

**LINEE D'INDIRIZZO
PER L'ARTICOLAZIONE
DELLA RETE REGIONALE
PER LA TERAPIA DEL DOLORE**

REGIONE UMBRIA

Direzione regionale Salute, Coesione sociale e Società della conoscenza

I N D I C E

- 1. Introduzione**
 - 2. Il percorso legislativo nazionale e regionale**
 - 3. Linee di indirizzo per l'attivazione della Rete regionale per la Terapia del Dolore**
 - 3.1. Il livello regionale**
 - 3.2. Il livello aziendale**
 - 4. Presa in carico del paziente con sintomatologia dolorosa**
 - 5. Articolazione della Rete regionale per la terapia del dolore**
 - 6. Il Comitato Ospedale-Territorio Senza Dolore - COTSD**
 - 7. Rilevazione obbligatoria del dolore**
 - 8. Programma di aggiornamento degli operatori in servizio**
 - 9. Terapia del dolore e ruolo delle associazioni di volontariato**
 - 10. Programma di informazione dei cittadini sulla terapia del dolore**
-

LINEE D'INDIRIZZO PER L'ARTICOLAZIONE DELLA RETE REGIONALE PER LA TERAPIA DEL DOLORE

1. Introduzione

Il dolore è, tra tutti i sintomi, quello che più mina l'integrità fisica e psichica del paziente e maggiormente angoscia e preoccupa i familiari, con un notevole impatto sulla qualità della vita della persona sofferente, la sua capacità lavorativa e le sue relazioni sociali. I più recenti studi epidemiologici (di livello nazionale internazionale), nel rilevare quanto il dolore, sia di tipo acuto che specialmente cronico, incida sulla capacità di svolgere anche le più semplici funzioni quotidiane, mettono in risalto il suo rilevante impatto, in primo luogo sui costi sociali e, subito dopo, sull'economia sanitaria di ogni singola nazione (in Italia, la spesa annua complessiva relativa ai diversi fattori connessi al controllo del dolore cronico è valutata intorno all'1,8-2% del PIL); da tali studi giunge, inoltre, la conferma che il dolore è una delle principali cause di consultazione medica stante il fatto che, nel nostro Paese, almeno 1 persona su 4 è affetta da dolore cronico con una particolare predilezione per il sesso femminile dove tocca valori intorno al 30%¹.

Le stime più attendibili relative al nostro Paese, non discostandosi da quanto rilevato nel resto dell'Europa, fanno registrare la presenza di circa 14/15 milioni di persone affette da patologie con sintomatologia dolorosa con una durata media di 7,7 anni. A Bruxelles il 4 Maggio 2011 si è conclusa la due giorni europea sul dolore cronico: 300 tra rappresentanti di aziende sanitarie pubbliche e private, operatori, economisti provenienti da oltre 30 Paesi si sono riuniti presso il Parlamento Europeo per discutere di "Impatto Sociale del dolore cronico". Il simposio è stato patrocinato da 85 Organizzazioni nazionali ed internazionali ed Istituzioni che intendono migliorare l'esito e l'efficacia delle cure sul dolore. Come anche riportato nell'articolo "The prevalence, correlates and treatment of pain in the European Union" circa il 9% della popolazione dell'Unione Europea soffre o è affetta quotidianamente da dolore. La prevalenza del dolore aumenta negativamente con l'età ed ha un impatto considerevole sulla qualità della vita del paziente.

Per quanto riguarda l'impatto e i costi sociali, inoltre, 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

¹ Breibik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D (2006). *Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment*. In: "European Journal of Pain" 10, 287-333.

sia stata diagnosticata una forma di depressione reattiva e che disturbi ansiosi siano presenti nel 40% dei casi.

Per quanto attiene alle forme acute - secondo i dati forniti da Cittadinanza attiva/Tribunale per i diritti del malato, dopo un monitoraggio effettuato, qualche anno fa, in 44 strutture ospedaliere – il dolore sarebbe presente (nelle ultime 24 ore di ricovero ospedaliero e distinto per zone del paese - nel 65,1% dei pazienti al sud, nel 57,2% al centro e nel 50,3% al nord. Considerando le fasce d'età sono più colpiti i soggetti sotto i 50 anni (61,9%) e oltre gli 80 (58,1%), mentre per quanto riguarda il sesso le donne sarebbero più colpite dal dolore acuto rispetto agli uomini (sotto i 50 anni il 30,2% contro il 25,5%). Differenze significative si riscontrano anche quando viene preso in considerazione il livello di intensità del dolore (tra *“lieve”*, *“moderato”*, *“elevato”*): hanno, infatti, risposto *“elevato”* il 44,5% dei pazienti del centro, il 38,4 % dei pazienti del sud ed il 36,7% di quelli del nord. Un dato che trova conferma in una recente indagine² condotta in numerosi ospedali di 11 regioni: tale studio mette in evidenza che il 38% delle persone ricoverate esprime il desiderio di *“sentire meno dolore”* mentre nel 60% dei casi il livello della propria sofferenza viene percepito tra il moderato (41%) ed intenso (19%)³.

Seppure i dati mettano in evidenza una condizione decisamente preoccupante, solo di recente il trattamento adeguato e sistematico del sintomo *“dolore”* trova in un numero sempre crescente di professionisti della sanità la giusta attenzione, anche se non sempre l'approccio terapeutico viene effettuato secondo linee guida riconosciute dalla comunità scientifica e da questa validate (www.paineurope.com): a questo proposito, un ampio studio condotto in Europa, comprendente anche il nostro Paese, ha fatto emergere che il 5% delle persone che presentavano un dolore di intensità *“severa”* non avevano ricevuto alcun trattamento specifico e/o esso, seppure effettuato, era stato condotto in maniera insufficiente tanto da risultare inefficace⁴, mentre la quota di soggetti che era stata visitata da uno specialista del dolore non era superiore al 2% del totale⁵.

2. Il percorso legislativo nazionale e regionale

La maggior sensibilità maturata, nel nostro Paese, in termini di qualità di vita delle persone malate, specie grazie ai movimenti cresciuti in ambito oncologico, ha amplificato l'evidenza del dramma della sofferenza inutile e l'impotenza di un approccio monospecialistico o generico inadeguato provocando, anche, una significativa modificazione della legislazione vigente nel nostro Paese.

² I dati, divulgati in occasione della IX Giornata Nazionale del Sollievo, si riferiscono all'iniziativa *“Dar voce alla sofferenza”* realizzata dalla Fondazione nazionale *“Gigi Ghirotti”* in collaborazione con la Conferenza delle Regioni e con il patrocinio del Ministero della Salute e giunta nel 2010 alla sua quarta edizione.

³ Fondazione Nazionale Gigi Ghirotti. *“Dar voce alla sofferenza. Sintesi dei risultati del IV studio sul vissuto di sollievo negli Ospedali italiani. 26 maggio 2010”*, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_1726_listaFile_itemName_0_file.pdf

⁴ European Commission, (2007). *Health in the European Union. Special Eurobarometer 272e / Wave 66.2 – TNS Opinion & Social 272.*

⁵ Il dato è tratto da un ampio studio condotto, nel 2009, dalla società indipendente IPSOS con il contributo del World Institute of Pain e dello IASP e presentato dal Dott. Tony O'Brien, specialista in cure palliative alla Cork University – Irlanda – in occasione del *“6th Congress of the European Federation of IASP Chapters”* (EFIC), Lisbona, 9-12 settembre 2009. Info: <http://www2.kenes.com/efic/Pages/Home.aspx>

Il quadro normativo che disciplina lo sviluppo della terapia del dolore ha inizio nel 2001 con le modifiche attuate sul Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti (il DPR n. 309/90), dalla legge 8 febbraio 2001, n. 12 - "Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore" -, che ha introdotto un'importante innovazione e un cambiamento culturale nella legislazione relativa agli stupefacenti.

Successivamente si è arrivati, alla formulazione, sempre nel 2001, delle "Linee Guida per l'Ospedale Senza Dolore"⁶ il cui scopo era quello, da una parte, di aumentare l'attenzione del personale sanitario e amministrativo sul problema dolore e, dall'altra, di mettere in atto tutte le misure possibili al fine di contrastarne gli effetti e di ridurre le sofferenze evitabili⁷. Dal punto di vista organizzativo, l'Accordo prevedeva la costituzione, presso ogni presidio ospedaliero, di uno specifico "Comitato ospedale senza dolore", che doveva essere composto di tutte quelle figure professionali abitualmente coinvolte nel trattamento del dolore e al quale veniva affidato il coordinamento e lo sviluppo di programmi di controllo del dolore all'interno del singolo presidio⁸.

A distanza di poco meno di dieci anni dall'Accordo si giunge alla promulgazione della Legge n. 38/2010 concernente le "*Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*" (G.U. n. 65 del 19/03/2010) che, in modo fortemente innovativo, per la prima volta, sancisce e tutela il diritto delle persone alla terapia del dolore e ne garantisce l'accesso da parte del malato, nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il soddisfacimento del bisogno di salute attraverso la tutela e la promozione della qualità della vita, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.

Nel suo complesso, la Legge n. 38/2010, nel riaffermare che la terapia del dolore costituisce uno degli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale⁹, da una parte, esplicita le competenze specifiche in capo al Ministero della Salute e alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano (Istituzione di una Commissione nazionale¹⁰, definizione di linee guida nazionali,

⁶ G.U. Serie Generale n. 149 del 29 giugno 2001, Conferenza permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, *Accordo tra il Ministro della Sanità, le regioni e le province autonome di linee-guida inerente il progetto "Ospedale senza dolore"*. Provvedimento del 24 maggio 2001.

⁷ Nella recente "Relazione sull'attuazione delle disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Anno 2010" (presentata dal Ministro della salute e trasmessa alla Presidenza della Camera dei Deputati in data 21 gennaio) in riferimento ai risultati raggiunti, a pag. 23, si può leggere: "*Il progetto 'Ospedale senza dolore' approvato in sede di Conferenza Stato/Regioni nell'anno 2001, all'infuori di poche realtà regionali, non è decollato concretamente come ci si auspicava e per questo motivo si è elaborato un modello assistenziale nazionale alternativo che potesse fornire risposte certe a questo bisogno primario della popolazione*".

⁸ Nella succitata Relazione, a questo proposito, a pag. 53, si può leggere: "*La creazione di 'Comitati ospedale senza dolore' in ciascun ospedale, qualora fossero stati creati e fossero effettivamente funzionanti, non è sufficiente ad assicurare l'esistenza di una effettiva rete assistenziale*".

⁹ Si veda a questo proposito: "*Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali di linee guida per l'utilizzo da parte delle Regioni e Province autonome delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1. commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2010*", dell'8 luglio 2010. In particolare si consulti quanto contenuto al Punto 4 dell'Allegato n. 1 e nella Tabella n. 2 dell'Allegato B recante la quantificazione, per ogni regione, della quota vincolata per la realizzazione della *Linea progettuale n. 4: "Le cure palliative e la terapia del dolore"*.

¹⁰ Si veda a questo proposito in primo luogo il *Decreto ministeriale del 13 maggio 2010* con il quale si istituisce la Commissione Nazionale per l'attuazione dei principi contenuti nella Legge n. 38 del 15 marzo 2010 e, poi, il *Decreto ministeriale del 6 luglio 2010* con

attivazione di campagne di informazione per la popolazione e per gli operatori sanitari, 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) e, dall'altra, contiene una serie di importanti indicazioni tese a favorire a livello locale:

- 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;
- la semplificazione - compiuta attraverso la modificazione del T.U. delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza (Decreto del Presidente del Repubblica n. 309 del 9 ottobre 1990 e s.m.i.) - delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore¹¹;
- 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. Nell'introdurre il concetto di rete assistenziale anche nel campo della lotta al dolore, il dettato legislativo indica, quali elementi qualificanti dei nuovi modelli organizzativi (*Progetto "Comitato ospedale/territorio senza dolore"*), l'integrazione funzionale tra le strutture ospedaliere e quelle territoriali, il coinvolgimento nel processo assistenziale della figura del medico di base e del pediatra e il ricorso alle competenze ospedaliere specializzate per la gestione di casi complessi.

Ulteriori e più precise indicazioni per la definizione di una efficace rete assistenziale per la terapia del dolore vengono fornite, alle Regioni, dall'emanazione dell'Accordo¹² del 16 dicembre 2010 (G.U. n. 13 del 18.01.2011, pag. 35) con il quale vengono sollecitati,

- da una parte, l'istituzione di una "*struttura di livello regionale*" specificatamente dedicata al coordinamento della rete, alla definizione di linee di indirizzo per lo sviluppo omogeneo sull'intero territorio regionale di percorsi di presa in carico e assistenza dei paziente e al monitoraggio dello stato di attuazione della rete, della qualità delle prestazioni e della loro appropriatezza,
- e, dall'altra, l'implementazione, a livello di Aziende Sanitarie, di un "*nuovo modello organizzativo*", integrato nel territorio nel quale il livello assistenziale viene scomposto in tre nodi complementari: i centri di riferimento di terapia del dolore (hub), l'ambulatorio di terapia antalgica (spoke) e gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale.

Il succitato Accordo impone, inoltre, alle Regioni e alle Aziende Sanitarie di accompagnare il processo organizzativo delle nuove modalità assistenziali rivolte alla

il quale vengono identificati gli Esperti per la terapia del dolore ai quali è affidato l'incarico di fornire supporto tecnico alle attività svolte dalla Commissione Nazionale

¹¹ Il processo di semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore era stato, in parte, anticipato dalle ordinanze del Ministro competente a partire dal 16 giugno 2009.

¹² Si veda a questo proposito: "Accordo, ai sensi, dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore (Rep. Atti n. 239/CSR)" Provvedimento del 16 dicembre 2010.

presa in carico del paziente con dolore cronico (da moderato a severo) con la messa in campo di alcune azioni strategiche, quali:

- l'adeguata informazione dei cittadini sul diritto alla terapia del dolore e sulle relative modalità assistenziali offerte dai diversi livelli del Servizio Sanitario regionale,
 - la sensibilizzazione di tutti gli operatori sanitari coinvolti sia sull'uso dei farmaci antalgici, con particolare riferimento agli oppiacei, che sulle forme "invasive" di terapia antidolorifica alle quali ricorrere in caso di dolore persistente e/o resistente ai farmaci,
 - la sorveglianza delle attività e la verifica dell'efficacia dei percorsi diagnostico-terapeutici realizzati in ambito di terapia del dolore.
- 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 dei malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e terapia del dolore" definisce quali siano le dimensioni strutturali e di processo che caratterizzano la rete della terapia del dolore ai fini dell'accreditamento delle strutture specificando la struttura organizzativa regionale di coordinamento, le strutture di erogazione della terapia del dolore, la continuità delle cure e la formazione continua per gli operatori.

Nella nostra Regione, con la DGR n. 1481 del 6 ottobre 2004¹³, la terapia del dolore, anche per effetto delle indicazioni contenute nell'Accordo del 2001 e nel PSR 2003-2005, era oggetto di una prima rivisitazione attraverso la proposta di istituire una rete omogenea di servizi ed attività distinti dai Servizi per le Cure Palliative e rivolti, in modo esclusivo, alla terapia del dolore incentrata sull'attivazione, nelle Aziende Ospedaliere del COSD (*Comitato Ospedale senza Dolore*) e nelle Aziende Sanitarie Locali, dei CAPaSD (a loro volta articolati in un "*Comitato per la lotta al dolore nei servizi territoriali*" e in un "*Comitato Ospedale senza Dolore*") ai quali era affidato il miglioramento del processo assistenziale nei confronti del dolore, sia acuto che cronico, secondario a ben individuate situazioni (Fase post-chirurgica) e a patologie quali la neoplastica, l'osteodegenerativa, la neuropatica e la funzionale. Particolare attenzione era dedicata, inoltre alla definizione di "Sistemi operativi" per la gestione dei pazienti con dolore acuto (attivazione degli APS – Acute Pain Service) e cronico (da cancro e non).

Alla luce dei nuovi provvedimenti legislativi e dei risultati non sempre soddisfacenti ottenuti in ambito regionale in materia di *terapia del dolore* (attivazione in tutte le Aziende Sanitarie dei Comitati, diffusione su tutto il territorio regionale di pratiche ed interventi condivisi e comuni, coinvolgimento nel percorso assistenziale dei Medici di Medicina Generale, consumo di farmaci antalgici e, in particolare, di oppiacei), si avverte, oggi, l'esigenza di realizzare, secondo quanto previsto dal Piano Sanitario Regionale 2009-2011, un sistema di relazioni e collegamenti tra i diversi nodi della rete assistenziale, che trovi la sua ragione d'essere, non solamente su logiche di risparmio economico, quanto sulla possibilità di garantire alle persone malate "affette da una patologia dolorosa cronica

¹³ Deliberazione della Giunta Regionale, 6 ottobre 2004, n. 1481, "*Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie relative ai progetti del PSR 2003-2005: 1) servizi di cure palliative; 2) servizi di terapia del dolore*". In: Supplemento ordinario n. 1 al Bollettino Ufficiale della regione Umbria n. 48 del 10 novembre 2004.

da moderata a severa” (art. 2 comma c, Legge 38/2010) sia un accesso al percorso diagnostico-terapeutico omogeneo su tutto il territorio regionale che una elevata qualità tecnica della prestazione; con una *Rete regionale per la terapia del dolore* ci si pone nella condizione di coniugare, in altre parole, la diffusione degli interventi e l’appropriatezza degli atti tecnici con costi di servizi ad elevato livello di economicità, assicurando, in tal modo, una più funzionale razionalizzazione delle risorse disponibili (strutture, professionisti, tecnologie, farmaci, ecc.) e, al contempo, evitando, o riducendo sensibilmente, duplicazioni di servizi e di attività.

3. Linee di indirizzo per l’attivazione della Rete regionale per la Terapia del Dolore

In ottemperanza a quanto prescritto dalla normativa nazionale, dai Piani Sanitari Regionali e in armonia con quanto previsto nella precedente Deliberazione della Giunta Regionale in materia di terapia del dolore, le presenti *Linee di indirizzo regionali* riguardano l’istituzione e la messa a regime sull’intero territorio umbro di una *Rete regionale per la terapia del dolore* con particolare riferimento alle finalità da perseguire, alla struttura organizzativa, alle interconnessioni tra i diversi livelli assistenziali e alle modalità di presa in carico del paziente con sintomatologia algica.

Fermo restando che, nell’ambito della propria attività di diagnosi e cura, il Medico di medicina generale ed il Medico specialista - sia in regime ambulatoriale che ospedaliero - sono in grado di assicurare anche il trattamento della sintomatologia dolorosa connessa a specifiche patologie, alle strutture e ai servizi della *Rete regionale per la terapia del dolore* è prioritariamente affidato, sulla base di quanto indicato nell’art. 2/comma b, Legge 38/2010, il compito di garantire *“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”*.

Per dare concreta operatività a una rete dei servizi per la terapia del dolore si intende perseguire, sulla base di requisiti strutturali ed organizzativi e standard operativi, la riorganizzazione delle strutture e dei servizi esistenti, al fine di ottenere una maggiore facilità di accesso della persona affetta da sintomatologia dolorosa alle risorse assistenziali disponibili e di garantire l’equità nelle prese in carico per la terapia del dolore, dal punto di vista geografico (prossimità), per tipo di patologia (specificità) e, se necessario, per complessità (eccellenza).

Avendo come obiettivo finale il miglioramento della qualità della vita delle persone affette da dolore cronico, di qualsiasi origine e indipendentemente dalla sua etiopatogenesi, le strutture facenti parte della *Rete regionale per la terapia del dolore*, anche attraverso forme strutturate e condivise di collaborazione, perseguono lo scopo di prendere in carico il paziente con dolore (da moderato a severo) e di garantire la realizzazione di un percorso assistenziale appropriato alla gravità della situazione

(secondo specifiche linee guida e protocolli) assicurando, in tal modo, la continuità assistenziale del paziente ed il monitoraggio costante dell'evoluzione della patologia dolorosa anche attraverso l'individuazione e l'utilizzo di sistemi gestionali informatici innovativi che siano, a livello regionale, unici, condivisi ed integrati tra i diversi livelli assistenziali.

A tal fine si ritiene indispensabile l'elaborazione di un modello regionale dove sia adeguatamente valorizzata la difesa della persona dalla *sofferenza* e dal *dolore*, individuando come prioritario il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- equità nell'accesso ai servizi e ai trattamenti con 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.;
- implementazione di piani di aggiornamento degli operatori in servizio;
- diffusione di conoscenze sul diritto alle cure contro il dolore evitabile attraverso programmi di informazione rivolti ai cittadini;
- valorizzazione del ruolo delle Associazioni di volontariato presenti sul territorio nell'assistenza di persone affette da patologie con sintomatologia dolorosa.

Tale impostazione è necessaria per affrontare le complesse problematiche legate al dolore, al fine di debellare il dolore inutile con il coinvolgimento di tutte le figure professionali coinvolte compreso la partecipazione attiva, nel percorso assistenziale, dei Medici di medicina generale. Si persegue, in altre parole, un processo virtuoso che a partire dalla diagnosi precoce effettuata dal Medico di medicina generale, consenta il trattamento adeguato alla situazione e, laddove necessario, l'invio tempestivo del paziente verso la struttura sanitaria più appropriata secondo linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici condivisi per patologia e fondati sulle evidenze scientifiche.

La *Rete regionale per la terapia del dolore* ha carattere funzionale e, al suo interno, le figure professionali idonee ad operare, anche sulla base di quanto indicato all'art. 5 della Legge 38/2010, sono:

- i medici di medicina generale;
- i medici specialisti in anestesia e rianimazione;
- i medici specialisti in geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia, pediatria, fisiatria;

- gli infermieri;
- gli psicologi;
- i terapisti della riabilitazione.

Al fine di fornire risposte al complesso delle problematiche relative alla diagnosi e cura delle patologie con sintomatologia dolorosa la Regione Umbria prospetta un nuovo modello organizzativo inteso quale “aggregazione funzionale ed integrata dei servizi e delle attività di terapia del dolore erogate in diversi setting assistenziali, con l’obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone adulte affette da dolore indipendentemente dalla sua etiopatogenesi, riducendone il grado di disabilità e favorendone la reintegrazione nel contesto sociale e lavorativo” articolato su due diversi livelli volti, rispettivamente, a:

- fornire supporto alla programmazione sanitaria regionale e al coordinamento tecnico-scientifico della rete assistenziale (*Livello regionale*), e
- 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 precipua alla terapia del dolore (*Livello aziendale*).

3.1. Il livello regionale

3.1.1. Il Coordinamento regionale per la terapia del dolore

A livello regionale è istituito un Gruppo di lavoro denominato “*Coordinamento regionale per la Terapia del dolore*”¹⁴ (da ora definito “*Coordinamento*”) che si configura come una struttura di supporto alla programmazione sanitaria di settore e rappresenta il punto di riferimento tecnico-scientifico sia per l’orientamento professionale degli operatori del settore che per l’implementazione della rete assistenziale ed il monitoraggio del modello gestionale integrato ospedale-territorio funzionali a garantire adeguati trattamenti antalgici alla popolazione.

Il *Coordinamento* è costituito nell’ambito delle funzioni della Direzione regionale ‘Salute, Coesione sociale e Società della conoscenza’ della Regione Umbria ed è composto da:

- il Responsabile del Servizio ‘Programmazione socio-sanitaria, dell’assistenza di base ed ospedaliera’ della Direzione regionale, ,
- il Responsabile del Servizio ‘Sistema informativo’ della Direzione regionale,
- il Responsabile della Sezione ‘Assistenza sanitaria di base, specialistica e tutela materno-infantile’,
- i Referenti aziendali per la Terapia del dolore indicati dalle Direzioni delle Aziende Sanitarie regionali,

¹⁴ Si veda a questo proposito quanto previsto da: “Accordo, ai sensi dell’art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulle linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell’ambito delle cure palliative e della rete della terapia del dolore.” In: “Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, 16 dicembre 2010”. Su: Gazzetta Ufficiale n. 13 del 18.01.11, pag 35.

- i Rappresentanti regionali delle Società scientifiche dei Medici di Medicina Generale, dei Medici della Continuità assistenziale e dei Medici Specialisti delle discipline afferenti alla Terapia del Dolore.

Al *Coordinamento* sono affidate le seguenti funzioni:

- Monitoraggio dello stato di attuazione della rete assistenziale per la terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche, alle malattie croniche e degenerative e nell'assistenza nel settore delle cure palliative;
- Valutazione dell'appropriatezza degli interventi, monitoraggio ed analisi, quantitativa e qualitativa, delle prestazioni erogate e dell'andamento dei dati relativi alla prescrizione e all'utilizzazione di farmaci nelle diverse terapie del dolore;
- Indicazione di indirizzi e linee-guida per lo sviluppo di percorsi di presa in carico e assistenza (PDTA) del paziente nell'ambito dei diversi livelli della rete;
- Individuazione, a livello regionale, di uno strumento unico, ad uso di tutte le strutture sanitarie coinvolte nell'attività assistenziale, atto alla registrazione del percorso clinico del paziente affetto da patologie con sintomatologia algica (ad esempio: *Cartella Clinica unificata di Terapia del Dolore*), in maniera da consentire il monitoraggio costante, da una parte, della patologia e la sua evoluzione nel tempo e, dall'altra, dei trattamenti prescritti ed il loro esito in termini di adeguatezza ed efficacia delle cure;
- Individuazione dei bisogni formativi e di aggiornamento delle diverse figure professionali operanti nelle strutture sanitarie distinte per livello di intensità dei trattamenti e promozione di programmi regionali di formazione ed aggiornamento rivolti agli operatori, ivi inclusi i Medici di Medicina Generale, i Medici della Continuità assistenziale e i Medici specialisti, coinvolti nella rete assistenziale delle terapia del dolore, con particolare riferimento alle tematiche dell'uso dei farmaci oppiacei e dell'appropriatezza prescrittiva nelle diverse patologie con sintomatologia dolorosa;
- Cura dell'aggiornamento sistematico e trasmissione agli operatori del settore delle conoscenze in tema di Terapia del dolore sulla base delle nuove acquisizioni scientifiche, di livello nazionale ed internazionale;
- Promozione e monitoraggio di un Piano regionale di ricerca sugli ambiti afferenti alla Terapia del dolore;
- Promozione di attività informative rivolte alla popolazione generale - e/o a gruppi selezionati - sul diritto alla terapia del dolore e la sua tutela, sull'organizzazione della rete assistenziale, sul ruolo delle diverse figure professionali, sanitarie e non, coinvolte nelle diverse prestazioni e sull'efficacia dei trattamenti antalgici;
- Interazione con i Coordinamenti regionali delle Reti sanitarie e cliniche, con particolare riferimento alla Rete Oncologica regionale, a quella delle Cure Palliative e a quella Materno-infantile, per la definizione di Linee-guida e/o Buone pratiche su tematiche di interesse congiunto.

L'attività del *Coordinamento* è inserita nei compiti specifici del *Servizio Programmazione socio-sanitaria, dell'assistenza di base ed ospedaliera* al quale viene affidata la responsabilità tecnico-organizzativa ed il coordinamento *del Gruppo di lavoro* regionale, è realizzata nell'ambito di una sinergica collaborazione con il Responsabile

della Sezione “Assistenza sanitaria di base, specialistica e tutela materno-infantile” competente in materia di cure palliative, nutrizione artificiale e terapie del dolore e può avvalersi, per lo svolgimento dei compiti ad esso assegnati del contributo di tutti gli altri Servizi della Direzione regionale Salute.

3.1.2. Il Sistema regionale di sorveglianza e monitoraggio sulla terapia del dolore

Al fine di promuovere l’osservazione sistematica dell’andamento della terapia del dolore, la Regione provvede alla raccolta sistematica dei dati provenienti dalle Aziende Sanitarie regionali e alla loro aggregazione su scala regionale con specifico riferimento al monitoraggio delle informazioni relative a:

- lo sviluppo, organizzativo e funzionale, delle strutture territoriali ed ospedaliere dedicate alla Terapia del dolore e facenti parte della Rete assistenziale,
- le prestazioni erogate, sulla base delle specifiche competenze, dalle strutture e dai servizi della Rete per la terapia del dolore e le modalità di interazione tra i diversi livelli assistenziali,
- la prescrizione e l’utilizzo di farmaci nella terapia del dolore ed in particolare dei farmaci analgesici oppiacei.

Per l’espletamento di tale funzione viene attivato, nell’ambito del Servizio “Sistema informativo Sanitario” della Direzione regionale Salute, il “Sistema regionale di sorveglianza e monitoraggio sulla Terapia del dolore” che provvede, sulla base di quanto previsto all’art. 11 comma 2 della Legge 38/2010, anche alla trasmissione al Ministero della Salute di tutti i dati relativi agli interventi in materia di terapia del dolore.

3.1.3. L’attività di segreteria organizzativa del Coordinamento regionale

Per l’espletamento delle funzioni amministrative ed organizzative il *Coordinamento* si avvale delle attività di una *Segreteria organizzativa* messa a disposizione dal Servizio Programmazione Socio-sanitaria, dell’assistenza di base ed ospedaliera della Direzione regionale Salute alla quale vengono affidati i compiti di:

- a) curare l’organizzazione e la realizzazione degli incontri programmati e/o degli eventi del Coordinamento,
- b) predisporre la sintesi dei lavori per la redazione dei verbali delle riunioni del Coordinamento,
- c) tenere l’archivio dei verbali e dei documenti che attengono all’esercizio del Coordinamento,
- d) supportare l’editing di documenti e/o di pubblicazioni a stampa redatte dal Coordinamento,
- e) curare la raccolta di materiale documentale sull’organizzazione ed il funzionamento delle Reti per la Terapia del Dolore prodotto da Soggetti diversi (Ministero della Salute, Enti o istituzioni nazionali e internazionali, Regioni, ecc.),
- f) provvedere alla pubblicizzazione, sul sito web istituzionale della Regione Umbria, della composizione e delle attività della Rete assistenziale per la Terapia del Dolore.

3.1.4. La sede del Coordinamento regionale

La sede del *Coordinamento* è fissata presso la Direzione ‘Salute, Coesione sociale e Società della conoscenza della Regione Umbria.

3.2. Il livello aziendale

Al fine di tutelare il diritto dei cittadini ad usufruire della terapia del dolore, indipendentemente dalla sua eziopatogenesi, la Regione Umbria, in considerazione dei bisogni della popolazione e sulla base delle risorse regionali (strutturali, professionali e tecnologiche), assicura, su tutto il territorio regionale, una adeguata assistenza ai pazienti affetti da patologie con sintomatologia dolorosa cronica attraverso l’attivazione di un modello organizzativo articolato in tre livelli di cura che, differenziati per il grado di complessità degli interventi ed in comunicazione tra di loro, sono in grado di garantire adeguati percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi.

In questo contesto, alle Aziende Sanitarie è affidato il compito di garantire l’accesso della persona malata alla rete delle strutture e dei servizi specificamente dedicati alla terapia del dolore e l’attuazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi al fine di assicurare la corretta gestione del paziente, ridurre il grado di disabilità e sostenerne la reintegrazione nel contesto sociale e lavorativo, favorendo la continuità assistenziale attraverso l’integrazione funzionale dei diversi ambiti assistenziali (territoriale, a ciclo diurno, di ricovero).

Nello specifico, il modello organizzativo, secondo 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 dei malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e terapia del dolore” , si caratterizza per essere integrato nel territorio e nel quale il percorso assistenziale viene 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).

Attraverso una tale articolazione funzionale delle Strutture e dei Servizi si viene a costituire una “*Rete regionale per la terapia del dolore*” ad integrazione verticale caratterizzata da un sistema cosiddetto “*hub and spoke*”¹⁵ che, una volta a regime, è nelle condizioni di assicurare la prossimità delle cure (tramite gli ambulatori territoriali), le funzioni specialistiche multidisciplinari (tramite il Centro Spoke) e le funzioni diagnostiche e terapeutiche ad elevato contenuto tecnologico per forme rare e complesse (Centro Hub).

¹⁵ Per una disamina approfondita del modello “Hub e Spoke” si veda quanto indicato nel Piano Sanitario regionale per il triennio 2009-2011 (DCR 28 aprile 2009, n. 298), pag. 403 e seguenti.

Per far fronte alle diverse competenze ogni nodo complementare del sistema a rete deve rispondere ad una serie di requisiti standard anche al fine dell'espletamento delle procedure per il loro accreditamento.

3.2.1. Primo livello: l'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 Territoriale¹⁶) 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 ed applicare il percorso diagnostico terapeutico¹⁷ 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 etiopatogenesi, 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

¹⁶ La convenzione per la medicina generale rinnovata nell'ACN 29 luglio 2009 ha promosso prioritariamente le forme associative tra medici per ampliare l'offerta di servizi socio-sanitari agli assistiti sul territorio e ridurre i più costosi accessi impropri negli ospedali, come afferma la nuova norma finale n. 17 dell'ACN sulla destinazione dei finanziamenti per il settore. In questo contesto, le AFT (art. 26 bis) erogano prestazioni sanitarie, nell'ambito dei LEA e prevedono obbligatoriamente l'aggregazione di medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta in numero non inferiore a 20 creando dei bacini di utenza che raccolgono fino a 30.000 assistiti.

¹⁷ Di recente è stato redatto dal Ministero della Salute un manuale (*"Il dolore cronico in Medicina Generale"*, Value Relations, Milano, 2010.) che rappresenta, per il MMG, un punto di riferimento significativo per affrontare le complesse tematiche afferenti alla gestione del dolore.

tema del dolore promuovendo e/o partecipando ad iniziative di informazione e formazione.

3.2.2. 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, ed in particolare i propri assistiti, sul tema del dolore promuovendo e/o partecipando ad iniziative di informazione e formazione.

In ogni Azienda Sanitaria della regione - sulla base delle caratteristiche orografiche del territorio, della disponibilità di strutture ed 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.

3.2.3. Terzo livello: il Centro di riferimento regionale di terapia del dolore (HUB)

Il Centro Hub, oltre ad avere tutte le caratteristiche di uno Spoke, è una struttura ospedaliera preposta ad erogare, con team dedicato o in regime di consulenza, interventi diagnostici e terapeutico-riabilitativi ad alta complessità e tra loro integrati (farmacologici, strumentali, chirurgici, psicologici) finalizzati alla riduzione delle disabilità dei malati affetti da sintomatologia dolorosa acuta e cronica, in regime ambulatoriale e/o di day-hospital e/o di ricovero ordinario.

L'Hub recepisce linee guida, protocolli e procedure proposti dal Coordinamento regionale e validati dalle Aziende Sanitarie e risponde ai seguenti requisiti minimi:

1. strutturali:

L'Hub risponde ai requisiti regionali per l'accreditamento delle strutture necessarie all'erogazione delle procedure ambulatoriali invasive (ambulatorio chirurgico), delle

procedure invasive ad alta complessità (sala operatoria e/o sala di diagnostica per immagini) e per la degenza ordinaria, day-hospital, day-surgery.

2. tecnologici:

L'Hub dispone di:

- infusori esterni elettronici/meccanici,
- apparecchiature per la programmazione/controllo dei sistemi impiantabili,
- strumenti per eseguire lesioni delle vie nervose,
- strumenti per endoscopia,
- strumenti per la diagnostica del sistema somato-sensoriale.

3. organizzativi:

L'Hub è in grado di assicurare:

- attività ambulatoriale di almeno cinque giorni la settimana (minimo 30 ore);
- erogazione di tutte le prestazioni previste in regime ambulatoriale;
- assistenza medica h 24 su letti dedicati e/o in disponibilità in altri ambiti di degenza;
- attività procedurale invasiva ad alta complessità con almeno 2 sedute settimanali.
- 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);
- visite di controllo periodiche;
- assistenza telefonica in follow up;
- integrazione funzionale con i Centri Spoke e con i Medici di Medicina generale.

4. prestazionali:

L'Hub è in grado di provvedere a:

- trattamento del dolore cronico in tutte le sue manifestazioni cliniche con la presa in carico dei casi complessi;
- erogazione di prestazioni specialistiche di alto livello quali interventi per la neuro rimodulazione e neuro lesione, interventi a livello del disco, etc.;
- consulenza al MMG con indicazione del percorso terapeutico e/o delle vie di somministrazione dei farmaci;
- raccolta dati sensibili sulla cartella di terapia del dolore;
- registrazione della valutazione del dolore;
- cure multidisciplinari e multimodali comprensive di riabilitazione (neuro-modulazione spinale, farmacologica ed elettrica, test antalgici diagnostici, ecc);
- servizi di consulenza, oltre che per struttura di appartenenza, per tutti gli operatori del territorio e nelle altre strutture di ricovero;
- consulenza antalgica per pazienti sottoposti a cure palliative (a domicilio e/o in hospice);
- interazione costante, anche per via telematica, con gli ambulatori di terapia del dolore e con gli Spoke;
- consulenza antalgica domiciliare per pazienti in scempenso doloroso con certificata impossibilità al raggiungimento dei luoghi di cura (ospedale/ambulatorio).

5. professionali:

Ogni Hub deve ricoprire almeno 40 ore settimanali con specialisti in anestesia e rianimazione dedicati all'attività di terapia antalgica ed almeno un turno infermieristico dedicato per 5 giorni alla settimana.

4. Presa in carico del paziente con sintomatologia dolorosa

Nell'ambito della Rete di terapia del dolore è garantita la continuità delle cure attraverso l'integrazione dei diversi ambiti assistenziali (territoriali, a ciclo diurno, di ricovero) e l'intervento di strutture e servizi anche appartenenti a più Aziende Sanitarie regionali contraddistinti da un crescente livello assistenziale.

In particolare, è individuato, quale porta d'accesso alla Rete, l'ambulatorio del MMG - esperto in terapia del dolore – cui è affidato il compito, da una parte, di fornire una prima risposta, in chiave diagnostica e terapeutica, alle richieste del paziente con sintomatologia dolorosa e, dall'altra, qualora la situazione necessiti di interventi di livello specialistico, di indirizzare il cittadino verso la struttura della Rete, ambulatorio Spoke o Centro Hub, ritenuta più idonea al trattamento.

Analogamente, lo specialista di un ambulatorio Spoke, a seguito della valutazione della sintomatologia dolorosa, attiva le opportune pratiche diagnostiche e fornisce i trattamenti di sua competenza e, qualora la situazione, per la sua gravità, necessiti di interventi di livello superiore, indirizza il paziente al Centro Hub che possiede le competenze e le strumentazioni per effettuare interventi diagnostici e terapeutici ad alta complessità e tra loro integrati.

5. Articolazione della Rete regionale per la terapia del dolore

Al fine di provvedere all'articolazione, su tutto il territorio regionale della Rete per la terapia del dolore, le Aziende Sanitarie, nel recepire le presenti "Linee regionali d'indirizzo", sono tenute a comunicare alla Regione, entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente deliberazione, le strutture ed i professionisti dedicati alla terapia del dolore, con particolare riferimento a:

- Medici di Medicina Generale (singoli o riuniti in equipe o in AFT) esperti in terapia del dolore e loro dislocazione territoriale,
- Ambulatori di terapia antalgica, distrettuali e/o ospedalieri, in possesso dei requisiti standard per la classificazione di centro Spoke, di cui al presente documento;
- Le strutture ospedaliere in possesso dei requisiti standard per la classificazione di Centro Hub.

La Regione Umbria, dopo aver verificato la reale sussistenza dei requisiti minimi richiesti per le strutture, provvede, con successivo atto, all'accreditamento delle stesse, alla luce di quanto previsto all'art. 5, comma 3 della Legge 38/2010, alla definizione della configurazione della Rete regionale integrata ospedale-territorio per la terapia del dolore, alla indicazione delle modalità di interconnessione - funzionale, burocratico-amministrativa e finanziaria - tra i diversi livelli della rete e all'elaborazione di un Piano regionale di

aggiornamento del personale in servizio da realizzare in collaborazione con le Aziende Sanitarie.

6. Il Comitato Ospedale-Territorio Senza Dolore - COTSD

Al fine di assicurare un osservatorio specifico del dolore nelle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, di coordinare l'azione di tutti gli operatori che si occupano di terapia del dolore, di fornire l'adeguata formazione al personale sanitario e di promuovere l'adozione di protocolli d'intervento e linee guida coerenti con le indicazioni fornite dall'OMS e validate dal Coordinamento regionale, le Aziende Sanitarie Locali, sulla base di quanto previsto nell'Accordo, del 24 maggio 2001, tra il Ministro della Sanità, le regioni e le province autonome di linee-guida inerente il progetto "Ospedale senza dolore", così come modificato dall'art. 6 della legge n. 38/2010, provvedono, nell'ambito delle competenze della Direzione Sanitaria, a costituire il "*Comitato Ospedale-Territorio Senza Dolore*" composto da un referente della direzione sanitaria, da personale ospedaliero ed ambulatoriale (medici ed infermieri) delle strutture di terapia del dolore e dai referenti dei Medici di Medicina Generale (singoli o associati) operanti a livello distrettuale ed esperti in terapia del dolore.

Al COTSD è affidato 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 processo assistenziale nei confronti dei pazienti con dolore acuto (post-traumatico, post-chirurgico) e cronico secondario alle patologie neoplastica, osteodegenerativa, neuropatica e funzionale.

Altresì, le Aziende Ospedaliere di Perugia e di Terni provvedono a nominare un "Comitato Ospedale Senza Dolore" per il quale restano valide le indicazioni contenute nella DGR 6 ottobre 2004, n. 1481 alla quale si rimanda.

7. Rilevazione obbligatoria del dolore

Ogni Azienda Sanitaria, sulla base di quanto indicato all'art. n. 7 della Legge 38/2010, è tenuta a fare rispettare l'obbligatorietà della valutazione del dolore da parte dei medici e degli infermieri nel contesto del percorso assistenziale di tutti i malati ricoverati nelle UU.OO. di diagnosi e cura e deve rendere obbligatoria la registrazione del parametro dolore nel diario clinico con particolare riferimento a: caratteristiche del dolore rilevato e sua evoluzione, tecnica antalgica adottata e farmaci utilizzati con relativi dosaggi e durata del trattamento nonché il risultato antalgico ottenuto.

La terapia antalgica prevista nel piano terapeutico deve essere trasmessa al MMG al momento della dimissione.

La continuità assistenziale è garantita attraverso sistemi informatici che consentono la condivisione dei flussi informativi tra gli operatori, soprattutto tra quelli che operano in

ospedale e sul territorio, sia ai fini gestionali, sia al fine di un puntuale monitoraggio dei processi e degli esiti.

8. Programma di aggiornamento degli operatori in servizio

Le Aziende Sanitarie provvedono a rilevare le esigenze di aggiornamento in tema di terapia del dolore del personale medico ed infermieristico e predispongono piani di formazione specifica per i MMG e per i professionisti dei presidi ospedalieri e programmi formativi comuni che coinvolgano i diversi professionisti della rete.

9. Terapia del dolore e ruolo delle associazioni di volontariato

La Regione, sulla base del principio di sussidiarietà e con l'intento di favorire l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli o associati, promuove, nelle forme e nei modi indicati nella legislazione nazionale e regionale¹⁸, la partecipazione e l'attività delle associazioni di volontariato e delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale attive ed operanti nell'ambito della tematiche della salute e della malattia con particolare riferimento a quelle che si occupano di cure palliative e di patologie - di natura oncologica e non – che presentano, nei quadri sintomatologici, una significativa componente dolorosa.

Le associazioni di volontariato e le organizzazioni non lucrative di utilità sociale contribuiscono a:

- 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;
- promuovere la cultura e la informazione sulla terapia del dolore.

L'attività delle associazioni di volontariato e delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, nell'ambito della pratica assistenziale, deve essere regolata da convenzioni¹⁹ o da protocolli di intesa formali, da stipularsi con le Aziende Sanitarie regionali, che delineino i compiti, le responsabilità e le forme di integrazione con il personale sanitario.

10. Programma di informazione ai cittadini sulla terapia del dolore

Nell'ambito delle attività di comunicazione istituzionale, la Direzione Salute della Regione Umbria, di concerto con le Aziende Sanitarie, e su proposta del Coordinamento

¹⁸ Si vedano a questo proposito quanto indicato nella legge regionale 25 maggio 1994, n. 15 recante il titolo "Disciplina del volontariato" pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. 23 del 01 giugno 1994 e negli artt. n. 13/comma 1 (*Diritto alla salute*) e n. 16/comma 3 (*Sussidiarietà*) della legge regionale 16 aprile 2005, n. 21 recante il titolo "*Nuovo Statuto della Regione Umbria*" e smi così come pubblicata nel supplemento ordinario del Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. 1 del 05 gennaio 2010.

¹⁹ L'istituto del convenzionamento è regolato dall'art. 10 della legge regionale 25 maggio 1994, n. 15 recante il titolo "Disciplina del volontariato" pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. 23 del 01 giugno 1994.

regionale, predispone e sviluppa programmi specifici di informazione ai cittadini sul diritto della persona malata con sintomatologia dolorosa (sancito con la Legge n. 38 del 2010) ad usufruire di una adeguata assistenza, sull'organizzazione, sulle modalità di accesso ai servizi e sulle prestazioni della Rete assistenziale per la terapia del dolore.

Alle singole Aziende Sanitarie è affidato il compito di informare i propri assistiti, anche attraverso la realizzazione di campagne informative, sugli aspetti organizzativi e funzionali della propria rete di servizi dedicati alla terapia del dolore.

Il testo

- è stato approvato dal Gruppo di lavoro “Terapia del dolore” in data 15 luglio 2011
- è stato revisionato sulla base delle indicazioni e delle osservazioni pervenute dalle Direzioni, generali e sanitarie, delle Aziende Sanitarie.

Redazione a cura di:

Giovanni Santoro, , Michaela Chiodini, Maria Concetta Patisso

Consulenza scientifica:

Prof. Francesco Paoletti