REGIONE BASILICATA

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° 322

SEDUTA DEL 20 MAR. 2012

Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla persona e alla comunità

DIPARTIMENTO

OGGETTO LEGGE N.38/2010 - D.G.R. N.1112 DEL 28.07.2011 - APPROVAZIONE DELLA "RETE REGIONALE DELLA TERAPIA DEL DOLORE" E DEL PROGETTO "BASILICATA OSPEDALE-TERRITORIO SENZA DOLORE"

Relatore ASSESSORE DIP.TO SALUTE, SICUREZZA E SOLIDARIETÀ SOCIALE, SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITÀ

La Giunta, riunitasi il giorno 20 MAR. 2012 alle ore 14,10 nella sede dell'Ente,

		Presente	Assente
1. Vito **DE FILIPPO**	Presidente	X	
2. Agatino Lino **MANCUSI**	Vice Presidente		X
3. Attilio **MARTORANO**	Componente	X	
4. Rosa **MASTROSIMONE**	Componente	X	
5. Vilma **MAZZOCCO**	Componente	X	
6. Maurizio Marcello **PITTELLA**	Componente	X	
7. Vincenzo Edoardo **VITI**	Componente	X	

Segretario: dr. Arturo AGOSTINO

ha deciso in merito all'argomento in oggetto, secondo quanto riportato nelle pagine successive.

L'atto si compone di N° 5 pagine compreso il frontespizio
e di N° 2 allegati

UFFICIO RAGIONERIA GENERALE

○ Prenotazione di impegno N° UPB Cap. per €

○ Assunto impegno contabile N° UPB Cap.

Esercizio per €

IL DIRIGENTE

Atto soggetto a pubblicazione ○ integrale ⊗ per estratto

VISTE

la L.R. n. 12/96 e successive modifiche ed integrazioni concernente la riforma dell'organizzazione regionale;

la D.G.R. n. 11/98 con cui sono stati individuati atti rientranti in via generale nelle competenze della Giunta Regionale;

la D.G.R. n.1148/05 e la D.G.R. n. 138/05 relative alla denominazione e configurazione dei dipartimenti regionali;

la D.G.R. n. 2017/05 con cui sono state individuate le strutture dirigenziali ed è stata stabilita la declaratoria dei compiti alle medesime assegnate;

la L.R. n. 17 del 4/8/2011 "Assestamento del Bilancio di Previsione per l'Esercizio Finanziario 2011 e del Bilancio Pluriennale per il Triennio 2011-2013"

la Legge Regionale n. 26 del 30.12.2011 " Disposizioni per la formazione del Bilancio di Previsione Annuale e Pluriennale della Regione Basilicata – Legge Finanziaria 2012";

Legge Regionale n. 27 del 30.12.2011 " Bilancio di Previsione per l'Esercizio Finanziario 2012 e Bilancio Pluriennale per il Triennio 2012/2014";

D.G.R. n. 1 del 12.1.2012 "Approvazione della ripartizione finanziaria in capitoli delle Unità Previsionali di Base del Bilancio di Previsione per l'Esercizio Finanziario 2012 e del Bilancio Pluriennale per il Triennio 2012-2014".

la L.R. n. 17 del 4/8/2011 "Assestamento del Bilancio di Previsione per l'Esercizio Finanziario 2011 e del Bilancio Pluriennale per il Triennio 2011-2013"

VISTI

il Decreto legislativo del 30.12.92, n. 502, come modificato dai decreti legislativi 7.12.1993, n. 517, 19.6.1999, n. 229, 2.3.2000, n. 168, e 28.7.2000, n. 254, di riforma del Servizio Sanitario Nazionale;

il D.P.C.M. del 29/11/2001 – Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza

la Legge regionale del 31.10.2001, n. 39 relativa al "riordino e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale" ;

la L.R. n.4 del 14.02.07 "Rete Regionale Integrata dei Servizi di Cittadinanza Sociale" che sancisce il processo di integrazione dei servizi sociali e sanitari

la Legge regionale dell'1.07.2008 n.12 e s.m.i. relativa al "riassetto organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario Regionale" e pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata n.28 del 2.07.2008;

VISTA la legge 38 La L.38/2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" che ha promosso l'attivazione e l'integrazione delle reti delle cure palliative e delle reti della terapia del dolore, a livello regionale e nazionale e la loro uniformità su tutto il territorio nazionale.

PREMESSO - che la D.G.R. n.2036 del 10.11.03 ha approvato l'atto d'indirizzo finalizzato ad attivare la rete di servizi di terapia del dolore e Cure Palliative nell'ambito del progetto denominato "Ospedale senza dolore" e ha recepito in tal senso le "Linee guida per la realizzazione dell'Ospedale senza dolore" di cui all'accordo Stato-Regioni del 24.05.2001

- che, in attuazione della suddetta D.G.R. le Aziende UU.SS.LL., l'Azienda Ospedaliera San Carlo, l'IRCCS - C.R.O.B. con atto formale hanno costituito il Comitato Ospedale senza dolore e nominato i Responsabili del progetto "Ospedale senza dolore"

CONSIDERATO che la D.G.R. n.1112 del 28.07.2011 ha già recepito l'Accordo del 16.12.2010 tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sulle "Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete delle cure palliative e della rete di terapia del dolore" – rep. atti n.239/CSR

ATTESO che, in attuazione del suddetto Accordo, è stato elaborato il documento allegato n.1 alla presente deliberazione di cui è parte integrante e sostanziale, per definire il modello regionale di "Rete della terapia del dolore"

RICHIAMATO l'Accordo rep. atti n.188/CSR del 28.10.2010 tra il Governo, le regioni e il Ministero della Salute di ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del progetto "Ospedale territorio senza dolore" che attribuisce alla regione Basilicata, secondo i criteri enunciati nell'allegato A dell'accordo medesimo, la somma di € 55.836, da ripartire nel biennio 2010-2011, rispettivamente per € 34.098 e per € 21.738, previa presentazione di specifico progetto alla cui valutazione provvederà il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'Intesa 23 marzo 2005

VISTO il progetto, allegato n.2 alla presente deliberazione di cui è parte integrante e sostanziale, dal titolo "Basilicata Ospedale-territorio senza dolore" che tende a rafforzare l'attività dei Comitati senza dolore di cui alla D.G.R. n.2036/2003, ma soprattutto favorisce l'integrazione ospedale-territorio, demandando alla struttura ospedaliera la gestione dei casi più complessi

EVIDENZIATO che il modello assistenziale della "Rete regionale della terapia del dolore" risulta coerente con le linee guida di cui all'Accordo Stato-regioni rep. n.239 del 16.12.2010, come recepito con la D.G.R. n.1112/2011 e che il progetto "Basilicata Ospedale-territorio senza dolore" risulta altresì coerente con quanto previsto all'art.6 della citata L. n.38/2010 e con il successivo l'Accordo rep. atti n.188/CSR del 28.10.2010, anch'esso recepito con la D.G.R. n.1112/2011

RAVVISATA pertanto la necessità di approvare i documenti sopradescritti, quali allegato n.1 e allegato n.2 alla presente deliberazione di cui sono parte integrante e sostanziale, a garanzia del diritto per ogni cittadino di accedere alla terapia del dolore, come sancito dalla L. n.38/2010

RICHIAMATA la DGR n.2222 del 29.12.2010 che ha approvato la proposta di "Piano regionale della salute e dei servizi alla persona 2011-2014", che pone quale obiettivo strategico, la realizzazione di un modello assistenziale orientato alle reti integrate, tra strutture e servizi, aziendali e interaziendali

Su proposta dell'Assessore al ramo
Ad unanimità di voti

D E L I B E R A

Per quanto esposto in narrativa che qui si intende integralmente riportato:

- di approvare il documento "Rete regionale della terapia del dolore", allegato n.1 alla presente deliberazione di cui è parte integrante e sostanziale, in attuazione dell'Accordo Stato-regioni rep. n.239 del 16.12.2010, come recepito con la D.G.R. n.1112/2011 e a garanzia del diritto per ogni cittadino di accedere alla terapia del dolore, come sancito dalla L. n.38/2010

- di approvare altresì il progetto dal titolo "Basilicata Ospedale-territorio senza dolore", allegato n.2 alla presente deliberazione di cui è parte integrante e sostanziale, in attuazione dell'Accordo Stato-regioni rep. n.188 del 16.12.2010, come recepito con la D.G.R. n.1112/2011

L'ISTRUTTORE

("[Inserire Nome e Cognome]")

IL RESPONSABILE P.O.

("[Inserire Nome e Cognome]")

IL DIRIGENTE

(Dott. Giuseppe Montagano)

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.

ricevuto

REGIONE BASILICATA
Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità

"RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE OSPEDALE-TERRITORIO NELLA REGIONE BASILICATA"

Rete di Terapia del Dolore Ospedale-territorio

1. Mission

Per Rete di Terapia del Dolore si intende una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di terapia del dolore erogate nei diversi setting assistenziali, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone adulte affette da dolore indipendentemente dalla sua etiopatogenesi, riducendone il grado di disabilità e favorendone la reintegrazione nel contesto sociale e lavorativo.

2. *Struttura organizzativa regionale di coordinamento della Rete di Terapia del Dolore*

Le linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore di cui all'Accordo Stato-regioni del 16.12.2010 (Legge n.38/2010 – art.3), recepito con D.G.R. n.1112 del 28.07.2011, riportano quanto è necessario prevedere a livello regionale per garantire l'assistenza palliativa e la terapia del dolore in modo omogeneo e a pari livelli di qualità in tutto il paese. In particolare, anche al fine di superare il precedente progetto "Ospedale senza dolore" che non ha prodotto i risultati attesi, le suddette linee prevedono, a livello regionale, una specifica funzione di coordinamento della rete di terapia del dolore. L'istituzione a livello regionale di un Comitato permanente con compiti di coordinamento, è una condizione necessaria per una reale operatività della Rete di Terapia del Dolore, di cui coordina e monitora l'attività e sviluppo interfacciandosi con le Aziende e i professionisti della rete .

Detta funzione è affidata ad un "Comitato permanente per la terapia del dolore", istituito presso il Dipartimento Salute della Regione.

A tale Comitato afferiscono, oltre a Dirigenti del Dipartimento regionale della Salute, supportati nelle funzioni tecnico-amministrative, un referente dei Centri Hub, un Medico di Medicina Generale, un referente dei centri spoke, un responsabile aziendale per il dolore pediatrico, un pediatra di libera scelta .

Il "Comitato permanente per la terapia del dolore", si interfaccia con la Rete delle Cure Palliative per garantire la piena applicabilità e fruibilità della Legge, garantendo l'implementazione di Programmi di formazione comuni per gli operatori, campagne di informazione alla popolazione e, quando possibile, attività di ricerca integrata.

Al "Comitato permanente per la terapia del dolore" sono affidati i seguenti compiti:

- Monitoraggio del sistema informativo regionale sulla Terapia del Dolore ai sensi dell'art.9, comma 1;
- Monitoraggio dello stato di attuazione della rete;
- Controllo della qualità delle prestazioni e e valutazione dell'appropriatezza da prevedersi nell'ambito del sistema di accreditamento;

- Promozione di programmi obbligatori di formazione continua in terapia del dolore coerentemente con quanto previsto dall'art.8, comma 2 della legge n°38/10;
- Definizione di indirizzi per lo sviluppo omogeneo di percorsi di presa in carico e assistenza nell'ambito della rete.

3. *Struttura organizzativa aziendale di coordinamento della Rete di Terapia del Dolore*

Le linee guida di cui al precedente paragrafo prevedono una funzione di coordinamento della rete delle cure palliative anche a livello aziendale. Pertanto le Aziende sanitarie regionali sono tenute ad attivare questa funzione, anche attraverso i Comitati Ospedale senza dolore, già istituiti nell'ambito del precedente progetto "Ospedale senza dolore" e, in tal senso a rafforzare il ruolo.
Ai nuovi Comitati "Ospedale territorio senza dolore" sono affidati i seguenti compiti:

- Tutela del diritto del cittadino ad accedere alla terapia del dolore;
- Attivazione di un sistema di erogazione di terapia del dolore basato sull'interazione di tutti i nodi della rete (centri hub, centri spoke e ambulatori dei medici di medicina generale) e coerente con quanto stabilito dall'art.5 della legge n° 38/2010;
- Definizione e attuazione nell'ambito della rete, dei percorsi di presa in carico e di assistenza per i malati, individuati secondo le indicazioni dell'art.2, comma 1, lettera e) della legge n°38/2010;
- Promozione di programmi di formazione rivolti agli operatori coinvolti nella rete di terapia del dolore ivi inclusi i medici di medicina generale e a i pediatri di libera scelta;
- Promozione di sistemi di valutazione e miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e dei percorsi assistenziali, da prevedersi nell'ambito del sistema di accreditamento;

La definizione di una nuova modalità assistenziale rivolta alla presa in carico del paziente con dolore cronico da moderato a severo impone la necessità di fornire una adeguata informazione alla cittadinanza sul percorso assistenziale costituito dai nodi della rete di cui il medico di medicina generale è parte integrante;
Altrettanto necessario è l'impegno regionale nella sensibilizzazione di tutti gli operatori sanitari all'uso dei farmaci oppiacei; questo sarà possibile attraverso opportune campagne di informazione circa l'appropriatezza prescrittiva in funzione della patologia clinica dolorosa.

4. Articolazioni della rete

Per tutelare il diritto del cittadino ad accedere alla Terapia del Dolore, indipendentemente dalla sua eziopatogenesi,nonché la sua presa in carico, vengono attivati tutti i nodi della rete sia ospedaliera che territoriale, viene garantita l'interazione con percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi condivisi , vengono predisposte procedure per la gestione delle interfacce e un sistema informativo che permetta la comunicazione dei dati tra i nodi della rete .

I nodi della rete sono le strutture indicate nelle Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali Legge 15 marzo 2010 n. 38, Art. 3 :

- AFT (aggregazioni funzionali territoriali di Medici di medicina generale) ed in via subordinata e temporanea altre forme di organizzazione funzionale.
- (Spoke) Ambulatorio di terapia del dolore
- (HUB) Centro di riferimento di Terapia del Dolore .

Entrano nella rete le attività specialistiche orientate alla diagnosi , terapia , riabilitazione di patologie dolorose specifiche (con particolare riferimento a fisiatria, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia).
Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, la terapia del dolore è garantita, da tutti i professionisti, durante l'intero percorso di cura, in funzione dei bisogni dell'assistito e in integrazione con le specifiche fasi terapeutiche delle patologie acute e croniche.
In ospedale, nell'ambito della rete di assistenza, sono previste inoltre: prestazioni di consulenza antalgica assicurata da un'équipe medico-infermieristica (dei centri spoke /Hub della rete) con specifica competenza ed esperienza, per la presa in carico dei casi complessi.
Le prestazioni di consulenza di terapia antalgica forniscono un supporto specialistico alla persona con dolore, nei diversi regimi di assistenza ospedaliera al fine di un ottimale controllo del dolore, contribuendo ad assicurare continuità assistenziale durante tutto il percorso di malattia ed integrazione tra i diversi nodi della rete.

5. *Tutela del cittadino ad accedere alla terapia del dolore*

Nella Rete di Terapia del Dolore sono definiti percorsi diagnostico – terapeutici - riabilitativi per garantire la presa in carico del paziente con dolore acuto o cronico, moderato o severo , riducendone il grado di disabilità e favorendone la reintegrazione nel contesto sociale e lavorativo. E' opportuno che vengano coinvolte in modo integrato tutte le risorse disponibili .
La mappa dei nodi della rete viene costantemente aggiornata per renderla fruibile ai professionisti sanitari e ai cittadini.

6 ***Continuità delle cure***

Nella Rete di Terapia del Dolore è garantita la continuità delle cure attraverso l'integrazione dei diversi ambiti assistenziali (territoriali, ambulatoriali, a ciclo diurno, di ricovero) . I professionisti dei diversi nodi della rete operano secondo Percorsi Diagnostici Terapeutici e Riabilitativi condivisi. La continuità assistenziale viene supportata da sistemi informatici che consentono la condivisione dei flussi informativi tra i Professionisti, soprattutto tra quelli che operano sul Territorio e in Ospedale, sia ai fini clinici/gestionali, sia al fine di un puntuale monitoraggio dei processi e degli esiti.

7 ***Operatività di équipe multi professionali dedicate, ai sensi dell'Art. 5 Comma 2***

Nella Rete di Terapia del Dolore operano figure multiprofessionali: Specialisti in Anestesia e Rianimazione dedicati alla Terapia del Dolore, in rapporto alle specificità delle diverse patologie, altri medici specialisti (definiti dall'accordo previsto art.5 comma2), medici di medicina generale ed infermieri in possesso di adeguata formazione ed esperienza, e, nonché le altre figure professionali ritenute essenziali .

8 ***Presa in carico del paziente***

Nella Rete di Terapia del Dolore è garantita la continuità delle cure attraverso l'integrazione dei diversi ambiti assistenziali (territoriali,ambulatoriali, a ciclo diurno, di ricovero). Le Aziende mettono in atto strategie per favorire l' attuazione di quanto previsto dall'art.7 in tutte le strutture, ovvero riportando in cartella clinica le caratteristiche del dolore rilevato , della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché il trattamento terapeutico e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito; inserendo la valutazione del dolore e lo schema terapeutico antalgico nel piano terapeutico da inviare al MMG alla dimissione.

La continuità assistenziale viene supportata da sistemi informatici che consentono la condivisione dei flussi informativi tra gli Operatori, soprattutto tra quelli che operano in Ospedale e sul Territorio, sia ai fini gestionali, sia al fine di un puntuale monitoraggio dei processi e degli esiti.

La presa in carico del paziente, per essere efficace, presuppone la piena condivisione tra tutti gli Operatori degli stessi Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziale (Dolore cronico in Medicina Generale Ministero della Salute 2010.).

9 ***Cura attiva e globale e salvaguardia della dignità e autonomia della persona assistita***

La Rete di Terapia del Dolore, in collaborazione con la Rete delle Cure Palliative, garantisce un adeguata gestione del dolore e dei sintomi correlati che concorrono alla sofferenza della persona assistita.

E' garantita l' informazione rispetto alla diagnosi, trattamenti, alternative terapeutiche e prognosi.

10. *Formazione per i professionisti*

La formazione dei professionisti è un elemento indispensabile per rispondere ai bisogni della persona con dolore . E' necessario predisporre ed attuare piani di formazione continua specifica per i MMG e per i professionisti dei presidi ospedalieri e territoriali centrati sia su elementi cognitivi, sia su elementi gestionali (es. condivisione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale -Dolore cronico in Medicina Generale Ministero della Salute 2010).

La Struttura organizzativa di Coordinamento della Rete promuove, con le strutture aziendali dedicate, i piani di formazione continua per i professionisti della Rete, come da accordo sancito dalla Conferenza Stato Regioni 16 dicembre 2010.

11. *Programmi di informazione alla popolazione sulla terapia del dolore*

La Rete di Terapia del Dolore sviluppa programmi specifici di informazione ai cittadini sull'esistenza della suddetta rete e sulle modalità di accesso ai nodi delle rete stessa (HUB, Spoke e AFT) e sulle prestazioni erogate, in coerenza con quanto stabilito dai Programmi regionali di comunicazione come da accordo sancito dalla Conferenza Stato Regioni 16 dicembre 2010. Tale programma può essere attuato in accordo e con il contributo delle associazioni no-profit operanti nel settore .

12. *Programmi di valutazione delle prestazioni e sistema informativo regionale .*

La Struttura Organizzativa di coordinamento Regionale della Rete e le strutture Aziendali , con l'attivazione di un sistema informativo di raccolta dei dati, valutano la quantità , l'appropriatezza del regime assistenziale, la qualità delle prestazioni erogate e dei costi associati alla terapia del dolore, e gli indicatori previsti nell'Accordo di conferenza del 28.10.2010, e quanto previsto dalle normative nazionali e regionali.

13. *Sistema tariffario e Compensazioni interregionali*

L'operatività della rete richiede la definizione di un sistema tariffario in grado di garantire l'equilibrio costo – qualità.

A tal fine si rende necessario identificare le procedure caratterizzanti le attività degli Spoke e degli HUB definendone i costi. Per le attività della rete di Terapia del Dolore vengano applicati i meccanismi delle compensazioni interregionali già previsti per l'assistenza ospedaliera.

Questi elementi sono coerenti con quanto stabilito dalle fonti normative nazionali ed in particolare dagli Accordi già sottoscritti in sede di Conferenza Stato-Regioni.

- *Decreto Ministeriale 30 gennaio 1998*
- *DPCM 29 novembre 2001*
- *Progetto « Ospedale senza dolore Gazzetta Ufficiale n. 149 del 29 giugno 2001*
- *Protocollo d'intesa Stato - Regioni - 23 Marzo 2005*

- *Decreto Ministeriale 1 agosto 2005, Gazzetta Ufficiale del 5 novembre 2005 n. 285 - supplemento ordinario n. 176-Riassetto Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria*
- *Mattone 2 Classificazione delle prestazioni ambulatoriali Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN 16/05/2007*
- *Art. 26/bis Accordo Collettivo Nazionale per la Disciplina dei Rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art.8 del D.LGS N.502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni (9 marzo 2010)*
- *Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato , le regioni e le provincia autonome di Trento e Bolzano 9 luglio 2009 ipotesi ACN*
- *Accordo Conferenza Stato Regioni 16 dicembre 2010 :Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali Legge 15 marzo 2010 n. 38, Art. 3*
- *Accordo di conferenza del 28.10.2010 Proposta di ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del progetto ridenominato "Ospedale-Territorio senza dolore"di cui al comma 1, art.6 della legge 15 marzo 2010*

Risulterebbe utile evidenziare un codice disciplina per il flusso informativo delle attività erogate in regime di day hospital/ surgery /ricovero ordinario dei centri di Terapia del Dolore (HUB) e un codice di branca specialistica per le prestazioni erogate dagli Ambulatori di Terapia del Dolore (Spoke). Per il monitoraggio e valutazione delle strutture della rete è necessaria la condivisione con la Cabina di Regia dell'NSIS, su proposta del Ministero della Salute, anche dei codici procedura caratterizzanti l'attività propria dei centri HUB e le prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale da prevedere nel Nomenclatore Tariffario Nazionale caratterizzanti le attività degli spoke

Si evidenzia la necessità di un appropriato riconoscimento del valore dei dispositivi nell'ambito del sistema di remunerazione a prestazione ; per alcuni dispositivi è evidente la necessità di aggiornamento sistematico delle indicazioni di cura, degli strumenti di rilevazione e valorizzazione delle prestazioni per rendere conto ed incentivare l'uso appropriato dell'innovazione tecnologica.

11. *Programmi di Ricerca per lo sviluppo della Rete*

La struttura organizzativa regionale di coordinamento della Rete di Terapia del Dolore è responsabile dell' attivazione, nell'ambito dei programmi annuali identificati dalle Istituzioni competenti in materia sia a livello Regionale e Nazionale,di programmi finalizzati allo sviluppo delle competenze e conoscenze nella ricerca sul dolore .

ALLEGATO 1BIS

Tipologia dei nodi della rete

AFT (aggregazioni funzionali territoriali) di cui all'articolo 26/bis dell'accordo collettivo nazionale vigente dei MMG.
Con lo sviluppo delle aggregazioni territoriali di MMG sul territorio nazionale e l'attuazione di un programma di formazione dei MMG nell'ambito della terapia del dolore, si viene a definire un modello articolato sulla base della struttura organizzativa della medicina generale in grado di dare la prima risposta diagnostica e terapeutica ai bisogni della persona con dolore, di indirizzare ,quando necessario e secondo criteri condivisi di appropriatezza, il paziente allo Spoke o all'HUB, e garantire la continuità della gestione nell'ambito di percorsi definiti nella rete.
In ogni AFT viene individuato un MMG formato in terapia del dolore con funzioni di consulente e formatore per i colleghi e referente per gli specialisti degli spoke ed HUB della rete con compiti da definire nell'ambito degli Accordi Collettivi Nazionali e Regionali
Un rappresentante per provincia dei MMG Referenti è inserito nella struttura Regionale preposta al Coordinamento della Rete.
Dopo adeguata formazione ogni Medico di Medicina Generale dovrebbe conoscere e saper applicare il Percorso Diagnostico Terapeutico (PDT-Dolore) (Dolore cronico in Medicina Generale Ministero della Salute 2010. Value Relations). In particolare dovrebbe essere in grado di effettuare una diagnosi del tipo di dolore , utilizzando semplici strumenti disponibili in ogni ambulatorio, misurarne la intensità e l'impatto sulla qualità di vita, registrando in cartella il dato, come previsto dall'Art. 7 della Legge 38/2010, ed impostare la terapia farmacologica e non, anche nel caso sussistano criteri per l'invio del paziente ai Centri di Terapia del Dolore .
Nei casi in cui il PDT- Dolore preveda l'invio allo Specialista , il MMG dovrebbe avere a disposizione i canali di comunicazione della rete.

Ambulatori di Terapia del Dolore (Spoke)
La struttura di livello Spoke è preposta ad effettuare interventi diagnostici e terapeutici farmacologici, strumentali, chirurgici variamente integrati , finalizzati alla riduzione delle disabilità dei malati con dolore in regime ambulatoriale.
Garantisce la gestione del dolore indipendentemente dalla sua eziopatogenesi.

Centro di Terapia del Dolore (HUB)
La struttura di livello HUB è preposta ad erogare interventi diagnostici e terapeutici ad alta complessità (farmacologici, strumentali, chirurgici,psicologici variamente integrati) finalizzati alla riduzione delle disabilità dei malati con dolore acuto e cronico, in regime ambulatoriale , di day-hospital e ricovero ordinario.

Garantisce la gestione del dolore cronico indipendentemente dalla sua eziopatogenesi attraverso un approccio interdisciplinare per le patologie complesse, sia con team dedicati che con rete di consulenze.

Alla struttura HUB vengono affidati i compiti di sorveglianza delle innovazioni tecnologiche e di monitoraggio dei processi di cura complessi e i registri per le procedure a permanenza.

Fabbisogno

La distribuzione sul territorio regionale degli HUB e Spoke viene proporzionata al numero di abitanti, salvaguardando le aree territoriali disagiate, quindi una rete regionale può avere più di un HUB .

Da una valutazione dei bisogni assistenziali della popolazione e dei requisiti precedentemente individuati si stima per la regione Basilicata la necessità di:

- *un HUB di II livello presso l'Azienda Ospedaliera San Carlo*
- *un Hub di I livello presso l'Istituto IRCCS-CROB di Rionero in Vulture*
- *almeno n.3* (Spoke) Ambulatori di terapia del dolore per ciascun ambito distrettuale nell' *Azienda Sanitaria di Potenza*
- *almeno n.2* (Spoke) Ambulatori di terapia del dolore per ciascun ambito distrettuale nell' *Azienda Sanitaria di Matera*

REQUISITI MINIMI SPOKE ED HUB

(Spoke) Ambulatori di terapia del dolore

Livello : ospedaliero e/o territoriale

Strutturali: risponde ai requisiti di accreditamento regionali per gli ambulatori chirurgici

Minimo di attività : garantisce almeno 18 ore di attività settimanali ,per esterni , articolate su tre giorni.

Garantisce l'erogazione di tutte le prestazioni previste in regime ambulatoriale e quanto previsto nei percorsi diagnostico-terapeutici della rete su cui insiste.

Garantisce una tempestiva attività di consulenza ospedaliera con la presa in carico dei casi complessi (inquadramento diagnostico, valutazione del dolore con scale validate, interventi terapeutici messi in atto, valutazione dell'efficacia del trattamento , impostazione del piano terapeutico da inviare al MMG alla dimissione).

Organico : almeno un medico Specialista in Anestesia e Rianimazione (Decreto Ministeriale 30 gennaio 1998) **dedicato** all'attività di terapia del dolore, supportato da una procedura organizzativa che garantisca la presenza di un infermiere esperto durante lo svolgimento dell'attività invasiva maggiore .

Prestazionali

Vengono definite procedure ed istruzioni operative per garantire le caratteristiche qualitative delle prestazioni dichiarate dal servizio e la gestione delle interfacce .

Nella Cartella clinica ambulatoriale vengono registrate : inquadramento diagnostico,valutazione dolore con scale validate ,piano terapeutico, consenso, valutazione efficacia trattamento,follow-up.

La documentazione del processo assistenziale comprende : registro prestazioni , relazione al medico curante, cartella clinica ambulatoriale. Vengono definite le interfacce con la Rete di Cure Palliative presente nel bacino di riferimento dello Spoke. Vengono definite le interfacce con le strutture esterne allo Spoke che erogano attività specialistiche orientate alla diagnosi, terapia, riabilitazione di patologie dolorose specifiche .

Valutazione qualità prestazioni

Raccolta standardizzata dei dati per il set di indicatori da monitorare per gli audit interni e per rispondere al debito informativo nazionale

HUB Centro di Terapia del Dolore di II livello, è struttura di livello ospedaliero dotata di autonomia funzionale

Livello : ospedaliero

Strutturali: risponde ai requisiti regionali per accreditamento delle strutture necessarie all'erogazione delle procedure ambulatoriali invasive (ambulatorio chirurgico) , procedure invasive ad alta complessità (sala operatoria e/o sala di diagnostica per immagini), e per la degenza ordinaria , day-hospital, day-surgery .

L'area funzionale dei servizi generali di supporto verrà dimensionata sulla base delle attività.

Tecnologici

Infusori esterni elettronici/meccanici e le apparecchiature per la programmazione/controllo dei sistemi impiantabili , gli strumenti per eseguire lesioni delle vie nervose, strumenti per endoscopia.

Minimo di attività :

- Apertura minima del Centro : h12 nei giorni feriali integrata con sistema di reperibilità h 24 articolato su due livelli: 1) assistenza telefonica 2) reperibilità in caso di urgenze.In degenza ordinaria si garantisce assistenza medica h 24
- Attività ambulatoriale per esterni almeno cinque giorni la settimana.(minimo 30 ore) con erogazione di tutte le prestazioni previste in regime ambulatoriale.
- Attività procedurale invasiva ad alta complessità almeno 2 sedute settimanali

Garantisce:

- l'erogazione di prestazioni specialistiche di alto livello (es : neurostimolazione spinale e periferica , neuromodulazione spinale farmacologia ,neurolesioni del sistema simpatico e somatico , procedure mininvasive sulle strutture ossee ed articolari della colonna vertebrale comprese le endoscopie), garantendo l'assistenza in regime di DH/DS/Degenza Ordinaria .
- prestazioni specialistiche diagnostiche (es. diagnosi clinico-strumentale del sistema somato-sensoriale, tecniche diagnostiche evocative sul disco ed articolazioni in genere, blocchi diagnostici delle vie somato-sensoriali)
- quanto previsto nei percorsi diagnostico-terapeutici della rete su cui insiste.
- attività di consulenza ospedaliera con la presa in carico dei casi complessi (inquadramento diagnostico, valutazione del dolore con scale validate, interventi terapeutici messi in atto, valutazione dell'efficacia del trattamento impostazione del piano terapeutico da inviare al MMG alla dimissione)
- consulenza antalgica per pazienti in assistenza domiciliare, secondo quanto previsto nei percorsi diagnostico-terapeutici della rete su cui insiste.

Dotazione: unità mediche di cui almeno due Specialisti in Anestesia e Rianimazione, **dedicati** all'attività di terapia del dolore, con reperibilità telefonica notturna e festiva o con supporto di una reperibilità aziendale – dipartimentale specialistica
Per l'attività chirurgica e di degenza il personale medico ed assistenziale viene adeguato ai volumi di attività ed alla tipologia organizzativa dell'Hub. La compensazione organica verrà attuata sulla base dei carichi di lavoro e dei bisogni territoriali

Organizzativi
L'attività in regime di DH/DS/Degenza Ordinaria deve essere espletata in strutture autonome e dedicate, secondo una procedura che descriva le modalità di utilizzo dei posti letto in termini di accessibilità/disponibilità e di una procedura che regoli la disponibilità della sala operatoria e/o di una sala di diagnostica per immagini accreditata per la NORA (Non Operative Room Anesthesia) indicante anche il setting più appropriato.
Vengono predisposte schede informative relative alle prestazioni invasive.
Prestazionali
Vengono condivise procedure ed istruzioni operative per garantire le caratteristiche qualitative delle prestazioni dichiarate dal servizio e la gestione delle interfacce .
Documentazione processo assistenziale
Sono previste procedure/istruzioni operative per:

- prenotazione delle prestazioni
- gestione delle liste d'attesa
- gestione delle richieste urgenti

- documentazione del processo assistenziale: ammissione, consenso informato, relazione al medico curante
- ricovero in regime ordinario non programmato, qualora le prestazioni svolte in regime ambulatoriale lo richiedano

Per i pazienti assistiti in ambulatorio viene istituita una cartella clinica ambulatoriale.
Vengono definite le interfacce con la Rete di Cure Palliative presente nel bacino di riferimento dell'Hub.

Vengono definite le interfacce con le strutture esterne al Centro che erogano attività specialistiche orientate alla diagnosi , terapia , riabilitazione di patologie dolorose specifiche.

Competenza individuale

Per garantire il mantenimento della *clinical competence* viene definito in sede di coordinamento regionale per ogni prestazione ad alto livello un numero minimo annuo per struttura.

Valutazione qualità prestazioni
si garantisce l'utilizzo regolare di strumenti di valutazione della qualità percepita da parte del paziente. Con l'attivazione ed implementazione di un sistema informativo di raccolta dei dati, si costruirà il set minimo di indicatori da monitorare per gli audit interni e per rispondere al debito informativo nazionale.

HUB Centro di Terapia del Dolore di I livello,
Livello : ospedaliero
Strutturali: risponde ai requisiti regionali per accreditamento delle strutture necessarie all'erogazione delle procedure ambulatoriali invasive (ambulatorio chirurgico), procedure invasive ad alta complessità (sala operatoria e/o sala di diagnostica per immagini), e per la degenza ordinaria , day-hospital, day-surgery .
L'area funzionale dei servizi generali di supporto verrà dimensionata sulla base delle attività.
Tecnologici
Infusori esterni elettronici/meccanici e le apparecchiature per la programmazione/controllo dei sistemi impiantabili , gli strumenti per eseguire lesioni delle vie nervose, strumenti per endoscopia.

Minimo di attività :

- Apertura minima del Centro : h12 nei giorni feriali integrata con sistema di reperibilità h 24 articolato su due livelli: 1) assistenza telefonica 2) reperibilità in caso di urgenze.In degenza ordinaria si garantisce assistenza medica h 24
- Attività ambulatoriale per esterni almeno cinque giorni la settimana.(minimo 30 ore) con erogazione di tutte le prestazioni previste in regime ambulatoriale.
- Attività procedurale invasiva ad alta complessità almeno 2 sedute settimanali

Garantisce:

- l'erogazione di prestazioni specialistiche di alto livello (es : neurostimolazione spinale e periferica , neuromodulazione spinale farmacologia ,neurolesioni del sistema simpatico e somatico , procedure mininvasive sulle strutture ossee ed articolari della colonna vertebrale comprese le endoscopie), garantendo l'assistenza in regime di DH/DS/Degenza Ordinaria .
- prestazioni specialistiche diagnostiche (es. diagnosi clinico-strumentale del sistema somato-sensoriale, tecniche diagnostiche evocative sul disco ed articolazioni in genere, blocchi diagnostici delle vie somato-sensoriali)
- quanto previsto nei percorsi diagnostico-terapeutici della rete su cui insiste.
- attività di consulenza ospedaliera con la presa in carico dei casi complessi (inquadramento diagnostico, valutazione del dolore con scale validate, interventi terapeutici messi in atto, valutazione dell'efficacia del trattamento impostazione del piano terapeutico da inviare al MMG alla dimissione)
- consulenza antalgica per pazienti in assistenza domiciliare, secondo quanto previsto nei percorsi diagnostico-terapeutici della rete su cui insiste.

Dotazione: unità mediche, di cui almeno due Specialisti in Anestesia e Rianimazione, anche **dedicate** all'attività di terapia del dolore, con reperibilità telefonica notturna e festiva o con supporto di una reperibilità aziendale – dipartimentale specialistica
Per l'attività chirurgica e di degenza il personale medico ed assistenziale viene adeguato ai volumi di attività ed alla tipologia organizzativa dell'Hub. La compensazione organica verrà attuata sulla base dei carichi di lavoro e dei bisogni territoriali

Organizzativi
L'attività in regime di DH/DS/Degenza Ordinaria può essere espletata in strutture autonome e dedicate o all'interno di altri ambiti di degenza; in quest'ultimo caso secondo una procedura che descriva le modalità di utilizzo dei posti letto in termini di accessibilità/disponibilità e di una procedura che regoli la disponibilità della sala

operatoria e/o di una sala di diagnostica per immagini accreditata per la NORA (Non Operative Room Anesthesia) indicante anche il setting più appropriato.
Le prestazioni erogate per pazienti degenti in altre UU.OO sono comunque da considerare ai fini della determinazione dei volumi minimi di attività del HUB.
Vengono predisposte schede informative relative alle prestazioni invasive.

Prestazionali

Vengono condivise procedure ed istruzioni operative per garantire le caratteristiche qualitative delle prestazioni dichiarate dal servizio e la gestione delle interfacce .

Documentazione processo assistenziale

Sono previste procedure/istruzioni operative per:

- prenotazione delle prestazioni
- gestione delle liste d'attesa
- gestione delle richieste urgenti
- documentazione del processo assistenziale: ammissione, consenso informato, relazione al medico curante
- ricovero in regime ordinario non programmato, qualora le prestazioni svolte in regime ambulatoriale lo richiedano

Per i pazienti assistiti in ambulatorio viene istituita una cartella clinica ambulatoriale.
Vengono definite le interfacce con la Rete di Cure Palliative presente nel bacino di riferimento dell'Hub.

Vengono definite le interfacce con le strutture esterne al Centro che erogano attività specialistiche orientate alla diagnosi , terapia , riabilitazione di patologie dolorose specifiche .

Competenza individuale

Per garantire il mantenimento della *clinical competence* viene definito in sede di coordinamento regionale per ogni prestazione ad alto livello un numero minimo annuo per struttura.

Valutazione qualità prestazioni

si garantisce l'utilizzo regolare di strumenti di valutazione della qualità percepita da parte del paziente. Con l'attivazione ed implementazione di un sistema informativo di raccolta dei dati, si costruirà il set minimo di indicatori da monitorare per gli audit interni e per rispondere al debito informativo nazionale.

ALLEGATO N.2

Legge 15 marzo 2010 – Accordo Stato-regioni rep. n.188/CSR del 28.10.2011 – Progetto "Ospedale-territorio senza dolore"

GENERALITA'

Regione proponente:	Regione Basilicata
Titolo del progetto:	"Basilicata Ospedale-territorio senza dolore"
Durata del progetto	Due anni
Costo del progetto	€ 55.836: € 34.098 1° anno € 21.738 2° anno
Referenti regionali	Dott. Giuseppe Montagano (0971-668823 giuseppe.montagano@regione.basilicata.it) D.ssa Carla Di Lorenzo (0971-668864, cadilore@regione.basilicata.it)
Referenti aziendali	**Azienda Sanitaria di Potenza ASP:** Dott. Gianvito Corona, (ospedale di Venosa) Dott. Carlo Antonelli (ospedale di Melfi) D.ssa Iolanda Tres (ospedale di Villa d'Agri) Dott. Giovanni Gazzaneo (ospedale di Lagonegro) Dott. Domenico Iadanza (Cure palliative pediatriche) **Azienda Sanitaria di Matera ASM:** Dott. Nicola Maratea (ospedale di Policoro) **Azienda Ospedaliera San Carlo AOR :** Dott. Marcello Ricciuti **Istituto IRCCS-CROB:** Dott. Pasquale De Negri

ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

Contesto in cui il progetto si colloca

In merito alla terapia del dolore, nella regione Basilicata si fa riferimento a quanto programmato nel progetto "Ospedale senza dolore", approvato con la D.G.R. n.2036 del 10.11.2003 come atto di indirizzo alle Aziende sanitarie e ospedaliere, nell'intento di sensibilizzare gli operatori e i pazienti ad una cultura del controllo del dolore e della sofferenza globale. In attuazione della suddetta D.G.R. le Aziende UU.SS.LL., l'Azienda Ospedaliera San Carlo, l'IRCCS-C.R.O.B. con atto formale, hanno costituito il Comitato Ospedale senza dolore e nominato i Responsabili del progetto "Ospedale senza dolore".

Attraverso il funzionamento di questi organismi, si è inteso arrivare alla:

- Costituzione delle unità dedicate di terapia del dolore nelle sedi DEA (Dipartimento emergenza-accettazione) di I livello (Matera), di II livello (Potenza) e IRCCS-C.R.O.B. di Rionero in Vulture
- Costituzione delle unità dedicate di terapia del dolore nelle sedi di PSA (Pronto Soccorso Attivo), aggregate alle Unità di anestesia e rianimazione
- Lotta alla sofferenza e al dolore anche fuori dell'ospedale, avvalendosi del contributo dei MMG e dei PLS

- Potenziamento della lotta al dolore in quei settori nei quali, a causa di limiti culturali non superati, spesso è poco conosciuto e sottotrattato (travaglio e parto per via naturale, in ambito post-operatorio, in Pronto Soccorso)
- Programmi ECM per la formazione degli operatori ospedalieri e territoriali
- Sensibilizzare la popolazione al tema della cura del dolore e del diritto al suo superamento, anche aderendo ad eventi nazionali, quali "La giornata nazionale del sollievo"

Queste finalità sono diventate obiettivi di salute assegnati ai Direttori Generali delle Aziende, all'interno del documento "Obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria"

Nello scenario attuale la L.n.38/2010 – Disposizioni per garantire l'acceso alle cure palliative e alla terapia del dolore - persegue il duplice obiettivo di realizzare una rete assistenziale di cure palliative e una rete assistenziale di terapia del dolore, naturalmente integrate fra loro. La realizzazione della rete di terapia del dolore dovrà tenere conto del progetto Ospedale senza dolore, che, non avendo conseguito i risultati attesi nell'intero ambito nazionale, come rilevato dallo stesso Ministero della Salute, è ridefinito all'art.6 di questa legge e ridenominato "Ospedale-territorio senza dolore". Il nuovo progetto Ospedale-territorio senza dolore sposta il baricentro dell'assistenza sul territorio, demandando alle strutture ospedaliere la gestione dei casi complessi e coinvolgendo nel processo decisionale le figure sanitarie territoriali, in particolare il medico di medicina generale.

I principi sanciti dalla citata L.n.38/2010 fanno sì che la diffusione del controllo e del trattamento del dolore rappresenti un obiettivo ormai strategico nella programmazione sanitaria sia nazionale sia regionale. La cultura del diritto a non soffrire inutilmente si sta affermando anche nel nostro Paese, che ha visto da molti anni nascere e sviluppare esperienze d'avanguardia nei settori della terapia del dolore e delle cure palliative. Il dolore costituisce un problema di notevole impatto psicologico , sociale ed economico che necessita di essere studiato, oltre che a livello individuale, anche nella sua globalità e che occorre trattare efficacemente e se possibile, prevenire in ogni ambito. Numerosi studi e ricerche hanno evidenziato che negli ospedali italiani un malato su due fa i conti con il dolore provocato dalla malattia che lo affligge. L'inadeguato controllo del dolore, oltre a determinare una inaccettabile sofferenza per il paziente, comporta il prolungamento della degenza, l'aumento delle complicanze e della mortalità, l'aggravio dei costi sociali, per le malattie acute e croniche, anche al di fuori dei ricoveri ospedalieri. E' ormai chiaro che il dolore è un problema trasversale , quindi occorre dare sollievo ad ogni tipo di dolore all'interno dell'ospedale ed è essenziale che alla soluzione del problema partecipi tutta la classe medica .
Nella programmazione di atti ed interventi che migliorino ulteriormente l'attuale scenario, comunque caratterizzato da un ritardo culturale generale rispetto alle tematiche del trattamento del dolore e del diritto a non soffrire inutilmente, particolare importanza assume la creazione di una rete sanitaria nella quale vengano adottati strumenti atti ad offrire alla popolazione malata una risposta qualificata, motivata ed omogenea su tutto il territorio regionale.

OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

L'orientamento della programmazione sanitaria privilegia modelli di assistenza fondati sull'integrazione dei servizi, delle strutture e degli operatori per costituire una rete assistenziale, all'interno della quale il paziente possa trovare la risposta più adeguata al proprio bisogno.
Con tale modello organizzativo integrato nel territorio, il livello assistenziale viene, dunque, scomposto in tre nodi complementari - i centri di riferimento di Medicina del Dolore (*hub*), l'ambulatorio di Medicina del Dolore (*spoke*) e l'Aggregazione Funzionale Territoriale (*AFT*) di Medici di Medicina Generale (MMG) – e alla base di tale modello vi è la creazione di una rete di AFT in grado di fornire una prima risposta concreta alle esigenze dei cittadini, fungendo da "triage" per i centri hub e spoke, e di ridurre il ricorso al pronto soccorso per la cura del dolore. Il concetto di rete presenta come elemento essenziale per il suo funzionamento una organizzazione legata al

territorio. Scopo della rete è di migliorare l'approccio al paziente con dolore acuto e cronico da parte dei MMG e pediatri attraverso adeguati corsi di formazione tenuti da esperti di terapia antalgica, cure palliative e di formazione, che predisporrà i pacchetti formativi, di gestire i corsi di formazione e di elaborare una bozza-prototipo di una guida a rapida consultazione basata su schede diagnostico-terapeutiche con algoritmi e flow-chart, per supportare l'attività assistenziale dei MMG e dei pediatri. Il Progetto formativo si potrebbe strutturare sul metodo train to trainer, sulla formazione a distanza, che può comprendere l'autoformazione e sull'aggiornamento del processo conoscitivo attraverso forme di implementazione culturale.

Una rilevazione corretta e costante del sintomo dolore di semplice applicazione e comprensione, trattamenti pronti e corretti in base a protocolli elaborati sulla base delle evidenze, formazione del personale, informazione della popolazione, verifica dei risultati, sono i cardini della realizzazione del progetto. Ciò potrà portare a modifiche positive in importanti settori di sofferenza attuale, quali quello oncologico, degenerativo osteo-articolare, post-operatorio, negli eventi collegati all'emergenza-urgenza (ad es. politraumi, ustioni). I risultati virtuosi conseguenti alla realizzazione del progetto contribuiranno sicuramente a ridurre anche la sofferenza di fasce deboli della popolazione, quale quella pediatrica. Infatti per rispondere alle particolari necessità del paziente pediatrico, si prevede un'ulteriore declinazione del modello basata sull'organizzazione di centri di riferimento di Medicina del Dolore (hub) per problemi specialistici su macroarea, e l'abilitazione di pediatri ospedalieri e di libera scelta (in rete con il centro di riferimento) alla gestione della gran parte delle situazioni dolorose di più facile trattamento.

Bisogna quindi rafforzare il processo più generale di sensibilizzazione degli operatori sanitari di tutta la rete assistenziale, quindi non solo della rete ospedaliera, ma anche di coloro che prestano la propria opera nelle reti territoriali, rispetto a quanto si può già sin d'ora offrire ai malati affetti da dolore acuto e cronico.

Le esperienze pilota in atto presso alcune Strutture Sanitarie hanno consentito di valutarne gli effetti sociali ed economici ed hanno evidenziato la necessità di estendere il processo di sviluppo su scala regionale. A tutt'oggi infatti risultano carenti le iniziative nel settore della formazione del personale e nell'informazione della popolazione. L'esperienza accumulata in questi ultimi anni in alcune Strutture Sanitarie rappresenta un utile punto di partenza per analizzare criticità, per evitare errori di sviluppo e per ottimizzare i risultati su scala più ampia.

Compito dei Centri Hub sarà quello di:

coordinamento, preparazione e diffusione di protocolli specifici diagnostico- terapeutici di tipo innovativo per il trattamento del dolore acuto e cronico, in applicazione di quanto validato dalla letteratura scientifica di settore e prevedendo modalità di monitoraggio di consumo, di efficacia, degli effetti collaterali e degli eventi avversi dei trattamenti antalgici erogati.

identificazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche necessarie alla gestione complessiva dei pazienti e promozione del loro eventuale adeguamento a livello regionale, al fine di limitare la migrazione extraregionale;

definizione e promozione tutoriale in ambito regionale dei criteri di accreditamento per la qualifica

Compito dei centri Spoke [1];

verifica che in ogni Struttura Sanitaria sia in dotazione un Prontuario farmaceutico nel quale siano inseriti i farmaci ritenuti fondamentali per il trattamento del dolore acuto e cronico, in base ai dati di evidenza scientifica; in particolare devono essere messi a disposizione dei curanti tutte le molecole e le preparazioni di oppioidi .

verifica che ogni struttura sanitaria sia in grado di applicare tecniche di neuromodulazione farmacologica continua per il controllo di alcune forme del dolore acuto, in particolare per quello

[1] per l'identificazione dei Centri di Medicina del Dolore Hub e Spoke : requisiti di accreditamento elaborati dalla Regione Emilia Romagna in data 10/06/2009

post-operatorio e da parto.
identificazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche di tipo invasivo-interventistico necessarie alla gestione complessiva dei pazienti e la cui esecuzione, qualora indicata, potrà essere più efficacemente attuata o direttamente presso il Centro spoke da parte di personale riconosciuto esperto a livello regionale, sia mediante l'invio del paziente presso Centri Hub, stipulando specifici accordi o convenzioni (sistema a rete) al fine di limitare la migrazione extraregionale

Risulta inoltre necessario poter disporre di un Servizio di supporto psicologico per malati affetti da forme dolorose persistenti, sia esso erogato direttamente oppure indirettamente, attraverso accordi a rete che garantiscano la continuità del percorso assistenziale del malato.
Gli interventi antalgici rivolti a malati affetti da malattie inguaribili in fase avanzata e terminale dovranno essere inseriti in un programma assistenziale di cure palliative, che tenga conto delle potenzialità organizzative del contesto assistenziale e dello sviluppo della rete di cure palliative.

E' essenziale che tutti gli interventi terapeutici antalgici impostati presso le Strutture Sanitarie, sia durante il ricovero sia presso le strutture ambulatoriali, debbano tenere conto della reale possibilità di una loro continuazione al domicilio, qualora ciò si rendesse necessario (continuità del percorso assistenziale indipendentemente dal set assistenziale), anche utilizzando proprie équipes attive sul territorio. Ciò deve attuarsi attraverso la preventiva definizione di aspetti procedurali concordati con le AFT (ad es. all'atto della dimissione del malato, deve essere prevista da parte della Struttura Sanitaria di degenza la continuità terapeutica attraverso la fornitura diretta di farmaci antalgici sufficiente per concludere un ciclo terapeutico o per garantire una autonomia terapeutica di almeno 3 giorni). Devono inoltre essere previsti accordi interaziendali volti a garantire consulenze specialistiche di Medicina del Dolore domiciliari, inserite nei programmi assistenziali di Assistenza Domiciliare Integrata o di Ospedalizzazione Domiciliare

Indicatori per la verifica dell'efficacia/efficienza degli interventi progettati e realizzati:

- Avvio delle procedure per la creazione di un sistema informativo regionale
- Campagne di comunicazione e informazione alla popolazione
- Programmi di formazione sulla gestione del dolore
- Programmi di formazione sulla gestione del dolore pediatrico
- N. di MMG coinvolti nei programmi di formazione
- N. di PLS coinvolti nei programmi di formazione
- Programmi di formazione del personale sanitario ospedaliero sulle tematiche del dolore
- N. di operatori sanitari ospedalieri coinvolti nei programmi di formazione sulle tematiche del dolore

PROGETTO DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO INNOVATIVO:

Approccio

Nella definizione di un progetto della rete del dolore e delle cure palliative per la Regione Basilicata in ottemperanza alla legge 38/2010, vanno considerate alcune peculiarità dello scenario della Regione, in particolare:

- le caratteristiche geografiche del territorio;
- l'esistenza di più Centri, già operativi e specializzati per l'erogazione di determinate prestazioni
- le dimensioni del sistema sanitario, che consigliano e consentono una stretta integrazione fra tutte le componenti: dai Centri, ai Medici sul Territorio, fino agli stessi pazienti, loro familiari e care-givers, sia dal punto di vista

organizzativo che sotto il profilo tecnologico.

Il modello più adeguato per rispecchiare questa realtà e per capitalizzare sul patrimonio professionale, logistico ed organizzativo già esistente è quello di una "federazione" di poli (hub), ognuno dei quali specializzato alla gestione di specifiche patologie ed alla erogazione di specifiche prestazioni.

Una "Cabina di Regia" costituisce un "Hub virtuale di coordinamento", responsabile di coordinare le attività della rete, analizzandone il comportamento sia attraverso dati di dettaglio che indicatori riassuntivi e delineando periodicamente obiettivi e linee evolutive.

Anche dal punto di vista informatico, la rete capitalizza sul sistema già esistente nella Regione per la gestione integrata in tutti gli ospedali dei pazienti, dei ricoveri e delle informazioni cliniche essenziali. Tale infrastruttura viene ampliata con le funzionalità specifiche di supporto alla rete, in modo da garantire sia l'integrazione del sistema sanitario regionale, nonché la riduzione dei costi di impianto e di gestione.

La Cabina di Regia: hub virtuale di coordinamento.

La "Cabina di Regia" (Comitato Permanente per la terapia del dolore) è responsabile di coordinare e guidare tutte le attività della rete, analizzandone il comportamento sia attraverso dati di dettaglio che indicatori riassuntivi, delineando obiettivi e linee evolutive ed attuando iniziative specifiche di supporto culturale, scientifico ed organizzativo. E' composta di esperti, rappresentanti delle istituzioni presenti sul territorio regionale. In questo suo ruolo, le principali attività della cabina di regia sono evidenziabili nei seguenti punti:

- **Censimento** periodico delle strutture esistenti sul territorio che operano nel campo della palliazione e del dolore, mediante la somministrazione -anche informatica- di schede conoscitive sulle caratteristiche strutturali ed organizzative, che saranno integrate nella banca dati complessiva del sistema, sia per scopi clinici che organizzativi.

- **Definizione dei requisiti e validazione scientifica di tutte le aree del sistema informatico** - informative, formative, sanitarie, organizzative- collaborando con i gruppi tecnici sia nella fase iniziale di impianto che nelle successive attività di evoluzione del sistema.

- Istituzione di **rapporti di comunicazione** tra la cabina e le strutture già esistenti previamente censite, e tra cabina, strutture delocalizzate e medici di medicina generale. In quest'ultimo caso può essere previsto il coinvolgimento degli Ordini professionali delle province di Potenza e Matera.

- Definizione di un programma di **educazione continua** a più livelli, dal basico all'avanzato, nei settori della palliazione e della medicina del dolore, che si avvalga di una formazione telematica e di eventi (corsi, simposi, masters). Il materiale didattico-educazionale sarà costituito da schede specifiche, aggiornabili nel tempo dalla struttura di coordinamento. L'attività formativa sarà supportata da una **Faculty di esperti** nel settore, anche esterni alla Regione, che fungeranno da supervisori e tutors.
  Il sistema informatico, anche con meccanismi di educazione a distanza, rappresenterà il veicolo principale per la distribuzione di questi corsi.

- Elaborazione di **protocolli operativi-gestionali** specifici per patologia, che prevedano algoritmi decisionali e percorsi diagnostico-assistenziali. Questi protocolli saranno soggetti ad aggiornamenti periodici, e anche in questo caso si prevederà il supporto della suddetta Faculty di esperti.
  Questi protocolli saranno implementati nel sistema informatico, in modo da consigliare, guidare e monitorare la gestione dei singoli pazienti sul territorio.

- **Progettazione scientifica**, con elaborazione di protocolli di ricerca nelle aree di competenza e partecipazione a studi multicentrici. Sia nell'ambito della ricerca scientifica che della operatività clinica il raccordo tra il coordinamento e le strutture sul territorio sarà garantito al massimo livello possibile.

- **Analisi periodiche (e.g. semestrali)** sulle attività svolte sia dalla Cabina di Regia, che dalla rete, all'attenzione dell' Assessorato Competente della Regione.
  Queste elaborazioni analizzeranno aspetti organizzativi, epidemiologici, e di controllo dei costi.

Il sistema informatico di supporto alla rete

Esigenza di integrazione
Una rete composta da poli così connessi e sinergici richiede necessariamente un supporto informatico altrettanto integrato e connesso.

A tale proposito, va considerato come un requisito fondamentale per tale infrastruttura sia un'analoga integrazione con il resto del sistema assistenziale della Regione.

Per essere efficace ed efficiente, la rete del dolore non può rappresentare una realtà indipendente e separata dal resto delle strutture ed attività sanitarie della Regione, ma deve essere intimamente integrata con la rete assistenziale, sia per la validità del percorso assistenziale del paziente, sia per consentire le sinergie necessarie per il contenimento dei costi.

Anche a questo proposito, il contesto della Regione Basilicata dispone di una infrastruttura informatica sulla quale capitalizzare.

Scenario informatico attuale
Oltre agli aspetti relativi alle specifiche funzionalità supportate, aspetto peculiare del sistema è **la costituzione di una banca dati regionale con le informazioni cliniche** dei pazienti, unificata ed accessibile in tutta la Regione.

Strategia progettuale
Le funzionalità relative alla rete della terapia del dolore opereranno quindi sulla banca dati esistente, come estensione
Questa strategia di integrazione nella infrastruttura regionale è fondamentale e qualificante per conseguire i seguenti vantaggi:

a) l'indispensabile integrazione del patrimonio informativo sanitario regionale, e la condivisione delle informazioni fra tutti gli interessati per scopi clinici, organizzativi e di governo.

b) la continuità e la sinergia fra i centri ed il territorio in tutti i processi

assistenziali,

c) la riduzione dei tempi e dei costi di realizzazione, di impianto e di gestione, grazie all'eliminazione dei costi di integrazione (il sistema "nasce integrato con il sistema assistenziale esistente) ed alla possibilità di riusare componenti e funzionalità già disponibili.

d) la garanzia della continua coerenza dell'intero sistema regionale, anche nelle evoluzioni future, grazie alla rispondenza allo standard.

Funzionalità principali già prevedibili per il sistema informatico

Le funzionalità assistenziali già esistenti (dati anagrafici, prenotazione ricoveri, interrogazione della storia clinica, fascicolo elettronico, etc.) dovranno essere integrate e disponibili agli utenti della rete del dolore e delle cure palliative.
In aggiunta, questa disporrà di un insieme di procedure specifiche, con obiettivi sia di natura formativa e informativa che di carattere operativo.

Dal punto di vista formativo ed informativo, il sistema consentirà:

a) la diffusione di **materiale documentativo**, quali linee-guida, articoli, informative, etc.;
b) l 'erogazione e la fruizione di **corsi di formazione** a distanza, anche mediante tecniche di e-learning;
b) la registrazione caratteristiche sanitarie, logistiche ed organizzative dei centri operanti sul territorio, in modo da tenere aggiornato **il censimento delle strutture**;

Dal punto di vista operativo saranno perseguiti tre obiettivi fondamentali per il trattamenti del paziente:

a) **la definizione e la gestione del percorso assistenziale** del paziente con continuità attraverso i centri più opportuni sul territorio dal punto di vista clinico, geografico, operativo (ivi compresa l'assistenza domiciliare)

b) **la collaborazione e la comunicazione fra i medici sul territorio e gli operatori all'interno dei centri**, con dispositivi anche multimediali nella valutazione e nel trattamento del paziente;

c) **la costruzione e l'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico individuale** -specifico per la medicina del dolore e le cure palliative-, consultabile da tutti gli autorizzati attraverso collegamenti Internet protetti.

L'integrazione di tutto il patrimonio informativo in una unica banca dati regionale, consentirà inoltre l'implementazione di indicatori e di analisi statistiche, necessarie agli organi di governo ed al "Comitato di Coordinamento" della rete per il monitoraggio puntuale e tempestivo dei costi e dell' operatività della rete.

Approccio per la realizzazione

Le funzionalità operative di cui ai punti precedenti, operanti tramite web su una banca dati e quindi direttamente integrabili con il sistema regionale, **sono in gran parte già disponibili** presso l'IRCCS- CROB
Questo velocizzerà sensibilmente i tempi del progetto, che potrà essere avviato con l'impianto delle procedure già esistenti, già direttamente in grado di essere usate in tutti i tutti i Centri e di condividere il patrimonio informativo regionale. Il sistema potrà poi evolversi con le altre

funzionalità previste, e sulla base di riscontri derivanti dall'operatività quotidiana.

Schede conoscitive delle caratteristiche dei centri

Nel seguito sono riportate alcune ipotesi preliminari circa i contenuti di schede conoscitive, utilizzabili per effettuare il censimento iniziale e manutenere successivamente le informazioni circa le caratteristiche strutturali ed organizzative dei vari Centri operanti nella Regione e specializzati nella terapia del dolore e nelle cure palliative.

Le schede saranno anche implementate e compilate tramite il sistema informativo, in modo da alimentare automaticamente la banca dati regionale.

CARATTERISTICHE STRUTTURALI ED ORGANIZZATIVE DEI CENTRI DI TERAPIA DEL DOLORE

Ospedale:
Responsabile Terapia del Dolore:

1) DOTAZIONI STRUTTURALI E TECNOLOGICHE

Ambulatori:					
Sala operatoria Day Hospital (DH)					
Amplificatore di brillanza					
Ecografo					
Generatore di Radiofrequenza					
Apparecchi per indagini neurofisiologiche					
Apparecchi per					

2) ORGANIZZAZIONE

La Terapia del Dolore è organizzata nelle seguenti UOS: - UOS di "Terapia del dolore" - UOS di "Analgesia nel parto"			
La Terapia del Dolore svolge anche attività di *Acute Pain Service*			
Nel Vostro Ospedale viene applicata la Legge 15 marzo 2010, n.38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore".			
Ore di attività ambulatoriale giornaliere interni/esterni			
Giorni di attività ambulatoriale settimanali interni/esterni			
Ore di attività interventistica giornaliere			
Giorni di attività interventistica settimanali			
Attività in DS/DH (posti letto settimanali)			
Attività in regime ordinario (posti letto settimanali)			
Procedure per le richieste urgenti			
Lettera di dimissione per il MMG			
Procedure per la valutazione della qualità delle prestazioni			
Consulenza per pazienti in assistenza domiciliare e hospice			
Progetti di ricerca:			
Numero di medici dedicati all'attività di Terapia del dolore			
Numero di psicologi dedicati all'attività di terapia del dolore			

Numero di infermieri dedicati all'attività di terapia del dolore			
Numero di visite pz interni (semestrali)			
Numero di visite pz esterni (semestrali)			
Numero di prestazioni interventistiche (semestrali)			

3) *PRESTAZIONI EROGABILI*

Visita	
Partoanalgesia	
Blocco anestetico della catena del simpatico	
Blocco anestetico del ganglio di Gasser	
Blocco anestetico del ganglio stellato	
Blocco anestetico nervo periferico	
Blocco anestetico celiaco/nervi splancnici	
Blocco peridurale	
Blocco regionale ev del simpatico con guanetidina	
Impianto di catetere peridurale/subaracnoideo	
Iniezione di farmaci nel canale vertebrale in portatore di catetere	

Impianto di catetere perineurale	
Impianto di catetere venoso centrale tunnellizzato o con port	
Denervazione delle faccette articolari	
Procedure discali	
Cordotomia	
Vertebroplastica/Cifoplastica	
Epidurolisi endoscopica	
Epidurolisi mediante catetere di Ratz	
Indagini neurofisiologiche	
Infiltrazione delle faccette articolari intervertebrali	
Infiltrazione intra articolare con RX	
Infiltrazione periarticolare	
Infiltrazione punti trigger	
Medicazione sistemi chirurgici	
Neurolisi catena del simpatico	
Neurolisi del ganglio di Gasser	
Neurolisi del nervo periferico	
Neurolisi subaracnoidea	
Peridurale transforaminale	
Radiofrequenza del Ganglio Dorsale	
Posizionamento di sistema venoso totalmente impiantabile	
Impianto di sistema infusionale spinale totalmente impiantabile (pompa intratecale)	
Impianto di neurostimolatore midollare	
Impianto di elettrocateteri periferici	
Endoscopia del forame vertebrale	
Impianto di sistema percutaneo per la stabilizzazione vertebrale	
Programmazione pacemaker/pompa spinale elettronica	
Rifornimento pompa esterna/elastomero	
Test farmacologici e.v.	
Test farmacologici sub aracnoidei	

CARATTERISTICHE STRUTTURALI ED ORGANIZZATIVE DEI CENTRI DI TERAPIA DEL DOLORE ONCOLOGICO

In considerazione delle peculiarità del paziente oncologico derivate dalla complessità della eziopatogenesi della sindrome dolorosa che necessita spesso di un approccio multidisciplinare coordinato, ed in considerazione del carattere di " totalità" che il dolore assume in questi pazienti, i quali sempre necessitano di approccio e supporto psicologico e sociologico, il seguente questionario conoscitivo è appositamente calibrato per individuare la capacità di risposta delle strutture regionali alle esigenze dei pazienti oncologici affetti da sindrome algica.

Ospedale:

Responsabile Terapia del Dolore:

1) DOTAZIONI STRUTTURALI

UO terapia del dolore					
Ambulatorio Terapia del Dolore					
Letti di degenza dedicati ospedalieri					
Oncologia medica					
Ospedalizzazione domiciliare oncologica					
Hospice territoriale					

2) ORGANIZZAZIONE

EQUIPE di Valutazione multidimensionale del dolore:			
EQUIPE di valutazione multidisciplinare del dolore			
Algologo			
Palliativista			

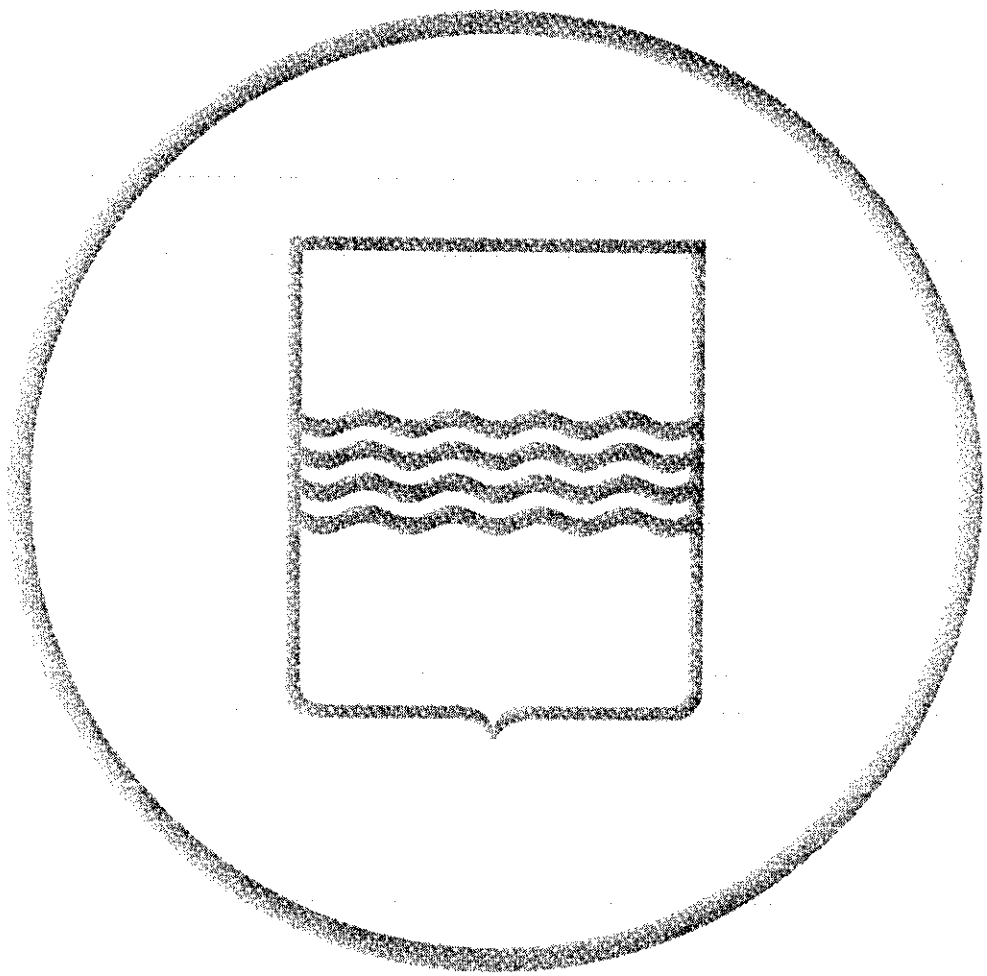
Ortopedico			
Neurochirurgo			
Chirurgo generale			
Radioterapista			
Urologo			
Fisiatra			
Nutrizionista			
Endoscopista			
Procedure per la valutazione della qualità delle prestazioni			
Consulenza per pazienti in assistenza domiciliare e hospice			

Del che è redatto il presente verbale che, letto e confermato, viene sottoscritto come segue:

IL SEGRETARIO

IL PRESIDENTE

Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa in data 22. 3-12
al Dipartimento interessato ☒ al Consiglio regionale ○

L'IMPIEGATO ADDETTO

F. Juanj