



# **Regione Calabria**

**Linee Guida per l'attuazione  
della Rete di Terapia del Dolore**

## **1. PREMESSA E RIFERIMENTI NORMATIVI**

La Terapia del Dolore e le cure Palliative costituiscono obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale ai sensi dell'art.1, comma 34 e 34-bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni.

L'accordo tra il Ministro della Sanità, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 24 maggio 2001 promuove il progetto "ospedale senza dolore" con la costituzione dei COSD (Comitati Ospedale Senza Dolore) al fine di tutelare e garantire l'accesso del malato alla terapia del dolore.

La legge n. 38 del 15 marzo 2010 sancisce definitivamente il diritto del cittadino ad accedere alla terapia del dolore nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, rafforzando quanto stabilito dal precedente accordo, e superando le criticità del progetto "ospedale senza dolore" attraverso l'istituzione di un nuovo modello organizzativo di integrazione ospedale-territorio, definito dall'art. 6 come "progetto ospedale-territorio senza dolore".

In attuazione della suddetta legge, l'accordo tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 16 dicembre 2010 recepisce e promuove le linee guida per la promulgazione, lo sviluppo ed il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di terapia del dolore e di cure palliative.

Con decreto dirigenziale della Regione Calabria n. 1423 del 4 marzo 2011 è stato istituito il Coordinamento Regionale degli interventi nell'ambito della Rete della Terapia del Dolore.

Il presente documento, redatto dal suddetto Coordinamento, definisce gli indirizzi per la realizzazione nella regione Calabria di un modello organizzativo ed assistenziale che garantisca l'accesso alla terapia del dolore nel rispetto dei principi fondamentali quali:

- tutela della dignità e della autonomia del malato senza alcuna discriminazione;
- tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine;
- adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia.

## **2. SITUAZIONE ATTUALE**

Nonostante gli atti normativi emanati a livello nazionale e regionale, la risposta assistenziale in Calabria risulta insoddisfacente, in quanto disomogenea e carente in gran parte del territorio regionale.

Il progetto "ospedale senza dolore" non ha sortito, nella nostra come in altre regioni, gli effetti desiderati. In molti ospedali il dolore, compreso il dolore postoperatorio ed il dolore da parto, è poco trattato, ed il parametro dolore risulta del tutto assente in molte cartelle cliniche o valutato con strumenti e metodi inadeguati.

In aggiunta, per quanto alcune regioni italiane abbiano elaborato linee guida specifiche per la terapia del dolore inerenti i percorsi assistenziali e gli standard di accreditamento di tipo strutturale e clinico, non esistono al momento modelli operativi, basati sulla integrazione ospedale-territorio, validati e riproducibili su tutto il territorio nazionale.

In assenza di riferimenti organizzativi e procedurali comuni a tutte le regioni, anche in Calabria, come in altre realtà territoriali, la risposta al malato con dolore è venuta dalla attività di centri ed ambulatori di terapia del dolore, pubblici o in regime di convenzione con il SSN, disomogenei per caratteristiche e distribuzione territoriale e poco integrati tra di loro e con la medicina del territorio.

Non esistono di fatto percorsi strutturati e condivisi con i MMG ed i PLS, e non è garantita l'equità di accesso alla terapia del dolore per carenza di coordinamento tra ospedale e territorio.

### **3. LINEE DI INDIRIZZO PER LA REALIZZAZIONE DELLA RETE DI TERAPIA DEL DOLORE**

Il Ministero della salute dà la seguente definizione: “La Rete di assistenza ... è costituita da una aggregazione funzionale ed integrata di servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali, che operano in modo sinergico con la rete di solidarietà sociale presente nel contesto territoriale, nel rispetto dell'autonomia clinico-assistenziale dei singoli componenti...”

Obiettivo prioritario è la definizione di un modello di rete regionale di centri specialistici, integrati con la medicina del territorio, in grado di garantire il diritto di accesso alla terapia del dolore a tutti i cittadini, di ogni età ed in ogni luogo di cura ed a domicilio del Paziente su tutto il territorio regionale.

L'obiettivo suddetto scaturisce dalla constatazione che, nonostante i miglioramenti apportati dalla applicazione delle normative vigenti e dalla attuazione, per altro incompleta, dei progetti organizzativi ed assistenziali fino ad ora previsti in tema di terapia del dolore, valgono tuttora le seguenti considerazioni:

- a) Il mancato controllo del dolore, soprattutto di quello cosiddetto inutile, resta un'emergenza sanitaria che incide sulla qualità della vita non solo di colui che ne è affetto ma anche dei suoi familiari ed amici, che restano impotenti di fronte al dolore non controllato che toglie dignità alla vita ed il cui ricordo troppo spesso condiziona le scelte future.
- b) L'analisi dei costi sanitari dimostra che l'inadeguato o mancato controllo del dolore acuto e cronico è tra le principali cause di ricovero/ re-ricovero e di terapie inappropriate, con aggravio della spesa pubblica, oltre che di quella familiare.
- c) L'attenzione al dolore deve rientrare tra gli obiettivi di una società che suole definirsi “civile” e che incentra i suoi programmi sulla qualità della vita.

Si rende necessaria dunque l'attuazione di un modello organizzativo-assistenziale che parta dalla visione della centralità della persona malata, intorno a cui ruotino tutti i servizi, territoriali ed ospedalieri, articolati in reti funzionali, coordinate tra di loro in modo da non lasciare vuoti nella continuità assistenziale e da garantire un'omogenea qualità ed equità di accesso all'assistenza.

I punti di passaggio obbligati per la realizzazione di tale modello comprendono:

- Coordinamento regionale della rete di terapia del dolore
- Articolazione della rete
- Tutela del cittadino ad accedere alla terapia del dolore
- Presa in carico del paziente
- Obbligo alla rilevazione del dolore
- Individuazione dei profili professionali e formazione specifica
- Programma di informazione della popolazione sulla terapia del dolore
- Programma di monitoraggio e di valutazione delle cure

### **Coordinamento regionale della rete di terapia del dolore**

Con decreto dirigenziale della Regione Calabria n. 1423 del 4 marzo 2011 è stato istituito il Comitato Regionale degli interventi nell'ambito della Rete della Terapia del Dolore.

Compito del comitato è il supporto tecnico alla programmazione della regione riguardante l'adozione del modello organizzativo-assistenziale di rete della terapia del dolore, l'attuazione e lo sviluppo della stessa, ed il coordinamento dei servizi assistenziali che operano nella rete.

Il modello organizzativo antalgico del dolore maligno e non, si inserisce e completa la più ampia rete territoriale della continuità assistenziale, nell'ambito della quale le diverse reti (rete della terapia del dolore, rete delle cure palliative, rete delle cure primarie, rete dell'ADI, rete ospedaliera, rete riabilitativa, ecc.) si integrano tra di loro mediante il coinvolgimento attivo di tutti gli attori della sanità (MMG, PLS, MCA, specialisti ospedalieri ed ambulatoriali, farmacisti, volontari di organizzazioni no profit ecc.), con il fine di garantire, con efficienza, efficacia ed economicità, la continuità assistenziale.

Nello specifico, la Rete della Terapia del Dolore, diretta a pazienti adulti e pediatrici, si integra, a livello operativo, con la Rete delle Cure Palliative, con la Rete ADI e la rete oncologica approdando ad un unico percorso assistenziale individualizzato che consenta di affrontare adeguatamente il problema del dolore acuto e cronico maligno e non dei pazienti, avendo come parametro essenziale la qualità della vita e i valori della persona.

L'integrazione delle reti ove è rappresentata sia la Rete di Cure Palliative e Terapia del Dolore e i Distretti Territoriali assieme al Settore Riabilitativo ed Oncologico deve essere intesa come piazza

aperta, cioè un circuito in cui analizzare l'espressione dei bisogni dell'utenza, mediante il contatto diretto con le singole espressioni professionali, fornendo così un primo assetto di analisi e di stratificazione delle priorità generali e di risposte mediate dalla capacità gestionale e professionali personali.

Solo trasferendo nella rete integrata tutte le contraddizioni e le singole identità potremo disegnare un modello dell'operare condiviso, che diverrà la forza di unitarietà del gruppo e dei suoi singoli professionisti.

Bisogna individuare i settori di interposizione delle tre reti nei centri HUB cui per loro natura andranno ricondotti le funzioni di interazione tra ospedale e territorio e la gestione della complessità delle home cure.

Uno strumento innovativo di interposizione è rappresentato dalla rete di telemedicina centralizzata tra ospedale e territorio per il controllo della predittività di eventi a rischio di ospedalizzazione e per controllo delle dimissioni complesse.

### **Articolazione della rete**

In linea con quanto stabilito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni, e le Province autonome di Trento e di Bolzano con accordo del 16 dicembre 2010, anche in Calabria, come già in altre Regioni d'Italia, viene individuato un modello organizzativo, integrato nel territorio, nel quale il livello assistenziale viene scomposto in tre nodi complementari:

- 1 i centri di riferimento di terapia del dolore (Hub);
- 2 gli ambulatori di terapia antalgica (Spoke);
- 3 gli ambulatori di MMG e PLS.

Nell'ambito specifico del dolore pediatrico, il centro di riferimento di terapia del dolore è l'Hub.

Come già detto in precedenza, i nodi della rete devono integrarsi tra di loro e con le altre reti assistenziali, per raggiungere sinergicamente non solo il miglior trattamento possibile del dolore acuto e cronico nelle sue diverse espressioni cliniche, ma anche l'adeguato supporto psicologico, sociale e spirituale della persona con dolore e delle persone a lui vicine.

#### **4. I NODI DELLA RETE**

##### **CENTRI DI RIFERIMENTO DELLA TERAPIA DEL DOLORE (HUB)**

Sono centri di riferimento di III° livello le Aziende Ospedaliere, in cui si concentra una casistica rara e di particolare complessità clinica; i centri hub sono strutture ospedaliere autonome, dotate di piattaforme tecniche e logistiche sofisticate multidisciplinari, preposte a garantire, con un team dedicato e in regime di consulenza, interventi diagnostici e terapeutici ad alta complessità (farmacologici, strumentali, chirurgici, psicologici tra loro integrati) al fine di trattare, con la più alta efficienza tecnica e professionale, i malati con dolore maligno e non di più difficile inquadramento.

##### **Compiti e funzioni**

- diagnosi e trattamento delle situazioni di dolore acuto e cronico caratterizzate da:
  - complessità della patologia; difficoltà di inquadramento diagnostico del dolore;
  - difficoltà di trattamento del paziente complesso, per co-morbidità esistenti;
  - difficoltà nella selezione del trattamento elettivo con necessità di procedure altamente specialistiche sia di routine sia innovative.
- riduzione della disabilità dei malati con dolore persistente e cronico;
- funzione di consulenza, relativamente ai casi di dolore complesso, oltre che per l'azienda di appartenenza, per tutti gli operatori del territorio e nelle altre strutture di ricovero, ospedaliere e residenziali, e per i pazienti in assistenza domiciliare;
- coordinamento con i centri di cure palliative per il mantenimento della continuità assistenziale inerente la terapia del dolore durante le cure palliative;
- coordinamento con altre strutture orientate alla diagnosi, terapia e riabilitazione di patologie dolorose;
- sorveglianza delle innovazioni tecnologiche (HTL);
- monitoraggio dei processi di cura a più alta complessità.

Per l'espletamento delle funzioni e per il conseguimento degli obiettivi negli hub, si devono prevedere prestazioni erogate in regime ambulatoriale, di day hospital, day service o day surgery, ed in regime di ricovero ordinario. Tali attività devono essere espletate in strutture autonome e dedicate o, in alternativa, all'interno di altri ambiti di degenza, individuando in questo caso procedure concordate che definiscano le modalità di utilizzo dei posti letto in termini di accessibilità/disponibilità, nonché la modalità di utilizzo della sala operatoria e degli strumenti o di una sala di diagnostica per immagini.

## Requisiti degli hub di terapia del dolore

### 1) Strutturali

I centri hub devono essere conformi ai requisiti regionali per accreditamento delle strutture deputate alla erogazione di prestazioni ambulatoriali mediche (ambulatorio medico), prestazioni ambulatoriali a bassa-media invasività (ambulatorio chirurgico), procedure invasive ad alta complessità (ambulatorio chirurgico, sala operatoria e/o sala di diagnostica per immagini), e delle strutture di degenza ordinaria, day hospital e day surgery.

### 2) Tecnologici

Devono essere presenti infusori esterni e totalmente impiantabili (neurostimolatori e pompe) elettronici/meccanici, apparecchiature per la programmazione/controllo dei sistemi impiantabili, strumenti per la neurolesione, strumenti per la diagnostica del sistema somato-sensoriale.

### 3) Organizzativi

- almeno 30 ore di attività ambulatoriale settimanale,
- erogazione di tutte le prestazioni di tipo ambulatoriale,
- erogazione di prestazioni antalgiche invasive in day hospital/day surgery/degenza ordinaria 2 volte alla settimana, con disponibilità di almeno 2 posti letto per le procedure ad alta complessità,
- erogazione di almeno **quattro** delle seguenti prestazioni specialistiche: cordotomia, cifoplastica, vertebroplastica, epidurolisi endoscopica, neurolisi del ganglio di Gasser, gangliolisi del plesso celiaco e dei nervi splancnici, neurolisi subaracnoidea, posizionamento di sistema per infusione spinale e venoso totalmente impiantabile, posizionamento di sistema per la stimolazione spinale e periferica, nucleoplastica, biacuplastica, inquadramento diagnostico-terapeutico delle sindromi dolorose idiopatiche, gestione del dolore pediatrico complesso (da patologia e/o procedurale),
- assistenza medica h 24 per i pazienti in degenza ordinaria,
- pronta disponibilità notturna e festiva articolata su due livelli: 1) assistenza telefonica; 2) reperibilità nei casi di urgenza,
- espletamento di consulenza nelle UU.OO. del presidio entro 24 ore,
- espletamento di consulenza per pazienti in assistenza domiciliare e hospice entro 72 ore,
- servizio di consulenza per gli operatori degli altri nodi della rete ( Spoke di I e II livello, ambulatori di MMG e PLS ),

- definizione del percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo previsto per il malato, ed invio del referto relativo, con piano terapeutico dettagliato, al MMG, PLS, agli Spoke e ad altre strutture di ricovero, secondo la destinazione del paziente,
- prescrizione e distribuzione dei farmaci per inizio terapia o per primo ciclo di cura,
- cartella clinica completa dei dati clinici, diagnostici, terapeutici, dei dati relativi alla assistenza di supporto, e del consenso informato del paziente a procedure operative,
- registro degli stupefacenti,
- monitoraggio dei pazienti in cura attraverso visite di controllo periodiche ed assistenza telefonica in follow-up,
- gli hub dovranno poter fruire in tempi rapidi di servizi (laboratorio analisi chimico-cliniche, radiologia ecc.) e di consulenze specialistiche da varie UU.OO., quali: rianimazione, neurochirurgia, neurologia, chirurgia vascolare, chirurgia toracica, ortopedia, neuroradiologia ecc., per le caratteristiche di integrazione e multidisciplinarietà che la patologia algologica complessa richiede,
- attività amministrativa di supporto,
- valutazione delle performance con indicatori di processo e di risultato,
- possibilità di informatizzazione del servizio per la trasmissione diretta di flussi di dati con le UU.OO. di ricovero del presidio e con gli altri nodi della rete,
- pacchetti di tariffazione dedicati per le prestazioni ambulatoriali.

#### 4) Professionali

La direzione è affidata ad un medico Specialista in Anestesia e Rianimazione con comprovata esperienza nel settore. Ogni hub dovrà avere almeno due specialisti in anestesia e rianimazione (compreso il direttore di struttura), dedicati alla attività di terapia antalgica. Ad integrazione possono essere utilizzati medici appartenenti ai profili professionali individuati all'art. 5 comma 2 della legge 38 del 15 marzo 2010, con esperienza documentata in terapia del dolore, secondo i criteri di Legge.

La struttura dovrà essere dotata di personale infermieristico dedicato e formato.

La dotazione di personale verrà adeguata ai volumi prestazionali.

#### 5) Procedurali

Devono essere previste procedure, concordate in ambito aziendale, relative a:

- modalità di accesso e presa in carico del paziente dai vari nodi della rete,
- prenotazione delle prestazioni,
- gestione delle richieste urgenti,
- gestione delle liste di attesa,



- pronta disponibilità,
- gestione delle richieste di consulenza nell'ambito del presidio e per strutture esterne, e per i pazienti in assistenza domiciliare,
- procedure concordate per l'acquisizione di servizi in via ordinaria ed in urgenza riguardanti il laboratorio di analisi chimico-cliniche, la radiologia, le specialità mediche e chirurgiche (consulenze), l'assistenza psicologica e spirituale,
- modalità della dimissione e dell'invio del paziente agli altri nodi della rete, ad altre strutture orientate alla diagnosi, terapia ed alla riabilitazione di patologie dolorose, o ad altre reti assistenziali ( ADI, Cure palliative ecc).

### **SPOKE DI TERAPIA DEL DOLORE**

Sono stazioni di riferimento di I e II livello ( ambito territoriale/ospedaliero).

Lo spoke è una struttura di terapia del dolore, di tipo ambulatoriale o ambulatoriale/day hospital/day service, preposta ad erogare interventi multimodali di terapia antalgica.

#### Compiti e funzioni

- o riferimento per i presidi territoriali gestiti dai MMG e PLS per il trattamento del dolore persistente e cronico di media complessità ma trattabile farmacologicamente o con procedure a minima invasività, semi-invasive o a media invasività, secondo il livello di accreditamento del presidio (spoke di I o II livello);
- o funzione di screening per il dolore a maggiore complessità, non responsivo, di competenza degli hub, assicurando la continuità assistenziale;
- o attività di consulenza ed integrazione con i MMG e PLS, e con la rete dell'ADI per i pazienti in assistenza domiciliare;
- o gli spoke di II livello svolgono attività di collaborazione ed integrazione con gli spoke di I livello.

#### Requisiti minimi

##### Spoke di II livello ( ambito ospedaliero o territoriale)

###### 1) Strutturali

I centri spoke di II livello devono essere conformi ai requisiti regionali per accreditamento delle strutture deputate alla erogazione di prestazioni ambulatoriali mediche (ambulatorio medico), prestazioni ambulatoriali semi-invasive (ambulatorio chirurgico) ed a media invasività (ambulatorio chirurgico e/o disponibilità di sala operatoria e/o sala di diagnostica per immagini), in regime ambulatoriale, di day hospital e/o day surgery.

Tali attività potranno essere espletate in strutture autonome e dedicate o, in alternativa, all'interno di altri ambiti di degenza, individuando in questo caso procedure concordate che definiscano le modalità di utilizzo dei posti di day hospital/day surgery in termini di accessibilità/disponibilità, nonché la modalità di utilizzo della sala operatoria e degli strumenti o di una sala di diagnostica per immagini.

## 2) Organizzativi

- almeno 18 ore di attività settimanale, articolate in almeno tre giorni;
- erogazione di tutte le prestazioni previste in regime ambulatoriale e di day hospital/day surgery o day service, salvo le procedure ad alta invasività e complessità;
- attività di consulenza-collaborazione con gli ambulatori di MMG e PLS, con gli spoke di I livello e con l'ADI;
- attività di consulenza, per gli spoke di ambito ospedaliero, per le UU.OO. del presidio (ospedale senza dolore);
- possibilità di acquisire, nel presidio ospedaliero di riferimento o in convenzione, servizi (laboratorio di analisi chimico-cliniche, radiologia ecc) e consulenze da varie UU.OO. quali: rianimazione, neurochirurgia, neurologia, chirurgia vascolare, chirurgia toracica, ortopedia, neuroradiologia, riabilitazione ecc., per le caratteristiche di integrazione e multidisciplinarietà che la patologia algologica complessa richiede;
- assistenza medica h 12 per i pazienti in day hospital/day surgery;
- invio del referto relativo al percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo previsto per il malato, con piano terapeutico dettagliato, al MMG, PLS, agli spoke di I livello e ad altre strutture di ricovero, secondo la destinazione del paziente;
- prescrizione ed eventuale distribuzione dei farmaci per inizio terapia o per primo ciclo di cura.
- acquisizione di una cartella clinica ambulatoriale, completa di consenso informato a procedure operative, da integrarsi con la documentazione eventualmente trasmessa dagli altri nodi della rete;
- registro degli stupefacenti;
- monitoraggio dei pazienti in cura attraverso visite di controllo periodiche ed assistenza telefonica in follow-up;
- possibilità di informatizzazione del servizio per la trasmissione diretta di flussi di dati con le UU.OO. di ricovero del presidio (ambito ospedaliero) e con gli altri nodi della rete.

## 3) Professionali

La responsabilità è affidata ad un medico specialista in Anestesia e Rianimazione con comprovata esperienza nel settore, dedicato all'attività di terapia antalgica per un minimo di 18 ore settimanali.

Ad integrazione possono essere utilizzati medici appartenenti ai profili professionali individuati all'art. 5 comma 2 della legge 38 del 15 marzo 2010, con esperienza documentata in terapia del dolore.

Almeno un infermiere dedicato per un minimo di 18 ore settimanali, con esperienza specifica.

La dotazione di personale verrà adeguata ai volumi prestazionali.

#### 4) Procedurali

Devono essere previste procedure, concordate in ambito aziendale, relative a:

- modalità di accesso e presa in carico del paziente dai vari nodi della rete,
- prenotazione delle prestazioni,
- gestione delle richieste urgenti,
- gestione delle consulenze nel presidio ed in ambito territoriale,
- acquisizione di servizi (laboratorio di analisi chimico-cliniche, radiologia ecc,) e consulenze nel presidio o esterne,
- modalità della dimissione e dell'invio del paziente agli altri nodi della rete e/o ad altre reti assistenziali.

#### Spoke di I livello (ambito territoriale)

##### 1) Strutturali

I centri spoke devono essere conformi ai requisiti regionali per accreditamento delle strutture deputate alla erogazione di prestazioni ambulatoriali mediche (ambulatorio medico) e prestazioni ambulatoriali a minima invasività (ambulatorio chirurgico).

##### 2) Organizzativi

- o almeno 12 ore di attività settimanale, per esterni, articolate su tre giorni,
- o erogazione di tutte le prestazioni previste in regime ambulatoriale,
- o attività di consulenza-collaborazione con gli ambulatori di MMG e PLS,
- o attività di consulenza per i pazienti in assistenza domiciliare, integrandosi con l'ADI,
- o acquisizione di una cartella clinica ambulatoriale, da integrarsi con la documentazione eventualmente trasmessa dagli altri nodi della rete,
- o possibilità di acquisizione di servizi ( laboratorio analisi chimico-cliniche, radiologia ecc. ) e consulenze dai presidi di riferimento,

- possibilità di informatizzazione del servizio per la trasmissione diretta di flussi di dati con gli altri nodi della rete.

### 3) Professionali

Almeno un medico specialista in anestesia e rianimazione con comprovata esperienza nel settore o medici appartenenti ai profili professionali individuati all'art. 5 comma 2 della legge 38 del 15 marzo 2010, con esperienza documentata in terapia del dolore secondo i criteri di Legge.

Almeno un infermiere dedicato, con esperienza specifica.

La dotazione di personale verrà adeguata ai volumi prestazionali.

### 4) Procedurali

Devono essere previste procedure, concordate in ambito aziendale, relative a:

- modalità di accesso e presa in carico del paziente dai vari nodi della rete,
- prenotazione delle prestazioni,
- gestione delle richieste urgenti,
- rapporto di consulenza per i pazienti in assistenza domiciliare,
- acquisizione di servizi (laboratorio di analisi chimico-cliniche, radiologia ecc,) e consulenze esterne,
- modalità della dimissione e dell'invio del paziente agli altri nodi della rete e/o ad altre reti assistenziali.

## **AMBULATORI DI MMG E PLS**

Consistono in presidi ambulatoriali territoriali, con competenza antalgica, gestiti da un team di MMG e PLS che, in relazione a quanto previsto all'Accordo Nazionale Collettivo di categoria possono essere organizzati in Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT).

Nella rete della terapia antalgica, come in ogni altra rete, il MMG e il PLS sono i primi attori che determinano, con le loro decisioni e in rapporto al bisogno del paziente, l'attivazione di ogni servizio sanitario. La loro collaborazione e il loro coinvolgimento nel corretto utilizzo e nella piena funzionalità della rete sono essenziali.

La creazione di presidi territoriali con competenza antalgica gestiti da un team di medici di medicina generale si inserisce nella visione più ampia, prevista dal PSN 2006-08 e ribadita dall'ACN del 29 luglio 2009, di superamento della modalità di lavoro individuale a favore di forme associative multidisciplinari.

### Compiti e funzioni

- erogare la prima risposta concreta al bisogno del paziente con dolore acuto e cronico non complesso, riducendo il numero di accessi impropri ai PS degli ospedali;

- triage verso i centri di riferimento superiori (Spoke ed Hub) nei casi di dolore a maggiore complessità, individuati secondo criteri condivisi di appropriatezza;
- forte integrazione con gli ambulatori di MMG e PLS e con gli altri nodi della rete di terapia del dolore;
- integrazione con l'ADI e le altre reti assistenziali operanti sul territorio.

### Requisiti

#### 1) Strutturali

Gli ambulatori di MMG e PLS devono rispondere ai requisiti regionali di accreditamento delle strutture ambulatoriali.

#### 2) Organizzativi

- aggregazione di MMG e PLS (fatto salvo quanto definito negli accordi integrativi regionali di categoria),
- possibilità di interagire per via telematica con gli altri nodi della rete,
- acquisizione di una cartella clinica che riporti il tipo di dolore identificato, l'intensità e l'impatto sulla qualità della vita, la terapia farmacologia impostata e l'esito della stessa,

#### 3) Professionali

In ogni aggregazione deve essere individuato un MMG o PLS, formato in terapia del dolore, che funga da referente degli spoke ed hub della rete di terapia del dolore e delle altre reti assistenziali.

#### 4) Procedurali

Devono essere previste procedure, condivise con altre aggregazione, relative a:

- modalità di accesso e presa in carico del paziente con dolore, e di invio dello stesso, qualora esistano i presupposti, agli altri nodi della rete,
- richiesta di consulenze specialistiche.

## **5. TUTELA DEL CITTADINO AD ACCEDERE ALLA TERAPIA DEL DOLORE**

Il diritto della persona, senza restrizioni di età, sesso, etnia e condizione sociale ad accedere alla terapia del dolore rappresenta il punto cardine della legge 38.

In particolare l'art. 1, nei suoi vari comma, non solo sancisce questo diritto, proprio del malato, come definito all'art. 2, comma 1, lettera c) della suddetta legge, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, ma ribadisce come il fine, che consegue a tale diritto, sia quello di ... assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze....

Ancora, nello stesso articolo di legge, viene sottolineato che le strutture che erogano cure palliative e terapia del dolore debbano assicurare programmi di cura individuali per il malato e per la sua famiglia.

Pertanto, formulati a livello regionale gli indirizzi per lo sviluppo omogeneo di percorsi di accesso alla rete della terapia del dolore e di presa in carico del paziente, e definite le modalità attuative di tali percorsi, le aziende sanitarie devono garantire l'effettiva messa in atto delle disposizioni regionali, e verificare l'appropriatezza e l'efficacia dei percorsi diagnostico-terapeutici previsti per le patologie e situazioni cliniche di dolore.

## **6. PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE**

Analogamente a quanto già detto riguardo al diritto di accesso alla rete della terapia del dolore, le aziende sanitarie devono garantire la corretta presa in carico del paziente con dolore, di qualsiasi eziopatogenesi, e l'ultimazione del piano diagnostico-terapeutico, individualizzato, previsto per ogni paziente, garantendo la continuità assistenziale durante tutto il percorso.

Ad ogni percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA ) dovrà corrispondere un piano tariffario, definito in ambito regionale in conformità con quanto stabilito dalle altre regioni italiane.

### Definizione dei percorsi

#### □ Nella prevenzione

Strutturazione di un data base aziendale e linee guida condivise e sottoscritte per patologie.  
Rimodulazione dell'offerta e distribuzione a soggetti privati di percorsi sperimentali

Es.: prevenzione delegata a associazioni di volontariato (es ISAL – Lega Tumori ..... ) che hanno definito dei protocolli con Aziende che vogliono offrire pacchetti di controllo per i propri lavoratori.

#### □ Nell'acuto

Validazione dei prodotti già identificati

Riduzione dei ricoveri impropri nella UO di Oncologia (ricoveri per palliazione) con incremento dei ricoveri per patologie specialistiche.

**Hub- Spoke di Terapia del Dolore:** attivazione del day service per le patologie del dorso e vascolari, ottimizzazione dei ricoveri mediante accordi con alberghi in convenzione per pernottamento pre-postchirurgico per utenti extraregione.- ruolo di Area Vasta

#### □ Nel Cronico-Palliazione

Settore ove si possono effettuare i maggiori sforzi di riorganizzazione e contenimento della spesa. Utenti – oncologici / vascolari / neurologici/osteoreumatologici.

Il malato dovrà essere accompagnato, durante il suo iter di cure, da un dossier clinico-assistenziale completo, dal quale risultino le prestazioni diagnostico-terapeutiche a lui erogate a

livello dei vari nodi della rete, sia in ambito ospedaliero che territoriale, nonché le azioni a lui dirette, nei vari ambiti assistenziali, come supporto psicologico, sociale e spirituale.

Pertanto per l'assistenza domiciliare, in carenza di personale dipendente dedicato si potranno acquistare delle prestazioni da personale afferente da strutture esterne come ad esempio cooperative accreditate ecc.

Interscambiabilità nell'esecuzione delle consulenze a domicilio in caso di supporto palliativo – risparmio delle ore di consulenza anche in funzione della completa applicazione del progetto di Teleassistenza–trasferimento del personale teso ad ottimizzare le competenze di gestione delle attività ambulatoriale e di DH.

#### Pool unico dei professionisti per copertura con turni ferie /malattia.

Definizione di un pool di professionisti IP-medici da usare in situazioni di crisi o ordinarietà: ore di guardia coperte con modelli di interscambiabilità tra le UO e redistribuzione budgettaria di ore medico/infermieristiche per copertura di fasce di orario a bassa specificità specialistica.

L'applicazione del suddetto percorso, ispirato a criteri di appropriatezza consente, presso gli Ospedali, un migliore utilizzo delle risorse per la ristrutturazione della Rete ospedaliera.

Le figure sanitarie operanti nei vari nodi della rete di terapia del dolore dovranno, ciascuna per la propria competenza, e secondo procedure concordate, garantire la propria collaborazione con la rete di cure palliative e con le altre reti assistenziali presenti sul territorio, al fine di una gestione globale ed in continuità del malato con dolore.

Le aziende sanitarie devono promuovere e sorvegliare il coordinamento e l'integrazione delle reti.

L'altro fronte rilevante è quello della capacità di decisione sulla distribuzione delle risorse non–infinite. Questo tema è stato fonte di numerosi e saggi interventi sia legislativi che professionali ma non si è ad oggi trovata una risposta che salvi le qualità e quantità di risposte sanitarie e garantisca un equilibrio economico. Reputiamo che per attivare un progetto di economia sanitaria si debba partire da un preciso monito: non ridurre ciò che è indispensabile per la salute, non compromettere ciò che si è raggiunto come qualità dei servizi, non togliere i diritti di cura e di speranze alle persone affette da qualunque malattia.

#### Ruolo nell'azione di gestione virtuosa delle economie e di contenimento della spesa

- Approntare un piano di risparmio mediante azioni di centralizzazione di servizi (pulizie / trasporti) e tagli per procedure obsolete – studio dei risparmi per ogni linea di produzione;
- Risparmio Farmaci Onco-ematologici nei soggetti in fase Palliativa di Malattia;

- ❑ Risparmio Diagnostico: 50 % dei costi di TAC – RMN – radiologia tradizionale per le patologie del Dorso/ erpetiche / acute e croniche – trattate in prima battuta dai Centri di Terapia del dolore senza filtri radiologici e di Pronto soccorso;
- ❑ La realizzazione della rete fruirà dei fondi dedicati per gli obiettivi di piano quota 70/30, l'implementazione sarà a carico della quota indifferenziata e della razionalizzazione della spesa corrente che la realizzazione della rete comporta.

## **7. OBBLIGO ALLA RILEVAZIONE DEL DOLORE**

Come ben definito dall'art. 7 della legge 38 del 15 marzo 2010, i medici e gli infermieri operanti presso tutte le strutture sanitarie sono obbligati alla valutazione del dolore dei pazienti durante il corso del ricovero nelle UU.OO. di diagnosi e cura; la registrazione del parametro dolore deve essere riportata all'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, con riferimento anche alla evoluzione del dolore nel corso del ricovero, alle terapie farmacologiche intraprese, con i relativi dosaggi, alle tecniche antalgiche attuate, ed al risultato conseguito.

In riferimento all'accordo tra il Ministro della Sanità, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 24 maggio 2001, le strutture sanitarie hanno facoltà di scegliere gli strumenti che ritengono più adeguati, tra quelli validati, per la valutazione e la registrazione del dolore all'interno della cartella clinica.

Le aziende sanitarie devono vigilare sulla messa in opera delle disposizioni di legge e prevedere, nella stesura dei modelli di cartella clinica, una sezione riguardante la rilevazione ed il diario clinico del dolore.

## **8. INDIVIDUAZIONE DEI PROFILI PROFESSIONALI E FORMAZIONE SPECIFICA**

Con l'applicazione della legge 38 nasce la necessità di rispondere con sempre maggiore professionalità e competenze specifiche, ai bisogni delle persone in fase di dolore, rende doveroso definire, quindi, quale possa essere il core concreto della nuova opportunità di creare un modello di formazione che conduca i medici ad una sapienza tecnica e umana sempre più adeguata. L'incremento delle patologie cronico degenerative e neoplastiche ha messo in evidenza i limiti formativi di una classe medica che si è rivelata completamente inadeguata a gestire il crescente fenomeno del dolore. Si pone la necessità di pianificare e delineare modelli di eccellenza per la riorganizzazione del percorso formativo e si rende necessaria l'elaborazione di un programma di



studi integrato capace di coinvolgere in modo organico tutti i soggetti interessati alla programmazione del processo educativo, sia esso di base, specialistico o di formazione continua.

La Regione Calabria ha previsto, in attesa di definizioni Ministeriali sugli appositi Master (art. 8 comma 1 Legge 38/2010), un doppio profilo formativo da attuare in due fasi (o livelli): la prima fase rivolta alla “formazione dei formatori”; la seconda, gestita da questi ultimi, necessaria alla preparazione del personale sanitario ed amministrativo delle rispettive aziende, che, precedentemente, li avranno nominati loro referenti “ad hoc” (Art. 5 comma 2 Legge 38/2010).

I percorsi formativi avranno dunque tre targets:

1. formazione orientata ad una integrazione/modifica delle conoscenze;
2. orientamento al miglioramento del processo decisionale, puntualizzando anche la relazione con l'équipe di cura attraverso una adeguata modifica dei comportamenti;
3. il miglioramento delle capacità professionali attraverso l'acquisizione della necessaria cultura manageriale non disgiunta dalla tendenza alla ricerca nel settore, per giungere infine ad una modifica delle competenze.

La regione provvederà, quindi, a formare gli operatori che a vario titolo e grado costituiranno la rete delle Terapia del Dolore. Bisognerà, pertanto, verificare costantemente la qualità delle prestazioni e l'aggiornamento continuo, orientando il suo agire verso un quadro di miglioramento continuo della Qualità, anche tramite l'istituzione di appositi corsi ECM. L'avvenuto aggiornamento sarà valutato tramite gli strumenti di verifica di qualità che il tavolo tecnico utilizzerà allo scopo.

## **9. PROGRAMMA DI INFORMAZIONE DELLA POPOLAZIONE SULLA TERAPIA DEL DOLORE**

Al fine di promuovere la “cultura della lotta contro il dolore” le regioni devono promuovere, su tutto il territorio, delle idonee campagne di informazione.

In particolare il messaggio della lotta al dolore inutile dovrà raggiungere tutti i cittadini, senza alcuna discriminazione; dovranno essere illustrate, in modo esaustivo e di facile comprensione, le modalità di accesso alle prestazioni dirette al trattamento del dolore connesso alle malattie neoplastiche ed a patologie croniche e degenerative, e la collocazione dei luoghi di cura, secondo la propria tipologia, ad ogni livello della rete, nonché le possibilità di supporto assistenziale psicologico, sociale e spirituale.

Le aziende sanitarie devono impegnarsi nella organizzazione della informazione, attraverso il coinvolgimento di tutte le figure e le associazioni operanti nella lotta al dolore, con particolare

riguardo ai MMG e PLS, alle organizzazioni private senza scopo di lucro, alle farmacie pubbliche e private.

#### **10. PROGRAMMA DI MONITORAGGIO E DI VALUTAZIONE DELLE CURE**

Secondo quanto previsto dall'art. 9 della legge 38 del 15 marzo 2010, presso il Ministero della salute è attivato il monitoraggio, eventualmente anche attraverso l'istituzione di una commissione nazionale, per le cure palliative e per la terapia del dolore.

In particolare, riguardo alla terapia del dolore, sono oggetto di sorveglianza:

- i dati relativi alla prescrizione di farmaci nella terapia del dolore, con particolare attenzione agli analgesici oppiacei;
- lo sviluppo della rete di terapia del dolore in conformità agli indicatori ed ai criteri di legge, e lo stato di avanzamento nelle regioni e nelle province autonome di Trento e di Bolzano
- le prestazioni erogate e l'esito delle stesse;
- le attività di formazione;
- le campagne di informazione della cittadinanza;
- le attività di ricerca;
- la copertura economica necessaria alla realizzazione e allo sviluppo della rete di terapia del dolore.

Di concerto con la Regione, le aziende sanitarie devono dotarsi di programmi di registrazione dei dati relativi ai punti in oggetto, con particolare riguardo alla analisi quantitativa delle prestazioni erogate ed alla valutazione delle performance con indicatori di processo e di risultato.

Le aziende devono inoltre promuovere la semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore, con particolare attenzione agli analgesici oppiacei, sorvegliando al tempo stesso l'appropriatezza delle prescrizioni, sia per modalità prescrittiva che per indicazione.

La Regione trasmette annualmente al Ministero della salute i dati relativi agli interventi di sua competenza per la relazione ministeriale al parlamento sullo stato di attuazione della legge 38/2010.

#### **11. OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITA' (MCQ)**

La Commissione di Terapia del Dolore propone di adottare, nell'ottica della informatizzazione in medicina e delle possibilità che essa offre, sistemi di videoconferenza attivi fra **hub, spoke e aft**, facilmente utilizzabili anche a domicilio del paziente (MMG, forze di volontariato, familiari o lo stesso Paziente) consentendo così di evitare viaggi, spesso dolorosi e costosi. Ciò consentirebbe al Medico consulente di "vedere ed essere visto" tramite una semplice web-cam, così come di utilizzare, nell'ambito della rete, un'unica cartella informatizzata, strutturata a vari livelli di

complessità. Ciò consentirà di utilizzare un “unico linguaggio” su tutto il territorio regionale e potendo così essere capofila, almeno in questo ambito, per tutto il territorio nazionale.

## **12. CONCLUSIONI**

Il seguente documento si propone come supporto tecnico alla programmazione della regione riguardante l’attuazione della rete di terapia del dolore secondo i riferimenti di legge, il controllo dello sviluppo omogeneo della stessa, ed il coordinamento dei servizi assistenziali che operano nella rete.

Punto di partenza per la realizzazione della rete, in ambito regionale, provinciale e territoriale, deve essere la ricognizione della situazione esistente in rapporto ai bisogni della popolazione residente; l’identificazione dei provvedimenti da adottare per adeguare le strutture esistenti, ai fini dell’accreditamento, e la quantificazione ed individuazione delle infrastrutture da realizzare ex novo per coprire le carenze di fabbisogno individuale.

A questo deve aggiungersi, tra le azioni immediate da intraprendere ai fini del superamento delle criticità, il fortissimo impegno formativo del personale medico ed infermieristico e delle altre figure operanti nella lotta al dolore, da parte della regione e delle singole aziende sanitarie, al fine di conseguire il raggiungimento corale degli obiettivi.

Siamo convinti che una applicazione precisa e puntuale della Legge 38, specie nella sua relazione tra ospedale e territorio saprà sostenere la riorganizzazione delle strutture ospedaliere e territoriali obbligandole a prendersi carico delle patologie croniche senza ricorrere al ricovero. Il dolore, inoltre, risulta, in tutte le rilevazioni, una delle cause più frequenti di ricorso alle cure ospedaliere con costi di procedure spesso inappropriate, se rese in ambiente non specialistico (es. le patologie dolorose del rachide), riteniamo, pertanto, che l’attuazione della Rete di Terapia del Dolore potrà permettere un rilevante risparmio di spese sia nel settore farmacologico (riduzione uso dei farmaci non steroidei di cui l’Italia vanta il primo posto in Europa) sia nel ricorso a procedure obsolete ad alto costo (dolore oncologico in fase avanzata).