REGIONE LAZIO

Decreto del Commissario ad acta

(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

N. U0083 **del** 30 SET. 2010 **Proposta n.** 16046 **del** 30/09/2010

Oggetto:

Rete integrata ospedale territorio per il trattamento del dolore cronico non oncologico

Estensore ZEPPILLI DANIELA

Responsabile del Procedimento CASERTANO LUCA

Il Dirigente d'Area L. CASERTANO

Il Direttore Regionale

VICARIO L. CASERTANO

Il Direttore del Dipartimento

DIRET. PROTEMPORE G.MAGRINI

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario

M. MORLACCO

Segue decreto n. U0083/2010

LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

DECRETO N. U0083/2010

OGGETTO: Rete integrata ospedale territorio per il trattamento del dolore cronico non oncologico.

LA PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la L.R. 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il R.R. 6 settembre 2002, n.1 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, con la quale la Presidente della Regione Lazio, Renata Polverini, è stata nominata Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;

VISTO che la citata Deliberazione del Consiglio dei Ministri prevede, in capo al Commissario ad Acta l'attuazione delle linee di intervento già previste dal Piano di rientro ed, in particolare al punto h), il riassetto della rete ospedaliera con adeguati interventi per la dismissione/riconversione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia e revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate;

DATO ATTO, altresì, che con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 17 ottobre 2008 il dr. Mario Morlacco è stato nominato sub commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 luglio 2008;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni";

VISTO il progetto nazionale del Ministero della Salute "Ospedale senza dolore", approvato dalla Conferenza Stato-Regioni del 24 maggio del 2001 (G.U. serie gen n. 149 del 29/6/2001) che prevede l'istituzione, in ciascuna Struttura di Ricovero e Cura,

LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

sia pubbliche sia private accreditate, del Comitato Ospedale Senza Dolore (COSD) cui spetta l'attuazione delle strategie per raggiungere gli obiettivi del progetto;

RILEVATO che le "Linee guida per la realizzazione dell'Ospedale senza dolore", sancite dall'Accordo della Conferenza Stato-Regioni sopra citato consentono la realizzazione, a livello regionale, di programmi indirizzati al miglioramento del processo assistenziale per il controllo del dolore di qualsiasi origine;

VISTO il DPCM 29 novembre 2001 e s.m.e i., con il quale sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (LEA);

VISTA la legge 30 dicembre 2004, n.311 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)" ed in particolare l'art.1, comma 180 che ha previsto per le regioni interessate, qualora si verificasse una situazione di squilibrio economico – finanziario, l'obbligo di procedere ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore al triennio;

VISTA l'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 che in attuazione della Legge Finanziaria dello Stato pone in capo alla Regione:

- l'impegno ad adottare provvedimenti in ordine alla razionalizzazione della rete ospedaliera con l'obiettivo, tra l'altro, del raggiungimento degli standard nazionali relativi alla dotazione di posti letto per mille abitanti e al tasso di ospedalizzazione (art. 4);
- l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l'anno di riferimento (art. 6);
- la stipula - in relazione a quanto disposto dall'art.1 comma 180 della Legge 30 dicembre 2004, n. 311 - con i Ministri dell'Economia e della Salute di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (art. 8);

VISTO il nuovo Patto per la Salute sancito in Conferenza Stato – Regioni il 3 dicembre 2009 con il quale, all'art. 13, comma 14 è stato stabilito che per le Regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate all'entrata in vigore delle norme attuative del medesimo patto restano fermi l'assetto commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad Acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

VISTA la Legge 15 marzo 2010, n.38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore".

VISTA la DGR n.66 del 12 febbraio 2007 concernente: "Approvazione del Piano di Rientro per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004";

VISTA la DGR n.149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: "Presa d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del Piano di Rientro" ed in particolare gli obiettivi:

- 1.1.2 Definizione dei requisiti per l'autorizzazione
- 1.1.3 Modalità e termini per l'adeguamento ai requisiti autorizzativi
- 1.1.4 Ulteriori requisiti per l'accreditamento
- 1.2.2 Ridimensionamento di reparti con bassa performance organizzativa.
- 1.2.4 Riorganizzazione della rete ospedaliera e separazione dei percorsi tra l'emergenza urgenza e l'elezione
- 1.2.5 Organizzazione delle prestazioni di alta specialità secondo il modello basato su centri di riferimento e strutture satellite

VISTA la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4 "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio – sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali", e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la L.R. 10 Agosto 2010, n. 3 "Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2010-2012 della Regione Lazio " ed in particolare l' art. 1, commi da 18 a 26 - recante disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private;

VISTA la DGR n. 424 del 14 luglio 2006: "Legge regionale 3 marzo 2003 n. 4 "Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio sanitarie" e s.m. e i.;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 17/2010 "Atto ricognitivo di cui al Decreto Commissariale 96/2009. Piano dei fabbisogni assistenziali per la Regione Lazio ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. a, numero 1) della L.R. 4/2003";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 87/2009 recante "Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010 – 2012" e s.m. e i.;

LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

CONSIDERATO che il citato decreto prevede, per specifici ambiti assistenziali, un'organizzazione in rete dell'offerta al fine di garantire una migliore qualità dell'assistenza ed ottimizzare il fabbisogno di servizi ospedalieri e territoriali e l'allocazione delle relative risorse sul territorio regionale;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta del 31 maggio 2010, n. 48 " Piano degli interventi per la riconduzione dell'offerta ospedaliera per acuti, riabilitazione post acuzie e lungodegenza medica agli standard previsti dal Patto per la Salute 2010 – 2012" nelle parti in cui suddivide il territorio regionale in macro aree e prevede l'attivazione di reti assistenziali;

VISTA la Determinazione Dirigenziale del 9 febbraio 2010, n. D0428 "Istituzione del Coordinamento dei Comitati Ospedale Senza Dolore (COSD) finalizzato allo sviluppo di una rete regionale per la diagnosi e terapia del dolore. Affidamento dell'incarico di Coordinamento al Centro di Medicina del Dolore "Enzo Borzomati" dell'Azienda Policlinico Umberto I di Roma";

RILEVATO che la rete per il trattamento del dolore non oncologico ha lo scopo di prendere in carico il paziente con dolore cronico non oncologico, individuando il percorso assistenziale secondo specifiche linee guida e protocolli, dal livello territoriale a quello ospedaliero;

RITENUTO OPPORTUNO organizzare la rete assistenziale per il trattamento del dolore cronico non oncologico secondo un modello a più livelli, al fine di garantire una assistenza qualificata ed accessibile, efficace ed efficiente;

VISTA la comunicazione di Laziosanità ASP prot. 12673/ASP/DG del 23/09/2010, e successivi aggiornamenti tramite posta elettronica, con le quali è stato trasmesso l'allegato documento predisposto da Laziosanità ASP "Rete integrata ospedale territorio per il trattamento del dolore cronico non oncologico" che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RITENUTO di approvare l'allegato documento predisposto da Laziosanità ASP "Rete integrata ospedale territorio per il trattamento del dolore cronico non oncologico" che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RITENUTO di approvare l'organizzazione della rete di cui trattasi, la costituzione di un coordinamento regionale e la definizione dei centri secondo quanto previsto nell'allegato documento predisposto da Laziosanità ASP "Rete integrata ospedale territorio per il trattamento del dolore cronico non oncologico", che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

RITENUTO di approvare gli interventi previsti nell'allegato documento predisposto dal Laziosanità ASP "Rete integrata ospedale territorio per il trattamento del dolore cronico non oncologico", che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RITENUTO di affidare a Laziosanità ASP il compito di effettuare il monitoraggio e la valutazione continua dell'attuazione della rete oggetto del presente Decreto e di proporre alla Direzione Regionale competente, nel corso del tempo, eventuali interventi migliorativi;

RITENUTO di precisare che le Direzioni Regionali competenti dovranno predisporre i provvedimenti attuativi per la realizzazione di quanto contenuto nell'allegato "Rete integrata ospedale territorio per il trattamento del dolore cronico non oncologico" che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RITENUTO opportuno affidare il coordinamento regionale della rete per il trattamento del dolore non oncologico alla Direzione Regionale competente, con il supporto tecnico scientifico di Laziosanità ASP e dei referenti dei centri Hub;

CONSIDERATO che il presente atto ha carattere programmatorio e a contenuto generale ai sensi dell'art. 3 e 13 della Legge n. 241 del 7 agosto 1990 recante oggetto "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi";

CONSIDERATO che il presente provvedimento non è soggetto alle procedure di concertazione con le parti sociali;

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano,

di approvare l'allegato documento predisposto da Laziosanità ASP "Rete integrata ospedale territorio per il trattamento del dolore cronico non oncologico" che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

di approvare l'organizzazione della rete di cui trattasi, la costituzione di un coordinamento regionale e la definizione dei centri secondo quanto previsto nell'allegato documento predisposto da Laziosanità ASP "Rete integrata ospedale territorio per il trattamento del dolore cronico non oncologico", che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Segue decreto n. U00083/2010

LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

di approvare gli interventi previsti nell'allegato documento predisposto da Laziosanità ASP "Rete integrata ospedale territorio per il trattamento del dolore cronico non oncologico", che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

di affidare a Laziosanità ASP il compito di effettuare il monitoraggio e la valutazione continua dell'attuazione della rete oggetto del presente Decreto e di proporre alla Direzione Regionale competente, nel corso del tempo, eventuali interventi migliorativi;

che le Direzioni Regionali competenti dovranno predisporre i provvedimenti attuativi per la realizzazione di quanto contenuto nell'allegato "Rete integrata ospedale territorio per il trattamento del dolore cronico non oncologico" che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

di affidare il coordinamento regionale della rete per il trattamento del dolore non oncologico alla Direzione Regionale competente, con il supporto tecnico scientifico di Laziosanità ASP e dei referenti dei centri Hub;

Il presente Decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

RENATA POLVERINI

Rete integrata
ospedale territorio pe

LAZIOSANITÀ
AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA

REGIONE
LAZIO

Piano di riorganizzazione delle reti assistenziali

Rete integrata ospedale territorio per il trattamento del dolore cronico non oncologico

Piano di riorganizzazione delle reti assistenziali

Rete integrata ospedale territorio per il trattamento del dolore cronico non oncologico

Indice

1. Premessa 4
2. Obiettivi della rete 5
3. Organizzazione della rete integrata ospedale territorio per la cura del dolore cronico non oncologico 6
4. I livelli della Rete 7
5. Il Piano di Assistenza Individuale (PAI) 8
6. Integrazione con il no profit e il volontariato 10
7. Ricerca clinica e valutativa 10
8. Strumenti informativi e documentazione clinico assistenziale 10
9. Valutazione della qualità 11
10. Le funzioni di monitoraggio e valutazione della rete 11
11. Formazione 11
12. Il Coordinamento Regionale della rete del dolore cronico non oncologico 12
13. Adempimenti per la realizzazione della rete 13
14. Bibliografia 14

ALLEGATI

Allegato 1 – Rete assistenziale integrata per dolore cronico non Oncologico: centri e livelli 16
Allegato 2 – Schema della rete 20
Allegato 3 – Caratteristiche specifiche Rete 21

1. Premessa

Si stima che il dolore cronico non oncologico interessi in Italia oltre 15 milioni di persone (26% della popolazione), con una durata media di 7,7 anni e che il suo trattamento spesso non sia effettuato secondo linee guida riconosciute dalla comunità scientifica e da questa validate (www.paineurope.com).

Per quanto riguarda l'impatto e i costi sociali, il dolore è attualmente la seconda causa di assenza dal lavoro per ragioni mediche, e le conseguenze del dolore cronico non trattato sui pazienti e familiari sono rilevanti. Tale condizione può infatti provocare disabilità prolungata, problematiche psicologiche, inabilità al lavoro e frequente ricorso a visite e prescrizioni mediche. Si stima inoltre che al 20% dei pazienti con dolore cronico sia stata diagnosticata una forma di depressione reattiva e che disturbi ansiosi siano presenti nel 40% dei casi. In Italia la spesa annua per il controllo del dolore cronico è valutata essere intorno all'1,8-2% del PIL.

Con riferimento ai dati di prevalenza sopra descritti, si stima che complessivamente, a livello regionale, vi sia una prevalenza di persone affette da dolore cronico non oncologico pari a 1.462.945. Riportando tali stime per macroarea, risulta che nella macroarea 1 è stimabile una prevalenza di 378.526, nella macroarea 2 di 407.349, nella macroarea 3 di 338.559, nella macroarea 4 di 338.508.

Il progetto "Pain Lazio", condotto da Laziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica ha consentito di stimare, per il periodo 2002 – 2004, sulla base dell'incrocio di due sistemi informativi sanitari correnti, il SIO e il SIAS, il numero di pazienti con almeno una prestazione ambulatoriale o un ricovero ospedaliero per acuti correlabile al dolore neuropatico. Si tratta di 432.825 soggetti residenti nel Lazio di età uguale o superiore ai 18 anni. Inoltre, sempre nell'ambito dello stesso progetto, è stata condotta una stima dei soggetti residenti nella regione Lazio che pur essendo affetti da dolore neuropatico cronico non si avvale di prestazioni ambulatoriali od ospedaliere. Tale stima è stata elaborata basandosi sui dati di prevalenza del dolore neuropatico nella popolazione adulta nelle società occidentali (Fonte: International Association for the study of pain). Da tali valutazioni emerge che 434.110 soggetti adulti sono affetti da dolore ma non si rivolgono ai servizi ospedalieri e ambulatoriali. Complessivamente, quindi, la prevalenza del dolore cronico neuropatico nel periodo considerato dallo studio è pari a 866.935 soggetti.

Un'altra ricerca condotta nel 2007 dalla Regione Lazio con la collaborazione del Centro di medicina del dolore "Enzo Borzomati" del Policlinico Umberto I, nell'ambito del Progetto Ospedale senza dolore, ha evidenziato una ancora scarsa attenzione al problema dolore, che si sostanzia nella frequente assenza di monitoraggio del sintomo, nell'utilizzo insufficiente di linee guida per il trattamento, nell'approccio monodisciplinare, nell'assenza di supporto psicologico, nella mancata integrazione tra ospedale e territorio.

Si osserva inoltre una disomogeneità dell'offerta di servizi, ed uno scarso coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, condizione che non agevola l'orientamento delle persone bisognose di cura, né favorisce la creazione di percorsi di cura ed assistenziali specifici.

2. Obiettivi della rete

Sulla base delle considerazioni sopra riportate è necessario organizzare il sistema dell'offerta di servizi nell'ambito del dolore cronico non oncologico in modo tale da garantire il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- equità nell'accesso ai servizi e ai trattamenti, superamento delle disomogeneità territoriali e riduzione dei disagi logistici e di orientamento dei pazienti;
- rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana;
- miglioramento della qualità delle cure e dell'appropriatezza;
- presa in carico dell'assistito nell'intero percorso assistenziale, attuando percorsi diagnostico-terapeutici adeguati e tempestivi, riducendo le liste di attesa e perseguendo la continuità assistenziale;
- integrazione fra i diversi livelli: promozione della salute, prevenzione, diagnosi e cura ospedaliera e territoriale, riabilitazione, assistenza psicologica e sociale;
- realizzazione della continuità assistenziale fra centri di eccellenza, presidi ospedalieri, strutture distrettuali, medici di medicina generale;
- condivisione di strumenti da parte delle figure professionali coinvolte nell'assistenza al paziente con dolore cronico non oncologico: sistemi informativi, strumenti standardizzati e validati di misurazione del dolore, condivisione della documentazione clinica, linee guida, protocolli, etc.;
- formazione degli operatori;
- informazione ai cittadini;
- valorizzazione del volontariato operativo sul territorio.

La Regione Lazio ha avviato nel 2010 due iniziative: la prima ha portato all'istituzione del Coordinamento dei Comitati degli Ospedali senza dolore (B.U.R. N. 11 20/3/2010) affidando tale attività al Centro di Medicina del dolore "Enzo Borzomati", Policlinico Umberto I. Al Coordinamento sono state assegnate funzioni di definizione di linee guida e procedure nel campo della medicina del dolore e formazione, informazione, sensibilizzazione degli operatori sanitari e della popolazione.
La seconda iniziativa è relativa alla costituzione di un Gruppo di Lavoro (Determinazioni D0428 del 9/2/2010, D1906 del 24/5/2010 della regione Lazio) con il mandato di progettare una rete integrata ospedale territorio per la cura del dolore cronico oncologico e non oncologico, dal cui lavoro deriva il presente documento.
La Legge N. 38 del 9 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" contiene, tra le altre, le indicazioni per la costruzione della rete del dolore cronico non oncologico, a cui questo documento fa riferimento.

3. Organizzazione della rete integrata ospedale territorio per la cura del dolore cronico non oncologico

La diagnosi e la terapia del dolore cronico non oncologico, patologia la cui durata è spesso superiore ai dieci anni, caratterizzata da una grande varietà di quadri clinici, con scarse necessità di ricovero ospedaliero, richiede un sistema modulare di servizi, che veda al centro la figura del MMG e utilizzi percorsi diagnostico-terapeutici dinamici, integrando il momento di assistenza ospedaliero con quello territoriale e domiciliare.

Nella regione Lazio la medicina del dolore cronico non oncologico – nelle diverse fasi di diagnosi, terapia, riabilitazione - è contraddistinta tuttora dall'assenza di standard e di percorsi definiti; ciò provoca disorientamento del paziente e difficoltà di accesso alle risorse assistenziali disponibili.
Un processo virtuoso deve partire dalla diagnosi precoce da parte del medico di medicina generale, che consenta di indirizzare tempestivamente il paziente verso il centro più appropriato secondo percorsi diagnostico- terapeutici condivisi per patologia e fondati sulle evidenze scientifiche.
A questo deve corrispondere una adeguata organizzazione dell'offerta assistenziale nel territorio che garantisca l'equità di accesso alla terapia del dolore, dal punto di vista geografico (prossimità), per tipo di patologia (specificità) e, se necessario, per complessità (eccellenza).
A tal fine con il presente provvedimento si procede alla riorganizzazione dell'assistenza identificando, in accordo con i bisogni della popolazione e con i modelli organizzativi regionali, gradi differenti di complessità della rete, articolata in tre livelli di cura e di intervento (come previsto dal parere del Consiglio Superiore della Sanità, sezione I, del 13 luglio 2010 concernente "Linee guida per la promozione, lo sviluppo ed il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore" trasmesso dal ministero della Salute – Dipartimento della qualità):

1) Centro Hub, con compiti di ricerca, formazione per il personale sanitario, di informazione per la popolazione e di assistenza per le forme rare e complesse

2) Spoke: Centri di riferimento per area geografica. I Centri Spoke si differenziano in Spoke 1 (attività di tipo ambulatoriale medico multidisciplinare, eventuale supporto alle unità di degenza) e Spoke 2 (attività di tipo ambulatoriale anche chirurgico e approccio multidisciplinare, supporto alle unità di degenza)

3) Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) di medici di medicina generale

La rete assistenziale per il dolore non oncologico prevede specificatamente per le strutture ospedaliere, due diversi livelli articolati nelle funzioni di Hub o Spoke e nella funzione di COTSD (Comitato Ospedale Territorio Senza Dolore di cui all'art. 6 L.38/2010)

Scopo della rete è quello di prendere in carico e indirizzare il paziente con dolore cronico non oncologico, individuando e gestendo il percorso assistenziale secondo specifiche linee guida e protocolli. La struttura di accesso alla rete è collocata a livello territoriale (AFT), e si appoggia ai Punti Unici di Accesso distrettuali, laddove attivati.
La rete garantisce la prossimità delle cure (tramite gli AFT), funzioni specialistiche multidisciplinari (tramite gli Spoke) e funzioni diagnostiche e terapeutiche ad elevato contenuto tecnologico per forme rare e complesse (Centri Hub).
I livelli territoriale e ospedaliero svolgono attività di diagnosi e cura secondo linee guida e protocolli condivisi, assicurando la presa in carico e la totalità del percorso diagnostico-terapeutico nei casi per i quali è possibile fornire le prestazioni richieste e conferendo i pazienti ai centri Hub nei casi rari e complessi in cui gli interventi necessari siano caratterizzati da ricorso a tecnologie sofisticate ed alta specializzazione.

4. I livelli della Rete

4.1 Aggregati Funzionali Territoriali (AFT)

Struttura organizzativa della medicina generale in grado di fornire 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.

Compiti specifici delle funzioni / strutture territoriali, per quanto riguarda gli Aggregati funzionali territoriali di MMG sono:

- valutazione dei livelli di rischio della popolazione di riferimento
- orientamento e presa in carico del paziente con dolore cronico non oncologico
- inquadramento diagnostico e terapeutico
- conferimento ai livelli superiori della rete nei casi per i quali è necessario un approccio di alta specialità
- collaborazione con il volontariato e le Istituzioni
- sensibilizzazione sul tema del dolore cronico e promozione a livello dei servizi sanitari e della comunità di iniziative di informazione e formazione

4.2 Spoke 1 e 2

Gli Spoke sono di norma collocati nell'ambito dei Presidi ospedalieri gestiti dalle ASL, nelle strutture territoriali, nelle AO, negli IRCCS, nei Policlinici Universitari.
La programmazione attuativa territoriale della rete, per quanto riguarda gli Spoke di primo e secondo livello, è affidata a ciascuna ASL e Struttura sanitaria ospedaliera di competenza territoriale e viene definita da un Piano Attuativo di area

sulla base di Linee guida emanate dal Coordinamento della rete. In tali Piani, coordinati dagli Hub per le Macroaree di competenza, sono definite le strutture che fanno parte sia del primo che del secondo livello, e le funzioni assegnate e gli eventuali tempi di adeguamento alle caratteristiche richieste (non superiori ai sei mesi).
Nei Piani Attuativi sono altresì definiti i collegamenti con i Centri Hub ed eventuali proposte per caratterizzare l'orientamento di alcuni Spoke verso il trattamento di specifiche patologie.
Gli operatori coinvolti nell'assistenza al paziente con dolore cronico non oncologico dovranno lavorare all'interno di equipe multidisciplinari, che dovranno essere formalmente riconosciute dagli hub e dal coordinamento regionale. Tale documentazione costituirà uno dei requisiti per il riconoscimento degli Spoke da parte del coordinamento regionale.

Compiti specifici degli Spoke, in collaborazione con il COTSD laddove presente, sono:

- recepimento delle linee guida, protocolli e procedure messi a disposizione dal Coordinamento regionale
- attività di diagnosi e cura (compresi gli strumenti per la registrazione del dolore da inserire nella pratica e a integrazione della documentazione clinica in uso), differenziazione per ambito di patologia
- conferimento agli Hub dei casi rari e a maggiore complessità e impegno diagnostico tecnologico
- collaborazione con il volontariato e le Istituzioni

4.3. Hub

Compiti specifici dei Centri Hub sono, oltre a garantire le attività proprie dello spoke di secondo livello:

- Formazione del personale sanitario e informazione alla popolazione
- Promozione della ricerca, favorendo gli studi multicentrici
- Predisposizione di linee guida e protocolli procedurali
- Diagnosi e trattamento della forme rare e complesse
- Collaborazione con il Coordinamento regionale per la valutazione delle tecnologie, delle procedure e tecniche innovative e per gli aspetti di percorso e organizzativi

5. Il Piano di Assistenza Individuale (PAI)

Nei casi in cui sia necessario un percorso diagnostico terapeutico caratterizzato dall'intervento multidisciplinare e comunque nel caso di dimissione ospedaliera di un paziente con dolore cronico non oncologico, nel momento della presa in carico deve essere elaborato un PAI.
Il PAI deve contenere:

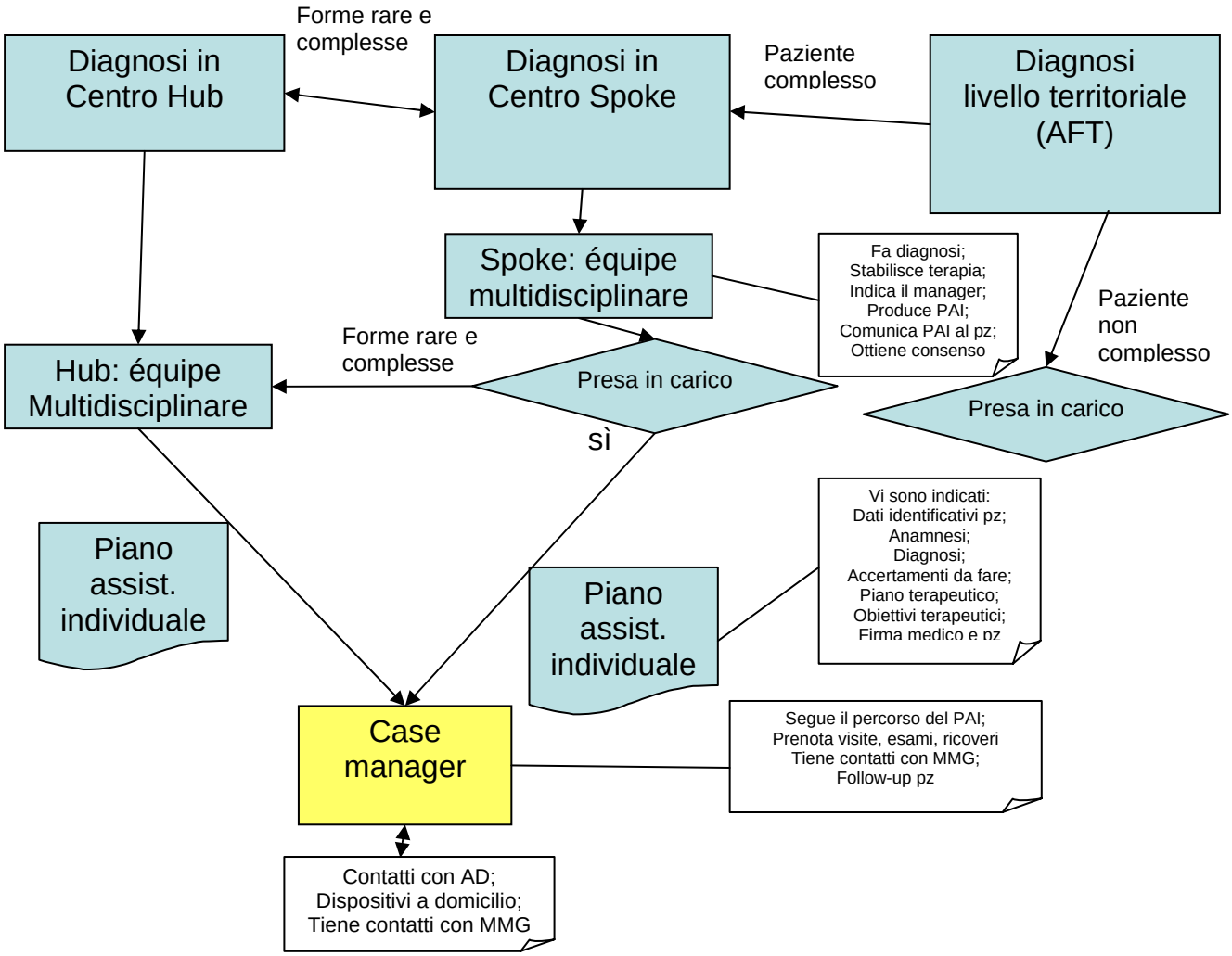
- le informazioni cliniche rilevanti del paziente;
- i referti diagnostici e la sintesi dei loro risultati;
- l'identificazione del referente per la continuità;
- la formulazione esplicita della diagnosi;

- il piano terapeutico;
- gli obiettivi del piano assistenziale;
- le fasi del percorso diagnostico-terapeutico;
- eventuali indicazioni per l'assistenza domiciliare,per il case manager e il care giver;
- firma del medico dell'équipe multidisciplinare;
- consenso informato del paziente.

Il PAI costituisce lo strumento per favorire la presa in carico, l'approccio multidisciplinare e l'integrazione tra i livelli ospedalieri e territoriali. Nel PAI si individua il responsabile della gestione del paziente (Case Manager) e il percorso diagnostico – terapeutico – assistenziale più opportuno.

Nella figura di seguito riportata si rappresenta lo schema della presa in carico nella rete.

Fig. 1 Rete del Dolore Cronico Non Oncologico: la presa in carico del paziente



6. Integrazione con il no profit e il volontariato

L'integrazione con il no profit e il volontariato dovrà essere finalizzata a:

- diffondere le informazioni sulla patologia e sulla rete dei servizi
- formare i care givers in rapporto alle tematiche del dolore
- partecipare a progetti di ricerca
- partecipare alla valutazione della qualità delle prestazioni della rete, anche attraverso forma di audit civico

7. Ricerca clinica e valutativa

a) Valutazione dei costi di patologia

L'analisi dei costi di patologia (Cost of illness analysis) si pone l'obiettivo di valutare in termini economici l'impatto di una specifica malattia sul singolo paziente e sulla società, attraverso la definizione delle problematiche relative alla gestione clinica della patologia e dell'assorbimento di risorse a livello della collettività.

La metodologia di tale tecnica di analisi prevede:

- analisi di previsione dei costi
- analisi delle spese totali attualmente sostenute dagli enti erogatori
- analisi delle risorse finanziarie disponibili
- Vengono presi in considerazione:
- costi diretti relativi al percorso diagnostico e terapeutico: esami clinici e strumentali ambulatoriali e in regime ospedaliero, terapia farmacologia, terapia invasiva e riabilitativa, assistenza domiciliare
- costi indiretti: perdita di produttività del paziente e dei familiari

b) Tracciabilità di pazienti

Il progetto si pone l'obiettivo di seguire e valutare il percorso diagnostico terapeutico dei pazienti all'interno della rete e di valutare la mobilità degli stessi in ambito regionale ed extraregionale.

8. Strumenti informativi e documentazione clinico assistenziale

Sarà attivato uno specifico Gruppo di lavoro per la definizione delle informazioni clinico assistenziali di base (minimum data set) necessarie al funzionamento della rete e per lo sviluppo dei supporti informativi ed informatici. Sarà inoltre avviato uno specifico progetto relativo alla documentazione clinica personale del paziente, attraverso la fornitura a

ciascun utente della rete di una chiavetta USB denominata “PAIN CARD”, nella quale verranno archiviate le informazioni clinico assistenziali e anagrafico-sociali di rilievo e che accompagnerà il paziente nei suoi contatti con i diversi nodi della rete. La PAIN CARD sarà aggiornata a cura del personale di sanitario e consentirà a quest’ultimo la possibilità di disporre di informazioni relative alla specifica storia clinica del paziente.

9. Valutazione della qualità

La qualità delle prestazioni erogate dai vari servizi dovrà essere valutata nell’ambito delle strutture erogatrici secondo indicatori predefiniti e concordati.
Il coordinamento valuterà la qualità e l’efficacia della rete attraverso indicatori relativi ai seguenti ambiti:

- Modalità di accesso alla rete
- Relazione medica di accompagno al paziente all’interno della rete (PAI)
- Apertura della scheda clinica del dolore da parte dei MMG
- Processi di Audit

10. Le funzioni di monitoraggio e valutazione della rete

La funzione di monitoraggio e valutazione è affidata a Laziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica.
I compiti specifici sono individuati come segue:

- definizione, in collaborazione con la struttura coordinatrice della rete e entro novanta giorni dall’approvazione del presente provvedimento, degli indicatori per la valutazione del funzionamento della rete;
- calcolo degli indicatori di pertinenza.

11. Formazione

Formazione con didattica convenzionale ed interattiva per il personale sanitario, con particolare attenzione per i medici di medicina generale, e per le diverse figure professionali coinvolte (psicologi, fisioterapisti, assistenti sociali). In particolare il percorso formativo, che sarà svolto dagli specialisti degli Spoke di riferimento territoriale, ha come obiettivo primario quello di favorire l’inserimento dei MMG nella rete, stimolare i rapporti tra MMG e specialisti, accrescerne le competenze teorico pratiche nell’ambito delle Reti assistenziali integrate delle cure palliative, della terapia del dolore Oncologico e non oncologico, stimolando un confronto continuo tra raccomandazioni (linee guida e protocolli procedurali) e pratica quotidiana.

Il percorso di formazione continuativa prevede:

- Corsi teorico pratici ECM per Medici Medicina Generale e per Specialisti
- Stages presso HUB e Spoke
- FAD :formazione a distanza con tecniche di e-learning; lezioni interattive
- Consulti o seconda opinione tra MMG e specialisti

Informazione per pazienti e per i familiari attraverso specifici programmi educazionali e servizi di supporto per il paziente e per i familiari per garantire un sostegno psicologico e sociale. Andranno stimolati incontri, convegni, workshop sulla tematica della terapia del dolore, delle cure palliative e, più in generale, della lotta contro la sofferenza

Sarà inoltre predisposto del materiale informativo per gli utenti:

- indicazioni relative alle agevolazioni rispetto alla fornitura ed erogazione dei farmaci (quali esenzioni ticket etc.).
- esposizione e distribuzione di materiale appositamente realizzato (poster, pieghevoli, volantini ecc) e organizzazione di incontri con la popolazione volti ad illustrare i diritti del cittadino
- predisposizione di adeguati strumenti informativi all'interno delle Strutture sanitarie ospedaliere e territoriali da prevedere nei punti di maggior concentrazione del personale curante presso i reparti e i servizi ambulatoriali e diagnostici riportante tra l'altro la scala dell'OMS di somministrazione dei farmaci analgesici.

12. Il Coordinamento Regionale della rete del dolore cronico non oncologico

Il Coordinamento Regionale integrato delle reti del dolore cronico non oncologico e delle cure palliative è affidato all'Assessorato alla Sanità, con il supporto tecnico-scientifico di Laziosanità – Agenzia di sanità pubblica (ASP), dei referenti dei centri Hub Policlinico Tor Verga e Policlinico Umberto I ed eventualmente integrato da altri esperti., coerentemente con le determinazioni D0428 del 9/2/2010, D1906 del 24/5/2010 e D/1650 del 3/2/2005 della Regione Lazio.

I compiti del coordinamento per quanto attiene alla rete del dolore cronico non oncologico sono individuati come segue:

- entro 30 giorni dall'approvazione del presente provvedimento, predisposizione delle linee di indirizzo per la stesura dei Piani attuativi di area, che dovranno essere coordinati dall'Hub di riferimento; in tali Piani i rappresentanti legali delle strutture dovranno confermare il rispetto delle caratteristiche per le strutture di cui all'allegato elenco del presente provvedimento (anche parziale, con tempi di adeguamento non superiori ai sei mesi) od eventualmente proporne la non inclusione. Potranno anche essere proposte nuove strutture. Tali Piani saranno valutati dal Coordinamento regionale.
- a regime, predisposizione delle linee di indirizzo per i Piani Organizzativi di area (entro il 30 settembre di ogni anno) che saranno predisposti entro il 30 novembre di ciascun anno a cura del centro Hub; tali linee di indirizzo dovranno contenere anche le indicazioni per un programma informativo / formativo a sostegno dello sviluppo della rete;

- verifica dei Piani Organizzativi di area, comprensivi dei protocolli operativi con la rete dell'emergenza e con le altre strutture di interesse; i Piani Organizzativi saranno predisposti a cura del legale rappresentante della struttura di secondo livello delle Macroaree
- supporto al processo di verifica del mantenimento delle caratteristiche e delle condizioni di idoneità per le strutture facenti parte della rete.
- Inoltre, il coordinamento dovrà garantire:
  - acquisizione, valutazione ed approvazione delle linee guida e dei protocolli proposti dai centri hub per i vari livelli della rete;
  - coordinamento e indirizzo della rete;
  - acquisizione, valutazione ed approvazione di specifici piani regionali relativi alla ricerca e alle attività di formazione proposti dai centri hub;
  - monitoraggio e valutazione delle attività assistenziali;
  - sviluppo del sistema informativo e sorveglianza epidemiologica;
  - promozione della qualità;
  - piani di valutazione delle nuove tecnologie e monitoraggio del corretto utilizzo di strumenti innovativi di diagnosi e cura e dell'accesso ai trattamenti innovativi;
  - armonizzazione dell'acquisizione e dell'uso delle tecnologie.

13. Adempimenti per la realizzazione della rete

- entro trenta giorni dall'approvazione del presente provvedimento, emanazione delle linee di indirizzo per i Piani attuativi di area
- entro sessanta giorni dall'approvazione del presente provvedimento, predisposizione dei Piani attuativi di area coordinati dal centro Hub di riferimento individuati dal presente provvedimento (vedi Allegato)
- entro novanta giorni dall'approvazione del presente provvedimento, approvazione dei Piani attuativi da parte dell'Assessorato alla Sanità.

Dopo il primo anno di attività della rete, verranno valutate eventuali modifiche ed integrazioni organizzative e funzionali da apportare.

È necessario individuare specifici PAC e APA ambulatoriali e percorsi di day hospital / day surgery dedicati, che rientreranno nella valutazione dell'attività delle strutture nonché un codice specifico che identifichi nel SIAS le prestazioni dei centri di terapia del dolore.

Si ravvisa infine la necessità di individuare, con successivi provvedimenti ed entro 180 giorni dalla pubblicazione del presente atto, centri di coordinamento per ambiti di patologia legati al dolore acuto di forte rilevanza sociale quali il parto indolore e la gestione del dolore nelle urgenze e nelle maxi emergenze.

14. Bibliografia

- Role of health care professionals in multidisciplinary pain treatment facilities in Canada - P Peng, JN Stinson, M Choiniere, D Dion, H Intrater, S LeFort, M Lynch, M Ong, S Rashiq, G Tkachuk, Y Veillette; and the STOPPAIN Investigators Group November/December 2008, PRM, Volume 13 Issue 6: 484-488

- Longitudinal Treatment Outcomes for Geriatric Patients with Chronic Non-Cancer Pain at an Interdisciplinary Pain Rehabilitation Program.Darchuk KM, Townsend CO, Rome JD, Bruce BK, Hooten WM.Pain Med. 2010 Aug 23.

- Management of chronic pain. Beach P. Clin J Oncol Nurs. 2008 Feb;12(1):161-3. Review.

- Treatment of painful neuropathy. Cruccu G,,Curr Opin Neurol. 2007; 20:531-5

- Gatti A, Sabato AF, Occhioni R, Colini Baldeschi G, Reale C, Controlled-release oxycodone and pregabalin in the treatment of neuropathic pain: results of a multicenter Italian study, Eur Neurol. 2009; 61:129-37

- Gatti A, Sabato AF, Carucci A, Bertini L, Mammucari M, Occhioni R Efficacy of Oxycodone/Paracetamol in Multimodal Chronic Pain A Prospective Observational StudyClin Drug Invest 2009; 29 (1): 33-42

- Physician attitudes toward opioid prescribing for patients with persistent noncancer pain. Lin JJ, Alfandre D, Moore C. Clin J Pain. 2007 Nov-Dec;23(9):799-803

- Pain management: a fundamental human right. Brennan F, Carr DB, Cousins M. Anesth Analg. 2007 Jul;105(1):205-21. Review

- The application of evidence-based principles of care in older persons (issue 4): pain management. Hollenack KA, Cranmer KW, Zarowitz BJ, O'Shea T. J Am Med Dir Assoc. 2007 Mar;8(3 Suppl 2):e77-85. Review

- Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. H Breivik, B Collett, V Ventafridda, R Cohen, Journal of Pain, 2006 - Elsevier

Allegati

Allegato 1 – Rete assistenziale integrata per dolore cronico non Oncologico: centri e livelli

Centri HUB

Lo sviluppo territoriale della rete del dolore cronico non oncologico tiene conto della suddivisione del territorio regionale in Macroaree (Tab. 1), prevedendo la seguente configurazione:

- Macroarea 1 e 3: Policlinico Umberto I (precedentemente già individuato come Coordinamento regionale dei COSD)
- Macroarea 2 e 4: Policlinico Tor Vergata (precedentemente già individuato come Hub sperimentale nella sperimentazione della rete del dolore cronico Ministero – Regioni; GdL dolore cronico D/1650 del 3/2/2005 Regione Lazio).

In casi particolari potranno essere stipulati accordi e protocolli tra hub, spoke e ambiti territoriali (distretti) appartenenti a macroaree di competenza differenti al fine di agevolare la prossimità delle cure e l'accessibilità ai servizi così come previsto dalla L. 38/2010.

La conformità delle caratteristiche degli Hub va certificata dal legale rappresentante della struttura. Laddove presenti parzialmente, vanno indicati i tempi di adeguamento (massimo sei mesi).

Al termine del primo anno di funzionamento della rete sarà valutata la rispondenza dell'articolazione territoriale così come definita dal presente provvedimento relativamente alla funzionalità della rete.

Tab. 1 – Suddivisione del territorio regionale in macroaree

Macroarea 1	ASL RMA, RMG
	ASL FR
Macroarea 2	ASL RMB
	ASL RMC
	ASL RMH Distretti 1, 2, 3, 5
Macroarea 3	ASL RMD
	ASL RMH Distretti 4 e 6
	ASL LT
Macroarea 4	ASL RME
	ASL RMF

Centri Spoke

Nello schema seguente sono riportate le strutture risultanti da una ricognizione dell'esistente da proporre come eventuali sedi di Spoke di primo o secondo livello nei piani attuativi, nel rispetto delle caratteristiche riportate nello specifico allegato. In tali piani sarà possibile inoltre individuare altre strutture.

Tab. 2 - Strutture risultanti da ricognizione

LOCALITÀ	DENOMINAZIONE
ROMA ASL RMB	Ospedale S. Pertini
ROMA ASL RMC	Ospedale Sant' Eugenio
ROMA ASL RMC	Presidio sanitario integrato Santa Caterina delle Rose
ROMA ASL RMD	Ospedale G.B. Grassi
ROMA ASL RMD	Policlinico Di Liegro
ROMA ASL RME	Ospedale Santo Spirito
ROMA ASL RMF	Ospedale di Bracciano
ROMA ASL RMG	Ospedale di Tivoli
ROMA ASL RMG	Ospedale civile di Monterotondo
ROMA ASL RMG	Ospedale civile di Palestrina "Coniugi Berardini"
ROMA ASL RMH	Ospedale Regina Apopstolorum Albano Laziale
ROMA ASL RMH	Ospedale di Velletri
ROMA ASL RMH	Ospedale Spolverini di Ariccia

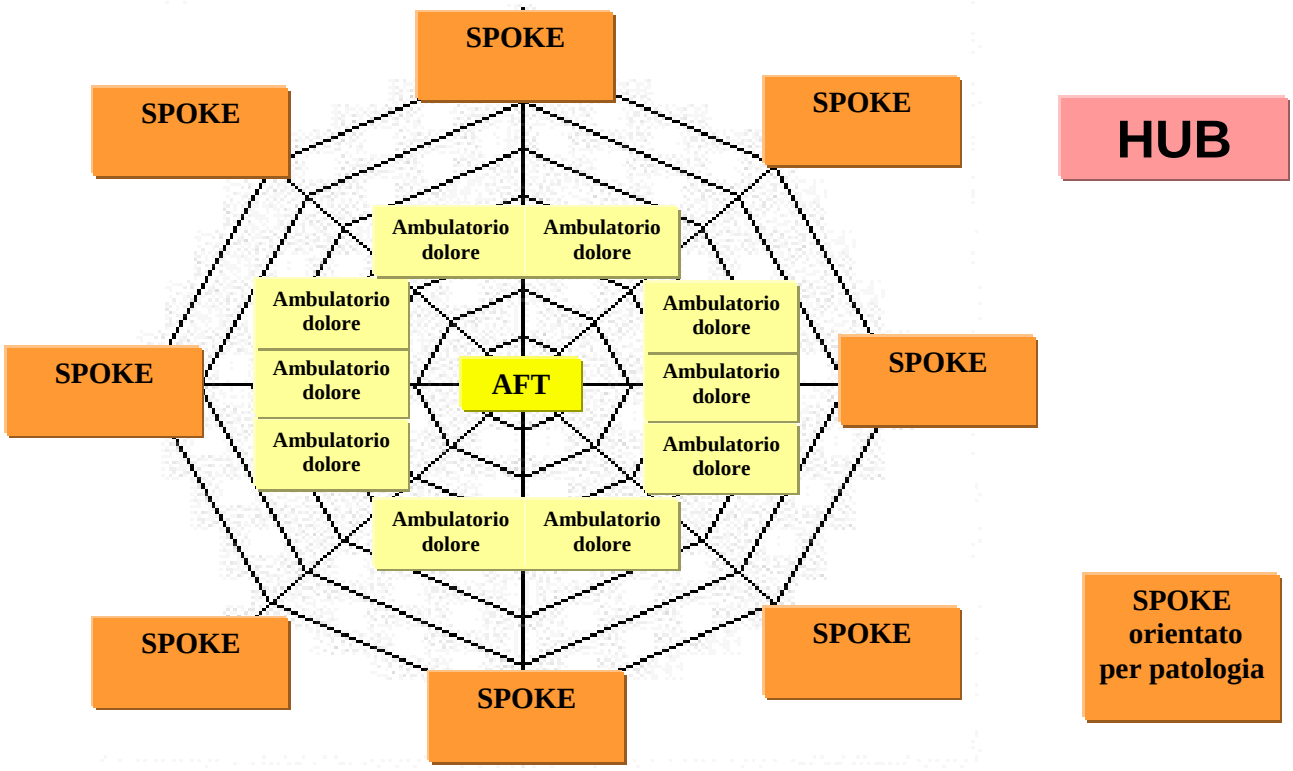
Segue tab. 2 - Strutture risultanti da ricognizione

ROMA ASL RMH	Ospedale S. Sebastiano di Frascati
ROMA ASL RMH	Ospedale E. De Santis di Genzano
ROMA ASL RMH	Ospedali riuniti di Anzio e Nettuno
ROMA	A.O. San Filippo Neri
ROMA	A.O. San Giovanni Addolorata
ROMA	A.O. San Camillo Forlanini
ROMA	Complesso Integrato Columbus
ROMA	Università Cattolica Sacro Cuore Policlinico A. Gemelli
ROMA	Università La Sapienza Polilinico Umberto I
ROMA	Università Tor Vergata Fondazione Policlinico Tor Vergata
ROMA	Ospedale San Giovanni Calibita
ROMA	Azienda ospedaliera Sant'Andrea
ROMA	Policlinico Campus Biomedico
ROMA	Ospedale Villa San Pietro
ROMA	IDI
ROMA	Ospedale Cristo Re
ROMA	IFO
ROMA	Ospedale San Carlo di Nancy
RIETI	Ospedale Provinciale

Segue tab. 2 - Strutture risultanti da ricognizione

RIETI	ADI-ASL
MAGLIANO SABINA	Ospedale Marzio Marini
LATINA	Ospedale Santa Maria Goretti
LATINA	Ospedale ICOT (Università La Sapienza)
TERRACINA	Ospedale Fiorini di Terracina
FORMIA	Ospedale di Formia
FROSINONE	Ospedale di Frosinone
FROSINONE	ASL FR
CASSINO	Ospedale di Cassino
SORA	Ospedale di Sora
VITERBO	Ospedale Belcolle di Viterbo
CAPRANICA	Villa Paola (distaccamento IDI)
TARQUINA	Ospedale civile di Tarquina
CIVITA CASTELLANA	Ospedale di Civita Castellana
ACQUAPENDENTE	Ospedale di Acquapendente

Allegato 2 – Schema della rete



Allegato 3 – Caratteristiche specifiche Rete

CARATTERISTICHE SPECIFICHE DEI VARI LIVELLI DELLA RETE

In attesa della pubblicazione delle caratteristiche delle figure professionali, delle strutture e delle modalità organizzative relative alle strutture facenti parte della rete del dolore cronico non oncologico, come previsto dalla L. 38/2010, si riportano di seguito le caratteristiche specifiche provvisorie dei vari livelli della rete, che saranno eventualmente adeguate in seguito all'uscita del sopraccitato provvedimento.

AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali)

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 in ogni AFT, o come altrimenti identificata aggregazione territoriale, un MMG formato in terapia del dolore con funzioni di referente per i colleghi e per gli specialisti degli spoke ed HUB della rete.
Questo Medico di Medicina Generale, adeguatamente formato, deve conoscere e saper applicare il Percorso Diagnostico Terapeutico (PDT-Dolore - secondo le indicazioni contenute nel volume edito dal Ministero della Salute). In particolare deve 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 Medicina del dolore.
Nei casi in cui il PDT- Dolore preveda l'invio allo Specialista, il MMG deve saper utilizzare i canali di comunicazione della rete.

SPOKE 1

L'ambulatorio di medicina del dolore eroga visite specialistiche e procedure diagnostiche. Pertanto la struttura deve possedere i requisiti previsti per l'ambulatorio medico (DGR 424/06).
Caratteristiche organizzative specifiche
La documentazione clinico assistenziale deve prevedere per ciascun paziente
una scheda clinico assistenziale comprendente:

- la valutazione del dolore con scale di misurazione validate dalla letteratura scientifica
- l'inquadramento diagnostico
- l'impostazione del piano terapeutico

- la valutazione dell'efficacia del trattamento

Orario di apertura: L'ambulatorio deve garantire un'attività minima per pazienti interni ed esterni di 18 ore settimanali distribuite su almeno 3 giorni.
Attività di consulenza per degenti: qualora l'ambulatorio sia collocato all'interno di un presidio ospedaliero deve effettuare anche delle consulenze interne con presa in carico del paziente in regime di ricovero ordinario. Tali consulenze dovranno essere garantite, al di fuori dell'attività ambulatoriale per pazienti esterni, nella fascia oraria 8-16, dal lunedì al venerdì. Le consulenze devono essere erogate nel presidio di riferimento, di norma entro le 24 ore, salvo l'espletamento di richieste pervenute nel fine settimana, che dovranno essere effettuate entro il lunedì successivo.
Personale: almeno un medico con una esperienza riconosciuta nel campo della terapia del dolore, certificata dal rappresentante legale della struttura; un infermiere responsabile del processo organizzativo.
La procedura deve prevedere:

- la valutazione del dolore con scale validate
- l'inquadramento diagnostico clinico e strumentale
- l'impostazione del piano terapeutico
- la valutazione dell'efficacia del trattamento
- la compilazione di una scheda di consulenza antalgica fino al raggiungimento del controllo del dolore o alla dimissione del paziente.
- una relazione clinica per il medico di medicina generale (conservata in archivio clinico informatizzato)

SPOKE 2

Oltre alle caratteristiche previste per l'Ambulatorio di medicina del dolore, lo Spoke 2 deve poter erogare prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche con approccio multidisciplinare ed integrato con possibilità di una valutazione interdisciplinare del paziente e procedure invasive o semi-invasive. Deve essere garantita la centralità del paziente e, ove necessario, deve garantire la gestione organizzativa dei percorsi diagnostico-terapeutici dedicati). Deve possedere anche i requisiti previsti per l'ambulatorio chirurgico (DGR 424/06).

Struttura ambulatoriale o struttura semplice. 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 acuto e cronico, in regime ambulatoriale e/o di day-hospital.
Livello: ospedaliero / distretto

Caratteristiche minime
Strutturali: deve rispondere ai requisiti di accreditamento per gli ambulatori chirurgici
Minimo di attività: deve garantire almeno 30 ore di attività settimanali articolate su cinque giorni.
Garantisce l'erogazione di tutte le prestazioni previste in regime ambulatoriale e quanto previsto nei percorsi

diagnostico-terapeutici della rete su cui insiste.
Deve garantire l'attività di consulenza ospedaliera con la presa in carico dei casi complessi (inquadramento diagnostico, valutazione del dolore con scale validate, diagnostica neurofisiologica, interventi terapeutici messi in atto, valutazione dell'efficacia del trattamento , impostazione del piano terapeutico da inviare al MMG alla dimissione)
Organico: almeno due medici di cui uno Specialista in anestesia e Rianimazione dedicati all'attività di terapia antalgica, supportato da una procedura organizzativa che garantisca la presenza di un infermiere esperto durante lo svolgimento dell'attività invasiva maggiore . La compensazione organica verrà attuata sulla base dei carichi di lavoro e dei bisogni territoriali.

Prestazionali

Devono essere definite procedure ed istruzioni operative per garantire le caratteristiche qualitative delle prestazioni dichiarate dal servizio e la gestione delle interfacce.
Cartella clinica ambulatoriale :inquadramento diagnostico,valutazione dolore con scale validate, piano terapeutico,consenso,valutazione efficacia trattamento, follow-up
Documentazione processo assistenziale : registro prestazioni , relazione al medico curante, cartella clinica ambulatoriale

Valutazione qualità prestazioni

Raccolta standardizzata dei dati per il set di indicatori

A livello aziendale deve essere attivate le procedure ed i protocolli per la gestione delle complicanze legate alle procedure interventistiche.
Devono essere concordati a livello aziendale anche i protocolli per assicurare l'assistenza psicologica con specialisti formati ad hoc.

Qualora uno Spoke sia sprovvisto della possibilità di effettuare procedure invasive,o diagnostica neurofisiologica può collegarsi funzionalmente con uno Spoke di contiguità territoriale attraverso percorsi assistiti (ma non per entrambe le procedure).
Per esami diagnostici di particolare complessità anche neurofisiologici, gli Spoke possono riferirsi agli Hub.

Consulenza antalgica per paziente in assistenza domiciliare ed in Hospice

Lo Spoke deve garantire la consulenza specialistica, qualora sia richiesto dai medici curanti, anche a tutte quelle persone affette da dolore persistente di qualunque natura che sono in regime di assistenza domiciliare o in hospice.
A tal fine deve essere concordata una procedura che definisca i percorsi fra i Servizi Territoriali e lo Spoke per la presa in carico del paziente con dolore.
Deve essere garantito l'accoglimento delle richieste di consulenza nelle ore di apertura del servizio.
Le consulenze di appoggio al curante devono essere espletate entro un tempo massimo di 72 ore dal momento del ricevimento della richiesta.

Atttività formativa

Lo spoke deve svolgere attività di formazione continua volta alla piena realizzazione della rete di terapia del dolore con

Medici di Medicina Generale della zona di afferenza territoriale

HUB

Unità operativa complessa o struttura Complessa dipartimentale. 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. Alla struttura Hub devono essere affidati i compiti di sorveglianza delle innovazioni tecnologiche e di monitoraggio dei processi di cura complessi e i registri per le procedure a permanenza.
I referenti dei Centri Hub sono inseriti nella rete di coordinamento regionale e sono il riferimento per la didattica e la ricerca.

Caratteristiche minime

Strutturali: deve rispondere ai requisiti di generali e specifici per l'accreditamento delle strutture necessarie all'erogazione delle procedure ambulatoriali invasive (ambulatorio chirurgico) , procedure invasive ad alta complessità (sala operatoria) , e per la degenza ordinaria , day-hospital, day-surgery

Tecnologici

Devono essere presenti infusori esterni elettronici/meccanici e le apparecchiature per la programmazione/controllo dei sistemi impiantabili, gli strumenti per eseguire lesioni delle vie nervose, per la visione endoscopica del canale vertebrale e del foro di coniugazione, nonchè gli strumenti per la diagnosi del sistema somato-sensoriale.

Minimo di attività: deve garantire l' attività ambulatoriale almeno cinque giorni la settimana, garantisce l'erogazione di tutte le prestazioni previste in regime ambulatoriale.

Apertura h 12 .

Garantisce l'erogazione di almeno tre prestazioni specialistiche di alto livello* , garantendo l'attività in regime di DH/DS/Degenza Ordinaria .

Garantisce prestazioni specialistiche a carattere diagnostico – terapeutico**

Garantisce quanto previsto nei percorsi diagnostico-terapeutici della rete su cui insiste.

Deve garantire l'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.

Deve garantire , secondo quanto previsto nei percorsi diagnostico-terapeutici della rete su cui insiste consulenza antalgica per pazienti in assistenza domiciliare.

Organico: almeno tre medici di cui due Specialisti in anestesia e Rianimazione dedicati all'attività di terapia antalgica, con reperibilità telefonica notturna e festiva o con supporto di una reperibilità aziendale – dipartimentale

Per l'attività chirurgica e di degenza il personale medico ed assistenziale deve essere adeguato ai volumi di attività ed alla tipologia organizzativa dell'Hub.

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 deve essere presente una procedura che descriva le modalità di utilizzo dei posti letto in termini di accessibilità/disponibilità.

Deve essere presente un procedura che regoli la disponibilità della sala operatoria/sala di diagnostica per immagini, indicante anche per quali prestazioni è appropriata l'una o l'altra; le prestazioni di alto livello * devono essere eseguite in sala operatoria. 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.

Devono essere predisposte delle schede informative per i pazienti riguardo alle prestazioni invasive.

Prestazionali

Devono essere identificate procedure ed istruzioni operative per garantire le caratteristiche qualitative delle prestazioni dichiarate dal servizio e la gestione delle interfacce .

Documentazione processo assistenziale

Devono essere 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 deve essere istituita una cartella clinica ambulatoriale.

Devono essere definite le interfacce con la Rete di Cure Palliative presente nel bacino di riferimento dell'Hub.

Competenza individuale

Per garantire il mantenimento della clinical competence deve essere previsto per ogni prestazione ad alto livello un numero minimo annuo per struttura, in funzione delle scelte del hub

Valutazione qualità prestazioni

Raccolta standardizzata dei dati per il set di indicatori

* prestazioni specialistiche di alto livello

Cordotomia, Cifoplastica (Vertebroplastica), Epidurolisi endoscopica, Neurolisi del ganglio di Gasser, Gangliolisi del plesso Celiaco e nervi splancnici , Neurolisi subaracnoidea , Posizionamento sistema per infusione spinale a permanenza , Posizionamento di sistemi per la neurostimolazione spinale, Inquadramento diagnostico-terapeutico della sindromi dolorose idiomatiche.

** prestazioni specialistiche a carattere diagnostico – terapeutico

Neurofisiologia (metodiche per lo studio del Sistema Nervoso Centrale e Periferico).

Detossificazione e sostituzione di oppioidi ad alte dosi per via intratecale-sistemica.

Monitoraggio dei sistemi totalmente impiantabili intratecali.

Inquadramento diagnostico-terapeutico dolore idiopatico.

Oltre alle caratteristiche relative ai nodi della rete sopra descritte, devono essere rispettate le condizioni di seguito riportate.

Tutela del cittadino ad accedere alla terapia del dolore

Criterio: 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. Devono essere coinvolte in modo integrato tutte le risorse disponibili sul territorio .

Presa in carico del paziente

Criterio: Nella Rete di Terapia del Dolore è garantita la continuità delle cure attraverso l'integrazione dei diversi ambiti assistenziali (territoriali, a ciclo diurno, di ricovero). Le Aziende devono mettere in atto strategie per favorire l' attuazione di quanto previsto dall'art.7 in tutti i presidi ospedalieri , e la continuità assistenziale inserendo la terapia antalgica nel piano terapeutico da inviare al MMG alla dimissione.

Formazione per i professionisti

Criterio: La formazione dei professionisti è un elemento indispensabile per rispondere ai bisogni della persona con dolore . Devono essere predisposti ed attuati piani di formazione specifica per i MMG e per i professionisti dei presidi ospedalieri .

Devono essere predisposti progetti comuni che coinvolgano i diversi professionisti della rete. La Struttura organizzativa di Coordinamento della Rete partecipa, con le strutture aziendali dedicate, ai piani di formazione continua per i professionisti della Rete.

Programmi di informazione alla popolazione sulla terapia del dolore

Criterio: La Rete di Terapia del dolore sviluppa programmi specifici di informazione ai cittadini sull'esistenza della rete di terapia del dolore e sulle modalità di accesso ai nodi delle rete stessa HUB, Spoke e MMG e sulle prestazioni erogate, in coerenza con quanto stabilito dai Programmi regionali di comunicazione. Tale programma può essere attuato in accordo e con il contributo delle associazioni no-profit operanti nel settore

Programmi di valutazione della qualità delle cure

Criterio: la Struttura Organizzativa di coordinamento Regionale / Nazionale della Rete, con l'attivazione di un sistema informativo di raccolta dei dati, valuta la quantità e la qualità delle prestazioni erogate, in accordo con quanto previsto dalle normative nazionali e regionali.

E' indispensabile per attuare il monitoraggio e controllo istituzionale dei differenti livelli operativi della Rete identificare ed attribuire un codice disciplina alle attività effettuate in regime di day-hospital e di ricovero ordinario.

A tal fine deve essere definito a livello Nazionale un set di criteri, indicatori e standard

Programmi di Ricerca per lo sviluppo della Rete

Criterio: la Struttura organizzativa regionale di coordinamento della Rete di Terapia del Dolore, deve attivare, nell'ambito dei programmi annuali identificati dalle Istituzioni competenti in materia sia a livello Regionale e Nazionale, programmi finalizzati allo sviluppo delle competenze e conoscenze nella ricerca sul dolore .