lecco si è realizzata un'importante esperienza, che può essere di riferimento per altre realtà. È stato istituito un Dipartimento interaziendale della Fragilità che si occupa di seguire i malati complessi nella fasi successive ad un evento acuto e delle cure di fine vita comprese le cure palliative per i malati inguaribili. Malati che più di altri necessitano di continuità assistenziale attraverso cure domiciliari o in hospice. Un'esperienza quasi ventennale, estesa all'intera provincia apprezzata dai cittadini e che ha sviluppato un buon equilibrio tra bisogni, capacità di risposta, costi e qualità. Abbiamo costruito un percorso in grado di proteggere e curare il malato fino all'ultimo giorno di vita garantendo prestazioni diverse da quelle che servono per la fase acuta perché diversi sono i bisogni e gli obiettivi assistenziali.



Occorre che lo sviluppo della rete nei suoi nodi fondamentali (casa, hospice, ospedale) diventi una priorità nella programmazione regionale e locale, attraverso obiettivi specifici di mandato per i Direttori generali delle ASL. La legge 38/2010 è un passo decisivo in questa direzione perché definisce i futuri obiettivi della programmazione nazionale, tra cui la definizione degli standard assistenziali, la formazione delle figure professionali coinvolte, l'adozione di un sistema tariffario che valorizzi l'unitarietà degli interventi e l'attivazione di un monitoraggio costante e rigoroso che documenti lo sviluppo e i livelli quali-quantitativi dei servizi prestati.

**IL DR. GIANLORENZO SCACCABAROZZI È DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DELLA FRAGILITÀ ASL/AO LECCO, CONSIGLIERE SICIP, COMPONENTE DELLA COMMISSIONE NAZIONALE DI ATTUAZIONE DELLA LEGGE 38**