

REGIONE CALABRIA

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 30 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

DCA n. 36 del 14 Maggio 2015

OGGETTO: Legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle Cure Palliative e alla Terapia del Dolore (G.U. n. 65 del 19 marzo 2010). Rete regionale di Terapia del Dolore.

**Publicato sul Bollettino Ufficiale
della Regione Calabria n. _____ del _____**

REGIONE CALABRIA
IL COMMISSARIO AD ACTA

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 30 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

VISTO l'articolo 120 della Costituzione;

VISTO l'articolo 8, comma 1, della legge 5 Giugno 2003, n.131;

VISTO l'articolo 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1° Ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 Novembre 2007, n. 222;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, firmato tra il Ministro della salute, il Ministro dell'Economia e delle finanze e il Presidente *pro tempore* della regione in data 17 dicembre 2009, poi recepito con DGR N. 97 del 12 febbraio 2010;

RICHIAMATA la Deliberazione del 30 Luglio 2010, con la quale, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Presidente *pro tempore* della Giunta della Regione Calabria è stato nominato Commissario *ad acta* per la realizzazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario di detta Regione e sono stati contestualmente indicati gli interventi prioritari da realizzare;

RILEVATO che il sopra citato articolo 4, comma 2, del decreto legge n. 159/2007, al fine di assicurare la puntuale attuazione del Piano di rientro, attribuisce al Consiglio dei Ministri – su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni - la facoltà di nominare, anche dopo l'inizio della gestione commissariale, uno o più sub commissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

VISTO l'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, il quale dispone che per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della predetta legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale.

VISTI gli esiti delle riunioni di verifica dell'attuazione del Piano di rientro, da ultimo della riunione del 28 ottobre e del 12 novembre 2014 con particolare riferimento all'adozione dei Programmi operativi 2013-2015;

VISTO il Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) ed, in particolare l'articolo 12 di detta Intesa;

VISTA la legge 23 dicembre 2014, n. 190 (in particolare, l'articolo 1, commi da 569 a 572) che recepisce quanto disposto dal Patto per la salute 2014-2015 di cui alla citata Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) statuendo che la nomina a Commissario *ad acta* per cui è deliberazione è incompatibile con qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento;

VISTA la nota prot. n.298/UCL397 del 20 marzo 2015 con la quale il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha trasmesso alla Regione Calabria la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 12.3.2015 con la quale è stato nominato l'Ing. Massimo Scura quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni;

VISTA la medesima Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015 con la quale è stato nominato il Dott. Andrea Urbani *sub* Commissario unico nell'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della regione Calabria con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti

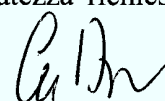
da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

RILEVATO che con la anzidetta Deliberazione è stato assegnato al Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro l'incarico prioritario di adottare e ed attuare i Programmi operativi e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente, con particolare riferimento alle seguenti azioni ed interventi prioritari:

- 1) adozione del provvedimento di riassetto della rete ospedaliera, coerentemente con il Regolamento sugli standard ospedalieri di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 2014 e con i pareri resi dai Ministeri affiancanti, nonché con le indicazioni formulate dai Tavoli tecnici di verifica;
- 2) monitoraggio delle procedure per la realizzazione dei nuovi Ospedali secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria regionale;
- 3) adozione del provvedimento di riassetto della rete dell'emergenza urgenza secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
- 4) adozione del provvedimento di riassetto della rete di assistenza territoriale, in coerenza con quanto specificatamente previsto dal Patto per la salute 2014-2016;
- 5) razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale;
- 6) razionalizzazione e contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi;
- 7) interventi sulla spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera al fine di garantire il rispetto dei vigenti tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale;
- 8) definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni, con l'attivazione, in caso di mancata stipulazione del contratto, di quanto prescritto dall'articolo 8-*quinquies*> comma 2-*quinquies*, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie, nel rispetto di quanto disposto dall'art. 15, comma 17, del decreto-legge n. 95 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 2012;
- 9) completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
- 10) attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale;
- 11) interventi sulla spesa relativa alla medicina di base;
- 12) adozione dei provvedimenti necessari alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti;
- 13) rimozione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009, dei provvedimenti, anche legislativi, adottati dagli organi regionali e i provvedimenti aziendali che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro e dei successivi Programmi operativi, nonché in contrasto con la normativa vigente e con i pareri e le valutazioni espressi dai Tavoli tecnici di verifica e dai Ministeri affiancanti;
- 14) tempestivo trasferimento delle risorse destinate al SSR da parte del bilancio regionale;
- 15) conclusione della procedura di regolarizzazione delle poste debitorie relative all'ASP di Reggio Calabria;
- 16) puntuale riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori ai tempi della direttiva europea 2011/7/UE del 2011, recepita con decreto legislativo n. 192 del 2012;

CONSIDERATO che:

- la legge 38 del 15 marzo 2010 e i successivi decreti attuativi riconoscono il diritto del paziente adulto e pediatrico ad accedere a strutture e servizi che erogano cure palliative e terapia del dolore mediante programmi di cura individuali e personalizzati che, nel riconoscere la dignità e l'autonomia del paziente, garantiscano gli standard di qualità ed appropriatezza richieste dalla



normativa in vigore per lo sviluppo di percorsi assistenziali specifici caratterizzanti le peculiarità del modello a rete;

- la Conferenza Stato Regioni del 25 luglio 2012, ha definito le dimensioni strutturali e di processo che caratterizzano la rete locale di Terapia del Dolore, gli standard qualitativi e quantitativi come richiesto dall'art 5 comma 3 della legge 38/2010;
- sulla scorta del suddetto documento, la Regione Calabria, che ha già recepito tale intesa con DPGR n° 168/2012, intende confermare l'obbligatorietà per tutte le aziende territoriali ed ospedaliere del SSR, della realizzazione delle reti locali di Terapia del Dolore secondo requisiti specifici;
- sulla base delle considerazioni che precedono è stato redatto uno specifico documento, parte integrante e sostanziale del presente atto, denominato "Rete regionale di Terapia del Dolore Hub & Spoke ad integrazione territoriale";
- è in via di definizione il documento di attuazione per la realizzazione della Rete di cure palliative e terapia del dolore pediatriche che verrà approvato con separato documento;

VISTI:

- il DDG del 4.3.2011 n° 1423 di istituzione del Comitato Regionale degli interventi nell'ambito della rete di Terapia del Dolore presso il Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria;
- il DDG 11163 del 6.9.2011, "Legge 15/3/2010 n. 38 per l'approvazione Linee guida per l'attuazione della Rete di Terapia del Dolore";
- il DDG 11985 del 28.8.2012, istituzione del coordinamento regionale delle reti di cure palliative e terapia del dolore;
- il DPGR n° 168 dell'8.10.2012, recante: "Recepimento Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5/6/2003, n° 131 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della Salute, di cui all'art. 5 della legge 15/3/2010 n° 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle Unità di cure palliative e di terapia del dolore (Rep. N° 152/CSR del 25/7/2012)";

DATO ATTO che la Struttura Commissariale, con prot. n° 305936 del 30/9/2014, ha trasmesso il documento di riorganizzazione ed implementazione della rete di Terapia del Dolore al Ministero della Salute per il parere preventivo;

VISTO il parere positivo espresso dal Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e Finanze (prot. n° CALABRIA – 180 – 30/9/2014 – 0000249 – A)

PRECISATO che quanto descritto nel documento in oggetto avverrà nel rispetto dei vincoli finanziari previsti in materia di spese di personale dalla legislazione vigente e dal Programma Operativo di prosecuzione del Piano di rientro;

DATO ATTO che il presente provvedimento è stato redatto materialmente dal Dirigente di Servizio Dott.ssa Maria Pompea Bernardi;

D E C R E T A

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

DI APPROVARE la "Rete regionale di Terapia del Dolore" definita con l'allegato documento, parte integrante e sostanziale del presente decreto;



DI TRASMETTERE il presente decreto, ai sensi dell'art. 3 comma 1 dell'Accordo del Piano di rientro, ai Ministeri competenti;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto al Dirigente generale del Dipartimento Tutela della Salute ed agli interessati;

DI DARE MANDATO al Dirigente generale per la pubblicazione sul BURC telematico e sul sito web del Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria.

Il Dirigente di Servizio

Dott.ssa Maria Pompea Bernardi



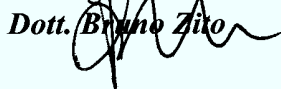
Il Dirigente di Settore

Dott. Giacomino Brancati



Il Dirigente Generale

Dott. Bruno Zito



Il sub Commissario

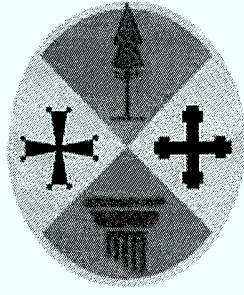
Dott. Andrea Urbani



Il Commissario ad acta

Ing. Massimo Scura





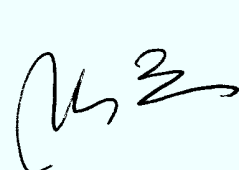
Regione Calabria

**Rete di Terapia del Dolore Hub e Spoke ad
integrazione territoriale**

MS

Sommario

<u>PREMESSA E RIFERIMENTI NORMATIVI</u>	3
<u>1. DATI DI SCENARIO</u>	3
<u>1.1 Offerta assistenziale nella Regione Calabria</u>	4
<u>1.2 I nuovi obiettivi</u>	5
<u>1.3 Coordinamento regionale della rete di terapia del dolore</u>	5
<u>1.4 Articolazione della rete</u>	6
<u>2. I NODI DELLA RETE</u>	7
<u>2.1 Centro di riferimento della terapia del dolore (HUB)</u>	7
<u>2.2 Requisiti degli hub di terapia del dolore accordo stato regione 25 luglio 2012</u>	7
<u>2.3 Spoke di terapia del dolore</u>	10
<u>3. PROSSIME AZIONI DA SVOLGERE</u>	14
<u>4. CRONOPROGRAMMA</u>	14



PREMESSA E RIFERIMENTI NORMATIVI

L'accordo tra il Ministero della Sanità, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 24 maggio 2001 ha promosso 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.

Bisogna aspettare però la legge n. 38 del 15 marzo 2010 per sancire 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 coordinamento prevede il coinvolgimento delle seguenti figure:

- Un referente per ogni azienda sanitaria ed ospedaliera della Regione nominati dalla stessa azienda, con comprovata esperienza;
- Dirigente regionale preposto.

Il suddetto coordinamento regionale ha redatto le linee di indirizzo per la rete di terapia del dolore, successivamente approvato e decretato con Decreto Dirigenziale n° 11163 del 6 settembre 2011.

Le suddette linee guida definiscono 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 dell'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.

Con Decreto Dirigenziale n° 11985 del 28 agosto 2012 veniva istituita una regia centralizzata a livello regionale, sia per le cure palliative che per la terapia del dolore, che doveva sovraintendere al comitato costituito con DDG n° 1423.

1. DATI DI SCENARIO

L'incidenza della malattia dolore in Italia è stimata da ISTAT sulla base dei dati NSIS dal 19 al 23%, quindi circa 12.650.000 cittadini sono affetti da una condizione di "dolore".

Incidenza che è in linea con un precedente grande studio europeo in tutti i Paesi membri (Eurobarometer survey on "Health in the European Union" del 2007) e che riportando lo stesso dato enfatizza sia l'impatto disabilitante sia i costi sociali indotti.

Infatti il 50 % delle assenze dal lavoro superiori ai tre giorni sono correlate allo stato di dolore persistente. Questo dato diviene ancor più drammatico se si valuta che la popolazione geriatrica risulta la più colpita dalla patologia, per cui è necessario aumentare i livelli di attenzione riferiti soprattutto ad azioni di sollecita

individuazione e cura della patologia debilitante, poiché si suppone che esso diverrà, nel 2020, un fattore molto critico sia dal punto di vista dei costi che dal punto di vista sociale.

1.1 Offerta assistenziale nella Regione Calabria

Nel 2013 i residenti in Calabria censiti sono stati 1.980.000, per cui se applichiamo le stesse analisi epidemiologiche, valide su scala nazionale, possiamo per similitudine stabilire che rispetto alla popolazione residente circa 400.000 abitanti dovrebbero essere affetti da dolore.

Sulla base di questa stima epidemiologica verrà effettuata la rete della terapia del dolore, che permetterà alle Aziende di applicare i decreti attuativi della L. 38/2010.

Al fine di permettere sia una estensione capillare che una capacità di prevenire e gestire l'esordio della patologia diviene fondamentale il settore dell'assistenza territoriale/domiciliare che è incardinato nell'ambito del distretto e che vede nella figura del MMG e dei PLS gli attori fondamentali.

Una rivalutazione dei processi di diagnosi e cura diventa ancora più opportuna alla luce dell'analisi dei dati percepiti e noti in Regione sulla scarsa penetrazione del programma Dolore in Calabria.

Nonostante gli atti normativi emanati a livello regionale, in coerenza con quanto indicato dalla legge 38/10, le Aziende sanitarie ed ospedaliere non hanno realizzato le attese di cambiamento, che si supponeva potessero verificarsi nel territorio calabrese.

In particolare è evidente la disomogeneità dei servizi e una carenza generale su alcuni punti critici del processo di cura indicato dalle stesse normative.

Si riportano, in dettaglio, le azioni di miglioramento da avviare.

1. Attivazione del progetto ospedale- territorio senza dolore nelle aziende sanitarie che non hanno proceduto all'attivazione. Infatti il progetto "ospedale senza dolore" non ha sortito gli effetti desiderati, così come è successo in molte altre regioni italiane.
2. Attivazione del Comitato Ospedale-Territorio Senza Dolore provinciale (COTSD);
3. Rilevazione del dolore in cartella clinica (art.7 comma1 legge 38/10), parametro definito essenziale dalla suddetta legge.
4. Attivazione dei percorsi assistenziali e degli standard di accreditamento di tipo strutturale e clinico, basati sulla integrazione ospedale-territorio, con rilevazione attraverso dei report trimestrali. Questa azione è necessaria per ottenere una valutazione di esito capace di modificare l'efficienza del sistema.

Ad oggi, in assenza di riferimenti organizzativi e procedurali comuni a tutte le regioni, anche in Calabria la risposta al malato con dolore è venuta dall'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.

Questo è un problema presente su tutto il territorio nazionale a cui si sta lavorando per tentare di dare omogeneità alle riclassificazione delle procedure e tariffazione, nel tavolo ministeriale ove è presente un nostro delegato.

Da quanto descritto emerge un fabbisogno crescente di organizzazione, di integrazione, di multidisciplinarietà e di coordinamento secondo i principi della "clinical governance" cioè quel contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni creando un ambiente che favorisce l'espressione dell'eccellenza clinica.

Da qui si deve partire per delineare le linee di indirizzo strategiche per la Regione e le aree aziendali a cui gli operatori saranno chiamati a dare il loro contributo professionale ma a cui dovranno poi rispondere in maniera coerente con i bisogni sanitari della popolazione calabrese che non può essere discriminata in un suo diritto di salute.

I temi ed i campi di applicazione possono essere molti e a vari livelli di assistenza, ma al denominatore va posta l'acquisizione continua di conoscenze scientifiche che deve sempre coincidere con gli interessi del paziente.

1.2 I nuovi obiettivi

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 riclassificare e caratterizzare una 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:

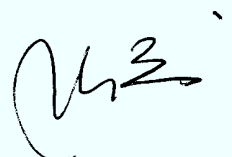
1. Il mancato controllo del dolore, soprattutto di quello in aree critiche quali quelle oncologiche, geriatriche e neurologiche, resta un'emergenza sanitaria che incide sulla qualità della vita non solo di colui che ne è affetto ma anche dei care giver.
2. L'analisi dei costi sanitari dimostra che l'inadeguato o mancato controllo del dolore acuto e cronico è tra le principali cause di ricovero/ ricovero ripetuto e di terapie inappropriate, con aggravio della spesa pubblica, oltre che di quella familiare.
3. 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 l'attuazione di un modello organizzativo-assistenziale che, partendo dalla visione della centralità della persona malata intorno a cui ruotano tutti i servizi sia territoriali che ospedalieri, arrivi all'articolazione di 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:

1. Costituzione di un Gruppo di Coordinamento regionale della rete di terapia del dolore secondo quanto previsto dall'accordo stato / regioni del 16/12/2010, già costituito con D.D.G n° 11985 del 28 agosto 2012;
2. Obbligo all'effettuazione della rilevazione del dolore da parte del servizio assistenziale con obbligo per le direzioni sanitarie ad organizzare e programmare adeguato monitoraggio, attraverso dei report trimestrali da inviare in Regione al Dirigente preposto;
3. Individuazione dei profili professionali e formazione specifica seguendo le linee della clinical competence declinate negli allegati dei protocolli di intesa Stato/Regioni del 25/07/2012 e del 10/07/2014;
4. Programma di sensibilizzazione della popolazione sulla terapia del dolore con campagne sociali costruite con la collaborazione delle associazioni regionali-nazionali;
5. Programma di monitoraggio e di valutazione delle cure ;
6. Identificazione dei costi per singoli procedimenti ospedalieri e territoriali con ottimizzazione del rapporto costi/benefici.

1.3 Coordinamento regionale della rete di terapia del dolore



Il coordinamento Regionale individuato con DDG n° 11985 del 28/8/2012, ha le funzioni previste dall'accordo stato regioni del 16 dicembre 2010 ed è affiancato dal comitato regionale degli interventi nell'ambito della rete della terapia del dolore istituito con decreto del DDG n° 1423 del 4 marzo 2011.

Il suddetto coordinamento prevede le seguenti figure:

- referente regionale per l'applicazione della legge 38/2010, con funzioni di coordinamento;
- un componente della commissione del comitato regionale per la rete della terapia del dolore;
- un componente della commissione del comitato regionale per la rete delle cure palliative;
- un funzionario regionale.

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 del trattamento del dolore di origine oncologica e non-oncologica, 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 territoriale, 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 (quest'ultima SUCCESSIVAMENTE DEFINITA), 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 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.

Bisogna individuare i settori di interposizione delle tre reti con il centro HUB, che per sua identificazione avrà le funzioni di interazione tra ospedale e territorio e la gestione della complessità dell'home care.

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.

1.4 Articolazione della rete

La riorganizzazione 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 e dal decreto Balduzzi sulla riorganizzazione della rete ospedaliera, prevede che in Calabria come già in altre Regioni d'Italia, venga individuato un modello organizzativo, integrato nel territorio, nel quale il livello assistenziale viene scomposto in tre nodi complementari:

1. un centro di riferimento di terapia del dolore (Hub);
2. gli ambulatori di terapia antalgica (Spoke e territorio inteso anche come UCCP e case della salute);

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

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 dei care giver.

2. I NODI DELLA RETE

2.1 Centro di riferimento della terapia del dolore (HUB)

Il centro di riferimento di III° livello è stato individuato presso l'Azienda Ospedaliera di Cosenza in cui si concentra una casistica rara e di particolare complessità clinica; il centro Hub è una struttura autonoma, dotata di piattaforma tecnica e logistica sofisticata multidisciplinare, preposta 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.

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

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 compresa l'attività dei sistemi impiantabili ad alta complessità
- 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.

Tali attività devono essere espletate in strutture autonome, con sala operatoria dedicata, definendo attraverso protocolli le modalità di utilizzo di una sala di diagnostica per immagini.

Per l'espletamento delle funzioni e per il conseguimento degli obiettivi presso il centro hub, è necessario prevedere prestazioni erogate in regime ambulatoriale, di day hospital, o day surgery, e solo per i casi più complessi in regime di ricovero ordinario.

2.2 Requisiti degli HUB di terapia del dolore (Accordo Stato Regioni del 5 luglio 2012)

Si sottolinea che l'accordo stato/regione del 25 luglio 2012 prevede un centro HUB ogni 2.000.000/4.000.000 di abitanti per cui in Calabria si giustifica un solo centro HUB già inserito nell'Azienda Ospedaliera di Cosenza.

1) Strutturali

Il centro Hub deve essere conforme ai requisiti regionali per l'accreditamento delle strutture deputate all'erogazione di prestazioni ambulatoriali invasive ed invasive ad alta complessità. Per quanto riguarda la degenza deve fare riferimento ai requisiti per l'accreditamento delle strutture di degenza ordinaria o day hospital o day surgery. L'area funzionale dei servizi generali di supporto verrà dimensionata sulla base delle attività erogate.

2) Tecnologici

Il centro Hub deve avere strumenti per la diagnostica del sistema somato-sensoriale e autonomico: EMG, potenziali evocati e teletermografia.

Devono essere presenti anche infusori esterni e totalmente impiantabili (neurostimolatori e pompe) elettronici/meccanici, apparecchiature per la programmazione/controllo dei sistemi impiantabili, strumenti per la neuro lesione.

3) Organizzativi

Il centro Hub deve prevedere le seguenti attività organizzative:

- attività ambulatoriale per esterni, almeno 5 giorni la settimana, minimo 30 ore di attività, con erogazione di tutte le prestazioni previste in regime ambulatoriale;
- organizzazione dell'U.O. di terapia antalgica secondo il modello della degenza breve ordinaria con apertura il lunedì alle 7.30 e chiusura il venerdì alle ore 15;
- erogazione di prestazioni antalgiche invasive in day hospital/day surgery/degenza breve ordinaria 2 volte alla settimana, con disponibilità di almeno 6 posti letto di degenza breve ordinaria per le procedure ad alta complessità.
- erogazione almeno di quattro delle seguenti prestazioni specialistiche: cifoplastica, vertebroplastica, epidurolisi endoscopica, gangliolisi del plesso celiaco e dei nervi splanchnici, neurolisi subaracnoidea, posizionamento di sistema per infusione spinale e venoso totalmente impiantabile, posizionamento di sistema per la stimolazione spinale e periferica, nucleoplastica, inquadramento diagnostico-terapeutico delle sindromi dolorose idiopatiche.
- assistenza medica/infermieristica h 24 per i pazienti in degenza breve ordinaria con chiusura del centro il sabato, la domenica e i festivi e attivazione della pronta disponibilità per i casi urgenti che si dovessero presentare in tale periodo.
- 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: attività di consulenza ospedaliera con la presa in carico dei casi complessi (inquadramento diagnostico, valutazione del dolore con scale validate, interventi terapeutici, valutazione dell'efficacia del trattamento, impostazione del piano terapeutico antalgico da inviare al MMG alla dimissione) ;
- servizio di consulenza per gli operatori degli altri nodi della rete, con attivazione di possibili convenzioni da parte delle altre Aziende (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, al 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**;
- prestazioni specialistiche diagnostiche (es. diagnosi clinico-strumentale del sistema somato-sensoriale e autonomico, tecniche diagnostiche evocative, blocchi diagnostici delle vie somato-sensoriali);
- cartella clinica completa dei dati clinici, diagnostici, terapeutici, dei dati relativi alla assistenza di supporto, soprattutto relativi alla rilevazione del dolore, e del consenso informato del paziente a procedure operative.

- Documentazione processo assistenziale: sono previste procedure/istruzioni operative in accordo con le procedure delle normative vigenti nei diversi sistemi operativi regionali. Per i pazienti assistiti in ambulatorio viene istituita una cartella clinica ambulatoriale. Vengono definite le interfacce con la rete di cure palliative e del dolore emicranico a livello Regionale. Vengono definite le interfacce con le strutture esterne al centro che erogano attività specialistiche orientate alla diagnosi, terapia, riabilitazione di patologie dolorose specifiche;
- monitoraggio dei pazienti in cura attraverso visite di controllo periodiche ed assistenza telefonica in follow-up;
- Il centro Hub di riferimento regionale dovrà 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. Per questo motivo gli stessi operatori si faranno carico di costruire appositi protocolli con i reparti interessati non appena sarà operativa questa rete;
- attività amministrativa di supporto;
- valutazione delle performance con indicatori di processo e di risultato. Valutazione della qualità percepita dell'assistenza: strumenti di valutazione della qualità percepita da parte del paziente;
- 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 deve essere affidata ad un medico Specialista in Anestesia e Rianimazione con comprovata esperienza nel settore che dovrà essere supportata da altri specialisti, in numero adeguato ai volumi di attività prestata. 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 previsti dalla Legge.

La struttura dovrà essere dotata di psicologo specialista, personale infermieristico dedicato e formato e fisioterapisti così come previsto dall'accordo stato regione del 10 luglio 2014.

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),

- predisposizione schede informative relative alle prestazioni invasive.

L'attività in regime di degenza ordinaria, in day Hospital o comunque erogata con modalità alternative previste dai diversi sistemi organizzativi regionali, deve essere espletata in strutture autonome e con sala operatoria dedicata.

Per le prestazioni erogate da parte dell'equipe dell'Hub per i pazienti degenti in altre UU.OO, dovranno essere previsti specifici protocolli, le cui indicazioni saranno definite dal coordinamento regionale.

2.3 Spoke di terapia del dolore

La struttura Spoke è preposta ad effettuare interventi diagnostici e terapeutici farmacologici, strumentali, chirurgici variamente integrati, finalizzati alla riduzione del dolore e delle disabilità delle persone assistite in regime ambulatoriale, di Day Service o di Day Hospital . Garantisce la gestione del dolore indipendentemente dalla sua eziopatogenesi. Per la tipologia di territorio è necessario suddividere gli spoke in 1° e 2° livello.

Gli Spoke di 1° livello individuati sono :

- Cosenza : Ospedale di Rossano/Corigliano e Paola/Cetraro e Castrovillari.
- Crotona: Ospedale San Giovanni Di Dio
- Catanzaro: Ospedale di Lamezia
- Vibo Valentia: Ospedale Iazzolino
- Reggio Calabria: Ospedale di Locri e Polistena

Gli Spoke di 2° livello individuati sono:

- Catanzaro: Az. Ospedaliera Pugliese Ciaccio
- Reggio Calabria : Az. Ospedaliera Bianchi Melacrino Morelli

Gli Spoke di 1° livello rappresenteranno la continuità con il territorio e gli ambulatori / D.Service di riferimento saranno di riferimento per tutto il territorio. In realtà questa suddivisione è finalizzata alla presa in carico del paziente per intensità di cure.

Compiti e funzioni

- o Devono essere riferimento per i MMG e PLS per il trattamento del dolore persistente e cronico di media complessità ma trattabile farmacologicamente o con procedure a minima invasività, seminvasive o a media invasività, secondo il livello di accreditamento del presidio (spoke di 1° o 2° livello);
- o funzione di continuità assistenziale per i pazienti trattati in HUB;
- o funzione di prima valutazione per l'inquadramento diagnostico del dolore ;
- 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.

I centri spoke non potranno effettuare interventi di alta complessità come l'impianto di SCS e Pompe totalmente impiantate

Requisiti minimi

Spoke di II livello

1) Strutturali

I centri Spoke di 2° livello devono essere conformi ai requisiti regionali per l'accreditamento delle strutture deputate alla erogazione di prestazioni ambulatoriali chirurgiche. Al bisogno sarà necessario garantire la disponibilità della sala operatoria e/o sala di diagnostica per immagini.

Le attività dovranno 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.

2) Organizzativi

- almeno 18 ore di attività settimanale, articolate in almeno tre giorni;
- erogazione di tutte le prestazioni minime previste in regime ambulatoriale e di day hospital/day surgery o day service, salvo le procedure ad alta invasività e complessità secondo quanto previsto dall'accordo stato regione del 25 luglio 2012 ;
- attività di consulenza-collaborazione con gli ambulatori di MMG, PLS, con gli spoke di I livello e con l'ADI;
- attività di consulenza, per gli spoke di 1° livello, per le UU.OO. del proprio presidio;
- 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 paziente, con piano terapeutico dettagliato, al MMG, agli spoke di I livello 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.
- 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 e negli spoke di 1° livello,
- 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.

Requisiti minimi

Spoke di I livello

1) Strutturali

I centri spoke devono essere conformi ai requisiti regionali per accreditamento delle strutture deputate alla erogazione di prestazioni ambulatoriali chirurgiche.

2) Organizzativi

- o almeno 18 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 i PLS
- o attività di consulenza per i pazienti in assistenza domiciliare, integrandosi con l'ADI,
- o 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, valutazione dell'efficacia del trattamento, impostazione del piano terapeutico antalgico da inviare al MMG alla dimissione).
- o acquisizione di una cartella clinica ambulatoriale, da integrarsi con la documentazione eventualmente trasmessa dagli altri nodi della rete, in cui siano registrati: inquadramento diagnostico, valutazione del dolore con scale validate, piano terapeutico, consenso, valutazione efficacia-trattamento, follow-up
- o possibilità di acquisizione di servizi (laboratorio analisi chimico-cliniche, radiologia ecc.) e consulenze dai presidi di riferimento,
- o 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.

Tabella 1: rete regionale di terapia del dolore: Centri HUB & SPOKE

Codice Azienda	Codice struttura	Tipologia	Denominazione struttura	Cod. Area	Diffusione	Codice disciplina	DENOMINAZIONE AREA	Denominazione disciplina	P.L. DA PROGRAMMAZIONE			INCARICO ATTUALE			INCARICO PROGRAMMATO REGIONALE			
									DH	DS	DI	TOT	SOC	SS	SSD	SOC	SS	SSD
912	180912	HUB	A.O. di Cosenza	4	3	49	AREA DELLE TERAPIE INTENSIVE	Terapia intensiva (Terapia del dolore e cure palliative)	-	-	10	10	1	-	-	1	-	-
Spoke di terapia del dolore																		
201	180006	Spoke I° livello	Ospedale Civile Ferrari - Castrovillari	7			AREA DI SUPPORTO	Serv. Ambulatoriale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
201	180010	Spoke I° livello	Ospedale Spoke Rossano-Corigliano	7			AREA DI SUPPORTO	Serv. Ambulatoriale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
201	180012	Spoke I° livello	Ospedale Spoke Cetraro-Paola	7			AREA DI SUPPORTO	Serv. Ambulatoriale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
913	180913	Spoke II° livello	A.O. Pugliese De Lellis	7			AREA DI SUPPORTO	Serv. Ambulatoriale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
202	180032	Spoke I° livello	Ospedale Civile San Giovanni di Dio	7			AREA DI SUPPORTO	Serv. Ambulatoriale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
203	180033	Spoke I° livello	Ospedale 'Giovanni Paolo II' Lamezia Terme	7			AREA DI SUPPORTO	Serv. Ambulatoriale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
204	180034	Spoke I° livello	P.O. Jazolino	7			AREA DI SUPPORTO	Serv. Ambulatoriale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
915	180915	Spoke II° livello	A.O. Bianchi-Melacrino-Morelli	7			AREA DI SUPPORTO	Serv. Ambulatoriale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
205	180059	Spoke I° livello	Ospedale Civile Locri	7			AREA DI SUPPORTO	Serv. Ambulatoriale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
205	180061	Spoke I° livello	P.O. 'S. Maria Degli Ungheresi' Polistena	7			AREA DI SUPPORTO	Serv. Ambulatoriale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Ambulatori di MMG e PLS

Ci si riferisce agli ambulatoriali in cui operano i MMG e PLS, con competenza antalgica specifica acquisita con dedicata formazione regionale, nelle Case della Salute e nelle UCCP.

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.

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 di tutti gli ospedali;
- triage verso i centri di riferimento superiori (Spoke di 1° e 2° livello ed Hub) nei casi di dolore a maggiore complessità, individuati secondo criteri condivisi di appropriatezza;
- forte integrazione con le AFT e con gli altri nodi della rete di terapia del dolore;
- integrazione con l'ADI/ ADO e le altre reti assistenziali operanti sul territorio.

Requisiti

1) Strutturali

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

2) Organizzativi

- possibilità di interagire per via telematica con gli altri nodi della rete,
- acquisizione di una cartella clinica ambulatoriale 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, con formazione specifica Regionale, 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 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.

3. PROSSIME AZIONI DA SVOLGERE

- o Formazione dei formatori continua con inizio a partire dal 3 novembre 2014;
- o Definizione Cartella clinica per il dolore con possibilità di utilizzo ospedaliera e territoriale;
- o PDTA per il dolore maligno e non maligno;
- o Predisposizione di campagne di informazione per i pazienti anche attraverso la predisposizione di schede informative;
- o Definizione di un tariffario aziendale per il ribaltamento dei costi sostenuti in attività di consulenza sia dell'Hub che degli Spoke sia all'interno della propria Azienda che nei nodi della rete;
- o Monitoraggio di stato di attuazione della rete, attraverso gli audit con le aziende.

4. CRONOPROGRAMMA

azioni	scadenza	Indicatori di esito
Formazione dei formatori continua	Formazione continua inizio 3 novembre 2014	Avvenuta formazione con certificazione delle presenze ed esame finale
Definizione Cartella clinica per il dolore con possibilità di utilizzo ospedaliero e territoriale	30 novembre 2014	Decreto comm. ad acta di approvazione e recepimento della C.C.
PDTA e Percorsi organizzativi per il dolore maligno e non maligno	Entro il 30 settembre 2015	Decreto comm. ad acta di approv. e recepimento dei PDTA
Predisposizione di campagne di informazione per i pazienti anche attraverso la predisposizione di schede informative	Entro il 31 dicembre 2015	Avvenuta campagna di informazione
Definizione di un tariffario aziendale per il ribaltamento dei costi sostenuti in attività di consulenza	30 settembre 2015	Decreto comm. ad acta di approvazione del tariffario
Monitoraggio di stato di attuazione della rete, attraverso gli audit con le aziende	continuo	Verbali degli audit