

Losanna, 27 gennaio 2022

Disturbi da uso di sostanze nei contesti di demenza, disturbi psichiatrici e cure palliative

Christophe Al Kurdi, Fabrice Rosselet

Abstract IT

Il presente progetto è stato realizzato dal GREA («Groupement Romand d'Etudes des Addictions»), su mandato della divisione Strategie della sanità dell'UFSP, tra ottobre 2020 e novembre 2021. Lo scopo è illustrare le similitudini e le differenze nella «presa a carico» di persone affette da un disturbo da uso di sostanze (DUS) nei contesti di demenza (1), malattie psichiatriche (2) e cure palliative (3). Nello specifico, il progetto identifica per i tre contesti summenzionati: a) le difficoltà inerenti alla diagnosi; b) le difficoltà legate alla presa a carico per le persone coinvolte e i loro familiari; c) i luoghi preposti alla presa a carico e gli attori interessati da quest'ultima.

Parole chiave: Svizzera, Disturbi da uso di sostanze, DUS, Disturbi neurocognitivi, DNC, Demenza, Disturbi psichiatrici, Disturbi co-occorrenti, COD, Cure palliative, Dolore, Dipendenze, Tracciamento, Diagnosi, Trattamento.

Citation suggérée :

Al Kurdi, Christophe, et Fabrice Rosselet. « Troubles de l'usage de substances – dans les contextes de démences, troubles psychiatriques et soins palliatifs ». Lausanne : Groupement Romand d'Étude des Addictions (GREA), janvier 2022. www.grea.ch/publications/rapport-TUS-2022.

Riassunto

Contesto del mandato

Il presente progetto è stato realizzato dal GREA («Groupement Romand d'Etudes des Addictions»), su mandato della divisione Strategie della sanità dell'UFSP, tra ottobre 2020 e novembre 2021.

Lo scopo è illustrare le similitudini e le differenze nella «presa a carico» di persone affette da un disturbo da uso di sostanze (DUS) nei contesti di demenza (1), malattie psichiatriche (2) e cure palliative (3).

Nello specifico, il progetto identifica per i tre contesti summenzionati: a) le difficoltà inerenti alla diagnosi per le persone coinvolte; b) le difficoltà legate alla presa a carico per le persone coinvolte e i loro familiari; c) i luoghi preposti alla presa a carico e gli attori interessati da quest'ultima.

Sono stati utilizzati i seguenti metodi qualitativi: rassegna della letteratura, questionari, interviste semistrutturate, workshop, consultazione.

Risultati principali

Nozioni preliminari: disturbo da uso di sostanze (DUS)

- In ambito medico, i professionisti preferiscono parlare di «disturbi da uso di sostanze (DUS)» (DSM-5) oppure di «sindrome da dipendenza» (ICD-10) anziché di semplice «dipendenza».
- I professionisti possono riconoscere un DUS avvalendosi di strumenti di screening (ASSIST, DEP-ADO, CAGE ecc.) oppure basandosi sull'osservazione. È importante comprendere che l'utilizzo di uno strumento di screening non porta a una diagnosi.
- La diagnosi di un DUS è complessa. Oltre a determinare il tipo di uso (DUS lieve o severo), il medico deve anche essere in grado di distinguere i sintomi di intossicazione e di dissuefazione da disturbi psichiatrici indotti da una sostanza («secondari») e da disturbi psichiatrici preesistenti («primari»).

- Per il trattamento dei DUS si ricorre a numerosi approcci che tengono conto nel contempo della persona, del suo ambiente e del suo inserimento socioculturale, nell'ottica di renderla autonoma e di rafforzare la sua capacità di agire.

DUS e invecchiamento (cap. 2)

- In Svizzera, le principali sostanze oggetto di un consumo problematico nelle persone anziane sono il tabacco, l'alcol, i sedativi (benzodiazepine e medicinali Z) e gli antidolorifici oppioidi: il 15,2 per cento degli uomini e il 12,5 per cento delle donne tra i 65 e i 74 anni fumano quotidianamente; il 6,7 per cento degli uomini e il 5,7 per cento delle donne nella stessa fascia d'età registrano un consumo cronico a rischio di alcol; a quasi una persona su cinque oltre i 65 anni sono stati prescritti benzodiazepine o medicinali affini nell'arco dell'anno.
- A causa della polifarmacia, ossia del numero considerevole di medicinali assunti dagli anziani (nelle case di cura la media è di 9,3 medicinali al giorno!), questi soggetti risultano particolarmente esposti alle interazioni pericolose tra medicinali o sostanze psicoattive (principalmente l'alcol) e medicinali.
- Alcuni fatti della vita, come il pensionamento, un lutto o altri fattori di rischio quali l'isolamento sociale, i disturbi mentali ecc. possono spingere le persone anziane verso un consumo problematico: si parla in questo caso di consumo tardivo («late onset»), in opposizione a un consumo precoce che si manifesta quando la persona interessata è ancora giovane («early onset»).
- Considerata la loro condizione fisiologica, le persone anziane risentono delle sostanze in modo diverso rispetto ad adulti più giovani. Di conseguenza, quantità molto ridotte possono avere un impatto più marcato sulla loro salute fisica e mentale.
- Identificare un DUS negli anziani non è semplice. I segnali e i sintomi di tale

disturbo possono essere facilmente confusi con il normale invecchiamento o con disturbi fisici e mentali comuni per questa fascia di popolazione. Un'altra difficoltà è legata al fatto che negli anziani numerosi problemi si manifestano in maniera inusuale rispetto a quanto accade negli adulti più giovani. D'altro canto, gli strumenti di screening adatti ai primi (p. es.: SMAST-G) sembrano essere poco utilizzati.

- I criteri menzionati nel DSM-5 (o nell'ICD-10) per diagnosticare un DUS in un pubblico adulto non sono automaticamente applicabili agli anziani. Questi ultimi possono per esempio lamentare disturbi significativi, senza tuttavia soddisfare l'insieme dei criteri necessari per diagnosticare un DUS.
- Nella maggior parte dei casi di consumo tardivo, un intervento di breve durata (IB) può essere sufficiente per modificare i comportamenti pregiudizievoli dell'anziano. Al contrario, il consumo di sostanze iniziato in giovane età richiede generalmente un trattamento più complesso.

DUS e disturbi co-occorrenti (cap. 3)

- Per indicare la co-occorrenza di un DUS e di un disturbo mentale esistono diverse espressioni: comorbidità psichiatrica, doppia diagnosi («dual diagnosis»), doppia patologia («dual pathology», «dual disorders»), disturbi concomitanti o disturbi co-occorrenti (COD; «co-occurring disorders»). Quest'ultimo è il termine più neutro.
- Un COD non può essere inteso come un semplice insieme di problemi: la sua diagnosi è più complessa di quella delle singole patologie che lo costituiscono; vi sono più recidive; il rischio di cronicizzazione è più elevato; la suicidalità è maggiore; le cure sono più difficili ecc.
- Studi epidemiologici hanno mostrato che i COD non sono rari, ma ricorrenti. Le persone affette da un DUS soffrono in maniera sproporzionata (rispetto al resto della popolazione) di malattie mentali (dal 50 al 75 % dei pazienti degli istituti di cura soffre di un disturbo mentale nel corso della vita). Inversamente, le persone con una malattia mentale tendono

maggiormente a sviluppare un DUS (dal 30 al 50 % dei pazienti ammessi in un reparto psichiatrico presenta un DUS).

- L'eziologia dell'elevata prevalenza dei disturbi legati al consumo di sostanze nelle persone affette da malattie mentali e viceversa resta tuttavia incerta. Da anni coesistono diverse ipotesi, senza che una abbia prevalso sull'altra.
- A livello di tracciamento, la letteratura, così come gli esperti interpellati, osserva un basso ricorso a strumenti che permettano di individuare un DUS presso persone che soffrono di una malattia mentale oppure una malattia mentale presso persone che soffrono di un DUS.
- In caso di COD risulta particolarmente difficile effettuare una diagnosi differenziale, poiché raramente i clinici hanno l'opportunità di osservare i pazienti durante periodi di astinenza sufficientemente lunghi (> 4 settimane) da poter distinguere con precisione gli effetti attesi dell'intossicazione e della dissuefazione dai disturbi di salute mentale indotti o preesistenti.
- In mancanza di una diagnosi affidabile, i clinici intervistati affermano di trattare i disturbi come se fossero indipendenti (ossia come due disturbi primari).
- Per quanto concerne le modalità di trattamento dei COD, gli studi clinici rilevano che ottengono risultati migliori gli approcci terapeutici atti a curare i disturbi psichiatrici e i DUS in maniera integrata, ossia trattandoli come disturbi primari con interventi simultanei volti a minimizzare i rischi di esacerbazione dell'altro disturbo. Conformemente alla letteratura, i professionisti intervistati prediligono i trattamenti integrati (rispetto ai cosiddetti trattamenti sequenziali o paralleli).

DUS e disturbi neurocognitivi (cap. 4)

- Alla sezione dedicata ai disturbi neurocognitivi (DNC), il DSM-5 riporta la demenza, il delirio, i disturbi della memoria e gli altri disturbi cognitivi.
- Il morbo di Alzheimer è la forma più comune di demenza neurodegenerativa e sarebbe all'origine del 60-70 per cento dei casi. Le demenze vascolari (30 % dei casi) completano il quadro di questo tipo di demenze definite «primarie». A esse la

ricerca contrappone le cosiddette demenze «secondarie». Queste ultime possono essere generate da numerosi fattori molto eterogenei che danneggiano il cervello, quali infiammazioni croniche, disturbi metabolici, carenze vitaminiche, ma anche tossine (neurotossine) come l'alcol o altre sostanze psicoattive.

- Al fine di riflettere l'eterogeneità dei danni causati da alcune sostanze psicoattive, il DSM-5 ha adottato la nuova diagnosi di «DNC maggiore o lieve indotto da una sostanza/un medicamento». Essa ingloba una serie di disturbi che vanno dalle lesioni cerebrali gravi e irreversibili, come la demenza alcolica o la sindrome di Wernicke-Korsakoff, a forme meno gravi, dette MCI («Mild Cognitive Impairment»), che sarebbero in parte spontaneamente reversibili mantenendo l'astinenza nel tempo o diminuendo drasticamente il consumo di sostanze psicoattive.
- Sul piano epidemiologico, la ricerca ha stabilito una prevalenza elevata di abuso di alcol nei pazienti affetti da demenza (9-22 %) e, allo stesso modo, un elevato tasso di demenza nei forti bevitori (10-24 %). Per quanto riguarda le altre sostanze, le stime sulla proporzione di disturbi cognitivi variano considerevolmente, attestandosi tra il 30 e l'80 per cento.
- In materia di DNC indotti da una sostanza (ossia disturbi secondari) è stato dimostrato quanto segue: il consumo eccessivo di alcol è associato a un rischio triplicato di demenza in generale e a un rischio raddoppiato di sviluppare il morbo di Alzheimer. Le persone anziane che assumono benzodiazepine (per più di 3 mesi) tendono a sviluppare una demenza con una frequenza da 1,5 a 2 volte maggiore rispetto a chi non ne ha mai fatto uso. Rispetto ai non fumatori, i fumatori rischiano maggiormente di sviluppare il morbo di Alzheimer (59-79 %) o demenze vascolari (35-78 %). La polifarmacia, in particolare quando implica psicotropi e/o anticolinergici, è associata a disturbi cognitivi. È altresì noto che il rischio di demenza è direttamente proporzionale al numero di medicinali prescritti: OR di 1,72 da 1 a 4 medicinali; OR di 2,64 da

5 a 9 medicinali; OR di 3,35 con 10 medicinali o più.

- I DNC non sono soltanto la conseguenza dei DUS. Possono anche incidere sullo sviluppo o sull'insorgenza di un DUS (ossia DNC come disturbo primario). In questo modo, l'insicurezza emotiva legata ai primi stadi della demenza (durante i quali il soggetto è consapevole delle alterazioni) potrebbe spingere certe persone ad abusare di sostanze psicoattive o, al contrario, una demenza avanzata potrebbe portare persone dipendenti a dimenticare di consumare (autoguarigione). Benché osservato da diversi esperti interpellati, l'impatto dei DNC sui DUS è poco documentato.
- I principali freni al tracciamento dei DNC in un contesto di dipendenza risiedono nella maggiore attenzione verso le forme più gravi (Wernicke-Korsakoff) a scapito di quelle più leggere (MCI) e nell'utilizzo di strumenti di screening inadatti. Anche l'inadeguatezza di sistemi di valutazione preesistenti (RAI-NH e BESA) che non tengono conto, o lo fanno in minima parte (RAI-HC), delle sostanze psicoattive potrebbe giocare un ruolo nei contesti di cure di lunga durata e di cure a domicilio.
- La diagnosi di disturbi indotti da una sostanza/un medicamento pone di fronte alle stesse difficoltà, in materia di diagnosi differenziale, di quella dei disturbi psichiatrici co-occorrenti: la sfida principale per il medico è avere un paziente che si astiene dal consumo per un periodo sufficientemente lungo. I centri della memoria svolgono un ruolo fondamentale nell'elaborazione delle diagnosi.
- La presa a carico dei DUS è resa più difficile dalla presenza di DNC. Approcci comunemente utilizzati, quali terapie motivazionali o cognitivo-comportamentali (TCC), non possono più essere impiegati a causa dei danni alla memoria episodica o alle funzioni esecutive. Ne consegue un tasso di recidiva altrettanto maggiorato.

DUS e cure palliative (cap. 5)

- Grazie alle politiche di riduzione dei rischi e agli approcci terapeutici correlati, sono sempre meno i consumatori di sostanze psicoattive che muoiono

prematuramente; il decesso tende a verificarsi in età avanzata per cause non legate alla droga. La conseguenza principale di questo cambiamento è che il numero di consumatori anziani che rischiano di ricevere cure palliative crescerà nei prossimi anni.

- Nonostante le cure palliative non si riducano alla gestione del dolore, si tratta del tema maggiormente trattato dalla letteratura riguardante le persone affette da un DUS. Ciò deriva dal fatto che le sostanze utilizzate per placare il dolore (p. es. morfina, fentanil, metadone) coincidono con quelle utilizzate per intossicarsi e curarsi (terapia con agonisti oppioidi [TAO])
- Attualmente, la difficoltà maggiore sul piano del tracciamento di persone facenti uso di sostanze che richiederebbero cure palliative specializzate non è tanto intrinseca alla tipologia di pubblico, ma al carattere confidenziale della presa a carico palliativa in Svizzera, che, allo stato attuale, riguarda quasi unicamente il settore oncologico.
- La valutazione del dolore provato dalle persone affette da un DUS non risulta particolarmente problematica, in quanto si possono utilizzare gli strumenti abituali.
- Al contrario, numerose pubblicazioni evidenziano un'insufficiente presa a carico del dolore nel caso di consumatori di sostanze psicoattive, in particolare di pazienti che seguono una TAO. All'origine di questa insufficienza vi sarebbero quattro false convinzioni, comuni tra i fornitori di prestazioni sanitarie: 1) l'agonista oppioide (metadone o buprenorfina) assicura l'analgesia; 2) l'utilizzo di oppioidi per l'analgesia può scatenare una ricaduta nella dipendenza; 3) gli effetti sommati degli analgesici oppioidi e della TAO possono indurre una depressione respiratoria e del sistema nervoso centrale; 4) la lamentela del dolore può essere una scusa per ottenere medicinali oppioidi o cercare droga, a causa di una dipendenza dagli oppioidi.
- Un altro problema risiede nell'iperanalgesia causata da un uso prolungato di oppioidi. Si tratta di una reazione paradossale che, al momento della somministrazione di

queste molecole, non porta a una diminuzione del dolore, ma a un aumento dello stesso. A causa di un incremento generalizzato della prescrizione di antidolorifici oppioidi all'estero, così come in Svizzera (+42 % tra il 2013 e il 2018), nei prossimi anni questa problematica potrebbe presentarsi con un'intensità molto più acuta.

- È importante sottolineare che gli specialisti nell'ambito delle cure palliative e delle dipendenze sono al corrente di tali problematiche e che la scarsa dimestichezza riguarda altri attori sanitari (compresi quelli ospedalieri).

Altre problematiche trasversali (cap. 6)

- Il rapporto cita numerose problematiche riguardanti sia i consumatori anziani di sostanze sia le persone con un DUS, associato o meno ad altri disturbi psichiatrici, cognitivi o caratterizzati da un forte dolore.
- Le prescrizioni farmacologiche inappropriate sarebbero all'origine, a livello mondiale, del 16,6 per cento delle ospedalizzazioni di persone anziane. In Svizzera, l'80 per cento dei pazienti avrebbe ricevuto almeno un medicamento inappropriato.
- Il consumo simultaneo di alcol e medicinali che potrebbero portare a interazioni pericolose (antidolorifici/sonniferi/calmanti) riguarderebbe il 7,3 per cento della popolazione della Svizzera latina.
- Diversi fattori di rischio sono associati a recidive: assunzione di medicinali (polifarmacia e assunzione di medicinali psicotropi), difficoltà funzionali, limitazioni cognitive, problemi d'incontinenza, consumo di alcol e inattività. Il consumo di più di 14 unità di alcol alla settimana aumenta del 25 per cento il rischio di recidiva. Le persone con più di 80 anni che consumano benzodiazepine rischiano recidive il doppio delle volte rispetto a chi non ne fa uso.
- Tra tutte le sostanze psicoattive, nei casi gravi di dissuefazione, l'alcol e le benzodiazepine sono noti per essere la causa scatenante di sintomi potenzialmente letali. L'elevata

prevalenza di un consumo cronico di alcol negli uomini anziani e di benzodiazepine nelle donne anziane fa sì che la questione richieda un'attenzione particolare.

- I disturbi legati all'utilizzo di alcol e di altre sostanze sono presenti nel 25-50 per cento di tutti i casi di suicidio. Nei Paesi a reddito elevato, quasi il 90 per cento delle persone che si suicidano presenta disturbi mentali. La co-occorrenza di disturbi mentali e di DUS aggrava ulteriormente il rischio di suicidio: il 50 per cento delle persone con un COD avrebbe già tentato di togliersi la vita. In ultimo, i comportamenti suicidi sono 2-3 volte più frequenti nelle persone con malattie croniche rispetto alla popolazione generale.
- Il disturbo depressivo maggiore e i sintomi depressivi sono nel contempo fattori di rischio e conseguenze di un DUS nelle persone anziane. Gli adulti che soffrono di depressione corrono un rischio 2 volte maggiore rispetto a chi non è depresso. Circa il 50 per cento dei pazienti con depressione dichiara di provare sintomi di dolore.

Attori della presa a carico (cap. 7)

- Numerosissimi attori provenienti dalla comunità e dai settori medico-sociale e sanitario devono contribuire alla presa a carico di persone aventi nel contempo un DUS e disturbi mentali, cognitivi o necessità di cure palliative.
- Alla luce del numero di persone coinvolte e della diversità delle problematiche incontrate al loro interno, i servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD) così come le case di cura rivestono un ruolo fondamentale.
- Tuttavia occorre constatare che le case di cura e i SACD, da soli, non sarebbero in grado di gestire queste problematiche. A titolo esemplificativo, le persone che assistono i propri congiunti (che in quasi il 60 % dei casi di presa a carico integrano le prestazioni dei SACD) sono attori indispensabili per il buon funzionamento della presa a carico domiciliare e per la permanenza delle persone coinvolte nella comunità. Questa complementarità riguarda sia i servizi mobili sia quelli di collegamento nonché i centri di

riferimento, partner indispensabili nell'ambito delle perizie. Ovviamente, la catena delle interdipendenze non si ferma a questi attori. Si potrebbero menzionare il sostegno ai familiari, che permette di perpetuare questo «partenariato» tra familiari assistenti e SACD o, ancora, le strutture intermedie che, sgravando i familiari assistenti e i SACD dei casi troppo complessi, contribuiscono a evitare il collasso delle case di cura e/o dei servizi stazionari ospedalieri. Il lavoro dei gruppi di auto-aiuto e il sostegno apportato dalle associazioni alle persone coinvolte sono tasselli altrettanto insostituibili di questo enorme puzzle.

- Comprensibilmente, per la loro complementarità e interdipendenza su più fronti, è difficile individuare gli attori al centro di tale problematica.

Raccomandazioni

Il progetto ha portato alle raccomandazioni seguenti, applicabili ai quattro ambiti in questione. Esse mettono in evidenza pratiche e problematiche condivise e sono destinate a migliorare le sinergie tra i diversi ambiti.

1. **Rafforzamento dell'autonomia («empowerment»):** i fornitori di prestazioni mettono a disposizione materiale didattico (psicoeducazione), favorendo l'«empowerment» delle persone interessate. Coinvolgono sistematicamente le persone (o i loro rappresentanti) nelle decisioni terapeutiche che le riguardano. Favoriscono, al meglio, la loro partecipazione al funzionamento istituzionale. La Confederazione, i Cantoni e i Comuni sostengono finanziariamente e/o logisticamente (p. es. mettendo a disposizione locali a titolo gratuito) le associazioni e i gruppi di auto-aiuto, attivi nella gestione delle malattie croniche.
2. **Rafforzamento dell'autodeterminazione:** i fornitori di prestazioni incoraggiano e sostengono attivamente il loro cliente nell'elaborazione di direttive anticipate. D'intesa con la persona interessata, optano per la forma più idonea alla luce della sua situazione.

3. **Permanenza nella comunità:** i Cantoni incoraggiano attivamente i fornitori di prestazioni sanitarie e medico-sociali a sviluppare strutture intermedie e/o servizi mobili al fine di ritardare il più possibile, per le persone che lo desiderano, un ricovero di lunga durata in un istituto. Rivolgono un'attenzione particolare allo sviluppo di strutture intermedie aperte alle persone che non desiderano, o non riescono, a porre fine al consumo di sostanze.
4. **Continuità delle cure:** i Cantoni avvicinano le cure al contesto in cui vivono i pazienti, attivando servizi mobili e progetti comunitari. Prevedono nuove forme organizzative, come le Maisons de santé, particolarmente adatte in caso di malattie croniche.
5. **Intervento precoce:** in caso di tracciamento positivo di un DUS, di un disturbo psichiatrico o di un deficit cognitivo, i fornitori di prestazioni indagano la presenza degli altri due disturbi, alla luce delle comorbidità frequenti rilevate dagli studi.
6. **Lavoro dei familiari:** il sostegno ai familiari viene sistematicamente promosso e finanziato e, per quanto possibile, non si limita semplicemente a comunicare loro informazioni. Può tradursi in offerte destinate a sgravare i familiari prendendo a carico momentaneamente le persone interessate (p. es. offerte intermedie come una clinica diurna) o essere finalizzato a sostituire gli stessi per un periodo limitato (sostituzione di una sera da parte di un volontario) o prolungato (p. es. vacanze Alzheimer). Può anche assumere la forma di un indennizzo del loro lavoro.
7. **Cure di lunga durata:** i Cantoni incoraggiano attivamente i fornitori di prestazioni medico-sanitarie ad aprire i loro istituti alle persone che non riescono, o non vogliono, porre fine al consumo di sostanze, nonché alle persone che seguono una TAO. Se mancano, sono i Cantoni a sviluppare tali istituti. In ogni caso essi facilitano l'ammissione delle persone con meno di 65 anni il cui stato di salute fisico e/o psichico necessiterebbe di un'assistenza medico-sociale 24 ore su 24. Le case di cura tengono conto della questione del consumo di sostanze psicoattive, dotandosi quanto meno di una carta che espliciti le regole applicabili ai pazienti ricoverati. Inoltre collaborano al riguardo, nei limiti del possibile, con esperti in materia di dipendenze.
8. **Invecchiamento della popolazione:** i fornitori di prestazioni adeguano regolarmente il proprio modo di operare e le abitudini organizzative così da renderle più idonee alle persone anziane. I Cantoni sostengono questi sforzi sul piano finanziario.
9. **Polimedicazione:** la Confederazione mette a disposizione della popolazione un'applicazione online grazie alla quale chi lo desidera può verificare le eventuali interazioni problematiche tra i diversi medicinali e prodotti psicoattivi (legali o illegali) assunti.
10. **Dissuefazioni potenzialmente letali (alcol e benzodiazepine):** i fornitori di prestazioni, offrendo una presa a carico stazionaria, riducono i rischi di una dissuefazione involontaria — potenzialmente mortale — interrogando sistematicamente le persone, al momento dell'ammissione, sul loro consumo di alcol e di benzodiazepine. In caso d'impossibilità di dialogo (crisi/confusione acuta), e a seconda dello stato di salute della persona, possono essere previsti test biologici. La questione della dissuefazione, e delle problematiche correlate, fa parte del programma di formazione di base/continua del personale infermieristico.
11. **Dolori e iperalgesie (oppioidi):** i medici applicano alle persone facenti uso di oppioidi la stessa presa a carico del dolore, basata sulla scala dell'OMS e sulle loro dichiarazioni, che applicano ai loro pazienti. In caso di dubbi sui dosaggi (che possono essere molto elevati), possono rivolgersi a un servizio specializzato in medicina delle dipendenze o a un programma di miglioramento della presa a carico del dolore («Pain Network»). La questione del dolore, in particolare dell'iperalgisia, fa parte del programma di formazione di base/continua dei medici e del personale curante.

12. **Modalità di remunerazione:** la politica è consapevole del fatto che una presa a carico efficace ed efficiente delle malattie croniche non potrebbe spettare ai soli attori in ambito sanitario né essere vista come una serie di interventi medici, individuali, inquadrabili nella LAMal. Pensa, dunque, a forme di finanziamento innovative che favoriscano la collaborazione e stimolino la presa a carico sia interprofessionale sia transdisciplinare.

