

# Servizio Sanitario Regionale - Azienda USL Umbria n.1

**Delibera del Direttore Generale n. 1027 del 13/12/2013**

**Oggetto:** Definizione linee di indirizzo aziendali al fine di garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore

**Proponente:** Direzione Sanitaria

## **IL DIRETTORE GENERALE**

Vista la proposta di delibera in oggetto di cui al num. Provv. 5393 del 11/12/2013 contenente:

il Parere del Direttore Amministrativo - Dott. Roberto NOTO;

il Parere del Direttore Sanitario - Dr. Diamante PACCHIARINI.

## **DELIBERA**

Di recepire la menzionata proposta di delibera che allegata al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale e di disporre quindi così come in essa indicato.

**IL DIRETTORE GENERALE**  
(Dott. Giuseppe LEGATO)\*

\* Questo documento è firmato digitalmente, pertanto ha lo stesso valore legale dell'equivalente documento cartaceo firmato autografo. I documenti perdono ogni valore legale quando vengono stampati, pertanto, nel caso fosse necessario inoltrare il documento ad un altro destinatario, è necessario copiarlo su supporto magnetico oppure inviarlo per posta elettronica.

**Oggetto: Definizione linee di indirizzo aziendali al fine di garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.**

Le cure palliative e la terapia del dolore costituiscono obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale, ai sensi dell'art. 1 della legge 23 dicembre 1996, n. 662 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica" e successive modificazioni.

In particolare, la legge n. 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore, così come definito dall'art. 2, comma 1, lettera c), nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, nonché dal D.lgs n. 502 del 30 dicembre 1992, per quanto concerne il rispetto dell'autonomia e della dignità della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità e appropriatezza delle cure.

La legge 38/2010 definisce altresì:

- la promozione e l'integrazione delle reti della terapia del dolore e delle cure palliative
- la semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore
- l'obbligo di riportare nella cartella clinica la rilevazione del dolore
- la realizzazione di campagne istituzionali di informazione
- la promozione della cultura della lotta contro il dolore ed il superamento dei pregiudizi relativi all'utilizzazione dei farmaci per il trattamento del dolore
- il diritto delle persone alle cure palliative, garantendo l'accesso da parte del malato alle cure palliative inserite nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza
- l'individuazione di specifici percorsi formativi in materia di cure palliative e terapia del dolore e di programmi dedicati nell'ambito della formazione continua in medicina
- l'individuazione delle figure professionali con specifica competenza ed esperienza.

La suddetta legge 38/2010 distingue nettamente l'ambito disciplinare delle cure palliative da quello della terapia del dolore estendendo anche il concetto di malato terminale non più riferito esclusivamente ai pazienti con patologia oncologica. Inoltre rafforza l'attività svolta dai Comitati "Ospedale senza dolore" finanziando il Progetto denominato "ospedale – territorio senza dolore".

La Regione dell'Umbria, con DGR n. 1772 del 27 dicembre 2012, nel recepire la normativa nazionale, di cui alla legge 38/2010 ha recepito altresì l'Accordo della Conferenza permanente tra

lo Stato e le Regioni del 16 dicembre 2010 “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”, nonché l’Intesa della Conferenza permanente tra lo Stato e le Regioni del 25 luglio 2012 “Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l’accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore”.

Con il medesimo atto la Regione dell’Umbria ha definito:

1. **“Linee di indirizzo regionale per le cure palliative”** . dette linee di indirizzo prevedono:
  - La costruzione di una rete regionale per le cure palliative, cui è affidato il compito di assicurare la continuità assistenziale del malato, dalla struttura ospedaliera al suo domicilio;
  - L’istituzione di una struttura a livello regionale dedicata al coordinamento della rete e alla promozione del processo di sviluppo delle cure palliative a domicilio, in hospice, nelle strutture residenziali e ospedaliere, al fine di garantire approcci omogenei ed equità di sistema;
  - L’implementazione, a livello locale, da parte delle Aziende Sanitarie Regionali di un “Sistema di erogazione di cure palliative” in ospedale, hospice e a domicilio, con percorsi di presa in carico e di assistenza di cure palliative, nel rispetto delle indicazioni contenute all’art. 5 della legge 38/2010.
  - L’individualizzazione da parte della Regione e delle Aziende Sanitarie, di piante organiche adeguate, l’informazione ai cittadini, la sensibilizzazione di tutti gli operatori coinvolti, il monitoraggio e la sorveglianza delle attività e della qualità globale dei percorsi diagnostico-terapeutici, realizzati in ambito di cure palliative.
2. **“Linee di indirizzo per l’articolazione della rete regionale per la terapia del dolore”**, con particolare riferimento alle finalità da perseguire, alla struttura organizzativa, alle diverse interconnessioni tra i diversi livelli assistenziali e alle modalità di presa in carico del paziente con sintomatologia algica. Il nuovo modello organizzativo prevede:
  - **Un livello regionale**, mediante l’istituzione di un Gruppo di Lavoro denominato “Coordinamento regionale per la terapia del dolore”, struttura di supporto alla programmazione sanitaria regionale e al coordinamento tecnico scientifico della rete assistenziale. Il livello regionale prevede altresì l’attivazione del “Sistema regionale di sorveglianza e monitoraggio sulla terapia del dolore, che provvede anche alla trasmissione al Ministero della Salute di tutti i dati relativi agli interventi in materia di terapia del dolore.

➤ **Un livello aziendale**, finalizzato a dare risposte assistenziali efficaci al paziente con sintomatologia dolorosa, attraverso la disponibilità sul territorio di strutture e servizi sanitari, sia ospedalieri che ambulatoriali, dedicati in maniera specifica alla terapia del dolore. Il modello organizzativo è articolato in 3 livelli di cura, che differenziati per grado di complessità degli interventi ed in comunicazione tra di loro, in grado di garantire adeguati percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativo. Pertanto, nell'ambito della rete di terapia del dolore deve essere garantita la continuità delle cure attraverso l'integrazione dei diversi ambiti assistenziali. Sempre in ambito della terapia del dolore la DGR n. 1772/2012, in ottemperanza a quanto stabilito dalla Legge 38/2010, definisce il ruolo delle Associazioni di Volontariato che operano nell'ambito delle tematiche oggetto del suddetto atto, la necessità di predisposizione di piani di formazione specifica, ivi compreso l'aggiornamento del personale coinvolto, con particolare riferimento ai MMG, l'informazione ai cittadini attraverso la realizzazione di campagne informative.

Inoltre, al fine di assicurare un osservatorio specifico del dolore nelle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, stabilisce che le aziende sanitarie, in ottemperanza dell'art. 6 della legge 38/2010, sono tenute a costituire il **“Comitato Ospedale-Territorio senza Dolore”** (già denominato “Ospedale senza Dolore” nell'Accordo Stato Regioni del 24 maggio 2001 e modificato dalla legge 38/2010).

In ottemperanza di quanto disposto dalla legge 38/2010 e dalla DGR n. 1772 del 27/12/2012, la USL Umbria 1, anche nell'intento di unificare la procedure in tutto il territorio afferente alla medesima, in seguito all'accorpamento delle ex USL n. 2 e USL n. 1, di cui alla Legge Regionale n. 18 del 12/11/2012, ha ridefinito i vari modelli organizzativi relativi a:

1. Cure palliative – **Allegato A**
2. Terapia del dolore – **Allegato B**
3. “Comitato Ospedale Territorio senza dolore” – COTSD – **Allegato C**

➤ Per quanto concerne le **Cure Palliative**, di cui all'allegato **A**) del presente atto, l'aspetto più innovativo riguarda la costituzione **dell'Unità di Cure palliative (UCP)**, definita come aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure palliative, erogate in ospedale, in struttura residenziale dedicata (hospice), a domicilio e in altre strutture residenziali (per anziani o disabili). L'organizzazione aziendale che discende

dalla costituzione dell'UCP è dettagliatamente rappresentata nel suddetto **allegato A)** denominato **“Modello organizzativo Aziendale per le Cure Palliative”**

➤ Relativamente alla **terapia del dolore** viene proposto un modello organizzativo scomposto in tre livelli complementari:

- a) **Primo livello:** l'ambulatorio territoriale del Medico di Medicina Generale
- b) **Secondo livello:** l'ambulatorio di terapia antalgica (Centro SPOKE)
- c) **Terzo livello:** il Centro di riferimento regionale di terapia del dolore (Centro HUB)

L'organizzazione e la ricognizione delle strutture sanitarie presenti nel territorio della USL Umbria 1, sono specificate nell'**allegato B)** denominato **“Modello Aziendale per l'accesso alla terapia del dolore”**

➤ **Il Comitato Ospedale Territorio senza dolore” – COTSD** discende dall'Accordo del 24 maggio 2001, tra il Ministero della Sanità e le Regioni e province autonome (Ospedale senza dolore), modificato dalla legge 38/2010. Ai COTSD è affidato il compito di fornire supporto specializzato alla Direzione Aziendale attraverso l'elaborazione di un “Programma Aziendale per il controllo del dolore” teso ad ottimizzare, in ambito ospedaliero e distrettuale, il processo assistenziale nei confronti dei pazienti con dolore acuto (post-traumatico e post-chirurgico) e cronico secondario alle patologie neoplastica, osteogenerativa, neuropatica e funzionale. La composizione, le finalità e funzioni sono definite nell'**Allegato C)**, denominato **“Comitato Ospedale- Territorio senza dolore – COTSD”**

Per quanto sopra esposto:

- VISTA la legge n. 38 del 15 marzo 2010 “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”;
- VISTA la DGR n. 1772 del 27/12/2012
- VISTO l'Accordo Conferenza permanente tra lo Stato e le regioni del 16/12/2010 “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”;
- VISTA l'Intesa Conferenza Permanente tra lo Stato e le Regioni del 25 luglio 2012 “Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore”
- VISTO il DPCM 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”

- VISTA la Legge Regionale n. 18 del 12/11/2012 “Ordinamento del servizio sanitario regionale”

**Si propone di deliberare:**

1. Di recepire quanto disposto della DGR n. 1772 del 27/12/2012, in applicazione della Legge n. 38 del 15 marzo 2010 in materia di cure palliative e articolazione della rete per la terapia del dolore.
2. Di approvare i seguenti modelli organizzativi, parti integranti e sostanziali del presente atto:
  - ***Allegato A) “Modello organizzativo Aziendale per le Cure Palliative”***
  - ***Allegato B) “Modello Aziendale per l’accesso alla terapia del dolore”***
  - ***Allegato C) “Comitato Ospedale- Territorio senza dolore – COTSD”***
3. Dare atto che il presente provvedimento abroga e sostituisce i precedenti atti aziendali dell’ex USL 1 e 2, riguardanti la materia in argomento.
4. Dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione integrale ai sensi delle vigenti normative in tema di riservatezza

**IL Dirigente Medico Responsabile Cure Palliative**

Dr.ssa Maria Gigliola Rosignoli

**Il Direttore Sanitario**

Dott. Diamante Pacchiarini

## PERCORSO CURE PALLIATIVE AZIENDA USL UMBRIA 1

### **Riferimenti normativi:**

- Art. 32 Costituzione Italiana
- D.Lgs. n. 502 del 30/12/1992 e s.m.i.
- Piano Sanitario Nazionale 1998/2000
- Legge n. 39 del 26/02/1999
- DPCM 20 gennaio 2000
- DGR N. 1111 del 27/09/2000
- D.M. 28/03/2001
- D.M. 04/05/2001
- D.M. 05/09/2001
- D.M. 06/12/2001
- DPCM 29 novembre 2001
- Piano Sanitario Regionale 2003/2005
- DGR N. 1481 del 06/10/2004
- Piano Sanitario Nazionale 2006/2008
- Piano Sanitario regionale 2009/2011
- Legge 38 del 15/03/2010
- Accordo Conferenza Stato – Regioni del 16/12/2010
- Conferenza Stato – Regioni del 25/07/2012
- DGR 1772 del 27/12/2012

### **Premessa:**

Ai sensi della legge 15 marzo 2010 n. 38 per "cure palliative" s'intende l'insieme di interventi e prestazioni, in ambito diagnostico, terapeutico ed assistenziale, erogati da singoli operatori sanitari e/o da équipe multidisciplinari, volti ad assicurare un'assistenza attiva e globale nei confronti di persone in cui la malattia non risponde più a trattamenti terapeutici specifici; esse sono rivolte a pazienti in fase terminale, anche in età pediatrica, di ogni malattia cronica ed evolutiva, in primo luogo oncologiche ma anche infettive (AIDS), neurologiche (SLA, post-ictus), respiratorie, renali, cardiologiche (scompenso cardiaco). In altre parole, ciò che connota la fase terminale di un malato, sia in termini di sintomatologia sia di bisogni della persona e della sua famiglia, non è determinato solamente dalla tipologia specifica di patologia che ne è all'origine, quanto dal modo, tempi ed eventi che scandiranno la parabola discendente della vita, determinandone le diverse *traiettorie di fine vita*.

### **Finalità:**

Lo scopo delle cure palliative è quello di ottenere la massima qualità di vita possibile per il paziente affetto da una patologia per la quale non esistono terapie e laddove esistano, sono inadeguate o

risultano inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento della vita. Le stesse, pertanto:

- non anticipano e non posticipano la morte;
- si adoperano per controllare la sofferenza non solo fisica del malato;
- rispettano l'autodeterminazione del malato;
- sono erogate da équipes multidisciplinari ed interdisciplinari di professionisti e di non professionisti;
- si occupano anche della famiglia del malato, compresa la fase del lutto.

### **Organizzazione**

La DGR 1772 DEL 27/12/2012, nel definire le linee di indirizzo regionale per le cure palliative, prevede l'articolazione di due tipologie di intervento, uno a livello regionale e uno a livello locale (Aziende Sanitarie).

### **Livello Regionale**

Costituzione di una **Sistema Regionale per le cure palliative** con il compito di garantire la tutela della salute a tutti i cittadini, la qualità dei servizi e l'appropriatezza degli interventi assicurando la continuità assistenziale al malato e alla sua famiglia con adeguati percorsi assistenziali, dalla struttura ospedaliera al suo domicilio, per qualunque patologia evolutiva, durante tutto il suo decorso, per ogni età e in ogni luogo di cura.

Sono di competenza della Regione dell'Umbria, le funzioni di programmazione sanitaria e di coordinamento, mediante l'istituzione di un gruppo di lavoro denominato **"Coordinamento Regionale per le Cure Palliative"**.

Fanno parte del **Coordinamento Regionale**:

- Responsabile del Servizio Programmazione Socio Sanitaria, dell'assistenza di base ed ospedaliera;
- Responsabile del Servizio "Sistema Informativo" della Direzione Regionale
- Responsabile della sezione "Assistenza Sanitaria di base, specialistica e tutela materno infantile"
- Direttori delle Aziende Sanitarie Regionali
- Responsabili Aziendali UCP, Coordinatori Infermieristici UCP e degli Hospice
- Direttori di Distretto (n. 1 per ogni USL)
- Coordinatore della rete oncologica regionale
- N. 1 Rappresentante della Società Italiana Cure Palliative Regionale



- Rappresentanti regionali delle Società Scientifiche rappresentative dei MMM
- Rappresentanti delle Associazioni di Volontariato operanti nell'ambito regionale delle cure palliative.

### **Livello Territoriale**

In ottemperanza alle Linee Guida regionali, l'Azienda USL Umbria 1 si organizza con l'individuazione e l'implementazione, di un modello organizzativo e funzionale finalizzato ad assicurare, anche incrementando gli attuali livelli, l'offerta di Cure Palliative attraverso la disponibilità, a livello distrettuale, di strutture e servizi sanitari, in ambito domiciliare, ambulatoriale, residenziale ed ospedaliero, dotate di figure professionali competenti ed adeguatamente formate per assicurare risposte assistenziali efficaci (presa in carico e trattamento appropriato) ai pazienti che necessitano, nel corso della loro malattia e nella fase finale della vita, di Cure Palliative.

Si costituisce, a livello Aziendale, l'**Unità Cure di Palliative UCP**, aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in struttura residenziale dedicata (hospice), a domicilio e in altre strutture residenziali (per anziani o disabili), in ogni ASL dell'Umbria. Il coordinamento dell'UCP è affidato a figura professionale dedicata, con specifica competenza ed esperienza, individuata nel Dr. Riccardo Rossetti.

### **Finalità dell'UCP:**

- garantire l'accoglienza, la valutazione del bisogno e l'avvio di un percorso di cure palliative, la tempestività della risposta e l'individuazione del percorso assistenziale appropriato;
- garantire la continuità assistenziale (ospedale-domicilio-hospice);
- garantire la qualità delle cure, anche attraverso i flussi informativi e il rispetto degli indicatori ministeriali;
- promuovere ed attuare, in accordo con i Servizi di Formazione delle Aziende, programmi obbligatori di formazione a tutte le figure professionali operanti nella rete.

### **Luoghi di intervento delle UCP:**

#### **a) *Domicilio del paziente***

L'ambiente familiare rappresenta il luogo prioritario per gli interventi palliativi e da privilegiare in quanto condizione, nella maggior parte dei casi, preferita dal malato e dal nucleo familiare.

Al domicilio del paziente possono essere erogate cure palliative di primo e di secondo livello.

A livello di **assistenza domiciliare** le cure palliative fanno riferimento al modello delle Cure Domiciliari come definito nel PSR 2009-2011.

**b) Strutture residenziali per anziani, disabili**

Le strutture residenziali per anziani e disabili devono essere considerate alla stregua del domicilio del paziente e pertanto per esse valgono le medesime condizioni già esposte al precedente punto a).

**c) Centro Residenziale per Malati Terminali (Hospice)**

La legge n.38/2010, all'art.2, punto e), definisce l'assistenza residenziale per cure palliative "l'insieme degli interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali erogati ininterrottamente da Equipe multidisciplinari presso una struttura denominata **Hospice**, i cui criteri di eleggibilità sono i seguenti:

- paziente con malattia evolutiva in stadio avanzato irreversibile con sopravvivenza presunta a 90 giorni;
- quadri clinici instabili che richiedono un monitoraggio continuativo e un adeguamento della terapia non compatibili con la permanenza al domicilio;
- sintomatologia non controllabile a domicilio sia fisica che psichica, problemi sociali, problemi relazionali;
- necessità di frequenti accessi medici ed infermieristici non compatibili con l'organizzazione delle cure domiciliari;
- indice di autonomia secondo la scala Karnofsky inferiore o uguale a 50;
- mancanza di una adeguata rete familiare, gravi situazioni sociali, rilevata non idoneità del domicilio, necessità di sollievo temporaneo da parte della famiglia e/o caregiver;
- volontà del paziente ad essere ricoverato in Hospice.

È Nella nostra Azienda Sanitaria Locale l'Hospice è ubicato a Perugia, Parco Santa Margherita.

L'accesso in hospice non è diretto: possono essere ricoverati nella struttura solo i malati per i quali è stato attivato il Servizio di Cure Palliative **Distrettuale**; qualora il malato provenga da una struttura ospedaliera, il ricovero sarà possibile soltanto previa valutazione da parte dell'unità valutativa.

**d) Reparti Ospedalieri**

L'UCP garantisce attività di consulenza palliativa durante l'intero percorso di cura nelle strutture ospedaliere, in sinergia con i protocolli terapeutici adottati. La consulenza palliativa contribuisce ad assicurare la continuità assistenziale e in particolare il passaggio del paziente dall'ambiente ospedaliero al proprio domicilio o Hospice.

**e) Cure palliative pediatriche**

In ottemperanza di quanto previsto dalla DGR 1772 del 2012, ogni Hospice dovrà prevedere un posto letto per pazienti pediatriche in fase terminale. Pertanto, l'UCP Aziendale dovrà essere in grado di effettuare la presa in carico di pazienti pediatriche sia a domicilio che in ambiente ospedaliero.

**Modello Assistenziale Cure Palliative**

Le cure palliative sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni a volte di alta complessità, definite nel Piano di Assistenza Individuale (PAI) redatto in base ad una valutazione multidimensionale e dalla presa in carico globale con intervento di tipo multidisciplinare già presente a livello aziendale.

Si possono definire diversi livelli di intensità:

- Cure domiciliari palliative di **1° livello**: si tratta di un intervento finalizzato al controllo dei sintomi, che viene realizzato da una equipe minima, costituita dal MMG/PLS e dall'infermiere del Centro di Salute (CdS). In questa fase la consulenza o il supporto dell'UCP non sono, al momento, necessarie. L'intervento sarà quindi attivato e realizzato dal MMG/PLS, in integrazione con il CdS.
- Cure domiciliari palliative di **2° livello**: si tratta di un intervento con le medesime finalità del precedente, in cui, data la complessità clinica e/o sintomatologica del caso, il MMG/PLS può ritenere necessaria anche la consulenza e/o l'eventuale supporto dell'UCP con le sue organizzazioni distrettuali, per impostare o ridefinire il piano di cura finalizzato alla palliazione. L'intervento sarà quindi realizzato da un'equipe allargata. In questo livello è prevista la **stesura del PAI** da parte dell'Equipe.
- Cure di fine vita di **3° livello** (identificabile con ad ADI alta intensità assistenziale): si tratta di un intervento con caratteristiche simili al precedente, ma la cui criticità ed elevata intensità assistenziale prevede la presa in carico con l'intervento diretto di specifiche figure professionali dell'UCP e dell'equipe dedicata.

A determinare la criticità concorre l'instabilità clinica, la presenza di sintomi di difficile controllo, la necessità di un particolare supporto alla famiglia e/o al care-giver. Anche in questo caso l'equipe deve redigere un PAI.

Ad ogni livello può essere richiesto un inserimento in hospice.

L'integrazione tra cure domiciliari di terzo livello e gli altri nodi del sistema di cure palliative deve essere assicurata da:

- protocolli condivisi di cura e assistenza, formalizzati dall'UCP Aziendale
- protocolli di intervento tra il Sistema Sanitario Regionale e le Associazioni di volontariato che si occupano nei vari territori di cure palliative.

### **Modello Organizzativo nuova ASL1 Umbria**

Le cure palliative, sono assicurate da una rete di servizi nell'ambito del Sistema Integrato delle Cure Domiciliari, articolata in:

#### **1. Unità di Cure Palliative Aziendale (UCP)**

L'Unità di Cure palliative sostituisce il SIPC previsto nel documento "*Integrazione delle cure palliative nel sistema delle cure domiciliari*" dell'aprile 2007. La stessa, essendo un'articolazione funzionale ed integrata delle attività di Cure Palliative è costituita da:

- Medico Responsabile con attività di coordinamento Riccardo Rossetti
- 2 Medici di Distretto (ex ASL1 Dott. Daniela Felicioni; ex Asl Dr. Giuseppina Bioli)
- 2 Coordinatori infermieristici (Trasimeno; Antonella Brufani)
- 2 Rappresentanti di MMG/PLS
- Il Coordinatore infermieristico Hospice
- Medico Responsabile dell'Hospice

L'UCP si articola operativamente nei Servizi di Cure Palliative Distrettuali.

**Il Responsabile dell'UCP Aziendale** ha le seguenti competenze:

- E' garante dell'uniformità delle prestazioni sul territorio della ASL e nei centri residenziali per quanto attiene le cure palliative,
- Collabora con l'equipe di cure domiciliari alla gestione dei principali problemi clinici ed organizzativi, comprese le implicazioni di natura bioetica;
- Convoca, per le funzioni che gli sono proprie, riunioni di servizio con i Referenti ed il personale delle Cure Domiciliari;

- Collabora con i Direttori di Distretto e con i Referenti delle Cure Domiciliari alla stesura di protocolli operativi con i MMG per quanto attiene l'assistenza dei malati terminali;
- Propone, in accordo con i Direttori di distretto, progetti di formazione e di aggiornamento del personale afferente al servizio di cure palliative
- Collabora con i Direttori di distretto alla redazione di protocolli di raccordo con le diverse associazioni di volontariato che si occupano, a vario titolo, di assistenza ai malati terminali;
- Garantisce la consulenza all'interno degli ospedali, anche tramite i medici palliativisti, favorendo le dimissioni protette dalla struttura ospedaliera;
- Elabora, insieme ai Referenti delle cure domiciliari, i report annuali sull'attività svolta.

## **2. Servizi domiciliari dei Centri di Salute**

### **Responsabile del centro di salute**

E' la figura cui compete l'organizzazione delle risorse attivabili a domicilio, ed ha le seguenti competenze:

- Valuta, insieme al MMG, la fattibilità del programma domiciliare in base ai bisogni assistenziali ed all'organizzazione esistente,□
- Collabora alla stesura del programma di Assistenza Domiciliare con il MMG;
- Attiva l'equipe territoriale di Cure Palliative;
- Si fa carico di attivare le consulenze specialistiche necessarie richieste dal MMG, oltre alla consulenza del medico palliativista;
- Attiva tutte le risorse a disposizione del Distretto per garantire una adeguata assistenza al malato terminale.

### **Coordinatore Infermieristico del Centro di Salute**

Competenze:

- Pianifica e coordina l'attività degli infermieri e degli operatori socio-assistenziali;
- fa parte dell'equipe territoriale cure domiciliari/cure palliative;
- provvede agli approvvigionamenti dei farmaci e presidi di vario genere;
- collabora alla stesura del Piano Individuale di Assistenza (PAI);
- si rapporta con i medici per le eventuali variazioni e valutazioni del PAI;
- pianifica, coordina e valuta l'inserimento dei volontari nei compiti di accompagnamento e accudimento dei pazienti;

- coordina il tirocinio didattico per il personale infermieristico e operatori di assistenza e partecipa alla stesura ed all'organizzazione dei programmi formativi;

### **Medico di Medicina Generale**

E' il punto di riferimento fondamentale per le Cure Domiciliari e quindi delle Cure Palliative ed è il responsabile clinico del paziente a domicilio.

E' parte integrante dell'equipe cure palliative per il suo assistito, chiede l'attivazione dell'intervento attraverso il Centro di salute, partecipa alla stesura del piano assistenziale.

Il MMG è responsabile clinico delle Cure Domiciliari di 1° e 2° livello secondo l'Accordo Regionale per la medicina regionale. Inoltre, il MMG è la figura professionale che deve essere coinvolta al momento delle dimissioni assieme alla UCP, per la presa in carico effettiva nel percorso assistenziale post ospedaliero.

### **Medico Palliativista**

- Garantisce, nell'UCP, la consulenza clinica ospedaliera e domiciliare per i pazienti che necessitano di un programma di Cure Palliative;
- Fa parte dell'equipe territoriale delle cure domiciliari/palliative;
- Elabora con il MMG e l'equipe cure domiciliari il piano assistenziale individualizzato;
- Concorre all'attuazione del percorso clinico/terapeutico del paziente terminale a domicilio ed in struttura residenziale ( hospice ed altro);
- Partecipa ai piani formativi aziendali.

### **Associazioni di Volontariato e Onlus**

Contribuiscono nell'ambito del Sistema regionale alle cure palliative a:

- erogare, prestazioni assistenziali di cure palliative in ambito domiciliare, ambulatoriale e residenziale, fatte salve le indicazioni contenute nel "Disciplinare per l'Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio- sanitarie pubbliche e private della regione Umbria;
- supportare le figure sanitarie che hanno in carico il singolo caso nell'erogazione di prestazioni assistenziali alla persona malata;
- garantire sostegno ai familiari durante tutte le fasi della malattia e, eventualmente, nella fase del lutto;

- promuovere la cultura e la informazione sulle Cure Palliative.

Le associazioni di volontariato e le ONLUS, stipulano con l'Azienda Sanitaria ASL1 Umbria convenzioni o protocolli di intesa formali, nei quali sono chiaramente identificati i compiti e le responsabilità dell'operatore volontario e le forme di integrazione con il personale sanitario pubblico.

### **Informazione**

Spetta all'Azienda l'informazione ai propri assistiti, con campagne informative, fermo restando che tutti gli operatori sanitari e sociali dei servizi territoriali, sono chiamati a fornire ai cittadini informazioni generali sul percorso di accesso alle CURE PALLIATIVE ed agli interventi sociosanitari, l'informazione strutturata è garantita da:

a) **Punto Unico di Ascolto (PUA)** facilmente identificabile e raggiungibile almeno telefonicamente, che fornisce informazioni sulle procedure di accesso e di erogazione delle CURE PALLIATIVE, sia all'utenza sia agli operatori dei servizi sanitari e sociali. Costituisce il fulcro organizzativo dell'intero percorso determinando il funzionamento dell'intero percorso delle CURE PALLIATIVE. L'attività è coordinata dal Responsabile infermieristico del CdS il quale si avvale del supporto operativo di infermieri dedicati.

Le sue principali funzioni sono:

- accogliere la segnalazione
- valutare se il problema/bisogno è di pertinenza del servizio CURE PALLIATIVE
- valutare la tipologia della richiesta:
  - o semplice-attivazione singoli professionisti
  - o complessa e/o con componente socio-assistenziale – attivazione NVT
- tenuta dei contatti con i MMG
- accogliere le richieste di visite specialistiche a domicilio
- assicurare i contatti con gli operatori del Presidio Ospedaliero
- archiviare le prestazioni giornaliere utilizzando un database unico
- tenere il registro delle segnalazioni pervenute al punto di ascolto
- interagire con gli altri servizi della rete territoriale

## **Segnalazione**

**Il PUA** su segnalazione dei familiari o Assistenti Sociali, o su richiesta del MMG/PLS o del reparto di dimissione attiva il Servizio Cure Palliative Distrettuale.

Tutte le richieste, comunque vanno sempre ricondotte al MMG che, individuato il bisogno di salute, formulerà la richiesta di attivazione e/o di assistenza in presenza di un bisogno sanitario e sociale e si avvarrà della **modulistica predefinita**.

## **Richiesta**

La richiesta di assistenza per CURE PALLIATIVE è formulata dal MMG/PLS. Lo stesso è responsabile clinico delle CURE PALLIATIVE e dovrà garantire in tutte le fasi il proprio supporto, a partire dalla formulazione della richiesta di intervento fino all'attuazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI), come da DGR 1772/2012, redatto in base ad una valutazione multidimensionale e della presa in carico globale con intervento di tipo multidisciplinare.

## **Attivazione**

E' fatta dal MMG; con il coinvolgimento del medico Palliativista e del CdS, comporta la stesura del PAI.

## **ORGANIZZAZIONE AZIENDALE**

### **Attuale**

L'organigramma aziendale è costituita dall'UCP con il suo responsabile, dall'Hospice e dai Servizi distrettuali di cure palliative, già operanti in tutti i distretti, con diversificazioni territoriali.

Attualmente l'organizzazione a livello distrettuale risulta così articolata:

#### **Distretto ALTO TEVERE**

- Medico palliativista a tempo indeterminato part-time
- 2 infermieri dedicati
- 3 infermieri in convenzione con Associazione di Volontariato

**Attività notturna e festiva garantita dall'Associazione di Volontariato**



Distretto **ALTO CHIASCIO**

- Medico dipendente a tempo indeterminato part-time
- 2-3 medici convenzionati con Associazione di Volontariato
- Infermieri del Servizio domiciliare non dedicati
- 2 Infermieri Associazione di Volontariato
- 1 Terapista della riabilitazione

**Attività notturna e festiva garantita dall'Associazione di Volontariato**

Distretto **ASSISANO:**

- Medico Associazione di Volontariato
- 2 infermieri dipendenti dedicati
- 1 Psicologo Associazione di Volontariato
- 1 Psichiatra Associazione di Volontariato
- 1 Fisioterapista Associazione di Volontariato

Distretto **PERUGINO:**

L'assistenza viene garantita dall'Hospice:

- 3 Medici part-time

L'attività di Cure Palliative è svolta prevalentemente da medici dipendenti della ASL che prestano servizio anche all'Hospice, e dagli infermieri dell'Hospice stesso che seguono i servizi domiciliari integrati con gli infermieri dei vari Centri di Salute.

Non attiva pronta disponibilità notturna o festiva

Distretto **MVT:**

- 1 Medico dipendente per 12 ore
- 2 Medici part-time dell'Associazione di Volontariato
- 1 Psicologo con contratto Libero Professionale
- Infermieri dipendenti dell'assistenza domiciliare

Non attiva pronta disponibilità notturna o festiva

Distretto **TRASIMENO:**

- 1 Medico in convenzione con Associazione di Volontariato
  - 2 Infermieri part-time dell'assistenza domiciliare
  - 1 Psicologo Associazione di Volontariato
  - 1 Psichiatra Associazione di Volontariato
  - 1 Fisioterapista Associazione di Volontariato
  - 3 Fisioterapisti dipendenti, part-time
- } attivati al bisogno

Sarà compito del Responsabile dell'UCP provvedere, con le risorse già a disposizione e tenendo conto delle diverse organizzazioni, a individuare percorsi assistenziali omogenei in tutto il territorio della USL Umbria 1, comprensivi della revisione anche della modulistica attualmente in uso e dei rapporti convenzionali con le Associazioni di Volontariato.

## PERCORSO DELLA TERAPIA DEL DOLORE AZIENDA USL UMBRIA 1

### Riferimenti normativi

- D.P.R. n. 309 del 9 ottobre 1990 e s.m.i.
- Legge n. 12 del 8 febbraio 2001
- "Linee guida per l'ospedale senza dolore" del 2001
- Piano Sanitario Regionale 2003-2005
- D.G.R. n. 1481 del 06 ottobre 2004
- Piano Sanitario Regionale 2009-2011
- Legge n. 38 del 15 marzo 2010
- Accordo Conferenza Stato – Regioni del 16 dicembre 2010
- Conferenza Stato – Regioni del 25 luglio 2012
- D.G.R. 1772 del 27 dicembre 2012

### Premessa

La Legge n. 38 del marzo 2010, definisce, all'art. 2, comma b) la "terapia del dolore" come: *"l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti ad individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee ed appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore"*.

La stessa Legge, nel riaffermare che la terapia del dolore costituisce uno degli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale, esplicita competenze specifiche a livello:

- **Centrale:** in capo al Ministero della Salute, Conferenza permanente per i rapporti tra Stato le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, l'Istituzione di una Commissione nazionale, la definizione di linee guida nazionali, l'attivazione di campagne di informazione per la popolazione e per gli operatori sanitari, la predisposizione di un Sistema informativo per il monitoraggio, da parte del ministero, della terapia del dolore, identificazione dei criteri generali per la disciplina degli ordinamenti didattici di specifici percorsi formativi in materia di terapia del dolore.
- **Regionale:**
  - o l'introduzione dell'obbligo di riportare all'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, la rilevazione, tramite l'adozione di strumenti validati, del dolore con particolare riferimento alle sue caratteristiche, alla evoluzione nel corso del ricovero, alle terapie somministrate e ai risultati conseguiti in termini di riduzione/abolizione della sintomatologia dolorosa;
  - o la costruzione di una rete regionale per la terapia del dolore cui è affidato il compito di garantire la tutela della salute a tutti i cittadini, la qualità dei servizi e

l'appropriatezza degli interventi in ambito di trattamenti antalgici. Fanno parte della rete regionale i MMG, i Medici Specialisti in Anestesia e Rianimazione, i Medici Specialisti in geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia, pediatria, fisiatria.

- o L'istituzione di una Struttura di livello Regionale dedicata al coordinamento della rete e le definizioni di linee di indirizzo per lo sviluppo omogeneo sull'intero territorio regionale di percorsi di presa in carico e assistenza dei pazienti e al monitoraggio dello stato di attuazione della rete, della qualità delle prestazioni e della loro appropriatezza.
- o L'implementazione a livello delle Aziende Sanitarie, di un nuovo modello organizzativo, integrato nel territorio, nel quale il livello assistenziale viene scomposto in tre nodi complementari: **Centri di riferimento terapia del dolore (Hub), Ambulatori terapia antalgica (Spoke), ambulatori MMG.**
- o L'adeguata informazione ai cittadini sul diritto alla terapia del dolore e sulle relative modalità assistenziali.
- o Sensibilizzazione di tutti gli operatori sanitari coinvolti sull'uso dei farmaci antalgici e sulle forme invasive di terapia antidolorifica.
- o La definizione dei requisiti minimi delle strutture che caratterizzano la rete della terapia del dolore ai fini dell'accreditamento.

## **Modello Organizzativo Regionale**

1. A livello Regionale è istituito un Gruppo di lavoro denominato " **Coordinamento Regionale per la terapia del dolore**", di supporto alla programmazione sanitaria di settore, con sede presso la Direzione Salute, Coesione Sociale e Società della Conoscenza della Regione Umbria. Fanno parte del Coordinamento Regionale anche i Referenti Aziendali per la terapia del dolore indicati dalle Direzioni delle Aziende Sanitarie Regionali.
2. Sempre a livello Regionale è istituito il " **Sistema Regionale di sorveglianza e monitoraggio sulla terapia del dolore**" con il compito, tra l'altro, di trasmettere al Ministero della Salute di tutti i dati relativi agli interventi in materia di terapia del dolore.

## **Il Modello organizzativo Aziendale**

Il Modello organizzativo Aziendale viene definito in base a quanto previsto dalla Conferenza permanente tra lo Stato e le Regioni del 25 luglio 2012 “definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l’accreditamento delle strutture di assistenza dei malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e terapia del dolore”, che si caratterizza per essere integrato nel territorio, suddiviso in tre livelli, differenziati per grado di complessità di intervento, come di seguito declinato:

- a) Primo livello: Ambulatorio territoriale del Medico di Medicina Generale.
- b) Secondo livello: Ambulatorio di terapia antalgica (Centro SPOKE).
- c) Terzo livello: Centri di riferimento regionale di terapia del dolore (Centro HUB).

L’articolazione funzionale delle strutture e dei servizi di cui sopra, va a costituire la ***Rete Regionale per la Terapia del Dolore***, caratterizzata dal cosiddetto ***Sistema Hub and Spoke***.

### **a) Primo livello: Ambulatorio territoriale del Medico di Medicina Generale**

L’ambulatorio dei Medici di Medicina Generale (singoli o associati in equipe territoriali o in AFT - Aggregazione Funzionale Territoriale) è la struttura sanitaria di primo livello deputata a fornire la prima risposta diagnostica e terapeutica ai bisogni della persona con dolore cronico e, qualora la situazione lo richieda, di indirizzare, secondo criteri condivisi di appropriatezza, il paziente allo Spoke o all’Hub garantendo la continuità della gestione nell’ambito di percorsi definiti nella rete.

Ogni Medico di Medicina Generale, sulla base delle proprie competenze e facendo riferimento alle linee guida accreditate, è in grado di conoscere e applicare il percorso diagnostico terapeutico più appropriato, con particolare riferimento a:

- identificare le condizioni a rischio di produrre dolore attuando una efficace prevenzione;
- effettuare una diagnosi circostanziata del tipo di dolore, utilizzando semplici strumenti disponibili in ogni ambulatorio, anche misurandone l’intensità e l’impatto sulla qualità di vita della persona;
- realizzare la presa in carico del paziente con dolore impostando la terapia farmacologia più appropriata;
- provvedere ad identificare, se possibile, la malattia che causa il dolore ed iniziare un adeguato percorso assistenziale ovvero provvedere ad indirizzare il paziente verso i più appropriati approfondimenti specialistici;

- identificare i pazienti con dolore cronico per i quali si ritiene necessario un approccio di alta specialità ed inviarli verso la struttura della rete (spoke o hub) ritenuta adeguata, per livello di competenze, al trattamento della sintomatologia;
- identificare i pazienti che necessitano di terapia non farmacologica;
- assicurare la continuità assistenziale del paziente interagendo (anche per via telematica) con gli altri nodi della rete;
- registrare in cartella i dati relativi alle caratteristiche del dolore, alla eventuale eziopatogenesi, al trattamento effettuato e, se possibile, ai benefici riscontrati.

I MMG collaborano, anche attraverso rapporti con le Associazioni di volontariato e le Istituzioni, a sensibilizzare la popolazione, ed in particolare i propri assistiti, sul tema del dolore promuovendo e/o partecipando ad iniziative di informazione e formazione.

#### **b) Secondo livello: l'Ambulatorio di terapia antalgica (Centro SPOKE)**

Il *Centro Spoke* è una struttura ambulatoriale di secondo livello, collocata in ambito distrettuale o ospedaliero, preposta ad erogare interventi multimodali di terapia antalgica. Presso tale struttura vengono effettuati interventi diagnostici e terapeutici, farmacologici, strumentali e chirurgici, variamente integrati e finalizzati alla riduzione delle disabilità dei malati affetti da dolore.

Il Centro Spoke recepisce linee guida, protocolli e procedure proposti dal Coordinamento regionale e validati dalle Aziende Sanitarie e risponde ai seguenti requisiti minimi:

##### **1. strutturali:**

- risponde ai requisiti regionali di accreditamento degli ambulatori chirurgici.

##### **2. di attività:**

- garantisce almeno **18 ore di attività settimanali**, per pazienti esterni, articolate su almeno tre giorni della settimana;
- garantisce l'erogazione di tutte le prestazioni previste in regime ambulatoriale e quanto previsto nei percorsi diagnostico-terapeutici della rete su cui insiste, escluse quelle del Centro Hub;
- può prevedere, qualora collocato in ambito ospedaliero, la disponibilità di posti letto in regime di day-hospital multidisciplinare;
- 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).

### 3. professionali:

- ogni Centro Spoke dispone di una équipe con esperienza professionale in terapia del dolore composta da almeno un medico specialista in anestesia e rianimazione per all'attività di terapia antalgica e la presenza di almeno un infermiere esperto durante lo svolgimento dell'attività invasiva maggiore.

### 4. prestazionali:

I professionisti che operano in un Centro Spoke sono in grado di

- effettuare trattamenti tempestivi delle sindromi dolorose, attraverso una 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), differenziata ed appropriata per ambito di patologia;
- identificare i meccanismi patogenetici al fine di effettuare scelte farmacologiche e strumentali mirate ed efficaci; identificare i pazienti affetti da sindromi dolorose complesse e attivare, laddove i trattamenti iniziali non risultino efficaci, le procedure per l'invio dei casi complessi al Centro di livello superiore;
- assicurare la continuità assistenziale del paziente interagendo (anche per via telematica) con gli altri nodi della rete nell'ambito di una integrazione funzionale sia con il Centro Hub che con i Medici di Medicina generale;
- fornire attività di consulenza per le UU.OO. ospedaliere per la gestione del dolore acuto (post traumatico, in fase di riabilitazione, post operatorio e durante travaglio di parto);
- effettuare visite di controllo periodiche;
- assicurare assistenza telefonica in follow up;
- tenere i rapporti con le strutture ed i servizi della Rete delle cure palliative presenti nel proprio bacino di riferimento;
- registrare in cartella i dati relativi a: inquadramento diagnostico, valutazione del dolore con scale validate, piano terapeutico, consenso del paziente, valutazione dell'efficacia del trattamento, follow-up.

I Centri Spoke collaborano, anche attraverso rapporti con le Associazioni di volontariato e le Istituzioni, a sensibilizzare la popolazione, e in particolare i propri assistiti, sul tema del dolore promuovendo e/o partecipando a iniziative di informazione e formazione.

In ogni Azienda Sanitaria della Regione - sulla base delle caratteristiche orografiche del territorio, della disponibilità di strutture e operatori e della richiesta assistenziale - possono essere presenti uno o più Centri Spoke.

L'attività assistenziale di ogni singolo Centro Spoke può essere erogata attraverso:

- la disponibilità di più sedi dislocate nelle strutture sanitarie di competenza della singola Azienda Sanitaria;
- forme di collaborazione - professionali e/o strutturali – regolate da apposito accordo tra le Aziende Sanitarie.

Dalla ricognizione dei vari Servizi Aziendali si evidenzia la presenza dei "Comitati Ospedale-Territorio senza dolore" come da atti deliberativi, n. 175 del 23 marzo 2010 avente in oggetto "Progetto Ospedale senza dolore" e n. 605 del 19 ottobre 2012 avente in oggetto "Istituzione del Comitato Ospedale Territorio senza dolore" rispettivamente dell'ex usl n. 1 e dell'ex usl n. 2. In entrambi i territori quindi sono stati individuati i referenti che allo stato attuale confluiranno nel "**Comitato Ospedale – Territorio senza dolore**" della nuova USL Umbria 1 (Allegato c).

Sono inoltre presenti, sebbene in maniera molto parcellizzata, professionisti che in maniera specifica svolgono attività ambulatoriale di terapia del dolore negli ospedali o nei vari distretti territoriali della USL Umbria 1.

Nello specifico, per quanto riguarda i presidi ospedalieri si è rilevato quanto sotto elencato:

- Ospedale di Città di Castello
  - o Ambulatorio del dolore il cui responsabile è il Dr. F. Gori,: aperto dal lunedì al giovedì per un totale di 24 h settimanali; ambulatorio settimanale di 6 ore di Agopuntura.
- Ospedale di Gubbio-Gualdo Tadino

Anestesia e Rianimazione il cui responsabile è il Dr. T.Lazzarini. S.S: di Terapia del Dolore la cui responsabile è la Dr.ssa. L. Cappelletti effettua ambulatorio il lunedì dalle ore 14:00 alle 20:00 e il venerdì dalle ore 8: alle ore 14:00 per un totale di 12 ore settimanali.
- Presidio Ospedaliero Unificato (pp.oo. Assisi, Castiglione del Lago, Città della Pieve Pantalla)
  - o Non ci sono ambulatori strutturati di Terapia del dolore ma solo prestazioni, su richiesta di MMG, in accettazione.



- o Ospedale di Castiglione del Lago: S.C. Anestesia il cui responsabile è il Dr. Giaimo, effettua ambulatorio il lunedì il mercoledì e il venerdì dalle ore 15:00 alle ore 17:00 per un totale di 6 ore settimanali.

La realtà distrettuale, molto disomogenea, mostrano il seguente organigramma:

Distretti **ALTO TEVERE**

**ALTO CHIASCIO** - Fisiatra per il trattamento del dolore osteo-articolare

Distretto **ASSISANO:**

- Fisiatra per il trattamento del dolore osteo-articolare
- Ambulatorio di agopuntura per il trattamento del dolore cronico

Distretto **PERUGINO:** - Ambulatorio di agopuntura per 6 ore settimanali

Distretto **MVT:** - Ambulatorio algologico settimanale effettuato dal Dr. Pedetta

Distretto **TRASIMENO:** - Fisiatra per il trattamento del dolore osteo-articolare che effettua anche mesoterapia e agopuntura

## **IL NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO**

Il nuovo modello organizzativo, dovrebbe prevedere 2 centri SPOKE nei due ospedali di emergenza e la realizzazione di un centro SPOKE del POU, con ambulatori dedicati, in carico agli Anestesisti assegnati ai presidi ospedalieri del ad esso afferenti, con apertura alternata, per 4-5 ore a settimana, nei pp.oo.di Assisi, Pantalla, Città della Pieve, Castiglione del Lago, in modo tale da avere per almeno 5 giorni a settimana, la copertura di un ambulatorio dedicato alla terapia del dolore.

Le 18 ore di copertura previste dalla legge, sono garantite dalla concorrenza oraria dei tre presidi ospedalieri di cui sopra.

Per ogni presidio ospedaliero va istituito un **APS (Acute Pain Service)**.

L'APS, gestito da personale infermieristico dedicato, è finalizzato a garantire la corretta gestione del dolore acuto post operatorio, secondo protocolli condivisi.

L'istituzione degli **APS**, laddove non presenti, o loro estensione, nonché la definizione del modello organizzativo più appropriato per i presidi ospedalieri di tutta la USL Umbria 1, va definita con apposito atto deliberativo dal Responsabile del Comitato Ospedale-Territorio senza Dolore, che dovrà contestualmente verificare l'esistenza di protocolli e/o definirne di nuovi in modo tale da rendere l'attività omogenea in tutto il territorio della USL Umbria 1.

Per quanto concerne il dolore in ambito pediatrico, è demandato al Dr. Antonio Cardona la predisposizione e adozione di schede di rilevazione del dolore nel bambino e uniformarla su tutto il territorio della USL.

Si individua il Dr. Fabio Gori, che coordina tutta l'organizzazione e valuta le risorse e le misure necessarie atte a strutturare in tutti i distretti della nuova USL Umbria 1, ambulatori algologici, definendo il loro funzionamento la loro omogeneità e l'appropriatezza prescrittiva su tutto il territorio, e programma l'organizzare di corsi di formazione per il personale dedicato alla terapia del dolore.

Tenendo conto, altresì, delle varie professionalità presenti nei distretti è necessario mettere in rete i Fisiatri i Neurologi, che svolgono attività specialistica sia con terapia farmacologica infiltrativa o agopuntura, organizzando almeno in ogni distretto una struttura specifica per eseguire queste modalità di trattamento, con la possibilità di interscambiare i professionisti, in caso di assenza, in modo da assicurare la continuità del servizio senza interruzioni.

In particolare nel Perugino l'uniformità delle prestazioni potrebbe essere raggiunta con la presenza del fisiatra del distretto MVT almeno un giorno alla settimana con attività prevalentemente di visite, terapia infiltrativa e agopuntura.

Per quanto riguarda la formazione dei MMG/PLS, considerato di I livello, vanno previsti, a cadenza annuale, corsi di formazione e di aggiornamento specifici utilizzando Dirigenti Medici competenti in materia che nel corso degli anni hanno già svolto questa attività

Complessivamente la risultante di questa organizzazione porterebbe la nostra Azienda alla deliberazione di un unico Comitato Aziendale Ospedale-Territorio Senza Dolore, uniformando o istituendo, ove non presente, la cartella di valutazione e monitoraggio con coinvolgimento del personale infermieristico, la presenza di ambulatori SPOKE in tutti i presidi che vede coinvolti già

anestesisti e ambulatori distrettuali con specificità legate a patologie (fisiatri, palliati visti) e un percorso formativo permanente volto ai MMG/PLS.

## **COMITATO OSPEDALE-TERITORIO SENZA DOLORE**

### **Riferimenti normativi:**

Accordo tra il Ministro della Sanità le regioni, le province autonome sul documento di linee-guida inerente il progetto "Ospedale senza dolore".

Legge 15 marzo 2010 n.38

DGR 27 dicembre 2012 n. 1772

Legge Regionale del 12 novembre 2012 n. 18

### **Premessa**

Il Provvedimento 24 maggio 2001 Accordo tra il Ministro della Sanità, le Regioni e le Province Autonome, contiene linee guida che consentono la realizzazione, a livello regionale, di progetti indirizzati al miglioramento del processo assistenziale specificamente rivolto al controllo del dolore di qualsiasi origine. Nella declinazione delle fasi per l'applicazione di dette linee guida, viene identificata, quale *Fase preliminare* della procedura, la costituzione a livello aziendale di un Comitato Ospedale Senza Dolore.

Per quanto sopra e in accordo con le disposizioni della Legge 38 del 15 marzo 2010, che nel regolare l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, ridefinisce la dizione dei comitati, nell'ex Asl 1 e ex Asl 2 della Regione Umbria; pertanto, nelle ex ASL 1 e 2 vengono costituiti i "**Comitato Ospedale-Territorio senza dolore**", rispettivamente con atto deliberativo n. 175 del 23 marzo 2010 e n. 605 del 19 ottobre 2011, tenendo conto dell'attuazione della DGR Umbria n.1772 del 27 dicembre 2012. Alla luce della Legge Regionale del 12 novembre 2012 n. 18, si costituisce il "**Comitato Ospedale-Territorio senza dolore**" della ULS Umbria 1.

### **Composizione del Comitato Ospedale – Territorio Senza Dolore:**

Le Linee Guida Ministeriali, nella Fase Preliminare, indicano la costituzione, a livello aziendale, di un Comitato, composto da un referente della direzione sanitaria, da esperti della terapia del dolore, ove presenti, da specialisti coinvolti nel trattamento del dolore post-operatorio e dalle figure professionali abitualmente dedicate agli interventi di controllo del dolore, con particolare riferimento al personale infermieristico. Nello specifico, il Comitato deve avere una composizione tale da soddisfare i seguenti criteri:

- i membri del Comitato sono rappresentati da referenti della direzione aziendale e da personale curante dell'ospedale. Il personale infermieristico deve costituire almeno un terzo dei membri del Comitato;

- devono essere rappresentati nel Comitato gli operatori delle strutture di terapia del dolore e/o cure palliative nonché di anestesia e rianimazione;
- deve essere incluso nel Comitato un referente del servizio farmaceutico;
- devono essere previste forme di partecipazioni delle organizzazioni non profit, in particolare di volontariato, operanti nel settore.

Per quanto in premessa riportato e in ottemperanza alle disposizioni legislative vigenti, nonché alla nuova riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, si organizza, a livello dell'ASL Umbria1, il COTSD – Comitato Ospedale – Territorio Senza Dolore, che rispettando i criteri sopra esposti, è così composto:

- **Presidente: Dirigente Medico** delegato dalla Direzione Aziendale Dr. Fabio Gori
- **N. 3 Responsabili di Presidio Ospedaliero (Città di Castello, Gubbio/Gualdo, POU)**
- N. 3 Responsabili dei Distretti Gubbio/Gualdo, Media Valle del Tevere, Lago
- N. 2 Dirigenti Infermieristici Aziendali
- N. 2 MMG
- **Responsabile della Qualità**
- **Responsabile Rischio Clinico**
- **Responsabili di Struttura di Anestesiologia**
- **Responsabile Farmaceutica Ospedaliera**
- **Direttore Dipartimento Chirurgia**
- **Direttore Dipartimento Medicina**
- **Responsabile Hospice**
- **Segretario**

Per quanto riguarda i MMG, i Direttori di Distretto si impegnano a comunicare i nominativi al fine di rendere operativo il COTSD.

Il Comitato Ospedale Territorio Senza Dolore, si articola in sottogruppi, organizzando un comitato per ogni ospedale: POU, Città di Castello, Gubbio/Gualdo, così composto:

- 1 Dirigente di presidio
- 1 Coordinatore Infermieristico
- Responsabile di Distretto
- Responsabile Chirurgia
- Responsabile Medicina
- Responsabile Anestesia
- Responsabile Farmacia
- Rappresentante di Terapia del Dolore
- Responsabile Infermieristico

### **Compiti:**

Il Comitato Ospedale Territorio Senza Dolore ha il compito specifico di fornire supporto specializzato alla Direzione Aziendale attraverso l'elaborazione di un "Programma aziendale per il controllo del dolore" teso ad ottimizzare, in ambito ospedaliero e distrettuale, il percorso assistenziale nei confronti dei pazienti con dolore acuto (post-traumatico, post-chirurgico) e cronico secondario a patologia neoplastica, osteodegenerativa, neuropatica e funzionale.

### **Finalità del Comitato:**

- **assicurare** un osservatorio specifico del dolore nelle strutture sanitarie ed in particolare ospedaliere;
- **coordinare** l'azione delle differenti équipe e la formazione continua del personale medico e non medico;
- **promuovere** gli interventi idonei ad assicurare nelle strutture sanitarie la disponibilità dei farmaci analgesici, in particolare degli oppioidi, in coerenza con le indicazioni fornite dall'OMS, assicurando inoltre la valutazione periodica del loro consumo;
- **promuovere** protocolli di trattamento delle differenti tipologie di dolore;

**Funzioni e compiti del Comitato:**

- **promuovere** l'educazione continua del personale coinvolto nel processo assistenziale sui principi di trattamento del dolore, sull'uso dei farmaci e sulle modalità di valutazione del dolore;
- **assicurare** il monitoraggio dell'attuazione delle linee guida e la valutazione di efficacia;
- **promuove** l'elaborazione e la distribuzione di materiale informativo agli utenti, relativo alla cura del dolore.
- **Coordinare** i Servizi preposti al trattamento del dolore, ai vari livelli di articolazione, in particolar modo quelli preposti al trattamento del dolore acuto, con particolare riguardo al dolore postoperatorio, all'analgesia del travaglio di parto, al dolore in urgenza- emergenza e a quello causato dalle procedure diagnostico-terapeutiche (radiologia interventistica, biopsie, endoscopie, etc.).

In collaborazione con i comitati dei presidi ospedalieri, si assicura di:

- **Fornire** protocolli sul trattamento del dolore compatibili con l'ambiente extra ospedaliero
- **Sviluppare** protocolli per facilitare l'approccio iniziale al sintomo dolore in maniera razionale e sistematica
- **Sviluppare** metodi comuni per un'omogenea raccolta dei dati utilizzando una scala comune di valutazione del dolore registrandone in cartella la rilevazione e sue modificazioni-evoluzioni con la terapia, insieme ai parametri vitali;
- **Garantire** la rilevazione e il trattamento del dolore a tutti i pazienti afferenti alle strutture ospedaliere, in qualsiasi situazione assistenziale
- **Promuovere** l'esperienza, vista la semplicità di somministrazione delle diverse scale di valutazione del dolore, anche nell'assistenza extraospedaliera non solo da parte degli infermieri ma anche dei familiari con il diretto impegno del MMG
- **Attuare** la continuità terapeutica nei pazienti con dolore acuto e cronico, attraverso programmi di controlli nel tempo, in accordo con i Medici di Medicina Generale e tutti gli specialisti operanti nel territorio.
- **Impegnare** specialisti ospedalieri a fornire, nelle relazioni di dimissione, indicazioni sulla terapia del dolore da proseguire a domicilio coinvolgendo il MMG di riferimento
- **Collaborare** alla formazione anche dei MMG/PLS e degli operatori territoriali

- Approfondire le conoscenze neurofisiologiche del dolore e delle principali sindromi dolorose.
- Perseguire il miglioramento continuo della qualità delle cure erogate.
- Approfondire gli aspetti psicologici, comunicativi, etici e deontologici dell'esperienza "dolore".
- Assicura l'attività di consulenza esterna da parte dei centri ospedalieri di terapia del dolore

Si dà mandato al Presidente del Comitato di disporre un protocollo organizzativo uniforme su tutta l'azienda, procedendo altresì alla omogeneizzazione della modulistica, tenendo conto di quella preesistente in ogni presidio.