



Ministero della Salute

**Piano Sanitario Nazionale
2003 – 2005**

Presentazione

Le modificazioni legislative intervenute nel 2001 (modifica del titolo V, cap. II della Costituzione) e l'approvazione da parte del Governo del Disegno di Legge sulla devoluzione (che porterà nel prossimo futuro ad una ulteriore modifica dell' art. 117 della Costituzione), con i conseguenti nuovi poteri attribuiti alle Regioni determineranno, nei mesi e negli anni a venire, importanti trasformazioni nella sanità italiana.

È dunque naturale che il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 si ponga in una ottica del tutto nuova e coerente con questi cambiamenti legislativi e politici trasformandosi, rispetto ai precedenti Piani, da atto programmatico per le Regioni in Progetto di Salute condiviso e attuato con le Regioni in modo sinergico e interattivo.

L' accordo Stato-Regioni dell' 8 agosto 2001 ha disegnato un buon modello di collaborazione tra lo Stato e le Regioni che il Ministero della Salute e la Conferenza delle Regioni hanno deciso debba costituire il prototipo di ogni futura iniziativa in sanità. Esso è in grado di prevenire i conflitti istituzionali e di garantire ai cittadini italiani che le istituzioni operino in sinergia, dando concreta attuazione a quel principio di sussidiarietà che è ritenuto oggi il fondamento su cui basare le attività di interesse pubblico.

Il Piano 2003-2005 individua gli obiettivi strategici e generali di salute per l' Italia per l' importanza particolare che rivestono per la salute dei cittadini.

Il Ministro della Salute
Prof. Girolamo Sirchia

Indice

Parte Seconda: Gli obiettivi generali

37

3.2.3. Le cure palliative

3.2.3. Le cure palliative

In Italia muoiono ogni anno oltre 159.000 persone a causa di una malattia neoplastica (Istat, 1998) ed il 90% di esse (143.100) necessita di cure palliative che si realizzano attraverso la formulazione e l'offerta di un piano personalizzato di cura ed assistenza in grado di garantire la migliore qualità di vita residua possibile durante gli ultimi mesi di vita al paziente stesso e alla sua famiglia. Tale fase, definita comunemente "*fase terminale*", è caratterizzata per la persona malata da una progressiva perdita di autonomia, dal manifestarsi di sintomi fisici e psichici spesso di difficile e complesso trattamento, primo fra tutti il dolore, e da una sofferenza globale, che coinvolge anche il nucleo familiare e quello amicale e tale da mettere spesso in crisi la rete delle relazioni sociali ed economiche del malato e dei suoi cari.

La fase terminale non è caratteristica esclusiva della malattia oncologica, ma rappresenta una costante della fase finale di vita di persone affette da malattie ad andamento evolutivo, spesso cronico, a carico di numerosi apparati e sistemi, quali quello *respiratorio* (ad es. insufficienza respiratoria refrattaria in persone affette da malattie polmonari croniche), *cardiocircolatorio* (ad es. persone affette da miocardiopatie dilatative), *neurologico* (ad es. malattie degenerative quali la sclerosi multipla), epatico (ad es. cirrosi) e di persone colpite da particolari *malattie infettive*, in primo luogo l' A.I.D.S.

Le cure palliative si rivolgono ai pazienti colpiti da una malattia che non risponde più a trattamenti specifici e la cui diretta conseguenza è la morte. Il controllo del dolore e degli altri sintomi, l'attenzione agli aspetti psicologici, sociali e spirituali è, quindi, di fondamentale importanza. Lo scopo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie. Alcuni interventi palliativi sono applicabili anche precocemente nel decorso della malattia, in aggiunta al trattamento specifico.

La filosofia cui le cure palliative si ispirano, quindi, è tesa a produrre azioni finalizzate al miglioramento della qualità di vita del paziente.

Esse:

- affermano la vita e considerano il morire come un evento naturale;
- non accelerano né ritardano la morte;
- provvedono al sollievo dal dolore e dagli altri disturbi;
- integrano gli aspetti psicologici e spirituali dell'assistenza;
- aiutano i pazienti a vivere in maniera attiva fino alla morte;
- sostengono la famiglia durante la malattia e durante il lutto.

La maggior parte delle regioni ha già provveduto a definire la programmazione della rete degli interventi di cure palliative, anche se con modalità tra loro in parte differenti: molte hanno elaborato programmi regionali specifici per le cure palliative ed altre hanno inserito lo sviluppo

delle cure palliative all' interno del più vasto programma di riorganizzazione della rete di interventi domiciliari sanitari, socio-sanitari ed assistenziali (rete per la cura ed assistenza domiciliare).

48

Ciò che emerge è la necessità di un modello di intervento di cure palliative flessibile ed articolabile in base alle scelte regionali, ma che, garantisca in tutto il Paese la risposta ottimale ai bisogni della popolazione, sia a quelli dei malati sia a quelli delle famiglie.

La necessità di offrire livelli assistenziali a complessità differenziata, adeguati alle necessità del malato, mutevoli anche in modo rapido ed imprevedibile, rende necessario programmare un sistema a rete che offra la maggior possibilità di integrazione tra differenti modelli e livelli di intervento e tra i differenti e numerosi soggetti professionali coinvolti.

La rete deve essere composta da un sistema di offerta nel quale la persona malata e la sua famiglia, ove presente, possano essere guidati e coadiuvati nel percorso assistenziale tra il proprio domicilio, sede di intervento privilegiata ed in genere preferita dal malato e dal nucleo familiare, e le strutture di degenza, specificamente dedicate al ricovero/soggiorno dei malati non assistibili presso la loro abitazione. La rete sanitaria e sociosanitaria deve essere strettamente integrata con quella socio-assistenziale, al fine di offrire un approccio completo alle esigenze della persona malata.

Ai fini di promuovere la diffusione delle cure palliative è necessario quindi:

- rivedere alcuni aspetti normativi riguardo all' uso di farmaci antidolorifici, migliorando la disponibilità degli oppiacei, semplificando la prescrizione medica, prolungando il ciclo di terapia e rendendone possibile l' uso anche a casa del paziente;
- individuare precise Linee Guida in materia di terapia antalgica per prevenire gli abusi ed orientare il medico nella prescrizione;
- implementare la rete assistenziale;
- attivare un sistema di valutazione;
- realizzare programmi di comunicazione e sensibilizzazione della popolazione;
- sostenere specifici programmi di ricerca
- promuovere l' integrazione nella rete di cure palliative delle Organizzazioni no profit operanti in questo settore, attraverso la valorizzazione delle *Associazioni di Volontariato*.